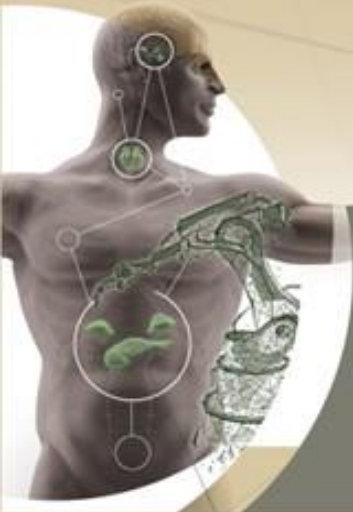


Ελληνική Εταιρεία
Χειρουργικής
Ενδοκρινών Αδένων



18⁰ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

**ΒΙΒΛΙΟ
ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ
ΕΡΓΑΣΙΩΝ**



18^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Ελληνική Εταιρεία
Χειρουργικής
Ενδοκρινών Αδένων



Η προοπτική της τεχνητής νοημοσύνης
και της εικονικής πραγματικότητας
στην εκπαίδευση και την προώθηση
της Ενδοκρινικής Χειρουργικής

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ - ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.

Αθανάσιος Παντελής¹, Δημήτρης Λαπατσάνης¹

¹Ιατρικό Ψυχικού

Εισαγωγή: Τα νευροενδοκρινικά νεοπλάσματα (NEN) και οι νευροενδοκρινείς όγκοι (NET) αποτελούν σπάνιες κακοήθειες που δυνητικά μπορούν να προσβάλλουν όλα τα όργανα του πεπτικού συστήματος και παρουσιάζουν ετερογένεια όσον αφορά τις κλινικές τους εκδηλώσεις, και τις διαγνωστικές και θεραπευτικές επιλογές. Δεδομένης της σπανιότητάς τους, η τεχνητή νοημοσύνη (TN) μπορεί να συνδράμει το έργο του κλινικού, μέσω επεξεργασίας μεγάλου όγκου δεδομένων (big data) από απεικονιστικές εξετάσεις, παθολογοανατομικές εικόνες, και μητρώα ασθενών ευρείας κλίμακας.

Σκοπός: Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση βολιδοσκόπησης (scoping review) διερευνάται, καταγράφεται, και αναλύεται η υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με το ρόλο της TN στη διάγνωση και αντιμετώπιση των NEN του γαστρεντερικού συστήματος.

Υλικό & Μέθοδος: Εφαρμόστηκαν τα εκτεταμένα κριτήρια PRISMA for scoping reviews. Η αναζήτηση έγινε μέσω της βάσης δεδομένων PubMed με τους όρους [artificial intelligence; machine learning; deep learning] AND [neuroendocrine; NET; NEN; carcinoid; insulinoma; glucagonoma; gastrinoma; VIPoma] AND [gastrointest*; GI; small intest*; appendi*; colon*; rect*; colorect *; stomach; gastric; duoden*; pancrea*; biliary; bile duct; Vater; ampulla; liver; hepa*]. Στα κριτήρια συμπερίληψης ήταν ασθενείς με διαγνωσμένο NEN, ανάλυση με τουλάχιστον έναν αλγόριθμο μηχανικής μάθησης ή βαθιάς μάθησης, και αξιολόγηση της απόδοσης του αλγόριθμου με τουλάχιστον ένα εκ των ακρίβειας (accuracy), F1-score, AUROC, ή AUPRC. Συμπεριλήφθηκαν μόνο μελέτες στην αγγλική γλώσσα, για τις οποίες ανευρέθησαν τα πλήρη άρθρα.

Αποτελέσματα: Αποθησαυρίστηκαν 44 μελέτες με 53 αναλύσεις έκβασης. Τα ανευρεθέντα άρθρα ταξινομήθηκαν βάσει του τύπου NEN που μελετήθηκε - 26 για NET παγκρέατος (59,1%), 3 για μεταστατικά NET ήπατος (6,8%), 2 για NET λεπτού εντέρου (4,5%), και από 1 μελέτη για NET παχέος εντέρου και ορθού, ορθού, μη καθορισμένα γαστρο-εντερο-παγκρεατικά NET, και μη καθορισμένα NET πεπτικού (2,3%). Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι αλγόριθμοι ήταν οι εξής - SVM/SVC (14 αναλύσεις, 29,8%), CNN και Random Forest (10 αναλύσεις έκαστος, 21,3%), Λογιστική Παλινδρόμηση (8 αναλύσεις, 17%), και Δενδροδιάγραμμα Αποφάσεων (6 αναλύσεις, 12,8%). Καταγράφηκε μεγάλη ετερογένεια ως προς την περιγραφή των προβλεπτικών μοντέλων, την κατασκευή των ομάδων δεδομένων, και τις μετρήσεις απόδοσης των αλγόριθμων, ενώ στην πλειοψηφία των μελετών απουσίαζε η εξωγενής επαλήθευση (external validation).

Συμπεράσματα: Η TN παρουσιάζει ολοένα αυξανόμενη διείσδυση στη διαρεύνηση και αντιμετώπιση των NEN, ωστόσο απαιτείται καλύτερη τεκμηρίωση προκειμένου να αποτελέσει κλινικά ωφέλιμο εργαλείο.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΙΚΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΔΕΝΩΜΑ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ

Αγγελική Χορτη¹, Στέλλα Μπαρέκα¹, Δέσποινα Τσαλκατίδου¹, Δέσποινα Κρόκου¹, Γεώργιος Τζίκος¹, Μωυσής Μωυσίδης², Γεώργιος Κοτσόβολης², Ιωάννης Πλιάκος², Θεοδόσιος Παπαβραμίδης^{1,2}
¹Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πγνθ Αχεπα, ²Κέντρο Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Euromedica Κυανός Σταυρός, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το αδένωμα παραθυρεοειδή αδένου αποτελεί τη συχνότερη αιτία πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμού και προκαλεί υπερπαραγωγή παραθορμόνης και υπερέκκριση ασβεστίου. Η ενημέρωση των ασθενών προεγχειρητικά απαιτεί την κατανόηση της νόσου, της διαδικασίας του χειρουργείου, του οφέλους αλλά και των πιθανών επιπλοκών.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η ανάδειξη της σημασίας της εικονικής πραγματικότητας στην προεγχειρητική ενημέρωση των ασθενών με αδένωμα παραθυρεοειδή αδένου.

Μέθοδος/Υλικά: Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς με αδένωμα παραθυρεοειδή αδένου που επρόκειτο να χειρουργηθούν στην Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική και στον Euromedica Κυανός Σταυρός κατά το διάστημα 2016-2022 και διαχωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα οι ασθενείς έλαβαν μόνο την προφορική προεγχειρητική ενημέρωση, ενώ η δεύτερη ομάδα παρακολούθησε βίντεο virtual reality παραθυρεοειδεκτομής και προφορική ενημέρωση. Οι ασθενείς μετεγχειρητικά συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από την προεγχειρητική ενημέρωση.

Αποτελέσματα: Στην πρώτη ομάδα (κατά τα έτη 2016-2018) συμμετείχαν 118 ασθενείς και στη δεύτερη ομάδα (κατά τα έτη 2019-2022) συμμετείχαν 148 ασθενείς. Το ποσοστό των ασθενών της πρώτης ομάδας με απάντηση Πολύ- Πάρα Πολύ στο ερωτηματολόγιο ήταν 82%, ενώ για τη δεύτερη ομάδα το ποσοστό ικανοποίησης ήταν 93% με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.05$).

Συμπεράσματα: Η κατανόηση του είδους της επέμβασης και συνεπώς των πιθανών επιπλοκών αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην προετοιμασία των ασθενών και η συμβολή της εικονικής πραγματικότητας στην προεγχειρητική ενημέρωση των ασθενών αποδείχθηκε σημαντική.

ΑΥΤΟΦΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ. ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ – ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ.

Αγγελική Βουχάρα¹, Γεώργιος Τζίκος¹, Ιπποκράτης Ιντζίδης¹, Ευστάθιος Κωτίδης², Μαρία Παπαιωάννου³, Αντώνιος Μιχαλόπουλος¹, Θεοδόσιος Παπαβραμίδης¹

¹Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ, ²Δ' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, ³Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας Α.Π.Θ.

Εισαγωγή

Τα παραθυρεοειδικά κύτταρα έχουν την ιδιότητα του αυτοφθορισμού και μάλιστα φθορίζουν σε διαφορετικό μήκος κύματος ή με μεγαλύτερη ένταση από τους γειτονικούς λεμφαδένες και άλλους ιστούς του τραχήλου (πχ μύες, θυρεοειδικά κύτταρα, λίπος κ.α).

Σκοπός

Εξαιτίας του μικρού μεγέθους τους αλλά και της γειννίας με πολύ σημαντικά όργανα, ο αυτοφθορισμός βοήθησε στη αναγνώριση, τοπογραφία και οριοθέτηση των παραθυρεοειδών αδένων κατά τη διάρκεια εγχειρήσεων στον τράχηλο όπως είναι η θυρεοειδεκτομή (ολική ή λοβεκτομή) και η παραθυρεοειδεκτομή. Εκτός από την αναγνώριση των παραθυρεοειδών αδένων έχουν μεγάλη σημασία ο έλεγχος του μεταβολικού τους επιπέδου, ο ταχύς πολλαπλασιασμός (νεοπλασίες), ο υπερμεταβολισμός (υπερέκκριση ορμονών σε μεταβολικές διαταραχές), η ενεργειακή κατάσταση και ο βαθμός γήρανσης των κυττάρων.

Υλικό & Μέθοδος

Παρουσίαση της αξιοποίησης του φαινομένου του αυτοφθορισμού των παραθυρεοειδών αδένων σε πειραματόζωα.

Αποτελέσματα

Η μελέτη της επιμέρους συμμετοχής των διαφόρων οργανιδίων του κυττάρου στον προκαλούμενο αυτοφθορισμό μπορεί να δώσει πληροφορίες για την ενεργειακή, δομική και λειτουργική κατάσταση των παραθυρεοειδικών κυττάρων σε πλήθος φυσιολογικών ή παθολογικών συνθηκών.

Συμπεράσματα

Η εντυπωσιακή πρόοδος της τεχνολογίας στον τομέα της ανίχνευσης και απεικόνισης της υπέρυθρης ακτινοβολίας ακόμη και πολύ χαμηλής έντασης κύματος, σε κυτταρικό ή/και μοριακό επίπεδο, μας δίνει την δυνατότητα να μελετήσουμε την συμμετοχή των κυτταρικών οργανιδίων στη λειτουργία των κυττάρων του παραθυρεοειδούς σε πειραματόζωα.

Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΦΩΝΗΤΙΚΩΝ ΧΟΡΔΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ή ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

Ηλίας Ζορμπάς¹, Κωνσταντίνα Ρεκούνα², Στέφανος Στεφάνου¹, Ιωάννης Παπανδρίκος¹, Γεράσιμος Κρητικός³, Σωτήριος Γκουλιάμας¹, Χρίστος Χριστοφορίδης¹, Κυριάκος Βαμβακίδης¹

¹Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Νοσοκομείο "Ερρίκος Ντυνάν", ²Α' Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", ³Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Πτολεμαΐδας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σημασία της νευροπαρακολούθησης στην θυρεοειδεκτομή είναι αδιαμφισβήτητη για την αναγνώριση και διατήρηση της λειτουργικότητας των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων στη θυρεοειδεκτομή. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις ασθενών που εμφανίζουν πάρεση φωνητικών χορδών, χωρίς η νευροπαρακολούθηση να αναδείξει παθολογία διεγχειρητικά.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο υπολογισμός της αρνητικής προγνωστικής αξίας της διεγχειρητικής νευροπαρακολούθησης και η αναζήτηση των πιθανών αιτιών που αποτυγχάνει να αναδείξει τη κάκωση των νεύρων διεγχειρητικά, με βάση την εμπειρία της κλινικής μας την τελευταία εξαετία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν προοπτικά 2528 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θυρεοειδεκτομή, λοβεκτομή και παραθυρεοειδεκτομή στο Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων του Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν» από τον 09/2017 έως και τον 06/2023. Σε όλους του ασθενείς διενεργήθηκε διεγχειρητική νευροπαρακολούθηση, καθώς επίσης ανεξαιρέτως προεγχειρητική και μετεγχειρητική λαρυγγοσκόπηση την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα..

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε σύνολο 2528 ασθενών, 89 εμφάνισαν πάρεση ή υποκινησία φωνητικής χορδής. Από αυτούς τους ασθενείς, 4 είχαν μόνιμη παράλυση, οι υπόλοιποι είχαν φυσιολογική κινητικότητα στον μετεγχειρητικό λαρυγγοσκοπικό έλεγχο του διμήνου. Στους 24 από τους 89 υπήρχαν δυναμικά διέγερσης χωρίς μεγάλες αποκλίσεις από το παλίνδρομο λαρυγγικό και πνευμονογαστρικό νεύρο από την αρχή μέχρι το πέρας της επέμβασης. Οι υπόλοιποι 65 ασθενείς είχαν απώλεια σήματος ή πτώση σήματος >50% του αρχικού και αύξηση του latency >10%. Συνολικά η θετική νευροδιέγερση επιβεβαιώθηκε με φυσιολογική λαρυγγοσκόπηση στους 2439 από τους 2463 ασθενείς. Μόνο σε 24 ασθενείς στους 2463 (24/2463, 0,97%) υπήρχε παράλυση φωνητικής χορδής που δεν κατέστη δυνατό να γίνει αντιληπτή με την διεγχειρητική νευροπαρακολούθηση. Επομένως, η αρνητική προγνωστική αξία της μεθόδου με βάση τα δεδομένα της κλινικής μας ανέρχεται στο 0,97%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εμφάνιση πάρεσης φωνητικών χορδών με σταθερά δυναμικά διέγερσης διεγχειρητικά με τη χρήση της νευροπαρακολούθησης αφορά ένα ελάχιστο ποσοστό ασθενών που όμως προβληματίζει τους χειρουργούς ως προς το τι έχει πραγματικά συμβεί. Πιθανά αίτια θεωρούμε τα εξής δύο: 1) τον τραυματισμό του νεύρου μετά την τελευταία λήψη σήματος και 2) την πιθανότητα το αρχικό δυναμικό διέγερσης να μην είναι το πραγματικό αλλά μία ήδη μειωμένη τιμή λόγω της έλξης του λοβού κατά την κινητοποίηση πριν την αρχική διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου.

ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΕΣ

Αριάδνη Τσιάκα¹, Φωτεινή Στέφου¹, Αναστασία Ζαραφίδου¹, Γεώργιος Μπεκάκος¹, Μάριος Μερράκος¹, Βασιλική Γεωργιλάκη¹, Ιωάννης Σιάννης¹, Φώτιος Κυραμαργιός¹, Αθανάσιος Μαρίνης¹
¹Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο" - Γ' Χειρουργική Κλινική

Εισαγωγή: Η τυποποίηση της τεχνικής της διεγχειρητικής νευροπαρακολούθησης στις επεμβάσεις του θυρεοειδούς αδένου έχει αποδεδειγμένα συμβάλει στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης επιπλοκών που αφορούν στην κάκωση των νεύρων που γειτνιάζουν στην περιοχή αυτή. Ταυτόχρονα, έχει συνεισφέρει στην αποφυγή της πιθανότητας αμφοτερόπλευρης πάρεσης του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου, προωθώντας την στρατηγική της θυρεοειδεκτομής σε δύο στάδια (two stage thyroidectomy).

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε τα πρώτα αποτελέσματα όσον αφορά στην εμπειρία που αποκτήθηκε από την εφαρμογή της νευροπαρακολούθησης στις θυρεοειδεκτομές.

Υλικά-Μέθοδοι: Την τελευταία διετία εφαρμόστηκε στις θυρεοειδεκτομές η συνεχής και η διαλείπουσα νευροπαρακολούθηση. Επιπλέον, η νευροπαρακολούθηση προστέθηκε στον αλγόριθμο προσέγγισης του ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε θυρεοειδεκτομή: προεγχειρητική λαρυγγοσκόπηση (L1) - διεγχειρητική αρχική νευροδιέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου (V1) - διεγχειρητική αρχική (R1) καθώς και τελική (R2) νευροδιέγερση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου - τελική διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου (V2) - μετεγχειρητική λαρυγγοσκόπηση (L2).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 37 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θυρεοειδεκτομή και έγινε η εφαρμογή της νευροπαρακολούθησης. Στις 32 από αυτές χρησιμοποιήθηκε η διαλείπουσα νευροπαρακολούθηση και σε 5 η συνεχής. Η ανεύρεση και διέγερση του πνευμονογαστρικού συνοδεύτηκε από αρχική δυσκολία, καθώς η συνήθης θέση του νεύρου ήταν οπισθίως του αγγειονευρώδους δεματίου. Στις περιπτώσεις που δεν υπήρχε διάθεση του υλικού συνεχούς νευροπαρακολούθησης, το πνευμονογαστρικό εντοπιζόταν με τον στυλεό της διαλείπουσας στην αρχή και το τέλος της κάθε λοβεκτομής. Μετεγχειρητικά 3 ασθενείς παρουσίασαν παροδική πάρεση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου δεξιά, η οποία αποκαταστάθηκε πλήρως μετά την παρέλευση 3 μηνών.

Συμπεράσματα: Με τη χρήση της νευροπαρακολούθησης άλλαξε ριζικά η χειρουργική προσέγγιση στις θυρεοειδεκτομές. Η ανεύρεση των νεύρων και η ποσοτικοποίηση της λειτουργίας τους με τη νευροδιέγερση, πριν και μετά την θυρεοειδεκτομή, διασφαλίζει τον χειρουργό και τον ασθενή από ανεπιθύμητες κακώσεις των νεύρων. Πρέπει να τονιστεί ότι βελτιώθηκε σημαντικά η εξοικείωση των χειρουργών τόσο στην ανεύρεση των νεύρων, όσο και στην ορθή χρήση των παραμέτρων της νευροπαρακολούθησης. Σε αυτό συνέβαλε σημαντικά η εκπαίδευση σχεδόν όλων των ειδικών και ειδικευομένων στα σεμινάρια της νευροπαρακολούθησης που διοργανώνονται υπο την αιγίδα της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων.

ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΕΝΤΟΠΙΖΟΜΕΝΟ ΣΤΟΝ ΠΥΡΑΜΟΕΙΔΗ ΛΟΒΟ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Φώτιος Κυραμαργιός¹, Αναστασία Ζαραφίδου¹, Αριάδνη Τσιάκα¹, Μάριος Μερράκος¹, Χαράλαμπος Σταυριανός², Κασσιανή Μανωλουδάκη³, Αθανάσιος Μαρίνης¹, Νικόλαος Βλαχάκος¹

¹Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο" - Γ' Χειρουργική Κλινική, ²Ενδοκρινολόγος, ³Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο" - Παθολογοανατομικό Εργαστήριο

Εισαγωγή

Η κύστη θυρεογλωσσικού πόρου απαντάται στο 7% του πληθυσμού ως εμβρυολογικό υπόλειμμα σε περιπτώσεις παραμονής ανοικτού θυρεογλωσσικού πόρου. Εντοπίζεται κατά την πορεία αυτού στη μέση γραμμή ως ένα στρογγυλό ή ωοειδές μόρφωμα από τη βάση της γλώσσας έως τον θυρεοειδή αδένα, συνηθέστερα πλησίον του υοειδούς οστού. Σπάνια αποτελεί θέση ανάπτυξης καρκινώματος θυρεοειδούς (1%). Πολύ σπάνια θέση ανάπτυξης καρκινώματος αποτελεί ο επίσης πυραμοειδής λοβός του θυρεοειδούς (0,4%). Συχνότερος ιστολογικός τύπος σε αμφότερες τις περιπτώσεις είναι το θηλώδες καρκίνωμα.

Σκοπός

Η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με θηλώδες καρκίνωμα πυραμοειδούς λοβού, σε θέση πλησίον του υοειδούς.

Υλικό και Μέθοδοι

Γυναίκα 68 ετών διερευνήθηκε στα πλαίσια ανεύρεσης ανώδυνης τραχηλικής μάζας. Σε έλεγχο με U/S ανευρέθη προτραχειακά και κάτωθεν του υοειδούς οστού σαφών ορίων, συμπαγές, κινητό μόρφωμα 9,1 x 6,4 x 10,3 χιλ., και αποδόθηκε υπερηχογραφικά σε κύστη θυρεογλωσσικού πόρου. Ο θυρεοειδής αδένας απεικονίσθηκε με φυσιολογικές διαστάσεις, ανομοιογένεια του παρεγχύματος και ήπια αύξηση της αγγείωσης ως επί χρόνιας θυρεοειδίτιδας. Όζος 12,9 x 9,1 χιλ. ελέγχθηκε στον κάτω πόλο του δεξιού λοβού του θυρεοειδούς, καθώς και όζος 11,9 x 8,2 χιλ. στον κάτω πόλο του αριστερού λοβού. Δεν αναδείχθηκαν παθολογικοί τραχηλικοί λεμφαδένες. Η κυτταρολογική εξέταση από την FNA του μορφώματος κάτωθεν του υοειδούς ανέδειξε θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς αδένα.

Αποτελέσματα

Η ασθενής υποβλήθηκε σε ολική θυρεοειδεκτομή με σύνοδο εκτομή του θυρεογλωσσικού πόρου και τμήματος του υοειδούς οστού (επέμβαση κατά Sistrunk). Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε παρουσία θηλώδους καρκινώματος (μδ 0,8εκ.) σε επιμήκη πυραμοειδή λοβό (3,8εκ) που εκτεινόταν έως το υοειδές οστόν, με εστιακή διείσδυση παρακείμενου θυρεοειδικού παρεγχύματος, χωρίς διήθηση της θυρεοειδικής κάψας ή του οστικού τμήματος που συνεξαιρέθηκε.

Συμπεράσματα

Καθώς το θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς είναι σε μεγάλο ποσοστό πολυεστιακό, επιλέχθηκε η διενέργεια ολικής θυρεοειδεκτομής συμπληρωματικά με την επέμβαση κατά Sistrunk, προς αποκλεισμό σύγχρονου νεοπλασματος θυρεοειδούς.

