



Σημείωμα της Σύνταξης

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Στο παρόν τεύχος του περιοδικού μας περιλαμβάνονται τα παρακάτω άρθρα.

Το πρώτο άρθρο προέρχεται από την Αγγειοχειρουργική Μονάδα της Γ' Χειρουργικής Κλινικής του ΑΤΤΙΚΟΥ Νοσοκομείου. Είναι μια αναδρομική μελέτη για την έκταση των περιφερικών παρακάμψεων στην προσπάθεια διάσωσης των κάτω άκρων με γάγγραινα λόγω περιφερικής αρτηριακής νόσου. Παρόλο που ο αριθμός των περιπτώσεων είναι περιορισμένος, πρόκειται για μια μελέτη που σχεδιάστηκε και μελετήθηκε σωστά στατιστικά και καταλήγει σε χρήσιμα συμπεράσματα.

Το δεύτερο άρθρο αφορά στην παρουσίαση περιπτώσεων όγκων του καρωτιδικού σωματίου και προέρχεται από την Αγγειοχειρουργική και Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Πατρών. Πρόκειται για την παρουσίαση τριών περιπτώσεων του σπάνιου αυτού όγκου, που αφαιρέθηκαν επιτυχώς.

Το τρίτο άρθρο είναι μια κλινική μελέτη και προέρχεται από την Αγγειοχειρουργική Κλινική του ΓΝΑ «ΚΑΤ». Πρόκειται για την παρουσίαση μίας μεγάλης σειράς ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής που αντιμετωπίστηκαν, μέσα σε σύντομο (11 μήνες) χρονικό διάστημα, κυρίως ενδοαυλικά.

Τελευταίο, είναι ένα ειδικό άρθρο από τον τακτικό τροφοδότη του περιοδικού μας τον κ. Δ-Σ Γεωργόπουλο για τη σημασία της συζήτησης μεταξύ αρρώστου και γιατρού κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης.

Εκ μέρους της Επιτροπής Σύνταξης σας εύχομαι Καλό Καλοκαίρι.

Με εκτίμηση
Για τη Συντακτική Επιτροπή



Καθηγητής Μ.Ν. Σέξας

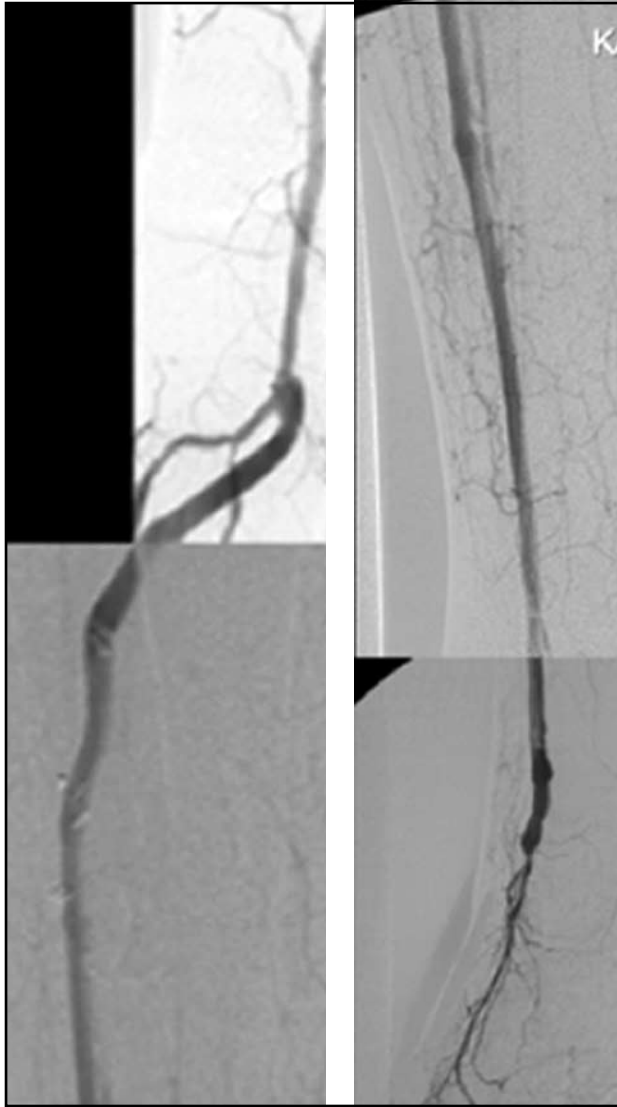
Οι περιφερικές παρακάμψεις στη διάσωση κάτω άκρων με γάγγραινα λόγω περιφερικής αρτηριακής νόσου

A. M. Λάζαρος¹, I. Δ. Κακίσις¹, K Βασιλάς¹, M. Περούλης¹, Δ. Αθανασιάδης¹, Π. Πατάνης^{1β}, Η. Μπρούντζος², Γ. Μ. Καρατζάς^{1β}, Σ. Ν. Βασιλόπουλος¹

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στις περιπτώσεις ασθενών με περιφερική αρτηριακή νόσο (ΠΑΝ) που χρήζουν παρέμβασης, η ενδαγγειακή αντιμετώπιση τείνει να είναι η πρώτη επιλογή ανεξάρτητα από το είδος της βλάβης και την ταξινόμησή της κατά TASC. Οι περιφερικές παρακάμψεις στα αγγεία της κνήμης και του άκρου ποδός χρησιμοποιούνται συνήθως όταν οι ενδαγγειακές τεχνικές έχουν αποτύχει, συχνά σαν τελικές προσπάθειες διάσωσης. Σκοπός αυτής της αναδρομικής μελέτης, είναι να εξετάσει τα αποτελέσματα των περιφερικών επεμβάσεων, είτε αυτές γίνονται πρωτογενώς, είτε μετά από αποτυχημένη ενδαγγειακή θεραπεία, στους ασθενείς με γάγγραινα του άκρου πόδα λόγω ΠΑΝ. Όλοι οι ασθενείς με γάγγραινα λόγω ΠΑΝ, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε περιφερική επέμβαση επαναιμάτωσης, μελετήθηκαν αναδρομικά. Έντεκα ασθενείς (6 άρρενες, 55%) συμπεριλήφθηκαν. Έξι ασθενείς (55%) είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε μη επιτυχή προσπάθεια αγγειοπλαστικής. Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν 67 έτη (εύρος 48 ως 87). Αγγειογραφικά, όλες οι βλάβες ήταν εντοπισμένες στο μηροϊγνυακό και κνημιαίο άξονα και ήταν τύπου TASC D. Πρωταρχικά τελικά σημεία της μελέτης ήταν ο μείζων ακρωτηριασμός (κνήμης ή μηρού) και ο θάνατος. Η βατότητα και η διατήρηση του μέλους στους 12 μήνες υπολογίστηκαν με τεχνικές καμπύλης επιβίωσης. Η περιεχειρητική θνητότητα ήταν 9% (1 ασθενής). Η διάμεση παραμονή στο νοσοκομείο μετά την επέμβαση ήταν 21 ημέρες (εύρος 6 ως 114). Η βατότητα των μοσχευμάτων ήταν 49% στους 12 μήνες μετά την επέμβαση (56% όταν η επέμβαση έγινε μετά από αποτυχημένη αγγειοπλαστική και 40% όταν έγινε πρωτογενώς, $p=0,64$). Η συνολική διατήρηση του σκέλους στους 12 μήνες ήταν 52% (40% και 75% στην ομάδα μετά από αγγειοπλαστική και πρωτογενούς παράκαμψης αντίστοιχα, $p=0,49$). Οι περιφερικές παρακάμψεις στα αγγεία της κνήμης και του άκρου πόδα, όταν γίνονται σε ασθενείς με γάγγραινα λόγω ΠΑΝ προσφέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα, χωρίς σημαντική θνητότητα, ανεξάρτητα αν γίνονται πρωτογενώς είτε μετά από αποτυχημένη

¹Αγγειοχειρουργική Μονάδα,
^{1β}Γ' Χειρουργική Κλινική,
²Εργαστήριο Επεμβατικής
Ακτινολογίας, ΠΓΝ «Αττικόν»,
Πανεπιστήμιο Αθηνών



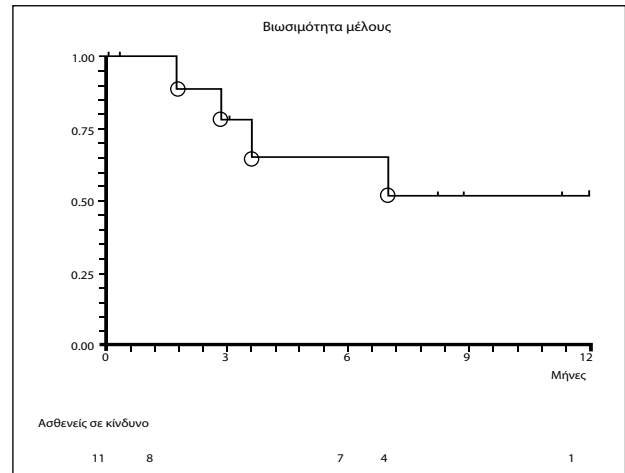
Εικόνα 1. Αγγειογραφική εικόνα παράκαμψης, από την ιγνυακή αρτηρία κάτω του γόνατος στο αρχικό τμήμα της ραχιαίας του ποδός, με αυτόλογο μόσχευμα μη ανεστραμμένη ομόπλευρη μείζονα σαφηνή φλέβα.

προσπάθεια ενδαγγειακής θεραπείας.

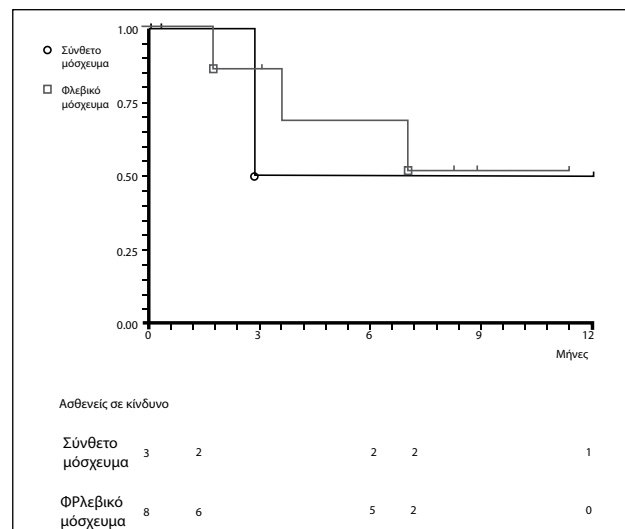
Λέξεις κλειδιά: Κάτω άκρα με γάγγραινα λόγω περιφερικής αρτηριακής νόσου, ενδαγγειακή αντιμετώπιση, περιφερικές παρακάμψεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά την ύπαρξη χώρου για την ανοικτή αγγειοχει-

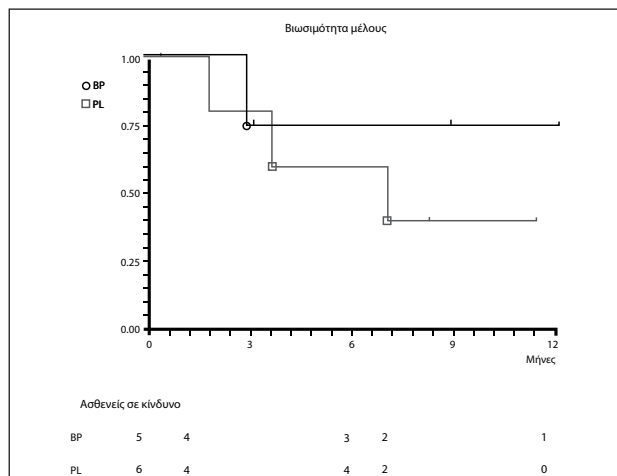


Σχήμα 1. Καμπύλη Kaplan-Meier ως προς τη διατήρηση του μέλους στο σύνολο των ασθενών.

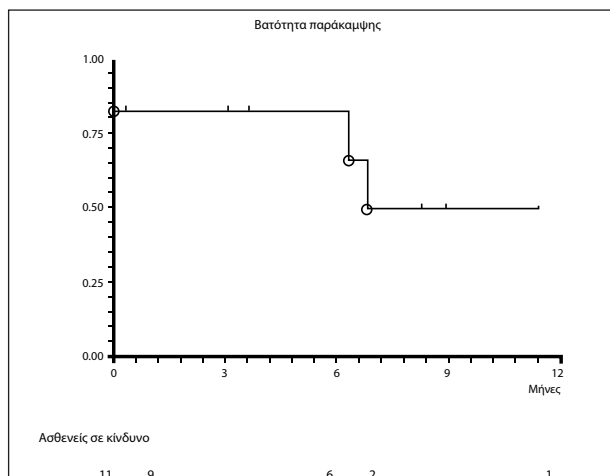


Σχήμα 2. Καμπύλη Kaplan-Meier ως προς τη διατήρηση του μέλους ανάλογα με το είδος του μοσχεύματος που χρησιμοποιήθηκε. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

ρουργική στην αντιμετώπιση της περιφερικής αρτηριακής νόσου¹, σήμερα υπάρχει η τάση να αντιμετωπίζονται σχεδόν όλες οι περιπτώσεις με τη χρήση της ενδαγγειακής χειρουργικής². Διάφορα είδη μπαλονιών και ενδοαρθήκων, αθηροτόμοι, κρουθεραπείες, lasers, είναι μερικά από τα όπλα με τα οποία η τεχνολογία έχει εξοπλίσει τους αγγειοχειρουργούς για την αντιμετώπιση της περιφερικής αρτηριακής νόσου. Είναι όμως αρκετά; Και έχουν καταφέρει να εξοστρακίσουν τις παραδοσιακές



Σχήμα 3. Καμπύλη Kaplan-Meier ως προς τη διατήρηση του μέλους ανάλογα με το αν η επέμβαση έγινε πρωτογενώς (BP) ή μετά από μη επιτυχή αγγειοπλαστική (PT). Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0,49$).



Σχήμα 4. Καμπύλη Kaplan-Meier ως προς τη βατότητα της παράκαμψης στο σύνολο των ασθενών.

επεμβάσεις επαναιμάτωσης;

Οι περιφερικές αρτηριακές επεμβάσεις στα κάτω άκρα (distal bypass operations), με τις περιφερικές αναστομώσεις στα κνημιαία αγγεία ή τα αγγεία του άκρου πόδα, δεν είναι σήμερα ιδιαίτερα δημοφιλείς μεταξύ των αγγειοχειρουργών. Θεωρούνται επεμβάσεις χρονοβόρες, με ιδιαίτερες τεχνικές δυσκολίες και αμφίβολα αποτελέσματα³. Εντούτοις, η άποψη ότι είναι χρήσιμες, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ασθενών με βλάβες κυρίως των κνημιαίων αγγείων, είναι από παλαιότερα διατυπωμένη⁴. Ισχύει όμως αυτό και σήμερα; Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα είναι και ο σκοπός της παρούσας μελέτης. Να διερευνηθεί δηλαδή η χρήση των περιφερικών επεμβάσεων παράκαμψης στην αντιμετώπιση με βαριά περιφερική αρτηριακή νόσο και συγκεκριμένα εκείνων με μικρή ιστική νέκρωση, είτε ως πρωταρχική θεραπευτική επιλογή, ή ως θεραπεία διάσωσης μετά από μία περιφερική αγγειοπλαστική.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιάστηκε μια αναδρομική μελέτη από το αρχείο της κλινικής κατά το χρονικό διάστημα από το 2006 μέχρι το 2009. Μελετήθηκαν όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε περιφερική επέμβαση παράκαμψης (distal bypass operation) λόγω βαριάς περιφερικής αρτηριακής νόσου.

