

¹Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία»

1. Zhang J, Liu J, Zhang Z, Tian B. Solitary Fibrous Tumors of the Chest: An Analysis of Fifty Patients. *Front Oncol*. 2021 Jul 1;11:697156.
2. Zhou C, Li W, Shao J, Zhao J. Thoracic solitary fibrous tumors: an analysis of 70 patients who underwent surgical resection in a single institution. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2020 May;146(5):1245–52.
3. Badawy M, Nada A, Crim J, Kabeel K, Layfield L, Shaaban A, et al. Solitary fibrous tumors: Clinical and imaging features from head to toe. *European Journal of Radiology*. 2022 Jan;146:110053.
4. Tariq MU, Din NU, Abdul-Ghafar J, Park YK. The many faces of solitary fibrous tumor; diversity of histological features, differential diagnosis and role of molecular studies and surrogate markers in avoiding misdiagnosis and predicting the behavior. *Diagn Pathol*. 2021 Dec;16(1):32.
5. Saynak M, Veeramachaneni NK, Hubbs JL, Okumuş D, Marks LB. Solitary Fibrous Tumors of Chest: Another Look with the Oncologic Perspective. *Balkan Med J*. 2017 May 26;34(3):188–99.
6. Savu C, Melinte A, Posea R, Galie N, Balescu I, Diaconu C, et al. Pleural Solitary Fibrous Tumors—A Retrospective Study on 45 Patients. *Medicina*. 2020 Apr 16;56(4):185.
7. Martin-Broto J, Mondaza-Hernandez JL, Moura DS, Hindi N. A Comprehensive Review on Solitary Fibrous Tumor: New Insights for New Horizons. *Cancers*. 2021 Jun 10;13(12):2913.
8. Reisenauer JS, Mneimneh W, Jenkins S, Mansfield AS, Aubry MC, Fritchie KJ, et al. Comparison of Risk Stratification Models to Predict Recurrence and Survival in Pleuropulmonary Solitary Fibrous Tumor. *Journal of Thoracic Oncology*. 2018 Sep;13(9):1349–62.
9. Tapias LF, Mino-Kenudson M, Lee H, Wright C, Gaissert HA, Wain JC, et al. Risk factor analysis for the recurrence of resected solitary fibrous tumours of the pleura: a 33-year experience and proposal for a scoring system†. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2013 Jul;44(1):111–7.
10. Tapias LF, Mercier O, Ghigna MR, Lahon B, Lee H, Mathisen DJ, et al. Validation of a Scoring System to Predict Recurrence of Resected Solitary Fibrous Tumors of the Pleura. *Chest*. 2015 Jan;147(1):216–23.
11. Demicco EG, Wagner MJ, Maki RG, Gupta V, Iofin I, Lazar AJ, et al. Risk assessment in solitary fibrous tumors: validation and refinement of a risk stratification model. *Mod Pathol*. 2017 Oct;30(10):1433–42.
12. Liu WL, Wu W, Hong QC, Lv K. Recurrence rates of surgically resected solitary fibrous tumours of the pleura: a systematic review and meta-analysis. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*. 2021 May 27;32(6):882–8.
13. Yao K, Zhu L, Wang L, Xia R, Yang J, Hu W, et al. Resection of giant malignant solitary fibrous pleural tumor after interventional embolization: a case report and literature review. *J Cardiothorac Surg*. 2022 Dec;17(1):134.
14. Song JY, Kim KH, Kuh JH, Kim TY, Kim JH. Two-stage Surgical Treatment of a Giant Solitary Fibrous Tumor Occupying the Thoracic Cavity. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*. 2018 Dec 5;51(6):415–8.
15. Bertoglio P, Querzoli G, Kestenholz P, Scarci M, La Porta M, Solli P, et al. Surgery for Solitary Fibrous Tumors of the Pleura: A Review of the Available Evidence. *Cancers*. 2023 Aug 18;15(16):4166.

Από την παρούσα μελέτη επιβεβαιώνεται ότι ο μόνιρος ινώδης όγκος θώρακα είναι μια σπάνια νωσολογική οντότητα που διαλαθεί εύκολα της διάγνωσης. Προκαλεί αμείνωνρη συμπτωματολογία ή παραμένει ασυμπτωματικός και εντοπίζεται σε τυχαίο απεικονιστικό έλεγχο. Αναπτύσσεται βραδέως, απωθώντας τους πέριξ ιστούς και προκαλώντας συμπτωσιακά φαινόμενα.

Τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά του όγκου συνάδουν με αυτά των νεοπλάσμάτων από μαλακά μόρια, όπως αυτά προκύπτουν από την αξονική τομογραφία.

Ανοσοιστοχημικά, όλοι οι όγκοι εκφράζουν τους παρακάτω δείκτες: CD34, Bcl-2 και STAT6. Όλοι οι όγκοι είναι αρνητικοί για τους εξής δείκτες: S-100 και τους επιθηλιακούς δείκτες.

Το σύστημα του Demicco είναι το πιο διαδεδομένο και αξιόπιστο μοντέλο αξιολόγησης του κινδύνου υποτροπής ή μετάστασης για τους εξωμηνιγγικούς ινώδεις όγκους.

Η θεραπεία των μονήρων ινώδων όγκων θώρακα βασίζεται στην ριζική εκτομή της μάζας (R0) σε υγιή όρια.

Δε συστήνεται η χορήγηση χημειοθεραπείας. Η χορήγηση ακτινοθεραπείας συστήνεται μετεγχειρητικά στους ασθενείς με R1 ή R2 εκτομές ή στους ασθενείς με αυξημένη πιθανότητα κακοήθειας ιστολογικά.

Το ποσοστό υποτροπής των μονήρων ινώδων όγκων θώρακα είναι 5% έως 17% σε περιπτώσεις καλοήθειας, ακόμα και σε R0 εκτομές, και 14% έως 54% σε περιπτώσεις κακοήθειας. Το χρονικό διάστημα υποτροπής μπορεί να φθάσει και τα είκοσι χρόνια μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Η πλειονότητα των συγγραφών προτείνει αξονική τομογραφία θώρακος με χορήγηση ενδοφλέβιας σκιαγραφικής ουσίας κάθε έξι μήνες για τα πρώτα δύο χρόνια και στη συνέχεια κάθε δώδεκα μήνες μέχρι την ολοκλήρωση της πενταετίας.

Έτλος, η μέση συνολική επιβίωση είναι 14 χρόνια. Στην πενταετία, η συνολική επιβίωση είναι 86%, ενώ στη δεκαετία είναι 77%. Σημαντικά χαμηλότερο είναι το ποσοστό της πενταετούς επιβίωσης στην περίπτωση κακοήθειας (68%).

Εικόνα 4. Ανοσοϊστοχημικός έλεγχος. Παρουσιάζεται η ανοσοϊστοχημική χρώση των δεικτών που χρησιμοποιούνται για διάγνωση των μονήρων ινώνδων όγκου θώρακα.

Αλέξανδρος Τσομπανέλλης
Ειδικευόμενος Ιατρός
Χειρουργική Θώρακος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
E-mail: alextsompa@gmail.com
Τηλέφωνο: 6951410186