ΚΑΛΑ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ. ΕΙΝΑΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΑΡΚΗΣ Η, ΒΑΣΗ ΤΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΤΗΣ ATA-2015, ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΜΟΝΟ ΛΟΒΕΚΤΟΜΗΣ;

Παρασκευή Τρακοσάρη¹, Κωνσταντίνα Ρεκούνα, Μαρία Χρήστου, Κωνσταντίνος Παυλόπουλος, Ευγενία Καρβέλη, Χριστίνα Βουρλάκου, Νικόλαος Ρουκουνάκης, Βασίλειος Βουγάς

¹ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Με βάση τα αναθεωρημένα κριτήρια της ATA 2015 συστήνεται η διενέργεια λοβεκτομής και όχι ολικής θυρεοειδεκτομής σε ασθενείς που πληρούν τα κάτωθι κριτήρια: καλά διαφοροποιημένα θηλώδη καρκινώματα θυρεοειδούς <4εκ, με μονήρη όζο, χωρίς εξωθυρεοειδική εντόπιση ή/και λεμφαδενική συμμετοχή, χωρίς οικογενειακό ιστορικό κακοήθους νεοπλασματος θυρεοειδούς και απουσία ιστορικού ακτινοβολίας τραχήλου σε παιδική ηλικία. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να μελετηθεί εάν η λοβεκτομή, ακολουθώντας τα προαναφερθέντα κριτήρια, είναι ογκολογικά επαρκής ή οι ασθενείς θα οδηγηθούν τελικά σε επανεπέμβαση για συμπληρωματική εκτομή εν όψη χορήγησης I131 και πληρέστερης μετεγχειρητικής παρακολούθησης.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά κατά την 5ετία 2018-2022 οι παθολογοανατομικές εκθέσεις των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή λόγω μονήρους όζου και οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια της ATA-2015 για λοβεκτομή (N=190). Από τα ιστολογικά χαρακτηριστικά των νεοπλασμάτων μελετήθηκαν τα εξής: μέγεθος όγκου (<4εκ), πολυεστικότητα, BRAF600, λεμφαδενική συμμετοχή και εξωθυρεοειδική επέκταση.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των περιστατικών (N=190) στα 86 παρατηρήθηκε αμφοτερόπλευρη εντόπιση (45,6%). Από τα 104 περιστατικά στα οποία η κακοήθεια ήταν ετερόπλευρη τα 6 (5,7%) αφορούσαν σε καρκινώματα >4εκ. Από τα υπόλοιπα 98 περιστατικά στα 24 (24,5%) εντοπίστηκε λεμφαδενική συμμετοχή ή/και εξωθυρεοειδική επέκταση. Τέλος, από τα υπόλοιπα 74 περιστατικά στα 14 παρατηρήθηκε πολυεστιακότητα του ενός λοβού. Συνεπώς, από το σύνολο των 190 περιστατικών που προεγχειρητικά πληρούσαν τα κριτήρια της ATA-2015 για λοβεκτομή, μόνο τα 60 (31,6%) πληρούσαν τελικά τις προϋποθέσεις με βάση την ιστολογική έκθεση, δηλαδή το 68,4% αν αρχικά είχε υποβληθεί σε λοβεκτομή θα οδηγούνταν σε επανεπέμβαση για συμπληρωματική εκτομή.

Συμπεράσματα: Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι τα κριτήρια λοβεκτομής ATA-2015 χρήζουν αναθεώρησης και ενδεχόμενης προσθήκης επιπλέον παραμέτρων. Η υιοθέτησή τους σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε υποθεραπευτική αρχική χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του θυρεοειδούς.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΥΠΟΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ

Βασίλειος Γκάνης¹, Σπυρίδων Λαϊνάς¹, Δημήτριος Σεκαδάκης¹, Κωνσταντίνος Νταλαπέρας¹, Ευαγγελία Αγιάννη¹, Κωνσταντίνος Σασιάκος¹, Δημήτριος Κατρινάκης¹, Σοφοκλής Λανίτης¹
¹Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Κοργιαλένιο Μπενάκειο Ν.Ε.Ε.Σ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ολική θυρεοειδεκτομή αποτελεί μία συχνή χειρουργική επέμβαση και αποτελεί την επέμβαση εκλογής για αντιμετώπιση καλοήθων και κακοήθων παθήσεων θυρεοειδούς. Η υπασβεστιαμία αποτελεί τη συχνότερη μετεγχειρητική επιπλοκή (10-45%), συνήθως είναι παροδική και εγκαθίσταται 24-72 ώρες μετεγχειρητικά. Αναλόγως της σοβαρότητας, εκδηλώνεται με ήπια παραισθησία/αιμωδίες έως σοβαρά συμπτώματα με δυσμενή αποτελέσματα για τους ασθενείς. Το γεγονός αυτό επιβάλλει τον εργαστηριακό έλεγχο των ασθενών μετεγχειρητικά και την πραγματοποίηση διαφόρων πρακτικών για την αντιμετώπιση της επιπλοκής αυτής.

ΣΚΟΠΟΣ: Έχουν περιγραφεί διάφορα μοντέλα πιθανής πρόβλεψης και αντιμετώπισης της μετεγχειρητικής υπασβεστιαμίας. Πραγματοποιήσαμε μία τυχαιοποιημένη προοπτική μελέτη, με σκοπό να εκτιμηθεί το όφελος εφαρμογής συγκεκριμένου πρωτοκόλλου μετεγχειρητικής χορήγησης ασβεστίου και βιταμίνης D, σχετικά με τη μείωση της δυσφορίας των ασθενών αλλά και το χρόνο και το κόστος νοσηλείας.

ΥΛΙΚΟ και ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 516 συνεχόμενα περιστατικά που υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό για καλοήθη πάθηση ή καρκίνο θυρεοειδούς. Η ομάδα Α (N=258) έλαβε αγωγή με ασβέστιο και βιταμίνη D μόνο επί συμπτωμάτων ή σημαντικής εργαστηριακής υπασβεστιαμίας, μέχρι κλινικής και εργαστηριακής βελτίωσης. Η ομάδα Β (N=258) έλαβε συστηματικά 3gr ασβεστίου (γλυκονικό και ανθρακικό Ca) και 1μg υδροξυλιωμένης βιταμίνης D καθημερινά για 5 ημέρες και εν συνεχεία 2gr ασβεστίου και 0,5μg βιταμίνης D για άλλες 10 ημέρες. Οι ασθενείς εξήλθαν από το νοσοκομείο όταν ήταν εντελώς ασυμπτωματικοί.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν ανευρέθηκε διαφορά σε κανένα από τους παράγοντες που μελετήθηκαν όπως η ηλικία, το βάρος και οι διαστάσεις του αδένος, η ιστολογία του παρασκευάσματος, η παρουσία κακοήθειας, το μέγεθος του μεγαλύτερου όζου, η πολυεστιακότητα, η παθολογία του θυρεοειδούς και η προεγχειρητική τιμή Ca, PTH, VitD. Υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην τιμή Ca την 1η μτχ ημέρα (Ομάδα Α: 8,59(SD:0,56) vs Ομάδα Β: 9 (SD: 0,65), P<0,0001), τη 2η μτχ ημέρα (Ομάδα Α: 8,5(SD:0,67) vs Ομάδα Β: 9,1(SD:0,9), P<0,0001) και στις ημέρες νοσηλείας (Ομάδα Α=1,7 , Ομάδα Β=1,2 , P<0,00001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συστηματική εφαρμογή του συγκεκριμένου πρωτοκόλλου μετά από επέμβαση ολικής θυρεοειδεκτομής αποτελεί μία καλή και ασφαλή πρακτική που μπορεί να μειώσει τη δυσφορία και τις επιπλοκές των ασθενών που οφείλονται στην παροδική υπασβεστιαμία καθώς και να μειώσει το χρόνο νοσηλείας του.

ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

Κωνσταντίνος Πολυζώης¹, Παναγιώτης Μεταξάς¹, Ειρήνη Κεφάλου¹, Δημήτριος Στεργίου¹, Αικατερίνη Παρασκευά¹, Ελένη Μαυροδημητράκη¹, Μαρία-Κωνσταντίνα Καλτάκη¹, Νικόλαος Μάμιδας¹, Βασιλική Σταματούκου¹, Χαρίλαος Κυζερίδης¹, Σταύρος Σταυρόπουλος¹, Αγγελική Κολινιώτη¹, Μαρία Σωτηροπούλου¹, Βασίλειος Δρακόπουλος¹, Στυλιανός Καπίρης¹

¹Γ Χειρουργικό Τμήμα ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός"

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μετεγχειρητική υπασβεστιαμία αποτελεί την πιο κοινή επιπλοκή μετά από ολική θυρεοειδεκτομή, με την επίπτωσή της να κυμαίνεται από 1.7 έως 68 % λόγω των διαφορετικών κριτηρίων ορισμού. Οφείλεται κυρίως σε πρωτοπαθή υποπαραθυρεοειδισμό λόγω τραυματισμού, υποάρδευσης, μειωμένης φλεβικής επιστροφής ή εκτομής των παραθυρεοειδών αδένων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της υπασβεστιαμίας την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα σε ασθενείς μετά από ολική θυρεοειδεκτομή.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη ασθενών (N=62) που υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή από 1/1/2023 έως 1/11/2023 στην κλινική μας. Δεδομένα όπως το φύλο (67% γυναίκες), η διάγνωση (47% - N=29, διαγνώστηκαν με θηλώδη καρκινώματα, 34%- N= 21 με καλοήθεις όζους θυρεοειδούς, ένας ασθενής με θυλακιώδες, ένας ασθενής με αναπλαστικό, 8%-N= 5 ασθενείς με μικτά καρκινώματα, το 8%- N=5 ασθενείς με θηλώδη καρκίνωμα που χρειάστηκαν λεμφαδενικό καθαρισμό), η ιστολογική έκθεση, η διάρκεια νοσηλείας και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές τιμές διορθωμένου ασβεστίου έχουν καταγραφεί. Κανένας ασθενής δεν είχε παθολογική τιμή διορθωμένου ασβεστίου προεγχειρητικά και δεν χορηγήθηκε προφυλακτικά βιταμίνη D και ασβέστιο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, το 22,6 % των ασθενών (N=14) εμφάνισαν κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα υπασβεστιαμίας (διορθωμένο ασβέστιο <8 mg/dl). Το 64% (N=9) αφορά γυναίκες και 36% (N=5) άνδρες. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 2 ημέρες [1:3] σε αντίθεση με 1,5 ημέρα [1:3] ασθενών χωρίς υπασβεστιαμία.

Το 43% (N=6) διαγνώστηκε με θηλώδες καρκίνωμα, το 36% (N=5) με καλοήθεις όζους θυρεοειδούς και το 21% ασθενών (N=3) είχαν λεμφαδενική νόσο.

Στο 53% των ασθενών (N=8) στους οποίους κατά την παθολογοανατομική έκθεση παρατηρήθηκε ενδοθυρεοειδικό παραθυρεοειδές σωματίο, ανέπτυξαν υπασβεστιαμία, έναντι 13% (N=6) των ασθενών χωρίς ενδοθυρεοειδικό παραθυρεοειδές.

Στο 60 % (N=3) των ασθενών με λεμφαδενικό καθαρισμό παρατηρήθηκε υπασβεστιαμία και σε 2 από αυτούς κατά την παθολογοανατομική έκθεση παρατηρήθηκε παραθυρεοειδές σωματίο.

Η μέση τιμή διαφοράς διορθωμένου ασβεστίου προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά στο σύνολο των ασθενών είναι 1,05mg/dl, έναντι 1,82 mg/dl των ασθενών με υπασβεστιαμία.

Η διόρθωση της υπασβεστιαμίας μετεγχειρητικά έγινε με από του στόματος χορήγηση ασβεστίου και βιταμίνης D. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν εξιτήριο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χορήγηση ασβεστίου και βιταμίνης D ενδείκνυται σε κλινικά και εργαστηριακά επιβεβαιωμένη υπασβεστιαμία. Η ανατομική γνώση και η χειρουργική εμπειρία είναι σημαντική για τον περιορισμό του υποπαραθυρεοειδισμού μετά από θυρεοειδεκτομή.

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ: Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Γεώργιος Βασιλειάδης¹, Παντελής Παντελής¹, Μελίνα Παπαλεξανδράκη¹, Μαρία Ψαρομιχαλάκη², Δημήτρης Τσαπραλής¹

¹ Χειρουργική Κλινική Γ.Ν Ιεράπετρας

² Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν Ιεράπετρας

Εισαγωγή: Χρήση της λαπαροσκοπικής μεθόδου στη χειρουργική αντιμετώπιση μόνηρους μετάστασης επινεφριδίου.

Σκοπός: Η παρουσίαση της τεχνικής μας στη λαπαροσκοπική αριστερή επινεφριδεκτομή.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 75 ετών με ιστορικό αδενοκαρκινώματος δεξιού πνεύμονα, χειρουργηθέν με ανοιχτή λοβεκτομή, διαπιστώθηκε στα πλαίσια follow-up να φέρει μονήρη μετάσταση αριστερού επινεφριδίου 4,5 εκατοστών. Υποβλήθηκε σε CT κοιλίας, θώρακα και PET scan στα πλαίσια σταδιοποίησης χωρίς να αναδειχθεί άλλη δευτεροπαθής εστία. Αποφασίστηκε η διενέργεια λαπαροσκοπικής αριστερής επινεφριδεκτομής.

Αποτελέσματα: Γίνεται αναλυτική παρουσίαση της θέσης των trocars, των ανατομικών δομών που αποτελούν σημεία αναφοράς της επέμβασης, τυχόν επιπλοκών και του τρόπου αποφυγής τους.

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική μέθοδο εφαρμόζεται όλο και συχνότερα στην αντιμετώπιση και της μεταστατικής νόσου των επινεφριδίων.

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΠΑΡΑΟΡΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΑΓΓΛΙΩΜΑΤΟΣ

Ειρήνη Κεφάλου¹

¹ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα παραγαγγλιώματα είναι σπάνιοι νευροενδοκρινείς όγκοι που προέρχονται από τα εξω-επινεφριδικά αυτόνομα παραγάγγλια. Έχουν εμβρυολογική καταγωγή από κύτταρα της νευρικής ακρολοφίας και έχουν την ικανότητα να εκκρίνουν κατεχολαμίνες. Σχετίζονται στενά με τα φαιοχρωμοκυττώματα καθώς συχνά εμφανίζονται με παρόμοια κλινική εικόνα λόγω της ορμονικής τους δραστηριότητας. Η λαπαροσκοπική εκτομή των παραορτικών παραγαγγλιωμάτων της συμπαθητικής αλύσου είναι εφικτή, παρέχοντας όλα τα πλεονεκτήματα της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής στον ασθενή.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός μας είναι η παρουσίαση με βιντεοπροβολή ενός περιστατικού με εκκριτικό παραορτικό παραγαγγλιώμα και προηγουμένως λαπαροτομία στο οποίο διενεργήθηκε λαπαροσκοπική εκτομή αυτού.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη βιντεοπροβολή παρουσιάζεται ασθενής 69 ετών, η οποία παραπέμφθηκε σε εμάς από την ενδοκρινολογική κλινική με κλινικά σημεία φαιοχρωμοκυττώματος και παρουσία συμπαγούς μορφώματος στο δεξιό επινεφρίδιο. Η ασθενής είχε υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή προ τριακονταετίας λόγω περιτονίτιδας από ρήξη μήτρας και σε ανοικτή σκωληκοειδεκτομή. Διεγχειρητικά κατά την παρασκευή του δεξιού επινεφριδίου ανευρέθει έκτοπος ιστός σε επαφή με την κάτω κοίλη φλέβα σε ανατομική θέση παραγαγγλιώματος, η εκτομή του οποίου έγινε λαπαροσκοπικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ύπαρξη προηγουμένως λαπαροτομίας δεν αποτελεί αντένδειξη ως προς τη διενέργεια λαπαροσκοπικής επινεφριδεκτομής. Για αυτό το λόγο ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στην περιτοναϊκή κοιλότητα δεν θα πρέπει να στερούνται τα οφέλη της λαπαροσκοπικής επέμβασης.

Η ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΝΘΕΤΟΥ ΑΙΜΑΓΓΕΙΟΕΝΔΟΘΗΛΙΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ: 1.5 ΕΤΟΣ FOLLOW-UP ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΕΚΤΟΜΗ

Αριστοτέλης Κεχαγιάς¹, Χρήστος Μασαούτης², Νεοκλής Κρητικός¹

¹Metropolitan General, ²Νοσοκομείο "Ο Ευαγγελισμός"

Εισαγωγή: Το Σύνθετο Αιμαγγειοενδοθηλίωμα (CH) αποτελεί ένα εξαιρετικά σπάνιο αγγειακό νεόπλασμα που συναντάται κυρίως σε ιστούς του δέρματος, των μαλακών μορίων, και του μυοσκελετικού συστήματος. Λιγότερο από 5 περιπτώσεις έχουν περιγραφεί σε εσωτερικά όργανα (νεφροί, σπλήν). Το Σύνθετο Αιμαγγειοενδοθηλίωμα πιστεύεται ότι φέρει ενδιάμεση βιολογική συμπεριφορά καθώς εμπεριέχει έναν συνδυασμό καλοήθων τμημάτων συγχρόνως με ιστούς που έχουν χαρακτηριστικά χαμηλής αλλά και υψηλής αγγειογενούς κακοήθειας. Ένας ακόμη σπανιότερος υπότυπος είναι αυτός με Νευροενδοκρινή Διαφοροποίηση (CH-ND) ο οποίος σχετίζεται με επιθετικότερη κλινική συμπεριφορά όπως η τοπική υποτροπή και οι μεταστάσεις.

Σκοπός: Παρουσιάζουμε την πρώτη γνωστή περίπτωση Επινεφριδικού CH/CH-ND με μετεγχειρητική παρακολούθηση 1,5 έτους μετά ριζικής εκτομής με την Οπίσθια Οπισθοπεριτοναϊκή Επινεφριδεκτομή, συμπεριλαμβανομένου απεικονιστικών και ιστολογικών εικόνων και video της επέμβασης.

Υλικό & Μέθοδος: Υγιής γυναίκα 39 ετών μας παραπέμφθηκε λόγω μεικτού όγκου 8.7 εκ. στο αριστερό επινεφρίδιο με πολλαπλά κυστικά στοιχεία και συμπαγείς όγκους στην αξονική τομογραφία. Υπεβλήθη σε ριζική και αυτούσια αφαίρεση του αριστερού επινεφριδίου με την Ελάχιστα Επεμβατική Οπίσθια Οπισθοπεριτοναϊκή μέθοδο (τεχνική 3 μικρών οπών). Ο όγκος, μετά την εκτομή, τοποθετήθηκε εντός λαπαροσκοπικού σάκου και αποσύρθηκε μετά από σκόπιμη μερική διάτμηση (εντός σάκου) προκειμένου να μην διευρυνθούν οι τομές. Έλαβε εξιτήριο την επομένη σε άριστη κατάσταση.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική έδειξε Σύνθετο Αιμαγγειοενδοθηλίωμα Νευροενδοκρινικού Υπότυπου με διάχυτη έκφραση ενδοθηλιακών δεικτών CD31, ERG με συνέκφραση podoplanin/D2-40 και παράδοση συνέκφραση dsynaptofysin. Ο δείκτης Ki67 ήταν χαμηλός (2%). Ο μοριακός έλεγχος με FISH δεν έδειξε γενετική αντιμετάθεση (WWTR1, MAML2). Το περιστατικό συζητήθηκε στο διεπιστημονικό συμβούλιο και αποφασίστηκε απεικονιστική παρακολούθηση και αιματολογικός έλεγχος αρχικά ανά 6 μήνες. Με την πλήρωση του 1.5 έτους δεν υπάρχουν ευρήματα υποτροπής ή μετάστασης.

Συμπεράσματα: Κατόπιν εκτενούς έρευνας της βιβλιογραφίας, πρόκειται για την πρώτη περίπτωση επινεφριδικού Σύνθετου Αιμαγγειοενδοθηλιώματος και δεί, Σύνθετου Αιμαγγειοενδοθηλιώματος με Νευροενδοκρινή Διαφοροποίηση. Ο νευροενδοκρινής υπότυπος (βάσει πληροφοριών από άλλα όργανα) θεωρείται πιο επιθετικός, οπότε χρειάζεται επιμελής παρακολούθηση με απεικόνιση ανά 6 μήνες για 2 έτη και μετά ανά έτος μέχρι πλήρωσης 5ετίας. Η πλήρης και αυτούσια εκτομή ευμεγέθους σύνθετου αιμαγγειοενδοθηλιώματος είναι εφικτή και ασφαλής με την Ελάχιστα Επεμβατική Οπίσθια Οπισθοπεριτοναϊκή Επινεφριδέκτομή, της οποίας οι ενδείξεις μπορούν να αναπροσαρμοστούν και για αφαίρεση κακοηθιών αυξημένων διαστάσεων.

ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΗΣ ΙΝΔΟΚΥΑΝΙΝΗΣ (ICG) ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ: ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Παναγιώτης Μεταξάς¹, Μιχαήλ Ψαρολόγος¹, Ειρήνη Κεφάλου¹, Δημήτριος Στεργίου¹, Αικατερίνη Παρασκευά¹, Ελένη Μαυροδημητράκη¹, Νικόλαος Μάμιδας¹, Κωνσταντίνος Πολυζώης¹, Βασιλική Σταματούκου¹, Βασιλική Ζαφειροπούλου¹, Χαρίλαος Κυζερίδης¹, Σταύρος Σταυρόπουλος¹, Μαρία Σωτηροπούλου¹, Αγγελική Κολινιώτη¹, Βασίλειος Δρακόπουλος¹, Μαρινέλλα Τζανέλα², Στυλιανός Καπίρης¹

¹Γ' Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός", ²Ενδοκρινολογικό Τμήμα ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός"

Εισαγωγή:

Η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή αποτελεί πλέον την golden standard τεχνική στην χειρουργική των επινεφριδίων. Το πίο απαιτητικό μέρος στην ανωτέρω προσέγγιση αποτελεί η ασφαλής και άμεση αναγνώριση της επινεφριδιακής φλέβας και του όγκου. Η απεικόνιση δομών διεγχειρητικά με το πράσινο της ινδοκυανίνης (ICG) χρησιμοποιείται πλέον σε πολλαπλά φάσματα της χειρουργικής, καθώς αποτελεί μέσο οπτικής ποσοτικοποίησης της αγγείωσης των δομών και διαχωρισμού τους από τους γύρω ιστούς.

Σκοπός:

Η παρουσίαση της αρχικής εμπειρίας της κλινικής μας στην έρευνα που διεξάγουμε για τα πιθανά οφέλη της διεγχειρητικής απεικόνισης της αιμάτωσης και του διαχωρισμού των όγκων των επινεφριδίων.

Υλικό και Μέθοδος:

Η εργασία αποτελεί μία προοπτική ελεγχόμενη μελέτη και συμπεριλαμβάνει ασθενείς με επινεφριδιακή νόσο που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή στην κλινική μας από τον Ιούνιο 2020 έως και σήμερα. Το πρωτόκολλο συνίσταται σε χορήγηση 5mg ICG ενδοφλέβια πριν τη παρασκευή του επινεφριδίου και καταγραφή των χρόνων που απεικονίζεται το επινεφρίδιο και τα επινεφριδιακά αγγεία και επανάληψη της χορήγησης μετά την παρασκευή με 2,5 έως 7,5mg. Καταγράφονται τα δημογραφικών στοιχείων, η ένδειξη, ο χρόνος του χειρουργείου, τα διεγχειρητικά συμβάματα, οι πιθανές μετατροπές σε ανοιχτή επέμβαση και αν η απεικόνιση της επινεφριδιακής φλέβας επηρέασε το χειρουργικό χρόνο.

Αποτελέσματα:

Διενεργήθηκαν 54 λαπαροσκοπικές επινεφριδεκτομές με τη χρήση ICG από τις οποίες 29 Αριστερές και 24 Δεξιές και 1 άμφω. Ο χειρουργικός χρόνος κυμάνθηκε από 120 έως 160 λεπτά. Συνολικά, δόθηκαν από 7,5 έως 12,5 mg ICG και η ευκρινέστερη απεικόνιση της φλέβας σημειώθηκε στα 60-70 sec από την χορήγηση. Η φλέβα αναγνωρίστηκε επιτυχώς σε 17/24 (70%) ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Δεξιές Επινεφριδεκτομές και σε 22/29 (76%) που υποβλήθηκαν σε Δεξιές Επινεφριδεκτομές κατά την πρώτη έγχυση του ICG και στο 100% των περιπτώσεων κατά τη δεύτερη έγχυση.