Το σύνολο των ασθενών έπασχαν από γάγγραινα

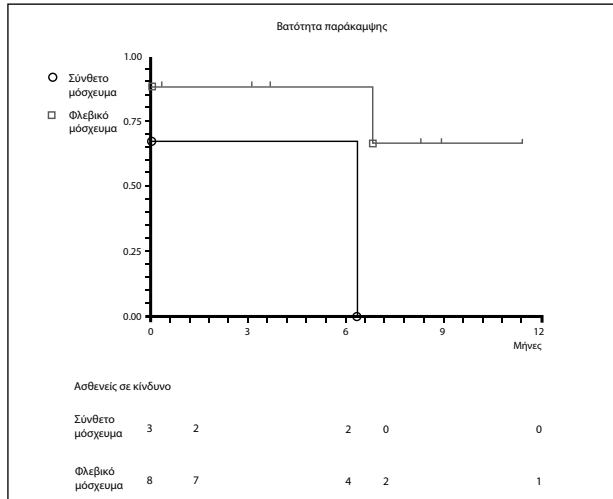
δακτύλου ή άκρου ποδός (Fontaine IV, Rutherford 6), τέτοια που δεν απαιτούνταν πρωτογενής μείζονα ακρωτηριασμός, σύμφωνα με την εκτίμηση του θεράποντα ιατρού. Βρέθηκαν συνολικά 11 ασθενείς (άνδρες 6,55%). Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν 67 έτη (εύρος ηλικίας: 48 ως 87 έτη). Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών αναφέρονται στον πίνακα 1.

Πρωταρχικά τελικά σημεία της μελέτης (primary endpoints) ήταν ο μείζων ακρωτηριασμός του μέλους (κνήμης ή περόνης) και ο θάνατος. Μελετήθηκαν η βιωσιμότητα του μέλους και η βατότητα του μοσχεύματος στους 12 μήνες μετά την επέμβαση.

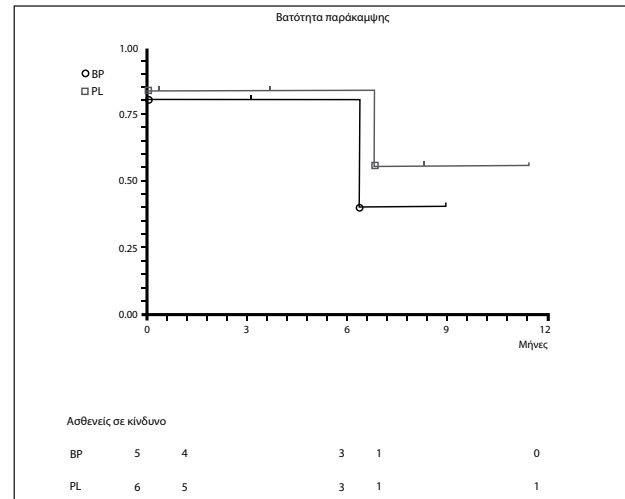
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στο σύνολο των ασθενών μελετήθηκε η συνολική βατότητα (patency) καθώς και η διατηρησιμότητα του μέλους (αποφυγή μείζονα ακρωτηριασμού κάτω ή άνω του γόνατος). Οι ίδιες παράμετροι μελετήθηκαν και σε δύο υπο-ομάδες ανάλογα με το είδος του μοσχεύματος (φλέβα ή composite graft) και ανάλογα με την αρχικά σχεδιαζόμενη θεραπεία (αγγειοπλαστική ή παράκαμψη).

Για τη στατιστική μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές ανάλυσης επιβίωσης (Life table analysis, Kaplan-Meier curve, Log Rank test Peto). Η στατιστική επεξεργασία έγινε με τη χρήση του προγράμματος StatsDirect Statistical Software, version 2.7.7.



Σχήμα 5. Καμπύλη Kaplan-Meier ως προς τη βατότητα της παράκαμψης ανάλογα με το είδος του μοσχεύματος που χρησιμοποιήθηκε. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0,08$).



Σχήμα 6. Καμπύλη Kaplan-Meier ως προς τη βατότητα της παράκαμψης ανάλογα με το αν η επέμβαση έγινε πρωτογενώς (BP) ή μετά από μη επιτυχή αγγειοπλαστική (PT). Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0,64$).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αγγειογραφικά, όλες οι αποφρακτικές βλάβες του μηροϊγνυακού επιπέδου ήταν τύπου D (TASC II classification 1). Έξι από τους ασθενείς (55%) υποβλήθηκαν σε επέμβαση επαναιμάτωσης αφού είχε πρώτα προηγηθεί προσπάθεια περιφερικής αγγειοπλαστικής, ενώ οι υπόλοιποι 5 ασθενείς (45%) υποβλήθηκαν πρωτογενώς σε επέμβαση περιφερικής επαναιμάτωσης.

Σε 8 ασθενείς (73%) χρησιμοποιήθηκε αυτόλογο φλεβικό μόσχευμα (ομόπλευρη ή ετερόπλευρη μείζονα σαφηνή), ενώ στους υπόλοιπους 3 ασθενείς (27%) χρησιμοποιήθηκε σύνθετο μόσχευμα φλέβας και PTFE (composite graft) λόγω έλλειψης ικανού μήκους φλεβικού μοσχεύματος. Η διαμόρφωση του φλεβικού μοσχεύματος ήταν in-situ ή non-reversed (μετά από βαλβιδοτομή) στους 7 από τους 8 ασθενείς (88%), ενώ σε 1 ασθενή (12%), η φλέβα τοποθετήθηκε ανεστραμμένη.

Η θέση της κεντρικής αναστόμωσης ήταν η περιοχή του μηριαίου δικασμού στις 8 περιπτώσεις (73%) και η ιγνυακή αρτηρία στις 3 (27%). Η περιφερική αναστόμωση ήταν στην πρόσθια κνημιαία αρτηρία ή ραχιαία του ποδός σε 4 ασθενείς (36%), στην οπίσθια κνημιαία αρτηρία σε 4 ασθενείς (36%), και στην περνιαία αρτηρία σε 3 (28%).

Από τους 11 ασθενείς, 8 (73%) χρειάστηκαν κατ' αρχήν ένα μικρό ακρωτηριασμό στον άκρο πόδα (5 ασθενείς ακρωτηριασμό δακτύλου, και 3 ασθενείς διαμετατάρ-

σιο ακρωτηριασμό ή μεγάλο χειρουργικό καθαρισμό στον άκρο πόδα, π.χ. πτέρνη). Τρεις ασθενείς (27%) δε χρειάστηκε να υποβληθούν έστω και σε κάποιο μικρό ακρωτηριασμό, καθώς οι βλάβες εκτιμήθηκε ότι μπορούν να αφεθούν για επούλωση κατά δεύτερο σκοπό.

Η συνολική περιεγχειρητική θνητότητα (στο διάστημα 30 ημερών μετά την επέμβαση) ανήλθε στο 9% (1 ασθενής). Η μετεγχειρητική διάμεση διάρκεια νοσηλείας μετά την επέμβαση επαναιμάτωσης ήταν 21 ημέρες (εύρος 6 ως 114 ημέρες). Ο μέσος αριθμός επεμβάσεων που χρειάστηκε να υποβληθούν οι ασθενείς μετά την επέμβαση επαναιμάτωσης, και αυτής συμπεριλαμβανομένης ήταν 1,8 (εύρος 1 ως 4).

Στο σύνολο των ασθενών, η διατήρηση του μέλους, στους 12 μήνες ήταν 52% (Σχήμα 1). Τα ίδια περίπου αποτελέσματα προέκυψαν και στις δύο ομάδες ασθενών που χρησιμοποίησαν διαφορετικά μοσχεύματα (φλεβική ή composite graft) (Σχήμα 2). Σε ανάλυση της διατήρησης του μέλους ως προς την αρχικά σχεδιαζόμενη θεραπεία, βρέθηκαν χειρότερα αποτελέσματα όταν η επέμβαση έλαβε χώρα μετά από αποτυχημένη αγγειοπλαστική, σε σχέση με όταν έλαβε χώρα πρωτογενώς (40% έναντι 75% αντίστοιχα), αν και η διαφορά δε βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,49$) (Σχήμα 3).

Σε ό,τι αφορά τη βατότητα της επέμβασης στο σύνολο των ασθενών, ανήλθε στο 49% στους 12 μήνες μετά την επέμβαση (Σχήμα 4). Σε υπο-ανάλυση με κριτήριο το

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Παράμετρος	Αποτέλεσμα
Αριθμός ασθενών	11
Άνδρες/Γυναίκες	6/5
Διάμεση ηλικία (εύρος)	67 (48-87)
Παράγοντες κινδύνου (%)	
- Κάπνισμα	73%
- Σακχαρώδης Διαβήτης	55%
- Υπέρταση	55%
- Υπερλιπιδαιμία	55%
Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (%)	9%

είδος του μοσχεύματος, βρέθηκε ότι η συνολική βατότητα στους 12 μήνες, στους ασθενείς που χρησιμοποιήθηκε φλεβικό μόσχευμα, ανήλθε στο 66%. Αντίθετα, όλοι οι ασθενείς που χρησιμοποίησαν σύνθετο (composite) μόσχευμα, εμφάνισαν απόφραξη του μοσχεύματος περίπου στους 6 μήνες (Σχήμα 5). Η στατιστική ανάλυση όμως δεν έδειξε σημαντική διαφορά ($p=0,08$). Ως προς την αρχικά σχεδιαζόμενη θεραπεία (αγγειοπλαστική ή παράκαμψη), τα ποσοστά βατότητας στους 9 μήνες ήταν 56% και 40% αντίστοιχα ($p=0,64$) (Σχήμα 6).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα αναδρομική μελέτη, φαίνεται ότι στην ομάδα των ασθενών με βαριά περιφερική αρτηριακή νόσο και γάγγραινα του άκρου πόδα, οι περιφερικές παρακάμψεις (distal bypass operations) έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα αναφορικά με τη βατότητα, αλλά και τη δυνατότητα διατήρησης του μέλους και της αποφυγής μείζονα ακρωτηριασμού, χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερη αύξηση της περιεχειρητικής θνητότητας. Η χρήση τους είτε πρωτογενώς, είτε μετά από αποτυχημένη προσπάθεια αγγειοπλαστικής έχει παρόμοια αποτελέσματα.

Η βιωσιμότητα του μέλους στη μελέτη, ήταν περίπου 52% στους 12 μήνες στο σύνολο των ασθενών, ίδιο περίπου ποσοστό και στους ασθενείς που χρησιμοποιήθηκε αυτόλογο ή σύνθετο μόσχευμα. Το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο από τα αντίστοιχα που αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Γενικά, η βιωσιμότητα του μέλους σε περιφερικές επεμβάσεις επαναιμάτωσης, αναφέρεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 54% και 89%, σε διάστημα από 24 μέχρι 60 μήνες^{3, 5-8}. Η διαφορά μεταξύ της παρούσας μελέτης και των δεδομένων της βιβλιογραφίας φαντάζει

μάλλον σημαντική. Πρέπει όμως να σημειωθεί, ότι σε όλες τις μελέτες, υπάρχει μία ετερογένεια στην κλινική εικόνα των ασθενών, με μεγαλύτερη αναλογία των ασθενών που έπασχαν από άλγος ανάπαυσης και με πολύ μικρή αναλογία εκείνων που εμφάνιζαν γάγγραινα. Σίγουρα, οι ασθενείς με άλγος ανάπαυσης έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα διατήρησης του μέλους τους, ακόμη και με μικρή βελτίωση της αιμάτωσης του μέλους τους, σε σχέση ιδιαίτερα με εκείνους που εμφανίζουν γάγγραινα, στους οποίους απαιτείται πολύ ικανοποιητική αιμάτωση για να γίνει επούλωση του τραύματος στην περιοχή της νέκρωσης ή του περιφερικού ακρωτηριασμού. Χαρακτηριστικά, στην ομάδα της μελέτης μας, ασθενής με εκτεταμένη γάγγραινα στον άκρο πόδα, υπεβλήθη σε ακρωτηριασμό στην κνήμη λόγω κακής επούλωσης και οστεομυελίτιδας στα οστά του άκρου πόδα, παρά το γεγονός ότι το φλεβικό μόσχευμα από την ιγνυακή αρτηρία στη ραχιαία του ποδός ήταν βατό με σφυγμική ροή, και κνημοβραχιόνιο δείκτη ίσον ένα, μέχρι το τέλος (εικόνα 1).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζει η παρατήρηση ότι η βιωσιμότητα του μέλους μεταξύ των ασθενών που υποβλήθηκαν πρωτογενώς σε επέμβαση παράκαμψης, ήταν καλύτερη σε σχέση με εκείνους που υποβλήθηκαν σε παράκαμψη μετά από αποτυχημένη επέμβαση αγγειοπλαστικής, αν και η διαφορά δε βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική (75% έναντι 40% αντίστοιχα). Αυτό έρχεται μάλλον σε αντίθεση με τα μέχρι τώρα δεδομένα, στα οποία φαίνεται ότι συνολικά οι επεμβάσεις επαναιμάτωσης στα κάτω άκρα έχουν το ίδιο καλά αποτελέσματα, τόσο αν γίνουν πρωτογενώς, όσο και αν γίνουν μετά από μη επιτυχή αγγειοπλαστική⁹. Μεγαλύτερος αριθμός δεδομένων απαιτείται για να τεκμηριωθεί αν πράγματι υφίσταται διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Από παλαιότερες μελέτες, φαίνεται ότι η βατότητα των παρακάμψεων ποικίλει από 59% μέχρι 82%, σε διάστημα από 24 μέχρι 60 μήνες^{3, 5-8}. Στην παρούσα μελέτη, η συνολική βατότητα στους 12 μήνες ήταν 49%. Το χαμηλότερο συγκριτικά ποσοστό, μπορεί να δικαιολογηθεί από τη μεγαλύτερη συγκριτικά χρήση σύνθετων (composite) μοσχευμάτων, τα οποία σαφώς παρουσιάζουν μικρότερη βατότητα από τα φλεβικά μοσχεύματα. Στους ασθενείς της μελέτης που χρησιμοποιήθηκε φλεβικό μόσχευμα, η βατότητα ήταν περίπου 66% στους 12 μήνες.

Η περιεχειρητική θνητότητα μεταξύ των ασθενών της μελέτης μας ήταν 9%, αντίστοιχη με ό,τι αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία¹⁰. Παρά το γεγονός ότι αντικειμενικά είναι μάλλον υψηλή, είναι μάλλον κατανοητό, αν λάβει

κανείς υπ'όψιν, αφενός τη συνολικά βαριά γενική κατάσταση των ασθενών με κρίσιμη ισχαιμία και ιδιαίτερα γάγγραινα. Αφετέρου, ιδιαίτερο εύρημα στη μικρή ομάδα των ασθενών μας, αποτελεί το γεγονός ότι το 27% των ασθενών είχε ηλικία μεταξύ 81 και 87 έτη.

