

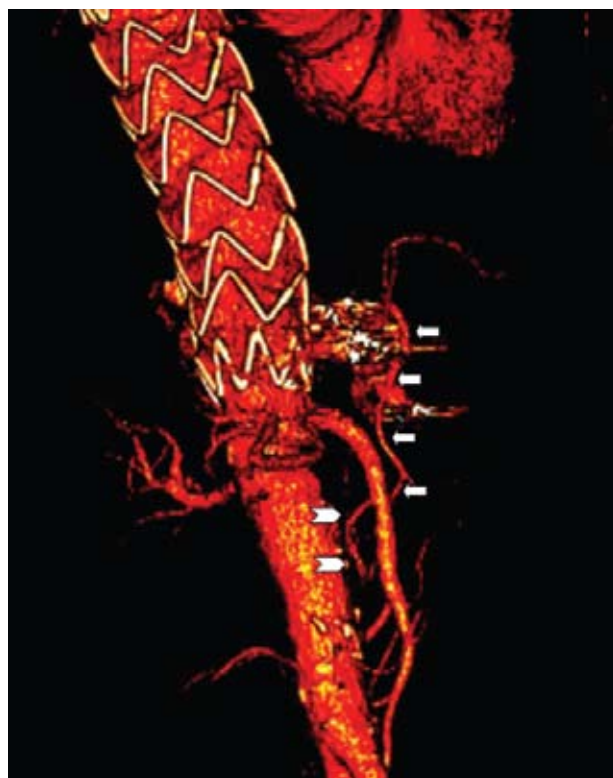


Εικόνα 3. Αξονική αορτογραφία θωρακικής και κοιλιακής αορτής, μετά την επέμβαση, με τρισδιάστατη ανασύσταση της εικόνας. Διακρίνεται η πλήρωση της ηπατικής και της σπληνικής αρτηρίας παρά την κάλυψη της έκφυσης της άνω μεσεντερίου αρτηρίας από το ενδομόσχευμα.

αρτηρία. Ακολούθησε εκλεκτική αγγειογραφία της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, η οποία ανέδειξε ικανοποιητικό παράπλευρο δίκτυο μέσω της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας με πλήρωση της ιδίως ηπατικής αρτηρίας σε καθυστερημένες λήψεις. Στη συνέχεια έγινε εμβολισμός της κοιλιακής αρτηρίας με σπειράματα. Ο ασθενής μετεπεμβατικά παρέμεινε ασυμπτωματικός χωρίς να επηρεαστεί η ηπατική βιολογία.

Τρεις ημέρες μετά τον εμβολισμό, ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου αρχικά καθετηριάστηκε η άνω μεσεντερία αρτηρία και τοποθετήθηκε θηκάρι 6F εντός αυτής, και στη συνέχεια τοποθετήθηκαν 3 ενδομοσχεύματα Valiant (Medtronic, Inc., USA) 40x150mm, 42x150mm και 46x200mm από την έκφυση της αριστερής υποκλείδιας αρτηρίας μέχρι την έκφυση της άνω μεσεντερίου. Πριν την έναρξη της επέμβασης τοποθετήθηκε καθετήρας παροχέτευσης εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) ώστε η πίεση του ENY να παραμένει <12mmHg καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης και των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών. Η τελική αγγειογραφία, όπως και η αξονική αγγειογραφία που έγινε 3 ημέρες μετά την επέμβαση, έδειξε άριστη τοποθέτηση των ενδομοσχευμάτων, χωρίς ανάδειξη ενδοδιαφυγής και με πλήρωση της ιδίως ηπατικής αρτηρίας μέσω παράπλευρου δικτύου από την άνω μεσεντερία αρτηρία (Εικόνες 2, 3, 4).

Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου 1 εβδομάδα μετά την επέμβαση.



Εικόνα 4. Αξονική αορτογραφία θωρακικής και κοιλιακής αορτής, μετά την επέμβαση, με τρισδιάστατη ανασύσταση της εικόνας. Διακρίνεται η κάλυψη της έκφυσης της κοιλιακής αρτηρίας από το ενδομόσχευμα καθώς και το παράπλευρο δίκτυο μεταξύ της άνω μεσεντερίου και της κοιλιακής αρτηρίας (λευκά βέλη).

ΑΣΘΕΝΗΣ 2

Άνδρας ηλικίας 69 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών άλλου νοσοκομείου λόγω λιποθυμικού επεισοδίου που συνοδευόταν από άλγος επιγαστρίου και οσφύος. Ο ασθενής είχε ιστορικό γνωστού ανευρύσματος κατιούσης θωρακικής αορτής και κοιλιακής αορτής, εκ των οποίων το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής είχε αποκατασταθεί με διχαλωτή αορτομηριαία πρόθεση προ 9 ετών. Ο ασθενής είχε επίσης υποβληθεί σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη 4 αγγείων προ δεκαετίας και παρουσίαζε τους τελευταίους μήνες καρδιακή ανεπάρκεια με οίδημα κάτω άκρων και ορθόπνοια.

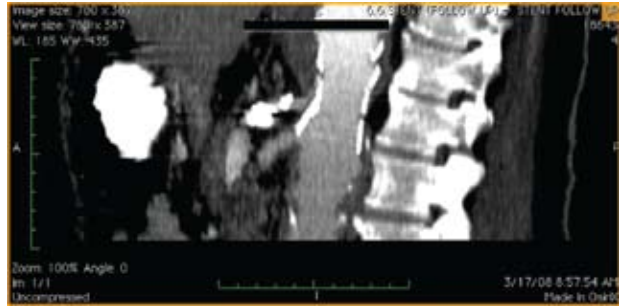
Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό, με την οποία διαπιστώθηκε ανεύρυσμα θωρακικής αορτής μεγίστης διαμέτρου 10cm, εκτεινόμενο από τη μεσότητα της κατιούσης θωρακικής αορτής μέχρι την κοιλιακή αρτηρία. Πέριξ του ανευρύσματος διαπιστώθηκε η ύπαρξη συλλογής, η οποία αποδόθηκε σε ρήξη



Εικόνα 5. Αξονική αορτογραφία θωρακικής και κοιλιακής αορτής αναδεικνύει ρήξη ανευρύσματος κατιούσης θωρακικής αορτής με παρουσία συλλογής στο δεξιό ημιθωράκιο και εξαγωγή σκιαγραφικού εντός αυτής.

του ανευρύσματος, χωρίς να μπορεί να προσδιοριστεί το σημείο της ρήξης. Συνοδό εύρημα αποτελούσε η παρουσία μονήρους αριστερού νεφρού. Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός (αρτηριακή πίεση 130/80 mmHg, σφυγμοί 75/min, αιματοκρίτης 34%) και με τη διάγνωση του ραγέντος ανευρύσματος κατιούσης θωρακικής αορτής διεκομίσθη σε καρδιοχειρουργικό κέντρο. Λόγω της βαρύτητας της γενικής κατάστασης, ο ασθενής κρίθηκε μη χειρουργήσιμος και αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Τις επόμενες ημέρες παρουσίασε σταδιακή επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, η οποία αποδόθηκε στο σκιαγραφικό που είχε λάβει για την αξονική τομογραφία, και εντάχθηκε σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης τρεις φορές την εβδομάδα. Μετά από εικοσαήμερη νοσηλεία, ο ασθενής διεκομίσθη στο νοσοκομείο μας προς ενδαγγειακή αποκατάσταση της συγκεκριμένης, πλέον, ρήξης του ανευρύσματος της κατιούσης θωρακικής αορτής.

Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική αορτογραφία, με την οποία επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη ραγέντος ανευρύσματος κατιούσης θωρακικής αορτής, το οποίο έφθανε μέχρι την έκφυση της κοιλιακής αρτηρίας (Εικόνα 5). Η διάμετρος της αορτής στο ύψος της κοιλιακής αρτηρίας ήταν 45mm ενώ στο ύψος της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας ήταν 35mm. Αποφασίστηκε και εκτελέστηκε εμβολισμός της κοιλιακής αρτηρίας και, στον ίδιο χρόνο, ενδαγγειακή αποκατάσταση του ανευρύσματος της



Εικόνα 6. Αξονική αορτογραφία θωρακικής και κοιλιακής αορτής, μετά την επέμβαση, με ανασύσταση της εικόνας σε οβελιαίο επίπεδο. Διακρίνονται τα σπειράματα στην κοιλιακή αρτηρία καθώς και το ενδομοσχευμα, το περιφερικό άκρο του οποίου φθάνει ακριβώς πριν την έκφυση της άνω μεσεντερίου αρτηρίας.

κατιούσης θωρακικής αορτής με τοποθέτηση δύο μοσχευμάτων Valiant (Medtronic, Inc., USA) 40x150mm και 45x150mm από την έκφυση της αριστερής υποκλειδιάς αρτηρίας μέχρι την έκφυση της άνω μεσεντερίου. Πριν την τοποθέτηση των ενδομοσχευμάτων είχε εισαχθεί θηκάρι 6F εντός της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, ώστε η τοποθέτηση των ενδομοσχευμάτων να γίνει στη συνέχεια με απόλυτη ακρίβεια. Η τελική αγγειογραφία, όπως και η μετεγχειρητική αξονική αγγειογραφία (Εικόνα 6), έδειξε άριστη τοποθέτηση των μοσχευμάτων, ακριβώς μέχρι την έκφυση της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, χωρίς ανάδειξη ενδοδιαφυγής.

Μετεγχειρητικά ο ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματικός, χωρίς κοιλιακό άλγος ή ευαισθησία στην ψηλάφηση και χωρίς επηρεασμό της ηπατικής βιολογίας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ιδέα του αποκλεισμού της κοιλιακής αρτηρίας χωρίς επέμβαση επαναιμάτωσης δεν είναι ούτε νέα ούτε προέρχεται από αγγειοχειρουργούς. Πρώτος ο Appleby το 1953 περιέγραψε την απολίνωση και εκτομή της κοιλιακής αρτηρίας χωρίς επέμβαση επαναιμάτωσης κατά τη διάρκεια εκτεταμένης αφαίρεσης 13 γαστρικών καρκίνων¹⁶. Έκτοτε η απολίνωση της κοιλιακής αρτηρίας εφαρμόζεται σε διάφορες περιπτώσεις, όπως σε χειρουργική εκτομή καρκίνων παγκρέατος^{17,18} αλλά και για την αντιμετώπιση διαπιτραίνοντων τραυμάτων¹⁹ ή ανευρυσμάτων της κοιλιακής αρτηρίας²⁰.

Η δυνατότητα αποκλεισμού της κοιλιακής αρτηρίας χωρίς επέμβαση επαναιμάτωσης οφείλεται στην παρουσία ενός πλούσιου παράπλευρου δικτύου μεταξύ της

κοιλιακής αρτηρίας και της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Συγκεκριμένα, η άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική αρτηρία, που αποτελεί κλάδο της γαστροδωδεκαδακτυλικής από την κοινή ηπατική αρτηρία, αναστομώνεται με την κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική αρτηρία, που αποτελεί κλάδο της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, ενώ η ραχιαία παγκρεατική αρτηρία, που αποτελεί κλάδο της σπληνικής αρτηρίας, αναστομώνεται επίσης με κλάδους της κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Λόγω του παράπλευρου αυτού δικτύου, μεμονωμένη απόφραξη της κοιλιακής αρτηρίας ή της άνω μεσεντερίου δεν οδηγεί σε ισχαιμία του εντέρου αλλά παραμένει, συνήθως ασυμπτωματική.

Τα τελευταία χρόνια, η κάλυψη της κοιλιακής αρτηρίας έχει επιχειρηθεί για την ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρυσμάτων της κατιούσης θωρακικής αορτής με ανεπαρκές μήκος περιφερικού αυχένα⁵⁻¹⁵. Σε μία πρόσφατη μελέτη, εκτιμήθηκαν για πιθανή ενδαγγειακή αποκατάσταση 126 ασθενείς με ανεύρυσμα κατιούσης θωρακικής αορτής που άρχιζε περιφερικά της αριστερής υποκλείδιας αρτηρίας και τελείωνε πριν την κοιλιακή αρτηρία²¹. Από τους 126 αυτούς ασθενείς, οι 19 (15,1%) απορρίφθηκαν λόγω ακατάλληλου περιφερικού αυχένα. Γενικά, το ποσοστό των ανευρυσμάτων της θωρακικής αορτής στα οποία θα απαιτηθεί κάλυψη της κοιλιακής αρτηρίας κυμαίνεται από 2% μέχρι 14% (Πίνακας 1)¹²⁻¹⁵.

Μέχρι σήμερα, προγραμματισμένη κάλυψη της κοιλιακής αρτηρίας, χωρίς επέμβαση επαναιμάτωσης, στα πλαίσια ενδαγγειακής αποκατάστασης ανευρυσμάτων κατιούσης θωρακικής αορτής, έχει αναφερθεί σε 81 ασθενείς⁵⁻¹⁵. Από τους ασθενείς αυτούς, οι 7 (8,6%) εμφάνισαν σπλαγχνική ισχαιμία, που περιλάμβανε το ήπαρ (ηπατική νέκρωση, ηπατικό απόστημα, επιδείνωση ηπατικής κίρρωσης), τη χοληδόχο κύστη (μη λιθιασική χολοκυστίτιδα, νέκρωση χοληδόχου κύστης) και το στόμαχο (κοιλιάγχη, γαστρική ισχαιμία με διάτρησηέλκους). Δέκα ασθενείς (12,3%) εμφάνισαν ενδοδιαφυγή τύπου Ιβ, 4 (4,9%) ασθενείς ενδοδιαφυγή τύπου ΙΙ από την κοιλιακή αρτηρία και 5 (6,2%) ασθενείς παραπληγία ή παραπάρεση. Η συνολική θνητότητα ήταν 6,2% (5/81 ασθενείς).

