

Endovascular Competence.



Thoracic Aorta
Valiant® Captivia Stent Graft

Abdominal Aorta
Endurant® Stent Graft

Femoral
Maris Plus Stent
Admiral Xtreme Balloon
IN.PACT Admiral Drug-Eluting Balloon

Universal
Pioneer Plus Re-Entry Catheter
Reef High Pressure Balloon
Reliant® Stent Graft Balloon

Carotid
Cristallo Ideale Stent
Submarine Rapido Balloon
Piton GC Guiding Catheter
MO.MA Ultra/Fibernet Protection Device

Kidney
Hippocampus / Racer RX Stents

Iliac
Scuba / Assurant Cobalt / Complete SE / Maris Plus Stents
Admiral Xtreme Balloon

Knee
Pacific Xtreme Balloon
IN.PACT Pacific Drug-Eluting Balloon

Below the knee
Maris Deep / Chromis Deep Stents
Amphirion Deep Balloon
KiteWire Deep Guidewire
IN.PACT Amphirion Drug-Eluting Balloon

Cyclo 3 Fort

Ruscus aculeatus • Hesperidin methyl-chalcon • Ascorbic acid



ΑΜΕΣΗ ΠΟΛΥΕΝΕΡΓΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

Αυξάνει την ανθεκτικότητα^(1,3)
Μειώνει τη διαπερατότητα^(2,3)
των τριχοειδών



2 κάψουλες/ημέρα

[illegible]

Therese Fabrice Farnetka

James Montgomery 250 153 41 Av. Thompsonville, TN 37170 Tel: 615 656 7500 Fax: 615 656 1536

ΧΡΟΝΙΑ ΦΛΕΒΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

[illegible]

ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Τριμηνιαίο περιοδικό της Ελληνικής Αγγειοχειρουργικής Εταιρείας

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Β. Ανδρικόπουλος
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Π. Αντωνιάδης
ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Ι. Κακίσης
ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Σ. Γιαννακάκης
ΤΑΜΙΑΣ: Γ. Κοπάδης
ΜΕΛΗ: Ν. Μπέσις, Θ. Κώτσης
ΑΝΑΠΛ. ΜΕΛΟΣ: Χρ. Κλωνάρης

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος
Καθ. Χρ. Λιάπης
Καθ. Δ. Παπαδημητρίου

Μέλη
Π. Αντωνιάδης
Σ. Γιαννακάκης
Ι. Κακίσης
Γ. Κοπάδης
Θ. Κώτσης
Α. Χρονόπουλος
Γ. Πιτούλιας

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Β. Αράπογλου
Δ. Αρβανίτης
Θ. Γερασιμίδης
Δ. Κισκίνης
Σ. Βασδέκης
Χ. Μαλτέζος
Κ. Κατσένης
Σ. Γεωργόπουλος
Α. Λάζαρης

INTERNATIONAL ADVISORY COMMITTEE

G. Biasi
J. Fernandes e Fernandes
V. Riambau
H. Safi

Υπεύθυνος σύμφωνα με το νόμο:
Ι. Κακίσης, Γενικός Γραμματέας ΕΑΕ



ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Μεσογείων 8Β, 115 26 Αθήνα, Τηλ.: 210 7488560, Fax: 210 7488580
e-mail: aggeio_1@otenet.gr, website: www.hsvs.gr

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΦΚΑΣ
KAFKAS
KAFKAS PUBLICATIONS

Μεσογείων 215, 115 25 Αθήνα, Τηλ.: 210-67.77.590, Fax: 210-67.56.352,
e-mail: kafkas@otenet.gr, website: www.kafkas-publications.com

ΕΚΔΟΤΗΣ - ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ σελ.

Σημείωμα σύνταξης.....

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ενδιαφέρουσα περίπτωση ψευδοανευρύσματος κνημοπερονιαίου αρτηριακού στελέχους μετά από κάταγμα κνήμης

Γ. Βουλαλάς, Κ. Πυργάκης, Σ. Γιαννακάκης, Γ. Καστρήσιος, Δ. Σίσκος, Γ. Παπαχαράλαμπος,
Χρ. Μαλτέζος..... 45

Συντηρητική αντιμετώπιση αυτόματου διαχωρισμού της άνω μεσεντερίου αρτηρίας

Ι. Κακίσης, Τ. Γιαννακόπουλος, Κ. Αντωνόπουλος, Α. Καλλίνης, Ι. Βασιλόπουλος, Κ. Μουλακάκης,
Γ. Σφυρόερας, Η. Δαλαΐνας, Χ. Λιάπης 49

Λαγονοκοιλική επικοινωνία. Ενδιαφέρουσα περίπτωση και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Α. Λουίζος, Γ. Σφυρόερας, Ι. Κακίσης, Τ. Γιαννακόπουλος, Κ. Αντωνόπουλος, Α. Καλλίνης,
Ι. Βασιλόπουλος, Κ. Μουλακάκης, Η. Δαλαΐνας, Χ. Λιάπης..... 53

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Μετατροπή σε ανοικτή επέμβαση μετά απο ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Κ. Γ. Μουλακάκης, Σ. Μυλωνάς, Τ. Γιαννακόπουλος, Κ. Αντωνόπουλος, Γ. Σφυρόερας,
Α. Παπαπέτρου, Χ. Γκέκας, Φ. Μαρκάτης, Η. Δαλαΐνας, Ι. Κακίσης, Χ. Δ. Λιάπης 59

Αποτελεί το συμφέρον του ασθενούς σήμερα το κέντρο του ενδιαφέροντός μας;

Δ-Σ. Γ. Γεωργόπουλος..... 69

ΠΡΟΣΕΧΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ..... 76

Περιλήψη των χαρακτηριστικών του προϊόντος INNOHEP INJECTION. **Ονομασία ιδιοσκευάσματος:** Innohep. **Ποιοτική και ποσοτική σύνθεση:** Tinzaparin Sodium. **Προφύλαξη:** 10.000 Anti-Xa IU/ml. **Θεραπεία:** 20.000 Anti-Xa IU/ml. **Φαρμακοτεχνική μορφή:** Υγρό προς έγχυση. **Αντενδείξεις:** Γενική ή τοπική τάση για αιμορραγία. Σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια. Ουραιμία. Βαρύ υπέρταση. Οξεία εγκεφαλικά επεισόδια. Σηπτική ενδοκαρδίτιδα. **Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Το Innohep πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια, ανεξέλεγκτη υπέρταση και πεπτικό έλκος. Προσοχή στη θεραπεία των ηλικιωμένων. Το Innohep δεν πρέπει να χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση. Επειδή οι ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους εμφανίζουν μεταξύ τους διαφορές ως προς τον τρόπο παρασκευής τους, το μοριακό βάρος και την έκφραση της δραστηριότητάς τους, επισημαίνεται ότι για αποφυγή λαθών κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής δεν θα πρέπει να γίνεται αλλαγή από ιδιοσκευάσμα της μιας εταιρείας σε ιδιοσκευάσμα της άλλης. Απαγορεύεται η χορήγηση του φαρμάκου σε νεογνά. Το Innohep σε φιαλίδιο δεν πρέπει να χορηγείται κατά τα δύο πρώτα έτη της ζωής, διότι περιέχει ως δραστικό συντηρητικό Βενζυλική αλκοόλη. **Αντιθrombotic ενέργειες:** Αλωπεκία. Θρομβοκυτοπενία. Κνίδωση. Αναφυλαξία. Κνησμός. Μια παροδική αύξηση των τρανσαμινασών. Επειδή το φάρμακο περιέχει Sodium Metabisulfite, υπάρχει η πιθανότητα αναφυλακτικής αντίδρασης και βρογχόσπασμου σε άτομα με ευαισθησία στα θειώδη. **Ιδιαίτερες προφυλάξεις για την διατήρηση του προϊόντος:** Να διατηρείται σε θερμοκρασία δωματίου. **Οδηγίες χρήσεως:** Καμία. **Συσκευασία:** Προφύλαξη: 1. Κουτί με δύο συριγγοφύσιγγες των 3.500 Anti-Xa IU/0.35ml. 2. Κουτί με δύο συριγγοφύσιγγες των 4.500 Anti-Xa IU/0.45ml. 3. Κουτί των 10 φιαλιδίων των 20.000 Anti-Xa IU/2ml. Θεραπεία: 1. Κουτί με δύο συριγγοφύσιγγες των 10.000 Anti-Xa IU/0.5ml. 2. Κουτί με δύο συριγγοφύσιγγες των 14.000 Anti-Xa IU/0.7ml. 3. Κουτί με δύο συριγγοφύσιγγες των 18.000 Anti-Xa IU/0.9ml. 4. Φιαλίδιο των 40.000 Anti-Xa IU/2ml. **Επωνυμία, δικαιούχος σήματος:** ΛΕΟ Φαρμακευτικά Προϊόντα Ελλάς ΕΠΕ Μενεξέδων 10, 145 64 Κηφισιά. Τηλέφωνο Κέντρου Δηλητηριάσεων: 2107793777.



αξία
ζωής*

*Μελέτες αποδεικνύουν ότι το innohep® (tinzaparin sodium) προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα στην Προφύλαξη και Θεραπεία της Φλεβικής Θρόμβωσης:

- Χορήγηση **ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ**
- Ασφαλέστερο από την Αντι-Βιταμίνη Κ στη Μακροχρόνια Θεραπεία της Φλεβικής Θρόμβωσης¹.
- Αποτελεσματικότερο από την Αντι-Βιταμίνη Κ στη Μακροχρόνια Θεραπεία της Φλεβικής Θρόμβωσης στους Ογκολογικούς ασθενείς².
- Χαμηλότερη συχνότητα Μεταφλεβιτιδικού Συνδρόμου σε σχέση με την Αντι-Βιταμίνη Κ³.

Βιβλιογραφία

1. Hull R.D., et al. Am J Med 2007; 120: 72-82, 2. Hull R.D., et al. Am J Med 2006; 119:1062-1072, 3. Hull R.D., et al. Am J Med 2009; 122:762-769



LEO Pharmaceutical Products Hellas Ltd.

Μενεξέδων 10, 145 64 - Κηφισιά, Τηλ. 210 6834322, fax. 210 6834342

Γραφείο Βορείου Ελλάδος: Υμηττού 5, 544 53 - Θεσσαλονίκη, Τηλ. 2310 989221, Fax. 2310 989236, <http://www.leo.gr>

innohep®
tinzaparin sodium



HELLENIC VASCULAR SURGERY
Quarterly Edition of the Hellenic Society of Vascular Surgery
ISSUE 28 • APRIL - MAY - JUNE 2012

CONTENTS p.

Editorial.....

CASE REPORTS

Case report-interesting case of pseudoaneurysm formation of tibioperoneal trunk following a tibial fracture

Voulalas G, Pirgakis K, Giannakakis S, Kastrisios G, Siskos D, Papacharalambous G,
Maltezos Ch.....45

Conservative management of symptomatic, spontaneous, isolated dissection of the superior mesenteric artery

Kakisis J, Giannakopoulos T, Antonopoulos K, Kallinis A, Vassilopoulos J, Moulakakis K, Sfyroeras G,
Dalainas I, Liapis Ch.....49

Iliac-caval fistula. Report of a case and review of the literature

Louizos A, Sfyroeras G, Kakisis J, Giannakopoulos T, Antonopoulos C, Kallinis A,
Vassilopoulos J, Moulakakis K, Dalainas I, Liapis Ch.....53

REVIEW

Conversion to open repair after endografting for abdominal aortic aneurysm. Review of the literature

Moulakakis K, Mylonas S, Giannakopoulos T, Antonopoulos C, Sfyroeras G, Papapetrou A, Markatis F,
Gekas Ch, Dalainas I, Kakisis J, Liapis Ch59

Do the patients necessities constitute the centre of doctors concern?

Georgopoulos D-S. G 69

NEXT CONGRESSES 76

Οδηγίες προς τους συγγραφείς

Το περιοδικό «Ελληνική Αγγειοχειρουργική» δημοσιεύει πρωτότυπα άρθρα, άρθρα σύνταξης, ανασκοπήσεις, ενδιαφέρουσες περιπτώσεις, πειραματικές - ερευνητικές μελέτες, γράμματα προς τη σύνταξη, ερωτήσεις και απαντήσεις. Τα άρθρα αυτά σε όλες τους τις μορφές θα υποβάλλονται σε κρίση από τη συντακτική επιτροπή του περιοδικού προκειμένου να γίνουν αποδεκτά.

Είναι ευνόητο ότι τα άρθρα που υποβάλλονται για δημοσίευση δεν πρέπει να έχουν ήδη δημοσιευθεί σε άλλο περιοδικό ούτε και να εκκρεμεί κρίση τους για μελλοντική δημοσίευση σε άλλο περιοδικό. Οι εργασίες που υποβάλλονται κρίνονται ανώνυμα. Εάν οι κριτές των εργασιών κρίνουν σκόπιμη τη διόρθωση σε κάποια σημεία, τα κείμενα επιστρέφουν στον αποστολέα - συγγραφέα, μαζί με τις προτεινόμενες τροποποιήσεις. Μετά τη διενέργεια των απαραίτητων διορθώσεων τα κείμενα επιστρέφουν στο διευθυντή σύνταξης.

Μετά την αποδοχή της εργασίας από το περιοδικό για δημοσίευση, όλα τα δικαιώματα εκχωρούνται στους εκδότες σύμφωνα με το νόμο.

Δομή του υλικού που αποστέλλεται

1η σελίδα: Σελίδα τίτλου.

Θα πρέπει να εμπεριέχει

- Τον τίτλο του άρθρου.
- Τα ονόματα των συγγραφέων, την ιδιότητά τους και τις κλινικές ή τα εργαστήρια από όπου προέρχονται.
- Το όνομα, τη διεύθυνση, τηλέφωνο (σταθερό και κινητό), fax και e-mail του συγγραφέα αλληλογραφίας.
- Να αναφέρεται η κατηγορία για την οποία προορίζεται η δημοσίευση (πρωτότυπο άρθρο, ανασκόπηση, ενδιαφέρουσα περίπτωση, τεχνική ή μάθημα τεύχους).

2η και 3η σελίδα: Περίληψη.

Θα πρέπει να υπάρχει μία στα ελληνικά και μία στα αγγλικά.

Θα πρέπει δε να περιλαμβάνει τις ακόλουθες ενότητες:

- Σκοπός και σχεδιασμός
- Υλικό και μέθοδος
- Αποτελέσματα
- Συμπέρασμα
- 3-6 λέξεις κλειδιά

Υπόλοιπες σελίδες: Το κυρίως κείμενο της υποψήφιας δημοσίευσης, με ξεχωριστές διακριτές μεταξύ τους ενότητες με τα εξής μέρη:

- Εισαγωγή
- Υλικό - Μέθοδος
- Αποτελέσματα
- Συζήτηση
- Βιβλιογραφία

Έκταση του άρθρου

Τα άρθρα θα πρέπει να είναι σύντομα κατά το δυνατόν.

Εκτενή άρθρα για λόγους οικονομίας του περιοδικού θα συντομεύονται σε συνεργασία με το συγγραφέα αλληλογραφίας, με στόχο να μην ξεπερνούν τις 10-12 σελίδες (μαζί με τους πίνακες και τις εικόνες ή φωτογραφίες). Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις δεν θα πρέπει να καταλαμβάνουν πάνω από 2-3 σελίδες (μαζί με δύο φωτογραφίες).

Διαμόρφωση κειμένου

Στην εργασία που αποστέλλεται θα αναγράφονται:

- Ο τίτλος και ο συγγραφέας αλληλογραφίας
- Το λειτουργικό σύστημα (Windows, Macintosh)
- Πρόγραμμα, γραμματοσειρά, μέγεθος γραμμάτων (συνιστάται Word, Times New Roman, 12)

Συνιστάται η συνεχής γραφή με διαχωρισμό μόνο στις παραγράφους και δακτυλογράφηση σε 1½ διάστημα με περίπου 30 γραμμές ανά σελίδα.

Στο τέλος του κειμένου θα πρέπει να υποβάλλονται χωριστά οι πίνακες, οι εικόνες ή οι φωτογραφίες, η βιβλιογραφία και οι λεζάντες.

- Εικόνες: Θα πρέπει να έχουν τις εξής μορφές: ασπρόμαυρα σχεδιαγράμματα, ματ φωτογραφίες, απεικονιστικές εξετάσεις (π.χ. DSA, CT κ.ά.). Τα ονόματα των συγγραφέων και ο αύξων αριθμός θα πρέπει να αναγράφονται στο πίσω μέρος. Εάν γίνεται χρήση εικόνων ή φωτογραφιών ήδη δημοσιευμένων θα πρέπει να εξασφαλίζεται η άδεια για τη χρησιμοποίησή τους με ευθύνη των συγγραφέων και θα πρέπει να αναφέρεται η πηγή τους με σαφήνεια. Στο κείμενο θα πρέπει να αναφέρεται η ακριβής θέση των εικόνων.

- Λεζάντες φωτογραφιών σε ξεχωριστή σελίδα (με αριθμηση και πλήρη αντιστοιχία κειμένου με τις φωτογραφίες με αντίστοιχη αναφορά).

- Πίνακες. Είναι αριθμημένοι και συνοδεύονται με τις λεζάντες τους.

- Βιβλιογραφία (κατά Vancouver style). Οι βιβλιογραφικές αναφορές δεν θα πρέπει κατά το δυνατόν να ξεπερνούν τις 20. Οι παραπομπές θα πρέπει να αναγράφονται στο κείμενο με αύξουσα σειρά και με νούμερο-εκθέτη.

Υποβολή Εργασιών

Η υποβολή των εργασιών θα γίνεται ηλεκτρονικά στη διεύθυνση της εταιρείας: aggeio_1@otenet.gr.



Σημείωμα της Σύνταξης

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Το 2^ο τεύχος του 2012 του περιοδικού της Ελληνικής Αγγειοχειρουργικής εκδίδεται με σημαντική καθυστέρηση λόγω έλλειψης της απαιτούμενης ύλης εντός των προβλεπόμενων προθεσμιών. Η συνέχιση της έκδοσής του εναπόκειται στο ενδιαφέρον και την υποστήριξη όλων των Ελλήνων αγγειοχειρουργών. Η δημοσίευση εργασιών στο περιοδικό της Ελληνικής Αγγειοχειρουργικής αποτελεί μία εξαιρετική ευκαιρία προβολής του έργου της κάθε αγγειοχειρουργικής κλινικής αλλά και του κάθε μεμονωμένου αγγειοχειρουργού, ενώ ταυτόχρονα δίνει τη δυνατότητα βελτίωσης του βιογραφικού όλων όσων ενδιαφέρονται για την κατάληψη μιας θέσης είτε στο Πανεπιστήμιο είτε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας ή για την εξέλιξή τους εντός αυτών.

Στο παρόν τεύχος του περιοδικού περιλαμβάνονται τα ακόλουθα άρθρα:

1. Μία παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης ψευδούς ανευρύσματος του κνημοπερονιαίου αρτηριακού στελέχους μετά από κάταγμα κνήμης, το οποίο αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Η παρουσίαση προέρχεται από την Αγγειοχειρουργική Κλινική του ΚΑΤ.
2. Μία παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης αυτόματου διαχωρισμού της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, ο οποίος αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με άριστα αποτελέσματα. Η παρουσίαση προέρχεται από την Αγγειοχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών.
3. Μία παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης λαγονοκοιλιακής επικοινωνίας, η οποία αντιμετωπίστηκε με ανοικτή χειρουργική επέμβαση. Η παρουσίαση προέρχεται από την Αγγειοχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών.
4. Ένα άρθρο ανασκόπησης σχετικά με τη μετατροπή σε ανοικτή επέμβαση μετά από ενδαγγειακή αντιμετώπιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Το άρθρο περιλαμβάνει ενδιαφέρουσες «τεχνικές και τεχνάσματα» που μπορεί να χρησιμεύσουν σε μία τέτοια περίπτωση και προέρχεται από την Αγγειοχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών.
5. Ένα ενδιαφέρον άρθρο του κ. Δ. Σ. Γεωργόπουλου σχετικά με το κατά πόσο αποτελεί το συμφέρον του ασθενή σήμερα το κέντρο του ενδιαφέροντός μας.

Στο παρόν τεύχος περιλαμβάνεται, επίσης, μία παρουσίαση του νέου βιβλίου του κ. Δ. Σ. Γεωργόπουλου με τίτλο «Εγώ θα διορθώσω το Ρωμείο;», το οποίο αναμένεται να κυκλοφορήσει σύντομα.

Με εκτίμηση,
Για τη Συντακτική Επιτροπή,
Καθηγητής Χρήστος Λιάπης
Καθηγητής Δημήτρης Παπαδημητρίου

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ενδιαφέρουσα περίπτωση ψευδοανευρύσματος κνημοπερονιαίου αρτηριακού στελέχους μετά από κάταγμα κνήμης

Γ. Βουλαλάς, Κ. Πυργάκης, Σ. Γιαννακάκης, Γ. Καστρήσιος, Δ. Σίσκος, Γ. Παπαχαλαράμπος, Χρ. Μαλτέζος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη μιας σπάνιας περίπτωσης ψευδοανευρύσματος κνημοπερονιαίου αρτηριακού στελέχους μετά από κάταγμα κνήμης, που αντιμετωπίστηκε με εξωτερική οστεοσύνθεση. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας 31 ετών προσήλθε στα επείγοντα περιστατικά, αιτιώμενος αυξανόμενο οίδημα και άλγος δεξιάς γαστροκνημίας. Προ 16 μηνών αντιμετωπίστηκε με εξωτερική οστεοσύνθεση για κάταγμα κνήμης σύστοιχα. Διενεργήθηκε έγχρωμο Duplex, το οποίο κατέδειξε ευμέγεθες ψευδοανεύρυσμα στη μεσότητα της κνήμης, διαστάσεων 10,1X6.9cm, χωρίς παρουσία θρόμβου. Μετά τη διενέργεια ψηφιακής αγγειογραφίας κάτω άκρων, ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου διενεργήθηκε παρασκευή του ανευρύσματος, εκτομή αυτού και απολίνωση του κνημοπερονιαίου στελέχους. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής μετεγχειρητικά διατήρησε ψηλαφητές σφύξεις στην ραχιαία του ποδός αρτηρία. Ακολούθησε μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε την 5η μετεγχειρητική ημέρα. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι αγγειακές κακώσεις μετά από τραύμα δεν είναι συχνές, ωστόσο χρήζουν άμεσης διάγνωσης, γιατί μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και σε άμεση απώλεια του σκέλους και είναι απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς. Η δημιουργία ψευδούς ανευρύσματος δεν σχετίζεται συχνά με διαλείπουσα χωλότητα εκτός κι αν αυτό διαταθεί, ώστε να ασκεί πιεστικά φαινόμενα στους παρακείμενους ιστούς προκαλώντας άλγος, παραισθησίες και τελικά παράλυση ή να παρουσιάζεται με συμπτώματα ρήξης. Επιπρόσθετα, άμεση θα πρέπει να είναι και η αντιμετώπισή του είτε με ενδαγγειακή είτε με ανοικτή χειρουργική προσπέλαση.