Ιδιαίτερα παρατεταμένη ήταν η μετεγχειρητική νοσηλεία των ασθενών της μελέτης. Αυτό οφειλόταν κυρίως στο χρόνο που απαιτήθηκε για την επούλωση των τραυμάτων μετά από τον ακρωτηριασμό. Κι αυτό, γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις οι βλάβες αφέθηκαν να επουλωθούν κατά δεύτερο σκοπό.

Αναφορικά με τις τεχνικές λεπτομέρειες της επέμβασης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η χρήση αυτόλογου μοσχεύματος και ιδιαίτερα της ομόπλευρης μείζονος σαφηνούς φλέβας, είναι πρωτεύουσας σημασίας εφόσον υφίσταται⁷, ανεξάρτητα από το μήκος της παράκαμψης. Αυτό είναι εύρημα και στη δική μας μελέτη, όπου τα φλεβικά μοσχεύματα είχαν καλύτερη βατότητα σε σχέση με τα σύνθετα μοσχεύματα (μοσχεύματα που αποτελούνται από τμήμα συνθετικού μοσχεύματος PTFE και από τμήμα φλεβικού μοσχεύματος). Σχετικά με τη διαμόρφωση του φλεβικού μοσχεύματος, δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα που να υποστηρίζουν τη χρήση μη ανεστραμμένης ή in-situ φλέβας έναντι ανεστραμμένης φλέβας. Στις μέχρι τώρα αναφορές, και οι δύο τεχνικές εμφανίζουν παρόμοια ποσοστά βατότητας¹¹. Εντούτοις, θεωρούμε ότι η χρήση του μοσχεύματος σε μη ανεστραμμένη ή in-situ διαμόρφωση, παρέχει το πλεονέκτημα της απουσίας ασυμμετρίας (mismatch) μεταξύ του μοσχεύματος και της προς αναστόμωση αρτηρίας, τόσο στην κεντρική όσο και στην περιφερική αναστόμωση και γι' αυτό το λόγο αποτελεί την πρώτη μας επιλογή (7 από 8 ασθενείς που δέχτηκαν φλεβικό μόσχευμα, 88%, η φλέβα τοποθετήθηκε σε προσανατολισμό non-reversed ή παρέμεινε in-situ). Αυτή η ιδιότητα, αν και μπορεί να μη σημαίνει και σπουδαία πράγματα σε μια μηροϊγνυακή παράκαμψη κάτω του γόνατος, είναι πολύ χρήσιμη, κατά τη γνώμη μας, σε μία περιφερική αναστόμωση όπου η διάμετρος της δέκτριας αρτηρίας δεν ξεπερνά πολλές φορές τα 2mm.

Μειονεκτήματα της μελέτης, αποτελούν αφενός ο αναδρομικός χαρακτήρας της και αφετέρου ο μικρός αριθμός των ασθενών. Ασφαλώς και τα αποτελέσματα της μελέτης δεν είναι δυνατό να γίνουν αποδεκτά χωρίς αυστηρή κριτική, τουλάχιστον όσον αφορά την απόλυτη τιμή τους. Αποτελούν όμως μία ισχυρή ένδειξη, ότι οι περιφερικές επεμβάσεις επαναιμάτωσης, αποτελούν μία ικανοποιητική λύση στις δύσκολες περιπτώσεις ασθενών με περιφερική αρτηριακή νόσο, ακόμη και μετά από αποτυχημένη προσπάθεια αγγειοπλαστικής. Αν και

εμφανίζουν κάποιες τεχνικές ιδιαιτερότητες, αποτελούν εφικτές λύσεις και θα πρέπει να βρίσκονται πάντα στο οπλοστάσιο του αγγειοχειρουργού στην προσπάθειά του για επίλυση τέτοιων προβλημάτων.

ABSTRACT

Distal arterial bypass operations as salvage procedures in patients with lower limb gangrene due to severe peripheral arterial disease.

Lazaris A.M.¹, Kakisis J.D.¹, Vassilas K.¹, Peroulis M.¹, Athanasiadis D.¹, Patapis P.^{1b}, Broutzos E.², Karatzas G.M.^{1b}, Vasdekis S.N.¹

¹Vascular Surgery Unit, ^{1b}3rd Surgical Department, and ²Interventional Radiology Unit, Attikon Teaching Hospital, University of Athens, Greece

Even in cases where open procedures should be the first option due to the TASC classification in peripheral arterial disease, endovascular treatment tends to be the first therapeutic option. Distal bypass operations usually are used as bail out procedures after endovascular procedure failure. Aim of this retrospective study, has been to examine the results of distal bypass operations when performed either primarily or after a failed angioplasty, in patients with gangrene due to lower limb ischemia. All patients suffering from forefoot or digital gangrene due to peripheral arterial disease and had a distal bypass procedure were included in this retrospective analysis. Eleven patients (6 males, 55%) were included in the study. Six patients (55%) had the distal bypass procedure after a failed attempt of endovascular repair, while the rest 45% had this done primarily. The median age of the patients was 67 years (range 48 to 87). Angiographically, all lesions were located the infrainguinal territory and were TASC D type. Major limb amputation (knee or thigh level) and death were the primary endpoints of the study. Limb salvage rate and patency rate were calculated using survival analysis techniques. The overall perioperative mortality was 9% (1 patient). The median duration of in-hospital stay after the operation was 21 days (range 6 to 114). The graft patency rate was 49% at 12 months post operation (56% when the distal bypass was performed after failed angioplasty, and

40% when it was performed primarily, $p=0.64$). The overall limb salvage rate was 52% at 12 months (40% and 75% in angioplasty and bypass groups respectively, $p=0.49$). Distal bypass operations performed for patients suffering by gangrene due to severe arterial disease have satisfactory results both when done either primarily or after a failed angioplasty, without significant mortality.

Key words: Lower limb gangrene due to severe peripheral arterial disease, endovascular treatment, distal arterial bypass.

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Λάζαρης Μ. Ανδρέας MD, FEBVS

Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Λέκτορας Αγγειοχειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ρίμινι 1, 12462, Χαϊδάρι, Αττική

Τηλ.: 210 5831448

e-mail: amlazaris@med.uoa.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *J Vasc Surg.* 2007; 45 Suppl S:55-67.
2. Lee LK, Kent KC. Infrainguinal occlusive disease: endovascular intervention is the first line therapy. *Adv Surg.* 2008; 42:193-204.
3. Hickey NC, Thomson IA, Shearman CP, Simms MH. Aggressive arterial reconstruction for critical lower limb ischaemia. *Br J Surg.* 1991; 78(12):1476-1478.
4. Quinones-Baldrich WJ, Colburn MD, Ahn SS, Gelabert HA, Moore WS. Very distal bypass for salvage of the severely ischemic extremity. *Am J Surg.* 1993; 166(2):117-123; discussion 123.
5. Panayiotopoulos YP, Tyrrell MR, Owen SE, Reidy JF, Taylor PR. Outcome and cost analysis after femorocrural and femoropedal grafting for critical limb ischaemia. *Br J Surg.* 1997; 84(2):207-212.
6. Gloviczki P, Bower TC, Toomey BJ, Mendonca C, Naessens JM, Schabauer AM, et al. Microscope-aided pedal bypass is an effective and low-risk operation to salvage the ischemic foot. *Am J Surg.* 1994; 168(2):76-84.
7. Shah DM, Darling RC, 3rd, Chang BB, Kaufman JL, Fitzgerald KM, Leather RP. Is long vein bypass from groin to ankle a durable procedure? An analysis of a ten-year experience. *J Vasc Surg.* 1992; 15(2):402-407; discussion 407-408.
8. Londrey GL, Ramsey DE, Hodgson KJ, Barkmeier LD, Sumner DS. Infrapopliteal bypass for severe ischemia: comparison of autogenous vein, composite, and prosthetic grafts. *J Vasc Surg.* 1991; 13(5):631-636.
9. Sandford RM, Bown MJ, Sayers RD, London JN, Naylor AR, McCarthy MJ. Is infrainguinal bypass grafting successful following failed angioplasty? *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007; 34(1):29-34.
10. Mwipatayi BP, Jeffery PC, Motale P, Matley PJ, Immelman EJ, Kahn D, et al. Femoro-distal bypass surgery at Groote Schuur hospital - 4-year retrospective study. *S Afr J Surg.* 2004; 42(3):81-85.
11. Mamode N, Scott RN. Graft type for femoro-popliteal bypass surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000(2):CD001487.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

**Αντιμετώπιση όγκων καρωτιδικού
σωματίου στη νοτιοδυτική Ελλάδα:
περιγραφή τριών περιπτώσεων****Σ. Κ. Κάκκος¹, Ι. Α. Τσολάκης¹, Π. Ζαμπάκης², Β. Αργεϊνής¹,
Σ. Παπαδούλας¹, Γ. Λαμπρόπουλος¹, Ν. Σ. Μαστρονικολής³****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Σκοπός της μελέτης μας είναι να περιγραφεί η κλινική εικόνα και αντιμετώπιση των όγκων καρωτιδικού σωματίου στην περιοχή μας. Τρεις ασθενείς με τέσσερεις όγκους καρωτιδικού σωματίου συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα μελέτη. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αξονική αγγειογραφία καρωτίδων. Η αξονική αγγειογραφία παρείχε όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες για την ασφαλή αντιμετώπιση του ΟΚΣ, συμπεριλαμβανομένης της ακριβούς πρόβλεψης της σχέσης αυτού με την έξω καρωτίδα. Όλοι οι ΟΚΣ ήταν καλοήθεις, μικρού προς μέτριου μεγέθους, και αφαιρέθηκαν πλήρως, με επιτυχία και χωρίς σημαντική δυσκολία ή μόνιμες επιπλοκές. Παρά την απουσία κλασικής αγγειογραφικής μελέτης ή άλλων επικουρικών μεθόδων, η εκτομή όλων των όγκων ήταν επιτυχής στη μικρή αυτή σειρά ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Όγκοι καρωτιδικού σωματίου, αξονική αγγειογραφία.

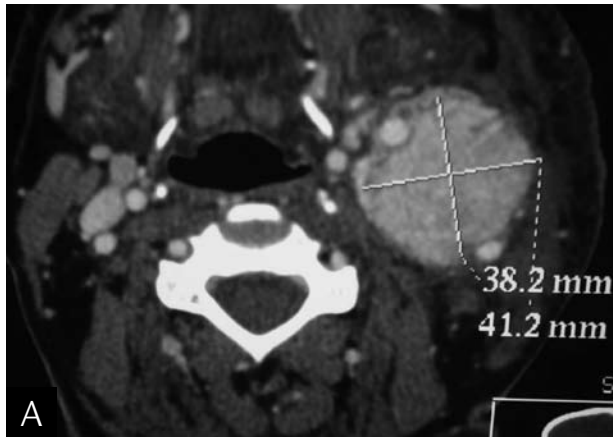
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όγκος του καρωτιδικού σωματίου (ΟΚΣ) είναι σπάνιος, με αποτέλεσμα και οι πιο έμπειροι αγγειοχειρουργοί κέντρων αναφοράς να μην έχουν αντιμετωπίσει μεγάλο αριθμό όγκων αυτού του είδους. Επιπλέον, η εκτομή των ΟΚΣ είναι συχνά δύσκολη λόγω της αγγειοβρίθειάς τους, με ανάγκη απολίνωσης ή εμβολισμού τροφοφόρων αγγείων από την έξω (αλλά ενίοτε και την έξω καρωτίδα). Ενίοτε, οι ΟΚΣ περιβρογχίζουν πλήρως την έξω καρωτίδα, γεγονός που συνήθως καθιστά αδύνατη τη διατήρηση αυτής και αναγκαία την εν-block αφαίρεσή τους και παράθεση μοσχεύματος, επέμβαση που μπορεί να επιπλακεί με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο Shamblyn από την Mayo Clinic της πολιτείας Minnesota των ΗΠΑ περιέγραψε το 1972 την ομώνυμη σταδιοποίηση του ΟΚΣ, που είναι στην ουσία της μία διαβάθμιση της σχέσης του ΟΚΣ με την έξω καρωτίδα¹. Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή, όγκοι ομάδας (σταδίου) 1, δύνανται να εκταμούν χωρίς σημαντικό

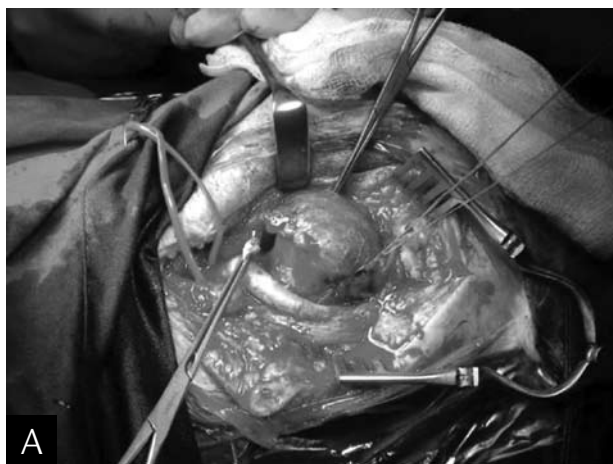
¹Αγγειοχειρουργική Κλινική,

²Κλινικό Εργαστήριο
Ακτινολογίας,

³Ωτορινολαρυγγολογική
Κλινική, Πανεπιστήμιο
Πατρών



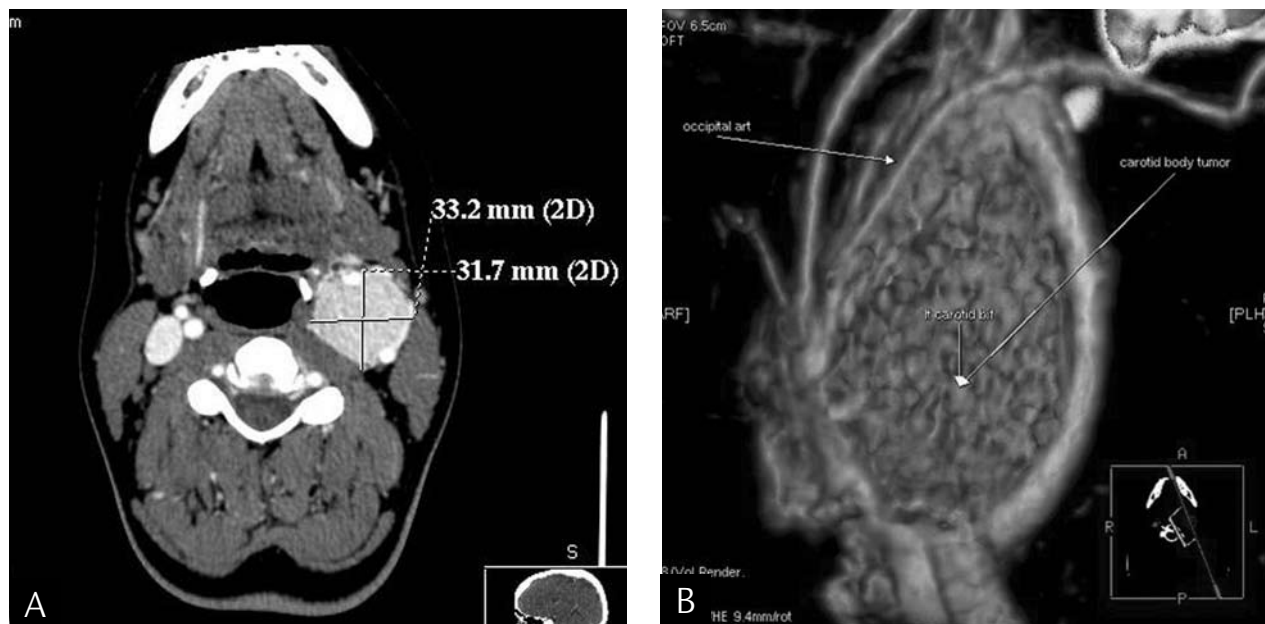
Εικόνα 1. Αξονική αγγειογραφία όγκου καρωτιδικού σωματίου διαστάσεων 38 x 41 x 37,5 χιλιοστών. Α. Εγκάρσια τομή στο ύψος του καρωτιδικού βολβού αναδεικνύει την αγγειοβριθή μάζα που απωθεί την έσω καρωτίδα οπισθίως και την έξω καρωτίδα προσθίως. Β. Η τρισδιάστατη ανασύνθεση, αναδεικνύει καλύτερα τη σχέση του όγκου με τα αγγεία.