Για την αποφυγή των ισχαιμικών επιπλοκών, οι περισσότεροι συγγραφείς συνιστούν, πριν την κάλυψη της κοιλιακής αρτηρίας, την αγγειογραφική επιβεβαίωση της ύπαρξης επαρκούς παράπλευρου δικτύου μεταξύ της κοιλιακής αρτηρίας και της άνω μεσεντερίου. Ο απλούστερος τρόπος ελέγχου του παράπλευρου δικτύου είναι η αγγειογραφία μετά από εκλεκτικό καθετηριασμό της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, ο καλύτερος όμως και πιο αξιόπιστος τρόπος είναι η αγγειογραφία της άνω μεσε-

ντερίου αρτηρίας μετά από προσωρινό αποκλεισμό της κοιλιακής αρτηρίας με μπαλόνι. Η δοκιμασία αποκλεισμού της κοιλιακής αρτηρίας με μπαλόνι (balloon occlusion test – BOT) περιγράφηκε από τους Libicher και συν. οι οποίοι, σε μία παρουσίαση 5 ασθενών, ανέφεραν ότι η αγγειογραφία της άνω μεσεντερίου αρτηρίας απέτυχε να αναδείξει την παράπλευρη κυκλοφορία μεταξύ της κοιλιακής αρτηρίας και της άνω μεσεντερίου σε όλες τις περιπτώσεις, ενώ μετά τον αποκλεισμό της κοιλιακής αρτηρίας αναδείχθηκε η πλήρωση της ιδίως ηπατικής αρτηρίας μέσω της γαστροδωδεκαδακτυλικής καθώς και η πλήρωση της σπληνικής αρτηρίας μέσω της ραχιαίας παγκρεατικής αρτηρίας²². Σύμφωνα με την τεχνική των Libicher και συν., ο αποκλεισμός της κοιλιακής αρτηρίας γίνεται με μπαλόνι μήκους 2cm και διαμέτρου 5-6mm με αμφοτερόπλευρη μηριαία προσπέλαση και με την υπόθεση ότι η κοιλιακή αρτηρία έχει μήκος τουλάχιστον 2cm και δεν έχει στένωση²². Η πλήρωση του μπαλονιού γίνεται μετά από ενδοφλέβια χορήγηση ηπαρίνης και η πίεση δεν ξεπερνά τα 5bar. Ακολουθεί αγγειογραφία με χορήγηση 24ml σκιαγραφικού με ρυθμό 6ml/sec²². Θα πρέπει να σημειωθεί πάντως, ότι και στους 8 ασθενείς, στους οποίους έχει αναφερθεί μέχρι σήμερα η εκτέλεση της δοκιμασίας αποκλεισμού της κοιλιακής αρτηρίας, διαπιστώθηκε η ύπαρξη επαρκούς παράπλευρου δικτύου, ένας όμως ασθενής παρουσίασε, μετά την τοποθέτηση του ενδαγγειακού μοσχεύματος που κάλυπτε την κοιλιακή αρτηρία, εντερική ισχαιμία^{12,22,23}.

Σε κάθε περίπτωση, η κάλυψη της κοιλιακής αρτηρίας απαιτεί την τοποθέτηση του ενδαγγειακού μοσχεύματος με απόλυτη ακρίβεια ώστε να μην καλυφθεί η άνω μεσεντερική αρτηρία. Για το λόγο αυτό συνιστάται η τοποθέτηση ενός θηκαριού εισαγωγής ή ενός οδηγού καθετήρα στην άνω μεσεντερική αρτηρία πριν την τοποθέτηση του αορτικού ενδομοσχεύματος²⁴. Η παρουσία του θηκαριού ή του οδηγού καθετήρα εντός της άνω μεσεντερίου αρτηρίας εξυπηρετεί δύο σκοπούς: την ανά πάσα στιγμή γνώση, με απόλυτη ακρίβεια, της θέσης της άνω μεσεντερίου αρτηρίας αλλά και τη δυνατότητα αποκατάστασης της αιμάτωσης της άνω μεσεντερίου αρτηρίας με τοποθέτηση ενδονάρθηκα σε περίπτωση μερικής ή ολικής ακούσιας κάλυψης αυτής. Την τεχνική αυτή χρησιμοποιούμε και στο Νοσοκομείο μας και τη συνιστούμε σε όλες τις περιπτώσεις.

Ένας άλλος προβληματισμός είναι ότι λόγω της απουσίας κατάλληλου περιφερικού αυχένα, κεντρικά της κοιλιακής αρτηρίας, είναι πιθανή η εμφάνιση ενδοδιαφυγών τύπου ΙΙ από την κοιλιακή αρτηρία. Για το λόγο αυτό, όταν υπάρχει αμφιβολία για την αποτελεσματικότητα της κάλυψης της κοιλιακής αρτηρίας από το αορτικό

ενδομοσχευμα, συνιστάται ο εμβολισμός της κοιλιακής αρτηρίας⁹, όπως έγινε και στους δύο ασθενείς μας. Αν δεν γίνει εμβολισμός και εμφανιστεί ενδοδιαφυγή τύπου II από την κοιλιακή αρτηρία, συνιστάται η παρακολούθηση του ασθενή με αξονική τομογραφία, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις η ενδοδιαφυγή θα σταματήσει αυτομάτως²⁴. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου αυτό δεν θα συμβεί και θα χρειαστεί εμβολισμός της κοιλιακής αρτηρίας¹³, ενώ άλλοι συγγραφείς αναφέρουν την απολίνωση της κοιλιακής αρτηρίας στον ίδιο χρόνο με την τοποθέτηση του ενδομοσχεύματος⁶.

Μετά την τοποθέτηση του αορτικού ενδομοσχεύματος θα πρέπει να γίνει τελική αγγειογραφία για τον έλεγχο της θέσης του ενδομοσχεύματος, της ύπαρξης ενδοδιαφυγής αλλά και για την επιβεβαίωση της ύπαρξης παράπλευρης κυκλοφορίας από την άνω μεσεντέριο προς την κοιλιακή αρτηρία. Μετεχειρητικά, όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά τις πρώτες ημέρες για την εμφάνιση σημείων ή συμπτωμάτων εντερικής ή ηπατικής ισχαιμίας. Ο έλεγχος περιλαμβάνει την πιθανή εμφάνιση κοιλιακού άλγους ή ευαισθησίας, οξέωσης, λευκοκυττάρωσης και αύξησης των επιπέδων της αμυλάσης, της λιπάσης, των τρανσαμινασών και του γαλακτικού οξέος. Παροδική αύξηση των τιμών των παραμέτρων αυτών αναφέρεται σε ορισμένους ασθενείς, η οποία αποκαθίσταται εντός 1 εβδομάδος^{9,14}.

Συμπερασματικά, η κάλυψη της κοιλιακής αρτηρίας κατά την ενδοαγγειακή αποκατάσταση ανευρυσμάτων της κατιούσης θωρακικής αορτής, με ή χωρίς προηγούμενο εμβολισμό και χωρίς επέμβαση επαναιμάτωσης, αποτελεί μία σχετικά ασφαλή και αποτελεσματική τεχνική, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις που ο περιφερικός αυχένας του ανευρύσματος, κεντρικά της κοιλιακής αρτηρίας, δεν είναι κατάλληλος για την ασφαλή καθήλωση του ενδομοσχεύματος. Και στους δύο ασθενείς μας, η παράπλευρη κυκλοφορία από την άνω μεσεντέριο αρτηρία ήταν επαρκής ώστε να μην προκληθούν ισχαιμικές επιπλοκές, ενώ το επιπλέον μήκος περιφερικού αυχένα που αποκτήθηκε με την τεχνική αυτή αποδείχθηκε επαρκές για την αποφυγή ενδοδιαφυγών τύπου Ιβ.