Λέξεις κλειδιά: ψευδοανεύρυσμα, κνημοπερονιαίο αρτηριακό στέλεχος, κάταγμα κνήμης, οστεοσύνθεση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κάκωση των αρτηριών των κάτω άκρων μετά από τραυματισμό αποτελεί μια κλινική πρόκληση για τον αγγειοχειρουργό, επιβάλλει άμεση και ιδιαίτερη διαγνωστική προσέγγιση και αντιμετώπιση, ακόμη και σε κέντρα αναφοράς, όπου η εμπειρία σε τραυματικές κακώσεις είναι μεγάλη. Βιβλιογραφικά, υπάρχουν αναφορές για δημιουργία ψευδών ανευρυσμάτων τόσο της πρόσθιας κι οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας, όσο και σε μικρότερες αρτηρίες, όπως του κνημοπερονιαίου αρτηριακού στελέχους και των επιγονατιδικών αρτηριών. Ωστόσο η συχνότητά τους είναι πολύ μικρή, με μόλις 24 αναφορές ψευδών ανευρυσμάτων της οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας και ακόμη λιγότερες για ψευδή ανευρύσματα του κνημοπερονιαίου αρτηριακού στελέχους¹. Οι πιο συχνές αρτηριακές κακώσεις των κάτω άκρων αφορούν στην ιγνυακή αρτηρία, την επιπολής μηριαία αρτηρία και την πρόσθια κνημιαία αρτηρία². Η χρονική διάρκεια από τη στιγμή της κάκωσης μέχρι την διάγνωση του ψευδούς ανευρύσματος κυμαίνεται από κάποιες ώρες μέχρι και έτη κι εξαρτάται από την εντόπιση και τον βαθμό των συμπτωμάτων³.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ανδρας ασθενής, 31 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, καπνιστής προσήλθε στα επείγοντα περιστατικά αιτιώμενος αυξανόμενο οίδημα και άλγος δεξιάς γαστροκνημίας. Προ 16 μηνών αντιμετωπίστηκε για κάταγμα δεξιάς κνήμης με εξωτερική οστεοσύνθεση, καθώς επίσης και με ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση κατάγματος στην κατά γόναυ άρθρωση σύστοιχα. Ο ασθενής ανέφερε την από 4μήνου σταδιακή επώδυνη διόγκωση της δεξιάς γαστροκνημίας, εξαιτίας της οποίας ελάμβανε συστηματικά αναλγητικά τις τελευταίες 20 ημέρες. Κλινικά παρουσίαζε σφύζουσα, ευμεγέθη μάζα στην δεξιά γαστροκνημία, ψηλαφητή την ραχιαία του ποδός αρτηρία, ενώ σε έλεγχο περιφερικών ροών με φορητό Doppler παρουσίαζε μονοφασικές ροές της οπίσθιας κνημιαίας και περονιαίας αρτηρίας. Διενεργήθηκε έγχρωμο Duplex, το οποίο κατέδειξε ευμέγεθες ψευδοανεύρυσμα στη μεσότητα της κνήμης, διαστάσεων 10,1X6.9cm, χωρίς παρουσία θρόμβου. Αποφασίζεται η διενέργεια ψηφιακής αγγειογραφίας κάτω άκρων, η οποία επιβεβαίωσε την παρουσία του ψευδούς ανευρύσματος στο



Εικόνα 1: Προεγχειρητική ψηφιακή αγγειογραφία.

κνημοπερονιαίο αρτηριακό στέλεχος με μοναδικό αγγείο απορροής την πρόσθια κνημιαία αρτηρία, ενώ η οπίσθια κνημιαία και η περονιαία αρτηρία καταδεικνύονται αποφραγμένες (Εικόνα 1). Μετά τη διενέργεια της ψηφιακής αγγειογραφίας ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

Ο ασθενής, υπό γενική αναισθησία, υποβλήθηκε σε παρασκευή της ιγνυακής αρτηρίας και του κνημοπερονιαίου αρτηριακού στελέχους, όπου ανευρέθηκε το ευμέγεθες ψευδές ανεύρυσμα, το οποίο εκκενώθηκε για να αρθούν τα πιεστικά φαινόμενα (Εικόνα 2). Εν συνεχεία, απολινώθηκε



Εικόνα 2: Εκτομή του ανευρύσματος.



Εικόνα 3: Μετά την εκτομή του ανευρύσματος. Φαίνεται η απολίνωση του κνημοπερονιαίου στελέχους κεντρικά.

το κνημοπερονιαίο στέλεχος κεντρικά και περιφερικά (Εικόνα 3).

Ο ασθενής μετεγχειρητικά διατήρησε ψηλαφητές σφύξεις στην ραχιαία του ποδός αρτηρία, κινητοποιήθηκε την 2η μετεγχειρητική ημέρα, ακολούθησε μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία χωρίς επιπλοκές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, ενώ εξήλθε την 5η μετεγχειρητική ημέρα με συστηματική αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και σύσταση για διακοπή του καπνίσματος. Στο πρώτο follow up, το οποίο διενεργήθηκε τον 1ο μήνα, η CT αγγειογραφία δεν κατέδειξε εκ νέου επανασχηματισμό του ψευδοανευρύσματος.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι αγγειακές κακώσεις μετά από τραύμα δεν είναι συχνές, ωστόσο χρήζουν άμεσης διάγνωσης, γιατί μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και σε απώλεια του σκέλους και είναι απειλητικές για την ζωή του ασθενούς. Η δημιουργία ψευδούς ανευρύσματος δεν σχετίζεται συχνά με διαλείπουσα χωλότητα εκτός κι αν αυτό διαταθεί, ώστε να ασκεί πιεστικά φαινόμενα στους παρακείμενους ιστούς προκαλώντας άλγος, παραισθησίες και τελικά παράλυση ή να παρουσιάζεται με συμπτώματα ρήξης. Βιβλιογραφικά, υπάρχουν αναφορές για δημιουργία

ψευδών ανευρυσμάτων τόσο της πρόσθιας κι οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας, όσο και σε μικρότερες αρτηρίες, όπως του κνημοπερονιαίου αρτηριακού στελέχους και των επιγονατιδικών αρτηριών, ωστόσο η συχνότητά τους είναι πολύ μικρή.

Θεραπευτικά, τα ψευδή ανευρύσματα μπορούν να αντιμετωπιστούν είτε με ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση, με εκτομή αυτών και αποκατάσταση της αρτηριακής συνέχειας με ή χωρίς παρεμβολή φλεβικού μοσχεύματος κατά προτίμηση λόγω του αυξημένου κινδύνου λοιμώξεων είτε με ενδαγγειακή αποκατάσταση, η οποία περιλαμβάνει την τοποθέτηση επενδυμένων μεταλλικών ενδοαρτηρίων, την θρόμβωση αυτών με υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη έγχυση θρομβίνης ή τον εμβολισμό αυτών με σπειράματα. Το 1991, ο Fellmeth et al ανέφερε τα πλεονεκτήματα της άσκησης πίεσης στο ψευδές ανεύρυσμα με τον ηχοβολέα των υπερήχων, αλλά με φτωχά αποτελέσματα σε ασθενείς με ψευδή ανευρύσματα με μέγεθος $>3-4\text{cm}^4$. Η υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη έγχυση θρομβίνης αρχικά περιγράφηκε από τους Core και Zeit το 1986⁵, η οποία ακολουθήθηκε από επιπλοκές που είτε οφείλονταν σε εξαγγείωση της θρομβίνης είτε σε περιφερικά εμβολικά επεισόδια.

Το 1994, ο Marks et al δημοσίευσε 2 περιπτώσεις ψευδών ανευρυσμάτων, τα οποία αντιμε-

τωπίστηκαν επιτυχώς με τοποθέτηση μεταλλικών ενδοαρτηρίων⁶. Το 1998, ο May et al ανέφερε 6 περιπτώσεις ψευδών ανευρυσμάτων σε διάφορα σημεία του σώματος (κανένα ωστόσο στα κάτω άκρα), τα οποία αντιμετώπιστηκαν ενδαγγειακά με καλά αποτελέσματα⁷.

Στη δική μας περίπτωση αποφασίστηκε η ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση για τους παρακάτω λόγους: 1) το μέγεθος του ανευρύσματος και η εμφάνιση πιεστικών συμπτωμάτων σε παρακείμενες δομές καθιστούσαν επιτακτική την παροχέτευση και αποσυμφόρηση αυτού, 2) ο ασθενής ήταν νέος και τα ως τώρα αποτελέσματα της ενδαγγειακής αποκατάστασης είναι μέτρια και 3) το νεαρό της ηλικίας του επέτρεπε την ανοικτή αποκατάσταση.

Σίγουρα η θεραπευτική επιλογή αντιμετώπισης των ψευδών ανευρυσμάτων σε μικρούς περιφερικούς αρτηριακούς κλάδους θα πρέπει να εξατομικεύεται και να εξαρτάται και από την εμπειρία του εκάστοτε θεράποντα. Επίσης, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η επιθυμία του ίδιου του ασθενούς.

ABSTRACT

Case report-interesting case of pseudoaneurysm formation of tibioperoneal trunk following a tibial fracture

Voulalas G, Pirgakis K, Giannakakis S, Kastrisios G, Siskos D, Papacharalambous G, Maltezos Ch.

Vascular Surgery Clinic, General Hospital of Athens "KAT", Greece

AIM: *The presentation of a rare case of a pseudoaneurysm formation at the tibioperoneal arterial trunk following a tibial fracture that was stabilized by external osteosynthesis.*

MATERIAL-METHOD: *A 31 year-old male patient was admitted to the emergency department with growing edema and pain of the right gastrocnemius. 16 months ago, he was treated with an external osteosynthesis for a tibial fracture at the same limb. A colored Duplex scan was performed, which revealed a large pseudoaneurysm 10,1x6.9 cm in size at the middle third of the tibia, without the presence of thrombus. A digital subtraction angiography was performed and the patient was transferred to the operation theater, where dissection of the aneurysm and ligation of the*

tibioperoneal trunk was performed.

RESULTS: *Postoperatively, the patient preserved pulse at the dorsalis pedis artery. An uneventful postoperative period elapsed and the patient was discharged on the 5th postoperative period.*

CONCLUSION: *Vascular injuries after trauma are not so often; however, they demand early diagnosis since they can result in limb loss and they are life threatening. The pseudoaneurysm formation doesn't usually cause intermittent claudication; only when it enlarges to compress adjacent anatomic structures, provoking pain, paraesthesias and eventually paralysis or when it presents with symptoms of rupture. In addition, the treatment should be imminent either with endovascular or surgical approach.*

Key words: *pseudoaneurysm, tibioperoneal arterial trunk, tibial fracture, osteosynthesis.*

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Γ. Βουλαλάς

Ειδικευόμενος Αγγειοχειρουργικής

Αγγειοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α. «Κ.Α.Τ.»

Τηλ: 2132086243

E mail: grigoriosvoulalas@yahoo.com

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Domingos de Moraes Filho, Ramzi Abdallah El Hosni Jr., Carlos Alberto Morselli Diniz, et al. Pseudoaneurysm of the posterior tibial artery after external fixation for leg fracture: case report and review of the literature. *J Vasc Bras* 2007; 6(2).
2. Conor D Marron, Damian McKay, Ruth Johnston, et al. Pseudoaneurysm of the anterior tibial artery, a rare cause of ankle swelling following a sports injury. *BMC Emergency Medicine* 2005; 5:9.
3. Alexandre Ladermann, Richard Stern, Vincent Bettschart, et al. Delayed posttraumatic pseudoaneurysm of the anterior tibial artery mimicking a malignant tumor. *Orthopedics* 2008; 31(5):500.
4. Fellmeth BD, Roberts AC, Bookstein JJ, et al. Postangiographic femoral artery injuries: non surgical repair with US-guided compression. *Radiology* 1991; 178:671-675.
5. Cope C, Zeit R. Coagulation of aneurysms by direct percutaneous thrombin injection. *AJR Am J Roentgenol* 1986; 147:383-387.
6. Marks MP, Drake MD, Steinberg GK, et al. Stent placement for arterial and venous Cerebrovascular disease: preliminary experience. *Radiology* 1994; 191:441-444.
7. May J, White GH, Yu W, et al. Endoluminal repair: a better option for the treatment of complex false aneurysms. *Aust NZL Surg.* 1998; 68:29-34.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Συντηρητική αντιμετώπιση αυτόματου διαχωρισμού της άνω μεσεντερίου αρτηρίας

Ι. Κακίσης, Τ. Γιαννακόπουλος, Κ. Αντωνόπουλος, Α. Καλλίνης, Ι. Βασιλόπουλος, Κ. Μουλακάκης, Γ. Σφυρόερας, Η. Δαλαΐνας, Χ. Λιάπης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο αυτόματος, μεμονωμένος διαχωρισμός της άνω μεσεντερίου αρτηρίας είναι σπάνιος και, ως εκ τούτου, οι περισσότεροι αγγειοχειρουργοί δεν είναι εξοικειωμένοι με την αντιμετώπισή του. Παρουσιάζουμε την περίπτωση άρρενος ασθενούς, ηλικίας 47 ετών, ο οποίος εισήχθη στο Νοσοκομείο μας λόγω κοιλιάγχης. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική αρτηριογραφία κοιλιακής αορτής, η οποία ανέδειξε διαχωρισμό της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Λόγω της σταδιακής ύφεσης της συμπτωματολογίας του ασθενή, επιλέχθηκε η συντηρητική αντιμετώπιση με αντιπηκτικά για την πρόληψη της θρόμβωσης του αληθούς αυλού και παρακολούθηση. Δώδεκα μήνες μετά τη διάγνωση του διαχωρισμού της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, ο ασθενής είναι τελείως ασυμπτωματικός και σε άριστη γενική κατάσταση.

Λέξεις κλειδιά: διαχωρισμός, άνω μεσεντέριος αρτηρία, συντηρητική αντιμετώπιση, μεσεντέριος ισχαιμία, κοιλιακό άλγος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

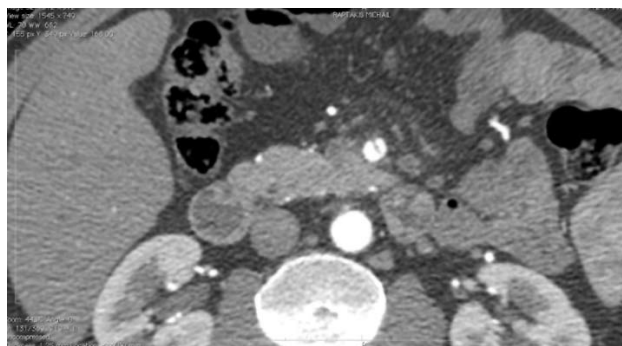
Ο αυτόματος, μεμονωμένος διαχωρισμός της άνω μεσεντερίου αρτηρίας είναι σπάνιος, με μία πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, που δημοσιεύτηκε το 2011, να εντοπίζει μόλις 106 περιπτώσεις στο MEDLINE¹. Σκοπός του άρθρου αποτελεί η παρουσίαση περίπτωσης αυτόματου, μεμονωμένου διαχωρισμού της άνω μεσεντερίου αρτηρίας που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με έμφαση στις θεραπευτικές επιλογές.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Άνδρας ηλικίας 47 ετών, καπνιστής, εισήχθη στο Νοσοκομείο μας λόγω κοιλιάγχης. Η κοιλιάγχη είχε αιφνίδια έναρξη προ 20ημέρου, συνοδευόταν

από εμέτους, είχε όμως προοδευτικά βελτιωθεί σημαντικά. Η κλινική εξέταση ήταν αρνητική για παθολογικά ευρήματα, όπως και η απλή ακτινογραφία κοιλίας και το υπερηχογράφημα ήπατος, χοληφόρων και παγκρέατος. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική αρτηριογραφία κοιλιακής αορτής, η οποία ανέδειξε διαχωρισμό της άνω μεσεντερίου αρτηρίας που άρχιζε 1cm περίπου μετά την έκφυσή της και επεκτεινόταν σε μήκος 7cm (Εικόνες 1, 2 και 3). Η αιματολογική και βιοχημική εργαστηριακή διερεύνηση ήταν αρνητική για παθολογικά ευρήματα, με φυσιολογικό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων και επιπέδων γαλακτικού οξέος.

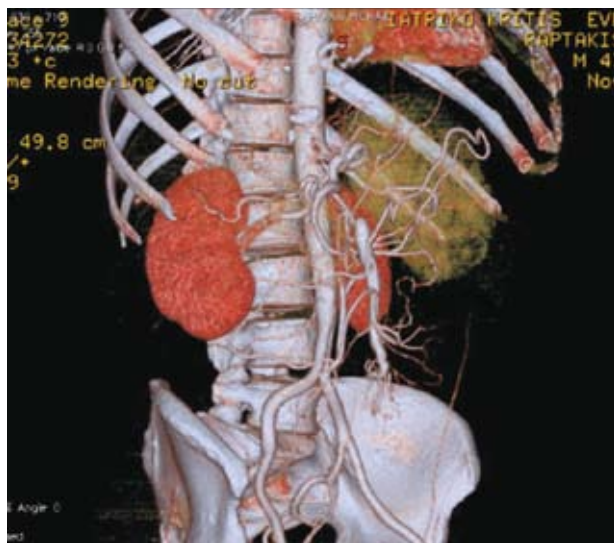
Λόγω της ήδη αναφερόμενης σταδιακής ύφεσης της συμπτωματολογίας του ασθενή, επιλέχθηκε η



Εικόνα 1. Αξονική αρτηριογραφία κοιλιακής αορτής και κλάδων αναδεικνύει την ύπαρξη διαχωρισμού της άνω μεσεντερίου αρτηρίας.



Εικόνα 2. Αξονική αρτηριογραφία κοιλιακής αορτής και κλάδων, σε οβελιαία ανασύσταση, αναδεικνύει την ύπαρξη διαχωρισμού της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, ο οποίος αρχίζει 1cm περίπου μετά την έκφυσή της και επεκτείνεται σε μήκος 7cm.



Εικόνα 3. Αξονική αρτηριογραφία κοιλιακής αορτής και κλάδων, με ανασύσταση εικόνας σε 3 διαστάσεις, αναδεικνύει το διαχωρισμό της άνω μεσεντερίου αρτηρίας.

συντηρητική αντιμετώπιση με αντιπηκτικά για την πρόληψη της θρόμβωσης του αληθούς αυλού και παρακολούθηση. Ο ασθενής έλαβε αρχικά ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε θεραπευτική δόση και στη συνέχεια ασενοκουμαρόλη και εξήλθε του νοσοκομείου μετά από μία εβδομάδα, τελείως ασυμπτωματικός και σιτιζόμενος κανονικά. Έξι μήνες μετά την έναρξή της, διεκόπη η αντιπηκτική αγωγή και ο ασθενής έκτοτε λαμβάνει αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με κλοπιδογρέλη. Δώδεκα μήνες μετά τη διάγνωση του διαχωρισμού της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός και σε άριστη γενική κατάσταση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο μεμονωμένος, αυτόματος διαχωρισμός της άνω μεσεντερίου αρτηρίας χωρίς διαχωρισμό της αορτής είναι εξαιρετικά σπάνιος, αν και τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των ασθενών που διαγιγνώσκονται με διαχωρισμό της άνω μεσεντερίου αρτηρίας αυξάνεται λόγω της αυξημένης χρήσης της CT στη διάγνωση του κοιλιακού άλγους. Η αιτιολογία του διαχωρισμού της άνω μεσεντερίου αρτηρίας είναι άγνωστη, αν και έχουν ενοχοποιηθεί ιατρογενή ή αμβλέα τραύματα, η υπέρταση, η κυστική νέκρωση του μέσου χιτώνα, η ινομυϊκή δυσπλασία, η αθηροσκλήρωση και η απόφραξη της κοιλιακής αρτηρίας που οδηγεί σε αντιρροπιστική αύξηση

της ροής στην άνω μεσεντερία αρτηρία^{2,3}.

Ο διαχωρισμός της άνω μεσεντερίου αρτηρίας εκδηλώνεται με κοιλιακό άλγος το οποίο, αν δεν υπάρχει εντερική ισχαιμία, υφίσταται μετά από 24-48 ώρες. Σε περιπτώσεις εντερικής ισχαιμίας, το άλγος είναι εντονότερο και διαρκεί περισσότερο. Οι Yun και συν. διαπίστωσαν συσχέτιση ανάμεσα στην ένταση του κοιλιακού άλγους και το μήκος του διαχωρισμού, με το μέσο μήκος στους συμπτωματικούς ασθενείς να είναι 64mm έναντι 35mm στους ασυμπτωματικούς ασθενείς, όπου ο διαχωρισμός αποτελούσε τυχαίο εύρημα⁴.

Διαγνωστική μέθοδος εκλογής είναι η αξονική αγγειογραφία, η οποία, εκτός από την ανάδειξη του διαχωρισμού, δίνει πληροφορίες και για τη βιωσιμότητα του εντέρου.

Οι θεραπευτικές επιλογές είναι τέσσερις^{2,5-7}:

- παρακολούθηση, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει εντερική ισχαιμία, όπως π.χ. στους ασθενείς στους οποίους ο διαχωρισμός της άνω μεσεντερίου αρτηρίας αποτελεί τυχαίο εύρημα,
- συντηρητική αντιμετώπιση με αντιπηκτική αγωγή, με σκοπό την πρόληψη της θρόμβωσης του στενωμένου αληθούς αυλού και με προτεινόμενη διάρκεια τουλάχιστον 6 μήνες ή μέχρι την πλήρη επούλωση του διαχωρισμού^{8,9}. Θα πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με την αναγκαιότητα της αντιπηκτικής αγωγής, με ορισμένους συγγραφείς να μην διαπιστώνουν διαφορά στην κλινική έκβαση ανάμεσα στους ασθενείς που έλαβαν αντιπηκτική ή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και σε εκείνους που δεν έλαβαν^{4,6,7},
- χειρουργική θεραπεία, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει θρομβεκτομή, ενδοανευρυσμογραφία, αφαίρεση του ενδοθηλιακού κρημνού, αγγειοπλαστική με εμβάλωμα ή παράκαμψη. Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί μέθοδο εκλογής σε περιπτώσεις ρήξης της άνω μεσεντερίου αρτηρίας ή εντερικής νέκρωσης¹⁰,
- ενδαγγειακή θεραπεία, η οποία έχει αντικαταστήσει σχεδόν πλήρως τη χειρουργική θεραπεία και συνίσταται στην τοποθέτηση ενός αυτοεκπτυσσόμενου, γυμνού ή καλυμμένου με μόσχευμα, ενδονάρθηκα^{11,12}.