Εικόνα 2. Α. Φωτογραφία από το εγχειρητικό πεδίο της εκτομής του όγκου του καρωτιδικού σωματίου. Η έσω καρωτίδα έχει διατηρηθεί ανέπαφη, αλλά η έξω καρωτίδα έχει διαταμεί μεταξύ λαβίδων, όπως φαίνεται στη φωτογραφία, και απολινώθηκε στη συνέχεια με σκοπό τη διευκόλυνση της εκτομής του όγκου. Β. Φαίνεται το παρασκεύασμα του όγκου.

τραυματισμό του τοιχώματος του αγγείου ή της κάψας του όγκου. Όγκοι ομάδας (σταδίου) 2, περιβροχίζουν μερικώς την αρτηρία και συμφύονται πιο στερεά με τον έξω χιτώνα της, αλλά δύνανται να εκταμούν χωρίς σύγχρονη εκτομή και της αρτηρίας. Όγκοι ομάδας (σταδίου) 3, περιβροχίζουν πλήρως την αρτηρία και για να αντιμετωπιστούν σωστά συνήθως απαιτείται εκτομή της προσβεβλημένης αρτηρίας^{2,3}.

Ένα επιπλέον συχνό πρόβλημα σχετιζόμενο με την εκτομή των ΟΚΣ, είναι η κάκωση κρανιακών νευρών, με συχνότητα που σε μερικές σειρές υπερβαίνει το 40-50%^{3,5}. Η επιπλοκή αυτή συχνά είναι μόνιμη και δεν μπορεί να αποφευχθεί, επειδή σε πολλές περιπτώσεις ο όγκος έχει ήδη περιβροχίσει ένα ή περισσότερα κρανιακά νεύρα (εγκεφαλικές συζυγίες VII-XII) και κατά συνέπεια διατήρηση αυτών είναι αδύνατη. Ακόμη και



Εικόνα 3. Αξονική αγγειογραφία όγκου καρωτιδικού σωματίου διαστάσεων 3,3 x 3,2 x 4,2 εκ. Α. Εγκάρσια τομή στο ύψος του καρωτιδικού βολβού αναδεικνύει την αγγειοβριθή μάζα που απωθεί την έσω καρωτίδα οπισθίως και την έξω καρωτίδα προσθίως. Β. Η τρισδιάστατη ανασύνθεση, αναδεικνύει καλύτερα τη σχέση του όγκου με τα αγγεία.

σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, είναι συνήθως θέμα χρόνου για το πότε ο ίδιος ο ΟΚΣ θα προκαλέσει πάρεση ή παράλυση των κρανιακών νευρών.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει η εμπειρία μας στην εκτομή του σπάνιου αυτού όγκου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου μεταξύ Ιανουαρίου 2007 - Ιανουαρίου 2009, τρεις ασθενείς με τέσσερις ΟΚΣ αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά από την Αγγειοχειρουργική και Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

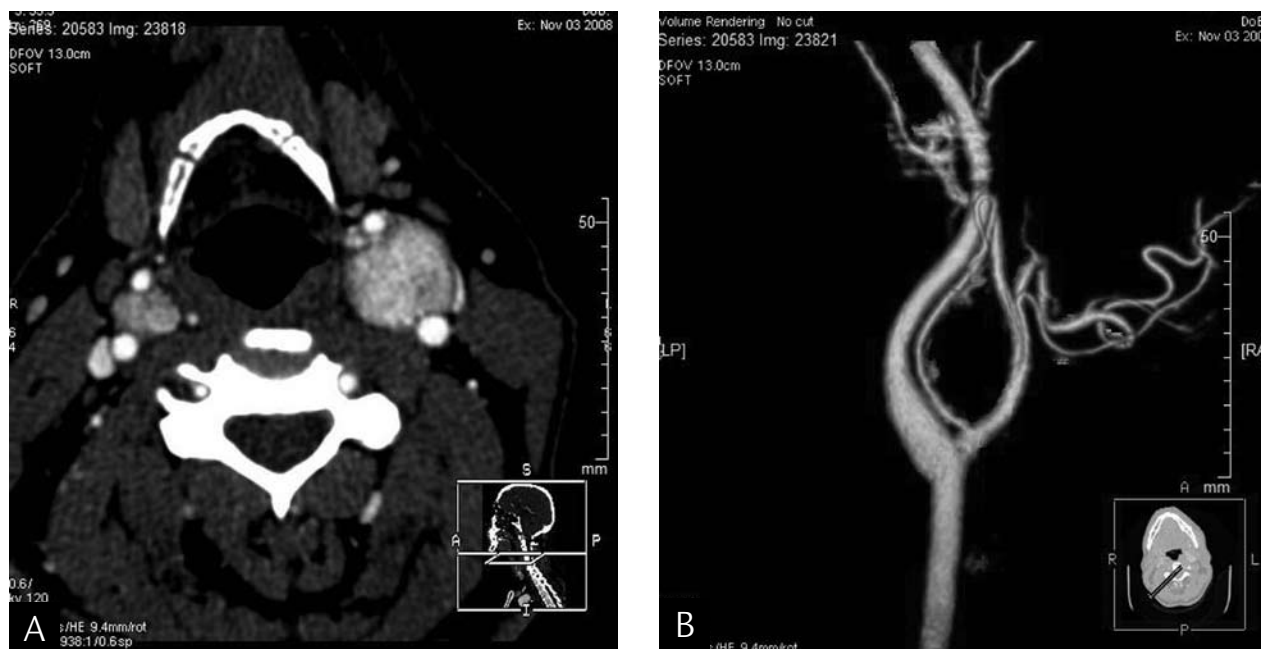
Περίπτωση 1n

Ασθενής ηλικίας 48 ετών υποβλήθηκε σε επέμβαση αφαίρεσης υποτειθέμενης βραγχιακής κύστης αριστερής τραχηλικής χώρας, η οποία διόγκωση ήταν γνωστή για 10 χρόνια και προοδευτικά αυξανόταν σε μέγεθος. Η FNA αυτής ήταν αρνητική. Ατομικό αναμνηστικό περιλάμβανε σιδηροπενική αναιμία λόγω αιμορροΐδων. Κατά

την παρασκευή της μάζας, διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής είχε έναν αγγειοβριθή και συμπαγή όγκο που εντοπιζόταν στο διχασμό της καρωτίδας, ευρήματα συμβατά με ΟΚΣ. Λόγω του ότι η εκτομή του όγκου κρίθηκε μη ασφαλής, χωρίς τη διενέργεια περαιτέρω απεικονιστικών εξετάσεων, έγινε σύγκλιση του τραύματος. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία (CTA) καρωτίδων, η οποία επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση, αναδεικνύοντας την ύπαρξη ΟΚΣ διαστάσεων 38 x 41 x 37,5 χιλιοστών, κατηγορίας 1 κατά Shamblyn (Εικόνα 1). Ο ΟΚΣ αφαιρέθηκε μετά από δύο εβδομάδες με διατήρηση της έσω καρωτίδας και συνοδού απολινώσεως της έξω καρωτίδας (Εικόνα 2). Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς κάκωση κρανιακού νεύρου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε καλοήγη ΟΚΣ διαστάσεων 3,5 x 3,5 x 2,3 εκ. με υγιή τα όρια της εκτομής. Τα νεοπλασματικά κύτταρα εξέφρασαν χρωμογρανίνη, συναποφυσίνη, CD15 και βιμεντίνη.

Περίπτωση 2n

Ασθενής ηλικίας 19 ετών προσήλθε με ασυμπτωματική διόγκωση αριστερής τραχηλικής χώρας από έτους. Το ατομικό ιστορικό περιλάμβανε νόσο Hashimoto και πολυκυστικές ωοθήκες. Η αξονική αγγειογραφία καρωτίδων ανέδειξε την ύπαρξη ΟΚΣ, διαστάσεων 3,3 x 3,2 x 4,2



Εικόνα 4. Αξονική αγγειογραφία όγκων καρωτιδικών σωματίων διαστάσεων 2,7 x 2,5 x 2,0 εκ. στα αριστερά και 1,5 x 1,4 x 1,0 εκ. στα δεξιά. Α. Εγκάρσια τομή στο ύψος του καρωτιδικού βολβού αναδεικνύει τις αγγειοβριθείς μάζες που απωθούν την έσω καρωτίδα οπισθίως και την έξω καρωτίδα προσθίως. Β. Η τρισδιάστατη ανασύνθεση, με τεχνητή αφαίρεση του όγκου, αναδεικνύει την τροφοφόρο αρτηρία (ανιούσα φαρυγγική), με τη χαρακτηριστική μορφολογία δίκην «καμπάνας», στον αριστερό καρωτιδικό βολβό.

εκ., κατηγορίας 1 κατά Shamblin (Εικόνα 3). Ο ΟΚΣ αφαιρέθηκε πλήρως με διατήρηση της έσω καρωτίδας και συνοδού απολινώσεως της έξω καρωτίδας. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς κάκωση κρανιακού νεύρου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε καλοήθη ΟΚΣ, διαστάσεων 3,5 x 3,5 x 2,3 εκ., με υγιή τα όρια της εκτομής. Τα νεοπλασματικά κύτταρα εξέφρασαν χρωμογρανίνη, συναπτοφυσίνη, NSE, βιμεντίνη και εστιακά στους S-100. Ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67 ήταν περίπου 3%.

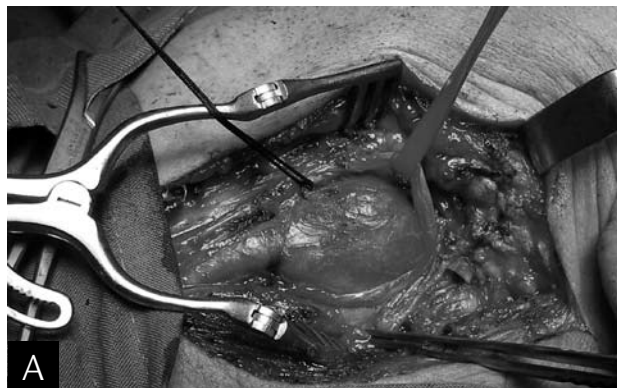
Περίπτωση 3η και 4η

Ασθενής ηλικίας 57 ετών προσήλθε με ψηλαφητή μάζα αριστερής πλάγιας τραχηλικής χώρας, ασυμπτωματικής, τυχαίο εύρημα σε φυσική εξέταση για άτυπο άλγος της σύστοιχης ζυγωματικής χώρας. Ατομικό ιστορικό περιλάμβανε ιδιοπαθή υπέρταση. Το οικογενειακό ιστορικό ήταν θετικό για ΟΚΣ σε δύο συγγενείς πρώτου βαθμού. Η CTA καρωτίδων ανέδειξε αμφοτερόπλευρο ΟΚΣ διαστάσεων 2,7 x 2,5 x 2,0 εκ. στα αριστερά και 1,5 x 1,4 x 1,0 εκ. στα δεξιά, κατηγορίας 1 κατά Shamblin (Εικόνα 4). Ο έλεγχος κατεχολαμινών ορού ήταν αρνητικός για φαιοχρωμοκύττωμα. Ο ΟΚΣ αφαιρέθηκε πλήρως μετά

από κινητοποίηση του υπογλώσσου νεύρου το οποίο πιεζόταν από τον όγκο, με διατήρηση της έσω και έξω καρωτίδας (Εικόνα 5). Διεγχειρητικά έγινε χρήση νευροδιεγέρτη. Η επέμβαση επιπλέχτηκε από προσωρινή πάρεση του υπογλώσσου νεύρου, αλλά κατά τα άλλα η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 3η μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε καλοήθη ΟΚΣ, διαστάσεων 2 x 2 x 1,5 εκ., με υγιή τα όρια της εκτομής. Τα νεοπλασματικά κύτταρα εξέφρασαν χρωμογρανίνη και συναπτοφυσίνη. Ο ασθενής θα προγραμματισθεί για εκτομή του ετερόπλευρου όγκου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα σειρά περιγράφεται η κλινική εικόνα, διερεύνηση και αντιμετώπιση τεσσάρων όγκων καρωτιδικού σωματίου στην περιοχή μας. Οι όγκοι αυτοί είναι σπανιότατοι και συνήθως τα μεγάλα κέντρα του εξωτερικού αντιμετωπίζουν λιγότερους από 2-3 κάθε χρόνο^{2,3,6}. Κατά συνέπεια λίγοι αγγειοχειρουργοί, κυρίως από κέντρα αναφοράς, είναι εξοικειωμένοι με την αντιμετώπισή τους. Αντίστοιχη είναι και η εμπειρία μερικών



Εικόνα 5. Φωτογραφία του χειρουργικού πεδίου της εκτομής του όγκου του καρωτιδικού σωματίου. Αρχικά δίνεται η εντύπωση ότι ο όγκος συνέχεται με την έσω και έξω καρωτίδα (Α), αλλά με επιμελή παρασκευή και αιμόσταση, χρησιμοποιώντας διπολική διαθερμία, και τα δύο αυτά αγγεία διατηρήθηκαν ανέπαφα κατά την κινητοποίηση του όγκου όπως δείχνει η Β. Στη Β αναδεικνύεται επίσης το τροφοφόρο αγγείο του όγκου (κορυφή του ψαλιδιού).

από τα Ελληνικά κέντρα, σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία⁷⁻¹⁰, με αντιμετώπιση περίπου ενός ΟΚΣ ανά έτος για καθένα από αυτά.