ABSTRACT

Celiac artery coverage during thoracic endovascular aneurysm repair

Kakisi ID¹, Giannakopoulos T¹, Antonopoulos K¹, Sfiroeras G¹, Moulakakis K¹, Mprountzos E², Liapis GHD²

¹Department of Vascular Surgery

²2nd Radiology Department Athens University Medical School, "Attikon" University Hospital, Athens, Greece

An adequate distal landing zone is a prerequisite for a good seal at the distal extent of an aortic stent graft. We present our experience of planned celiac artery coverage during thoracic endovascular aneurysm repair in two patients with thoracic aneurysms extending up to the origin of the celiac trunk. Coil embolization of the celiac artery was performed in both patients, to prevent a type II endoleak, and a stent graft was placed up to the origin of the superior mesenteric artery. Postoperatively, none of the patients showed any clinical or laboratory signs of intestinal or liver ischemia. We conclude that celiac artery coverage to obtain an adequate distal sealing zone during thoracic endovascular aneurysm repair is safe and should be considered in cases where no adequate distal landing zone, proximal to the celiac artery, is present.

Key words: celiac artery coverage; thoracic aortic aneurysm; endovascular repair; superior mesenteric artery

Διεύθυνση αλληλογραφίας

Ιωάννης Κακίσης
Ρίμνι 1, Χαϊδάρι 12462
Τηλ.: 210 5831474
Fax: 210 5831486
e-mail: kakisis@med.uoa.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Schermerhorn ML, Giles KA, Hamdan AD, Dalhberg SE, Hagberg R, Pomposelli F. Population-based outcomes of open descending thoracic aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg* 2008; 48:821-7.
2. Estrera AL, Rubenstein FS, Miller CC 3rd, Huynh TT, Letsou GV, Safi HJ. Descending thoracic aortic aneurysm: surgical approach and treatment using the adjuncts cerebrospinal fluid drainage and distal aortic perfusion. *Ann Thorac Surg* 2001; 72:481-6.
3. Rizvi AZ, Sullivan TM. Incidence, prevention, and management in spinal cord protection during TEVAR. *J Vasc Surg* 2010; 52:86S-90S.
4. Matsumura JS, Lee WA, Mitchell RS, Farber MA, Murad MH, Lumsden AB, Greenberg RK, Safi HJ, Fairman RM; Society for Vascular Surgery. The Society for Vascular Surgery Practice Guidelines: management of the left subclavian artery with thoracic endovascular aortic repair. *J Vasc Surg* 2009; 50:115S-8.
5. Janne d'Othe e B, Rousseau H, Soula P, Dongay B, Millan

- MI, Galinier M, Massabuau P, Joffe F, Otal P. Aortic stent grafting and side-branch embolization in an expanding chronic type B dissection. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1999; 118:1021-5.
6. Lawrence-Brown M, Sieunarine K, van Schie G, Purchas S, Hartley D, Goodman MA, Prendergast FJ, Semmens JB. Hybrid open-endoluminal technique for repair of thoracoabdominal aneurysm involving the celiac axis. *J Endovasc Ther* 2000; 7:513-9.
 7. Jorna FH, Verhoeven EL, Bos WT, Prins TR, Dol JA, Reijnen MM. Treatment of a ruptured thoracoabdominal aneurysm with a stent-graft covering the celiac axis. *J Endovasc Ther* 2006; 13:770-4.
 8. Saito N, Kimura T, Toma M, Watanabe S, Imai M, Hamaguchi Y, Kita T, Inoue K. Endovascular repair of a thoracoabdominal aortic aneurysm involving the celiac artery and the superior mesenteric artery. *Ann Vasc Surg* 2006; 20:659-63.
 9. Waldenberger P, Bendix N, Petersen J, Tauscher T, Glodny B. Clinical outcome of endovascular therapeutic occlusion of the celiac artery. *J Vasc Surg* 2007; 46:655-61.
 10. Ishibashi H, Ishiguchi T, Ohta T, Sugimoto I, Kawanishi J, Yamada T, Hida N, Kamei S. Endovascular repair for a descending thoracic aortic aneurysm with a stent-graft covering the celiac artery: report of two cases. *Surg Today* 2009; 39:518-22.
 11. Belenky A, Haddad M, Idov I, Knizhnik M, Litvin S, Bachar GN, Atar E. Celiac trunk embolization, as a means of elongating short distal descending thoracic aortic aneurysm necks, prior to endovascular aortic repair. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2009; 32:923-7.
 12. Leon LR Jr, Mills JL Sr, Jordan W, Morasch MM, Kovacs M, Becker GJ, Arslan B. The risks of celiac artery coverage during endoluminal repair of thoracic and thoracoabdominal aortic aneurysms. *Vasc Endovascular Surg* 2009; 43:51-60.
 13. Mehta M, Darling RC 3rd, Taggart JB, Roddy SP, Sternbach Y, Ozsvath KJ, Kreienberg PB, Paty PS. Outcomes of planned celiac artery coverage during TEVAR. *J Vasc Surg* 2010; 52:1153-8.
 14. Delle M, Linn L, Henrikson O, Formgren J, Vogt K, Falkenberg M. Celiac trunk coverage in endovascular aneurysm repair. *Scand J Surg* 2010; 99:226-9.
 15. Brinster CJ, Szeto WY, Bavaria JE, Woo EY, Fairman RM, Jackson BM. Endovascular repair of extent I thoracoabdominal aneurysms with landing zone extension into the aortic arch and mesenteric portion of the abdominal aorta. *J Vasc Surg* 2010; 52:460-3.
 16. Appleby LH. The coeliac axis in the expansion of the operation for gastric carcinoma. *Cancer* 1953; 6:704-7.
 17. Kondo S, Katoh H, Omi M, Hirano S, Ambo Y, Tanaka E, Okushiba S, Morikawa T, Kanai M, Yano T. Radical distal pancreatectomy with en bloc resection of the celiac artery, plexus, and ganglions for advanced cancer of the pancreatic body: a preliminary report on perfect pain relief. *JOP* 2001; 2:93-7.
 18. Makary MA, Fishman EK, Cameron JL. Resection of the celiac axis for invasive pancreatic cancer. *J Gastrointest Surg* 2005; 9:503-7.
 19. Kavic SM, Atweh N, Ivy ME, Possenti PP, Dudrick SJ. Celiac axis ligation after gunshot wound to the abdomen: case report and literature review. *J Trauma* 2001; 50:738-9.
 20. Wagner WH, Allins AD, Treiman RL, Cohen JL, Foran RF, Levin PM, Cossman DV. Ruptured visceral artery aneurysms. *Ann Vasc Surg* 1997; 11:342-7.
 21. Jackson BM, Carpenter JP, Fairman RM, Moser GW, Pochettino A, Woo EY, Bavaria JE. Anatomic exclusion from endovascular repair of thoracic aortic aneurysm. *J Vasc Surg* 2007; 45:662-6.
 22. Libicher M, Reichert V, Aleksic M, Brunkwall J, Lackner KJ, Gawenda M. Balloon occlusion of the celiac artery: a test for evaluation of collateral circulation prior endovascular coverage. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008; 36:303-5.
 23. Shimazaki T, Kawaguchi S, Yokoi Y, Koide K, Matsumoto M, Shigematsu H. Celiac artery coverage after occlusion test during endovascular stent grafting for thoracoabdominal aortic aneurysm. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2010; 139:e59-62.
 24. Rao AS, Rhee RY. Coverage of the celiac artery during TEVAR: is it ever appropriate? *Semin Vasc Surg* 2009; 22:152-8.