Αν και η επιλογή της θεραπευτικής τακτικής βασίζεται κυρίως στην κλινική εικόνα, οι Sakamoto και συν. έχουν προτείνει μία ταξινόμηση βασισμένη στα απεικονιστικά ευρήματα, η οποία μπορεί να

υποβοηθήσει τη θεραπευτική απόφαση². Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή, ο διαχωρισμός της άνω μεσεντερίου αρτηρίας μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε: τύπο I όταν ο ψευδής αυλός είναι βατός, με ανοικτά σημεία εισόδου και επανεισόδου, τύπο II όταν ο ψευδής αυλός είναι βατός αλλά τυφλός (cul-de-sac), χωρίς σημείο επανεισόδου, τύπο III όταν ο ψευδής αυλός είναι θρομβωμένος, αλλά υπάρχουν προβολές σαν έλκη και τύπο IV όταν ο ψευδής αυλός είναι θρομβωμένος και δεν υπάρχουν προβολές σαν έλκη. Η κλινική αξία της ταξινόμησης αυτής συνίσταται στο ότι οι διαχωρισμοί τύπου IV είναι οι λιγότερο επικίνδυνοι, ακολουθούμενοι από τους διαχωρισμούς τύπου I^{2,13}. Οι διαχωρισμοί τύπου II είναι οι περισσότερο επικίνδυνοι, καθώς ο ψευδής αυλός μπορεί να αυξηθεί ταχέως σε μέγεθος και να αποφράξει τον αληθή αυλό, ενώ στους διαχωρισμούς τύπου III ο κίνδυνος προέρχεται από την πιθανή αύξηση του μεγέθους του έλκους^{2,13}. Από την άλλη πλευρά οι Park και συν, σε μία μελέτη παρακολούθησης με αξονική τομογραφία, διαπίστωσαν ότι οι διαχωρισμοί τύπου II είχαν τη μεγαλύτερη πιθανότητα πλήρους αποκατάστασης με τη συντηρητική αγωγή, προφανώς λόγω της αυξημένης πιθανότητας θρόμβωσης του ψευδούς αυλού, λόγω της απουσίας σημείου επανεισόδου⁶.

Το σημείο εισόδου του διαχωρισμού μπορεί επίσης να κατηγοριοποιηθεί σε 3 ζώνες, σύμφωνα με την ταξινόμηση των Yun και συν⁴: η ζώνη 1 εκτείνεται από το στόμιο της άνω μεσεντερίου αρτηρίας μέχρι 1cm κεντρικά της καμπής της άνω μεσεντερίου, η ζώνη 2 από 1cm κεντρικά μέχρι 1cm περιφερικά της καμπής της άνω μεσεντερίου και η ζώνη 3 από 1cm περιφερικά της καμπής της άνω μεσεντερίου και περιφερικότερα. Το σημείο εισόδου εντοπίζεται συνήθως στη ζώνη 2, γεγονός που αποδίδεται στο ότι η ζώνη αυτή αποτελεί τη μετάπτωση μεταξύ του σταθερά καθηλωμένου πίσω από το πάγκρεας πρώτου τμήματος της άνω μεσεντερίου αρτηρίας και του ευκίνητου περιφερικού τμήματός της^{4,14}.

Συμπερασματικά, η συντηρητική αντιμετώπιση του αυτόματου διαχωρισμού της άνω μεσεντερίου αρτηρίας με αντιπηκτικά και παρακολούθηση αποτελεί τη θεραπευτική μέθοδο εκλογής για ασθενείς χωρίς οξεία εντερική ισχαιμία. Η προοδευτική ύφεση της συμπτωματολογίας επιβεβαιώνει την ορθότητα της θεραπευτικής επιλογής και την απουσία ανάγκης για περαιτέρω παρέμβαση.

ABSTRACT

Conservative management of symptomatic, spontaneous, isolated dissection of the superior mesenteric artery

Kakisis J, Giannakopoulos T, Antonopoulos K, Kallinis A, Vassilopoulos J, Moulakakis K, Sfyroeras G, Dalainas I, Liapis Ch.

Department of Vascular Surgery, Athens University Medical School, "Attikon" Hospital

Spontaneous, isolated dissection of the superior mesenteric artery is rare, so that most vascular surgeons are not familiar with its management. We present a case of a 47-year-old male who was admitted to our hospital because of abdominal pain. The patient was submitted to a computed tomographic aortography which revealed dissection of the superior mesenteric artery. Because of a gradual amelioration of the patient's symptoms, conservative management was considered to be more appropriate, with anticoagulants for the prevention of thrombosis of the true lumen and close observation. Twelve months later, the patient is asymptomatic and in excellent general condition.

Key words: dissection, superior mesenteric artery, conservative management, mesenteric ischemia, abdominal pain.

Διεύθυνση επικοινωνίας:

Ιωάννης Δ. Κακίσης
Αγγειοχειρουργική Κλινική
«Αττικόν» Νοσοκομείο
Ρίμινι 1, Χαϊδάρι
12462, Αθήνα
Τηλ: 210-5831474
Fax: 210-5841486
e-mail: kakisis@med.uoa.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cho BS, Lee MS, Lee MK, Choi YJ, Kim CN, Kang YJ, Park JS, Ahn HY. Treatment guidelines for isolated dissection of the superior mesenteric artery based on follow-up CT findings. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2011 Jun; 41(6):780-5.
2. Sakamoto I, Ogawa Y, Sueyoshi E, Fukui K, Murakami T, Uetani M. Imaging appearances and management of isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery. Eur J Radiol. 2007 Oct; 64(1):103-10.
3. Tameo MN, Dougherty MJ, Calligaro KD. Spontaneous

- dissection with rupture of the superior mesenteric artery from segmental arterial mediolysis. J Vasc Surg. 2011 Apr; 53(4):1107-12.
4. Yun WS, Kim YW, Park KB, Cho SK, Do YS, Lee KB, Kim DI, Kim DK. Clinical and angiographic follow-up of spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2009 May; 37(5):572-7.
5. Carter R, O'Keeffe S, Minion DJ, Sorial EE, Endean ED, Xenos ES. Spontaneous superior mesenteric artery dissection: report of 2 patients and review of management recommendations. Vasc Endovascular Surg. 2011 Apr; 45(3):295-8.
6. Park YJ, Park KB, Kim DI, Do YS, Kim DK, Kim YW. Natural history of spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection derived from follow-up after conservative treatment. J Vasc Surg. 2011 Dec; 54(6):1727-33.
7. Min SI, Yoon KC, Min SK, Ahn SH, Jae HJ, Chung JW, Ha J, Kim SJ. Current strategy for the treatment of symptomatic spontaneous isolated dissection of superior mesenteric artery. J Vasc Surg. 2011 Aug; 54(2):461-6.
8. Cho YP, Ko GY, Kim HK, Moon KM, Kwon TW. Conservative management of symptomatic spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery. Br J Surg. 2009 Jul; 96(7):720-3.
9. Nagai T, Torishima R, Uchida A, Nakashima H, Takahashi K, Okawara H, Oga M, Suzuki K, Miyamoto S, Sato R, Murakami K, Fujioka T. Spontaneous dissection of the superior mesenteric artery in four cases treated with anticoagulation therapy. Intern Med. 2004 Jun; 43(6):473-8.
10. Katsura M, Mototake H, Takara H, Matsushima K. Management of spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery: Case report and literature review. World J Emerg Surg. 2011 May 8;6:16.
11. Chu SY, Hsu MY, Chen CM, Yeow KM, Hung CF, Su IH, Shie RF, Pan KT. Endovascular repair of spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery. Clin Radiol. 2012 Jan; 67(1):32-7.
12. Wu XM, Wang TD, Chen MF. Percutaneous endovascular treatment for isolated spontaneous superior mesenteric artery dissection: report of two cases and literature review. Catheter Cardiovasc Interv. 2009 Feb 1; 73(2):145-51.
13. Zerbib P, Perot C, Lambert M, Seblini M, Pruvot FR, Chambon JP. Management of isolated spontaneous dissection of superior mesenteric artery. Langenbecks Arch Surg. 2010 Apr; 395(4):437-43.
14. Solis MM, Ranval TJ, McFarland DR. Surgical treatment of superior mesenteric artery dissecting aneurysm and simultaneous celiac artery compression. Ann Vasc Surg. 1993; 7:457-62.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ - ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**Λαγονοκοιλική επικοινωνία. Ενδιαφέρουσα περίπτωση και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας****Α. Λουίζος, Γ. Σφυρόερας, Ι. Κακίσης, Τ. Γιαννακόπουλος, Κ. Αντωνόπουλος,
Α. Καλλίνης, Ι. Βασιλόπουλος, Κ. Μουλακάκης, Η. Δαλαΐνας, Χ. Λιάπης****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η αορτοκοιλική επικοινωνία συνοδεύει τα ραγέντα ανευρύσματα σχετικά σπάνια, ωστόσο αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση για το χειρουργικό πλάνο ασθενών που είναι ήδη αιμοδυναμικά ασταθείς. Η πρώιμη διάγνωση δεν είναι πάντα εφικτή, καθώς τα συμπτώματα δεν είναι συγκεκριμένα ή δεν υπάρχουν σε πολλές από τις περιπτώσεις. Στην εργασία αυτή, βασιζόμενοι στην περιγραφή μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης λαγονοκοιλικής επικοινωνίας σε έναν ασθενή με οπισθοπεριτοναϊκή ρήξη ανευρύσματος, συζητάμε την αορτοκοιλική επικοινωνία μαζί με μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία, ανοιχτή ή ενδονοτική.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αορτοκοιλική επικοινωνία αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα, η οποία συνοδεύει τη διάγνωση ραγέντος ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Πρωτοπεριγραφείσα το 1832 από τον Syme¹ και με πρώτη επιτυχή εγχειρητική αντιμετώπιση από τον Cooley² το 1954 και στη συνέχεια από τον De Bakey³, αποτελεί ακόμα και σήμερα χειρουργικό συμβάν-σκόπελο στην αντιμετώπιση του ραγέντος ανευρύσματος. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται μια ενδιαφέρουσα περίπτωση επείγουσας αντιμετώπισης λαγονοκοιλικής επικοινωνίας καθώς και μια σύντομη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, με σκιαγράφηση των ιδιομορφιών αυτών των περιστατικών και την κατάθεση της εμπειρίας από τη σχετική βιβλιογραφία.

Λέξεις κλειδιά: λαγονοκοιλική επικοινωνία, ρήξη ανευρύσματος, κοιλιακή αορτή.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής 74 ετών, βαρύς καπνιστής, υπέρτασικός υπό αγωγή προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με εικόνα οξείας κοιλίας. Το άλγος εντοπιζόταν στο επιγάστριο με αντανάκλαση στη δεξιά οσφυϊκή χώρα. Ο ασθενής ανέφερε σχετικό



Εικόνα 1. Αξονική αορτογραφία (αρτηριακή φάση) αναδεικνύει πρώιμη σκιαγράφηση της κάτω κοίλης φλέβας (βέλος) λόγω επικοινωνίας μεταξύ δεξιάς κοινής λαγονίου και κάτω κοίλης φλέβας.

άτυπο άλγος οσφύος από εβδομάδος. Ο ασθενής ήταν ανήσυχος κατά την εξέταση, με αρτηριακή πίεση 100/50, 113 σφύξεις, με 22 αναπνοές ανά λεπτό και υποκειμενικό αίσθημα δύσπνοιας. Ακροαστικά, διαπιστώθηκαν τριζόντες ήχοι στις πνευμονικές βάσεις άμφω. Οι εργαστηριακές εξετάσεις ανέδειξαν Hb=9,3mg/dl, WBC=8.070/dl καθώς και κρεατινίνη 1,5mg/dl. Οι σφαγίτιδες του ασθενούς ήταν αμφότερες διογκωμένες και τα σκέλη του συμμετρικά οίδηματώδη ως από φλεβική στάση. Ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα δεν υπήρχαν και η ακτινογραφία θώρακος ερμηνεύτηκε ως φυσιολογική, με ήπια αύξηση της καρδιακής σκιάς.

Ο ασθενής οδηγήθηκε στον αξονικό τομογράφο, όπου διαπιστώθηκε υπονεφρικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής μεγίστης διαμέτρου 5,5 εκ. και ανεύρυσμα δεξιάς λαγονίου μεγίστης διαμέτρου 7,6 εκ. καθώς και πρώιμη ανίχνευση σκιαγραφικής ουσίας στην κάτω κοίλη φλέβα κατά την αρτηριακή φάση της τομογραφίας (Εικόνες 1-3). Διαπιστώθηκε η επικοινωνία μεταξύ δεξιάς κοινής λαγονίου αρτηρίας και της κάτω κοίλης και αποφασίστηκε χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση του ανευρύσματος της αορτής και των λαγονίων και διακοπή της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας.

Η κεντρική φλεβική πίεση του ασθενούς πριν από τη διασωλήνωση ήταν 20cm Hg. Η αρχική απόπειρα για ενδοαυλική αντιμετώπιση κατέστη αδύνατη λόγω αδυναμίας προώθησης των συρμάτων από την αριστερή κοινή μηριαία (αποφρακτική νόσος στην αριστερή κοινή μηριαία και έξω λαγόνιο αρτηρία), οπότε και αποφασί-

στηκε η ανοιχτή αντιμετώπιση. Τοποθετήθηκε διχαλωτή πρόθεση Dacron, με τις περιφερικές αναστομώσεις στο διχασμό της κοινής λαγονίου δεξιά και στην κοινή μηριαία αριστερά, καθώς και συρραφή της επικοινωνίας μεταξύ της δεξιάς κοινής λαγονίου και της κάτω κοίλης. Για την μείωση της αιμορραγίας από το συρίγγιο ήταν απαραίτητος αιμοστατικός έλεγχος με πίεση κεντρικά και περιφερικά επί της κάτω κοίλης φλέβας. Η επικοινωνία είχε τη μορφή σχισμής κατά τον επιμήκη άξονα της δεξιάς κοινής λαγονίου αρτηρίας, μήκους 1 εκ. περίπου και συρράφτηκε με Prolene 3-0 από τα εντός του λαγονίου ανευρυσματικού σάκου. Μετά την αποκατάσταση της λαγονοκοιλιακής επικοινωνίας, η κεντρική φλεβική πίεση απότομα μειώθηκε σε 6 εκατοστά της στήλης υδραργύρου και η ανάγκη για αγγειοσυσπαστικά φάρμακα ελαττώθηκε ραγδαία. Ο ασθενής μεταφέρθηκε αποσωληνωμένος και αιμοδυναμικά σταθερός στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα συνθετικά σημεία ρήξης της ανευρυσματικής αορτής είναι ενδοπεριτοναϊκά και οπισθοπεριτοναϊκά. Λιγότερο συχνά, αλλά πιθανά σημεία ρήξης είναι το δωδεκαδάκτυλο, η τραχεία, η κάτω κοίλη καθώς και οι λαγόνιες φλέβες. Έχουν αναφερθεί, επίσης, η αριστερή νεφρική φλέβα καθώς και η άνω μεσεντέριος φλέβα⁴. Η αορτοκοιλιακή επικοινωνία είναι σπάνια και ανευρίσκεται μόνο στο 3-4% όλων των ραγέντων ανευρυσμάτων



Εικόνα 2. Αξονική αορτογραφία (αρτηριακή φάση) με ανασύσταση εικόνας σε στεφανιαίο επίπεδο αναδεικνύει την επικοινωνία μεταξύ δεξιάς κοινής λαγονίου και κάτω κοίλης φλέβας.

και σε περίπου 0,2-0,9% όλων των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής^{5,6}. Πιθανός παθογενετικός μηχανισμός είναι η αθηροσκλήρυνση της μεγεθυμένης αορτής και η φλεγμονή της περιαορτικής περιοχής η οποία οδηγεί σε συμφύσεις με την κάτω κοίλη, με επακόλουθη εξέλκωση εκ πίεσας του τοιχώματός της. Άλλα πιθανά αίτια είναι το διαπιτραίνον κοιλιακό τραύμα, ιατρογενή αίτια όπως τραύμα σε αποκατάσταση μεσοσπονδυλίου δίσκου και διαταραχές συνδετικού ιστού⁷. Συνέπεια της δημιουργίας της παραπάνω αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας υψηλής παροχής είναι η μείωση των περιφερικών αντιστάσεων και η ραγδαία αύξηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης και συνεπώς και του προφορτίου. Αναφέρεται περίπτωση με κεντρική φλεβική πίεση 45 εκατοστών στήλης υδραργύρου και χαμηλές ενδείξεις κορεσμού οξυγόνου από οξύμετρο υπερύθρων⁸. Σε περίπτωση χρονιότητας, το μυοκάρδιο υπερτρέφεται για να ανταποκριθεί στην υπερδυναμική κατάσταση, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμη καρδιακή ανεπάρκεια. Επιπλέον, η αύξηση της φλεβικής πίεσης στις νεφρικές φλέβες οδηγεί σε χαμηλή διαφορική πίεση στους νεφρώνες, που με τη σειρά της ενεργοποιεί το σύστημα ρενίνης - αγγειοτενσίνης. Αυτό το γεγονός οδηγεί σε αυξημένη έκκριση αλδοστερόνης με αποτέλεσμα αύξηση του όγκου του πλάσματος, σε μια προσπάθεια για αυξημένη πίεση διήθησης στους νεφρώνες. Οι αντιρροπιστικοί αυτοί μηχανισμοί δεν είναι αρκετοί για να αντιρροπήσουν τη χαμηλή πίεση διήθησης στους νεφρώνες, με αποτέλεσμα

την εκδήλωση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας^{9,10}.

Η διάγνωση της αορτοκοιλιακής επικοινωνίας είναι δύσκολη καθώς τα συμπτώματα δεν είναι τυπικά. Στο 50% των περιπτώσεων η κλινική εικόνα είναι οξεία, αλλά στο ιστορικό συνήθως αναφέρονται και χρόνια άτυπα συμπτώματα όπως άλγος οσφύος, ψηλαφητή σφύζουσα μάζα κοιλίας, ακρόαση φυσιόμετος στην κοιλία, δύσπνοια και καρδιακή ανεπάρκεια¹¹⁻¹⁴. Άτυπα και λιγότερο συχνά συμπτώματα οφείλονται στην τοπική φλεβική υπέρταση και περιλαμβάνουν το οίδημα σκέλους ή σκελών καθώς και πιθανή κυανή επώδυνη φλεγμονή¹⁵, αιματοουρία ή αιμορραγία από το ορθό¹⁶⁻²⁰, καθώς και παράδοση εμβολή²¹. Ψηλαφητή, σφύζουσα μάζα κοιλίας σε συνδυασμό με έντονο ροίζο κοιλίας και φύσημα δίκην ατμομηχανής θέτουν υψηλή κλινική υποψία της πάθησης και αποτελούν την κλασική διαγνωστική τριάδα, η οποία όμως είναι παρούσα μόνο στο 63% των περιπτώσεων²². Έντονη αιματοουρία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια σε συνδυασμό με κίρσοκληνη σε άνδρες πρέπει να θέτουν υψηλή κλινική υποψία για επικοινωνία της αορτής με οπισθοαορτική αριστερή νεφρική φλέβα²³.

Σε ασθενείς που είναι αιμοδυναμικά σταθεροί, παρακλινικές εξετάσεις μπορούν να θέσουν τη διάγνωση. Αέρια αίματος από κεντρική φλέβα με υψηλό κορεσμό σε οξυγόνο οδηγούν σε υποψία αορτοκοιλιακής επικοινωνίας. Το υπερηχογράφημα κοιλίας μπορεί να αναδείξει το ανεύρυσμα και, στα χέρια έμπειρου χειριστή, την αρτηριοφλεβική επικοινωνία. Κάποιοι συγγραφείς

προτείνουν, επίσης, τη χρήση ενισχυόμενου από μικροφυσαλίδες υπερήχου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου η χρήση σκιαγραφικού είναι απαγορευτική λόγω νεφρικής ανεπάρκειας²⁴.

Η αγγειογραφία θεωρείται η εξέταση εκλογής αλλά δεν είναι πάντα δυνατή, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις νεφρικής ανεπάρκειας ή υποτασικής καταπληξίας. Η αξονική αγγειογραφία κοιλίας θα αναδείξει την πρώιμη σκιαγράφιση της κάτω κοίλης φλέβας από την αορτή στην αρτηριακή φάση της έγχυσης του σκιαγραφικού και θα θέσει τη διάγνωση της αορτοκοιλικής επικοινωνίας⁵.

Αν και έχει αναφερθεί περίπτωση επιβίωσης ως και δύο μήνες χωρίς επέμβαση²⁵, δεν υπάρχει αμφιβολία για την καλύτερη πρόγνωση σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης. Πρώιμη διάγνωση της αορτοκοιλικής επικοινωνίας και εκλεκτική επέμβαση, χωρίς ο ασθενής να είναι σε καταπληξία, μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες επιβίωσης από 25% μέχρι 50%¹⁶. Προτιμάται, φυσικά, η προεγχειρητική διάγνωση για την αποφυγή εμβολισμών στους πνεύμονες με τους χειρισμούς της αθηροσκληρωτικής αορτής, καθώς και αποφυγή φλεβι-

κής θρομβώσεως ή ανεξέλεγκτης αιμορραγίας. Επιμελής διεγχειρητική παρακολούθηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης ή, κατά προτίμηση, της πίεσης ενσφήνωσης πνευμονικών τριχοειδών είναι απαραίτητη.