Συμπεράσματα:

Το ICG στη λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή φαίνεται να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο με χαμηλό κόστος, μεγάλο εύρος χορήγησης και χωρίς ιδιαίτερες απαιτήσεις στη χρήση του ή παρενέργειες. Στις Δεξιές λαπαροσκοπικές επινεφριδεκτομές λόγω της εγγύτητας με το ήπαρ είναι πιο απαιτητική η απεικόνιση της δεξιάς επινεφριδιακής φλέβας. Στις Αριστερές, στις οποίες συναντάται η μεγαλύτερη δυσκολία, φαίνεται να μπορεί να κατευθύνει την παρασκευή μειώνοντας τον διεγχειρητικό χρόνο, τις επιπλοκές και φυσικά την νοσηρότητα.

ΕΥΜΕΓΕΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ- ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ - ΒΙΝΤΕΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Αικατερίνη Παρασκευά, Ειρήνη Κεφάλου¹, Παναγιώτης Μεταξάς¹, Χαρίλαος Κυζερίδης¹, Δημήτριος Στεργίου¹, Ελένη Μαυροδημητράκη¹, Νικόλαος Μάμιδας¹, Κωνσταντίνος Πολυζώης¹, Βασιλική Σταματούκου¹, Σταύρος Σταυρόπουλος¹, Μαρία Σωτηροπούλου¹, Αγγελική Κολινιώτη¹, Βασίλειος Δρακόπουλος¹, Θεοδώρα Στρατηγού¹, Στυλιανός Καπίρης¹
¹Γ' Χειρουργικό Τμήμα ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός"

Εισαγωγή: Η λαπαροσκοπική αφαίρεση των επινεφριδίων έχει εδραιωθεί στην χειρουργική των ενδοκρινών αδένων ως η μέθοδος εκλογής.

Σκοπός: Στις περιπτώσεις βλαβών με αυξημένο μέγεθος η λαπαροσκοπική προσπέλαση παραμένει εφικτή, αυξάνεται όμως ο βαθμός δυσκολίας ιδίως στον χειρισμό του ευμεγέθους όγκου και στην αφαίρεση του παρασκευασματος. Η βίντεο παρουσίαση αναφέρεται στην λεπτομερή ανάλυση της χειρουργικής τεχνικής και των χειρισμών σε 2 περιπτώσεις λαπαροσκοπικών επινεφριδεκτομών σε μεγάλους όγκους των επινεφριδίων 7,5x9 και 5,5x6,5 εκατοστά αντιστοίχως.

Συμπεράσματα: Και στις 2 περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε αφαίρεση του παρασκευασματος από τομή rfanpenstiel , όπου τα παρασκευάσματα αφαιρέθηκαν άθικτα και με ευκολία μειώνοντας το ποσοστό μετεγχειρητικής κοιλιοκηλης που εμφανίζεται συχνότερα στις περιπτώσεις όπου γίνονται προσπάθειες αφαίρεσης του παρασκευασματος από την επέκταση των τομών στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΟΝΗΡΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ . ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 45 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΣΕΙΡΑ 1100 ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΕΚΤΟΜΩΝ.

Χρυσάνθη Αγγέλη¹, Βασίλειος Θεοχαρίδης¹, Χρήστος Παριανός¹, Κωνσταντίνος Πατέας¹,
Κωνσταντίνος Δίβαρης¹, Δημήτριος Καπνιάς¹, Ιωάννα Ρέστα¹, Γεώργιος Νικολάου Ζωγράφος¹
¹Γ' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς"

Εισαγωγή : Η εκτομή των μονήρων επινεφριδιακών μεταστάσεων μπορεί να προσφέρει βελτίωση της πρόγνωσης σε επιλεγμένους ασθενείς.

Σκοπός: Η αξιολόγηση των άμεσων και απώτερων αποτελεσμάτων της λαπαροσκοπικής και ανοικτής χειρουργικής των μονήρων μεταστάσεων των επινεφριδίων σε ασθενείς που χειρουργήθηκαν στην κλινική μας.

Υλικό-μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη ασθενών με επινεφριδιακούς όγκους. Από τον Μάιο του 1997 έως τον Οκτώβριο του 2023 , έλαβαν χώρα 1100 επεμβάσεις για όγκους επινεφριδίων σε 1084 ασθενείς. Χειρουργήθηκαν 45 ασθενείς με μεταστατικό όγκο επινεφριδίου . Επρόκειτο για 34 άνδρες και 11 γυναίκες , ηλικίας 48 με 79 ετών (μέση ηλικία 63.4 έτη) . Από τους όγκους αυτούς 11 ήταν σύγχρονοι με τον πρωτοπαθή όγκο ενώ 34 ήταν μετάχρονι. Οι μεταστάσεις προέρχονταν κυρίως από όγκους πνεύμονα (20 ασθενείς) ή νεφρού (16 ασθενείς) ενώ σπανιότερα από στομάχι, μαστό , παχύ έντερο, μελάνωμα, ουροδόχο κύστη, ενδομήτριο, σάρκωμα Ewing και συνοβιακό καρκίνωμα. Στους 26 από τους 45 όγκους το μέγεθος ήταν μεγαλύτερο από 7 εκατοστά.

Αποτελέσματα: Σε 18 ασθενείς η επέμβαση ολοκληρώθηκε λαπαροσκοπικά ενώ σε 17 έγινε εξ αρχής ανοικτά . Σε 10 περιπτώσεις η επέμβαση ξεκίνησε λαπαροσκοπικά αλλά μετατράπηκε σε ανοικτή για ογκολογικούς λόγους . Σε 7 ασθενείς έγινε ταυτόχρονη εκτομή γειτονικών οργάνων . Η μέση μετεγχειρητική διάρκεια νοσηλείας για την λαπαροσκοπική επινεφριδιεκτομή κυμάνθηκε από 1 έως 3 ημέρες (2.2 ημέρες), ενώ για την ανοικτή ή μετατραπείσα επινεφριδεκτομή από 5 έως 20 ημέρες. Δεν υπήρξε περιεγχειρητική θνητότητα. Η επιβίωση των ασθενών ήταν 76% στους πρώτους 12 μήνες μετά την επέμβαση, 56,6% στους 24 μήνες και 25 % στην πενταετία. Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε τοπική υποτροπή του όγκου ή μετάσταση στις θέσεις των ports. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αριστερή επινεφριδιεκτομή παρουσίασαν καλύτερη επιβίωση σε σχέση με αυτούς που υποβλήθηκαν σε δεξιά. Οι ασθενείς με πρωτοπαθή καρκίνο νεφρού παρουσίασαν καλύτερα ποσοστά επιβίωσης σε σχέση με τους ασθενείς με πρωτοπαθή καρκίνο πνεύμονα.

Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική επινεφριδιεκτομή αποτελεί αποδεκτή επιλογή για τους μεταστατικούς όγκους των επινεφριδίων. Η ύπαρξη περιεπινεφριδιακής διήθησης ιστών και οργάνων απαιτεί ανοικτή προσέγγιση.

ΤΕΧΝΙΚΑ ΠΟΛΥΠΛΟΚΕΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΕΣ ΟΓΚΩΝ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΜΕΓΑΛΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ

Δημήτριος Χασιώτης¹, Σταυρούλα Κατσιμεντέ¹, Γρηγόρης Δράκος¹, Σταυρούλα Παπαελευθερίου¹, Δημήτριος Ματσάγκος¹, Βασιλική Τσέλιου¹, Κωνσταντίνος Μπίκας¹, Γεώργιος Σερετάκης¹, Δημήτριος Μαγγανάς¹

¹ΓΝΑ Ευαγγελισμός

Η εξελιγμένη επινεφριδεκτομή αποτελεί μια χειρουργική πράξη που στοχεύει στη θεραπεία όγκων των επινεφριδίων που συχνά παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες στο μέγεθος ή την ανατομική τους σχέση με τις παρακείμενες δομές.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει την εμπειρία της κλινικής μας σχετικά με τις επινεφριδεκτομές, τις ενδείξεις, τα διεγχειρητικά εμπόδια και πως αυτά αντιμετωπίστηκαν από τη χειρουργική ομάδα. Ακόμα υπογραμμίζει τη σημασία της προεγχειρητικής μελέτης του περιστατικού με σκοπό τη διαφύλαξη της ασφάλειας του ασθενούς, καθώς και την αναγκαιότητα της μετεγχειρητικής φροντίδας και της άμεσης αντιμετώπισης των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Συνολικά παρουσιάζονται τέσσερις ασθενείς που χειρουργήθηκαν με δεξιά επινεφριδεκτομή από 10/2022 μέχρι 11/2023.

Πραγματοποιήθηκε στους ασθενείς ορμονολογικός προεγχειρητικός έλεγχος που περιελάμβανε μετανεφρίνες ούρων, VMA ούρων, κορτιζόλη, ACTH, DHEA-S, PRA και αλδοστερόνη. Αναλυτικά δύο από τους ασθενείς εμφάνιζαν μεταστατικές εστίες στο ΔΕ επινεφρίδιο, ο ασθενής Α από αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα (9.5x7.5x4cm) και ο Β από αδενοκαρκίνωμα οισοφάγου (5.5x3.8x3.3cm). Ο ασθενής Γ εμφάνιζε μυελολίπωμα (10x7x3cm) και ο Δ υψηλόβαθμο καρκίνωμα φλοιού επινεφριδίου διαμέτρου 18,2 εκ T4NxM1. Προεγχειρητικά έγινε μελέτη των αξονικών τομογραφιών από τη χειρουργική ομάδα και ακριβής προγραμματισμός πλάνου διατομής ώστε να διασφαλιστεί ανεπίπλεκτη πορεία της διεγχειρητικής διαδικασίας. Όλες οι επινεφριδεκτομές πραγματοποιήθηκαν με τομή reversed L. Η διακοιλιακή προσπέλαση επιλέχθηκε τόσο λόγω του μεγέθους των μορφωμάτων και την ιδιαίτερη ανατομική τους σχέση με τα γειτονικά όργανα, κυρίως την κάτω κοίλη φλέβα, όσο και λόγω της μεταστατικής φύσης των μορφωμάτων στους ασθενείς Α και Β. Στους ασθενείς Α και Δ πραγματοποιήθηκε αφαίρεση τμήματος του πλάγιου κοιλιακού τοιχώματος της κάτω κοίλης φλέβας en block με τον όγκο και ανακατασκευή της με επιμήκη συρραφή του τοιχώματός της. Στον ασθενή Δ χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί οριζόντια ηπατεκτομή τμήματος VIII και έτερη ηπατεκτομή τμήματος III λόγω μεταστατικών βλαβών. Δεν διαπιστώθηκε διεγχειρητικά σημαντική απώλεια αίματος. Μετεγχειρητικά οι ασθενείς Α και Β εμφάνισαν ανεπίπλεκτη πορεία, έλαβαν εξιτήριο την 5η και 6η μετεγχειρητική ημέρα αντίστοιχα, ο Γ εμφάνισε ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση (εξιτήριο 6η ΜΤΧ) και ο Δ υποξυγοναιμία λόγω υπεζωκοτικής συλλογής που παροχετεύτηκε (εξιτήριο 9η ΜΤΧ).

Συμπερασματικά η εξελιγμένη επινεφριδεκτομή αποτελεί μία πολλά υποσχόμενη λύση για τους ασθενείς με όγκους επινεφριδίων και αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της επιβίωσης τους.

ΓΑΓΓΛΙΟΝΕΥΡΙΝΩΜΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ : ΑΝΑΦΟΡΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ελένη Κίτσου¹, Θεόδωρος Χατζηθεοδώρου¹, Αριάδνη Σωτηρία Ζαμποπούλου¹, Αρετή Χατζηχαραλάμπους¹, Μαργαρίτα Καλαματιανού¹, Νικόλαος Ιντζές¹, Παναγιώτης Θεοδώρου¹, Χαρίδημος Μαρκογιαννάκης¹, Κωνσταντίνος Γ. Τούτουζας¹, Δημήτριος Θεοδώρου¹

¹Μονάδα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή δύο περιστατικών με γαγγλιονευρίνωμα επινεφριδίου.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Προοπτική μελέτη όλων των επινεφριδεκτομών που διενεργήθηκαν στην κλινική μας από 1/1/2010 έως 31/10/2023.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 183 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επινεφριδεκτομή, δύο (1,1%) έπασχαν από γαγγλιονευρίνωμα επινεφριδίου. Πρόκειται για δύο άνδρες 23 και 29 ετών με όγκο δεξιού επινεφριδίου που υποβλήθηκαν σε ανεπίπλεκτη λαπαροσκοπική και ανοιχτή επέμβαση αντίστοιχα. Αμφότεροι παρουσίαζαν ευμέγεθες μórφωμα επινεφριδίου με ύποπτα απεικονιστικά χαρακτηριστικά ενώ ο πρώτος παρουσίαζε και αυξημένες μετανεφρίνες/νορμετανεφρίνες ούρων 24ώρου. Ο δεύτερος ασθενής υποβλήθηκε ταυτόχρονα σε αριστερό παραορτικό λεμφαδενικό καθαρισμό ο οποίος ανέδειξε μεταστατική λεμφαδενοπάθεια λόγω σεμινώματος όρχεος, στοιχεία του οποίου ανευρέθηκαν και στο ιστολογικό παρασκεύασμα της επινεφριδεκτομής. Η διάμετρος του επινεφριδίου ήταν 10,5 cm και 9 cm, του επινεφριδικού όγκου 7,5 cm και 9 cm, ενώ το βάρος του επινεφριδίου ήταν 94 gr και 89 gr αντίστοιχα. Ο χρόνος μετεγχειρητικής νοσηλείας ήταν 1 και 4 ημέρες. Οι ασθενείς παραμένουν χωρίς υποτροπή για 12 και 7 έτη αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα γαγγλιονευρινώματα επινεφριδίου είναι σχετικά σπάνιοι όγκοι που μπορεί να εμφανίζονται με μεγάλο μέγεθος και άτυπα απεικονιστικά χαρακτηριστικά. Καθώς η βιολογική τους συμπεριφορά είναι αβέβαιη κρίνεται απαραίτητη η ογκολογική χειρουργική εκτομή και η μακροχρόνια παρακολούθησή τους.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΗΣ ΜΕΡΙΚΗΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ

Ευαγγελία Μπελλου¹, Νικόλαος Βολουδάκης¹, Ανέστης Μπάσιος¹, Μαρία Βελικούδη¹, Χάρις Κουργιαλή¹, Στεφανος Ατματζίδης¹, Γρηγόριος Χατζημαυρουδής¹, Βασίλειος Παπαζιώγας¹, Ιωάννης Κουτελιδάκης¹

¹ Β' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ. 'Γ. Γεννηματάς'

Εισαγωγή-Σκοπός

Η μερική επινεφριδεκτομή εισήχθη ως επέμβαση το 1983 και έκτοτε συνεχίζει να εξελίσσεται και να κερδίζει έδαφος, ιδίως τις τελευταίες 2 δεκαετίες με την εδραίωση των ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών. Πρωτεύον σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τα ποσοστά μετεγχειρητικής υποτροπής καθώς και την ανάγκη χορήγησης θεραπείας υποκατάστασης με κορτιζόλη, τόσο συνολικά, όσο και ειδικά, ανάλογα με την αρχική ένδειξη για χειρουργείο.

Μέθοδοι

Συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας έως τον Σεπτέμβριο του 2023, μέσω των βάσεων δεδομένων: PubMed, Scopus, GoogleScholar και Cochrane. Ουλέξεις αναζήτησης ήταν: partial adrenalectomy, sparing adrenalectomy, adrenal sparing surgery και adrenal insufficiency. Τα αποτελέσματα της αναζήτησης επεξεργάστηκαν μέσω του συστήματος Mendeley και επιλέχθηκαν τα άρθρα που συνάδαν με τα κριτήρια της εργασίας. Για τα καταληκτικά ερευνητικά ερωτήματα, στο τέλος των χειρουργικών παρεμβάσεων κανένα ακέραιο επινεφρίδιο εκατέρωθεν δεν πρέπει να έχει απομείνει ώστε να συμπεριληφθεί ο ασθενής στην ανάλυση.

Αποτελέσματα

Οι κύριες ενδείξεις για τη μερική επινεφριδεκτομή ήταν τα κληρονομικά σύνδρομα (VHL, NF-1/VRD, MEN2A, MEN2B), κλινικά εκδηλούμενες νόσοι (Cushing, Conn, PMAH) που προκαλούν αδενώματα, φαιοχρωμοκύττωμα, σποραδικές και μη λειτουργικές μάζες και γενετικές μεταλλάξεις που μπορούν να οδηγήσουν σε εξαλλαγή της μάζας (SDHD, SDHB). Η κύρια επιπλοκή της επέμβασης ήταν η υποτροπή της νόσου. Αφορούσε το 15,85% των ασθενών, με 37,14% αυτών να πάσχουν από VHL και 45,71% από MEN2. Μετεγχειρητικά, το 23,3% των επιλεγμένων ασθενών χρειάστηκε θεραπεία υποκατάστασης με κορτιζόνη. Η πλειονότητα αυτών (67,55%) έπασχε από MEN2 και ένα μικρό ποσοστό (14,57%) από VHL. Στη προσπάθεια συσχέτισης με αντίθετη πορεία, δηλ οι ασθενείς με γνωστή νόσο που υπεβλήθησαν σε μερική επινεφριδεκτομή και τελικά έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης ή είχαν υποτροπή της νόσου, οι ασθενείς με VHL εμφάνιζαν πιο συχνά υποτροπή (16,49%) και αυτοί με MEN2 χρειαζόταν πιο συχνά θεραπεία υποκατάστασης (32,66%).

Συμπέρασμα

Στην παρούσα μελέτη, >80% των ασθενών δεν εμφάνισε υποτροπή, ενώ >70% δεν έχρηζε υποκατάστασης. Οι μικρές διαφορές με τη διεθνή βιβλιογραφία μπορεί να οφείλονται σε διαφορές του μελετώμενου πληθυσμού και στα αυστηρά κριτήρια επιλογής των ασθενών.

PMAH: Primary macronodular adrenal hyperplasia

VHL: von Hippel-Lindau

NF-1: Neurofibromatosis type 1

VRD: von Recklinghausen's disease

MEN 2A/2B: Multiple endocrineneoplasia

SDHD / SDHB: succinate dehydrogenase (SDH) gene D/B

ΝΕΥΡΟΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΗΜΑΤΟΣ: ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ

Κ. Ρεκούνα, Παρασκευή Τρακοσάρη¹, Κ. Παυλόπουλος, Μ. Χρήστου, Ε. Καρβέλη, Α. Θανασά, Μ. Χρόνη, Ν. Ρουκουνάκης, Β. Βουγάς

¹ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αυξανόμενη χρήση της νευροπαρακολούθησης στην θυρεοειδεκτομή ανέδειξε την ανάγκη ανάπτυξης χειρουργικών εναλλακτικών σε περιπτώσεις απώλειας σήματος με στόχο την αποφυγή αμφοτερόπλευρης πάρεσης του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου και εν συνεχεία την αποφυγή μόνιμης τραχειοστομίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Καταγραφή απώλειας σήματος του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου στην πρώτη πλευρά εκτομής σε προγραμματισμένη ολική θυρεοειδεκτομή και η επίπτωση της στην επιλογή χειρουργικού πλάνου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν προοπτικά 222 θυρεοειδεκτομές σε διάστημα 36 μηνών.

Διενεργήθηκε διεγχειρητική νευροπαρακολούθηση, προεγχειρητική και μετεγχειρητική λαρυγγοσκόπηση σε όλους τους ασθενείς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Απώλεια σήματος (σήμα <50% της αρχικής καταγραφής) στο πνευμονογαστρικό νεύρο καταγράφηκε σε 24 περιστατικά (10,8%). Σε 12 περιπτώσεις (ομάδα Α 50%) αποφασίστηκε διακοπή της επέμβασης και διενέργεια λοβεκτομής και στις υπόλοιπες (ομάδα Β) διενεργήθηκε ολική θυρεοειδεκτομή, παρά την απώλεια σήματος λόγω επιβεβαιωμένης κακοήθειας με διήθηση λεμφαδένων κεντρικού διαμερίσματος ή υψηλής συνοσσηρότητας. Στην μετεγχειρητική λαρυγγοσκόπηση σε 8 (33%) ασθενείς, 4 της ομάδας Α και 4 της ομάδας Β δεν παρατηρήθηκε πάρεση της συστοίχου και της αντιστοίχου φωνητικής χορδής. Δύο ασθενείς της ομάδας Β εμφάνισαν αμφοτερόπλευρη πάρεση που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά χωρίς ανάγκη επαναδιασωλήνωσης ή τραχειοστομίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η απώλεια σήματος στην πρώτη πλευρά εκτομής κατά την ολική θυρεοειδεκτομή δίνει στον χειρουργό δύο επιλογές: α) θυρεοειδεκτομή σε δύο χρόνους ή β) ολική θυρεοειδεκτομή. Η θυρεοειδεκτομή σε δύο χρόνους διενεργείται σε νόσο Graves, πολυοζώδη βρογχοκήλη αμφοτερόπλευρα ή χαμηλού κινδύνου καρκίνωμα, με στόχο την αποφυγή κάκωσης των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων αμφοτερόπλευρα και ολοκλήρωση της θυρεοειδεκτομής εφόσον αποκατασταθεί η κινητικότητα της φωνητικής χορδής. Η ολοκλήρωση σε πρώτο χρόνο εκτελείται σε προχωρημένη κακοήθεια (ASA 3-4), σε συνδυασμό με την εμπειρία του χειρουργού, με στόχο τον καλύτερο έλεγχο της νόσου μετεγχειρητικά.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ SKIP ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟ ΠΛΑΓΙΟ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ.ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

Ανέστης Μπάσιος¹, Νικόλαος Βολουδάκης¹, Ευαγγελία Μπέλλου¹, Στέφανος Ατματζίδης¹, Αρχοντία Βαξεβανίδου², Γρηγόριος Χατζημαυρουδής¹, Βασίλειος Παπαζιώγας¹, Ιωάννης Κουτελιδάκης¹

¹Β Χειρουργική Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ "Γ. Γεννηματάς",

²Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΘ "Γ. Γεννηματάς"

Εισαγωγή

Το θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς (PTC) συχνά παρουσιάζεται με τραχηλικές μεταστάσεις κατά τη διάγνωσή του. Το συνηθέστερο πρότυπο μετάστασης είναι αρχικά στο κεντρικό, έπειτα στο ομόπλευρο πλάγιο και τέλος στο ετερόπλευρο πλάγιο διαμέρισμα. Ωστόσο, σε ένα μη αμελητέο ποσοστό ασθενών, η διασπορά των μεταστάσεων παρακάμπτει (skip) το κεντρικό και μεθίσταται πρώτα στο πλάγιο διαμέρισμα.