Ενδαγγειακή αντιμετώπιση συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας

A. Δ. Κλέωντας, N. Μπαρμπετάκης, X. Αστερίου, K. Κυριακίδης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συστηματική ανασκόπηση της σύγχρονης επιστημονικής βιβλιογραφίας σχετικά με την ενδαγγειακή αντιμετώπιση ασθενών με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας.

ΜΕΘΟΔΟΣ – Υλικό: Διενεργήθηκε συστηματική αναζήτηση χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά σε ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες ή βάσεις δεδομένων, μέσω του διαδικτύου, για το χρονικό διάστημα από το 1980 μέχρι σήμερα. Ανιχνεύθηκαν 43 δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις σχετικές με το θέμα και συγκεκριμένα 13 αναδρομικές κλινικές μελέτες παρατήρησης με μεγάλες σειρές ασθενών (>10), 2 ανασκοπήσεις ή μετα-αναλύσεις κλινικών μελετών, 3 κατευθυντήριες οδηγίες και 25 παρουσιάσεις μεμονωμένων περιστατικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το συχνότερο αίτιο πρόκλησης του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας είναι ο καρκίνος του πνεύμονα. Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση του συνδρόμου διενεργείται με την ενδοαυλική τοποθέτηση ενδοπρόθεσης (stent). Η τεχνική επιτυχία της μεθόδου είναι πολύ υψηλή (96,75%) και η αντίστοιχη κλινική επιτυχία είναι επίσης υψηλή (94%). Ο μέσος όρος πρωτογενούς βατότητας είναι 87,4% και της δευτερογενούς 93,5%. Το ποσοστό υποτροπής του συνδρόμου μετά την τοποθέτηση ενδοαυλικής ενδοπρόθεσης κυμάνθηκε από 13 έως 20% και δεν σχετίζεται με την τεχνική της μεθόδου, αλλά με την εξέλιξη της πρωτοπαθούς νόσου πρόκλησης του συνδρόμου. Οι επιπλοκές της μεθόδου είναι ελάχιστες και σε πολύ έμπειρα κέντρα σχεδόν μηδαμινές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας με την ενδοαυλική τοποθέτηση ενδοπρόθεσης αποτελεί μία ασφαλή για τον ασθενή θεραπεία, με πολύ μεγάλη αποτελεσματικότητα, η οποία είναι κλινικά έκδηλη άμεσα. Γι' αυτό προτείνουμε την ενδαγγειακή αντιμετώπιση ως την πρώτη γραμμή θεραπευτικής προσέγγισης του συνδρόμου.

ασθενή με συφιλιδική βλάβη της αορτής από τον William Hunter¹. Ορίζεται ως το σύνδρομο που προκαλείται από τη μερική ή ολική μείωση της αιματικής ροής κατά τη διαδρομή από την άνω κοίλη φλέβα στη δεξιά καρδιά (δεξιό κόλπο). Το σύνδρομο της άνω κοίλης φλέβας είναι δυνατόν να προκαλέσει μείωση στη φλεβική επιστροφή από τον εγκέφαλο, τον τράχηλο και τα άνω άκρα και οφείλεται στην πίεση, τη διήθηση, τη θρόμβωση ή την ίνωση της άνω κοίλης φλέβας. Απότοκο της σταδιακής εγκατάστασης της φλεβικής απόφραξης αποτελεί η αύξηση της ενδοφλέβιας πίεσης και ακολούθως η ανάπτυξη της έμμεσης (παράπλευρης) κυκλοφορίας, κυρίως μέσω του συστήματος της αζύγου φλέβας. Αντίθετα η ξαφνική απόφραξη της άνω κοίλης, μολονότι είναι σπάνια και εξαιρετικά επείγουσα, οδηγεί σε ταχέως αυξανόμενη ενδοκράνια πίεση και εγκεφαλικό οίδημα².

Η κλινική συμπτωματολογία του συνδρόμου περιλαμβάνει εμφάνιση οιδήματος στην περιοχή του τραχήλου και του προσώπου, βήχα, βράγχος φωνής, ρινική συμφόρηση, επίσταξη, καρηβαρία, ίλιγγο, αιμόπτυση και συγκοπή. Συνήθως παρατηρείται επιδείνωση της συμπτωματολογίας με την αλλαγή της θέσης του σώματος του ασθενούς (σε κατάκλιση ή κάμψη του κορμού προς τα εμπρός)³. Κατά την κλινική εξέταση και σημειολογία παρατηρούνται διόγκωση των φλεβών (λόγω συμφόρησης) του τραχήλου και του θώρακα (θωρακικό επίφλεβο λόγω ανάπτυξης παράπλευρης κυκλοφορίας), οίδημα και κυάνωση προσώπου, τραχήλου (οίδημα εν είδη περιωμίου ή περιλαίμιο του Stokes) και άνω άκρων, αυξημένη ενδοκράνια πίεση και εγκεφαλικό οίδημα, ενώ παρατηρείται και εξαφάνιση των φλεβικών σφύξεων της περιοχής^{4,5}. Πολλές φορές αρκεί μόνο η κλινική εξέταση για να τεθεί η διάγνωση του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας. Ωστόσο, πάντα ακολουθεί επιβεβαίωση με την διεξαγωγή απεικονιστικών εξετάσεων όπως ακτινογραφία θώρακος, αξονική τομογραφία θώρακος-τραχήλου, φλεβογραφία άνω κοίλης φλέβας.

Η συχνότητα κάθε αιτίου στην εμφάνιση του συνδρόμου έχει μεταβληθεί με το πέρασμα των χρόνων. Έτσι, την δεκαετία του '50 τα κύρια αίτια φαίνεται να ήταν το ανεύρυσμα της αορτής και οι λοιμώξεις όπως η φυματίωση, ενώ τις δεκαετίες '80-'90 φαίνεται ότι τα κακοήθη νεοπλασμάτα του θώρακος και του μεσοθωρακίου αποτελούν την κυρίαρχη αιτία πρόκλησης του συνδρόμου. Συνηθέστερο αίτιο αποτελεί ο καρκίνος του πνεύμονα με διήθηση των λεμφαδένων του μεσαυλίου και ακολουθούν τα λεμφώματα (κυρίως τα non-Hodgkin). Ειδικότερα για το βρογχογενή καρκίνο του πνεύμονα, φαίνεται πως το 3% επί του συνόλου των ασθενών θα εμφανίσουν το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, με μέσο

χρόνο επιβίωσης μετά την εμφάνιση του συνδρόμου και χωρίς αντιμετώπιση περίπου 30 μέρες^{6,7}. Οι καλοήθειες παθήσεις δεν αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 10% επί του συνόλου των γενεσιουργών αιτιών εμφάνισης συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας.