Η τοποθέτηση ενδαυλικού μοσχεύματος, σε περιπτώσεις όπου αυτή είναι ανατομικά δυνατή, αποτελεί μια επιπλέον δυνατότητα ως γεφυροποιός ή ακόμα και οριστική, σε κάποιες περιπτώσεις, θεραπεία, ιδιαίτερα λόγω της βαρύτητας της γενικής κατάστασης των ασθενών και των συνοδών τους νόσων^{26,27}. Η ενδαυλική μέθοδος μπορεί να λάβει χώρα ακόμα και υπό τοπική αναισθησία. Εναπόκειται στην κρίση του αγγειοχειρουργού η τοποθέτηση προσωρινού φίλτρου κάτω κοίλης για την αποφυγή εμβολισμών από θρόμβους και συντρίμια του αορτικού σάκου στην περιοχή της αορτοκοιλικής επικοινωνίας²⁸.

Στην περίπτωση χρήσης ενδαυλικού μοσχεύματος, συνιστάται ενδελεχής έλεγχος για την πιθανότητα συνέχισης της αορτοκοιλικής επικοινωνίας τόσο άμεσα μετά την τοποθέτηση της πρόθεσης όσο και σε σύντομο χρονικό διάστημα μετεγχειρητικά, καθώς αναφέρεται βιβλιογραφικά υψηλό ποσοστό συνέχισης της επικοινωνίας με έντονη ενδοδιαφυγή τύπου II, η οποία οδηγεί σε επανεπέμβαση για οριστική θεραπεία^{29,30}.

Σε περιπτώσεις όπου επιλέγεται η ανοικτή μέθοδος ή γίνεται μετατροπή σε αυτήν, η ακριβής θέση της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας μπορεί να ελεγχθεί με την ψηλάφηση της έκτασης του ροίζου επί της κάτω κοίλης. Το άνοιγμα του χειρουργικού σάκου και η εκκένωση του θρόμβου μπορεί επίσης να φανερώσει τη θέση της επικοινωνίας. Στη συνέχεια εκτελείται συρραφή της επικοινωνίας με ενδοανευρυσματική ραφή, που ακολουθείται από τοποθέτηση συνθετικού μοσχεύματος για την αποκατάσταση της αορτής και των λαγονίων.

Ο κεντρικός έλεγχος της αορτής πρέπει να προηγηθεί του περιφερικού ελέγχου, για την αποφυγή της απότομης αύξησης της παροχής στην αορτοκοιλική επικοινωνία. Η παρασκευή της αορτής πρέπει να γίνει με όσο το δυνατόν λιγότερους χειρισμούς, για την πρόληψη παράδοξης εμβολής από ενδαυλικό θρόμβο ή συντρίμια. Ο έλεγχος της αιμορραγίας από την κάτω κοίλη φλέβα μπορεί να γίνει με πίεση κεντρικά και περιφερικά ή τοποθέτηση καθετήρων Fogarty, κεντρικά και περιφερικά, κατά τη συρραφή αυτής.

Συμπερασματικά, αν και αποτελεί σπάνια επιπλοκή των ραγέντων ανευρυσμάτων, η αορτοκοιλική επικοινωνία πρέπει να διαγιγνώσκεται και να αντιμετωπίζεται άμεσα λόγω της αυξημένης θνητότητας από την οποία συνοδεύεται, επιπλέον της ρήξης^{31,32}. Η προεγχειρητική διάγνωση αποτελεί κλειδί για την επιτυχή αντιμετώπισή



Εικόνα 3. Αξονική αορτογραφία κοιλιακής αορτής με ανασύσταση εικόνας σε 3 επίπεδα αναδεικνύει το ανεύρυσμα της δεξιάς κοινής λαγονίου αρτηρίας και την πρώιμη σκιαγράφιση της κάτω κοίλης φλέβας λόγω της λαγονοκοιλικής επικοινωνίας.

της, αν και ο έμπειρος αγγειοχειρουργός οφείλει να έχει στο νου του την πιθανότητα για αορτοκοιλική επικοινωνία σε κάθε επέμβαση αποκατάστασης της αορτής για ραγέν ανεύρυσμα. Η συνεργασία με έμπειρη αναισθησιολογική ομάδα κρίνεται επίσης απαραίτητη, λόγω των καρδιαγγειακών ιδιαιτεροτήτων των επιβαρυνμένων αυτών ασθενών³³.

ABSTRACT

Iliac-caval fistula. Report of a case and review of the literature

Louizos A, Sfyroeras G, Kakisis J, Giannakopoulos T, Antonopoulos C, Kallinis A, Vassilopoulos J, Moulakakis K, Dalainas I, Liapis Ch.

Department of Vascular Surgery, Athens University Medical School, "Attikon" Hospital

Aortocaval fistula is a rare event in the case of ruptured aneurysms, nevertheless the occurrence of it poses special challenges to the surgical plan, in patients already haemodynamically compromised. Early diagnosis is not always feasible as symptoms are not specific or even present in many cases. In this paper, based on an interesting case of an iliac-caval fistula, in a patient with retroperitoneal abdominal aortic rupture, we discuss aortocaval fistulae along with a short review of the current literature regarding diagnosis and treatment, open or endovascular.

Key words: aortocaval fistula, ruptured aneurysm, abdominal aorta.

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Γεώργιος Σφυρόερας
Αγγειοχειρουργική Κλινική
«ΑΤΤΙΚΟΝ» Νοσοκομείο
Ρίμινι 1, Χαϊδάρι
12462, Αθήνα
Τηλ: 210-5831474
Fax: 210-5841486
e-mail: gsfor@yahoo.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Syme J. Case of spontaneous varicose anerysm. Endinb Med Surg J. 1831; 36:1045.
2. Cooley DA. Discussion of paper by Javid and Coll: resection of ruptured aneurysms of abdominal aorta. Ann Surg.

- 1955; 142:623.
3. DeBakey ME, Cooley DA, Morris GC Jr, Collins H. Arteriovenous fistula involving the abdominal aorta: report of four cases with successful repair. Ann Surg 1958; 147:646-58.
4. Hii HP, Wu ZH, Yeh ML, Chen CC. Successful coil embolization of an unusual aorto-superior mesenteric vein fistula. J Vasc Surg 2009; 49:1310-2.
5. Alexander JJ, Imbembo AL. Aorta-vena cava fistula. Surgery 1989; 105:1-12.
6. Brewster DC, Cambria RP, Moncure AC, Darling RC, LaMuraglia GM, Geller SC, Abbott WM. Aortocaval and iliac arteriovenous fistulas: recognition and treatment. J Vasc Surg 1991; 13:253-65.
7. Takazawa A, Sakahashi H, Toyama A. Surgical repair of a concealed aortocaval fistula associated with abdominal aortic aneurysm: report of two cases. Surg Today. 2001; 31:842-4.
8. Martin DC, Chui C. Falsely low pulse oximetry values caused by aortocaval fistula. J Clin Anesth 2012; 24:350.
9. Arruche Herrero M, Ruiz Garc a V, Castillo Escudero AI, G mez Miranda C, Rodr guez Espinosa N, Villavicencio Luj n C, Mart nez Ve a A. Acute renal failure as a presentation of an aortocaval fistula associated with abdominal aortic aneurism. Nefrologia 2011; 31:124-6.
10. Davidovic LB, Kostic DM, Cvetkovic SD, Jakovljevic NS, Stojanov PL, Kacar AS, Pavlovic SU, Petrovic PL. Aorto-caval fistulas. Cardiovasc Surg 2002; 10:555-60.
11. Neseke-Adam V, Grizelj-Stojci E, Trajbar T, Pavi P, Ivkosi A. Spontaneous aortocaval fistula. Lijec Vjesn 2007; 129:76-9.
12. Miani S, Giorgetti PL, Arpesani A, Giuffrida GF, Biasi GM, Ruberti U. Spontaneous aorto-caval fistulas from ruptured abdominal aortic aneurysms. Eur J Vasc Surg 1994; 8:36-40.
13. Abbadi AC, Deldime P, Van Espen D, Simon M, Rosoux P. The spontaneous aortocaval fistula: a complication of the abdominal aortic aneurysm. Case report and review of the literature. J Cardiovasc Surg (Torino) 1998; 39:433-6.
14. Potyk DK, Guthrie CR. Spontaneous aortocaval fistula. Ann Emerg Med 1995; 25:424-7.
15. Myers PO, Kalangos A, Terraz S. Ruptured aortic aneurysm masquerading as phlegmasia cerulea. Am J Emerg Med 2008; 26:1067.e1-2.
16. Ghilardi G, Scorza R, Bortolani E, De Monti M, Longhi F, Ruberti U. Rupture of abdominal aortic aneurysms into the major abdominal veins. J Cardiovasc Surg. (Torino) 1993; 34:39-47.
17. Duffy JP, Gardham JR. Spontaneous aortocaval fistula: preoperative diagnosis and management. Postgrad Med J 1989; 65:397-9.
18. Nemcek A Jr. Elderly man with unusual symptoms. J Vasc Interv Radiol. 1996; 7:542-3.
19. Houben PF, Bollen EC, Nuyens CM. «Asymptomatic» ruptured aneurysm: a report of two cases of aortocaval fistula presenting with cardiac failure. Eur J Vasc Surg 1993; 7:352-4.
20. Bednarkiewicz M, Pretre R, Kalangos A, Khatchatourian G, Bruschweiler I, Faidutti B. Aortocaval fistula associated with abdominal aortic aneurysm: a diagnostic challenge. Ann Vasc Surg 1997; 11:464-6.

21. Laporte F, Olivier A, Groben L, Admant P, Aliot E. Aortocaval fistula: an uncommon cause of paradoxical embolism. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2012; 13:68-71.
22. Davis PM, Gloviczki P, Cherry KJ Jr, Toomey BJ, Stanson AW, Bower TC, Hallett JW Jr. Aorto-caval and ilio-iliac arteriovenous fistulae. *Am J Surg* 1998; 176:115-8.
23. Dragas M, Davidovic L, Pejic S, Ilic N, Koncar I, Markovic M. Aorto-left renal vein fistula is a rare complication of abdominal aortic aneurysm with unique clinical presentation. *J Vasc Surg* 2010; 52:1658-61.
24. Bhatia M, Platon A, Khabiri E, Becker C, Poletti PA. Contrast enhanced ultrasonography versus MR angiography in aortocaval fistula: case report. *Abdom Imaging* 2010; 35:376-80.
25. Nienhaus HP, Javid H. The distinct syndrome of spontaneous abdominal aorto caval fistula. *Am J Med* 1968; 44:464-73.
26. Pathak S, Yusuf SW, Doyle TN, Francis IA, Hurst PA, Davidson C. Endovascular repair of a recurrent aortocaval fistula and anastomotic false aneurysm. *Br J Radiol* 2006; 79:e62-3.
27. Gandini R, Ippoliti A, Pampana E. Emergency endograft placement for recurrent aortocaval fistula after conventional AAA repair. *J Endovasc Ther* 2002; 9:208-11.
28. Guzzardi G, Fossaceca R, Divenuto I, Musiani A, Brustia P, Carriero A. Endovascular treatment of ruptured abdominal aortic aneurysm with aortocaval fistula. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2010; 33:853-6.
29. Kritpracha B, Premprabha D, Sungsi J, Tantarattanapong W, Rookkapan S, Juntarapatin P. Endovascular therapy for infected aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 2011; 54:1259-65.
30. Sfyroeras GS, Moulakakis KG, Bessias N, Maras D, Tsanis A, Georgakis P, Andrikopoulos V. Persistent endoleak after endovascular exclusion of an aortocaval fistula, producing renal insufficiency. *Vasa* 2010; 39:98-102.
31. Akwei S, Altaf N, Tennant W, MacSweeney S, Braithwaite B. Emergency endovascular repair of aortocaval fistula--a single center experience. *Vasc Endovascular Surg* 2011; 45:442-6.
32. Kotsikoris I, Papas TT, Papanas N, Maras D, Andrikopoulou M, Bessias N, Kotsiou S, Maltezos E. Aortocaval fistula formation due to ruptured abdominal aortic aneurysms: a 12-year series. *Vasc Endovascular Surg* 2012; 46:26-9.
33. Morikawa K, Setoguchi H, Yoshino J, Motoyama M, Makizono R, Yokoo T, Suemori Y, Tanaka H, Takahashi S. Anesthetic management of a patient with aortocaval fistula. *J Anesth* 2009; 23:111-4.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Μετατροπή σε ανοικτή επέμβαση μετά απο ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Κωνσταντίνος Γ. Μουλακάκης, Σπυρίδων Μυλωνάς, Τριαντάφυλλος Γιαννακόπουλος, Κωνσταντίνος Αντωνόπουλος, Γιώργος Σφυρόερας, Αναστάσιος Παπαπέτρου, Χρήστος Γκέκας, Φώτης Μαρκάτης, Ηλίας Δαλαΐνας, Ιωάννης Κακίσης, Χρήστος Δ. Λιάπης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αποτυχία ενδαγγειακής αποκατάστασης ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής σε ένα μεγάλο ποσοστό μπορεί να διορθωθεί με δευτερογενείς ενδαγγειακές επεμβάσεις, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις χρειάζεται ανοικτή μετατροπή. Η ανοικτή μετατροπή μετά από EVAR συνδέεται με υψηλή θνητότητα, 0% έως 28%, και νοσηρότητα. Η ανοικτή μετατροπή μετά από EVAR είναι μια επέμβαση που απαιτεί χειρουργική εμπειρία και στρατηγική αντιμετώπισης. Ο τύπος κεντρικής στήριξης του μοσχεύματος, η περιαορτική φλεγμονώδης αντίδραση, ο βαθμός ενσωμάτωσης του μοσχεύματος στο τοίχωμα της αορτής, η ανάγκη για κεντρικό έλεγχο της κυκλοφορίας, ο τύπος της χειρουργικής προσπέλασης είναι σημαντικοί παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην στρατηγική αντιμετώπισης. Η ανοικτή μετατροπή μετά από EVAR συνδέεται με υψηλή θνητότητα, όταν αιτία είναι η μόλυνση του μοσχεύματος. Σκοπός της μελέτης είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις αιτίες, τη συχνότητα και τα αποτελέσματα της πρώιμης και αργότερης μετατροπής σε ανοικτή επέμβαση μετά από ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής.

Λέξεις-κλειδιά: ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, ενδαγγειακή αποκατάσταση, ανοικτή μετατροπή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, η ενδοαυλική μέθοδος αποκατάστασης ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής (ΕΑΑΚΑ) άλλαξε τα δεδομένα της χειρουργικής αντιμετώπισης των ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ) και οδήγησε στην καθιέρωση της μεθόδου ως μιας ασφαλούς και αποτελεσματικής τεχνικής με ευρεία εφαρμογή¹. Η ευκολία της προσπέλασης σε συνδυασμό με την ελάχιστα επεμβατική τεχνική, αφενός την καθιστούσε εφικτή σε ασθενείς οι

οποίοι λόγω υψηλού χειρουργικού κινδύνου δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την ανοικτή μέθοδο, αφετέρου μείωσε τη βαρύτητα της επέμβασης (διάρκεια νοσηλείας, ανάγκη νοσηλείας σε μονάδα εντατικής θεραπείας, απώλεια αίματος, αναπνευστικές και καρδιολογικές επιπλοκές). Παράλληλα όμως, καθώς αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε ΕΑΑΚΑ, τόσο πιο έκδηλη γίνεται η Αχίλλειος πτέρνα της μεθόδου, η ανάγκη επανεπεμβάσεων και επιπλοκών σχετιζόμενων με το μόσχευμα, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε ανοικτή επέμβαση. Η συχνότητα επανεπεμβάσεων και επιπλοκών σε ασθενείς μετά από ΕΑΑΚΑ σε μακροχρόνια παρακολούθηση είναι υψηλή, 23% και 45% αντίστοιχα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μεγάλων πολυκεντρικών μελετών²⁻⁵. Σημαντικά μικρότερο ποσοστό επιπλοκών και επανεπεμβάσεων παρατηρήθηκε στους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με ανοικτή επέμβαση.

Η αποτυχία ενδαγγειακής αποκατάστασης ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής καθώς και η εμφάνιση πρώιμων ή απώτερων επιπλοκών, σε ένα μεγάλο ποσοστό μπορεί να διορθωθεί με δευτερογενείς ενδαγγειακές επεμβάσεις, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις χρειάζεται μετατροπή σε ανοικτή επέμβαση (ΑΜ). Η ανοικτή μετατροπή έχει γίνει πιο συχνή τα τελευταία χρόνια και συνδέεται με υψηλή θνητότητα και νοσηρότητα. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις αιτίες, τη συχνότητα και τα αποτελέσματα της πρώιμης και απώτερης μετατροπής σε ανοικτή επέμβαση μετά από ΕΑΑΚΑ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Πραγματοποιήθηκε μια πολλαπλή αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων υγείας (Medline, Embase, Ovid, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness) όλων των δημοσιευμένων άρθρων από τον Ιανουάριο του 2000 έως τον Σεπτέμβριο του 2012, που αναφέρονται σε ανοικτή μετατροπή μετά από ΕΑΑΚΑ. Επιπροσθέτως, η βιβλιογραφία των ανευρεθέντων άρθρων ερευνήθηκε για περαιτέρω σχετικές σειρές. Αναφορές με σειρές <100 ασθενών δεν συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μελέτη.

ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ

Όλες οι επιπλοκές που απαιτούν ΑΜ εντός 30

ημερών από την αρχική ΕΑΑΚΑ χαρακτηρίζονται ως «πρώιμες». Μετατροπή σε ανοικτή επέμβαση απαιτείται σε περιπτώσεις τεχνικής αδυναμίας έκπτυξης του ενδομοσχεύματος, μη ορθής τοποθέτησής του, ρήξης του αγγείου προσπέλασης ή θρόμβωσης του ενδομοσχεύματος.

Η πιο συχνή αιτία αδυναμίας έκπτυξης του ενδομοσχεύματος είναι η εκσεσημασμένη ασβέστωση ή στένωση ή ελίκωση των λαγονίων αρτηριών, που καθιστούν απογορευτική την προώθηση του ενδομοσχεύματος στην αορτή⁶. Επίσης η αδυναμία καθετηριασμού του αντίπλευρου σκέλους, η ανεπαρκής επικάλυψη των διαφόρων τμημάτων ενδομοσχευμάτων με επακόλουθη ενδοδιαφυγή τύπου III, καθώς και η παγίδευση του καθετήρα στο υπερνεφρικό τμήμα του ενδομοσχεύματος έχουν περιγραφεί σαν αιτίες ανεπιτυχούς έκπτυξης του ενδομοσχεύματος^{7,8}.

Η μετανάστευση του ενδομοσχεύματος και η ενδοδιαφυγή τύπου I είναι το αποτέλεσμα του ανεπαρκούς αποκλεισμού του ανευρύσματος και της μη ορθής τοποθέτησης του ενδομοσχεύματος⁷. Εκσεσημασμένες γωνιώσεις και ελικώσεις της αορτής μπορούν συχνά να οδηγήσουν σε πρώιμη μετανάστευση του ενδομοσχεύματος και απαιτούν είτε δευτερογενή ενδαγγειακή παρέμβαση είτε μετατροπή σε ανοικτή επέμβαση. Ο «εχθρικός» αορτικός αυχένας-κοντός με εκσεσημασμένη ασβέστωση, μεγάλη γωνίωση και/ή παρουσία θρόμβου-συνδυάζεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο ενδοδιαφυγής τύπου I και πτώση του μοσχεύματος. Οι περιπτώσεις υψηλής έκπτυξης του ενδομοσχεύματος με κάλυψη των στομιών των νεφρικών αρτηριών απαιτούν επίσης άμεση χειρουργική επέμβαση, αν δεν αντιμετωπιστούν ενδαγγειακά.

Η ρήξη αγγείου προσπέλασης απαιτεί επείγουσα διόρθωση με τοποθέτηση επενδεδυμένου ενδονάρθηκα ή επείγουσα ΑΜ. Αν και έχουν περιγραφεί περιπτώσεις ρήξης αορτής κατά την ΕΑΑΚΑ, συννηθέστερα ρήξεις προκαλούνται στις λαγόνιες αρτηρίες και ιδιαίτερα στις έξω λαγόνιες⁸. Ασβεστώσεις ή ελικώσεις των αγγείων προσπέλασης, καθώς και η μεγάλη διάμετρος του φέροντος το ενδομοσχεύματος θηκαριού είναι παράγοντες κινδύνου για αυτήν την καταστροφική επιπλοκή.

Διεχειρνητική ή άμεσα μετεχειρνητική θρόμβωση του ενδομοσχεύματος οφείλεται κυρίως σε στενώσεις ή ελικώσεις στον λαγόνιο άξονα. Η επιπλοκή αυτή μπορεί συνήθως να αντιμετωπιστεί ενδαγ-

Συγγραφέας	Ετος Δημ.	Αρ.Ασθενών	Πρώιμη Ανοικτή Μετατροπή (%)	Περιεχειρητητική Θνητότητα (%)
Dattilo ⁴⁵	2002	362	5 (1.4)	1 (25)
Lyden ³⁵	2002	110	3 (2.7)	0
Chaikof ⁴⁶	2002	235	9 (3.8)	0
Dalainas ⁴⁷	2004	186	4 (2.1)	1 (25)
Verhoeven ⁴⁸	2004	308	1 (0.3)	0
EUROSTAR ⁴⁹	2004	4613	45 (1)	6 (13)
Lifeline Registry ⁵⁰	2005	2664	68 (2.5)	5 (7.4)
Aho ⁵¹	2005	110	7 (6.4)	0
Verzini ⁷	2006	649	9 (1.4)	2 (22)
Tiesenhausen ⁵²	2006	117	7 (5.9)	2 (28.5)
Jimenez ⁶	2007	574	5 (0.9)	2 (12)
AURC ⁸	2009	1588	14 (0.9)	3 (21)
Pitoulis ¹¹	2009	625	5 (0.8)	0
Newton ¹⁰	2011	6332	72 (1.1)	3 (4.2)
Total	-	18473	254 (1.4)	25 (9.9)

Πίνακας 1: Συχνότητα πρώιμης μετατροπής και περιεχειρητητική θνητότητα.

