ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΩΜΑΤΑ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

Βιολέττα Μαγδαληνή Δάρδα[1], Κυριακή Κοτσογλανίδου[1], Αθανασία Αναστασίου[2], Παπακωνσταντίνου Ευγενία[1]

1. Παιδογκολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
2. Ακτινολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Τα λεμφαγγειώματα είναι συγγενείς καλοήθεις αγγειακές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από εξεσημασμένη αύξηση του λεμφαγγειακού ιστού. Το κοινό λεμφαγγείωμα χωρίζεται σε 3 τύπους: Μακροκυτταρικό (διάμετρος >1 cm), μικροκυτταρικό (διάμετρος <1 cm) και μικτό κυστικό. Παραδοσιακά η αντιμετώπιση ήταν χειρουργική. Σήμερα ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις εφαρμόζονται λιγότερο επεμβατικές μέθοδοι. Το sirolimus ανήκει στην ομάδα των αναστολέων του στόχου της ραπαμυκίνης (mTOR). Μπορεί να αναστείλει τον μη φυσιολογικό αγγειακό πολλαπλασιασμό, αποκλείοντας την οδό mTOR/PI3K και μειώνοντας την παραγωγή του VEGF (βασικού ρυθμιστή της αγγειογένεσης και της λεμφαγγειογένεσης).

Μέθοδοι-ασθενείς: Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με κοιλιακό λεμφαγγείωμα που παρακολουθούνται στο Παιδογκολογικό τμήμα του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης την τελευταία 5ετία.

Αποτελέσματα: Στο τμήμα μας παρακολουθούνται 3 ασθενείς, οι οποίοι λαμβάνουν θεραπεία με Sirolimus. Ο ασθενής Νο1 ήταν 2,5 ετών κατά τη στιγμή της διάγνωσης, ο Νο2 ήταν 10 ετών, ενώ η διάγνωση στον Νο3 ασθενή τέθηκε προγεννητικά κατά τον υπέρηχο ανάπτυξης. Στον Νο1 ασθενή η διάγνωση τέθηκε έπειτα από ψηλάφηση κοιλιακής μάζας σε έλεγχο ρουτίνας. Στον Νο2 διενεργήθηκε υπερηχογραφικός έλεγχος λόγω επίμονου κοιλιακού άλγους κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς για λοίμωξη γαστρεντερικού. Ο ασθενής Νο3 μετά τη προγεννητική διάγνωσή τέθηκε σε υπερηχογραφική παρακολούθηση, ο τοκετός προγραμματίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο και ο ασθενής μετά τη γέννησή του νοσηλεύτηκε σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας νεογνών, προκειμένου να ολοκληρωθεί ο διαφοροδιαγνωστικός έλεγχος. Έγινε σε όλους τους ασθενείς έλεγχος κατεχολαμινών ούρων που απέβη αρνητικός, MIBG και μαγνητική τομογραφία κοιλίας. Οι 2 πρώτοι αντιμετωπίστηκαν πρώτα χειρουργικά και μετά το αποτέλεσμα της βιοψίας υποβλήθηκαν σε θεραπεία με Sirolimus. Ο ασθενής Νο3 ξεκίνησε θεραπεία με Sirolimus υπό στενή υπερηχογραφική παρακολούθηση, χωρίς να υποβληθεί σε χειρουργική διερεύνηση ή αφαίρεση της βλάβης. Και οι 3 ασθενείς είχαν ύφεση των διαστάσεων της κοιλιακής μάζας, και η θεραπεία με το Sirolimus ήταν καλά ανεκτή.

Συμπεράσματα: Το Sirolimus αποτελεί θεραπευτική επιλογή σχετικά ασφαλή που μπορεί να χορηγηθεί σε περίπτωση ανεπιτυχούς χειρουργικής αντιμετώπισης λεμφαγγειώματος κοιλιακής χώρας καθώς και σε περίπτωση που η χειρουργική αντιμετώπιση κρίνεται δυσχερής. Θα πρέπει στη θεραπευτική αντιμετώπιση να λαμβάνεται υπόψιν και το γεγονός ότι πολλές φορές τα λεμφαγγειώματα επανεμφανίζονται μετά από χειρουργική αντιμετώπιση. Απαιτείται διεπιστημονική αντιμετώπιση.