Οι κύριες, διαθέσιμες σήμερα, προτεινόμενες θεραπείες αντιμετώπισης του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας περιλαμβάνουν τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία, τη χειρουργική θεραπεία, την ενδαγγειακή τοποθέτηση ενδοπρόθεσης (stent), τη θρομβόλυση ή και συνδυασμό των ανωτέρω. Παράλληλα και επικουρικά συστήνονται η χορήγηση κορτικοστεροειδών, αντιπηκτικών και διουρητικών φαρμάκων, καθώς και η τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση (trendelenburg)⁸.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συστηματική ανασκόπηση της σύγχρονης επιστημονικής βιβλιογραφίας σχετικά με την ενδαγγειακή αντιμετώπιση ασθενών με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την ενδαγγειακή αντιμετώπιση του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας με πλοήγηση σε πολυάριθμες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων μέσω διαδικτύου (internet) και κυρίως στην ηλεκτρονική βάση «PubMed», θέτοντας ως λέξεις κλειδιά (key words) για την ανεύρεση σχετικών επιστημονικών άρθρων τα παρακάτω: Superior Vena Cava Syndrome & Stent, Great Veins Endovascular Stenting, SVC Stenting, SVC Balloon Angioplasty.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν 2 μελέτες ανασκόπησης, 13 μελέτες με μεγάλες σειρές ασθενών από διαφορετικά κέντρα από το 2003 έως το 2011, 3 μελέτες με κατευθυντήριες οδηγίες, 10 μελέτες με σπάνιες επιπλοκές από το 2002 έως το 2011, 2 μελέτες με αναφορά νέων υβριδικών τεχνικών από το 2009 έως το 2011, και πολυάριθμες αναφορές μεμονωμένων περιστατικών μεταξύ 2002 και 2011.

Μελέτες ανασκόπησης

Η μελέτη ανασκόπησης των Rowell et al το 2001 περιλάμβανε συνολικά 159 ασθενείς με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας λόγω κακοήθων νεοπλασιών του πνεύμονα που αντιμετωπίστηκαν με την τοποθέτηση ενδοπρόθεσης στην άνω κοίλη φλέβα⁹. Σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών, 95% (151/159), αποκαταστάθηκε το πρόβλημα της απόφραξης και οι ασθενείς είχαν μέση

επιβίωση 1,5-6,5 μήνες. Δεν παρατηρήθηκε κανένας θάνατος που να σχετίζεται με την τεχνική τοποθέτησης της ενδοπρόθεσης.

Μελέτες με μεγάλες σειρές από διαφορετικά κέντρα

Οι Courtheoux et al το 2003 παρουσίασαν μία έρευνα που περιλάμβανε συνολικά 20 ασθενείς με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, προκαλούμενο από κακοήθεις νεοπλασίες¹⁰. Η επιτυχία της αντιμετώπισης του συνδρόμου με την ενδαγγειακή τοποθέτηση αυτοεκπτυσσόμενης ενδοπρόθεσης ήταν 94% χωρίς καμία διεγχειρητική επιπλοκή. Υποτροπή του συνδρόμου εμφανίστηκε σε ποσοστό 20% και αντιμετωπίστηκε με επανατοποθέτηση νέας ενδοπρόθεσης (stent in stent).

Το 2004 η ομάδα των Urruticoechea et al δημοσίευσαν σειρά 52 ασθενών με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, προκαλούμενο από μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, που αντιμετωπίστηκαν με ενδαγγειακή τοποθέτηση ενδοπρόθεσης και ανέδειξαν ποσοστό τεχνικής επιτυχίας 100% και ποσοστό κλινικής επιτυχίας 80%¹¹. Το ποσοστό υποτροπής του συνδρόμου ανήλθε στο 17%.

Οι Da Ines et al το 2008 δημοσίευσαν σειρά 34 περιστατικών με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, προκαλούμενο από κακοήθεις νεοπλασίες¹². Αναφέρεται επιτυχία ενδοαυλικής αποκατάστασης σε ποσοστό 100% και υποτροπή του συνδρόμου σε ποσοστό 19%.

Μία άλλη ομάδα, των Rizvi et al ανακοίνωσε το 2008 μία σειρά 28 ασθενών με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, προκαλούμενο από καλοήθεις παθήσεις¹³. Επίσης μεγάλο το ποσοστό επιτυχίας με την ενδαγγειακή αντιμετώπιση (96%), ενώ παρατηρήθηκε σημαντική υποτροπή της νόσου στην ομάδα με ίνωση του μεσοθωρακίου (55%) και μικρότερο ποσοστό υποτροπής (26%) στην ομάδα με θρόμβωση της άνω κοίλης φλέβας. Στην ίδια μελέτη, συγκρίνοντας την ανοιχτή και την ενδαγγειακή χειρουργική θεραπεία, οι ερευνητές αναφέρουν ότι η ενδαγγειακή αντιμετώπιση αποτελεί πλέον την πρώτη γραμμή θεραπείας, ενώ η ανοιχτή αντιμετώπιση παραμένει μία καλή επιλογή για τους ασθενείς που δεν μπορούν να υποβληθούν σε ενδαγγειακή αντιμετώπιση.

Η μελέτη των Berna et al, το 2008, συμπεριέλαβε 31 ασθενείς με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας που αντιμετωπίστηκαν με ενδαγγειακή τοποθέτηση ενδοπρόθεσης και αναφέρει άμεση κλινική επιτυχία σε ποσοστό 100% και απόφραξη της ενδοπρόθεσης σε ποσοστό 7% στους έξι μήνες¹⁴.

Οι Xiao et al, το 2009, δημοσίευσαν μία μελέτη με 34 ασθενείς με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, προκαλούμενο από μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, που υπο-

βλήθηκαν σε συνδυασμένη θεραπεία που περιλάμβανε αρχικά την τοποθέτηση ενδοπρόθεσης στην άνω κοίλη φλέβα και ακολούθως, μετά από 24 ώρες, την εμφύτευση ραδιενεργού ιωδίου-125 εντός της νεοπλασματικής μάζας υπό καθοδήγηση αξονικού τομογράφου για την επίτευξη βραχυθεραπείας¹⁵. Η αρχική κλινική επιτυχία της μεθόδου ήταν 90%, με μέσο χρόνο επιβίωσης χωρίς την υποτροπή του συνδρόμου περίπου 305 μέρες (εύρος 120-960 μέρες).

Μία μεγάλη σειρά από 149 περιστατικά ανακοινώθηκε από τους Lanciego et al το 2009, που αφορούσε ασθενείς με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας προκαλούμενο από κακοήθεις νεοπλασίες¹⁶. Η ενδαγγειακή θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών είχε κλινική επιτυχία σε ποσοστό 96%, ενώ το ποσοστό υποτροπής ανήλθε στο 13,4%.