γειακά, με θρομβεκτομή μέσω καθετήρα Fogarty και αγγειοπλαστική, εντούτοις έχουν πρεγραφεί περιπτώσεις θρόμβωσης ενδομοσχεύματος που η AM ήταν επιτακτική⁹.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ

Η συχνότητα της πρώιμης AM κυμαίνεται στη βιβλιογραφία από 0.8-6.4% [(μ.ο:1.4%) Πίνακας 1]. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πιο πρόσφατες σειρές η AM περιγράφεται σε μικρότερη συχνότητα¹⁰⁻¹¹. Αυτό πιθανώς οφείλεται στην τεχνολογική εξέλιξη των ενδομοσχευμάτων, την βελτίωση και αφομοίωση της τεχνικής από τους αγγειοχειρουργούς, την ορθότερη επιλογή ασθενών για ΕΑΑΚΑ και την τάση αντιμετώπισης των επιπλοκών κατά το δυνατόν με ενδοαυλικές μεθόδους^{10,12}. Σε μια πρόσφατη μελέτη από τις ΗΠΑ (72 άμεσες AM σε σύνολο 6332 ΕΑΑΚΑ) δεν κατέστη δυνατό να απομονωθεί κάποιος επιδημιολογικός παράγοντας (ηλικία, φύλο, συννοσηρότητα) ως προδιαθεσικός για πρώιμη AM μετά από ΕΑΑΚΑ¹⁰.

Το ποσοστό θνητότητας που συνοδεύει την πρώιμη AM κυμαίνεται από 0-28.5%. Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σε σύνολο 254 ΕΑΑΚΑ διαπιστώθηκαν 25 πρώιμες AM με θνητότητα 9.9% (Πίνακας 1). Στην μελέτη DREAM¹³, σε σύνολο 175 ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΕΑΑΚΑ, η άμεση AM ήταν αναγκαία σε 3 ασθενείς, ενώ στη μελέτη EVAR¹⁴, σε σύνολο 516 ασθενών με ΕΑΑΚΑ, 5 υπεβλήθηκαν σε άμεση AM.

ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΩΤΕΡΗΣ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ

Η πιο συχνή επιπλοκή που απαιτεί απώτερη AM είναι η αύξηση της διαμέτρου του ανευρυσματικού σάκου, με ή χωρίς την παρουσία ενδοδιαφυγής, η μετανάστευση του ενδομοσχεύματος, καθώς και η αποσύνδεση των τμημάτων αυτού. Άλλες αιτίες απώτερης AM είναι η εμμένουσα ενδοδιαφυγή που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί ενδοαυτικά, η θρόμβωση του ενδομοσχεύματος ή η μόλυνση αυτού, με ή χωρίς την ανάπτυξη αορτο-εντερικής επικοινωνίας⁸.

Συγγραφέας	Ετος Δημ.	Αρ.Ασθενών	Ραγέν Ανεύρυσμα (%)	Περιεχειρητητική Θνητότητα (%)
Lipstiz ³⁶	2003	386	7 (1.8)	1 (14)
Terramani ⁵³	2003	319	2 (0.6)	-
Verhoeven ⁴⁸	2004	308	1 (0.3)	0
EUROSTAR ⁴⁹	2004	3595	6 (0.2)	-
Kong ¹⁷	2005	594	1 (0.2)	1 (100)
Aho ⁵¹	2005	110	2 (0.2)	2 (100)
Verzini ⁷	2006	649	4 (0.6)	0
Brewster ⁵⁴	2006	873	5 (0.6)	2 (40)
Tiesenhausen ⁵²	2006	117	6 (5.1)	3 (50)
Pitoulis ¹¹	2009	625	5 (0.8)	1 (20)
AURC ⁸	2009	1588	8 (0.5)	2 (25)
Gambardella ⁵⁵	2010	285	1 (0.3)	0
Forbes ⁵⁶	2012	892	3 (0.3)	0
Holt ²²	2012	478	2 (0.4)	1 (50)
Chaar ²³	2012	1682	12 (0.7)	4 (33)
Συνολικά	-	21501	65 (0.3)	17 (26.3)

Πίνακας 3: Ρήξη ανευρύσματος σε ασθενείς με EVAR και περιεχειρητητική θνητότητα

ΕΝΔΟΔΙΑΦΥΓΕΣ

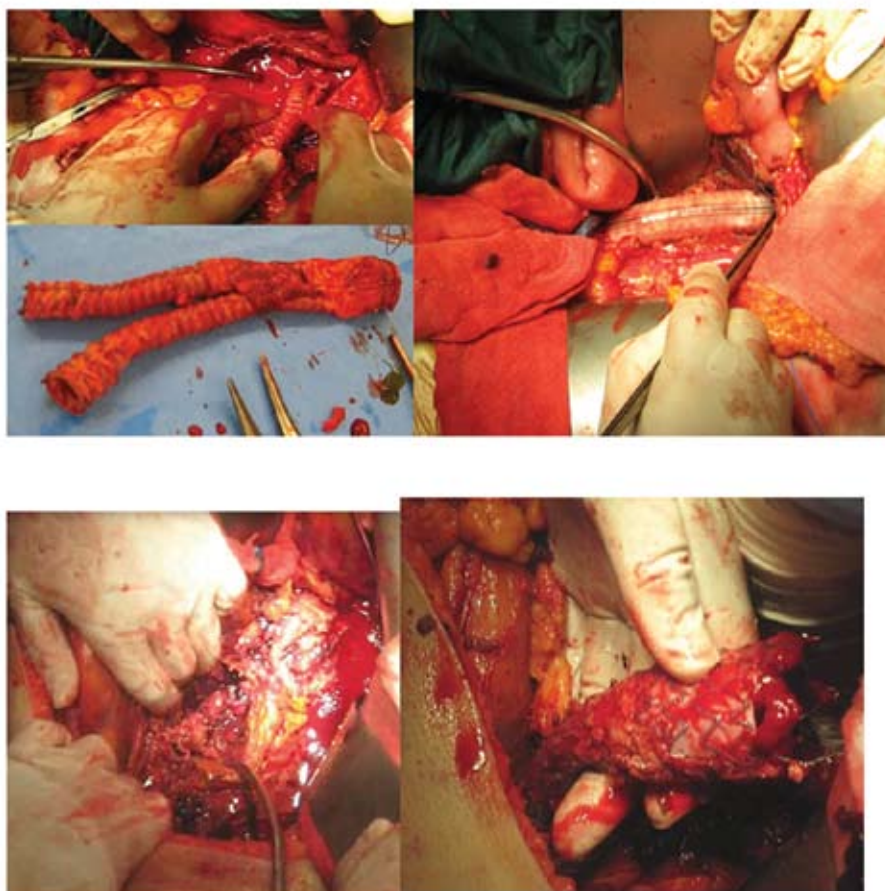
Θεωρητικά, κάθε τύπος ενδοδιαφυγής μπορεί να προκαλέσει αύξηση της πίεσης εντός του ανευρυσματικού σάκου και να οδηγήσει σε διεύρυνση αυτού και τελικά σε ρήξη. Υπάρχουν αρκετές αναφορές στη βιβλιογραφία απώτερης ΑΜ λόγω ενδοδιαφυγής^{7,15-17}. Η ενδοδιαφυγή τύπου I είναι η πιο συχνά σχετιζόμενη με απώτερη ΑΜ και ακολουθείται από την εμμένουσα ενδοδιαφυγή τύπου II ή III. Οι ενδοδιαφυγές τύπου IV και V είναι σπανιότερες επιπλοκές, που μπορεί να οδηγήσουν σε απώτερη ΑΜ¹⁵⁻¹⁶.

Οι ενδοδιαφυγές τύπου I και III έχουν την τάση να οδηγούν σε ρήξη και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα με πρώτη επιλογή τις ενδοαυλικές μεθόδους, ενώ επί αποτυχίας αυτών η ΑΜ είναι επιβεβλημένη¹⁸⁻²⁰. Οι ενδοδιαφυγές τύπου II θα πρέπει να παρακολουθούνται σχολαστικά και να αντιμετωπίζονται επί αύξησης του ανευρυσματικού σάκου ή μετατόπισης του ενδομοσχεύματος (Εικόνα 1)²¹.

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ, “COLLAPSE”, ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΜΕΤΡΟΥ ΚΑΙ ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ

Η μετανάστευση του ενδομοσχεύματος σχετίζεται με ποικίλους παράγοντες, όπως οι ενδοδιαφυγές, οι κινήσεις τις αορτής κατά τον καρδιακό κύκλο, η συνεχής διαδικασία αναμόρφωσης της αορτής μετά από ΕΑΑΚΑ, καθώς και παράγοντες που αφορούν το ενδομόσχευμα, όπως κατάγματα του ενδοσκελετού⁷.

Η συνεχής αύξηση της διαμέτρου του ανευρύσματος, ανεξαρτήτου αιτιολογίας, είναι σαφής ένδειξη όψιμης ΑΜ. Συνηθέστερα, η αιτία είναι η ενδοδιαφυγή. Εντούτοις, διεύρυνση του ανευρυσματικού σάκου, ακόμη και επί μη ανιχνεύσιμης ενδοδιαφυγής, αυξάνει την ενδοσασκική πίεση και κατά συνέπεια τον κίνδυνο ρήξης. Ο Holt²², σε μελέτη 478 ασθενών που είχαν υποβληθεί σε ΕΑΑΚΑ παρατήρησε 2 ρήξεις (0.4%) σε μέση διάρκεια παρακολούθησης 44 μηνών. Ο Bernhard¹⁸ διαπίστωσε ότι σε ποσοστό 42% των ραγέντων ανευρυσμάτων μετά από ΕΑΑΚΑ



Εικόνα 1. α) Αφαίρεση μοσχεύματος σε ασθενή με ενδοδιαφυγή τύπου II και αύξηση του ανευρυσματικού σάκου. Αποκατάσταση με ευθύ μόσχευμα, β) Αφαίρεση μοσχεύματος σε ασθενή με μόλυνση. Παρουσία έντονης φλεγμονής πέριξ του σάκου. Εγινε απολίνωση αορτής και αποκατάσταση με εξωανατομική παράκαμψη.

δεν υπήρχε ένδειξη ενδοδιαφυγής πριν τη ρήξη, ενώ σε 9 από τους 19 ασθενείς ο ανευρυσματικός σάκος παρέμενε σταθερός ή είχε συρρικνωθεί. Σε μια πρόσφατη μελέτη 44 ασθενών που υποβλήθηκαν σε όψιμη ΑΜ, με μέσο χρονικό διάστημα από την ΕΑΚΑ 45 μηνών, 12 είχαν υποστεί ρήξη του ανευρύσματος (Πίνακας 3)²³. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας ανέδειξαν ότι η ανοικτή μετατροπή μετά από ρήξη του ανευρύσματος συνδέεται με θνητότητα 26%.

ΜΟΛΥΝΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΟΡΤΟ-ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Από το 1993 που ο Chalmers²⁴ δημοσίευσε την πρώτη περίπτωση ασθενούς με μολυσμένο ενδονάρθηκα, ακολούθησαν πολλές αναφορές. Ο ακριβής μηχανισμός που οδηγεί στο σχηματισμό αορτο-εντερικής επικοινωνίας δεν έχει αποσαφηνιστεί. Κατά την επικρατούσα άποψη η

τοπική λοίμωξη, που μπορεί να είναι απότοκος του ενοφθαλμισμού βακτηρίων κατά την εμφύτευση του ενδομοσχεύματος ή να προϋπάρχει (μολυσμένα ή φλεγμονώδη ανευρύσματα), μπορεί να προκαλέσει διάβρωση του τοιχώματος του εντέρου και ανάπτυξη αορτο-εντερικής επικοινωνίας²⁵. Άλλες αιτίες αορτο-εντερικής επικοινωνίας είναι η μετατόπιση του ενδομοσχεύματος, η διάβρωση του αορτικού τοιχώματος και του δωδεκαδακτύλου από τα σπειράματα εμβολισμού, τις ακίδες ή τα άγκιστρα κεντρικής καθήλωσης, οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου ή άλλες σπητικές καταστάσεις, που μπορεί να προκαλέσουν επιμόλυνση του ενδομοσχεύματος²⁵⁻²⁶. Επιπροσθέτως, η ενδοδιαφυγή ή ακόμη και η ενδοτάση μπορούν να οδηγήσουν σε αορτο-εντερική επικοινωνία λόγω νέκρωσης του αορτικού τοιχώματος²⁷⁻²⁸. Σε μια πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση, αναφέρεται ότι η επίπτωση της λοίμωξης του ενδομοσχεύματος κυμαίνεται από 0.6% έως 3%^{25,29}.

Συγγραφέας	Ετος Δημ.	Αρ.Ασθενών	Απώτερη Ανοικτή Μετατροπή (%)	Θνητότητα (%)
Lipsitz ³⁶	2003	386	11 (0.4)	2 (18)
Terramani ⁵³	2003	319	9 (2.8)	1 (11)
Verhoeven ⁴⁸	2004	308	9 (3.2)	0
Dalainas ⁴⁷	2004	186	4 (2.1)	0
EUROSTAR ⁴⁹	2004	3595	26 (0.7)	Δεν περιγράφεται
Kong ¹⁷	2005	594	16 (2.7)	1 (6.5)
Lifeline Registry ⁵⁰	2005	2664	28 (1.1)	0
Aho ⁵¹	2005	110	16 (14.5)	2 (12.5)
Verzini ⁷	2006	649	29 (4.5)	0
Brewster ⁵⁴	2006	873	20 (1.7)	4 (20)
Tiesenhausen ⁵²	2006	117	26 (22)	3 (14)
Jimenez ⁶	2007	574	12 (2.1)	0
Kelso ³⁴	2009	1606	25 (1.6)	7 (17)
Pitoulis ¹¹	2009	625	39 (6.3)	4 (10.2)
AURC ⁸	2009	1588	20 (1.2)	3 (15)
Gambardella ⁵⁵	2010	285	10 (3.5)	0
Brinster ²¹	2011	1273	21 (1.6)	0
Forbes ⁵⁶	2012	892	6 (6.7)	0
Chaar ²³	2012	1682	44 (2.6)	8 (18)
Συνολικά	-	18326	371 (2.0)	35 (10.1)

Πίνακας 2: Συχνότητα απώτερης μετατροπής και περιεχειρητική θνητότητα.

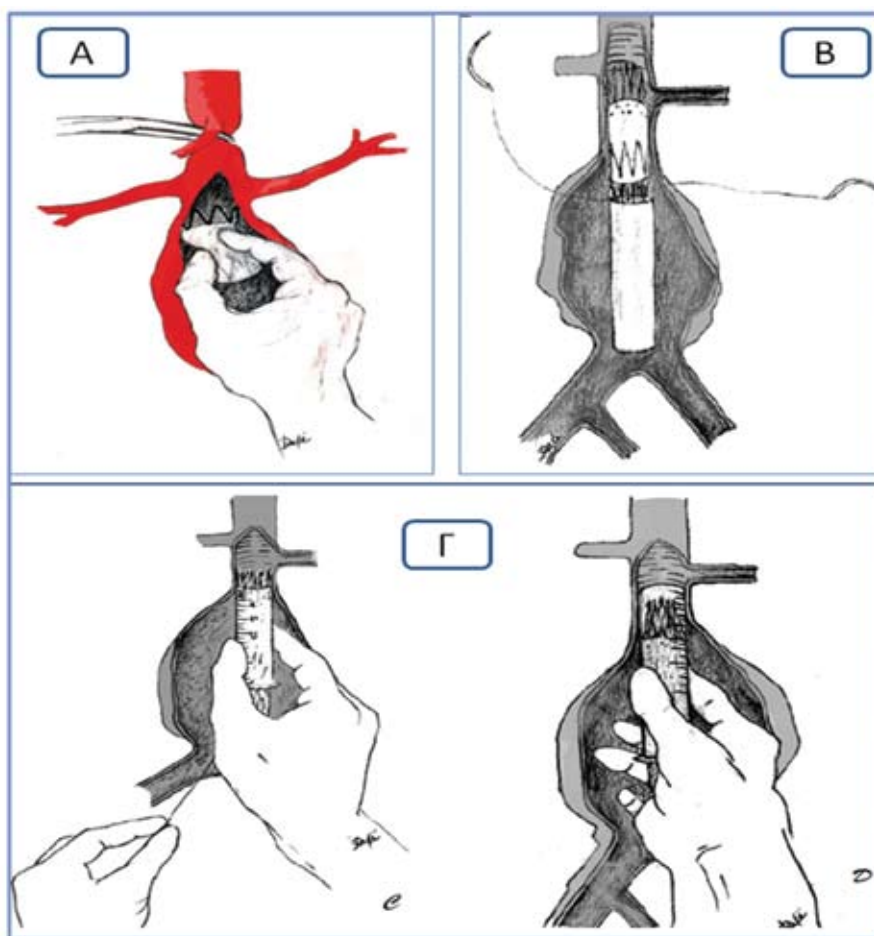
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΑΠΩΤΕΡΗΣ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΣΕ ΑΝΟΙΚΤΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Η συχνότητα της απώτερης ΑΜ μετά από ΕΑΑΚΑ είναι δύσκολο να υπολογιστεί, καθώς εξαρτάται από την περίοδο μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Σύμφωνα με τη βάση δεδομένων EUROSTAR³⁰, ο συνολικός κίνδυνος για ΑΜ εκτιμάται σε 2.1%/έτος. Τα αποτελέσματα της μελέτης EVAR 1 ανέδειξαν ποσοστό όψιμης ΑΜ 2.6%, σε μέση διάρκεια μετεγχειρητικής παρακολούθησης 3.3 ετών³¹. Στη μελέτη OVER 3, με μέση διάρκεια παρακολούθησης 1.8 έτη, περιγράφεται ποσοστό απώτερης ΑΜ 0.7% (Πίνακας 2). Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν ότι η θνητότητα απώτερης μετατροπής σε ανοικτή επέμβαση κυμαίνεται από 6.5-20% (Πίνακας 2). Την χειρότερη πρόγνωση από όλες τις αιτίες την έχει η μόλυνση του μοσχεύματος

και η αορτο-εντερική επικοινωνία, με ποσοστό θνητότητας 30% και 35% αντίστοιχα^{32,33}.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Πληθώρα τεχνικών έχουν περιγραφεί για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της ΕΑΑΚΑ (Εικόνα 2). Πολλοί συγγραφείς προτείνουν επιπρόσθετες ενδοαγγειακές επεμβάσεις ως πρώτη επιλογή για την αντιμετώπιση των απώτερων επιπλοκών μετά από ΕΑΑΚΑ, ενώ καταφεύγουν σε ανοικτή μετατροπή σε περιπτώσεις που αποτυγχάνουν οι ενδοαυλικές τεχνικές^{6-7,20,34}. Σημαντικό ρόλο παίζει η κλινική εκτίμηση του ασθενή και παραμέτρων του ενδομοσχεύματος που έχει τοποθετηθεί. Πιο συγκεκριμένα, ο αγγειοχειρουργός θα πρέπει να



Εικόνα 2. Τεχνικές αφαίρεσης του ενδομοσχεύματος και αποκατάστασης της αορτής. α) αφαίρεση του ενδομοσχεύματος με την τεχνική έλξης με συμπίεση ("clamp and pull technique"), β) Επί απουσίας λοίμωξης, η αφαίρεση του ενδομοσχεύματος από τον κεντρικό μηχανισμό στήριξης με κοπή με μεταλλικό επιτρέπει την λιγότερο τραυματική απομάκρυνση του ενδομοσχεύματος. Το εναπομείναν τμήμα του ενδομοσχεύματος, το οποίο παραμένει ακέραιο, μπορεί να συμπεριληφθεί στην αναστομωτική γραμμή, γ) Τεχνική απόσυρσης του ενδομοσχεύματος, η οποία συνίσταται στην μερική σύγκλειση του κεντρικού μηχανισμού στήριξης σε μια τροποποιημένη σύριγγα 20ml.

γνωρίζει τις ιδιότητες του εμφυτευμένου ενδομοσχεύματος, το κεντρικό (υπερνεφρικό/υπονεφρικό) και περιφερικό όριο πρόσφυσης, το μηχανισμό κεντρικής καθήλωσης (ακίδες ή άγκιστρα), την ύπαρξη άλλων ενδοαρτηρίων ή σπειραμάτων που εμφυτεύτηκαν προς εμβολισμό κάποιου αρτηριακού κλάδου, ενώ θα πρέπει να εκτιμήσει την περιαορτική φλεγμονώδη αντίδραση³⁴⁻³⁷.

Η τυπική τεχνική ΑΜ μετά από αποτυχημένη ΕΑΑΚΑ περιλαμβάνει την παρασκευή του ανευρύσματος μέσω διαπεριτοναϊκής³⁸ ή οπισθοπεριτοναϊκής³⁵ προσπέλασης, κεντρικό και περιφερικό αγγειακό έλεγχο, απομάκρυνση του ενδομοσχεύματος και αντικατάσταση της αορτής με νέο μόσχευμα. Τόσο η διαπεριτοναϊκή όσο και η εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση συνδυάζονται με ικανοποιητικά ποσοστά τεχνικής επιτυχίας^{35,38}. Σε περιπτώσεις επείγουσας απώτερης ΑΜ θα πρέπει

να προτιμάται η διαπεριτοναϊκή προσπέλαση, καθώς η εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση μειονεκτεί λόγω της δυσχερούς θέσης του ασθενούς και της περιορισμένης δυνατότητας προσπέλασης της δεξιάς κοινής λαγονίου αρτηρίας^{6-7,35}. Αν και ο περιφερικός αγγειακός έλεγχος μπορεί εύκολα να αποκτηθεί, ο κεντρικός αορτικός έλεγχος εγείρει μια σημαντική πρόκληση στον αγγειοχειρουργό, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που το ενδομόσχευμα εκτείνεται άνωθεν του επιπέδου των νεφρικών αρτηριών. Αρκετοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι παρατεταμένος υπερνεφρικός αποκλεισμός σχετίζεται συχνά με νεφρική ισχαιμία και αυξημένα ποσοστά περιεχειρητικής θνητότητας^{39,40}. Η ενδαγγειακή εφαρμογή ενός αεροθαλάμου αορτικού αποκλεισμού, μέσω μηριαίας ή βραχιονίου προσπέλασης, προσφέρει ικανοποιητικό κεντρικό έλεγχο χωρίς την ανάγκη εκτεταμένης

αορτικής παρασκευής. Μετά την απομάκρυνση του κεντρικού τμήματος του ενδομοσχεύματος μπορεί να τοποθετηθεί λαβίδα αποκλεισμού με ασφάλεια στην υπονεφρική αορτή^{6,36}.