Σκοπός

Η ανάδειξη της συχνότητας εμφάνισης skip λεμφαδενικών μεταστάσεων στο πλάγιο τραχηλικό διαμέρισμα καθώς και των πιθανών παραγόντων κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδος

Διενέργεια αναδρομικής μελέτης παρατήρησης των ασθενών με PTC που υποβλήθηκαν σε πρωτογενή επέμβαση με ολική θυρεοειδεκτομή, κεντρικό και πλάγιο λεμφαδενικό καθαρισμό από τον Ιανουάριο του 2020 έως τον Δεκέμβριο του 2023. Τα δημογραφικά, περιεγχειρητικά και ιστολογικά δεδομένα των ασθενών ανακτήθηκαν και αναλύθηκαν μονοπαραγοντικά και πολυπαραγοντικά με λογιστική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα

Από τους 62 ασθενείς, 16 (26.2%) παρουσίασαν skip μετάσταση. Στην μονοπαραγοντική ανάλυση η θέση του κυρίαρχου όζου ($p=0.015$), η μέγιστη διάμετρος του ($p=0.042$), η απουσία αμφίπλευρης πολυεστιακότητας ($p=0.049$) και η μεγαλύτερη ηλικία ($p=0.046$) συσχετίστηκαν με την ανάδειξη skip μετάστασης. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση μόνο η μέγιστη διάμετρος του όζου (OR 0.87, 95% CI 0.757 – 0.956, $p=0.047$) και η θέση του όζου στον άνω πόλο του λοβού (OR 1.62, 95% CI 1.121-2.09, $p=0.031$) προέκυψαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για skip μετάσταση. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανείς από τους ασθενείς με όζο στο κατώτερο τριτημόριο του λοβού (14/61) ή με αμφοτερόπλευρη πολυεστιακότητα δεν εμφάνισε skip μετάσταση.

Συμπεράσματα

Μικρότεροι όζοι και θέση αυτών στον άνω πόλο συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο skip μετάστασης, απαιτώντας αυξημένη επαγρύπνηση κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο. Μεγαλύτερες σειρές ασθενών είναι απαραίτητες για την επιβεβαίωση των ανωτέρω αποτελεσμάτων.

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΟΙΧΤΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΕΚΤΟΜΗ. ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Βασίλειος Γκάνης¹, Σπυρίδων Λαϊνάς¹, Κωνσταντίνος Νταλαπέρας¹, Δημοσθένης Κακαβιάτος¹, Δημήτριος Σεκαδάκης¹, Κωνσταντίνος Σασιάκος¹, Παναγιώτα Ράικου¹, Σοφοκλής Λανίτης¹

¹Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Κοργιαλένιο Μπενάκειο Ν.Ε.Ε.Σ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αμφοτερόπλευρη διερεύνηση τραχήλου αποτελεί ακόμη και σήμερα την επέμβαση εκλογής για τη χειρουργική αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς υπερθυρεοειδισμού. Πρόσφατα, η ελάχιστα επεμβατική παραθυρεοειδεκτομή (MIP) αναδεικνύεται ως ασφαλής εναλλακτική, σε επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών με μονήρες αδένωμα αξιόπιστα εντοπισμένο προεγχειρητικά, υπερτερώντας ενδεχομένως στο ποσοστό επιπλοκών και στο κοσμητικό αποτέλεσμα.

ΣΚΟΠΟΣ: Έχουν περιγραφεί διάφορες τεχνικές ελάχιστης επεμβατικής παραθυρεοειδεκτομής, με κυριότερες της ανοιχτή μέθοδο (OMIP) και την ενδοσκοπικά υποβοηθούμενη παραθυρεοειδεκτομή (MIVAP), που δυνητικά μπορεί να μειώσει περαιτέρω τη μετεγχειρητική δυσφορία και το μήκος της τομής. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή της MIVAP και η σύγκριση με την ανοιχτή μέθοδο όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, τις επιπλοκές, τη διάρκεια χειρουργείου και το κόστος.

ΥΛΙΚΟ και ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τους συνολικά 132 ασθενείς που χειρουργήθηκαν για πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό σε 111 περιπτώσεις υπήρξε προεγχειρητική εντόπιση μονήρους αδενώματος. 40 ασθενείς υποβλήθηκαν στην παραδοσιακή αμφοτερόπλευρη διερεύνηση τραχήλου, ενώ σε 92 διενεργήθηκε ελάχιστα επεμβατική παραθυρεοειδεκτομή μετά από συμφωνία των ευρημάτων του υπερηχογραφήματος και του Sestamibi. Από αυτούς, 41 ασθενείς υποβλήθηκαν σε OMIP και 51 σε MIVAP. Για την τεχνική αυτή πραγματοποιήθηκε τροποποιημένη τομή Kocher τραχήλου 2 εκ, χρησιμοποιήθηκε κάμερα 5 χιλ. και 30 μοιρών καθώς και εργαλεία ενδαρτηρεκτομής πολλαπλών χρήσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 59,42 έτη (27-83), με μέση προεγχειρητική τιμή PTH:175 (59-1194) και Ca:11 (9,3-13,9). Συγκρίνοντας τις ομάδες ασθενών που υποβλήθηκαν σε OMIP (N=41) και MIVAP (N=51), δεν υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην ηλικία, το φύλο, στο μέγεθος κι βάρος του αδενώματος, καθώς και στα προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά επίπεδα Ca και PTH. Επίσης, τα ποσοστά ίασης, μετεγχειρητικής νορμασβεστιαϊμίας και μετεγχειρητικών επιπλοκών ήταν παρόμοια. Δεν ανευρέθηκε διαφορά στη χρονική διάρκεια χειρουργείου, ενώ στους ασθενείς με MIVAP πραγματοποιήθηκε μικρότερη τομή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά την αναγκαία καμπύλη εκμάθησης, δεν ανευρέθηκε κατωτερότητα της MIVAP έναντι της OMIP, δεδομένης της εμπειρίας του χειρουργού στις ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές. Η MIVAP συνοδεύεται από λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα και ικανοποίηση των ασθενών, ενώ το υψηλό κόστος μετριάζεται με τη χρήση κοινών εργαλείων πολλαπλών χρήσεων. Επιπλέον, η MIVAP δίνει τη δυνατότητα καλύτερης διεγχειρητικής προσέγγισης αδενωμάτων σε οπίσθια και δύσκολη θέση και παρέχει τη δυνατότητα μετατροπής σε ενδοσκοπικά υποβοηθούμενη διερεύνηση τραχήλου ή και θυρεοειδεκτομή.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

Γεράσιμος Κρητικός¹, Στέφανος Στεφάνου², Ηλίας Ζορμπάς², Χρίστος Χριστοφορίδης², Τριανταφυλλιά Κολέτσα³, Κωνσταντίνος Σαπαλίδης⁴, Ιωάννης Κουτελιδάκης⁵, Κυριάκος Βαμβακίδης²
¹Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας "Μποδοσάκειο"-Χειρουργική Κλινική, ²Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center-Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, ³Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας & Παθολογικής Ανατομικής ΑΠΘ, ⁴ΑΧΕΠΑ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο-Γ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ⁵Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Γ. Γεννηματάς"- Β Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ

Εισαγωγή: Η εγχειρητική αντιμετώπιση του Πρωτοπαθούς Υπερπαραθυρεοειδισμού (ΠΥ) είναι μια πρόκληση για τον Χειρουργό, καθώς, παρά τη χρήση εργαλείων όπως η προεγχειρητική απεικόνιση ή η χρήση της διεγχειρητικής μέτρησης παραθορμόνης (ιοPTH), η πιθανότητα ατελούς θεραπείας ή υποτροπής παραμένει υπαρκτή. Επομένως, πάντα είναι επίκαιρη η αναζήτηση μεθόδων που θα βοηθούν στο διεγχειρητικό αποκλεισμό ύπαρξης υπολειπόμενου παθολογικού ιστού.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι να αναδειχθεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του βάρους του αδενώματος σε ασθενείς με Σποραδικό ΠΥ, και του ποσοστού πτώσης της τιμής της ιοPTH στα 10 και 20 λεπτά μετά την εκτομή.

Υλικό και Μέθοδος: Έγινε αναδρομική μελέτη σε 212 ασθενείς που χειρουργήθηκαν για Μονήρες Αδένωμα Παραθυρεοειδούς στο Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων του Νοσοκομείου Ερρίκος Ντυνάν από τον Ιανουάριο του 2018 έως και τον Οκτώβριο του 2021. Από τους ασθενείς, οι 174 ήταν γυναίκες και οι 38 άνδρες. Σε όλους τους ασθενείς ελήφθη εργαστηριακός έλεγχος μετά τη εισαγωγή στην αναισθησία και πριν την έναρξη της χειρουργικής επέμβασης, καθώς επίσης στα 10 και 20 λεπτά μετά την αφαίρεση του αδενώματος. Στη στατιστική ανάλυση που ακολούθησε μελετήθηκαν οι παράμετροι που αφορούσαν το βάρος του αδενώματος και οι τιμές της PTH που αναφέρθηκαν.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των παραπάνω παραμέτρων, ανεδείχθη θετική συσχέτιση μεταξύ του βάρους του αδενώματος και της προεγχειρητικής PTH, αλλά κυρίως, με το ποσοστό πτώσης της ιοPTH στα 10 και 20 λεπτά μετά την εκτομή ($p < 0.05$).

Συμπεράσματα: Από αυτήν την εργασία, αλλά και από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του βάρους του αδενώματος και των τιμών παραθορμόνης τόσο προεγχειρητικά, αλλά και διεγχειρητικά, κάτι που ίσως να μπορεί να βοηθήσει τον χειρουργό να γνωρίζει πότε έχει αφαιρέσει το σύνολο του παθολογικού ιστού. Μειονέκτημα της εργασίας είναι ότι δεν υπάρχουν δεδομένα επανελέγχου, τουλάχιστον έξι μήνες μετεγχειρητικά, για να γνωρίζουμε εάν κάποιοι ασθενείς παρουσίασαν υποτροπή.

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΛΟΓΩ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΟΜΑΤΩΣΗΣ ΤΥΠΟΥ II: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Στυλιανή Λάσκου¹, Χριστίνα Σέββα¹, Ιωάννα Αμπα Ντέκα², Παρασκευή Αξή¹, Τριανταφυλλιά Κολέτσα², Ισαάκ Κεσίσογλου¹, Κωνσταντίνος Σαπαλίδης¹

¹Γ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής ΑΠΘ

Εισαγωγή Ως παραθυρεοειδομάτωση αναφέρεται η διασπορά παραθυρεοειδικού ιστού στον τράχηλο και το μεσοθωράκιο. Αποτελεί ένα σπάνιο αίτιο υποτροπής υπεραπαραθυρεοειδισμού, ενώ η αντιμετώπιση της είναι ιδιαίτερα προκλητική τόσο για τον ενδοκρινολόγο όσο και για το χειρουργό.

Σκοπός Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανάδειξη σπάνιου περιστατικού παραθυρεοειδομάτωσης. Υλικό & Μέθοδος Υλικό αποτέλεσε θήλυ ασθενής 66 ετών με ιστορικό πολλαπλών επεμβάσεων στον τράχηλο τα τελευταία 37 χρόνια, λόγω υποτροπιάζοντος υπεραπαραθυρεοειδισμού. Η ασθενής προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με συμπτωματολογία αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και τέθηκε σε διαδικασία ελέγχου. Περιγράφεται η πορεία έως την λήψη της απόφασης για χειρουργική αντιμετώπιση, ενώ πραγματοποιείται σχολιασμός για την επιλογή των παραμέτρων της επέμβασης.

Αποτελέσματα Η ασθενής λόγω αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής και κατόπιν απεικονιστικού ελέγχου υποβλήθηκε σε λεμφαδενικό καθαρισμό του κεντρικού διαμερίσματος και των διαμερισμάτων II, III, IV αριστερά. Για τη διαφύλαξη του αριστερού παλίνδρομου νεύρου χρησιμοποιήθηκε συσκευή νευροδιέγερσης καθώς η ασθενής εμφάνιζε παράλυση της δεξιάς φωνητικής χορδής σε μέση θέση λόγω κάκωσης του δεξιού παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου από τις προηγούμενες επεμβάσεις. Στο πέρας της επέμβασης παρατηρήθηκε > 50 % πτώση της τιμής παραθορμόνης.

Συμπεράσματα Η παραθυρεοειδομάτωση ως σπάνιο αίτιο υποτροπής του υπεραπαραθυρεοειδισμού απαιτεί κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία με αντιμετώπιση της υπερασβεστιαμίας και διενέργεια απεικονίσεων εντοπισμού των διεσπαρμένων τμημάτων παραθυρεοειδικού ιστού ενώ η en block εκτομή αποτελεί τη μόνη θεραπευτική λύση. Ασθενείς με παραθυρεοειδομάτωση πρέπει να βρίσκονται υπο στενή παρακολούθηση μετεγχειρητικά.

ΔΙΑΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ (ΤΟΕΡΝΑ): Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΕΣΣΕΡΑ (4) ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Κωνσταντίνος Λεβεντάκος¹, Δημήτριος Φλώρος²

¹Γ' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. Γεννηματάς, ²Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη της διαστοματικής προσπέλασης στην Χειρουργική των παραθυρεοειδών αδένων μέσα από τα πρώτα μας περιστατικά,.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τέσσερις (4) ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με την τεχνική της ενδοσκοπικής διαστοματικής παραθυρεοειδεκτομής (ΤΟΕΤΝΑ). Όλοι έπασχαν από απεικονιστικά και εργαστηριακά επιβεβαιωμένο συμπτωματικό υπερπαραθυρεοειδισμό. Δύο εκ των ασθενών παρουσίαζαν μονήρες αδένωμα δεξιού κάτω παραθυρεοειδούς, ένας ασθενής με μονήρες αδένωμα δεξιού άνω παραθυρεοειδούς και ένας με αδένωμα αριστερού κάτω παραθυρεοειδούς. Ο μέσος όρος ηλικίας ανέρχεται στα 62,5 έτη. Όλοι οι ασθενείς είχαν ελεύθερο ατομικό ιστορικό, πλην ενός που έπασχε από ΧΝΑ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε όλους τους ασθενείς εφαρμόστηκε γενική αναισθησία με ρινοτραχειακή διασωλήνωση. Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 123 λεπτά και δεν χρειάστηκε καμμία μετατροπή σε ανοικτή επέμβαση. Δεν υπήρξαν διεγχειρητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές και όλοι οι ασθενείς έλαβαν εξιτήριο σε καλή γενική κατάσταση την 1η μετεγχειρητική ημέρα, έχοντας φυσιολογικές τιμές ασβεστίου και αποκατεστημένες τιμές ΡΤΗ (εντός φυσιολογικών ορίων, μείωση >50% σε σχέση με την προεγχειρητική). Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε πλήρη εξαίρεση των βλαβών σε όλους τους ασθενείς. Ο μέσος όρος της μεγίστης διαμέτρου και του βάρους των παρασκευασμάτων ήταν 1,5 εκ. Και 0,76 γρ., αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαστοματική ενδοσκοπική παραθυρεοειδεκτομή (ΤΟΕΡΝΑ) φαίνεται να αποτελεί μία ασφαλή επιλογή με αποτελέσματα συγκρίσιμα με την ανοικτή χειρουργική και ενδεχομένως υπέρτερα των υπολοίπων ελάχιστα επεμβατικών προσπελάσεων, προσφέροντας ταυτόχρονα το πλεονέκτημα του να μην καταλείπει ουλή (scar-free technique).

ΣΠΟΡΑΔΙΚΟ ΑΔΕΝΩΜΑ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ: ΠΡΩΤΕΩΜΙΚΗ ΚΑΙ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Αγγελική Χόρτη¹, Χαρούλα Αχίλλα², Κασσιανή Μπουλογεώργου³, Αγγελική Βουχάρα¹, Δέσποινα Τσαλκατίδου¹, Δέσποινα Κρόκου¹, Ιπποκράτης Ιντζίδης¹, Ανθούλα Χατζηκυριακίδου², Αγγελική Χέβα³, Θεοδόσιος Παπαβραμίδης¹

¹Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ²Εργαστήριο Ιατρικής Βιολογίας και Γενετικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ³Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Το αδένωμα παραθυρεοειδή αδένου αποτελεί τη συχνότερη αιτία πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμού και προκαλεί υπερπαραγωγή παραθορμόνης και υπερέκκριση ασβεστίου. Η γονιδιακή μελέτη της νόσου θεωρείται σκόπιμη προς εντοπισμό του γενετικού μονοπατιού πρόκλησής της.

Σκοπός: Σκοπός την παρούσας μελέτης είναι η μελέτη του πρωτεϊνικού προφίλ σε ιστολογικά δείγματα αδενώματος του παραθυρεοειδή αδένου των πρωτεϊνών CALM1, ANXA2, MED12, MAPK1 και VDR και περαιτέρω η διερεύνηση γενετικών αλλαγών στα υπό μελέτη αυτά γονίδια για το ρόλο τους στο εν λόγω πρωτέωμα.

Μέθοδος/Υλικά: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 60 ασθενείς με αδένωμα παραθυρεοειδή αδένου προς χειρουργική αντιμετώπιση και 60 υγιή άτομα νοσηλεύόμενα για άλλη πάθηση χωρίς ιστορικό κακοήθειας ή αυτοάνοσης νόσου. Διενεργήθηκε απομόνωση DNA, ακολούθησε PCR και ηλεκτροφόρηση σε πηκτή αγαρόζης και μελέτη με την τεχνική πολυμορφισμών μήκους θραυσμάτων περιορισμού (RFLP). Για την ανοσοϊστοχημική μελέτη, χρησιμοποιήθηκε υλικό από την ιστολογική εξέταση των χειρουργικών παρασκευασμάτων, το οποίο μετά την διαδικασία αντιγονικής ανάκτησης και επώασης, εξετάσθηκε στο μικροσκόπιο.

Αποτελέσματα: Πενήντα ασθενείς και 50 υγιή άτομα συμπεριλήφθηκαν στην γονιδιακή μελέτη. Ο πολυμορφισμός TaqI του γονιδίου VDR αναγνωρίσθηκε ως προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη αδενώματος παραθυρεοειδή αδένου. Από την ανοσοϊστοχημική μελέτη, οι πρωτεΐνες ANXA2, MAPK1, MED12 και VDR αναγνωρίσθηκαν με ήπια έως έντονη έκφραση στο αδένωμα παραθυρεοειδή αδένου.

Συμπεράσματα: Η μελέτη της γονιδιακής βάσης του σποραδικού αδενώματος παραθυρεοειδή αδένου αποτελεί πεδίο αιχμής στην έρευνα με σκοπό την αναγνώριση των γενετικών μονοπατιών που εμπλέκονται στην παθογένεση της νόσου. Οι πρωτεΐνες VDR, ANXA2, MED12 και MAPK1 μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βιοδείκτες στη διάγνωση της νόσου, στη διαφοροδιάγνωση από την υπερπλασία και το καρκίνωμα παραθυρεοειδή αδένου καθώς και να συσχετισθούν με την κλινική συμπτωματολογία της νόσου.

ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ 1ο ΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ ΣΕ ΣΕΙΡΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ ΤΥΠΟΥ 1.

Κωνσταντίνος Νταλαπέρας, Ευαγγελία Αγιάννη, Δημήτριος Σεκαδάκης, Σπυρίδων Λαινάς, Δημοσθένης Κακαβιάτος, Παναγιώτα Ραΐκου, Κωνσταντίνος Σασιάκος, Δημήτριος Κατρινάκης, Μαρία Αλεξανδρή, Βασίλειος Σαμαράς, Μαρίνα Τσώλη, Γρηγόριος Καλτσάς, Κοσμάς Δασκαλάκης¹
¹Β' Χειρουργική Κλινική, Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ

Εισαγωγή: Η θεραπεία του 1ο παθούς υπερπαραθυρεοειδισμού (pHPT) στα πλαίσια του συνδρόμου πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας τύπου 1 (MEN1) είναι χειρουργική με προτιμώμενη αρχική επέμβαση, την υφολική παραθυρεοειδεκτομή (SPT) και θυμεκτομή.

Μέθοδοι: Εξετάσαμε τις προεγχειρητικές μελέτες εντοπισμού, τα διεγχειρητικά ευρήματα, την ιστοπαθολογική εξέταση και την μετεγχειρητική έκβαση των ασθενών βραχύ- και μεσοπρόθεσμα ανασκοπώντας τα ιατρικά αρχεία και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση των ασθενών.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλάβαμε 6 ασθενείς (4 γυναίκες, με διάμεση ηλικία, 40.1 [23.6-59.6] έτη) με MEN1 που υποβλήθηκαν σε διερεύνηση τραχήλου για pHPT. Προεγχειρητικά, οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε μελέτες εντοπισμού με σπινθηρογράφημα-sestamibi χωρίς ενδοθωρακικά έκτοπα ευρήματα καθώς και υπερηχογραφήμα τραχήλου, που ανέδειξε ενδοθυρεοειδικό παραθυρεοειδή σε έναν ασθενή. Ο διάμεσος αριθμός παραθυρεοειδών που αναγνωρίστηκαν προεγχειρητικά ήταν 1(0-3) και 1.5(0-3) στο sestamibi και το υπερηχογράφημα, αντιστοίχως. Διεγχειρητικά αναγνωρίστηκαν 3 παραθυρεοειδείς σε μία ασθενή, και 4 παραθυρεοειδείς σε καθένα από τους υπόλοιπους 5 ασθενείς. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε SPT με αφαίρεση ≥ 3 παραθυρεοειδών και θυμεκτομή. Συγκεκριμένα, σε 4 ασθενείς έγινε εκτομή 3.5 παραθυρεοειδών, και σε 2 ασθενείς εκτομή 3 παραθυρεοειδών με ιστολογική επιβεβαίωση. Η διάμεση παρακολούθηση των ασθενών ήταν 10.7 (8.4-24.3) μήνες. Κανένας ασθενής δεν είχε εμμένοντα ή υποτροπιάζοντα pHPT στο διάστημα αυτό. Η διάμεση τιμή της παραθορμόνης την 1η μετεγχειρητική ημέρα ήταν 4.5 (1.9-27.5) pg/ml. Άμεση μετεγχειρητική υπασβεστιαμία εμφανίστηκε και στις 6 περιπτώσεις SPT (100%), εκ των οποίων 2 ασθενείς χρειάστηκαν ενδοφλέβια αγωγή ασβεστίου και οι υπόλοιποι 4 από του στόματος. Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4.5 (3-7) ημέρες. Μόνιμη μετεγχειρητική υπασβεστιαμία (>6 μήνες μετεγχειρητικά) εμφανίστηκε σε 5 περιπτώσεις SPT (80%), οι οποίοι λαμβάνουν από του στόματος ασβέστιο (διάμεση δόση 1[0.5-2] gr ημερησίως) και βιταμίνη D (διάμεση δόση 1[0.5-2] mcgr ημερησίως).

Συμπεράσματα: Η υφολική παραθυρεοειδεκτομή και θυμεκτομή έχει υψηλή αποτελεσματικότητα στη θεραπεία των ασθενων με 1ο παθη υπεραπαραθυρεοειδισμό εντός του MEN1. Εντούτοις, συνδυάζεται με υψηλά επίπεδα μόνιμης υπασβεστιαμίας μεσοπρόθεσμα. Αναμένονται μακροπρόθεσμα στοιχεία από την παρακολούθηση των ασθενών μας για την ανάδειξη αφενός υποτροπών και αφετέρου μόνιμου υποπαραθυρεοειδισμού.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ miRNAs ΣΤΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗ ΟΦΘΑΛΜΟΠΑΘΕΙΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ευαγγελία Συρακούλη¹, Γεώργιος Γερόπουλος¹, Κυριάκος Ψαρράς¹, Μαρία Παπαϊωάννου², Αργυρώ Συρακούλη¹, Γ Κοϊμτζής¹, Βασίλειος Γερόπουλος¹, Ν Συμεωνίδης¹, Ε Παυλίδης¹, Ι Γαλάνης¹
¹Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», ²Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

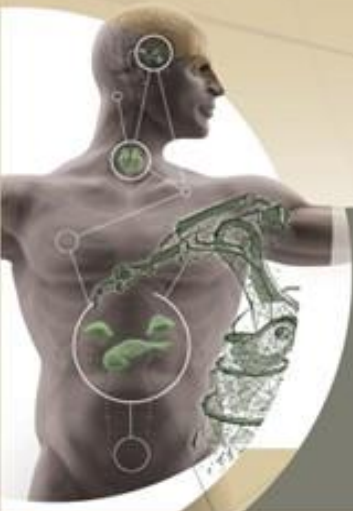
Εισαγωγή: Η θυρεοειδική οφθαλμοπάθεια (ΘΟ) επηρεάζει έως και το 40% των ασθενών με νόσο Graves. Ένα μικρό ποσοστό εξ' αυτών ενδέχεται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, ανάλογα με την ενεργότητα και τη βαρύτητα της ΘΟ. Έτσι, η εύρεση βιοδεικτών που θα προβλέπουν ποιοι ασθενείς βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη ΘΟ είναι αναγκαία για την καλύτερη και πιο στοχευμένη αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

Στόχος: Η παρούσα εργασία αποτελεί μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με σκοπό την ανεύρεση miRNAs που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως βιοδείκτες για τη ΘΟ.