Η επιστημονική ομάδα των Albers et al ανακοίνωσε το 2011 μία σειρά 10 ασθενών με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας προκαλούμενο από ίνωση μεσοθωρακίου, που αντιμετωπίστηκε με ενδαγγειακή τοποθέτηση ενδοπρόθεσης και κλινική επιτυχία σε ποσοστό 100%¹⁷. Σε ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 60% απαιτήθηκε επανατοποθέτηση νέας ενδοπρόθεσης.

Η μελέτη της ομάδος των Canales et al που δημοσιεύτηκε το 2011 περιλάμβανε 14 ασθενείς με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας ποικίλης αιτιολογίας και αναφέρει ποσοστό τεχνικής επιτυχίας 93% και ποσοστό κλινικής επιτυχίας 86%¹⁸.

Οι Cho et al δημοσίευσαν το 2011 μία μελέτη που περιλάμβανε 17 ασθενείς με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, προκαλούμενο από κακοήθεις νεοπλασίες και οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν με ενδαγγειακή χειρουργική με πολύ καλά αποτελέσματα¹⁹.

Άλλη μία σύγχρονη μελέτη των Dunjak et al με μία σειρά 30 ασθενών με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, οφειλόμενο σε καρκίνο του πνεύμονα, αναφέρει εξαιρετικά αποτελέσματα και πολύ μικρό ποσοστό υποτροπών του συνδρόμου, περίπου 10%.²⁰

Η πιο πρόσφατη και η μεγαλύτερη μελέτη μέχρι σήμερα είναι της ομάδος των Fagedet et al που περιλαμβάνει συνολικά 164 με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, προκαλούμενο από κακοήθεις νεοπλασίες.²¹ Η μελέτη αυτή αναφέρει ποσοστό τεχνικής επιτυχίας 84,5% και ποσοστό κλινικής επιτυχίας 95%.

Μελέτες με κατευθυντήριες οδηγίες

Για πρώτη φορά εκδόθηκαν κατευθυντήριες για την τοποθέτηση ενδοαυλικής ενδοπρόθεσης για την ενδαγγειακή αντιμετώπιση ασθενών με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας το 2004 από το National Institute for Clinical

Excellence (NICE)²². Διερευνήθηκαν 23 σχετικές μελέτες που ανέδειξαν συνολικά κλινική επιτυχία της μεθόδου σε ποσοστό 95%, ενώ υποτροπή του συνδρόμου εμφανίστηκε σε ποσοστό 10,7%. Έτσι το NICE αποφάσισε ότι η τοποθέτηση ενδοπρόθεσης για την αντιμετώπιση του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας είναι μία ασφαλής μέθοδος για ασθενείς με κακοήθεις νεοπλασίες, ενώ δεν έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά της για ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις²². Επίσης δεν έχει διερευνηθεί μέθοδος σε παιδιά, όποτε και δεν υπάρχει ασφαλής σύσταση.

Το 2006 εκδόθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες για την διασφάλιση της ποιότητας της διαδικασίας τοποθέτησης ενδοπρόθεσης για την αντιμετώπιση ασθενών με σύνδρομο άνω κοίλης που οφείλεται σε κακοήθεις νόσους από την Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE)²³. Οι οδηγίες αυτές αναφέρουν ποσοστό τεχνικής επιτυχίας της μεθόδου 99%, ποσοστό κλινικής επιτυχίας 96%, ποσοστό υποτροπής του συνδρόμου 13%, ποσοστό επιπλοκών 5,8% και ποσοστό θνητότητας 3,3%.

Τέλος, οι τεκμηριωμένες (evidence based) κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής για την παρηγορητική θεραπεία ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα του American College of Chest Physicians (ACCP) αναφέρουν σχετικά με το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας σε έδαφος καρκίνου του πνεύμονα ότι σε ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα και συμπτωματικό σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας συνιστώνται η τοποθέτηση ενδοπρόθεσης ενδαγγειακά ή/και η ακτινοθεραπεία, ενώ σε ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα και συμπτωματικό σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας που δεν έχουν προηγουμένως ανταποκριθεί σε χημειοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία συνιστάται η ενδαγγειακή τοποθέτηση ενδοπρόθεσης²⁴.

Μελέτες με αναφορά νέων υβριδικών τεχνικών

Οι Halloul et al σε δημοσίευσή τους το 2009 προτείνουμε μία υβριδική τεχνική αντιμετώπισης του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας που περιλαμβάνει αρχικά τη χειρουργική θρομβεκτομή από την άνω κοίλη φλέβα και ακολούθως την ενδαγγειακή τοποθέτηση ενδοπρόθεσης εντός αυτής²⁵.

Επίσης οι Hannan et al αναφέρουν ότι σε παιδιατρικό περιστατικό με διάτρηση της άνω κοίλης φλέβας και καρδιακό επιπωματισμό, μετά την αποκατάσταση της ρήξης επιχειρήσαν τον καθετηριασμό με βελόνη της αποφραγμένης άνω κοίλης φλέβας από το δεξιό κόλπο με επιτυχία και ακολούθως δια της ίδιας οδού τοποθέτησαν ενδοπρόθεση στην άνω κοίλη φλέβα με άμεση

αποκατάσταση της βατότητάς της²⁶.

Χειρουργική τεχνική

Η ενδαγγειακή αποκατάσταση του συνδρόμου της άνω κοίλης φλέβας περιλαμβάνει τους ακόλουθους χρόνους:

1. Εισαγωγή του ασθενούς στην αγγειογραφική σουίτα, τοποθέτησή του σε ύπτια θέση επί της χειρουργικής τράπεζας και σύνδεσή του σε καρδιοπνευμονική παρακολούθηση με σύγχρονη χορήγηση οξυγόνου (ρινικά).

2. Διενέργεια αμφοτερόπλευρης φλεβογραφίας των άνω άκρων με ενδαγγειακή χορήγηση διαλύματος σκιαστικού στις βασιλικές φλέβες με σκοπό την αγγειογραφική εκτίμηση του βαθμού και της έκτασης της στένωσης ή απόφραξης της άνω κοίλης φλέβας.

3. Επιλογή της οδού προσπέλασης της άνω κοίλης φλέβας. Συνήθως επιλέγεται η δεξιά μηριαία φλέβα και ακολουθούν με φθίνουσα σειρά συχνότητας η βραχιόνια φλέβα, η έσω σφαγίτιδα φλέβα, η υποκλείδια φλέβα και η βασιλική φλέβα. Σε δύσκολες περιπτώσεις επιλέγονται δύο οδοί πρόσβασης.

4. Διενέργεια τοπικής αναισθησίας στις περιοχές διαδερμικής προσπέλασης των επιλεγμένων αγγείων πρόσβασης με υποδόρια έγχυση διαλύματος λιδοκαΐνης 2%.

5. Παρακέντηση του αγγείου πρόσβασης και εισαγωγή οδηγού σύρματος (π.χ. Arrow).

6. Εισαγωγή θηκαριού 9-10 french και αφαίρεση οδηγού σύρματος.

7. Εισαγωγή καθετήρα και ενός υδρόφιλου σκληρού σύρματος (π.χ. Terumo 0,035 inch).

8. Διέλευση της στένωσης ή απόφραξης με το σύρμα και τοποθέτηση του καθετήρα περιφερικότερα της βλάβης.