Η αφαίρεση του ενδομοσχεύματος είναι το πιο απαιτητικό στάδιο της ΑΜ. Συνήθης τεχνική που εφαρμόζεται είναι η έλξη με συμπίεση ("clamp and pull technique")³⁴. Η απλή έλξη ή η έλξη με συμπίεση είναι αποτελεσματικοί χειρισμοί απομάκρυνσης ενδομοσχευμάτων χωρίς ακίδες ή άγκιστρα. Επί απουσίας λοίμωξης, η αφαίρεση του ενδομοσχεύματος από τον κεντρικό μηχανισμό στήριξης με κοπήρα μετάλλων επιτρέπει την λιγότερο τραυματική απομάκρυνση του ενδομοσχεύματος, χωρίς να απαιτείται υπερνεφρικός αορτικός αποκλεισμός. Το εναπομείναν τμήμα του ενδομοσχεύματος, το οποίο παραμένει ακέραιο, μπορεί να συμπεριληφθεί στην αναστομωτική γραμμή^{11,35-37,41}. Αφαίρεση ενδομοσχευμάτων με θερμική μνήμη μπορεί να επιτευχθεί με ψύξη αυτών^{34,37}. Ο Konings⁴² περιέγραψε μια εναλλακτική τεχνική απόσυρσης του ενδομοσχεύματος, η οποία συνίσταται στην μερική σύγκλειση του κεντρικού μηχανισμού στήριξης σε μια τροποποιημένη σύριγγα 20ml. Πιο συγκεκριμένα, το κυρίως σώμα του ενδομοσχεύματος τοποθετείται μέσα στην τροποποιημένη σύριγγα, η οποία ωθείται κεφαλικά προκαλώντας μερική σύγκλειση του κεντρικού μηχανισμού στήριξης και ατραυματική απομάκρυνση του μοσχεύματος. Επί απουσίας λοίμωξης, η αορτική αποκατάσταση μπορεί να γίνει με την ορθοτοπική "in situ" τοποθέτηση ενός σωληνωτού ή διχαλωτού συνθετικού μοσχεύματος. Σε περίπτωση λοίμωξης, η αορτική αποκατάσταση μπορεί να γίνει με αλλομόσχευμα ή με εξω-ανατομική παράκαμψη⁶.

Η περίδεση (banding) του αορτικού αυχένα με διατήρηση του ενδομοσχεύματος έχει προταθεί ως θεραπευτική τακτική σε περιπτώσεις εμμένουσας ενδοδιαφυγής τύπου Ι^{40,43,44}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανοικτή μετατροπή μετά από EVAR είναι μια επέμβαση που απαιτεί χειρουργική εμπειρία και στρατηγική αντιμετώπισης. Ο τύπος κεντρικής στήριξης του μοσχεύματος, η περιαορτική φλεγμονώδης αντίδραση, ο βαθμός ενσωμάτωσης του μοσχεύματος στο τοίχωμα της αορτής, η ανάγκη για κεντρικό έλεγχο της κυκλοφορίας, ο τύπος της χειρουργικής προσπέλασης είναι σημαντικοί παρά-

γοντες, που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην στρατηγική αντιμετώπισης. Η ανοικτή μετατροπή μετά από EVAR συνδέεται με υψηλή θνητότητα, όταν αιτία είναι η μόλυνση του μοσχεύματος.

ABSTRACT

Conversion to open repair after endografting for abdominal aortic aneurysm. Review of the literature

Konstantinos G. Moulakakis, Spyros Mylonas, Triantafillos G. Giannakopoulos, Constantinos N. Antonopoulos, George S. Sfyroeras, Anastasios Papapetrou, Fotis Markatis, Christos D. Gekas, Ilias Dalainas, John Kakisis, Christos D. Liapis

Department of Vascular Surgery, Athens University Medical School, "Attikon" Hospital, Athens, Greece

Failure after endovascular repair of abdominal aortic aneurysms (EVAR) can be treated with secondary endovascular interventions (cuffs, extensions, coils) but some may require surgical conversion. Conversion to open repair is associated with high mortality (0-28%) and morbidity rates. Vascular surgeons should be familiar with these complex conversion procedures, which require surgical experience and careful pre-operative planning. The fixation system (suprarenal, infrarenal, hooks or barbs), the associated periaortic inflammatory reaction and endograft incorporation, the necessity for gaining proximal control, the surgical approach (transperitoneal or retroperitoneal) should be taken in account in surgical strategy. The purpose of this study is to review the incidence, causes, and mortality rates of early and late conversion to open surgery after endovascular aneurysm repair (EVAR) of abdominal aortic aneurysm (AAA).

Key-words: EVAR, endovascular, open conversion.

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Κωνσταντίνος Γ. Μουλακάκης
Αγγειοχειρουργική Κλινική
«Αττικόν» Νοσοκομείο
Ρίμινι 1, Χαϊδάρι, 12462, Αθήνα
E-mail: konmoulakakis@yahoo.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Parodi JC, Palmaz JC, Barone HD. Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg.* 1991 Nov; 5(6):491-9.
2. Endovascular versus Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysm. *New England Journal of Medicine.* 2010; 362(20):1863-71.
3. Lederle FA, Freischlag JA, Kyriakides TC, Padberg FT, Matsumura JS, Kohler TR, et al. Outcomes Following Endovascular vs Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysm. *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 2009 October 14, 2009; 302(14):1535-42.
4. Jean-Pierre B. The ACE trial: A randomized comparison of open versus endovascular repair in good risk patients with abdominal aortic aneurysm. *Journal of Vascular Surgery.* 2009; 50(1):222-4.
5. De Bruin JL, Baas AF, Buth J, Prinssen M, Verhoeven EL, Cuypers PW, et al. Long-term outcome of open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med.* 2010 May 20; 362(20):1881-9.
6. Jimenez JC, Moore WS, Quinones-Baldrich WJ. Acute and chronic open conversion after endovascular aortic aneurysm repair: a 14-year review. *J Vasc Surg.* 2007 Oct; 46(4):642-7.
7. Verzini F, Cao P, De Rango P, Parlani G, Xanthopoulos D, Iacono G, et al. Conversion to open repair after endografting for abdominal aortic aneurysm: causes, incidence and results. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006 Feb; 31(2):136-42.
8. Millon A, Deelchand A, Feugier P, Chevalier JM, Favre JP. Conversion to open repair after endovascular aneurysm repair: causes and results. A French multicentric study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2009 Oct; 38(4):429-34.
9. Dalainas I, Nano G. Talent stent-graft and iliac thrombosis. *J Vasc Interv Radiol.* 2007 Jan; 18(1 Pt 1):166-7; author reply 7.
10. Newton WB, 3rd, Shukla M, Andrews JS, Hansen KJ, Corriere MA, Goodney PP, et al. Outcomes of acute intraoperative surgical conversion during endovascular aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 2011 Nov; 54(5):1244-50; discussion 50.
11. Pitoulis GA, Schulte S, Donas KP, Horsch S. Secondary endovascular and conversion procedures for failed endovascular abdominal aortic aneurysm repair: can we still be optimistic? *Vascular.* 2009 Jan-Feb; 17(1):15-22.
12. Avgerinos ED, Dalainas I, Liapis C. The transformation of vascular surgeons to vascular specialists: policy or necessity? *Vasc Endovascular Surg.* 2009 Jun-Jul; 43(3):233-7.
13. Prinssen M, Verhoeven EL, Buth J, Cuypers PW, van Sambeek MR, Balm R, et al. A randomized trial comparing conventional and endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med.* 2004 Oct 14; 351(16):1607-18.
14. Greenhalgh RM, Brown LC, Kwong GP, Powell JT, Thompson SG. Comparison of endovascular aneurysm repair with open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1), 30-day operative mortality results: randomised controlled trial. *Lancet.* 2004 Sep 4-10; 364(9437):843-8.
15. Nano G, Dalainas I, Bianchi PG, Gotti R, Casana R, Malacrida G, et al. Sac enlargement due to seroma after endovascular abdominal aortic aneurysm repair with the Endologix PowerLink device. *J Vasc Surg.* 2006 Jan; 43(1):169-71.
16. Cho JS, Dillavou ED, Rhee RY, Makaroun MS. Late abdominal aortic aneurysm enlargement after endovascular repair with the Excluder device. *J Vasc Surg.* 2004 Jun; 39(6):1236-41; discussion 2141-2.
17. Kong LS, MacMillan D, Kasirajan K, Milner R, Dodson TF, Salam AA, et al. Secondary conversion of the Gore Excluder to operative abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 2005 Oct; 42(4):631-8.
18. Bernhard VM, Mitchell RS, Matsumura JS, Brewster DC, Decker M, Lamparello P, et al. Ruptured abdominal aortic aneurysm after endovascular repair. *J Vasc Surg.* 2002 Jun; 35(6):1155-62.
19. Chuter TA, Risberg B, Hopkinson BR, Wendt G, Scott RA, Walker PJ, et al. Clinical experience with a bifurcated endovascular graft for abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 1996 Oct; 24(4):655-66.
20. Adam DJ, Fitridge RA, Berce M, Hartley DE, Anderson JL. Salvage of failed prior endovascular abdominal aortic aneurysm repair with fenestrated endovascular stent grafts. *Journal of Vascular Surgery.* 2006; 44(6):1341-4.
21. Brinster CJ, Fairman RM, Woo EY, Wang GJ, Carpenter JP, Jackson BM. Late open conversion and explantation of abdominal aortic stent grafts. *J Vasc Surg.* 2011 Jul; 54(1):42-6.
22. Holt PJ, Karthikesalingam A, Patterson BO, Ghatwary T, Hinchliffe RJ, Loftus IM, et al. Aortic rupture and sac expansion after endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg.* 2012 Sep 28.
23. Chaar CI, Eid R, Park T, Rhee RY, Abu-Hamad G, Tzeng E, et al. Delayed open conversions after endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 2012 Jun; 55(6):1562-9 e1.
24. Chalmers N, Eadington DW, Gandanhamo D, Gillespie IN, Ruckley CV. Case report: infected false aneurysm at the site of an iliac stent. *Br J Radiol.* 1993 Oct; 66(790):946-8.
25. Setacci C, De Donato G, Setacci F, Chisci E, Perulli A, Galzerano G, et al. Management of abdominal endograft infection. *J Cardiovasc Surg (Torino).* 2010 Feb; 51(1):33-41.
26. Hobbs SD, Kumar S, Gilling-Smith GL. Epidemiology and diagnosis of endograft infection. *J Cardiovasc Surg (Torino).* 2010 Feb; 51(1):5-14.
27. Vogel TR, Symons R, Flum DR. The incidence and factors associated with graft infection after aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 2008 Feb; 47(2):264-9.
28. Sharif MA, Lee B, Lau LL, Ellis PK, Collins AJ, Blair PH, et al. Prosthetic stent graft infection after endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 2007 Sep; 46(3):442-8.
29. Saratzis N, Saratzis A, Melas N, Ktenidis K, Kiskinis D. Aortoduodenal fistulas after endovascular stent-graft repair of abdominal aortic aneurysms: single-center experience and review of the literature. *J Endovasc Ther.* 2008 Aug; 15(4):441-8.

30. Harris PL, Vallabhaneni SR, Desgranges P, Becquemin JP, van Marrewijk C, Laheij RJ. Incidence and risk factors of late rupture, conversion, and death after endovascular repair of infrarenal aortic aneurysms: the EUROSTAR experience. European Collaborators on Stent/graft techniques for aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 2000 Oct; 32(4):739-49.
31. Endovascular aneurysm repair versus open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1): randomised controlled trial. *Lancet.* 2005 Jun 25-Jul 1; 365(9478):2179-86.
32. Kakkos SK, Antoniadis PN, Klonaris CN, Papazoglou KO, Giannoukas AD, Matsagkas MI, Kotsis T, Dervisis K, Gerasimidis T, Tsolakis IA, Liapis CD. Open or endovascular repair of aortoenteric fistulas? A multicentre comparative study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2011; 41:625-34.
33. Numan F, Gulsen F, Solak S, Cantasdemir M. Management of endograft infections. *J Cardiovasc Surg (Torino).* 2011; 52:205-23.
34. Kelso RL, Lyden SP, Butler B, Greenberg RK, Eagleton MJ, Clair DG. Late conversion of aortic stent grafts. *J Vasc Surg.* 2009 Mar; 49(3):589-95.
35. Lyden SP, McNamara JM, Sternbach Y, Illig KA, Waldman DL, Green RM. Technical considerations for late removal of aortic endografts. *J Vasc Surg.* 2002 Oct; 36(4):674-8.
36. Lipsitz EC, Ohki T, Veith FJ, Suggs WD, Wain RA, Rhee SJ, et al. Delayed open conversion following endovascular aortoiliac aneurysm repair: partial (or complete) endograft preservation as a useful adjunct. *J Vasc Surg.* 2003 Dec; 38(6):1191-8.
37. May J, White GH, Harris JP. Techniques for surgical conversion of aortic endoprosthesis. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 1999 Oct; 18(4):284-9.
38. de Vries JP, van Herwaarden JA, Overtom TT, Vos JA, Moll FL, van de Pavoordt ED. Clinical outcome and technical considerations of late removal of abdominal aortic endografts: 8-year single-center experience. *Vascular.* 2005 May-Jun; 13(3):135-40.
39. Ouriel K, Clair DG, Greenberg RK, Lyden SP, O'Hara PJ, Sarac TP, et al. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysms: device-specific outcome. *J Vasc Surg.* 2003 May; 37(5):991-8.
40. Nabi D, Murphy EH, Pak J, Zarins CK. Open surgical repair after failed endovascular aneurysm repair: is endograft removal necessary? *J Vasc Surg.* 2009 Oct; 50(4):714-21.
41. Bockler D, Probst T, Weber H, Raithe D. Surgical conversion after endovascular grafting for abdominal aortic aneurysms. *J Endovasc Ther.* 2002 Feb; 9(1):111-8.
42. Koning OH, Hinnen JW, van Baalen JM. Technique for safe removal of an aortic endograft with suprarenal fixation. *J Vasc Surg.* 2006 Apr; 43(4):855-7.
43. Varcoe RL, Laird MP, Frawley JE. A novel alternative to open conversion for type 1 endoleak resulting in ruptured aneurysm. *Vasc Endovascular Surg.* 2008 Aug-Sep; 42(4):391-3.
44. Mory M, Allenberg JR, Schumacher H, von Tengg-Kobligk H, Bockler D. Open decompression, proximal banding, and aneurysm sac fenestration as an alternative to conversion in the management of endotension after EVAR. *J Endovasc Ther.* 2008 Aug; 15(4):449-52.
45. Dattilo JB, Brewster DC, Fan CM, Geller SC, Cambria RP, Lamuraglia GM, et al. Clinical failures of endovascular abdominal aortic aneurysm repair: incidence, causes, and management. *J Vasc Surg.* 2002 Jun; 35(6):1137-44.
46. Chaikof EL, Lin PH, Brinkman WT, Dodson TF, Weiss VJ, Lumsden AB, et al. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysms: risk stratified outcomes. *Ann Surg.* 2002 Jun; 235(6):833-41.
47. Dalainas I, Nano G, Casana R, Tealdi Dg D. Mid-term results after endovascular repair of abdominal aortic aneurysms: a four-year experience. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2004 Mar; 27(3):319-23.
48. Verhoeven EL, Tielliu IF, Prins TR, Zeebregts CJ, van Andringa de Kempnaer MG, Cina CS, et al. Frequency and outcome of re-interventions after endovascular repair for abdominal aortic aneurysm: a prospective cohort study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2004 Oct; 28(4):357-64.
49. van Marrewijk CJ, Fransen G, Laheij RJ, Harris PL, Buth J. Is a type II endoleak after EVAR a harbinger of risk? Causes and outcome of open conversion and aneurysm rupture during follow-up. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2004 Feb; 27(2):128-37.
50. Lifeline registry of endovascular aneurysm repair: long-term primary outcome measures. *J Vasc Surg.* 2005 Jul; 42(1):1-10.
51. Aho PS, Roth WD, Keto P, Lepantalo M. Early elective conversion for failing EVAR. *Scand J Surg.* 2005; 94(3):221-6.
52. Tiesenhausen K, Hessinger M, Konstantiniuk P, Tomka M, Baumann A, Thalhammer M, et al. Surgical conversion of abdominal aortic stent-grafts-outcome and technical considerations. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006 Jan; 31(1):36-41.
53. Terramani TT, Chaikof EL, Rayan SS, Lin PH, Najibi S, Bush RL, et al. Secondary conversion due to failed endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 2003 Sep; 38(3):473-7; discussion 7-8.
54. Brewster DC, Jones JE, Chung TK, Lamuraglia GM, Kwolok CJ, Watkins MT, et al. Long-term outcomes after endovascular abdominal aortic aneurysm repair: the first decade. *Ann Surg.* 2006 Sep; 244(3):426-38.
55. Gambardella I, Blair PH, McKinley A, Makar R, Collins A, Ellis PK, et al. Successful delayed secondary open conversion after endovascular repair using partial explantation technique: a single-center experience. *Ann Vasc Surg.* 2010 Jul; 24(5):646-54.
56. Forbes TL, Harrington DM, Harris JR, DeRose G. Late conversion of endovascular to open repair of abdominal aortic aneurysms. *CanJ Surg.* 2012 Aug; 55(4):254-8.

Αποτελεί το συμφέρον του ασθενούς σήμερα το κέντρο του ενδιαφέροντός μας;

«Ασκείν περί τα νοσήματα δύο, ωφελέειν ή μη βλάπτειν»

[Η φροντίδα για τις παθήσεις (έχει) δυο αρχές: ωφέλεια (για τον αρρώστο) ή τουλάχιστον μη πρόκληση βλάβης]

Ιπποκράτης 460-377 π.Χ.¹

Δ-Σ. Γ. Γεωργόπουλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιατρός ην άτεχνος. Ούτος αρρώστω παρακολουθών, πάντων ιατρών λεγόντων αυτόν μη κινδυνεύειν, αλλά χρονίσειν εν τη νόσω, ούτος μόνος έφη αυτό πάντα τα αυτού ετοιμάσαι «την αύριον γαρ ουκ υπερβήση». Ταύτα ειπών υπεχώρησε. Μετά χρόνον δε τινά αναστάς ο νοσών προήλθεν ωχρός και μόλις βαίνων. Ο δε ιατρός συναντήσας αυτό «Χαίρε, έφη, πως έχουσιν οι κάτω;». Κακείνος είπεν «Ηρεμούσι πίνοντες το της Λήθης ύδωρ. Προ ολίγου δε ο Θάνατος και ο Άδης δεινώς ηπειλουν τους ιατρούς πάντας ότι τους νοσούντας ουκ εώσιν αποθνήσκειν, και κατεγράφοντο πάντας. Έμελλον δε και σε γράψαι, αλλ' εγώ προσπεσών αυτοίς και δυσωπίσας εξωμοσάμην αυτοίς μη αληθή ιατρόν είναι σε, αλλά μάτην διεβλήθης»².

Όλες οι μορφές εξουσίας, του πολιτικού, του δασκάλου, του αστυνομικού, του δικηγόρου, του δικαστή, του δημοσιογράφου, των πολιτών έχουν περιορισμούς. Κανενός η εξουσία δεν είναι απεριόριστη. Για όλους ισχύουν κανόνες και όρια. Εξαιρούνται οι γιατροί. Γιατί;

Είναι γνωστό, από τους οικονομολόγους της υγείας, ότι, σε όλα τα πολιτικά συστήματα, μόνο ο γιατρός έχει τη δυνατότητα και την δύναμη να υποχρεώνει τον πολίτη τι θα αγοράσει και σε ποιά ποσότητα, χωρίς να λαμβάνει υπόψη του το κόστος των εξετάσεων και των εγχειρήσεων. Με αυτό τον τρόπο καθορίζει το κόστος της υγείας³. Μπορεί ο έμπορος, ο παντοπώλης, ο οπωροπώλης, ο οποιοσδήποτε που πουλά κάτι ή παρέχει υπηρεσίες, να μας υποχρεώσει να τις αγοράσουμε, και μάλιστα σε συγκεκριμένη ποσότητα; Όχι. Μόνο ο γιατρός μπορεί κάτι τέτοιο. Μόνο ο γιατρός έχει αυτή την δύναμη, και παραγγέλλει: «Και ακτινογραφία και αγγειογραφία και υπερηχογράφημα και αξονική και μαγνητική και οστική μάζα, και ηλεκτροκαρδιογράφημα πρέπει να κάνετε», χωρίς να λαμβάνει υπόψη του τις οικονομικές δυνατότητες του αρρώστου. «Πρόκειται για την υγεία σας» απαντά.

Με αυτή την εξουσία στα χέρια, ο γιατρός προσπαθεί με κάθε μέσο, είτε χορηγεί φάρμακα είτε προτείνει μια εγχείρηση, να θεραπεύσει την πάθηση του αρρώστου. Από την άλλη μεριά αυτό μπορεί να τον οδηγήσει στην κα-

Διάλεξη μετά από
Πρόσκληση της Οργανωτικής
Επιτροπής με προκαθορισμένο τίτλο.
2ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο
για την Θρόμβωση και την
Αντιθρομβωτική Αγωγή,
Ιωάννινα, 9-10 Νοεμβρίου
2012.

τάχρηση της εξουσίας του, στην «κακή» άσκηση της ιατρικής, για να επιβεβαιωθεί η ρήση από τον χώρο των πολιτικών επιστημών, ότι: «Ισχύς χωρίς ρύθμιση επιφέρει κατάχρηση»⁴. Όταν όμως ο άρρωστος εμπιστεύεται τον γιατρό του δεν έχει άλλη επιλογή από το να δεχθεί την γνώμη του και την εντολή του.

Πιστεύω όμως ότι ο γιατρός δεν μπορεί μόνος του να αποφασίζει για τη τύχη του αρρώστου χωρίς να λαμβάνει υπόψη του την βούληση του αρρώστου. Το σημερινό ιατροκεντρικό σύστημα θα πρέπει να γίνει και πάλι ανθρωποκεντρικό⁵.

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ. ΤΗΡΟΥΝΤΑΙ;

Ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) προπαγάνδιζε το «Ασκείν περι τα νοσήματα δύο, ωφελείν ή μη βλάπτειν»¹. Ο Πλάτωνας θεωρούσε ότι δεν υφίσταται ευθύνη για τον γιατρό, όταν αυτός πράττει καλόπιστα, ενώ ο Ιπποκράτης είχε εκφράσει τη λύπη του για τη μη θέσπιση ευθύνης για τον γιατρό⁶. Είναι δυνατόν όμως να αφεθεί ο/η πολίτης στην καλοπιστία και την ελεύθερη βούληση του γιατρού;

Οι Βαβυλώνιοι, πρώτοι το 2000 π.Χ. προχώρησαν στον καθορισμό της ευθύνης του γιατρού, και στις ποινές για τα ιατρικά λάθη, με διάφορα άρθρα στον «Κώδικα Hammurabi». Για παράδειγμα, το άρθρο 218, αναφέρει ότι «αν ένας χειρουργός χειρουργήσει έναν ευπατρίδη με χάλκινο νυστέρι, για μια βαριά βλάβη και προκαλέσει τον θάνατό του, ή αφαιρέσει έναν καταρράκτη ενός ευπατρίδη με χάλκινο νυστέρι και χάσει το μάτι του, το χέρι του θα του κοπεί»⁷.