Υλικό και Μέθοδοι: Διενεργήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις ιατρικές βάσεις δεδομένων MEDLINE, EMBASE, Cochrane και Google Scholar, χωρίς περιορισμό στο έτος έκδοσης του άρθρου. Συμπεριλήφθηκαν έρευνες που μετρούσαν τα επίπεδα miRNAs στο πλάσμα ή στα CD4+ λεμφοκύτταρα ανθρώπων, ενώ απορρίφθηκαν μελέτες που αφορούσαν πειραματόζωα ή πειράματα in vitro, καθώς και μελέτες που μετρούσαν τα miRNAs σε ιστούς.

Αποτελέσματα: Έντεκα μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια που τέθηκαν. Συνολικά 195 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Διερευνήθηκε ένα ευρύ πάνελ κυκλοφορούντων miRNAs (6567 miRNAs). Αρκετά από αυτά φάνηκε ότι έχουν στατιστικώς σημαντική διαφορά σε ασθενείς με ΘΟ. Τα miR-146a, miR-199, miR-Let7d, Novel:hsa-miR- 22-3p ήταν στατιστικώς σημαντικά μειωμένα σε ασθενείς με ΘΟ. Αντιθέτως, τα miR-96, miR-183, miR-21-5p, miR-96-5p, miR-301a-3p, Novel:19_15038 και Novel:hsa-miR-27a-3p ήταν στατιστικώς αυξημένα. Ασθενείς με ΘΟ και αντίσταση στη θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή είχαν στατιστικώς σημαντικά μειωμένο το miR-224, ενώ όσοι αποκρίθηκαν στη θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή είχαν μειωμένα επίπεδα miR-4474-3p και miR-615-3p και αυξημένα επίπεδα miR-885-3p. Το miR-21-5p φάνηκε να έχει αυξημένη ευαισθησία και ειδικότητα, ενώ το miR-224-5p είχε σημαντική προγνωστική αξία.

Συμπεράσματα: Κυκλοφορούντα miRNAs σχετιζόμενα με την ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού, φαίνεται ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ικανοποιητική ευαισθησία και ειδικότητα ως βιοδείκτες για την εμφάνιση και την εξέλιξη της ΘΟ. Ωστόσο, περαιτέρω μελέτες χρειάζονται για να τεκμηριώσουν τη χρησιμότητά τους ως βιοδεικτών για τη ΘΟ.



18^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Ελληνική Εταιρεία
Χειρουργικής
Ενδοκρινών Αδένων



Η προοπτική της τεχνητής νοημοσύνης
και της εικονικής πραγματικότητας
στην εκπαίδευση και την προώθηση
της Ενδοκρινικής Χειρουργικής

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΑΥΤΟΦΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗΣ

Αριάδνη Τσιάκα¹, Φωτεινή Στέφου¹, Αναστασία Ζαραφίδου¹, Γεώργιος Μπεκάκος¹, Μάριος Μερράκος¹, Βασιλική Γεωργιλάκη¹, Ιωάννης Σιάννης¹, Φώτιος Κυραμαργιός¹, Αθανάσιος Μαρίνης¹
¹Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο" - Γ' Χειρουργική Κλινική

Εισαγωγή: Η διεγχειρητική ανεύρεση και διατήρηση των παραθυρεοειδών αδένων κατά τη διάρκεια της θυρεοειδεκτομής είναι σημαντική, τόσο για την αποφυγή της ατυχηματικής τους εκτομής, όσο κυρίως στην ελάττωση της εμφάνισης μετεγχειρητικής υποασβεστιαϊμίας. Για τον λόγο αυτόν εφαρμόσαμε επιλεκτικά ειδικό σύστημα ανίχνευσης του αυτοφθορισμού των παραθυρεοειδών διεγχειρητικά.

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε την αρχική εμπειρία στην ανίχνευση των παραθυρεοειδών αδένων με συσκευές αναγνώρισης του αυτοφθορισμού τους. όσον αφορά την επιπλέον ασφάλεια που έχει προσφέρει στους ασθενείς μας που υπόκεινται σε θυρεοειδεκτομή η εφαρμογή του παραπάνω συστήματος αναγνώρισης των παραθυρεοειδών αδένων στο χειρουργικό πεδίο.

Υλικά-Μέθοδοι: Οι παραθυρεοειδείς αδένες έχουν το χαρακτηριστικό του αυτοφθορισμού στο φάσμα της υπέρυθρης ακτινοβολίας (820nm), όταν προηγουμένως έχουν διεγερθεί από μια πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία μήκους κύματος περίπου 750 nm. Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, χρησιμοποιήθηκε ειδική συσκευή η οποία έχει την ικανότητα διέγερσης των παραθυρεοειδών αδένων εκπέμποντας ακτινοβολία μήκους κύματος στα 750 nm και ταυτόχρονα ανίχνευσης και καταγραφής της εκπεμπόμενης από τους παραθυρεοειδείς αδένες ακτινοβολίας μήκους κύματος 850 nm. Η συσκευή στη συνέχεια απεικόνιζε σε πραγματικό χρόνο τις περιοχές υψηλού σήματος στο χειρουργικό πεδίο, οι οποίες αντιστοιχούν στους παραθυρεοειδείς αδένες.

Αποτελέσματα: Σε 4 θυρεοειδεκτομές έγινε εφαρμογή του προαναφερθέντος συστήματος.

Αναγνωρίστηκαν οι παραθυρεοειδείς αδένες σε όλους τους ασθενείς. Μετεγχειρητικά κανένας από τους 4 ασθενείς δεν παρουσίασε υποασβεστιαϊμία, παρότι στην ιστολογική εξέταση αναγνωρίστηκαν σε όλες τις περιπτώσεις ένας συναιξερειθής παραθυρεοειδής αδένας σε κάθε θυρεοειδεκτομή.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή της μεθόδου ανίχνευσης των παραθυρεοειδών αδένων κατά τη διάρκεια της θυρεοειδεκτομής έχει συμβάλει στην ασφαλή αναγνώρισή τους. Στο υλικό που παρουσιάζουμε η αναγνώρισή τους διεγχειρητικά δεν συνοδεύτηκε με πτώση της παραθορμόνης μετεγχειρητικά, παρά την αναγνώριση παραθυρεοειδών στα χειρουργικά παρασκευάσματα. Μετά την συστηματική της χρήση και την απόκτηση εμπειρίας, υπάρχει προοπτική να γίνει συνδυασμός με έγχυση πράσινου της ινδοκυανίνης (ICG) για τη μελέτη της αιμάτωσης των παραθυρεοειδών μετά το πέρας της θυρεοειδεκτομής και να συσχετισθεί με τα μετεγχειρητικά επίπεδα παραθορμόνης.

ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Σοφία Βασιλείου¹, Άννα-Μαρία Κορακίτη¹, Κωνσταντίνος Κουμαρέλας¹, Ηρακλής Αναστασιάδης¹, Ευφροσύνη Παπαδήμα¹, Σαράντης Μουρταράκος¹, Ιωάννης Μασσαλής¹

¹Γενικό Νοσοκομείο Ναυπλίου - Χειρουργική Κλινική

Εισαγωγή: Η εισαγωγή της χρήσης διεγχειρητικής νευροπαρακολούθησης κατά τη θυρεοειδεκτομή έχει μειώσει το ποσοστό κάκωσης του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου (RLN), ιδίως σε περιστατικά με δυσχερή ανατομική προσπέλαση (λ.χ. επανεγχείριση τραχήλου, ανατομικές παραλλαγές, κακοήθεια θυρεοειδούς, ευμεγέθους βρογχοκήλη) και σε περιορισμένη χειρουργική εμπειρία στην ανατομική περιοχή του τραχήλου¹.

Σκοπός: Αναδρομική αξιολόγηση της αντιμετώπισης των περιστατικών θυρεοειδεκτομής με διεγχειρητική νευροπαρακολούθηση τους τελευταίους 10 μήνες στη Χειρουργική Κλινική δευτεροβάθμιου περιφερειακού νοσοκομείου.

Υλικό & Μέθοδοι: 24 περιστατικά θυρεοειδεκτομής (46% άνδρες, 54% γυναίκες, μέσος όρος ηλικίας: 51 έτη) αντιμετωπίστηκαν στη Χειρουργική Κλινική του Γ.Ν. Ναυπλίου στο χρονικό διάστημα 01.01.2023 – 20.10.2023. Προεγχειρητικά διενεργήθηκε υπερηχογράφημα θυρεοειδούς, FNA και λαρυγγοσκόπηση σε όλα τα περιστατικά. Διεγχειρητικά 21/24 υπεβλήθησαν σε ολική θυρεοειδεκτομή και 3/24 σε λοβεκτομή (2 αριστερή λοβεκτομή, 1 δεξιά λοβεκτομή), με χρήση διαλείπουσας νευροπαρακολούθησης. Όλα τα παρασκευάσματα εστάλησαν για ιστολογική εξέταση. Καταγράφηκαν οι περιεγχειρητικές παράμετροι, οι επιπλοκές και η έκβαση των περιστατικών.

Αποτελέσματα: Από τα 3 περιστατικά που υπεβλήθησαν σε λοβεκτομή, στο 1 απέβη αδύνατη η διασωλήνωση και διενεργήθη με λαρυγγική μάσκα, στο 2ο είχε προηγηθεί λοβεκτομή, και το 3ο ήταν τοξικό αδένωμα αριστερού λοβού. Οι ενδείξεις χειρουργείου ήταν (βάσει FNA): Ca θυρεοειδούς (8/24), πολυοζώδης βρογχοκήλη (15/24, εκ των οποίων μία καταδύομενη), τοξικό αδένωμα αριστερού λοβού (1/24). Διεγχειρητικά, πραγματοποιήθηκε εμφύτευση παραθυρεοειδούς αδένου στο δεξιό στερνοκλειδομαστοειδή σε 3 περιστατικά και μία βιοψία κεντρικού διαμερίσματος τραχήλου. τοποθετήθηκε παροχέτευση redon σε όλα τα περιστατικά. Μετεγχειρητικά, σημειώθηκε πάρεση RLN σε 4 περιστατικά, 2 αιματώματα (1 αντιμετωπίστηκε στο χειρουργείο εντός 2ώρου από τη θυρεοειδεκτομή και ένα με συντηρητική αντιμετώπιση εντός 14 ημερών), 1 σέρωμα που αντιμετωπίστηκε με παρακέντηση. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 3,5 ημέρες.

Συμπέρασμα: Η θυρεοειδεκτομή με χρήση διαλείπουσας διεγχειρητικής νευροπαρακολούθησης σε δευτεροβάθμιο περιφερειακό νοσοκομείο μπορεί να πραγματοποιείται με αποδεκτά αποτελέσματα, ως προς τις διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές. Καθίσταται, ωστόσο, απαραίτητο ο χειρουργός να είναι προετοιμασμένος να αντιμετωπίσει τα περιστατικά και σε αδυναμία χρήσης της νευροπαρακολούθησης.

Βιβλιογραφία:

1Choi SY, Son YI. Intraoperative Neuromonitoring for Thyroid Surgery: The Proven Benefits and Limitations. Clin Exp Otorhinolaryngol. 2019 Nov;12(4):335-336. doi: 10.21053/ceo.2019.00542. Epub 2019 Oct 2. PMID: 31575106; PMCID: PMC6787475.

ΝΕΥΡΟΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ: ΠΑΡΕΧΕΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ;

Παρασκευή Τρακοσάρη¹, Κ Ρεκούνα, Μ Χρήστου, Κ Παυλόπουλος, Ν Δριμάλας, Μ Χρόνη, Ν Δημητροκάλλης, Ν Ρουκουνάκης, Β Βουγάς
¹ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η πάρεση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου αποτελεί τη συχνότερη και σοβαρότερη διεγχειρητική επιπλοκή της θυρεοειδεκτομής. Η αναγνώριση, η διαφύλαξη και η λειτουργική ακεραιότητα του RLN αποτελεί goldstandard, γι αυτό και η νευροπαρακολούθηση τα τελευταία χρόνια κερδίζει συνεχώς υποστηρικτές. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η ανάδειξη της ευαισθησίας, της ειδικότητας, της θετικής (PPV) και αρνητικής (NPV) προγνωστικής αξίας καθώς και της ακρίβειας της χρήσης διεγχειρητικής νευροπαρακολούθησης (IONM) στις θυρεοειδεκτομές.

Μέθοδος: Μελετήθηκε το σύνολο των ασθενών (N=222) που υποβλήθηκαν σε θυρεοειδεκτομή σε διάστημα 3 ετών. Σε όλους χρησιμοποιήθηκε IONM και πραγματοποιήθηκε προεγχειρητική και μετεγχειρητική λαρυγγοσκόπηση σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής μας.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των περιστατικών με IONM (N=222) υπήρξε διεγχειρητική απώλεια σήματος σε 24 ασθενείς (10,8%). Από αυτούς, στους 16 (66,7%) η μετεγχειρητική λαρυγγοσκόπηση επιβεβαίωσε την πάρεση της σύστοιχης φωνητικής χορδής (TruePositive) ενώ οι 8 (33,3%) είχαν φυσιολογική κινητικότητα φωνητικών χορδών παρά την απώλεια σήματος διεγχειρητικά (FalsePositive). Επιπλέον, από τους υπόλοιπους 198 ασθενείς, στους οποίους ολοκληρώθηκε η θυρεοειδεκτομή αναγνωρίζοντας και διατηρώντας το RLN αμφοτερόπλευρα, σε 2 (1%) υπήρχε πάρεση της μίας φωνητικής χορδής στη λαρυγγοσκόπηση (FalseNegative). Συνεπώς, η ευαισθησία, ειδικότητα, θετική και αρνητική προγνωστική αξία και η ακρίβεια του IONM στο δείγμα μας ήταν αντίστοιχα 89%, 96%, 67%, 99% και 95%.

Συμπέρασμα: Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι η διεγχειρητική νευροπαρακολούθηση αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τις επεμβάσεις θυρεοειδούς αδένος με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα και αρνητική προγνωστική αξία, που εξασφαλίζει την ασφάλεια ασθενή και χειρουργού με την αποφυγή της σημαντικότερης επιπλοκής της θυρεοειδεκτομής που είναι η κάκωση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου.

ΡΙΖΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΘΗΛΩΔΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΗ ΓΙΓΑΝΤΙΑ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ

Χρυσανθη Αγγελη¹, Δημήτριος Στρατηγάκος¹, Χρήστος Παριανός¹, Κωνσταντίνος Πατέας¹, Αμαλία Ντούμα², Μαρία Βασιλάκη², Αντωνία Δημακοπούλου², Γεώργιος Νικολάου Ζωγράφος¹
¹Γ' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α "Γ.Γεννηματάς", ²Αναισθησιολογικό Τμήμα

Εισαγωγή : Παρόλη την εξέλιξη της επιστήμης και της πληροφόρησης υπάρχουν σπάνια περιπτώσεις ασθενών με παραμελημένες γιγάντιες βρογχοκήλες.

Σκοπός : Η παρουσίαση μιας γιγάντιας βρογχοκήλης η οποία παρόλες τις παρακεντησεις έκρυβε την παρουσία ενός ευμεγέθους επιθετικού θηλώδους καρκινώματος .

Υλικό - μέθοδοι : Γυναίκα ασθενής ηλικίας 65 ετών προσήλθε με παραμελημένη γιγάντια βρογχοκήλη από δεκαπενταετίας. Η ασθενής είχε υποβληθεί σε βιοψίες με λεπτή βελόνα 3 φορές τα τελευταία έτη οι οποίες ήταν αρνητικές για κακοήθεια. Από τον απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία τραχήλου φάνηκε μεγάλη παρεκτόπιση της τραχείας προς τα αριστερά. Η προεγχειρητική λαρυγγοσκόπηση ανέδειξε φυσιολογική κινητικότητα των φωνητικών χορδών. Η ασθενής διασωληνώθηκε ξύπνια και με χρήση ινοπτικού βρογχοσκοπίου .

Αποτελέσματα : Έγινε τομή εκτεταμένη εγκάρσια τραχηλική με εκτομή τμήματος δέρματος. Έγινε αρχικά εργώδης εκτομή του δεξιού λοβού του θυρεοειδούς αδένα ο οποίος είχε ένα μεγάλης έκτασης κεντρικό τμήμα συμπαγές σε επαφή με την τραχεία και ένα περιφερικότερο ακόμα μεγαλύτερο κυστικό το οποίο διηθούσε τον δεξιό στερνοκλειδομαστοειδή μυ. Έγινε εκτομή του λοβού με αναγνώριση και διαφύλαξη του δεξιού παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου, με λήψη θετικών σημάτων μετά την ολοκλήρωση της εκτομής τόσο από το δεξιό παλίνδρομο όσο και από το δεξιό πνευμονογαστρικό νεύρο. Στην συνέχεια μετά από εκτίμηση της κατάστασης της τραχείας λόγω του άγχους της εμφάνισης τραχειομαλακίας, μετά από την εκτομή ενός τόσο μεγάλου και συμπαγούς θυρεοειδούς αδένα, ακολούθησε εκτομή του αριστερού λοβού με διατήρηση του αριστερού παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου και λήψη θετικών σημάτων από το αριστερό παλίνδρομο και το αριστερό πνευμονογαστρικό νεύρο. Αναγνωρίστηκαν και παραθυρεοειδείς αδένες με ικανοποιητική αγγείωση. Η ασθενής αποσωληνώθηκε χωρίς προβλήματα. Παρουσίασε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε την 3η μετεγχειρητική μέρα. Είχε καλή τιμή παραθορμόνης και έλαβε μετεγχειρητικά T3 . Η ιστολογική έκθεση ανέδειξε την παρουσία θηλώδους καρκινώματος μέγιστης διαμέτρου 7 εκατοστών στον δεξιό λοβό, τύπου κλασικού, θυλακιδώδους διαμόρφωσης , τύπου δίκην κεφαλής καρφίδος (hobnail variant) στο 30-40% περίπου και εστιακά τύπου υψηλών κυττάρων (tall cell variant). Επιπρόσθετα ανευρέθησαν 3 μικρές εστίες στον αριστερό λοβό. Η ασθενής υποβλήθηκε σε uptake (0,5%) και στη συνέχεια έλαβε ραδιενεργό ιώδιο.

Συμπεράσματα : Είναι σημαντικό να πειστούν οι ασθενείς με ευμεγέθεις βρογχοκήλες για την αναγκαιότητα της χειρουργικής επέμβασης .

ΕΥΜΕΓΕΘΗΣ ΚΥΣΤΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ 12 ΕΚΑΤΟΣΤΩΝ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ ΜΕ ΕΚΚΡΙΣΗ ΝΤΟΠΑΜΙΝΗΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ

Αριστοτέλης Κεχαγιάς¹, Νεοκλής Κρητικός¹

¹Metropolitan General

Εισαγωγή: Σπανίως Φαιοχρωμοκυττώματα ή Παραγαγγλιώματα παρουσιάζουν αυτόνομη έκκριση ντοπαμίνης. Αυτοί ο ντοπαμινεργικοί όγκοι συνήθως βρίσκονται εκτός επινεφριδίου και κατατάσσονται ως υποκατηγορία παραγαγγλιωμάτων. Η έκκριση ντοπαμίνης από αδενώματα επινεφριδίου είναι εξαιρετικά σπάνια, έχει περιγραφεί σε ελάχιστα case reports, και αφορά ιστολογικούς φαινότυπους φαιοχρωμοκυττώματος ή γαγγλιονευρώματος. Η διάγνωση της υπερέκκρισης ντοπαμίνης βασίζεται σε εργαστηριακά κριτήρια.

Σκοπός: Σκοπός είναι η πλήρης παρουσίαση περιστατικού ευμεγέθους κυστικού όγκου δεξιού επινεφριδίου 12 εκατοστών με υπερέκκριση ντοπαμίνης και η πλήρης αφαίρεσή του με την Ελάχιστα Επεμβατική Οπίσθια Οπισθοπεριτοναϊκή Επινεφριδεκτομή (ΕΕΟΟΕ). Η παρουσίαση του περιστατικού περιλαμβάνει επιπλέον απεικονίσεις και χειρουργικό video.

Υλικό&Μέθοδος: Γυναίκα ασθενής 60 ετών μας παραπέμφθηκε για την χειρουργική αφαίρεση ευμεγέθους όγκου δεξιού επινεφριδίου. Από το ατομικό ιστορικό υπήρχε υπέρταση και αγωγή με β-αποκλειστή. Η βλάβη βρέθηκε σε αξονική τομογραφία θώρακα στο πλαίσιο διερεύνησης βήχα μετά από λοίμωξη Covid. Η μαγνητική τομογραφία κοιλίας, ανέδειξε κυστικό όγκο δεξιού επινεφριδίου 12 εκατοστών με ομαλά όρια και πίεση της κάτω κοιλής φλέβας. Ο ορμονικός έλεγχος αίματος έδειξε αυξημένη τιμή ντοπαμίνης σε δείγματα με διαφορά λήψης ενός μηνός (190.2 ng/L, και 196.7 ng/L). Ο λοιπός ορμονικός έλεγχος επινεφριδίου ήταν φυσιολογικός, συμπεριλαμβανομένου των κατεχολαμινών πλάσματος και ούρων. Η ασθενής υπεβλήθη σε ελάχιστα επεμβατική οπίσθια οπισθοπεριτοναϊκή δεξιά επινεφριδεκτομή 3 οπών με ριζική και αυτούσια αφαίρεση του όγκου ο οποίος παρουσίαζε πεπαχυσμένο τοίχωμα και ηχητό περιεχόμενο. Προκειμένου να μην διευρυνθεί η τομή ο όγκος απομακρύνθηκε με σκόπιο τεμαχισμό εντός λαπαροσκοπικού σάκου. Δεν χρειάστηκε προεγχειρητική αγωγή προετοιμασίας με α-αποκλεισμό. Στο χειρουργικό video παρουσιάζεται ο τρόπος αφαίρεσης υπερμεγέθους όγκου με την Οπίσθια Οπισθοπεριτοναϊκή μέθοδο, υπερσκελίζοντας τον φαινομενικά περιορισμένο χειρουργικό χώρο.