Στη σειρά μας όλοι οι ΟΚΣ ήταν ομάδας 1, σύμφωνα με την ταξινόμηση Shamblyn, και μικροί σε μέγεθος. Επιπλέον όλοι οι όγκοι ήταν ασυμπτωματικοί. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με αυτά πρόσφατης δημοσίευσης, σύμφωνα με την οποία τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί αυξημένη συχνότητα μικρών και ασυμπτωματικών ΟΚΣ². Παράγοντες που έχουν συνεισφέρει στη χειρουργική αντιμετώπιση, μικρών κατά κύριο λόγο, ΟΚΣ θα πρέπει να θεωρηθούν η πρώιμη διάγνωση και αντιμετώπισή τους. Η πρώιμη διάγνωση του ΟΚΣ έχει διευκολυνθεί από την ευρεία διάδοση πολλαπλών απεικονιστικών μεθόδων τις τελευταίες δεκαετίες και πιθανά από την πρώιμη παραπομπή των όγκων αυτών σε αγγειοχειρουργό, ο οποίος θα επιλέξει και εκτάμει με μεγαλύτερη ευκολία τους μικρότερους όγκους.

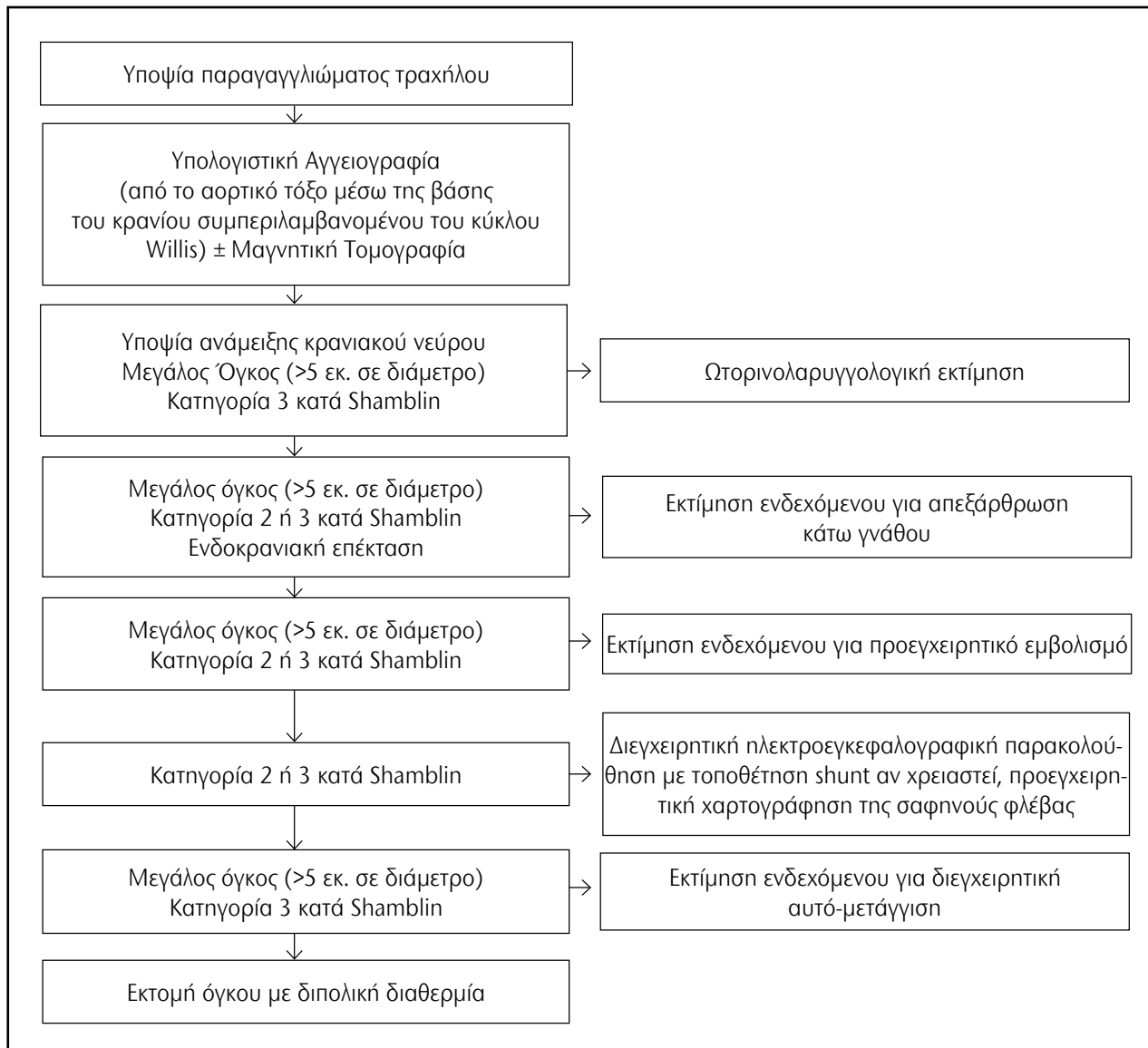
Τα τελευταία χρόνια, η αξονική αγγειογραφία έχει καταλάβει σημαντικό ρόλο στην απεικόνιση των αγγείων και στις περισσότερες περιπτώσεις έχει υποκαταστήσει την ψηφιακή αγγειογραφία για διαγνωστικούς σκοπούς. Η μέθοδος συνδυάζει υψηλής ευκρίνειας αγγειογραφικές εικόνες, ταυτόχρονη απεικόνιση πέριξ ιστών, καθώς και δυνατότητα ανασύνθεσης σε οποιοδήποτε επίπεδο (συμπεριλαμβανομένου τρισδιάστατης ανασύνθεσης). Επίσης, είναι μια μέθοδος γρήγορη και εύκολη για τον ασθενή και τον ιατρό του, με μικρότερες δόσεις ακτινοβολίας σε σχέση με την ψηφιακή αγγειογραφία.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η διαγνωστική προσπέλαση των ΟΚΣ έχει διευκολυνθεί από την ύπαρξη πολλαπλών

απεικονιστικών μεθόδων (υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία και μαγνητική τομογραφία)², που έχουν ουσιαστικά παρεκτοπίσει την προεγχειρητική κλασική αγγειογραφία.

Σε όλους τους ασθενείς μας διενεργήθηκε προεγχειρητικά αξονική αγγειογραφία. Με την εξέταση αυτή αποφεύγεται ο μικρός, αλλά υπαρκτός, κίνδυνος της κλασικής αγγειογραφίας. Ενδοφλέβια αγγειογραφία είχε προταθεί στο παρελθόν¹¹, αλλά οι πρόσφατες τεχνολογικές εξελίξεις, κυρίως της αξονικής αγγειογραφίας, την έχουν παρεκτοπίσει. Η αξονική αγγειογραφία επιτρέπει με μεγάλη ακρίβεια την εκτίμηση της επέκτασης του ΟΚΣ και της σχέσης αυτού με την έσω, αλλά και την έξω καρωτίδα, ως και με παρακείμενες δομές του τραχήλου, καθώς και την ανάδειξη της συνήθους τροφοφόρου αρτηρίας (ανιούσα φαρυγγική αρτηρία).

Η εκτομή των ΟΚΣ στην παρούσα σειρά ήταν σχετικά απλή, όπως διαφαίνεται από την περιγραφή των περιπτώσεων. Εντούτοις, η στρατηγική αντιμετώπισης των μεγάλων σε μέγεθος, με κεντρική επέκταση ή προχωρημένων τοπικά ΟΚΣ, έχει εξελιχθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια². Σχετικός αλγόριθμος παρουσιάζεται στο σχήμα 1. Η εκτομή μεγάλων ΟΚΣ (διαμέτρου άνω των 5 εκ.) ή Shamblyn 2-3, διευκολύνεται από τη διενέργεια προεγχειρητικού εμβολισμού¹². Ο εμβολισμός μπορεί να γίνει είτε με ενδο-αρτηριακή έγχυση μικροσωματίων, είτε με την απευθείας ενδο-ογκική έγχυση όνυχα¹³. Σε έμπειρα χέρια, το ποσοστό επιπλοκών από τον εμβολισμό είναι πολύ μικρό¹⁴. Απεξάρθρωση της κάτω γνάθου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης πριν την εκτομή του ΟΚΣ έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για τη διευκόλυν-



Σχήμα 1. Προτεινόμενος αλγόριθμος αντιμετώπισης όγκων καρωτιδικού σωματίου (αναδημοσίευση από τη βιβλιογραφική αναφορά Νο 2).

ση μεγάλων ΟΚΣ (διαμέτρου άνω του 5 εκ.), όγκων Shamblin 2-3 ή με κεντρική επέκταση¹⁵. Διεγχειρητική ηλεκτροεγκεφαλογραφική παρακολούθηση, η οποία έχει ευρεία εφαρμογή στη χειρουργική των καρωτίδων τις τελευταίες δεκαετίες¹⁶, χρησιμοποιείται επίσης σε ΟΚΣ Shamblin 2 ή 3, με σκοπό την τοποθέτηση shunt σε περίπτωση ανίχνευσης εγκεφαλικής ισχαιμίας κατά τη διάρκεια εκτομής της έσω καρωτίδας μετά του ΟΚΣ και πρόληψη κλινικά έκδηλου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου². Στην παρούσα σειρά οι ΟΚΣ ήταν μικροί και δεν απαιτήθηκε να χρησιμοποιηθούν οι πιο πάνω

μέθοδοι. Τέλος, για να προληφθεί κάκωση κρανιακών νεύρων, ο όγκος εκτέμεται με τη χρήση διπολικής διαθερμίας¹⁷.

Στην παρούσα σειρά, οι ΟΚΣ αφαιρέθηκαν χωρίς δυσκολία διαμέσω επιμήκους πρόσθιας τραχηλικής τομής κατά μήκος του προσθίου χείλους του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός. Διάφορες χειρουργικές τεχνικές έχουν εφαρμοστεί στην εκτομή των ΟΚΣ^{3,6}. Στην περίπτωση μεγάλων ΟΚΣ, η συνήθης επιμήκης τομή κατά μήκος του προσθίου χείλους του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός θα πρέπει να μετατρέπεται σε τομή δίκην 'Τ'³.

Στην περίπτωση αυτή, όπως και σε περίπτωση που χρησιμοποιηθεί απεξάρθρωση της κάτω γνάθου, συνιστάται ρινοτραχειακή διασωλήνωση. Η έξω καρωτίδα απολινώθηκε στις περισσότερες περιπτώσεις στη σειρά μας, τεχνική που διευκολύνει την εκτομή των ΟΚΣ³. Η εκτομή των ΟΚΣ στη σειρά μας επιτελέστηκε συνήθως κατά την ουροκεφαλαία κατεύθυνση, εκτός της τελευταίας περίπτωσης όπου η παρασκευή έγινε κατά την κεφαλουραία κατεύθυνση⁶.

Κάκωση κρανιακών νεύρων ήταν σπάνια στη σειρά μας, με μόνο μία περίπτωση παροδικής πάρεσης υπογλώσσου νεύρου, το οποίο είχε κινητοποιηθεί κατά τη διάρκεια της εκτομής. Η επίπτωση κάκωσης κρανιακών νεύρων ποικίλει στη βιβλιογραφία μεταξύ 20-50%^{3-5,18-22}. Οι μισές από τις κακώσεις αυτές, περίπου 20%, είναι μόνιμες^{4,5,19,20,23,24}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στη μικρή κατά τ' άλλα σειρά μας, η αξονική αγγειογραφία ήταν ακριβής σε σχέση με όλες τις προ-εγχειρητικές πληροφορίες. Όλοι οι ΟΚΣ ήταν καλοήθεις, μικρού προς μέτριου μεγέθους, και αφαιρέθηκαν πλήρως, με επιτυχία και χωρίς σημαντική δυσκολία ή μόνιμες επιπλοκές, παρά την απουσία κλασικής αγγειογραφικής μελέτης ή άλλων επικουρικών μεθόδων.

ABSTRACT

Management of carotid body tumor in southwest Greece: three case reports.

Kakkos S.K.¹, Tsolakis I. A.¹, Zampakis P.², Argeitis B.¹, Papadoulas S.¹, Lambropoulos G.¹, Mastronikolis N. S.³

¹Department of Vascular Surgery, ²Department of Radiology, ³Department of Otorhinolaryngology, University of Patra, Greece

The aim of our report is to study the clinical presentation and management of carotid body tumor in our geographical area. Three patients with four carotid body tumors are included in the present report. All patients underwent carotid computerized tomographic angiography (CTA). Carotid CTA provided all the necessary details to ensure safe tumor excision, including the accurate prediction of the carotid artery involvement by the tumor. All tumors were benign, small to medium size, and were completely resected, success-

fully and without significant difficulty or permanent sequelae. Despite the omission of arteriography or other adjuvant methods, all tumors were successfully resected in our small series of patients.

key words: Carotid body tumor, tomographic angiography.

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Ιωάννης Α. Τσολάκης
Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών
Καθηγητής Πανεπιστημίου Πατρών
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών
26504 Ρίο, Πάτρα
Τηλ: 2613 603360
Fax: 2613 603360
e-mail: itsolak@med.upatras.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Shamblyn WR, ReMine WH, Sheps SG, Harrison EG Jr. Carotid body tumor (chemodectoma). Clinicopathologic analysis of ninety cases. Am J Surg 1971; 122:732-9.
2. Kakkos SK, Reddy DJ, Shepard AD, Lin JC, Nypaver TJ, Weaver MR. Contemporary presentation and evolution of management of 41 neck paragangliomas. J Vasc Surg 2009; 49:1365-73.
3. Hallett JW Jr., Nora JD, Hollier LH, Cherry KJ Jr., Pairolero PC. Trends in neurovascular complications of surgical management for carotid body and cervical paragangliomas: a fifty-year experience with 153 tumors. J Vasc Surg 1988; 7:284-91.
4. Kasper GC, Welling RE, Wladis AR, et al. A multidisciplinary approach to carotid paragangliomas. Vasc Endovascular Surg 2006; 40:467-74.
5. Luna-Ortiz K, Rascon-Ortiz M, Villavicencio-Valencia V, Granados-Garcia M, Herrera-Gomez A. Carotid body tumors: review of a 20-year experience. Oral Oncol 2005; 41:56-61.
6. van der Bogt KEA, Vrancken Peeters M-PFM, van Baalen JM, Hamming JF. Resection of carotid body tumors: results of an evolving surgical technique. Ann Surg 2008; 247:877-84.
7. Liapis CD, Evangelidakis EL, Papavassiliou VG, et al. Role of malignancy and preoperative embolization in the management of carotid body tumors. World J Surg 2000; 24:1526-30.
8. Bakoyiannis KCN, Georgopoulos SE, Klonaris CN, et al. Surgical treatment of carotid body tumors without embolization. Int Angiol 2006; 25:40-5.
9. Bastounis E, Maltezos C, Pikoulis E, Lepp niemi AK, Klonaris C, Papalambros E. Surgical treatment of carotid body tumors. Eur J Surg 1999; 165:198-202.
10. Antonitsis P, Saratzis N, Velissaris I, et al. Management of