Ο Immanuel Kant το 1785 μ.Χ. διατύπωσε τη φιλοσοφική βάση της ύψιστης ηθικής, τον Απόλυτο Κανόνα: «Πράξε μόνο με βάση τον κανόνα που επιθυμείς να γίνει παγκόσμιος κανόνας». Ο ύψιστος ηθικός νόμος είναι ότι κανένα άτομο δεν θα αντιμετωπιστεί ως μέσον αλλά ως τελικός σκοπός⁸.

Ο Beauchamp & Childress⁹ καθόρισαν τέσσερις αρχές της ιατρικής ηθικής: το σεβασμό στην ατομική βούληση, την ενεργό καλοσύνη, τη μη βλάβη και τη δικαιοσύνη. Ο Illich¹⁰ πρόσθεσε τρία ακόμη: το συμπάσχειν, την καταδεδεικτικότητα και το σεβασμό. Ο Gillon γράφει ότι: «ο γιατρός συμβουλεύει αλλά δίνει στον άρρωστο την ευκαιρία να αποφασίσει εάν θα ακολουθήσει ή όχι τη συμβουλή...Οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι...να εξασφαλίσουν ότι ασκούν την ιατρική με τέτοιο τρόπο που πραγματικά ωφελεί τον άρρωστο με

τη μικρότερη βλάβη»¹¹.

Εφαρμόζουμε όλα αυτά;

Το 1983, η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, στη Βενετία αποδέχτηκε τη δήλωση του Πάπα Πίου XII (1958) ότι: «Το αγαθό της σωτηρίας της ζωής είναι ηθικά υποχρεωτικό μόνο όταν η επίτευξή του δεν είναι υπέρογκα δυσβάστακτη ή ανάρμοστη σε σχέση με την αναμενόμενη ωφέλεια»⁸. Από την άλλη μεριά, οι νομικοί μας κατατοπίζουν ότι, το ατομικό δικαίωμα στη ζωή συνιστά ένα, όπως λέγεται, «αμυντικό δικαίωμα». Έτσι, το άτομο, δικαιούται να αρνηθεί σωτήριες για τη ζωή του παρεμβάσεις και επεμβάσεις όταν δεν συμφωνεί με αυτές¹².

Τέλος η Ελληνική Πολιτεία με το Νόμο 2071/1992 (ΦΕΚ 123), Άρθρο 47 προσδιορίζει τα δικαιώματα του αρρώστου. Αναφέρω μόνο την παράγραφο 3.: «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν», αλλά και την παράγραφο 4.: «Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, των κοινωνικών και των οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν την μετέπειτα ζωή του»¹³.

Εφαρμόζουμε πιστά το Νόμο;

ΤΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ;

Η επικοινωνία είναι μια απλή αλλά συγχρόνως και μια πολύπλοκη λειτουργία. Η επιτυχημένη επικοινωνία μεταξύ του γιατρού και του αρρώστου επηρεάζει αποφασιστικά την επάρκεια της φροντίδας του αρρώστου, την ικανοποίησή του, τη συμμόρφωσή του αλλά και την ανταπόκρισή του στη θεραπεία. Επιπρόσθετα επιτυγχάνει την εξοικονόμηση χρόνου, την μείωση των επισκέψεων στο γιατρό, την μείωση της έντασης και του άγχους του αρρώστου, την προώθηση της υγείας όλων των εμπλεκόμενων, την μείωση των παραπόνων και τέλος τη μείωση της λεκτικής βίας¹³.

Ο γιατρός πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός με την συμπεριφορά του. Πολλές φορές δίνεται

η εντύπωση-και αυτό δεν είναι μόνο εντύπωση αλλά η σκληρή πραγματικότητα-ότι ο γιατρός δεν δίνει την πρέπουσα προσοχή σε αυτά που του λέει ο άρρωστος. Δεν επιτρέπει στον άρρωστο να ολοκληρώσει τις σκέψεις του, να περιγράψει τα συμπτώματα της πάθησής του, και να εκφράσει τα αισθήματά του. Διακόπτει τον άρρωστο. Είναι βιαστικός και δεν παρέχει το απαραίτητο χρονικό περιθώριο ώστε ο άρρωστος να του απευθύνει τις ερωτήσεις που επιθυμεί. Ο μακαρίτης πατέρα μου, που ήταν γιατρός, έλεγε: «Άφησε τον άρρωστο να μιλήσει, μην τον διακόπτεις, βοήθησέ τον να εκφραστεί, αυτός θα σου πει στο τέλος τι έχει».

Κατατοπίζει ο γιατρός τον άρρωστο για την πάθησή του ανάλογα με τις αντοχές του και τις γνώσεις του χωρίς να τον «τρομοκρατεί»; Διότι όταν πάσχει το σώμα επηρεάζεται και η ψυχή. Αυτό απαιτεί πρόσθετη ιατρική φροντίδα ώστε να μπορέσει ο άρρωστος, με ψυχική ρώμη, να αντιμετωπίσει την πάθησή του. Ασχολείται ο γιατρός με την ψυχή του πάσχοντος αρρώστου;

Ο γιατρός, στη σχέση του με τον άρρωστο, υπηρετεί αντικρουόμενα συμφέροντα. Το συμφέρον του αρρώστου και το συμφέρον το δικό του: το εισόδημά του, την πελατεία του και την φήμη του. Εκ των πραγμάτων λοιπόν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων, που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την σωστή εξάσκηση της ιατρικής.

Ο Πλάτων (428 π.Χ.-347 π.Χ.) είπε: «Ο γιατρός παύει να είναι γιατρός όταν στη διάγνωσή του αναλογίζεται το δικό του συμφέρον και όχι του αρρώστου, γιατί ο αληθινός γιατρός είναι κυρίαρχος της ανθρώπινης ζωής και όχι άνθρωπος που πάει να θησαυρίσει»¹⁴.

Στην Ελλάδα τα παράπονα των ασθενών για την συμπεριφορά των γιατρών ακούγονται διάχυτα αλλά σπάνια καταγγέλλονται επίσημα στις αρχές. Αν κάτι τέτοιο συμβεί, ο Ιατρικός Σύλλογος ασχολείται με τις τυπικότητες και με τις διαδικασίες και όχι με την ουσία της καταγγελίας. Σπάνια τιμωρεί τον γιατρό. Ενώ δεν υπάρχουν δημοσιευμένα στοιχεία των καταγγελιών και τι αυτές απέγιναν.

Στα δικαστήρια αντιδικίας και κατηγοριών για τα λάθη και τις αβλεψίες των γιατρών κανένας γιατρός δεν υπερασπίζεται τον άρρωστο. Οι γιατροί υπερασπίζονται τον συνάδελφό τους. «Κόρακας κοράκου μάτι δεν βγάζει».

Στη Γερμανία, μεταξύ του Σεπτεμβρίου 2009 και του Οκτωβρίου 2010, περισσότεροι από 2000 ασθενείς παραπονέθηκαν στον Ιατρικό Σύλλογο της Βόρειας Ρηνανίας-Βεσφαλίας, στο Ντίσελντορφ, για την κακή θεραπευτική αγωγή τους. Αυτό αναφέρεται

σε εκτενέστατο άρθρο στο έγκριτο περιοδικό Der Spiegel τον Ιούλιο του 2011¹⁵. Ο τίτλος του ήταν: «Άφωνος στην Αίθουσα Αναμονής των Ασθενών» με υπότιτλο: «Πολλοί γιατροί αποτυγχάνουν στην θεραπεία-Δεν ακούν τι τους λένε οι άρρωστοι. Η κακή επικοινωνία γιατρού-αρρώστου και η μόδα των εξειδικεύσεων οδηγούν σε λανθασμένες διαγνώσεις και ανώφελες θεραπείες. Οι φοιτητές της Ιατρικής θα πρέπει να μάθουν και πάλι να αντιμετωπίζουν σφαιρικά τους ανθρώπους»¹⁵.

Το 2009 ο εκδοτικός οίκος Libro, για να συμβουλευσει και να συμπαρασταθεί στον άρρωστο αλλά και για να βελτιώσει την συμπεριφορά και τη νοοτροπία του γιατρού κυκλοφόρησε το βιβλίο μου «Πώς να αντιμετωπίσετε τον γιατρό σας για να γίνετε καλά»¹³.

Η ΔΙΑΦΘΟΡΑ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ¹⁶

Το περιοδικό The New York Review on Books, που κυκλοφόρησε το Φεβρουάριο του 2009, έχει στο εξώφυλλό του τον τίτλο: «Η Διαφθορά των Γιατρών». Πρόκειται για το άρθρο της Καθηγήτριας του Harvard, Dr Marcia Angell, πρώην αρχισυντάκτριας για 20 χρόνια του New England Journal of Medicine, όπου παρουσιάζει και κρίνει τρία βιβλία. Ο τίτλος του άρθρου της είναι: «Φαρμακευτικές Εταιρείες και Γιατροί: Μια ιστορία διαφθοράς»¹⁶.

Μέσα από τα παρουσιαζόμενα βιβλία παρέχονται σημαντικές πληροφορίες που αφορούν αρκετούς Καθηγητές διάσημων Πανεπιστημίων και Μελών της Επιτροπής Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) καθώς και γνωστές φαρμακευτικές Εταιρείες.

Καταδεικνύεται ότι οι περισσότεροι από τους γιατρούς λαμβάνουν χρήματα ή δώρα με τον ένα ή τον άλλο τρόπο από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Πολλοί είναι σύμβουλοι με αμοιβή, ομιλητές σε Συνέδρια που οργανώνουν οι ίδιες οι εταιρείες, συγγραφείς-φαντάσματα σε γραπτές εργασίες που συντάσσονται από τις φαρμακευτικές εταιρίες ή τα στελέχη τους και «φαινομενικοί ερευνητές»¹⁷.

Στις ΗΠΑ οι φαρμακευτικές εταιρίες επιχορηγούν τα περισσότερα Συνέδρια επαγγελματικών επιστημονικών οργανώσεων και τα περισσότερα Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης.

Με βάση τους Απολογισμούς, των εννέα πιο σημαντικών φαρμακευτικών εταιριών της Αμερικής, τα χρηματικά ποσά που διατίθενται, για τους σκοπούς αυτούς, ανέρχονται σε δεκάδες δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο¹⁶.

Με τους τρόπους αυτούς, η βιομηχανία των φαρμάκων έχει αποκτήσει τεράστιο έλεγχο ως προς

το πώς οι γιατροί εκτιμούν και χρησιμοποιούν τα προϊόντα τους. Ενώ διαμέσου των εκτεταμένων διασυνδέσεων της φαρμακοβιομηχανίας με τους γιατρούς, ιδιαίτερα με ανώτερα στελέχη, Καθηγητές διασήμων Ιατρικών Σχολών, επηρεάζει τα αποτελέσματα της έρευνας, τον τρόπο που εξασκείται η ιατρική, αλλά ακόμα και τον ορισμό του τι συνίσταται ασθένεια¹⁶.

Τα φάρμακα ως γνωστόν, εγκρίνονται μόνο για συγκεκριμένη δράση-για συγκεκριμένες ενδείξεις-και είναι παράνομο για τις εταιρείες να τα προωθούν για οποιαδήποτε άλλη χρήση. Οι γιατροί όμως είναι δυνατόν να συνταγογραφούν εγκεκριμένα φάρμακα «εκτός ενδείξεων». Πιθανόν οι μισές περίπου συνταγές στις ΗΠΑ να έχουν γραμμένα φάρμακα «εκτός ενδείξεων».

Σήμερα οι Ιατρικές σχολές στις ΗΠΑ έχουν τις δικές τους πολύπλευρες συναλλαγές με την βιομηχανία. Πρόσφατη έρευνα αποκάλυψε ότι τα δύο τρίτα των ακαδημαϊκών Ιατρικών Κέντρων κατέχουν μετοχές σε εταιρείες που χρηματοδοτούν την έρευνα στο ίδιο τους το ίδρυμα¹⁸. Άλλη μελέτη στις έδρες των Τμημάτων των Ιατρικών Σχολών αποκάλυψε ότι τα δύο τρίτα λάμβανε εισόδημα από τις φαρμακευτικές εταιρείες και τα τρία πέμπτα λάμβανε προσωπικό εισόδημα¹⁹. Τα στελέχη των εταιρειών ή οι αντιπρόσωποί τους, συχνά σχεδιάζουν οι ίδιοι τις μελέτες, διενεργούν την ανάλυση, συγγράφουν τις ανακοινώσεις και αποφασίζουν κατά πόσον και σε ποιά μορφή θα δημοσιευτούν τα αποτελέσματα. Συστηματικά ευνοούνται βέβαια τα φάρμακα των χορηγών, κυρίως διότι τα αρνητικά αποτελέσματα δεν δημοσιεύονται.

Σε μια έρευνα διακοσίων ομάδων εμπειρογνομόνων που ήταν υπεύθυνοι για την έκδοση Κατευθυντήριων Οδηγιών, το ένα τρίτο των μελών παραδέχτηκαν ότι είχαν κάποιο οικονομικό συμφέρον από τα φάρμακα για τα οποία γνωμοδοτούσαν²⁰. Ίσως το πιο σημαντικό είναι ότι πολλά μέλη των υφισταμένων Επιτροπών Εμπειρογνομόνων, που συμβουλευόουν την Επιτροπή Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) προκειμένου να εγκριθούν τα φάρμακα, έχουν επίσης οικονομικούς δεσμούς με τις φαρμακευτικές εταιρείες²¹.

Μετά από πολλά χρόνια αποκαλυπτικής νομικής διαδικασίας η GlaxoSmithKline δέχτηκε να συμβιβαστεί το 2004 και να πληρώσει το ποσό των 2,5 εκατομμυρίων δολαρίων για «απάτη σε βάρος των καταναλωτών».

Το 2004, στο περιοδικό Times αποκαλύφθηκε ότι η εταιρία Pfizer ομολόγησε την ενοχή της για την παράνομη προώθηση φαρμάκου και δέχτηκε να

καταβάλει πρόστιμο 430 εκατομμυρίων δολαρίων για να αντιμετωπίσει τις κατηγορίες ποινικού και αστικού δικαίου που διατυπώθηκαν εναντίον της. Η εταιρία TAP Pharmaceuticals, ομολόγησε την ενοχή της και συμφώνησε να καταβάλει το 2001 το ποσό των 875 εκατομμυρίων δολαρίων για να ρυθμίσει «εγκληματικές και αστικές κατηγορίες», με βάση τον Αμερικάνικο Ομοσπονδιακό Νόμο για Ψευδείς Ισχυρισμούς, λόγω της απατηλής τοποθέτησης στην αγορά του φαρμάκου Lupron. Εκτός όμως από την GlaxoSmithKline, την Pfizer, την TAP και άλλες εταιρίες έχουν δεχθεί να συμβιβαστούν για κατηγορίες απάτης, όπως είναι η Merck, η EliLilly και η Abbott.

Οι δαπάνες για αυτούς τους συμβιβασμούς, παρόλο ότι ήταν τεράστιες, σε ορισμένες περιπτώσεις, ήταν μηδαμινές σε σύγκριση με τα κέρδη που δημιουργήθηκαν με αυτές τις παράνομες πράξεις, ενώ στην ουσία δεν ήταν αποτρεπτικές.

Όσο κατακριτέες και αν είναι πολλές από τις πρακτικές της φαρμακοβιομηχανίας, η συμπεριφορά της πλειονότητας του ιατρικού επαγγέλματος είναι ακόμη πιο ένοχη και κατακριτέα²².

Τα τελευταία χρόνια, οι φαρμακευτικές εταιρείες στις ΗΠΑ τελειοποίησαν μια νέα υψηλής τελειότητας μέθοδο προκειμένου να επεκτείνουν τις αγορές τους. Αντί να προωθούν φάρμακα για να θεραπεύσουν υφιστάμενες ασθένειες, έχουν αρχίσει να προσαρμόζουν τις ασθένειες στα φάρμακά τους. Επιπρόσθετα προωθούν νέες εξεζητημένες καταστάσεις, που εμφανίζονται βασικά σε φυσιολογικούς ανθρώπους. Έτσι η αγορά, είναι τεράστια και διευρύνεται με ευκολία.

Η στρατηγική της προώθησης των φαρμάκων φαίνεται ότι αποβλέπει στο να πείσει τους Αμερικανούς ότι υπάρχουν μόνο δύο είδη ανθρώπων : αυτοί που έχουν ιατρικές παθήσεις και αυτοί που δεν το γνωρίζουν ακόμη¹⁶.

Αν και η στρατηγική αυτή ξεκίνησε από την βιομηχανία, δεν θα μπορούσε να εφαρμοστεί χωρίς την συνέργεια του ιατρικού επαγγέλματος.

ΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;

Η συμπεριφορά των γιατρών εμφανίζει και στον τόπο μας παραπλήσια προβλήματα. Εξάλλου γιατί να διαφέρουμε; Δεν χρησιμοποιούμε συχνά άλλες χώρες και ιδιαίτερα τις ΗΠΑ για πρότυπο; Η ανθρώπινη φύση δεν αλλάζει ούτε είναι διαφορετική από χώρα σε χώρα.

Εμείς, όμως έχουμε να αντιμετωπίσουμε, πέρα

από αυτά, και την πολιτισμική μας κρίση, την κρίση των θεσμών μας: πολιτικών, νομικών, θρησκευτικών, της εκπαίδευσης, της υγείας. Η οικονομική μας κρίση είναι απλά η κορυφή αυτού του παγόβουνου.

Η πάθησή μας αυτή είναι πολύ παλαιά. Θα πρέπει να αναζητηθεί όχι μόνο στο ξεκίνημα του Ελληνικού κράτους πριν 200 χρόνια αλλά και στον 12ο αιώνα. Εμείς στην Ανατολή, στο Βυζάντιο, δεν ζήσαμε την Αναγέννηση και τον Διαφωτισμό και δεν είχαμε καμιά συμμετοχή, μετά τον 5ο μ.Χ. αιώνα, στη Φιλοσοφία και την Λογική. Ζήσαμε και δράσαμε μόνο με την πίστη και το συναίσθημα. Και αμελήσαμε να το παντρέψουμε με την λογική. Το αφήσαμε αχαλίνωτο να μας καθοδηγεί, ενώ είμαστε σε συνεχή αντιπαλότητα με το κράτος²³.

Χτίσαμε παράνομα, στο Ε.Σ.Υ. λάβαμε χρήματα από τους αρρώστους ενώ είναι παράνομο, χρησιμοποιούμε την αγορά ιατρικών μηχανημάτων και υλικών των χειρουργείων για να αποκτήσουμε περισσότερο εισόδημα, οδηγούμε τα αυτοκίνητά μας ανασφάλιστα, ληστεύουμε το ΙΚΑ και τον ΟΓΑ (δεν καταβάλλουμε τις εισφορές, λαμβάνουμε συντάξεις και επιδόματα, ενώ δεν δικαιούμεθα, μετέχουμε του κοινωνικού τουρισμού σε ξενοδοχεία που δεν λειτουργούν, πουλάμε τα δικαιώματά μας σε τουριστικά πρακτορεία, κλπ), εισπράττουμε τον Φόρο Προστιθέμενης Αξίας και δεν τον αποδίδουμε στο κράτος, φτιάξαμε Συνεταιρισμούς-φαντάσματα, χρησιμοποιούμε τις υπουργικές θέσεις για χρηματισμό, για μεροληπτικές αποφάσεις, για νομοθεσία που εξυπηρετεί τους «δικούς μας», δεν δηλώνουμε την περιουσία μας και το εισόδημά μας, αφήνουμε ατιμώρητη την παρανομία και ευνοούμε την ατιμωρησία. Ενώ «το αστικό εργασιακό ήθος μας είναι ουσιαστικά άγνωστο όχι μόνο στον τομέα της υλικής παραγωγής, αλλά και στον τομέα του πνεύματος»²⁴. Επιπρόσθετα παραμελούμε και βιάζουμε τη γλώσσα μας.

Είναι δυνατόν να έχουμε στον τόπο μας τόσοι ανάπηρους; τόσοι τυφλούς; τόσοι κωφούς; τόσοι ασθματικούς; τόσοι με κινητικά προβλήματα, τόσα παιδιά με δυσλεξία, τόσα παιδιά κωφάλαλα, τόσες καισαρικές τομές; Τα πιστοποιητικά αυτά, γιατροί τα υπογράφουν, και επιτροπές γιατρών τα εγκρίνουν και με το αζημίωτο.

«Τα τελευταία τέσσερα χρόνια οι δαπάνες στο χώρο της δημόσιας υγείας αυξήθηκαν πάνω από 70%, χωρίς να αυξάνεται αντιστοίχως ο αριθμός των ασθενών» αναφέρεται σε κύριο άρθρο της εφημερίδας ΤΑ ΝΕΑ (7.6.2010)²⁵.

Στην εφημερίδα ΤΟ ΒΗΜΑ (18.6.2010) άρθρο του Αντώνη Καρακούση, με τίτλο «Το Καρτέλ της Άσπρης Μπλούζας» επισημαίνει ότι: «Σύμφωνα με τους μετριοπαθέστερους υπολογισμούς έχουν αφαιρεθεί από τα δημόσια ταμεία περίπου 25 δις ευρώ»²⁶.

«Οικονομική αιμορραγία προκαλείται και από την χρήση υλικών όχι με κριτήριο τις ανάγκες του ασθενούς και το συμφέρον του νοσοκομείου, αλλά με βάση το προσωπικό-και άνομο-συμφέρον του γιατρού» και ότι: «για να μην υπάρξουν διαφυγές και ανεπιθύμητα τυχαία συμβάντα, εξασφαλίστηκε με νόμους και υπουργικές αποφάσεις η προμήθεια υλικών σε τιμή πενταπλάσια η και δεκαπλάσια αυτής που ισχύει στην αγορά σε οποιαδήποτε άλλη χώρα του κόσμου» αναφέρεται στην εφημερίδα Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ (16.6.2010)²⁷.