Αποτελέσματα: Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και έλαβε εξιτήριο την επομένη σε άριστη κλινική κατάσταση. Κατά την περίοδο μετά εξιτηρίου παρατηρήθηκε μείωση της αρτηριακής πίεσης ώστε μειώθηκε η δοσολογία του β-αποκλειστή. Τρεις μήνες μετεγχειρητικά, και σε διαδοχικές μετρήσεις, ομαλοποιήθηκε η τιμή της ντοπαμίνης βεβαιώνοντας με εργαστηριακό τρόπο την διάγνωση του ντοπαμινώματος.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αφορά σε έναν εξαιρετικά σπάνιο γιγαντιαίο όγκο επινεφριδίου με χαρακτηριστικά που δεν έχουν ως τώρα περιγραφεί πρωτύτερα, όπως το κυστικό στοιχείο και η απουσία φαιοχρωμοκυττώματος στην ιστολογική. Η ΕΕΟΟΕ είναι εφικτή και ασφαλής μέθοδος για την αφαίρεση γιγαντιαίων όγκων επινεφριδίου.

19 YEARS OF LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMIES-359 ADRENALECTOMIES

Χαρίλαος Κυζερίδης¹, Παναγιώτης Μεταξάς, Κεφαλου Ειρήνη, Δημήτριος Στεργίου, Αικατερίνη Παρασκευά, Ελένη Μαυροδημητράκη, Νικόλαος Μαμιδας, Κωνσταντίνος Πολυζώης, Βασιλική Σταματούκου, Δήμητρα Βασιλειάδου, Βασίλειος Δρακόπουλος, Αγγελική Κολινιώτη, Μαρία Σωτηροπούλου, Σταύρος Σταυρόπουλος, Στυλιανός Καπίρης
¹ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

PURPOSE:

Laparoscopic adrenalectomy has been established as the gold standard surgical treatment for the benign tumors of the adrenals. Purpose of this project is to present our 19 year of experience.

MATERIAL-METHOD:

We performed a retrospective study of the laparoscopic transabdominal adrenalectomies which took place in our department during the January 2004 –September 2023 period. All our cases were examined regarding the indications, the surgical approach, the intra- and the post- operative complications.

RESULTS:

During this period, 359 adrenalectomies in 343 patients have been performed. In 288 patients 308 adrenalectomies were performed laparoscopically ; whereas in 54 patients with suspected locally advanced malignancy the open approach was selected in order to secure optimal oncological results. The indications for the surgical procedure were: Conn syndrome(n=49), Cushing syndrome (n=124), Pheochromytomas (n=63), Non-Active Adenomas (n=71), Malignancy (n=52).17 patients underwent a bilateral adrenalectomy either for hyperplasia or for pheochromocytoma. In 57 patients with primary hyperaldosteronism, in order to define laterality, AVS (Adrenal Vein Sampling) was performed. The conversion rate was 3.1 %, the mortality 0.3% and the post operative complications 3.8%.

CONCLUSION:

Laparoscopic adrenalectomy, regarding the indications, is a safe operation with low mortality, complications and conversion percentage.

ΕΠΑΝΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΤΕΛΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΘΗΛΩΔΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ ΚΑΙ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΡΑΧΕΙΑΣ

Παρασκευή Τρακοσάρη¹, Κ Ρεκούνα, Μ Χρήστου, Ν Δημητροκάλλης, Χ Ζήσης, Ν Ρουκουνάκης, Β Βουγάς

¹ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η εξωθυρεοειδική επέκταση του θηλώδους καρκινώματος του θυρεοειδούς αδένα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες επιβίωσης, ειδικότερα όταν αυτή αφορά την τραχεία. Η πλήρης εκτομή του όγκου και της τοπικά διηθημένης τραχείας είναι η ενδεδειγμένη θεραπευτική προσέγγιση αυτών των ασθενών η οποία απαιτεί τη συνεργασία μεταξύ ειδικοτήτων έτσι ώστε να επιτευθεί το βέλτιστο ογκολογικό αποτέλεσμα και να εξασφαλιστεί η ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού της κλινικής μας που υπεβλήθει σε επανεπέμβαση λόγω ατελούς αρχικής εκτομής θηλώδους καρκινώματος με εξωθυρεοειδική επέκταση.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 73 ετών προσήλθε το Δεκέμβριο του 2021 με βήχα, βράγχος φωνής, αιμόπτυση και αίσθημα πληρότητας τραχήλου. Προ 6μήνου, με τα ίδια συμπτώματα, υπεβλήθει σε υφολική θυρεοειδεκτομή σε έτερο νοσηλευτικό ίδρυμα λόγω ευμεγέθους καταδυσόμενης βρογχοκήλης με ιστολογική που ανέδειξε θηλώδες καρκίνωμα με διήθηση των ορίων εκτομής. Παρά τη χορήγηση ραδιενεργού I-131 υπήρξε συμπτωματική υποτροπή του καρκίνου οπότε πραγματοποιήθηκε επιτυχής εκτομή του υπολειπόμενου θυρεοειδικού ιστού en bloc με την τραχεία και τελικο-τελική αναστόμωση αυτής κάτωθεν του κρικοειδούς χόνδρου, χωρίς διενέργεια τραχειοστομίας. Ο ασθενής μετεγχειρητικά έλαβε νέα δόση ραδιενεργού I-131 και έκτοτε παρακολουθείτε τακτικά βάση πρωτοκόλλου και παραμένει ελεύθερος νόσου μέχρι σήμερα.

Συμπέρασμα: Η διήθηση της τραχείας από ένα καλώς διαφοροποιημένο θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς παρατηρείται σπάνια και αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη. Η πλήρης χειρουργική εκτομή αποτελεί τη μόνη θεραπευτική επιλογή των ασθενών αυτών που εξασφαλίζει την καλύτερη επιβίωση, όμως θα πρέπει να πραγματοποιείται από χειρουργικές ομάδες που αντιμετωπίζουν μεγάλο όγκο περιστατικών και συνεργασία πολλών χειρουργικών ειδικοτήτων.

NET ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Δημήτριος Χασιώτης¹, Σταυρούλα Κατσιμεντέ¹, Γρηγόρης Δράκος¹, Βασιλική Τσέλιου¹, Κωνσταντίνος Μπίκας¹, Σταυρούλα Παπαελευθερίου¹, Δημήτριος Ματσάγκος¹, Γεώργιος Σερετάκης¹, Δημήτριος Μαγγανάς¹

¹ΓΝΑ Ευαγγελισμός

Τα παγκρεατικά NET αποτελούν σπάνιους, αργά εξελισσόμενους όγκους που εξορμόνται από κύτταρα της νευροενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος. Τα παγκρεατικά NET παρουσιάζουν μεγάλο εύρος σε ό,τι αφορά την κλινική τους συμπεριφορά γεγονός που καθιστά δύσκολη τόσο τη διάγνωση όσο και τη διαχείριση τους.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει την εμπειρία της κλινικής μας σχετικά με τους νευροενδοκρινείς όγκους του παγκρέατος.

Παρουσιάζονται τρεις ασθενείς που χειρουργήθηκαν στην κλινική μας από 2/2023 μέχρι 7/2023. Αναλυτικά χειρουργήθηκαν τρεις ασθενείς μέσης ηλικίας 67 ετών, από ένα χειρουργό. Ένας ασθενής ανακάλυψε τυχαία τη νόσο του. Ο δεύτερος ασθενής κατά τη διερεύνηση έτερου καρκινώματος, ενώ ο τρίτος ασθενής στο πλαίσιο παρακολούθησης χειρουργηθέντος NET δωδεκαδακτύλου προεντεκαετίας. Και οι τρεις ασθενείς ήταν ασυμπτωματικοί. Οι δύο πρώτοι ασθενείς εμφάνισαν όγκους διαμέτρου 3,5 και 3,4 εκ αντίστοιχα, στο σώμα του παγκρέατος και υπεβλήθησαν σε περιφερική παγκρεατεκτομή και σπληνεκτομή κατά anterior RAPMS. Ο όγκος του πρώτου ασθενούς παρήγαγε παγκρεατικό πολυπεπτίδιο (PP) και γλυκαγόνη, Ki-67: 3%, 0,2 μιτώσεις / 2mm², pT2N0, PanNET G2. Ο όγκος του δεύτερου ασθενούς παρήγαγε παγκρεατικό πολυπεπτίδιο (PP), Ki-67: 6%, 0,4 μιτώσεις / 2mm², pT2N0, PanNET G2. Ο πρώτος ασθενής εμφάνισε διαβητική κετοξέωση και έλαβε εξιτήριο μετά τη ρύθμιση αυτής από το ενδοκρινολογικό τμήμα. Ο δεύτερος ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία, έλαβε εξιτήριο. Ο τρίτος ασθενής υπεβλήθη σε Whipple λόγου της θέσης της μάζας στην κεφαλή του παγκρέατος, διαμέτρου 2,5 εκ με παραγωγή σωματοστατίνης, Ki-67: 5%, 0,4 μιτώσεις / 2mm². Με χρήση διεγχειρητικού υπερήχου ανευρέθηκαν βλάβες στα τμήματα VII (2), VI(2), V και IV. Έγινε εκτομή των βλαβών στα τμήματα VII (2), VI, V και IV με τη χρήση CUSA. Επομένως παθολογοανατομικά T3N1M1a, PanNET G2. Ο ασθενής μετεγχειρητικά εμφάνισε πνευμονικό οίδημα που αντιμετωπίστηκε με χρήση διουρητικών και έλαβε εξιτήριο. Οι ασθενείς έλαβαν 12 ώρες πριν το χειρουργείο έναρξη συνεχούς έγχυσης 500μg octreotide που διατηρήθηκε 24-48 ώρες μετά το χειρουργείο.

Συμπερασματικά υπογραμμίζεται η σημασία της πολυδιάστατης προσέγγισης του ασθενούς από ομάδα έμπειρων χειρουργών, ενδοκρινολόγων, ακτινολόγων και παθολογοανατόμων, καθώς και η εντατική μετεγχειρητική φροντίδα των ασθενών. Με την πρόοδο της επιστήμης είναι απαραίτητο να επιμείνουμε στην έγκαιρη διάγνωση ακόμα και σπάνιων νοσημάτων όπως τα NETs.

ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΚΑΚΩΣΗ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΟ ΜΟΡΦΩΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ: Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Ε Δασκαλάκη, Κ Ρεκούνα, Παρασκευή Τρακοσάρη¹, Μ Χρήστου, Κ Παυλόπουλος, Ν Ρουκουνάκης, Β Βουγάς

¹ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η πολυπλοκότητα των ενδοκρινικών νόσων καθιστά αναγκαίο το συντονισμό μεταξύ ενδοκρινολόγων, χειρουργών και ογκολόγων, με σκοπό την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του ασθενή.

Σκοπός: Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενή, ο οποίος προσήλθε το Μάιο του 2013, προς διερεύνηση κυστικού μορφώματος στην ουρά του παγκρέατος.

Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για άνδρα, 60 ετών. Από το ιστορικό, σακχαρώδης διαβήτης και γαστρίτιδα υπό αγωγή. Ο απεικονιστικός έλεγχος περιλαμβάνει αξονική και μαγνητική τομογραφία. Ακολουθεί ενδοσκοπικός υπέρηχος και FNA. Δύο ημέρες μετά, υποβάλλεται σε επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία, λόγω εικόνας οξείας κοιλίας, όπου διαπιστώνεται διάτρηση της τρίτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου, με εκτομή της πρώτης μοίρας της νήσιδας και αναστόμωση νήσιδας με δεύτερη μοίρα δωδεκαδακτύλου. Η FNA έδειξε βλεννοπαραγωγό κυστικό όγκο παγκρέατος. Τον Ιούλιο, υποβλήθηκε σε ουραία παγκρεατεκτομή και σπληνεκτομή.

Αποτελέσματα: Η βιοψία έδειξε νευροενδοκρινή όγκο παγκρέατος. Δύο μήνες μετά, εστιακή αλλοίωση ήπατος και αυξημένα επίπεδα γαστρίνης. Η βιοψία ήπατος έδειξε NET. Γαστροσκόπηση έθεσε την υποψία Zollinger-Ellison. Ο μοριακός έλεγχος επιβεβαίωσε την ύπαρξη MEN1. Ο λοιπός έλεγχος έδειξε αδενώματα υπόφυσης και παραθυρεοειδών. Ο ασθενής ξεκίνησε θεραπεία με everolimus και τακτικό απεικονιστικό έλεγχο. Δύο έτη μετά, λόγω μονήρους εστίας στο ήπαρ, έγινε εκτομή αυτής. Ωστόσο, λόγω επανεμφάνισης, ακολούθησε χημειοεμβολισμός, χωρίς αξιόλογη ανταπόκριση, με αποτέλεσμα να λάβει σωματοστατίνη. Ένα έτος μετά, υποβλήθηκε σε παραθυρεοειδεκτομή λόγω αυξημένης παραθορμόνης. Ο ασθενής παραμένει σε καλή κλινική κατάσταση δέκα έτη μετά.

Συμπεράσματα: Η διεπιστημονική προσέγγιση είναι ουσιώδης για την αντιμετώπιση σύνθετων ενδοκρινικών διαταραχών, προκειμένου να εξασφαλιστεί η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση και να εξασφαλιστεί καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ (NET'S) ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑ ΧΡΟΝΙΑ (2013-2023).

Παρασκευή Τρακοσάρη¹, Κ Ρεκούνα, Α Θανασιά, Κ Παυλόπουλος, Ν Δημητροκάλλης, Γ Κυριακόπουλος, Χ Βουρλάκου, Ν Ρουκουνάκης, Δ Μαγγανάς, Β Βουγάς
¹ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι νευροενδοκρινείς όγκοι είναι σπάνιοι όγκοι που εμφανίζονται στο στομάχι, το λεπτό έντερο και το πάγκρεας αλλά και σε άλλες όχι τόσο συχνές θέσεις, όπως το βρογχικό δένδρο. Κυρίως είναι ασυμπτωματικοί και καλώς διαφοροποιημένοι με εξαιρετική πρόγνωση, εντούτοις, μπορούν να είναι και επιθετικοί ως σποραδικοί ή να σχετίζονται με το σύνδρομο της πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας-1 (MEN-1). Μερικοί παράγουν περίσσεια ορμονών (λειτουργικοί) και άλλοι όχι (μη λειτουργικοί) και έχουν την υψηλότερη επίπτωση. Η διάγνωση και η θεραπεία των NET's εξαρτάται από τον τύπο, την εντόπιση, την λειτουργικότητα, πόσο επιθετικοί είναι και αν έχουν διασπορά σε άλλα μέρη του σώματος.

Σκόπος: Η παρουσίαση των NET's της κλινικής μας, οι πιο συχνές εντοπίσεις και οι τυποί των χειρουργικών επεμβάσεων.

Υλικό και Μέθοδοι: Από τον Ιανουάριο του 2013 έως και τον Μάρτιο του 2023, 29 ασθενείς προσήλθαν στην κλινική μας με νευροενδοκρινή όγκο. 12 εμφανίστηκαν σε γυναίκες και 17 σε άνδρες με μέση ηλικία διάγνωσης τα 60,3 έτη (16-89 έτη).

Αποτελέσματα: 27 αφορούσαν μη λειτουργικά νεοπλάσματα και 2 ήταν λειτουργικά. Από τους μη λειτουργικούς όγκους εντοπίστηκαν 7 στο λεπτό έντερο, 4 στο δωδεκαδάκτυλο, 5 στην σκωληκοειδή απόφυση ως καρκινοειδείς όγκοι, 4 στο πάγκρεας (1 με σύγχρονη μετάσταση στο ήπαρ), 1 στο στομάχι που ήταν πολλαπλοί, 2 στο ήπαρ ως μεταγενέστερες μεταστατικές εστίες, 1 στο σιγμοειδές κόλον, 1 στο ανιόν κόλον με σύγχρονη μετάσταση στο ήπαρ, 1 ως μεταστατική εστία σε λεμφαδένες τραχήλου από NEC (neuroendocrinecarcinoma) και 1 ως μεταστατική εστία μεσεντερίου από άτυπο NEC πνέυμονα. Από τους λειτουργικούς όγκους, 1 αφορούσε σε όγκο με ταυτόχρονη έκκριση ινσουλίνης και γαστρίνης στο πάγκρεας και ένα αφορούσε σε γλυκαγόνωμα. Όλοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με βάση την εντόπισή τους. Από τους 29 μόνο 6 όγκοι ήταν Grade 3 με Ki-67% > 70% και αφορούσε εκείνους τους όγκους που ήταν μεταστατικοί.

Συμπεράσματα: Οι νευροενδοκρινείς όγκοι είναι σχετικά σπάνια νεοπλάσματα κυρίως με πιο καλοήγη συμπεριφορά. Η χειρουργική αντιμετώπισή τους αποτελεί την μόνη οριστική θεραπευτική επιλογή με εξαιρετικά αποτελέσματα και καλή πρόγνωση. Στην σειρά της κλινικής μας, ένα μικρό ποσοστό είχε μεταστάσεις τη στιγμή της διάγνωσης, που η χειρουργική έχει θέση και εδώ.

ΜΟΡΦΟΜΕΤΡΙΚΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ - ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ιπποκράτης Ιντζιδης¹, Αγγελική Βουχάρα¹, Αγγελική Χόρτη¹, Δέσποινα Τσαλκατίδου¹, Κωνσταντίνα Κατσιαφλιάκα¹, Ιωάννη Πλιάκο², Μωυσή Μωυσίδη², Τριανταφυλλιά Κολλέτσα³, Ιωάννης Ιακώβου⁴, Αντώνιος Μιχαλόπουλος¹, Αναπλ. Καθηγητής Θεοδόσιος Παπαβραμίδης^{1,2}

¹Π.Γ.Ν.Θ. "ΑΧΕΠΑ", Α' Προπ. Χειρουργική, ²Κέντρο Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής, ³Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας & Παθολογικής Ανατομικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ⁴Β' Κλινικό Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Εισαγωγή: Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός προέρχεται ποσοστιαία >85% από έναν καλοήγη όγκο του αδένου, το πρωτοπαθές αδένωμα. Η αιτιοπαθογένεια της νόσου παραμένει αδιευκρίνιστη, αν και έχει δειχθεί πως ένα ποσοστό 20-40% των σποραδικών αδενωμάτων παρουσιάζουν υπερέκφραση της κυκλίνης D1, επηρεάζοντας την έκκριση της παραθορμόνης. **Σκοπός:** Η έρευνά μας θα προσπαθήσει αφενός να καταγράψει τα μορφομετρικά στοιχεία (βάρος, διάμετρο, εντόπιση) των αδενωμάτων όσο και τα λειτουργικά τους στοιχεία (PTH, Ca, P) τόσο προεγχειρητικά, όσο και μετεγχειρητικά. Αφετέρου, θα ελέγξει το συσχετισμό μεταξύ μορφομετρικών και λειτουργικών παραμέτρων. Τέλος, τα στοιχεία θα αξιολογηθούν βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Υλικό/Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει μια σειρά περιστατικών οι οποίοι χειρουργήθηκαν από την ίδια ομάδα χειρουργών σε τρία διαφορετικά κέντρα, με το σύνολο των ασθενών να υποβάλλεται στην επέμβαση «Διερεύνηση τραχήλου - Παραθυρεοειδεκτομή». Το σύνολο των ασθενών είναι n1=318, από τους οποίους προέκυψαν n2=220, έπειτα από τον καθαρισμό των ασθενών για τους οποίους είχαμε ελλιπή στοιχεία. Στην έρευνά μας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συστηματικής ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας, και η αναδρομική μελέτη των περιπτώσεων παραθυρεοειδεκτομής λόγω αδενώματος που πραγματοποίησαν οι συγγραφείς τα τελευταία δέκα έτη.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 220 ασθενών – 185 γυναίκες, 35 άνδρες, ανευρέθησαν 192 ασθενείς με ένα αδένωμα, ενώ σε 28 ασθενείς εντοπίστηκαν δύο αδενώματα. Ως προς τη διακύμανση του βάρους και τις διαστάσεις των αδενωμάτων, το μέσο βάρος τους ήταν 1.57 ± 2.34 γραμμάρια (διάμεσος 0.84) ενώ η μέση διάμετρος των αδενωμάτων υπολογίσθηκε σε 1.95 ± 0.97 εκατοστά (διάμεσος 1.70). Τα αποτελέσματα εμφανίζονται εφάμιλλα με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας. Στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει ανάμεσα στο διάμεσο βάρος των αδενωμάτων ανδρών με τα αντίστοιχα των γυναικών, σε έλεγχο Mann-Whitney που διενεργήθηκε. Παρότι στο συνολικό δείγμα δεν τεκμηριώνεται συσχέτιση του βάρους του αδενώματος με τις τιμές ασβεστίου και PTH, με την αφαίρεση των 17 γιγαντιαίων αδενωμάτων (>3,5gr) φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση βάρους/ασβεστίου.

Συμπεράσματα: Η μελέτη των μορφομετρικών και των λειτουργικών χαρακτηριστικών των αδενωμάτων, αποτυπώνει στοιχεία που μπορεί να είναι εξαιρετικά σημαντικά για τους εξειδικευμένους χειρουργούς ενδοκρινών, ενώ παράλληλα ξεδιαλύνει αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του μεγέθους του αδενώματος και της βιολογικής συμπεριφοράς του.

Risk of sarcopenia can predict quality of life in Primary Hyperparathyroidism.

Χριστινα Μανανη¹, Γιωργος Τζικος¹, Φωτεινη Αδαμιδου², Παρασκευη Κομζια², Θεοδοσιος Παπαβραμιδης¹

¹Α'ΠΡΧ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, ²Ενδοκρινολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν

Introduction

A specific self-administered health-related quality of life questionnaire for sarcopenia, the sarcopenia and Quality of life (SarQol[®]) has been recently developed.

The Pasieka Quality of life questionnaire (PAS-Qol) is a specific self-administered quality of life questionnaire that has been developed for patients with primary hyperparathyroidism. The questionnaire has been developed as an assessment tool to find out how primary hyperparathyroidism affected patients' lifestyle and wellbeing. Many of these symptoms develop insidiously and are not easily recognized. Sarcopenia and low quality of life are widely found among patients suffering from primary hyperparathyroidism.

Aim This study aims to verify whether risk of sarcopenia can predict quality of life in patients with primary hyperparathyroidism.

Methods

The study included both men and women diagnosed with primary hyperparathyroidism and community-dwelling adults with no known hyperparathyroidism disorder. Both groups were assessed with the SarQol questionnaire, and the hyperparathyroidism group was also assessed with the PAS-Qol questionnaire.

Results

Of the 100 included individuals most of them were women (80%) with a mean age of 63,8years. Increased age is associated with a lower Qol (<-1.160 , $p<0,001$) in the community-dwelling adults. Gender, is also a significant negative predictor (-11.323 , $p=.010$).Neither age ($B=4.845$, $p=.219$) nor gender ($B=-37.816$, $p=.685$) significantly predicted quality of life in hyperparathyroidism group using the PAS-Qol scale. The mean overall scores of the SarQol scale for patients of the normal group was 72.6 (SD=14,9) and for the hyperparathyroidism group 63.7 (SD= 15,1). There was a statistically significant difference ($p=0.006$), suggesting that individuals with hyperparathyroidism generally had lower quality of life scores compared to those without the condition. Between the quality-of-life scores as assessed by the SarQol scale and the PAS-Qol scale there is a significant negative correlation suggesting that as the SarQol score increases PAS-Qol score tends to decline in primary hyperparathyroidism (negative correlation -0.444^{**} , $p=0.001$).

Discussion

The study highlights the potential interconnectedness between these two conditions, sarcopenia and primary hyperparathyroidism, and their impact on patients' overall well-being. The study emphasizes the need for comprehensive management strategies addressing both sarcopenia and hyperparathyroidism to enhance patients' quality of life.