- cervical paragangliomas: review of a 15-year experience. *Langenbecks Arch Surg* 2006; 391:396-402.
11. Vlahos L, Papathanasiou M, Gouliamos A, Dimakakos P, Papavassiliou C. Digital subtraction angiography in the evaluation of chemodectomas. *Radiologe* 1988; 28:233-5.
 12. Smith RF, Shetty PC, Reddy DJ. Surgical treatment of carotid paragangliomas presenting unusual technical difficulties. The value of preoperative embolization. *J Vasc Surg* 1988; 7:631-7.
 13. El Hammady MS, Farhat H, Ziayee H, Aziz-Sultan MA. Direct percutaneous embolization of a carotid body tumor with Onyx. *J Neurosurg* 2009; 110:124-7.
 14. Krishnamoorthy T, Gupta AK, Rajan JE, Thomas B. Stroke from delayed embolization of polymerized glue following percutaneous direct injection of a carotid body tumor. *Korean J Radiol* 2007; 8:249-53.
 15. Dossa C, Shepard AD, Wolford DG, Reddy DJ, Ernst CB. Distal internal carotid exposure: a simplified technique for temporary mandibular subluxation. *J Vasc Surg* 1990; 12:319-25.
 16. Marshall BM, Lougheed WM. The use of electroencephalographic monitoring during carotid endarterectomy, as an indicator for the application of a temporary by-pass. *Can Anaesth Soc J* 1969; 16:331-5.
 17. Petty PG, Edsall G. Alternating-current electrocoagulation with bipolar electrodes. *J Neurosurg* 1967; 26:399-405.
 18. Krupski WC, Effeney DJ, Stoney RJ, Ehrenfeld WK. Carotid body tumors. *Aust N Z J Surg* 1983; 53:539-43.
 19. Dickinson PH, Griffin SM, Guy AJ, McNeill IF. Carotid body tumor: 30 years experience. *Br J Surg* 1986; 73:14-6.
 20. Wang SJ, Wang MB, Barauskas TM, Calcaterra TC. Surgical management of carotid body tumors. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 123:202-6.
 21. Little VR, Reilly LM, Ramos TK. Preoperative embolization of carotid body tumors: when is it appropriate? *Ann Vasc Surg* 1996; 10:464-8.
 22. Sajid MS, Hamilton G, Baker DM. A multicenter review of carotid body tumor management. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 34:127-30.
 23. Patetsios P, Gable DR, Garrett WV, et al. Management of carotid body paragangliomas and review of a 30-year experience. *Ann Vasc Surg* 2002; 16:331-8.
 24. Bishop GB Jr., Urist MM, el Gammal T, Peters GE, Maddox WA. Paragangliomas of the neck. *Arch Surg* 1992; 127:1441-5.

Ενδοαυλική αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής κάτωθεν της εκφύσεως των νεφρικών αρτηριών

Φ. Κασφίκης, Σ. Γιαννακάκης, Α. Ψύλλας, Δ. Σίσκος, Σ. Μακρής, Κ. Πυργάκης, Σ. Γούλας, Γ. Παπαχαραλάμπος, Ι. Αντωνίου, Χρ. Μαλτέζος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός μας είναι η παρουσίαση της πρόσφατης εμπειρίας της κλινικής μας, στην ενδοαυλική αποκατάσταση (EVAR) ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ), σε ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια τοποθέτησης ενδομοσχεύματος. Κατά τη χρονική περίοδο ενός έτους (Απρίλιος 2009 – Μάρτιος 2010) εισήχθησαν στην κλινική μας 88 ασθενείς με ΑΚΑ που αντιμετωπίστηκαν με την ανοιχτή (n=14,16%) ή την ενδοαυλική μέθοδο (n=74,84%). Ο προεγχειρητικός έλεγχος περιελάμβανε κλινική εξέταση, αιματολογικές εξετάσεις, αξονική αγγειογραφία (CTA) και σε μερικές περιπτώσεις ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία (DSA) κοιλιακής αορτής. Οι ασθενείς άμεσα μετεγχειρητικά ελέγχθηκαν με απλή ακτινογραφία και έγχρωμο Doppler, ενώ ακολούθησε απεικονιστικός έλεγχος με CT (με iv σκιαγραφικό) στους 3, 6, 12 μήνες και έπειτα ανά έτος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών μας αντιμετωπίστηκε επιτυχώς, χωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές, ενώ αυτές που παρατηρήθηκαν άμεσα ή στην τακτική παρακολούθηση (follow up) ταξινομούνται σε διεγχειρητικές, περιεγχειρητικές και απώτερες, με συνολικό ποσοστό 14,9%. Η τοποθέτηση ενδοπρόθεσης, ως θεραπευτική μέθοδος του υπονεφρικού ΑΚΑ, με την ενδοαυλική μέθοδο είναι γνωστό ότι πραγματοποιείται σε επιλεγμένους ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια τοποθέτησης. Τα πρώιμα αποτελέσματα αυτής της κλινικής μελέτης από την ενδαγγειακή αποκατάσταση ασθενών με ανευρυσματική νόσου κοιλιακής αορτής είναι ενθαρρυντικά. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω μελέτη των ασθενών, ώστε να μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σε 5ετή και 10ετή βάση.

Λέξεις κλειδιά: *Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής(ΑΚΑ), ενδοαυλική αποκατάσταση (EVAR), ενδοπρόθεση, υπολογιστική τομογραφία (CT), ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία(DSA), ενδοδιαφυγή (endoleak), αξονική αγγειογραφία (CTA).*

Πίνακας 1. Προδιαθεσικοί παράγοντες

Σ.Δ.	ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ	Σ.Ν.	Α.Υ.	Χ.Α.Π.	ΚΑΠΝΙΣΜΑ
14	38	32	56	9	56

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία 15 έτη η ενδοαυλική αποκατάσταση ως μέθοδος χειρουργικής αντιμετώπισης του υπονεφρικού ΑΚΑ έχει εξελιχθεί σε τέτοιο βαθμό ώστε να θεωρείται βασική μέθοδος θεραπείας¹.

Σε σχέση με την κλασική μέθοδο, η ενδοαυλική υπερέρχει σε χειρουργικό χρόνο, χειρουργικό stress, ποσότητα μεταγγίσεων αίματος, ανάγκη νοσηλείας σε Μ.Ε.Θ., χρόνο ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και περιεχειρητική θνητότητα.

Στην παρούσα κλινική μελέτη παρουσιάζουμε την εμπειρία της Αγγειοχειρουργικής κλινικής του νοσοκομείου ΚΑΤ στην EVAR υπονεφρικού ΑΚΑ σε ασθενείς που νοσηλεύσαμε κατά τη χρονική περίοδο 12 μηνών (Απρίλιος 2009 – Μάρτιος 2010). Η αντιμετώπιση του υπονεφρικού ανευρύσματος κοιλιακής αορτής με την ενδοαυλική μέθοδο αποτελεί στις μέρες μας αξιόπιστη ελάχιστα επεμβατική χειρουργική θεραπεία εφόσον πληρούνται τα κριτήρια τοποθέτησης του μοσχεύματος σε επιλεγμένους ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Το χρονικό διάστημα Απρίλιος 2009 - Μάρτιος 2010, εισήχθησαν στην κλινική μας 88 ασθενείς με ΑΚΑ, εντοπιζόμενο κάτωθεν των νεφρικών αρτηριών, προς χειρουργική αντιμετώπιση. Από αυτούς, οι 74 ασθενείς (84%) αντιμετωπίστηκαν με την ενδοαυλική (71 εκλεκτικά και 3 ραγέντα) και 14 (16%) με την ανοιχτή μέθοδο (5 εκλεκτικά και 9 ραγέντα). Η διάγνωση ετέθη βάση της κλινικής εξέτασης και του απεικονιστικού ελέγχου (υπερηχογράφημα και υπολογιστική τομογραφία κοιλίας με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού μέσου). Επρόκειτο για 74 άνδρες (καμία γυναίκα) ηλικίας από 61 έως 89 ετών (μέσος όρος 70 έτη), οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια για τη συγκεκριμένη μέθοδο.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες που ελέγχθηκαν ήταν σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, στεφανιαία νόσος, αρτηριακή υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και κάπνισμα. Η συχνότητα που απαντήθηκαν παρουσιάζεται στον πίνακα 1. Ασθενείς με 1-2 προδιαθεσικούς παράγοντες ήταν 22, 3-5 παράγοντες

50, ενώ 2 ασθενείς παρουσίασαν στο ιστορικό όλους τους παράγοντες που ελέγχθηκαν, όπως φαίνεται στο σχήμα 1.

Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν είχαν κοιλιακά ανευρύσματα με μέγιστη διάμετρο από 5 εκ. έως 9,5 εκ., ενώ το μήκος του υπονεφρικού αυχένα κυμαινόταν από 0,7 εκ. έως 5,5 εκ. Συνυπάρχουσα λαγόνιος ανευρυσματική νόσος ανευρέθηκε σε 27 περιπτώσεις (36,5%) με την κοινή λαγόνιο αρτηρία να έχει διαστάσεις από 2 εκ. έως 4,3 εκ. Πολλές φορές, η αορτή και οι λαγόνιες αρτηρίες παρουσίαζαν ελικώσεις και αθηρωματικές αλλοιώσεις, οι οποίες όμως δεν αποτελούσαν αντένδειξη για την τοποθέτηση του ενδομοσχεύματος. Οι ενδοπροθέσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τύπου ENDURANT “Medtronic” (n=63), τύπου ANACONDA “Vascutek” (n=6), τύπου ZENITH “Cook” (n=2), τύπου ZENITH “Cook” SIDE BRANCHED (n=1) και τύπου EXCLUDER “Gore” (n=2).

Οι ασθενείς μας κατά την έξοδό τους ελέγχονται με ακτινογραφία κοιλίας και Triplex κοιλιακής αορτής, ενώ σε περιοδικά διαστήματα στους 3, 6, 12 μήνες μετεχειρητικά και έπειτα ανά έτος, με υπολογιστική τομογραφία (ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού μέσου) και ως σήμερα δεν παρατηρήθηκε σε καμία περίπτωση αύξηση των διαστάσεων του ανευρυσματικού σάκου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 85,1% των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας δεν παρουσίασε μετεχειρητικές επιπλοκές κατά την 12μηνιαία τακτική παρακολούθηση.

Ωστόσο, οι επιπλοκές που παρατηρήθηκαν στους υπόλοιπους ασθενείς (14,9%) ήταν:

- Ενδοδιαφυγή τύπου I (n=2, ποσοστό 2,7%)
- Ενδοδιαφυγή τύπου II (n=2, ποσοστό 2,7%)
- Αδυναμία καθετηριασμού (n=2, ποσοστό 2,7%)
- Θρόμβωση σκέλους μοσχεύματος (n=2, ποσοστό 2,7%)
- Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (n=2, ποσοστό 2,7%)
- Βαριά αλλεργική αντίδραση στο σκιαγραφικό μέσο (αναφυλακτικό shock) (n=1, ποσοστό 1,3%)
- Σύνδρομο μεταεμφύτευσης μοσχεύματος (n=37, ποσοστό 50%)

Οι διεχειρητικές επιπλοκές που χρειάστηκε να αντιμετωπισθούν ήταν:

- Δύο περιπτώσεις ενδοδιαφυγής (endoleak) τύπου I στην εγγύς ζώνη τοποθέτησης του μοσχεύματος, στις οποίες διενεργήθηκε διάταση του μοσχεύματος στην

Πίνακας 2. Επιπλοκές από EVAR και ο τρόπος αντιμετώπισής τους

I. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ

Τύπος	Συχνότητα	Αντιμετώπιση
Ενδοδιαφυγή τύπου I στην εγγύς ζώνη τοποθέτησης του μοσχεύματος	2 (2,7%)	Διάταση του μοσχεύματος με μπαλόνι μορφοποίησης
Αδυναμία καθετηριασμού του ετερόπλευρου σκέλους με όλους τους δυνατούς τρόπους	2 (2,7%)	Τοποθέτηση αορτομονολαγόνιας ενδοπρόθεσης, αποκλεισμός της ετερόπλευρης κοινής λαγονίου, διενέργεια μηρομηριαίας παράκαμψης στον ίδιο χρόνο.
Αναφυλακτικό shock στο σκιαγραφικό μέσο	1 (1,3%)	Επείγουσα διασωλήνωση → Ανάταξη shock → Ολοκλήρωση επέμβασης → Μ.Ε.Θ.

II. ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ

Τύπος	Συχνότητα	Αντιμετώπιση
Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου	2 (2,7%)	Νοσηλεία στη στεφανιαία μονάδα 4-6 ημέρες
Πυρετός έως 39°C και ήπιου βαθμού οσφυαλγία (post implantation syndrome)	37 (50%)	Χορήγηση Μ.Σ.Α.Φ.

III. ΑΠΩΤΕΡΕΣ

Τύπος	Συχνότητα	Αντιμετώπιση
Ενδοδιαφυγές (endoleaks) τύπου II. Τύπου IIa (κάτω μεσεντέριος αρτηρία). Τύπου IIb (οσφυϊκές αρτηρίες)	2 (2,7%)	Τύπου IIa :εμβολισμό διά λεπτής βελόνης θρομβίνης καθοδηγούμενος από υπολογιστική τομογραφία (CT guided). Τύπου IIb: παρακολούθηση
Θρόμβωση σκέλους μοσχεύματος (Graft limb thrombosis)	2 (2,7%)	Μηρομηριαία παράκαμψη

περιοχή του αυχένα με μπαλόνι μορφοποίησης με αποτέλεσμα σφράγισμα της ενδοδιαφυγής.

- Δύο περιπτώσεις αδυναμίας καθετηριασμού του ετερόπλευρου σκέλους, που αντιμετωπίστηκαν με τοποθέτηση αορτομονολαγόνιας ενδοπρόθεσης, αποκλεισμό της ετερόπλευρης κοινής λαγονίου και διενέργεια μηρομηριαίας παράκαμψης στον ίδιο χρόνο.
 - Ένας ασθενής υπέστη αναφυλακτική καταπληξία λόγω αλλεργίας στο σκιαγραφικό μέσο, η οποία ανατάχθηκε επιτυχώς με μετατροπή της περιοχικής νάρκωσης σε γενική και περατώθηκε η αποκατάσταση του ανευρύσματος.
- Ως περιεγχειρητικές επιπλοκές παρατηρήθηκαν:

- Πυρετός έως 39 βαθμούς Κελσίου και ήπιου βαθμού οσφυαλγία έως την 10η μετεγχειρητική μέρα στους μισούς ασθενείς (n=37), στα πλαίσια του συνδρόμου μετεμφυτεύσεως (postimplantation syndrome) που αντιμετωπίστηκαν με Μ.Σ.Α.Φ.
- Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου σε 2 ασθενείς (με ραγέντα ΑΚΑ) οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στη στεφανιαία μονάδα για 4-6 ημέρες και εξήλθαν του νοσοκομείου τη 10η και τη 12η μετεγχειρητική ημέρα αντίστοιχα, έχοντας καλώς.