Σε κύριο άρθρο της εφημερίδας ΤΑ ΝΕΑ (21.6.2010): «Οι άνθρωποι της τρόικας εντόπισαν υπερβάλλουσες δαπάνες τουλάχιστον ενός δισεκατομμυρίου ευρώ στα νοσοκομεία του ΕΣΥ»²⁸.

Δεν αναφέρομαι βέβαια στο υπέρογκο κόστος για την υγεία του ασθενή στην ιδιωτική πρωτοβουλία, όπου οι τιμές είναι «αμερικάνικες».

«Το 2006 η χώρα παραπέμπεται στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο για την άρνησή της να συμμορφωθεί με την υποχρέωση να διεξάγει μειοδοτικούς διαγωνισμούς-υποχρέωση που απορρέει από τις ευρωπαϊκές συνθήκες. Το Δεκέμβριο του 2007 έρχεται η καταδίκη μας στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο, όπου η Ελλάδα προτίμησε να μην παραστεί! Καταδικαστήκαμε, αφού το δικαστήριο συνήγαγε την ενοχή μας «από την σιωπή της ελληνικής πλευράς». Παρά τον κόλαφο και τον εξευτελισμό, ούτε τότε καταργείται η διαβόητη διάταξη, που επιτρέπει τις απευθείας προμήθειες βάσει ανωτάτων τιμών οριζομένων με υπουργικές αποφάσεις» Η διάταξη καταργείται πριν από τις εκλογές του 2010, αναφέρεται σε εκτενές άρθρο της εφημερίδας Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ (17.6.2010)²⁹.

«Τα παιχνίδια με τα φάρμακα: Τα νέα κόλπα των γιατρών για να παρακάμψουν το σύστημα και να γράφουν περισσότερες και ακριβότερες αγωγές στους ασθενείς τους, καθώς και ο ρόλος των φαρμακευτικών εταιρειών» αναφέρει εκτενές ρεπορτάζ του Χάρη Καρανίκα στην εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ (3.7.2012)³⁰. Ενώ στην ίδια εφημερίδα την επόμενη μέρα (4 Ιουλίου 2012) άλλο ρεπορτάζ έχει τίτλο: «Με το πρόσχημα της έρευνας, οι γιατροί γράφουν φάρμακα των οποίων τα νοσήματα δεν περιλαμβάνονται στις εγκεκριμένες θεραπευτικές

ενδείξεις των σκευασμάτων αυτών»³¹.

Τέλος στις 17 Αυγούστου 2012 δημοσιεύτηκε στον τύπο ότι η δαπάνη του προηγούμενου μήνα για τα φάρμακα ξεπέρασε τα 240.000.000 € από τις 4.717.000 συνταγές που γράφτηκαν, και ότι ο υπουργός υγείας διερωτήθηκε: «Μήπως έχει χαθεί το μέτρο;»³².

Τα φαινόμενα αυτά, οι τακτικές αυτές, η εικόνα της φοροδιαφυγής, είναι μέρος της ανεξέλεγκτης και απαράδεκτης συμπεριφοράς των γιατρών. Είναι η εικόνα της διαφθοράς.

Μου έρχεται στο νου ο μύθος του Αισώπου, Γραύς και Ιατρός:

«Γυνή πρεσβύτες τους οφθαλμούς νοσούσα ιατρόν επί μισθώ παρεκάλεσεν. Ο δε εισιών, όποτε αυτήν έχριεν, διετέλει εκείνης συμμυούσης, καθ' ἑκάστον των σκευών υφαιρούμενος. Επειδή δε πάντα εκφορήσας κακείνην εθεράπευσε, απήτει τον ωμολογημένον μισθόν, και μη βουλόμενης αυτής αποδούναι, ήγαγεν αυτήν επί τους άρχοντας.

Η δε έλεγεν τον μεν μισθόν υπεσχέσθαι, εάν θεραπεύση αυτής της οράσεως, νυν δε χείρον διατεθίηναι εκ της οράσεως αυτού η πρότερον, «τότε μεν έβλεπα πάντα» έφη «τα επί της οικίας σκεύη, νυν δ' ουδέν ιδείν δύναμαι»³³.

Δεν πρέπει ποτέ να ξεχνάμε ότι ο άρρωστος προσέρχεται στον γιατρό χωρίς άμυνες, αδύναμος. Ο αδύναμος δικαιούται σεβασμού και υποστήριξης. Είναι έντιμο να εκμεταλλεύεται κανείς έναν αδύναμο συμπολίτη, έναν αδύναμο άρρωστο; Καθήκον μας είναι πρώτα να τον ενδυναμώσουμε ώστε να αντιμετωπίσει την πάθησή του και στη συνέχεια να τον βοηθήσουμε να θεραπευθεί. Όλοι μας γνωρίζουμε τις βασικές αρχές της εξάσκησης της ιατρικής και δεν αρμόζει να τον «τρομοκρατούμε» με τη συμπεριφορά μας και την επίδειξη των γνώσεών μας, ενώ από την άλλη μεριά πρέπει να είμαστε τίμιοι μαζί του³⁴.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σήμερα η υγεία και η ζωή, ως γνωστόν, είναι κάτω από τη μεγάλη πίεση των δαπανών. Η φροντίδα της υγείας έχει γίνει περισσότερο θέμα της οικονομίας παρά της ιατρικής. Ιδιαίτερα κατά την παρούσα οικονομική κρίση επιβάλλεται να επανεισάγουμε την παλαιά αλλά ξεχασμένη ιδέα ότι ο άνθρωπος είναι το κέντρο της οικονομίας και των πολιτικών της. Τα δικαιώματα του ανθρώπου, η κοινωνική συνοχή και η κοινωνική δικαιοσύνη δε θα πρέπει να θυσιάζονται στο βωμό της ανταγωνιστικότητας και του κέρδους του κεφαλαίου, του κέρδους των

γιατρών.

Πιστεύω ότι είμαστε υποχρεωμένοι, να αλλάξουμε, να αυτοελεγχθούμε και να δημιουργήσουμε για τους εαυτούς μας πρόσθετους κανόνες προστασίας της συμπεριφοράς και της φήμης του γιατρού, αλλά και της προσωπικότητας και της ελεύθερης βούλησης του αρρώστου.

Τα δικαιολογημένα παράπονα των πολιτών, οι διαμαρτυρίες τους και οι ταλαιπωρίες που υφίστανται στα Νοσοκομεία μας, δεν είναι παράπονα και διαμαρτυρίες για το νομικό πλαίσιο. Είναι παράπονα και διαμαρτυρίες για τη συμπεριφορά μας, για τη δεοντολογία μας, για το ήθος μας, για τη νοοτροπία μας, για το επίπεδο της παιδείας μας. Το πρόβλημα είμαστε εμείς οι ίδιοι: Εσύ, εγώ και οι άλλοι³⁵.

Εμείς εξευτελίζουμε τους θεσμούς.

Αν όμως εμείς, που γνωρίζουμε τα προβλήματα, δεν βάλουμε τέλος σε αυτή την διαφθορά εθελοντικά, αν δεν εφαρμόσουμε τους κανόνες, και δεν προβούμε στην αξιολόγηση του έργου μας και στις προσήκουσες αλλαγές, θα χάσουμε την εμπιστοσύνη του κοινού. Τότε κάποιοι άλλοι, που δεν γνωρίζουν το έργο μας και τα προβλήματά του, θα μας βάλουν κανόνες και όρια⁸.

Η ευθύνη λοιπόν όλων μας είναι μεγάλη. Η ευθύνη μας, όμως, όπως λέει ο Καστοριάδης «εκφράζεται με την ανευθυνότητα της παροιμιώδους φράσης “εγώ θα διορθώσω το ρωμέικο;”. Ναι κύριε εσύ θα διορθώσεις το ρωμέικο στο χώρο και στον τομέα όπου βρίσκεσαι»³⁶.

Και πέρα από την ευθύνη όλων μας, είναι και τα όρια, το μέτρο, «Μέτρον Άριστον». Τα όρια πρέπει να γίνουν σεβαστά, και να δοθεί το απόλυτο δικαίωμα στον ασθενή να αποφασίζει ο ίδιος για την τύχη του, όπως ο Νόμος ορίζει, και ο γιατρός να περιοριστεί στα όρια ενός πραγματικού τεχνικού συμβούλου.

Αναφερόμενος στην κρίση των θεσμών, στην πολιτισμική μας κρίση, μπορώ να πω, ότι επιτέλους όλοι μας «πρέπει να κάνουμε επανάσταση μέσα στην ίδια την ψυχή μας. Αν δεν αλλάξει δηλαδή ο δικός μας τρόπος του σκέπτεσθαι, η δική μας νοοτροπία, αν, με άλλα λόγια, δεν καταπολεμήσουμε με επίμονη θέληση, αλλά και συστηματική παιδεία, τα ελαττώματά μας, αν δεν αλλάξουμε εμείς οι ίδιοι στο σύνολό μας, πώς είναι δυνατόν να αλλάξει η κοινωνία και το κράτος;»^{37,38}.

Σήμερα, έχουμε ξεπεράσει όλα τα όρια, «το μέτρο» και βρισκόμαστε ήδη πέρα από την Ύβριν. Ως φυσικό επακόλουθο ήρθε η Νέμεσις και όπως λέει ο φιλόσοφος Στέλιος Ράμφος: «τώρα πρέπει

να νικήσουμε τον κακό μας εαυτό με την σοφία του πόνου»³⁹.

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Δρας Παν/μίων Βόννης & Αθηνών
 Πρώην αγγειοχειρουργός και Δ/ντής Αγγειοχειρουργικών
 Τμημάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας, 1985-2006
 (Νοσοκομεία Ελπίς & Κωνσταντοπούλειο-Αγία Όλγα)
 Διεύθυνση: Πανδώρας 3, 14578 Εκάλη
 Τηλ.: 210-81.34.972
 E-mail: degeorg@otenet.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. el.wikipedia.org/wiki/Ιπποκράτης.
2. Αγγελόπουλου Π. Αισώπου Μύθοι. Επιλογή, Έμμετρη απόδοση- Αρχαίο κείμενο. Σύλλογος προς Διάδοσιν Ωφελίμων Βιβλίων, Αθήνα, 1988.
3. Fuchs VR. Who Shall Live? Health Economics, and Social Choice. Basic Books, Inc, Publishers. New York, 1974.
4. Delors J. Αναζωπυρώνοντας το πνεύμα συνεργασίας, στο Anton Hemerijck, Ben Knapen, Ellen van Doorne (Επιμ.) Μετά το Σεισμό. Οικονομική Κρίση και Θεσμική Επιλογή. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2010.
5. Γεωργόπουλος Δ-Σ. Γ. Αγγειοχειρουργική και αντιγήρανση: Ατενίζουμε τον ήλιο ενώ γερνάμε. Ελληνική Αγγειοχειρουργική, τεύχος 18, 2009(213-218).
6. Κότσιανος Σ. Η Ιατρική Ευθύνη. Εκδόσεις Τριανταφύλλου, Θεσσαλονίκη, 1977.
7. www.commonlaw.com/Hammurabi.html.
8. Γεωργόπουλος Δ-Σ. Γ. Συστηματική καταγραφή δεδομένων, επίσημος έλεγχος, εκτίμηση και αξιολόγηση της ποιότητας και του κόστους της χειρουργικής. Η έκτη χρονιά λειτουργίας του Αγγειοχειρουργικού Τμήματος. Έκδοση Αγγειοχειρουργικού Τμήματος, Κωνσταντοπούλειο-Αγία Όλγα. Αθήνα, 2003.
9. Beauchamp TL, Childress JF. Principles at Biomedical Ethics, 2nd ed, pp 148-158, Oxford Press, Oxford, 1983.
10. Illich I. Limits to medicine. Medical Nemesis: the Expropriation of Health, Marion Boyars, London, p.163, 1976.
11. Gillon R. Doctors and patients. British Medical Journal, 294, 466-469, 1985.
12. Κουτνατζή-Παναγοπούλου Φ. Σκέψεις αναφορικά με το δικαίωμα της διακοπής της ανθρώπινης ζωής, στο Φ. Κουτνατζή-Παναγοπούλου (Επιμ.): Ηθική και Δεοντολογία της Υγείας. Liber amicorum Ελένης Βαλάσση-Αδάμ. Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα, 2011.
13. Γεωργόπουλος Δ-Σ. Γ. Πώς να αντιμετωπίσετε τον γιατρό σας για να γίνετε καλά. Εκδόσεις Libro, Αθήνα, 2009.
14. www.sansimera.gr/quotes/categories/85-70K.
15. Blech J. Sprachlos in der Sprechstunde. Der Spiegel, 7/2011, pp 120-128.
16. Angell M. Doctors and Corruption. The New York Review on Books. New York, 2009.
17. Ο Γερουσιαστής Grassley ερευνά τον καιρό αυτό την εταιρεία Wyeth για τις πληρωμές της συγγραφής άρθρων-φαντασμάτων προς όφελος του φαρμάκου της για την αντικατάσταση μιας ορμόνης. Το φάρμακο ονομάζεται Prempro.
18. Bekelman JE et al: Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biochemical Research: A Systematic Review. The Journal of the American Medical Association, Jan. 22, 2003.
19. Campbell EG et al. Institutional Academic-Industry Relationships. The Journal of the American Medical Association, 17 Oct. 2007.
20. Taylor R., Giles J. Cash Interests Taint Drug Advice. Nature, 20 Oct, 2005.
21. Στις 4 Αυγούστου, 2008 η Επιτροπή Τροφίμων και Φαρμάκων(FDA) ανακοίνωσε ότι το ποσόν των 50.000 δολαρίων είναι τώρα «η μέγιστη προσωπική οικονομική απολαβή που ένας σύμβουλος θα μπορούσε να έχει από όλες τις εταιρείες που μπορεί να επηρεάζονται από κάθε μια συνεδρίαση». Απαλλαγή παρέχεται για μικρότερο ποσό.
22. Kassirer P. On the Take: How Medicine's Complicity With Big Business Can Endanger Your Health. Oxford University Press, 2005.
23. Ράμφος Στ. Η Λογική της Παράνοιας. Εκδόσεις Αρμός, Αθήνα, 2011.
24. Κονδύλης Π. Οι αιτίες της παρακμής της σύγχρονης Ελλάδας. Η καχεξία του αστικού στοιχείου στην νεοελληνική κοινωνία και ιδεολογία. Έκδοση Γ'. Θεμέλιο, Αθήνα, 2011.
25. Εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ, 7.6.2010.
26. Εφημερίδα ΤΟ ΒΗΜΑ, 18.6.2010.
27. Εφημερίδα Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 16.6.2010.
28. Εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ, 21.6.2010.
29. Εφημερίδα Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 17.6.2010.
30. Εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ, 3.7.2012.
31. Εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ, 4.7.2012.
32. Εφημερίδα Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 17.8.2012.
33. <http://el.wicisource.org> (Chambry E. Aesopi fabulae, vol.2, Les Belles Letters, Paris, 1925-1926).
34. Γεωργόπουλος Δ-Σ. Γ. Αποχαιρετισμός στην Αγγειοχειρουργική, στο Δ-Σ. Γ Γεωργόπουλος & Δ-Ρ Ν Σταράμος, Εκπαίδευση στην Αγγειοχειρουργική. Απόψεις Εκπαιδευτών-Εκπαιδευομένων 1906-2006. Έκδοση Αγγειοχειρουργικού Τμήματος Κωνσταντοπούλειο-Αγία Όλγα. Αθήνα, 2006.
35. Γεωργόπουλος Δ-Σ. Γ. Ε.Σ.Υ., εγώ και οι άλλοι. Εκδόσεις Libro. Αθήνα, 2008.
36. Παπαδοπούλου Τ (Επιμ.) Του Κορνήλιου Καστοριάδη. «Είμαστε υπεύθυνοι για την ιστορία μας». Εκδόσεις Πόλις. Αθήνα, 2000.
37. Βακαλόπουλος ΑΕ. Ο Χαρακτήρας των Ελλήνων. Θεσσαλονίκη 1983, σελ. 328-329, 270.
38. Ξηροτύρη Ι. Η καταπολέμηση των ελαττωμάτων μας. Επιστ. Επετ. της ΑΒΣΘ, 5. Θεσσαλονίκη 1976, σελ. 213.
39. Ράμφος Στ. Time Out. Η Ελληνική αίσθηση του χρόνου. Εκδόσεις Αρμός, Αθήνα, 2012

Προσεχείς επιστημονικές συναντήσεις

Επιμέλεια: Ι. Κακίονς

2nd Vascular Access Workshop

6.9-7.9.2012

Budapest, Hungary

www.esvs.org

5th NESA International Surgical Conference

13.9-15.9.2012

Palma de Mallorca, Spain

www.nesacademy.org

1st International Congress on Lipid Metabolism & Atherosclerosis

14.9-15.9.2012

Seoul, Korea

www.icla2012.org

ESVS Annual Meeting 2012

19.9-21.9.2012

Bologna, Italy

www.esvs.org

20th Cardiovascular System Dynamics Society (CSDS) Meeting

20.9-23.9.12

Rhodes, Greece

www.csds2012.com

3rd International Meeting on Aortic Diseases

4.10-6.10.2012

Liege, Belgium

www.chuliege-ima.be

22nd International Congress on Thrombosis

6.10-9.10.2012

Nice, France

www.thrombosis2012.org

Diabetic Limb Salvage

11.10-13.10.2012

Washington, DC, USA

www.DLSConference.com**XXII Annual Meeting of the Mediterranean League of Angiology and Vascular Surgery (MLAVS)
and VIII Annual Congress of Fleboforum**

11.10-13.10.2012

Civitavecchia, Italy

www.mlavs.org**2012 Endovascology**

17.10-21.10.2012

Shanghai, China

www.endovascology.org**London Cardiovascular Symposium**

19.2-20.2.2012

London, UK

www.rsm.ac.uk/lcvs2012**Basic Surgical Skills Course**

19.10-20.10.2012

Larissa, Greece

www.bss-greece.gr**XII Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery**

30.10-3.11.2012

Rio de Janeiro, Brasil

<http://www.panamericancongress.com.br/>**3rd EVF HOW on Venous Disease**

31.10-3.11.2012

Larnaka, Cyprus

http://www.europeanvenousforum.org/evfc2012/evfc_2012.htm**EVAR Master class**

8.11-9.11.2012

Lucerne, Switzerland

www.vascular-international.org**2^o Εκπαιδευτικό Σεμινάριο στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή**

9.11-10.11.2012

Ιωάννινα

www.ivd.gr/thromvosi**1st Symposium Vasculaire de l'Arc Lmanique**

11.11.2012

Lausanne, Switzerland

www.chuv.ch/ctv

Veith Symposium 2011

14.11–18.11.2012

New York, USA

www.veithsymposium.org**Fundamental Endovascular Workshop**

28.11.2012

Manchester, UK

www.esvs.org**MVC 2012–Munich Vascular Conference**

30.11–1.12.2012

Munich, Germany

www.munich-vascular-conference.com**Management of Aortic Rupture Workshop**

1.12–2.12.2012

Zürich, Switzerland

www.esvs.org**14^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο με θέμα «Υγιεινή & Νοσήματα Στόματος. Σχέση με την Αθηροσκλήρωση και τις Καρδιαγγειακές Παθήσεις»**

8.12.2012

Θεσσαλονίκη

www.globalevents.gr**Introduction to Open Surgery and Endovascular Techniques Workshop**

11.12–12.12.2012

Hamburg, Germany

www.esvs.org**5th International Congress**

Aortic Surgery and Anesthesia: How to do it

13.12–15.12.2012

Milano, Italy

www.aorticsurgery.it**Controversies and updates in Vascular Surgery**

17.1–19.1.2013

Paris, France

<http://www.cacvs.org/>**LINC 2013**

23.1–26.1.2012

Leipzig, Germany

www.leipzig-interventional-course.com**2nd Annual International Society for Vascular Surgery Congress**

14.2–17.2.2013

Miami, FL, USA

www.isvscongress.org

MILAN 2013–Multidisciplinary International Limb and Amputation prevention conference
22.2-23.2.2013
Milan, Italy
scientific.milan2013@mail.com

iCON2013 (International Congress for Endovascular Specialists)
24.2-28.2.2013
Scottsdale, Arizona
www.iconmeeting.org

European Vascular Course
Maastricht, The Netherlands
10.3-12.3.2013
www.vascular-course.com

LINC Asia-Pacific 2013
Hong Kong
18.3-20.3.2013
www.lincasiapacific.com

DFCon2013 (Diabetic Foot Global Conference)
21.3-23.3.2013
Los Angeles, California
www.DFCon.com

9th International Congress of Update in Cardiology and Cardiovascular Surgery
21.3-24.3.2013
Antalya, Turkey
www.uccvs2013.org

Thoraco-Abdominal Aortic Aneurysm Course
4.4-5.4.2013
London, UK
www.esvs.org

35th International Symposium Charing Cross
6.4-9.4.2013
London, UK
www.cxsymposium.com

8th International Congress on Vascular Access
Prague, Czech Republic
25.4-27.4.2013
www.vas2013.org

Hands-on Workshop on Vascular Ultrasound
Barcelona, Spain
8.5-10.5,2013
www.esvs.org

ESVB 2013–8th European Symposium of Vascular Biomaterials

10.5-11.5.2013
Strasbourg, France
www.esvb.net

6th Mediterranean Meeting of Venous Disease

Nice, France
17.5-18.5.2013
www.mmvd-cmpv.com

LIVE 2013–Leading Innovative Vascular Education

23.5-26.5.2013
Thessaloniki, Greece
www.live2013.gr

ESVS: Vascular Biology, Materials and Devices. Inaugural Meeting Frankfurt 2013

24.5-25.5.2013
Frankfurt, Germany
www.esvs.org/social/spring-meeting-2013

MEET 2013–Multidisciplinary European Endovascular Therapy

9.6-11.6.2013
Rome, Italy
www.meetcongress.com

17th International Experts Symposium–Critical Issues in aortic endografting 2013

21.6-22.6.2013
Nuremberg, Germany
www.critical-issues-congress.com

XXIII Annual Meeting of the Mediterranean League of Angiology and Vascular Surgery (MLAVS)

4.10-5.10.2013
Volos-Larissa, Greece
www.conferre.gr

AfroChap-VI

10.10-12.10.2013
Alexandria, Egypt
Afrochap2013.com

Surgery of the Thoracic Aorta–Seventh Postgraduate Course

11.11-12.11.2013
Bologna, Italy
www.noemacongressi.it

63rd ESCVS–International Congress of the European Society for Cardiovascular and Endovascular Surgery

24.4-27.4.2014
Nice, France
www.escvs2014.com