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΩΝ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΒΟΛΒΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΚΑΙ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ. ΕΝΑΣ ΣΠΑΝΙΟΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Αναστάσιος Στόφας¹, Αμαλία Πατερέλη²

¹Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ Λαϊκό, ²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: Οι νευροενδοκρινικοί όγκοι (NET) του πεπτικού στην πλειοψηφία τους είναι σποραδικοί, παρ' όλα αυτά υπάρχει σημαντική συσχέτιση με το σύνδρομο πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας τύπου I και II, το σύνδρομο von Hippel-Lindau και τη νευροϊνωμάτωση. Τυπικά εμφανίζονται περί την πέμπτη δεκαετία της ζωής και συνήθως παρουσιάζουν διαγνωστική πρόκληση, ειδικά όταν είναι ασυμπτωματικοί.

Σκοπός: Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης σύγχρονης ανεύρεσης NET βολβού δωδεκαδακτύλου και NET παγκρέατος, με ανοσομορφολογικά ευρήματα συνηγορητικά υπέρ της ανεξάρτητης πρωτοπαθούς ανάπτυξης των δύο όγκων.

Υλικό & μέθοδοι: Άρρεν ηλικίας 40 ετών με NET βολβού δωδεκαδακτύλου διαγνωσθέν προεγχειρητικώς, υπεβλήθη σε υφολική γαστρεκτομή, περιφερική παγκρεατεκτομή και χολοκυστεκτομή.

Αποτελέσματα: Μικροσκοπικά αναγνωρίστηκαν δύο ανώτερης διαφοροποίησης νευροενδοκρινή νεοπλάσματα (NET G1), ένα στην περιοχή του πυλωρικού σφιγκτήρα / βολβού δωδεκαδακτύλου μεγίστης διαμέτρου 2,7 εκ και ένα εντός του παγκρέατος μεγίστης διαμέτρου 2,5 εκ, με δοκιδώδες και εν μέρει φωλεώδες πρότυπο ανάπτυξης, χαμηλή μιτωτική δραστηριότητα και χαμηλό δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki67 (<1%). Η χοληδόχος κύστη ήταν ελεύθερη νεοπλασίας.

Διήθηση από το νεόπλασμα εμφάνιζαν επίσης λεμφαδένας παρά την «ηπατική αρτηρία» και δύο λεμφαδένες εκ του μείζονος επιπλόου. Η περαιτέρω ανοσοϊστοχημική μελέτη των δύο νευροενδοκρινικών νεοπλασμάτων φανέρωσε διαφορετικό εν μέρει ανοσοφαινότυπο. Ο ανοσοφαινότυπος των δύο εστιών (πυλωρού/ βολβού & παγκρέατος) διέφερε κυρίως ως προς την έκφραση CK7 και Islet1, αλλά και CDX2, υποδηλώνοντας πιθανότερα ότι έχουν αναπτυχθεί ανεξάρτητα και πρωτοπαθώς. Η μεγαλύτερη εκ των λεμφαδενικών μεταστάσεων («λεμφαδένας ηπατικής αρτηρίας») εμφάνιζε κοινό ανοσοφαινότυπο με την εστία του πυλωρού/ βολβού και προφανώς επρόκειτο για μετάσταση από το συγκεκριμένο νεόπλασμα (pT3N1).

Συμπεράσματα: Η συνύπαρξη πολλαπλών NET είναι συχνή σε ασθενείς με γενετικά σύνδρομα και δη επί MEN I και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης για τον προσδιορισμό του ενδεχομένου αυτού. Σε ασθενείς με πρώιμο στάδιο νόσου, η χειρουργική εξαίρεση σε υγιή όρια αποτελεί τη μοναδική ριζική θεραπευτική παρέμβαση. Ωστόσο σε περιπτώσεις ύπαρξης λεμφαδενικών ή απομακρυσμένων μεταστάσεων απαιτείται συμπληρωματικά συστηματική θεραπεία.

ΟΓΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΦΛΟΙΟΥ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ -ΣΠΑΝΙΟΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 11 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΣΕΙΡΑ 1100 ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΕΚΤΟΜΩΝ

Χρυσάνθη Αγγέλη¹, Κωνσταντίνος Πατέας¹, Βασίλειος Θεοχαρίδης¹, Δημήτριος Καπνιάς¹, Χρήστος Παχής¹, Δημήτριος Στρατηγάκος¹, Αγγελική Νάστου¹, Γεώργιος Νικολάου Ζωγράφος¹
¹Γ' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς"

Εισαγωγή : Τα ογκοκυτταρικά νεοπλάσματα του φλοιού των επινεφριδίων αποτελούν έναν εξαιρετικά σπάνιο ιστολογικό τύπο . Περιλαμβάνουν τα καλοήγη ογκοκυττώματα , τα ογκοκυτταρικά νεοπλάσματα με αβέβαιο κακόηθες δυναμικό και τα ογκοκυτταρικά καρκινώματα του φλοιού των επινεφριδίων με βάση την ταξινόμηση Lin-Weiss-Bisceglia (LWB) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO).

Σκοπός : Η ανάδειξη της σπανιότητας αυτών των όγκων και της λιγότερο επιθετικής τους συμπεριφοράς σε σχέση με το κλασικό φλοιοεπινεφριδιακό καρκίνωμα παρόλο το μεγάλο κατά κανόνα μέγεθος και τα ύποπτα για κακοήθεια στην απεικόνιση χαρακτηριστικά.

Μέθοδοι : Μελετήθηκαν 11 περιπτώσεις ογκοκυτταρικών νεοπλασμάτων από σειρά 1100 επινεφριδιεκτομών . Επρόκειτο για 6 γυναίκες και 5 άνδρες , ηλικίας 30 εως 71 ετών με μέση ηλικία τα 51 έτη. Από τους όγκους αυτούς 7 είχαν εντόπιση στο αριστερό επινεφρίδιο και 4 στο δεξιό . Είχαν όλοι μεγάλο μέγεθος από 6,5 έως 9,5 εκατοστά την μεγαλύτερη διάμετρο με εξαίρεση έναν που ήταν 3,5 εκατοστά. Δυο ασθενείς παρουσίαζαν αυτονομία στην έκκριση κορτιζόλης και ένας αυτονομία τόσο στην έκκριση κορτιζόλης όσο και αλδοστερόνης . Σε έναν ασθενή με σύνδρομο MEN I που είχε ήδη υποβληθεί σε παγκρεατεκτομή , σπληνεκτομή και εκτομή αδενώματος υπόφυσης πραγματοποιήθηκε αμφοτερόπλευρη επινεφριδιεκτομή λόγω υπερπλασίας επινεφριδίων και συνδρόμου Cushing . Στο αριστερό επινεφρίδιο ανευρέθη ογκοκυτταρικό νεόπλασμα και στο δεξιό ταυτόχρονη παρουσία δευτεροπαθούς εντόπισης απο το νευροενδοκρινές νεόπλασμα και ογκοκυτταρική μετατροπή του φλοιού στο υπόλοιπο επινεφρίδιο .

Αποτελέσματα : Πραγματοποιήθηκαν 3 ανοικτές και 8 λαπαροσκοπικές επινεφριδιεκτομές. Η ιστολογική έκθεση ανέδειξε 4 περιπτώσεις καλοήθους ογκοκυτταρικού νεοπλάσματος φλοιού επινεφριδίου και 7 περιπτώσεις με ογκοκυτταρικό νεόπλασμα φλοιού αβέβαιου κακόηθους δυναμικού κατά Lin-Weiss-Bisceglia . Ο δείκτης Ki67 κυμάνθηκε από <1% έως 10% . Σε ένα από τα νεοπλάσματα υπήρχε στέρεη σύμφυση του όγκου με τον νεφρό , οπότε πραγματοποιήθηκε και εκτομή en bloc του σύστοιχου νεφρού ενώ η τελική ιστολογική έκθεση ανέδειξε καλοήθες ογκοκυτταρικό νεόπλασμα κατα Lin-Weiss-Bisceglia . Οι ασθενείς παρουσίασαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία . Δεν υπήρξε θνητότητα ούτε υποτροπή της νόσου σε μέγιστη διάρκεια παρακολούθησης τα 10 έτη .

Συμπεράσματα : Τα ογκοκυτταρικά νεοπλάσματα του φλοιού των επινεφριδίων αποτελούν έναν σπάνιο ιστολογικό τύπο που φαίνεται να έχει καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με το κλασικό φλοιοεπινεφριδιακό καρκίνωμα.

ΜΠΟΡΟΥΝ ΟΙ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΝΑ ΜΙΜΗΘΟΥΝ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ ; ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Χρυσανθη Αγγελη¹, Κωνσταντίνος Πατέας¹, Δημήτριος Στρατηγάκος¹, Βασίλειος Θεοχαρίδης¹, Νεκτάριος Κίκας¹, Νικόλαος Κορκανάς¹, Αναστασία Κατσέλη¹, Γεώργιος Νικολάου Ζωγράφος¹
¹Γ' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς"

Εισαγωγή: Το 80% των οπισθοπεριτοναϊκών όγκων είναι κακοήθεις και οι κύριοι ιστολογικοί τύποι είναι το λιποσάρκωμα και το λειομυοσάρκωμα. Οι όγκοι αυτοί συνήθως εμφανίζονται ως μεγάλες μάζες στην κοιλιακή χώρα και κάποιες φορές είναι δύσκολη η απεικονιστική διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση τους.

Σκοπός: Η παρουσίαση δύο περιπτώσεων λειομυοσαρκώματος οπισθοπεριτοναϊκού χώρου που ο προεγχειρητικός απεικονιστικός έλεγχος τα είχε αποδώσει ως όγκους φλοιού επινεφριδίων.

Υλικά-Μέθοδος: Η πρώτη περίπτωση αφορά ασθενή γυναίκα 82 ετών η οποία λόγω κοιλιακού άλγους υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία κοιλίας που ανέδειξε την παρουσία συμπαγούς μορφώματος διαμέτρου 6 εκατοστών στην ανατομική θέση του αριστερού επινεφριδίου. Η ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη ορμονολογικό έλεγχο ο οποίος ήταν αρνητικός για έκκριση ορμονών. Η δεύτερη περίπτωση αφορά γυναίκα 49 ετών που υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία κοιλίας που ανέδειξε συμπαγές μόρφωμα διαμέτρου 11.5 εκ. εξορμώμενο από το αριστερό επινεφρίδιο. Ο έλεγχος εκκριτικότητας του όγκου ήταν επίσης αρνητικός.

Αποτελέσματα: Η πρώτη ασθενής υπεβλήθη σε λαπαροσκοπική μετατραπείσα σε ανοικτή επέμβαση με εκτομή en bloc του όγκου, αριστερή νεφρεκτομή και σπληνεκτομή λόγω στέρεης σύμφυσης του όγκου με τα ανωτέρω όργανα. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε λειομυοσάρκωμα ενδιάμεσου βαθμού κακοήθειας εξορμώμενο από την νεφρική φλέβα. Η δεύτερη ασθενής υποβλήθηκε σε en bloc εκτομή του όγκου, περιφερική παγκρεατεκτομή και σπληνεκτομή. Οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση με αριστερή υποπλευρία τομή. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε λειομυοσάρκωμα οπισθοπεριτοναϊκού χώρου Grade III που διηθεί το συνεξαιρεθέν πάγκρεας καθώς και την κάψα του σπληνός. Το επινεφρίδιο και στις δυο περιπτώσεις ανευρέθη στο παρασκευάσμα χωρίς διήθηση αλλά εγκλωβισμένο μεταξύ όγκου και διηθημένου νεφρού. Οι ασθενείς παρουσίασαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

Συμπεράσματα: Οι όγκοι του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου κατά την προεγχειρητική απεικονιστική διερεύνηση τους μπορεί να αποδοθούν σε φλοιοεπινεφριδιακό καρκίνωμα. Λόγω της σπανιότητας τόσο των οπισθοπεριτοναϊκών όγκων όσο και των κακοήθων όγκων των επινεφριδίων είναι σημαντικό η αξιολόγηση και διαχείριση αυτών των περιστατικών να διενεργείται σε εξειδικευμένα κέντρα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΠΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΟΥ CUSHING

Κωνσταντίνος Νταλαπέρας¹, Ευαγγελία Αγιάννη¹, Δημήτριος Σεκαδάκης¹, Δημοσθένης Κακαβιάτος¹, Κωνσταντίνος Σασιάκος¹, Παναγιώτα Ράικου¹, Σπυρίδων Λαινάς¹, Δημήτριος Κατρινάκης¹, Κοσμάς Δασκαλάκης¹

¹Β' Χειρουργική Κλινική, Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ

Εισαγωγή: Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό τοπικά προχωρημένης υποτροπής κακόηθους επινεφριδιακού Cushing

Γυναίκα 69 ετών, με ατομικό αναμνηστικό ΣΔ2, ΑΥ, ΒΜ:33, καπνίστρια, προσήλθε στο Ιατρείο Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων του Νοσοκομείου μας το Νοέμβριο -22 λόγω επινεφριδιακού Cushing με όγκο μ.δ. 3,7 εκ (15 HU) και προεγχειρητικές τιμές ODST : 10 mcg/dl και ACTH: 5.6pg/ml .

Η ασθενής υποβλήθηκε σε οπισθοπεριτοναϊκή ενδοσκοπική αφαίρεση του ΔΕ επινεφριδίου. ΜΤΧ η ασθενής έλαβε θρομβοπροφύλαξη, ΙV αντιβιοτική αγωγή και υποκατάσταση με υδροκορτιζόνη και εξήλθε μετά από 3 ημέρες νοσηλείας.

Η ιστολογικής εξέταση ανέδειξε αδένωμα μ.δ. 4εκ, χωρίς νέκρωση, χαμηλού βαθμού μιτωτικής δραστηριότητας (<5), απουσία διήθησης αγγείων, χωρίς ατυπί, με μικροσκοπική ρήξη και διήθηση της κάψας με Ki67<5%, Weiss score 1.

Πέντε μήνες αργότερα, η ασθενής εκδήλωσε σταδιακή απορρύθμιση ΣΔ, ΑΥ και σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές που οδήγησαν σε νοσηλεία της. CT κοιλίας και FDG-PET scan ανέδειξαν τοπικά προχωρημένη υποτροπή, με μάζα 8cm υφηπατικά στη θέση της προηγηθείσας εκτομής, καρκινωμάτωση πέριξ του ΔΕ νεφρού και περιβρόχιση του αορτοκοιλιακού άξονα. Η ασθενής παρουσίασε εικόνα επιθετικού Cushing ανθεκτικού στη χορήγηση κετοконаζόλης και μετυραπόνης. Διενεργήθηκε ανοιχτή λαπαροτομία με en-block εκτομή ΔΕ νεφρού και της υπερκείμενης επινεφριδιακής υποτροπής, τμήματος του διαφράγματος (R2 εκτομή, ογκομείωση >95%). Άμεσα ΜΤΧ η ασθενής νοσηλεύτηκε στη ΜΕΘ για 10 ημέρες και 5 ημέρες στην κλινική μας. Υποστηρίχθηκε εκ νέου με υδροκορτιζόνη, αντιβιοτική χημειοπροφύλαξη και θρομβοπροφύλαξη. Την 18η ΜΤΧ ημέρα ελήφθη κορτιζόλη σιέλου και ούρων κ.φ. και η ασθενής ετέθη σε μιτοτάνη περί την 30η ΜΤΧ ημέρα.

Η ιστολογική ανέδειξε παρασκεύασμα 16,5 x 11 x 6εκ, που περιελάμβανε το ΔΕ νεφρό, ACC με πολλαπλά κακοήθη οζίδια στο περινεφρικό λίπος, πυρηνική ατυπία, μιτωτικό δείκτη 15-20, άτυπες μιτώσεις, εστιακές νεκρώσεις, Ki67: 25%, Weiss score:7

Δύο μήνες ΜΤΧ διενεργήθηκε επανέλεγχος με CT που ανέδειξε την παρουσία υπολειμματικής νόσου 2 εκ.

Η ασθενής έλαβε adjuvant χημειοθεραπεία με σισπλατίνη και EDP .

Συμπέρασμα:

Τοπική ή απομακρυσμένη υποτροπή είναι δυνατόν να συμβεί σε μη διαγνωσμένη κακοήθεια-χαμηλό Weiss score σε ασθενείς με επινεφριδιακό Cushing. Ογκομείωση με ανοιχτή επανεπέμβαση σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένου ACC έχει θέση για ογκολογικό έλεγχο της νόσου και αντιμετώπιση του ορμονικού συνδρόμου.

ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΗΡΑΓΓΩΔΕΣ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ

Ελένη Κίτσου¹, Θεόδωρος Χατζηθεοδώρου¹, Αριάδνη Σωτηρία Ζαμποπούλου¹, Αρετή Χατζηχαραλάμπους¹, Μαργαρίτα Καλαματιανού¹, Νικόλαος Ιντζές¹, Κωσταντίνος Σάλιαρης¹, Αντώνης Παλαιός¹, Χαρίδημος Μαρκογιαννάκης¹, Δημήτριος Θεοδώρου¹

¹Μονάδα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή των αποτελεσμάτων της επινεφριδεκτομής σε ασθενείς με σηραγγώδες αιμαγγείωμα επινεφριδίου.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Προοπτική μελέτη όλων των επινεφριδεκτομών 1/1/2010 έως 31/10/2023.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 183 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επινεφριδεκτομή, 4 (2,2%) έπασχαν από σηραγγώδες αιμαγγείωμα και αποτέλεσαν την ομάδα μελέτης (μέση ηλικία: 60 έτη, γυναίκες: 50%). Όλοι παρουσίαζαν ευμέγεθες μórφωμα επινεφριδίου με ύποπτα απεικονιστικά χαρακτηριστικά ενώ ένα περιστατικό είχε αυξημένες μετανεφρίνες/νορμετανεφρίνες ούρων 24ώρου και ένα υποκλινικό σύνδρομο Cushing. Οι τρεις υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή ενώ ο τέταρτος σε ανοιχτή επέμβαση λόγω ταυτόχρονης εκτομής σηραγγώδους αιμαγγειώματος στον αριστερό λοβό του ήπατος. Η εντόπιση του όγκου ήταν στο 50% στο δεξιό και στο 50% στο αριστερό επινεφρίδιο. Διεγχειρητικές επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν. Ο μέσος εγχειρητικός και ο μέσος χρόνος αναισθησίας ήταν 80 min και 104 min αντίστοιχα. Η διάμετρος του επινεφριδίου ήταν 8,2 cm (7-10 cm), του επινεφριδικού όγκου 6,5 cm (5,5-8 cm), ενώ το βάρος του επινεφριδίου ήταν 90 gr (60-125 gr). Μετεγχειρητική επιπλοκή παρουσιάστηκε σε μία ασθενή που εμφάνισε μετεγχειρητική κήλη. Ο μέσος χρόνος μετεγχειρητικής νοσηλείας ήταν 2,7 ημέρες (2-4 ημέρες).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα σηραγγώδη αιμαγγειώματα επινεφριδίου είναι σπάνιοι όγκοι που μπορεί να εμφανίζονται με μεγάλο μέγεθος και άτυπα απεικονιστικά χαρακτηριστικά. Η χειρουργική αφαίρεσή τους μπορεί σε αρκετές περιπτώσεις να διενεργηθεί λαπαροσκοπικά με ασφάλεια, αποτελεσματικότητα και σχετικά μικρούς εγχειρητικούς χρόνους, σύντομη μετεγχειρητική νοσηλεία και μικρό ποσοστό επιπλοκών.

ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΜΥΕΛΟΛΙΠΩΜΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ

Νικόλαος Ιντζές¹, Αριάδνη Σωτηρία Ζαμποπούλου¹, Θεόδωρος Χατζηθεοδώρου¹, Μαργαρίτα Καλαματιανού¹, Αρετή Χατζηχαραλάμπους¹, Ελένη Κίτσου¹, Κωσταντίνος Σάλιαρης¹, Αντώνης Παλαιός¹, Χαρίδημος Μαρκογιαννάκης¹, Κωνσταντίνος Γ. Τούτουζας¹, Δημήτριος Θεοδώρου¹
¹Μονάδα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή των αποτελεσμάτων της επινεφριδεκτομής σε ασθενείς με μυελολίπωμα επινεφριδίου.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Προοπτική καταγραφή των επινεφριδεκτομών από 1/1/2010 έως 31/10/2023.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 183 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επινεφριδεκτομή, 7 (3,8%) έπασχαν από μυελολίπωμα επινεφριδίου και αποτέλεσαν την ομάδα μελέτης (μέση ηλικία: 48 έτη, γυναίκες: 57,2%). Από αυτούς, 4 (57,2%) είχαν συμπτώματα. Πέντε περιστατικά (71,5%) υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή και 2 (28,5%) σε ανοιχτή επέμβαση. Σε 6 (85,7%) διενεργήθηκε δεξιά και σε ένα (14,3%) αριστερή επινεφριδεκτομή. Ο μέσος εγχειρητικός και ο μέσος χρόνος αναισθησίας ήταν 106,5 min και 130 min αντίστοιχα. Η διάμετρος του επινεφριδίου ήταν 10,5 cm (8-16 cm), του επινεφριδικού όγκου 9,5 cm (7-14 cm), ενώ το βάρος του επινεφριδίου ήταν 361,5 gr (106-1129 gr). Μετεγχειρητική επιπλοκή εμφάνισε ένας (14,3%) ασθενής μετά από ανοιχτή επέμβαση και αφορούσε αιμάτωμα στο τραύμα. Ο μέσος χρόνος μετεγχειρητικής νοσηλείας ήταν 2,6 ημέρες (1-5 ημέρες).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα μυελολιπώματα επινεφριδίου είναι σχετικά συχνά επινεφριδικά νεοπλάσματα τα οποία αντιμετωπίζονται χειρουργικά συνήθως μόνο όταν έχουν μεγάλο μέγεθος, άτυπα απεικονιστικά χαρακτηριστικά ή παρουσιάσουν συμπτώματα ή επιπλοκές.

ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΚΥΣΤΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ : ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Νικόλαος Ιντζές¹, Αριάδνη Σωτηρία Ζαμποπούλου¹, Θεόδωρος Χατζηθεοδώρου¹, Μαργαρίτα Καλαματιανού¹, Αρετή Χατζηχαραλάμπους¹, Ελένη Κίτσου¹, Παναγιώτης Θεοδώρου¹, Χαρίδημος Μαρκογιαννάκης¹, Κωνσταντίνος Γ. Τούτουζας¹, Δημήτριος Θεοδώρου¹

¹Μονάδα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή τριών περιστατικών επινεφριδεκτομής σε ασθενείς με κύστη επινεφριδίου.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Προοπτική καταγραφή όλων των επινεφριδεκτομών από 1/1/2010 έως 31/10/2023.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 183 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επινεφριδεκτομή, τρεις (1,6%) έπασχαν από κύστη επινεφριδίου. Πρόκειται για τρεις γυναίκες 44, 44 και 46 ετών οι δύο από τις οποίες παρουσίαζαν συμπτώματα ενώ η τρίτη είχε άτυπα απεικονιστικά χαρακτηριστικά. Οι δύο υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική και η μία σε ανοιχτή επέμβαση. Σε δύο διενεργήθηκε δεξιά ενώ σε μία αριστερή επινεφριδεκτομή. Ιστολογικά αναγνωρίστηκε ενδοθηλιακή κύστη στις δύο και ψευδοκύστη επινεφριδίου με ενδοκυστική αιμορραγία και διαπύηση στη μία ασθενή. Η διάμετρος του επινεφριδίου ήταν 11, 14 και 6,2 cm, του επινεφριδικού όγκου 9, 12 και 4,8 cm, ενώ το βάρος του επινεφριδίου ήταν 287, 304 και 50 gr αντίστοιχα. Μετά από ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία οι ασθενείς εξήλθαν της κλινικής μας σε μία, μία και τρεις μέρες αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι κύστεις επινεφριδίου είναι σχετικά σπάνια επινεφριδικά νεοπλάσματα τα οποία αντιμετωπίζονται χειρουργικά συνήθως μόνο όταν έχουν μεγάλο μέγεθος, άτυπα απεικονιστικά χαρακτηριστικά ή παρουσιάσουν συμπτώματα ή επιπλοκές.

ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΑΠΟ ΝΕΤ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ευστάθιος Πούλος¹, Ελένη-Καλλιόπη Πάπισσα¹, Άννα Συκά¹, Άννα Γαϊτανάρου¹, Ευαγγελία Αθανασίου¹, Μιχαήλ Ζαΐρης¹, Φιλίτσα Κωνσταντάρα¹, Κωνσταντίνος Στρατάκης¹, Ανδρέας Ζέβλας¹
¹Α΄ Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α. Γ. Γεννηματάς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι νευροενδοκρινείς όγκοι του λεπτού εντέρου αποτελούν ιδιαίτερη κατηγορία όγκων με ειδικό ενδιαφέρον για την ενδοκρινική χειρουργική. Είναι τα πιο συχνά νεοπλάσματα του λεπτού εντέρου και ανευρίσκονται κυρίως στον τελικό ειλεό και λιγότερο στη νήστιδα.

ΣΚΟΠΟΣ

Λόγω της βραδείας εξέλιξής τους οι όγκοι αυτοί εμφανίζουν τη στιγμή της διάγνωσης τους απομακρυσμένες μεταστάσεις σε ποσοστό 30%, με συνηθέστερη θέση το ήπαρ, ενώ σε ένα ποσοστό 80% εμφανίζουν λεμφαδενικές μεταστάσεις. Παρά το γεγονός ότι οι λεμφαδενικές μεταστάσεις είναι τόσο συχνές, η διήθηση του μεσεντερίου από λεμφαδενική διασπορά έως τη ρίζα του συναντάται σπανιότερα και αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση για τη χειρουργική αντιμετώπιση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Παρουσιάζουμε περιστατικό ασθενούς θήλυ 83 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, γλαυκώματος και ολικής θυρεοειδεκτομής, στην οποία στα πλαίσια διερεύνησης ηλεκτρολυτικών διαταραχών αναγνωρίστηκε στον απεικονιστικό έλεγχο, ο οποίος συμπεριέλαβε μαγνητική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας, PET-CT και μαγνητική εντερογραφία, συμπαγής χωροκατακτητική εξεργασία στο μεσεντέριο, καθώς και εξεργασία εντός έλικας ειλεού. Η ασθενής υπεβλήθη σε λήψη βιοψίας της αλλοίωσης στο μεσεντέριο υπό αξονικό τομογράφο, με το αποτέλεσμα να είναι συνηγορητικό υπέρ νευροενδοκρινούς νεοπλάσματος. Τελικώς η ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση εντερεκτομής στο ύψος του τελικού ειλεού περίπου 40 εκ. κεντρικότερα της ειλεοκυφλικής βαλβίδας με εντερο-εντερική αναστόμωση και εκτεταμένο λεμφαδενικό καθαρισμό με εκτομή του μεσεντερίου έως τη ρίζα του, επέμβαση ιδιαίτερα απαιτητική λόγω της γειννίας σημαντικών αγγείων και οργάνων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση νευροενδοκρινούς νεοπλάσματος καλής διαφοροποίησης, ενδιάμεσου βαθμού κακοήθειας (NET- Grade 2) με διήθηση του μεσεντερίου, καθώς και σε 4 από τους συνολικά 23 συνεξαιρεθέντες λεμφαδένες. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και η ασθενής παραμένει σε καλή κατάσταση 12 μήνες μετά την επέμβαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αναγνώριση μορφώματος μεσεντερίου σε απεικονιστικό έλεγχο μπορεί να υποδηλώνει διήθηση από νευροενδοκρινή όγκο λεπτού εντέρου, η εκτομή του οποίου αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση για το χειρουργό στη λογική της R0 εκτομής χωρίς μείζονες επιπλοκές στην περιοχή.

ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ.

Γεώργιος Σαρρής¹, Ελευθέριος Μαντωνάκης¹, Αφροδίτη Μπέτσου¹, Παναγιώτα Νιφοροπούλου¹, Φωτεινή Ντάνου¹, Διονύσιος Βώρος¹

¹Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

Εισαγωγή: Υπάρχουν ασθενείς που η πάθηση τους και τα συνυπάρχοντα γενικότερα προβλήματά τους απαιτούν αποφάσεις και χειρισμούς πέραν από τα καθιερωμένα. Η περίπτωση μας αφορά ασθενή αυτής της κατηγορίας με πρόβλημα του θυρεοειδούς αδένου.

Παρουσίαση ασθενούς: Ασθενής ηλικίας 41 ετών με τοξική βρογχοκήλη ανθεκτική στην φαρμακευτική αγωγή προσήλθε για χειρουργική αντιμετώπιση. Από το ιστορικό του παρουσίαζε νοσογόνο παχυσαρκία (BMI:55) με ιδιαίτερη ανατομία τραχήλου ώστε η κάτω γνάθος να συνέχεται με το στέρνο. Διάμετρος τραχήλου 65cm και απόσταση δέρματος-ισθμού θυρεοειδούς 12cm (ισθμός διαμέτρου 3cm). Χρόνιος καπνιστής με αποφρακτική και περιοριστική πνευμονοπάθεια. Στην C.T. τραχήλου οι διαστάσεις κάθε λοβού έφθαναν τα 8-12cm και οι κάτω πόλοι των λοβών ήταν καταδυόμενοι στο μεσοθωράκιο.

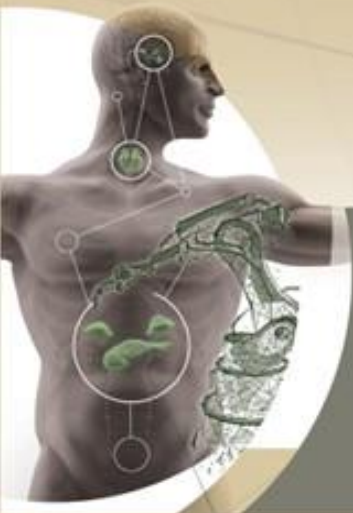
Κατά την αναισθησία ήταν πολύ δυσχερής η προσπάθεια διασωλήνωσης και προβληματική η απόφαση καταστολής γιατί το ενδεχόμενο τραχειοστομίας θα ήταν αδιέξοδο. Διασωληνώθηκε χωρίς να έχει κοιμηθεί.

Πραγματοποιήθηκε εγχειρητική τομή μήκους 20cm. Χρησιμοποιήθηκαν στην επιφάνεια άγκιστρα ορθοπεδικής και στο βάθος άγκιστρα κοιλιάς (βάθος 10-12cm). Έγινε ολική θυρεοειδεκτομή μετά του ισθμού ευτυχώς χωρίς προβλήματα. Τοποθετήθηκαν παροχετεύσεις κοιλιάς (σωλήνες σιλικόνης) στο βάθος και retractor στο υποδόριο.

Η ανάνηψη ήταν ομαλή και ο ασθενής αποσωληνώθηκε στο χειρουργείο. Μετά την αφύπνιση περιέγραφε με καθαρή φωνή την εμπειρία της διασωλήνωσης. Μετεγχειρητικά είχε οριακή τιμή ασβεστίου και έλαβε για 15 μέρες φάρμακα από την ενδοκρινολόγο του. Η ιστολογική ήταν όπως αναμενόταν.

Μετά την εμπειρία του αυτή ο ασθενής οδηγήθηκε στην διακοπή του καπνίσματος και την δίαιτα για το βάρος του.

Συμπέρασμα: Στις δύσκολες περιπτώσεις, οι επιλογές κατ' ανάγκη είναι πέραν από τα καθιερωμένα και η τύχη αναγκαία.



18⁰

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Ελληνική Εταιρεία
Χειρουργικής
Ενδοκρινών Αδένων



Η προοπτική της τεχνητής νοημοσύνης
και της εικονικής πραγματικότητας
στην εκπαίδευση και την προώθηση
της Ενδοκρινικής Χειρουργικής

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

A

Αγγελη, AA04, AA14,
Χρυσανθη AA15, EA15
Αγιάννη, AA16
Ευαγγελία
Αγιάννη, EA08, EA26
Ευαγγελία
ΑΔΑΜΙΔΟΥ, AA12
ΦΩΤΕΙΝΗ
Αθανασίου, AA20
Ευαγγελία
Αλεξανδρή, EA26
Μαρία

Αμπα Ντέκα, EA23
Ιωάννα
Αναστασιάδης, AA02
Ηρακλής
Αξή , Παρασκευή EA23

Ατματζίδης, EA18
Στεφανος
Ατματζίδης, EA20
Στέφανος
Αχίλλα, Χαρούλα EA25

B

ΒΑΜΒΑΚΙΔΗΣ, EA04
ΚΥΡΙΑΚΟΣ
Βαμβακίδης, EA22
Κυριάκος
Βαξεβανίδου, EA20
Αρχοντία

Βασιλειαδου, AA06
Δημητρα
Βασιλάκη, Μαρία AA04
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ, EA10
ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Βασιλειου, Σοφια AA02

Βελικούδη, EA18
Μαρία
Βλαχάκος, EA06
Νικόλαος

Βολουδάκης, EA18
Νικόλαος
Βολουδάκης, EA20
Νικόλαος
Βουγάς, Β AA07, AA09,
AA03, AA10,
EA19
Βουγάς, EA07
Βασίλειος
Βουρλάκου, Χ AA10
Βουρλάκου, EA07
Χριστίνα
Βουχαρα, EA03
Αγγελικη
Βουχάρα, AA11, EA25
Αγγελική
Βώρος, Διονύσιος AA21

Γ

Γαϊτανάρου, Άννα AA20

Γαλάνης, Ι EA27

Γερόπουλος, EA27
Βασίλειος
Γερόπουλος, EA27
Γεώργιος

Γεωργιλάκη, AA01, EA05
Βασιλική
Γκάνης, EA08, EA21
Βασίλειος
ΓΚΟΥΛΙΑΜΑΣ, EA04
ΣΩΤΗΡΙΟΣ

Δ

Δασκαλάκη, Ε AA09

ΔΑΣΚΑΛΑΚΗΣ, EA26, AA16
ΚΟΣΜΑΣ

Δημακοπούλου, AA04
Αντωνία

Δημητροκάλλης, AA07, AA03,
N AA10
Δίβαρης, EA15
Κωνσταντίνος

Δρακοπουλος, AA06
Βασιλειος
Δρακόπουλος, EA13, EA14, EA09
Βασίλειος
Δράκος, EA16, AA08
Γρηγόρης
Δριμάλας, N AA03

Ε

Ειρηνή, Κεφαλού AA06

Ζ

Ζαΐρης, Μιχαήλ AA20
Ζαμποπούλου,
Αριάδνη Σωτηρία AA17, AA18,
AA19, EA17
Ζαραφίδου,
Αναστασία AA01, EA05, EA06

Ζαφειροπούλου,
Βασιλική EA13

Ζέβλας, Ανδρέας AA20

Ζήσης, Χ AA07

Θ

Θανασά, Α AA10, EA19

Θεοδώρου,
Δημήτριος AA17, AA18,
AA19, EA17

Ι

Ιακώβου,
Ιωάννης AA11

Ιντζές, Νικόλαος AA17, AA18,
AA19, EA17

Ιντζιδης,
Ιπποκράτης AA11

Κ

Κακαβιάτος,
Δημοσθένης EA21, EA26, AA16

Καλαματιανού,
Μαργαρίτα AA17, AA18,
AA19, EA17

Καλτάκη, Μαρία-
Κωνσταντίνα EA09

Καλτσάς, EA26

Γρηγόριος
Καπιρης, AA06

Στυλιανός
Καπίρης, EA13, EA14, EA09

Καπνιάς, AA14, EA15

Δημήτριος
Καρβέλη, Ε EA19

Καρβέλη, Ευγενία EA07

Κατρινάκης,
Δημήτριος EA08, EA26, AA16

ΖΟΡΜΠΑΣ, ΗΛΙΑΣ EA04
Ζορμπάς, Ηλίας EA22

Ζωγράφος,
Γεώργιος AA14
Νικολάου

Ζωγράφος,
Γεώργιος AA04, EA15
Νικολάου

Ζωγράφος,
Γεώργιος AA15
Νικολάου

Ζωγράφος,
Γεώργιος
Νικολάου

Θεοδώρου,
Παναγιώτης AA19, EA17

Θεοχαρίδης,
Βασίλειος AA14, AA15,
EA15

Ιντζίδης,
Ιπποκράτης EA25

Ιντζίδης,
Ιπποκράτης EA03

Κολινιωτη, AA06

Αγγελική
Κολινιώτη, EA14, EA09

Αγγελική
Κολινιώτη, EA13

Αγγελική
Κολλέτσα, AA11

Τριανταφυλλιά
ΚΟΜΖΙΑ, AA12

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Κορακίτη, Άννα-
Μαρία AA02

Κορκανάς, AA15

Νικόλαος
Κοτσόβολης, EA02

Γεώργιος
Κουμαρέλας, AA02

Κωνσταντίνος
Κουργιαλή, Χάρης EA18

Κατσέλη, Αναστασία	AA15	Κουτελιδάκης, Ιωάννης	EA22, EA18
Κατσιαφλιάκα, Κωνσταντίνα	AA11	Κουτελιδάκης, Ιωάννης	EA20
Κατσιμεντε, Σταυρούλα	EA16, AA08	Κρητικός, Γερασιμος	EA22
Κεσίσογλου, Ισαάκ	EA23	ΚΡΗΤΙΚΟΣ, ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ	EA04
Κεφάλου, Ειρήνη	EA11	ΚΡΗΤΙΚΟΣ, ΝΕΟΚΛΗΣ	AA05, EA12
Κεφάλου, Ειρήνη	EA13, EA09	Κρόκου, Δέσποινα	EA02, EA25
Κεφάλου, Ειρήνη	EA14	Κυζεριδης, Χαριλαος	AA06
ΚΕΧΑΓΙΑΣ, ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ	AA05, EA12	Κυζεριδης, Χαρίλαος	EA13, EA14, EA09
Κίκας, Νεκτάριος	AA15	Κυραμαργιός, Φώτιος	AA01, EA05, EA06
Κίτσου, Ελένη	AA17, AA18, AA19, EA17	Κυριακόπουλος, Γ	AA10
Κοϊμτζής, Γ	EA27	Κωνσταντάρα, Φιλίτσα	AA20
Κολέτσα, Τριανταφυλλιά	EA22	Κωτίδης, Ευστάθιος	EA03
Κολέτσα, Τριανταφυλλιά	EA23		

Λ

Λαινάς, Σπυρίδων	EA26, AA16	Λαπατσάνης, Δημήτρης	EA01
Λαϊνάς, Σπυρίδων	EA08, EA21	Λασκου, Στυλιανη	EA23
Λανίτης, Σοφοκλής	EA08, EA21	Λεβεντακος, Κωνσταντινος	EA24

Μ

Μαγγανάς, Δ	AA10	Μεταξας, Παναγιωτης	EA13, AA06
Μαγγανάς, Δημήτριος	EA16, AA08	Μεταξάς, Παναγιώτης	EA14, EA09
Μαμιδας, Νικολαος	AA06	Μιχαλόπουλος, Αντώνιος	AA11
Μάμιδας, Νικόλαος	EA13, EA14, EA09	Μιχαλόπουλος, Αντώνιος	EA03
ΜΑΝΑΝΗ, ΧΡΙΣΤΙΝΑ	AA12	Μουρταράκος, Σαράντης	AA02
Μαντωνάκης, Ελευθέριος	AA21	Μπαρέκα, Στυλιανή	EA02
Μανωλουδάκη, Κασσιανή	EA06	Μπάσιος, Ανέστης	EA18, EA20
Μαρίνης, Αθανάσιος	AA01, EA05, EA06	Μπεκάκος, Γεώργιος	AA01, EA05
Μαρκογιαννακης, Χαριδημος	AA17, AA18, AA19, EA17	Μπελλου, Ευαγγελία	EA18
ΜΑΣΑΟΥΤΗΣ, ΧΡΗΣΤΟΣ	EA12	Μπέλλου, Ευαγγελία	EA20

Μασσαλής, Ιωάννης	AA02	Μπέτσου, Αφροδίτη	AA21
Ματσάγκος, Δημήτριος	EA16, AA08	Μπίκας, Κωνσταντίνος	EA16, AA08
Μαυροδημητρακη, Ελενη	AA06	Μπουλογεώργου, Κασσιανή	EA25
Μαυροδημητράκη, Ελένη	EA13, EA09	Μωυσίδη, Μωυσή	AA11
Μαυροδημητράκη, Ελένη	EA14	Μωυσίδης, Μωυσής	EA02
Μερράκος, Μάριος	AA01, EA05, EA06		

N

Νάστου, Αγγελική	AA14	Νταλαπέρας, Κωνσταντίνος	AA16
Νιφοροπούλου, Παναγιώτα	AA21	Ντάνου, Φωτεινή	AA21
Νταλαπέρας, Κωνσταντίνος	EA08, EA21, EA26	Ντούμα, Αμαλία	AA04

Π

Παλαιός, Αντώνης	AA17, AA18	Παρασκευά, Αικατερίνη	EA13, EA09
Παντελης, Αθανασιος	EA01	Παριανός, Χρήστος	AA04
ΠΑΠΑΒΡΑΜΙΔΗΣ, ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ	AA12	Παριανός, Χρήστος	EA15
Παπαβραμίδης, Θεοδόσιος	AA11, EA02, EA25	Πατέας, Κωνσταντίνος	AA04, AA14, AA15, EA15
Παπαβραμίδης, Θεοδόσιος	EA03	Πατερέλη, Αμαλία	AA13
Παπαδήμα, Ευφροσύνη	AA02	Παυλίδης, Ε	EA27
Παπαελευθερίου, Σταυρούλα	EA16, AA08	Παυλόπουλος, Κ	AA09, AA03, AA10, EA19
Παπαζιώγας, Βασίλειος	EA18, EA20	Παυλόπουλος, Κωνσταντίνος	EA07
Παπαιωάννου, Μαρία	EA03	Παχής, Χρήστος	AA14
Παπαϊωάννου, Μαρία	EA27	Πλιάκο, Ιωάννη	AA11
ΠΑΠΑΝΔΡΙΚΟΣ, ΙΩΑΝΝΗΣ	EA04	Πλιάκος, Ιωάννης	EA02
Πάπιστα, Ελένη- Καλλιόπη	AA20	Πολυζωης, Κωνσταντινος	AA06, EA09
Παρασκευα, Αικατερινη	AA06	Πολυζώης, Κωνσταντίνος	EA13, EA14
ΠΑΡΑΣΚΕΥΑ, ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	EA14	Πουλος, Ευσταθιος	AA20

P

Ραίκου, Παναγιώτα	EA26	Ρεκούνα, Κωνσταντίνα	EA07
----------------------	------	-------------------------	------

Ράικου,
Παναγιώτα
ΡΕΚΟΥΝΑ,
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Ρεκούνα, Κ

EA21, AA16
EA04
AA07, AA09,
AA03, AA10,
EA19

Ρέστα, Ιωάννα EA15

Ρουκουνάκης, Ν
Ρουκουνάκης,
Νικόλαος

AA07, AA09,
AA03, AA10,
EA19
EA07

Σ

Σάλιαρης,
Κωνσταντίνος
Σαμαράς,
Βασίλειος
Σαπαλίδης,
Κωνσταντίνος
Σαπαλίδης,
Κωνσταντίνος
Σαρρης, Γεωργιος

AA17, AA18
EA26
EA22
EA23
AA21

Σασιάκος,
Κωνσταντίνος
Σέββα, Χριστίνα

EA08, EA21,
EA26, AA16
EA23

Σεκαδάκης,
Δημήτριος
Σερετάκης,
Γεώργιος
Σιάννης, Ιωάννης

EA08, EA21,
EA26, AA16
EA16, AA08
AA01, EA05

Σταματοκου,
Βασιλικη
Σταματούκου,
Βασιλική
Σταματούκου,
Βασιλική
Σταυριανός,
Χαράλαμπος
Σταυροπουλος,
Σταυρος
Σταυρόπουλος,
Σταύρος
Σταυρόπουλος,
Σταύρος

AA06
EA14, EA09
EA13
EA06
AA06
EA14, EA09
EA13

Στεργιου,
Δημητριος
Στεργίου,
Δημητριος
Στεργίου,
Δημήτριος
ΣΤΕΦΑΝΟΥ,
ΣΤΕΦΑΝΟΣ
Στεφάνου,
Στέφανος
Στέφου, Φωτεινή

AA06
EA14
EA13, EA09
EA04
EA22
AA01, EA05

Στόφας,
Αναστάσιος
Στρατάκης,
Κωνσταντίνος
Στρατηγάκος,
Δημήτριος
Στρατηγού,
Θεοδώρα
Συκά, Άννα

AA13
AA20
AA04, AA14,
AA15
EA14
AA20

Συμεωνίδης, Ν EA27

Συρακούλη,
Αργυρώ
Συρακούλη,
Ευαγγελία
Σωτηροπουλου,
Μαρια
Σωτηροπούλου,
Μαρία

EA27
EA27
EA27
AA06
EA13, EA14, EA09

Τ

Τζανέλα,
Μαρινέλλα

EA13

ΤΖΙΚΟΣ, ΓΙΩΡΓΟΣ

AA12

Τζίκος, Γεώργιος

EA02

Τζίκος, Γεώργιος

EA03

Τρακοσάρη,
Παρασκευή
Τσαλκατίδου,
Δέσποινα
Τσέλιου,
Βασιλική
Τσιάκα, Αριάδνη

EA07, AA07,
AA09, AA03,
AA10, EA19
AA11, EA02, EA25
EA16, AA08
AA01, EA05, EA06

Τούτουζας,
Κωνσταντίνος Γ. AA18, AA19,
EA17

Τσώλη, Μαρίνα EA26

Φ

Φαράντος,
Χαράλαμπος AA20

Φλώρος,
Δημητριος EA24

Χ

Χασιώτης,
Δημήτριος EA16, AA08

Χόρτη, Αγγελική AA11

Χατζηθεοδώρου,
Θεόδωρος AA17, AA18,
AA19, EA17

Χρήστου, Μ AA07, AA09,
AA03, EA19

Χατζηκυριακίδου,
Ανθούλα EA25

Χρήστου, Μαρία EA07

Χατζημαυρουδής,
Γρηγόριος EA18, EA20

ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ,
ΧΡΙΣΤΟΣ EA04

Χατζηχαραλάμπους,
Αρετή AA17, AA18,
AA19, EA17

Χριστοφορίδης, EA22

Χέβα, Αγγελική EA25

Χρίστος

Χορτη, Αγγελικη EA02, EA25

Χρόνη, Μ AA03, EA19

Ψ

Ψαρολόγος,
Μιχαήλ EA13

Ψαρράς,
Κυριάκος EA27