Ως απώτερες επιπλοκές:

- Ενδοδιαφυγές (endoleaks) τύπου II παρατηρήσαμε



Σχήμα 1. Συχνότητα εμφάνισης προδιαθεσικών παραγόντων

σε δύο περιπτώσεις ασθενών (σημειώνεται ότι ενώ ως γνωστό αυτές εμφανίζονται διεγχειρητικά, γίνονται αντιληπτές συχνά στην απώτερη μετεγχειρητική περίοδο επειδή τότε διενεργούνται απεικονιστικές εξετάσεις μεγαλύτερης ευαισθησίας):

- μία τύπου IIa (κάτω μεσεντέριος αρτηρία)
- μία τύπου IIb (οσφυϊκή αρτηρία)

και αντιμετωπίστηκαν με εμβολισμό θρομβίνης δια λεπτής βελόνης καθοδηγούμενη από υπολογιστική τομογραφία (CT guided) και παρακολούθηση (χωρίς συνοδό αύξηση της διαμέτρου) αντίστοιχα.

- Θρόμβωση σκέλους μοσχεύματος (Graft limb thrombosis) ως απώτερη επιπλοκή, παρατηρήθηκε σε 2 ασθενείς μας, 6 μήνες και 9 μήνες μετά την τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης αντίστοιχα. Αμφότεροι υπεβλήθησαν σε νέα συμπληρωματική επέμβαση και συγκεκριμένα σε μηρομηριαία παράκαμψη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα δε χρειάστηκε μετατροπή ενδαγγειακής επέμβασης σε ανοικτή επέμβαση (conversion).

Οι επιπλοκές που παρουσιάστηκαν και ο τρόπος αντιμετώπισής τους απεικονίζονται στον πίνακα 2.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, αποτελεί κυρίως νόσο των ηλικιωμένων λευκών ανδρών, αυξάνοντας σταθερά σε συχνότητα μετά τα 50 έτη και συναντάται 2-6 φορές περισσότερο στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες^{2,3}.

Το ΑΚΑ σχετίζεται με την ύπαρξη ενός συγγενή πρώτου βαθμού με ΑΚΑ, την ηλικία, το ανδρικό φύλο, την αθηρωματική νόσο, το κάπνισμα, τα χρόνια πνευμονικά

νοσήματα και την αρτηριακή υπέρταση. Ωστόσο το κάπνισμα αναφέρεται να έχει πολύ μεγαλύτερη συσχέτιση με το ΑΚΑ από την αθηρωματική νόσο⁴.

Από την πρώτη χρήση του μοσχεύματος ενδοπρόθεσης για τον ενδαγγειακό αποκλεισμό ενός ΑΚΑ, η χρήση της ενδαγγειακής θεραπείας των ΑΚΑ έχει επεκταθεί σε σημαντικό βαθμό και αποτελεί πλέον μία αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδο του ΑΚΑ. Τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες έχουν δείξει περιεγχειρητικό όφελος από την ενδαγγειακή αποκατάσταση σε σχέση με την ανοικτή χειρουργική μέθοδο και συγκεκριμένα λιγότερες επιπλοκές και συντομότερη ανάνηψη. Παρ' όλα αυτά, οι ανησυχίες εξακολουθούν να περιβάλλουν την μακροχρόνια αντοχή του ενδομοσχεύματος.

Τέλος, συνεχίζει να προβληματίζουν:

- Ενδοδιαφυγές, ενδοτάση.
- Η μετατροπή σε ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση.
- Η αναγκαιότητα των πιο συνηθισμένων επανεπεμβάσεων.
- Ο αυξανόμενος κίνδυνος της καθυστερημένης ρήξης του ΑΚΑ με την ενδαγγειακή αποκατάσταση.

Αυτά τα πολύπλοκα προβλήματα (όπως των ενδοδιαφυγών, της ενδοτάσης και της αποτυχίας τοποθέτησης του μοσχεύματος) συνεχίζουν να αποτελούν ιατρικές και τεχνολογικές προκλήσεις. Η συχνότητα εμφάνισης ενδοδιαφυγών σε EVAR αναφέρεται βιβλιογραφικά σε ποσοστά μεταξύ 10% και 44%, ενώ αν αυτές αφεθούν χωρίς αντιμετώπιση, μπορεί να αυτοϊαθούν, με τελικό αποτέλεσμα το σφράγισμα του ανευρυσματικού σάκου γύρω από το μόσχευμα. Αυτό επιτυγχάνεται σε ποσοστό περίπου 50% των περιπτώσεων ενδοδιαφυγής, ενώ το ποσοστό των ενδοδιαφυγών που παραμένουν ενεργές και υποβάλλονται σε συντηρητική αγωγή υπό παρακολούθηση είναι περίπου 20%⁵.

Μέχρι να βρεθούν λύσεις για τα προβλήματα αυτά, το EVAR παραμένει ατελής μακροχρόνια θεραπεία και απαιτείται τακτικός και δια βίου έλεγχος του μοσχεύματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η τοποθέτηση ενδοπρόθεσης ως θεραπεία του υπονεφρικού ΑΚΑ με την ενδοαυλική μέθοδο, είναι γνωστό ότι πραγματοποιείται σε επιλεγμένους ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια τοποθέτησης, αποτελεί δε σημαντική εναλλακτική μέθοδο της ανοικτής επέμβασης, ενώ λόγω παρουσίας ενδοδιαφυγών, ενδοτάσης και αστοχίας υλικού απαιτείται τακτική και μακροχρόνια

παρακολούθηση.

Η πρόσφατη εμπειρία της κλινικής μας στην αντιμετώπιση ΑΚΑ ενδαγγειακά, σε τακτική ή επείγουσα βάση, σε ότι αφορά στο ποσοστό των εγχειρητικών επιπλοκών που παρατηρήθηκαν για τη χρονική περίοδο Απρίλιος 2009 - Μάρτιος 2010, είναι αντίστοιχη εκείνων που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Είναι βέβαιο ότι χρειάζεται μεγαλύτερος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών της κλινικής αυτής μελέτης προς εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

ABSTRACT

Endovascular aneurysm repair (EVAR) of abdominal aorta below the origin of the renal arteries.

Kasfikis F., Giannakakis S., Psillas A., Siskos D., Makris S., Purgakis K., Goulas S., Papacharalampous G., Antoniou I., Maltezos Xr.

Department of Vascular Surgery, General Hospital Athens "KAT"

The aim of this paper is to present the recent experience of our department in the endovascular aneurysm repair (EVAR) of abdominal aorta in patients fulfilling the criteria for vascular graft placement. During an one year period (April 2009 - March 2010) 88 patients with abdominal aortic aneurysm presented to our clinic. They underwent an open surgery approach (n=14.16%) or an endovascular technique (n=74.84). The preoperative control included clinical examination, blood tests, CT angiography (CTA) and in some cases digital subtraction angiography (DSA) of abdominal aorta. The patients were tested with an X-Ray and color Doppler sonography, postoperatively, followed by CT imaging (with IV contrast) at 3, 6, 12 months and every year. The majority of our patients were treated successfully, with no postoperative complications. The complica-

tions observed directly or during the follow up period are divided into intraoperative, perioperative and late complications, with an overall rate of 14.9%. The intravascular stent placement using the endovascular technique must be used as a therapeutic method of the subrenal abdominal aortic aneurysm in few patients fulfilling the required criterias. The first results of this clinical study of patients that underwent endovascular abdominal aortic aneurysm repair are encouraging. However, more studies are required, in order to assess the accuracy of conclusions during a follow-up of 5 and 10 years period.

Key words: abdominal aortic aneurysm (AAA), endovascular aneurysm repair (EVAR), stent, CT imaging, digital subtraction angiography (DSA), CT angiography (CTA).

Διεύθυνση Αλληλογραφίας

Σ. Γιαννακάκης
Αγγειοχειρουργική Κλινική
Διαγνωστικό και Θεραπευτικό κέντρο Υγεία
Ερ. Σταυρού 4, 15123 Μαρούσι, Αθήνα
E-mail: sotirisgiannakakis@yahoo.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Comprehensive vascular and endovascular surgery, 2nd edition, HALLET J, Jr. (2009)
2. Gillum RF: Epidemiology of aortic aneurysm in the United States. *J Clin Epidemiol* 48:1289
3. La Morte WW, Scott TE, Menzoian JO: Racial differences in the incidence of femoral bypass and abdominal aortic aneurysmectomy in Massachusetts: Relationship to cardiovascular risk factors. *J Vasc Surg* 21:422, 1995.
4. Lederle FA, Nelson DB, Joseph AM: Smokers' relative risk for aortic aneurysm compared with other smoking-related diseases: a systematic review. *J Vasc Surg* 2003; 38(2):329-334.
5. Moore WS, Rutherford RB: for the EVT Investigators. Transfemoral endovascular repair of abdominal aortic aneurysm: results of the North American EVT phase 1 trial. *J Vasc Surg* 1996; 23:543-553

Πόσο σημαντική είναι η συζήτηση μεταξύ του αρρώστου και του γιατρού κατά τη διάρκεια της κλινικής του εξέτασης;*

Δ.-Σ. Γ. Γεωργόπουλος

«Η ίδια η συζήτηση είναι επίτευγμα των Ελλήνων. Συνήθιζαν να λένε
ελεύθερα τη γνώμη τους και να ακούνε τη γνώμη του άλλου».

Dr Ernst Burkardt (1928-)**

Η εμπειρία που αποκτήθηκε από τρία Νοσοκομεία της Γερμανίας και πέντε της Αθήνας, όπου υπηρέτησα τα τελευταία σαράντα χρόνια, ανέδειξε και σε μένα τις ελλείψεις των γιατρών και των αρρώστων στη μεταξύ τους επικοινωνία. Χρόνια τώρα διαβάζουμε άρθρα και βιβλία που αναφέρονται στο πως πρέπει να συμπεριφέρεται ο γιατρός κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας του με τον άρρωστο.

Η εκπαίδευση του γιατρού στον τομέα αυτό είναι «αναγκαία και απαραίτητη», αφού έχει πια επιβεβαιωθεί ότι η ποιότητα της επικοινωνίας γιατρού-αρρώστου και αρρώστου-γιατρού επηρεάζει αποφασιστικά την επάρκεια της ιατρικής φροντίδας, την ικανοποίησή του αρρώστου, τη συμμόρφωσή του με τη θεραπεία, την ανταπόκρισή του στη θεραπεία, την εξοικονόμηση χρόνου, τη μείωση των επισκέψεων στο γιατρό, τη μείωση της έντασης και του άγχους, την προώθηση της υγείας όλων των εμπλεκομένων - του αρρώστου, της νοσηλεύτριας, του γιατρού - τη μείωση των παραπόνων και τέλος τη μείωση της λεκτικής και σωματικής βίας.

Στις Ιατρικές Σχολές μας δε διδάσκεται κάτι τέτοιο, ούτε υπάρχουν οι ανάλογες οδηγίες από το Υπουργείο Υγείας. Το θέμα έχει αφηθεί στην πρωτοβουλία των φοιτητών και στη «φιλοπατρία» των διευθυντών των διαφόρων Τμημάτων των Νοσοκομείων, όταν οι νέοι γιατροί εμφανιστούν εκεί για την εκπαίδευσή τους, προκειμένου να αποκτήσουν την ειδικότητά τους.

Ο γιατρός, στέλεχος της κοινωνίας με ιδιαίτερη εξουσία, πρέπει να είναι

Διδάκτορας Παν/μίων
Βόννης & Αθηνών, πρώην
αγγειοχειρουργός-διευθυντής
Αγγειοχειρουργικών
Τμημάτων Ε.Σ.Υ.(Ελπίς,
1985-1992 /
Κωνσταντοπούλειο -
Αγ. Όλγα, 1996-2006).

*Μέρος της Εισαγωγής και ο Επίλογος από το βιβλίο του Δημήτρη-Σόλωνα Γ. Γεωργόπουλου: ΠΩΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ ΣΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΓΙΝΕΤΕ ΚΑΛΑ. Libro, Αθήνα, 2009.

**πρώην Γυμνασιάρχης και Καθηγητής των Αρχαίων Ελληνικών στο Γυμνάσιο Freiherr-vom-Stein, Leverkusen, Γερμανία.

πολύ προσεκτικός με τη συμπεριφορά του. Πολλές φορές δίνεται η εντύπωση – και αυτό δεν είναι μόνο εντύπωση αλλά σκληρή πραγματικότητα – ότι ο γιατρός δε δίνει την πρέπουσα προσοχή σε αυτά που του λέει ο άρρωστος. Δεν επιτρέπει στον άρρωστο να ολοκληρώσει τις σκέψεις του, να εκφράσει τα συναισθήματά του, τα συμπτώματα της πάθησής 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 γιατρός πατέρας μου, έλεγε: «Άφησε τον άρρωστο να μιλήσει, αυτός θα σου πει στο τέλος τι έχει».

Άλλες φορές, ο γιατρός δε θυμάται το ονοματεπώνυμο του αρρώστου αν δεν κοιτάξει τα χαρτιά του, ενώ ο ασθενής σπαταλά πολύ περισσότερο χρόνο για να πετύχει μια συνάντηση με το γιατρό - για να κλείσει ένα ραντεβού - από το χρόνο που του διατίθεται για την επικοινωνία τους.

Πώς πρέπει να συμπεριφερθεί ο ασθενής και πώς πρέπει να αντιμετωπίσει το γιατρό κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας τους; Πώς δηλαδή θα επικοινωνήσει σωστά; Όσο όμως είναι «αναγκαίο και απαραίτητο» να επικοινωνήσει σωστά ο άρρωστος με το γιατρό, άλλο τόσο είναι «αναγκαίο και απαραίτητο» να επικοινωνεί σωστά και ο γιατρός με τον άρρωστο. Ο άρρωστος από τη μεριά του οφείλει να παρέχει στο γιατρό όλες τις πληροφορίες για την πάθησή του. Ακόμη και οι πιο μικρές λεπτομέρειες μπορεί να αποδειχθούν πολύ χρήσιμες για το γιατρό. Αυτές οι εξωτερικεύσεις απαιτούν βέβαια χρόνο, καμιά φορά πολύ χρόνο. Τον απαραίτητο αυτό χρόνο οφείλει να απαιτεί ο άρρωστος ώστε να θέτει τις απορίες και τα ερωτήματά του που τον απασχολούν. Έτσι, από τη μια μεριά καθησυχάζει την εύλογη ανησυχία του και από την άλλη διαλευκαίνει πλήρως τα της πάθησής του. Ο άρρωστος προτρέπει να αμφισβητεί το γιατρό, αλλά και να ζητά μια δεύτερη γνώμη για την πάθησή του από άλλον ειδικό.

Αυτά για το σώμα μας. Όταν όμως πάσχει το σώμα διαταράσσεται και η ψυχή μας. Στον τόπο μας, υπάρχει η λανθασμένη εντύπωση ότι σπάνια είναι απαραίτητη η βοήθεια του ψυχολόγου και του ψυχιάτρου, αφού αυτοί ασχολούνται με τους «τρελούς». Οι «τρελοί» όμως είναι πάρα πολύ λίγοι. Έτσι όπως επισκεπτόμαστε το γιατρό του σώματος, τον παθολόγο, τον καρδιολόγο, τον ορθοπεδικό και τους γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων, έτσι χωρίς δισταγμό θα πρέπει να επισκεφθούμε, αν υπάρχει

ανάγκη, και τον ψυχίατρο. Η ψυχή είναι κομμάτι του εαυτού μας. Είναι ο μισός εαυτός μας και κάτι παραπάνω, και δεν πρέπει να την παραμελούμε. Πολλές φορές, ένα σύμπτωμα που εκδηλώνεται από το στομάχι μας ή την καρδιά μας, μπορεί στην πραγματικότητα να είναι μια εξωτερικεύση μιας διαταραχής ή μιας πάθησης της ψυχής μας.

Για τους λόγους αυτούς, ο άρρωστος θα πρέπει να είναι απόλυτα ειλικρινής και να μην αποσιωπά ή να μην παραλείπει να αναφέρει στο γιατρό το οτιδήποτε τον απασχολεί. Ακόμα και το πώς αισθάνεται αυτός και οι δικοί του άνθρωποι για την πάθησή του. Οφείλει να τα αναφέρει όλα, όλες τις λεπτομέρειες.

Ο άρρωστος βέβαια, προσδοκά και με το δικό του, τη συμπαράσταση και την υποστήριξη του γιατρού, για να μπορέσει να εξωτερικεύσει όλες τις πληροφορίες που χρειάζονται ώστε να λυθεί το ιατρικό του πρόβλημα. Πολλές φορές χρειάζεται βοήθεια από το γιατρό, ακόμα και για να εκφράσει τις απόψεις του και τα συναισθήματά του. Αν κάτι τέτοιο δε συμβεί από τη μεριά του γιατρού, τότε ο ίδιος ο άρρωστος οφείλει να διεκδικήσει τα συμφέροντά της υγείας του και να μη δειλιάσει μπροστά στο φροντιστή και συνάμα εξουσιαστή της υγείας του. Στην πραγματικότητα όμως, ο άρρωστος «κουμπώνεται» μπροστά στο γιατρό, στον οποιονδήποτε γιατρό. Ιδιαίτερα σε εκείνον που δεν έχει τις γνώσεις ή την ικανότητα για μια επιτυχημένη επικοινωνία με τον άρρωστο.

Τι ακριβώς όμως συμβαίνει κατά τη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης-συνέντευξης; Στην πραγματικότητα, πρόκειται βασικά για τη συζήτηση μεταξύ του γιατρού και του αρρώστου, αφού σε αυτήν αναλώνεται το μεγαλύτερο μέρος της επικοινωνίας τους.

Με τον όρο «συζήτηση», εννοούμε ό,τι λέγεται συνήθως, τις λέξεις που χρησιμοποιούνται, τα στοιχεία που ανταλλάσσονται, τις συμβουλές που δίνονται και τις κοινωνικές κουβέντες που τονώνουν την επικοινωνία. Πέραν όμως των λέξεων, εννοούμε και την επικοινωνία στο σύνολό της. Δηλαδή ολόκληρο το ρεπερτόριο των μη λεκτικών εκφράσεων και κωδικών επικοινωνίας. Τα χαμόγελα, τις κινήσεις συγκατάνευσης της κεφαλής, τις γκριμάτσες του πόνου, τον ήχο της φωνής που προδίδει το άγχος του αρρώστου. Όλα αυτά δίνουν περιεχόμενο και εμφυσούν συγκεκριμένη σημασία στις λέξεις που εκφέρονται. Παρόλο ότι όλα αυτά είναι σημαντικά, αυτού του είδους η «συνομιλία» παραμένει

λανθάνουσα, μη αναγνωρισμένη.

Εμείς πιστεύουμε ότι η συζήτηση είναι το βασικό συστατικό για την ιατρική φροντίδα και το κύριο και το πιο σημαντικό εργαλείο με το οποίο σμιλεύεται η σχέση αρρώστου-γιατρού, ενώ διαμέσου αυτής επιτυγχάνεται ο στόχος της θεραπείας.

Αν και οι γιατροί διεκπεραιώνουν την κλινική εξέταση, τις εξετάσεις του αίματος, τη χορήγηση των φαρμάκων και διάφορα άλλα, για να πετύχουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα, η αξία αυτών των δραστηριοτήτων είναι περιορισμένης αξίας χωρίς τη συζήτηση. Η συζήτηση είναι που οργανώνει το ιστορικό και εμφυσά περιεχόμενο και σημασία στη μεταξύ τους σχέση.

Η πίστη μας στη μεγάλη σημασία της συζήτησης μεταξύ του γιατρού και του αρρώστου δεν είναι ευρέως αποδεκτή. Από την άλλη μεριά, η συζήτηση κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας αρρώστου-γιατρού μπορεί να αλλάξει προς το καλύτερο τον τρόπο άσκησης της Ιατρικής.

Οι αλλαγές που προτείνονται στην άσκηση της Ιατρικής μπορούν να συνοψιστούν στις παρακάτω προτάσεις:

1. Η επικοινωνία πρέπει να υπηρετεί την ανάγκη του αρρώστου να εξωτερικεύσει την ιστορία της πάθησής του, που ο γιατρός όμως θα πρέπει να ακούει με μεγάλη προσοχή. Η εξιστόρηση της πάθησης, είναι η μέθοδος με την οποία η σημασία της ενσωματώνεται και ερμηνεύεται από το γιατρό και τον άρρωστο. Οι άρρωστοι έχουν την ανάγκη να δείχνει ο γιατρός προσωπικό ενδιαφέρον στο άτομό τους, να του είναι αρεστοί, ο γιατρός να ενδιαφέρεται και να φροντίζει το «καλώς έχειν» τους και να κάνει το παν για να αποδώσει τα μέγιστα στο έργο του. Η εκπλήρωση της βασικής αυτής ανάγκης του αρρώστου, να νιώσει αρεστός και κατανοητός, αρχίζει με την εξιστόρηση του ιστορικού του. Η εξιστόρηση αυτή καθαυτή μπορεί να είναι και θεραπευτική, αφού παρέχει μια καταλυτική εκτόνωση και ευκαιρία για ενόραση και προοπτική. Το ιστορικό παρέχει στο γιατρό το περιεχόμενο της απαραίτητης ενόρασης για την κατανόηση και την ερμηνεία των πολλαπλών συμπτωμάτων και «ενδείξεων» που αναφέρει ο άρρωστος.

2. Ο άρρωστος πρέπει να θεωρείται ο εμπειρογνώμων των δικαιωμάτων του και ως τέτοιος, έχει τη μοναδική ικανότητα της πρόβλεψης, αλλά και τη σημαντική ενόραση για τη φυσική και τη λειτουργική του κατάσταση και την ποιότητα της

ζωής του. Η προσωπική του αξιολόγηση είναι σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης ακόμα και της θνητότητάς του.

3. Η επικοινωνία θα πρέπει να αντανακλά και να σέβεται την πνευματική κατάσταση του αρρώστου, αλλά και τη σχέση της με τις γνώσεις του για την πάθησή του. Πολλά από τα συμπτώματα για τα οποία οι άρρωστοι ζητούν βοήθεια, δε δηλώνουν οπωσδήποτε και συγκεκριμένη διάγνωση. Ο λόγος είναι ότι, πολλές φορές, πολλά από αυτά δεν είναι συμπτώματα κάποιας ασθένειας - με βάση την ιατρική έννοια - αλλά αντιδράσεις για τη ζωή. Πονοκέφαλοι, εξανθήματα, ζαλάδες, κόπωση, διαταραχές του στομάχου, φαγούρα, χρόνια δυσκοιλιότητα ή ευκοιλιότητα και διαταραχές του σωματικού βάρους μπορεί να υποδουλώνουν προβλήματα της ζωής, παρά κάποια ασθένεια. Όλοι οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν καθημερινά εντάσεις. Όλοι έχουν υποστεί κάτι τέτοιο στις οικογενειακές τους σχέσεις, στην εργασία τους, σε θέματα οικονομικά. Είναι βέβαια γνωστό ότι οι άρρωστοι που εμφανίζουν τέτοια συμπτώματα, έχουν δυσκολία να τα γνωστοποιήσουν στο γιατρό τους. Τα προβλήματα αυτά της έντασης και του συναισθήματος αποτελούν μεγάλο μέρος της καθημερινής ιατρικής.

4. Οι γιατροί έχουν καθήκον να μοιράζονται την ιατρική τους πείρα με τον άρρωστο, με τέτοιο τρόπο ώστε οι πληροφορίες που παρέχουν να είναι ξεκάθαρες, σχετικές με το πρόβλημα και χρήσιμες στον άρρωστο.

5. Η επικοινωνία θα πρέπει επίσης να αναγνωρίζει και να προσανατολίζεται προς τις συναισθηματικές ανάγκες του αρρώστου. Η ανταλλαγή πληροφοριών έχει διπλή σημαντικότητα, είναι εγκεφαλική και συναισθηματική. Οι άρρωστοι έχουν την ανάγκη των πληροφοριών με στοιχεία, αλλά έχουν επίσης την ανάγκη για τη μείωση της αβεβαιότητας και του άγχους τους. Για το λόγο αυτό, εκείνοι οι γιατροί που συζητούν με τον άρρωστο και του παρέχουν πληθώρα πληροφοριών, θεωρούνται ότι είναι ικανοί γιατροί και ότι ενδιαφέρονται για τον άρρωστό τους.

6. Οι άρρωστοι και οι γιατροί, κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας τους, εκτιμούν συνεχώς ο ένας τη συμπεριφορά του άλλου σύμφωνα με τις αξίες τους, τις προσδοκίες τους και αντιδρούν κατά τρόπο που ταιριάζει ή δεν ταιριάζει με τις εμπειρίες τους. Αυτή η ανταλλαγή εμπειριών και αισθήματα και υπολογισμούς. Στις σχέσεις με το γιατρό υπάρχει

πάντα ανταποδοτικότητα. Οι γιατροί κάνουν πράγματα για τον άρρωστο, αλλά και ο άρρωστος κάνει πράγματα για το γιατρό, αλλά και για τον εαυτό του. Η επικοινωνία αυτή θα πρέπει να αντανakλά εμφανώς τον κανόνα της αμοιβαιότητας, όπου η εκπλήρωση των προσδοκιών είναι συζητήσιμη και διαπραγματεύσιμη.

7. Τέλος, η επικοινωνία θα πρέπει να βοηθά τους συμμετέχοντες, άρρωστο και γιατρό, να υπερνικούν τα στερεότυπα των ρόλων τους και των προσδοκιών τους. Εάν οι άρρωστοι και οι γιατροί συνειδητοποιήσουν τους ρόλους τους, τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες από τις οποίες εμφορούνται, μπορούν να βοηθήσουν τους εαυτούς τους να αποκτήσουν μια αίσθηση δύναμης και την ικανότητα να αλλάξουν. Ενώ όμως ο ρόλος του ασθενούς αποκτάται διαμέσου της ζωής, ο ρόλος του γιατρού αποκτάται

στην Ιατρική Σχολή. Αυτός είναι ο λόγος που ο γιατρός πρέπει να εκπαιδεύεται και στην ψυχολογία. Είναι «αναγκαίο και απαραίτητο».

Αν οι γιατροί συναισθανθούν το «ρόλο» του εκπαιδευτή των αρρώστων, η ιατρική εκπαίδευση θα είναι διαφορετική και το ιατρικό επάγγελμα θα οδηγηθεί σε καλύτερο αυτοέλεγχο. Θα δοθεί, έτσι, μεγαλύτερη προσοχή στην εκπαίδευση των αρρώστων, πράγμα που σημαίνει μια πιο ευαίσθητη εμπλοκή των γιατρών στη διαδικασία της ίασης, της θεραπείας των αρρώστων τους.

Διεύθυνση Αλληλογραφίας

Δημήτρης - Σόλων Γ. Γεωργόπουλος
Πανδώρας 3, 14578 Εκάλη
Τηλ: 210 8143972
E-mail: degeorg@otenet.gr

Προσεχείς επιστημονικές συναντήσεις

Επιμέλεια: Β. Παπαβασιλείου

32th International Symposium, Charing Cross

10-13 Απριλίου 2010
Τόπος: Imperial College, London, UK
Πληροφορίες: www.cxsymposium.com

2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

15-18 Απριλίου 2010
Τόπος: Ξενοδοχείο Crowne Plaza, Αθήνα
Πληροφορίες: Free spirit,
Τηλ: 210 6048260

XXIV World Congress of the International Union of Angiology

21-25 Απριλίου 2010
Τόπος: Buenos Aires, Argentina
Πληροφορίες: www.iaa2010.com.ar

1ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τις παθήσεις των αγγείων

23-24 Απριλίου 2010
Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου»
Τόπος: Hotel Porto Palace, Θεσσαλονίκη
Πληροφορίες: www.icb.gr

36ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο

4-8 Μαΐου 2010
Τόπος: Ξενοδοχείο Hilton, Αθήνα
Πληροφορίες: www.mednet.gr

LIVE, Leading Innovative Vascular Education

27-30 Μαΐου 2010
Τόπος: Corfu Chandris Hotel, Dassia
Πληροφορίες: www.LIVE2010.gr

4th Mediterranean Meeting of Venous Disease

28-29 Μαΐου 2010

Τόπος: Boscolo Hotel Plaza, Nice, France

Πληροφορίες: www.mmvd-cmpv.com**2010 Vascular Annual Meeting Society for Vascular Surgery**

10-13 Ιουνίου 2010

Τόπος: Boston, Massachusetts

Πληροφορίες: VascularWeb.org**Multidisciplinary European Endovascular Therapy**

17-20 Ιουνίου 2010

Τόπος: Palais du Pharo, Marseille, France

Πληροφορίες: www.meetcongress.com**19th EUROCHAP International Union of Angiology**

16-19 Σεπτεμβρίου 2010

Τόπος: Amsterdam, The Netherlands

Πληροφορίες: www.esvs.org**XXIV ESVS Annual Meeting**

24-26 Σεπτεμβρίου 2010

Τόπος: Maison de la Chimie, Paris

Πληροφορίες: www.iaa-eurochap2010.eu**2010 Endovascularology**

13-17 Οκτωβρίου 2010

Τόπος: Shanghai, P.R. China

Πληροφορίες: www.endovascularology.org**11th International Vascular and Endovascular Course**

21-23 Οκτωβρίου 2010

Τόπος: Milan, Italy

Πληροφορίες: www.theconferencewebsite.com**The London Cardiovascular Symposium 2010**

22-23 Οκτωβρίου 2010

Τόπος: Royal Society of Medicine, London

Πληροφορίες: www.rsm.ac.uk**23ο Ιατρικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων**

4-7 Νοεμβρίου 2010

Τόπος: Ξενοδοχείο Makedonia Palace, Θεσσαλονίκη

Πληροφορίες: www.milmed.gr**37th Annual VEITH symposium**

17-21 Νοεμβρίου 2010

Τόπος: Hotel Hilton, New York

Πληροφορίες: www.isvs.com

Annual Meeting of The Vascular Society of Great Britain & Ireland

24-26 Νοεμβρίου 2010

Τόπος: Hilton Brighton Metropole

Πληροφορίες: www.vascularsociety.org.uk

27ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής, Διεθνές Χειρουργικό Φόρουμ

24-27 Νοεμβρίου 2010

Τόπος: Ξενοδοχείο Hilton, Αθήνα

Πληροφορίες: www.execongress2010.gr

XXV World Congress of the International Union of Angiology

1-5 Ιουλίου 2012

Τόπος: Prague, Czech Republic

συνέδρια