9. Διακαθετηριακή φλεβογραφία της άνω κοίλης φλέβας για την επανεκτίμηση της βλάβης.

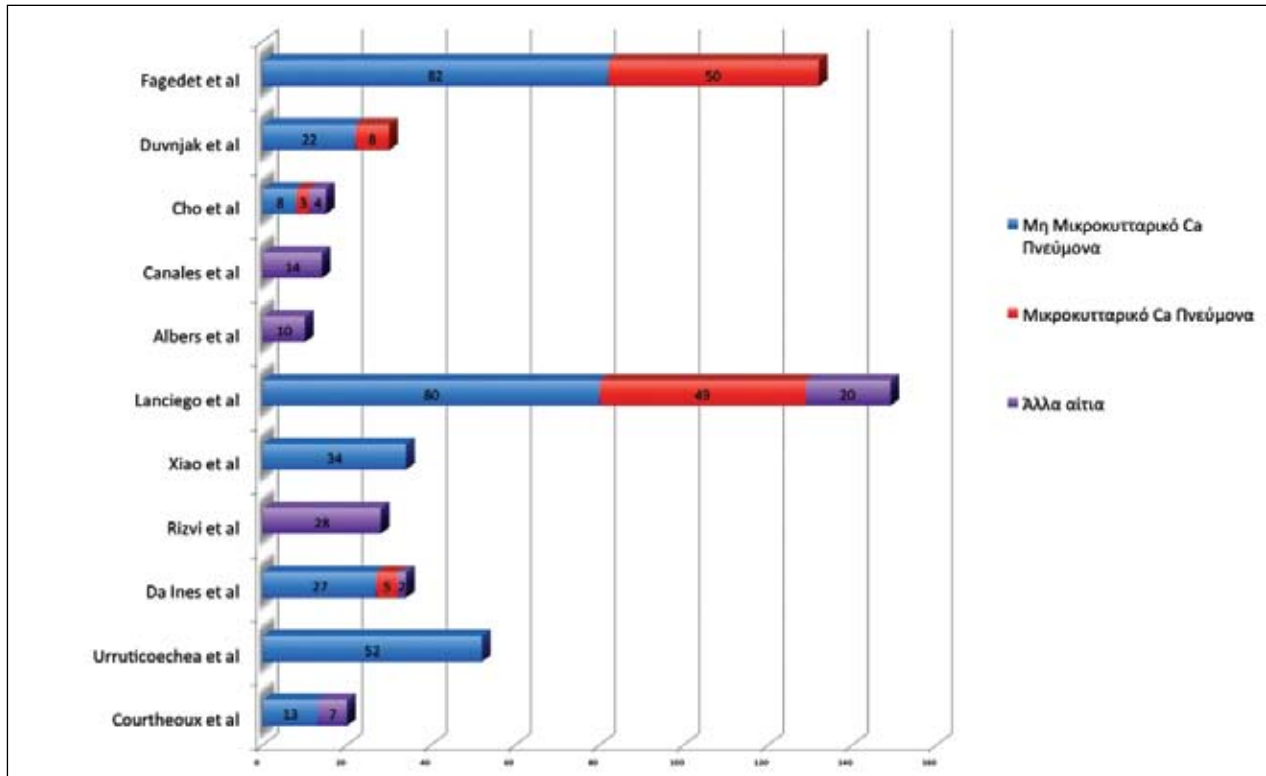
10. Διενέργεια προδιαστολής της βλάβης με μπαλόνι (αγγειοπλαστική).

11. Εισαγωγή και τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης (stent). Μπορεί να απαιτηθούν περισσότερες από μία ενδοπροθέσεις με μερική αλληλοεπικάλυψη ανάλογα με την έκταση της βλάβης (αναφέρονται έως και τέσσερις ενδοπροθέσεις). Διαστολή της ενδοπρόθεσης με μπαλόνι εφόσον απαιτείται.

12. Διενέργεια επαναληπτικής φλεβογραφίας άνω κοίλης φλέβας και επανεκτίμηση της βατότητας του αγγείου.

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας (μέσος όρος περίπου 60min) χορηγούνται στον ασθενή 3.000 – 5.000 IU ηπαρίνης ενδοφλεβίως. Η χορήγηση αντιβιοτικής θεραπείας είναι προαιρετική.

Στατιστικά Αποτελέσματα



Διάγραμμα 1. Αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης Συνδρόμου Άνω Κοίλης Φλέβας

Αναφορικά με το παθολογικό αίτιο πρόκλησης του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στο Διάγραμμα 1, όπου διαφαίνεται η αυξημένη συχνότητα του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (και ειδικότερα ο ιστολογικός τύπος του πλακώδους καρκινώματος του πνεύμονα) και ακολουθεί ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα στην πρόκληση του συνδρόμου. Στην κατηγορία των καλοθών παθήσεων στην πρόσκληση του συνδρόμου, υψηλή συχνότητα παρουσιάζουν η ίνωση του μεσοθωρακίου και η φλεβοθρόμβωση (ειδικότερα όταν οφείλεται σε βηματοδότες ή κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες μακράς παραμονής).

Στις παλαιότερες μελέτες (Courtheoux et al), πριν ο ασθενής υποβληθεί σε ενδαγγειακή αντιμετώπιση, είχε ήδη γίνει θεραπευτική προσπάθεια με ακτινοθεραπεία ή/και χημειοθεραπεία, ενώ στις πιο πρόσφατες μελέτες (Lanciego et al, Fagedet et al) η ενδαγγειακή αντιμετώπιση αποτελεί την πρώτη θεραπευτική επιλογή.

Μεταξύ των διαφόρων ενδοπρόθεσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, περισσότερο από όλες με μεγάλη διαφορά έχει χρησιμοποιηθεί το Wallstent της Boston Scientific (Galway, Ireland) και ακολουθεί το Smart της Cordis (Miami Lakes, FL). Το μήκος της ενδοπρόθεσης

κυμαίνεται από 20 έως 100mm και η διάμετρος από 8 έως 22mm.

Τα αναφερόμενα ποσοστά τεχνικής και κλινικής επιτυχίας της ενδαγγειακής αντιμετώπισης του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας είναι εξαιρετικά, με μέσο όρο τεχνικής επιτυχίας 96,75% (εύρος 93-100) και κλινικής επιτυχίας 94% (εύρος 80-100). Ο μέσος όρος πρωτογενούς βατότητας είναι 87,4% (εύρος 81-93) και δευτερογενούς βατότητας 93,5% (εύρος 82-100). Το ποσοστό υποτροπής του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας μετά την τοποθέτηση ενδοαυλικής ενδοπρόθεσης διακυμάνθηκε από 13 έως 20%.

Οι επιπλοκές της ενδαγγειακής αποκατάστασης του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας είναι η ατελής έκπτυξη, η σύμπτυξη, η βράχυνση, η μετακίνηση, η εσφαλμένη τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης, η θρόμβωση, η ρήξη της άνω κοίλης φλέβας, το αιμοπερικάρδιο και ο επακόλουθος καρδιακός επιπωματισμός, η καρδιακή ανεπάρκεια και οξεία αναπνευστική δυσχέρεια.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με βάση τα προαναφερόμενα αποτελέσματα της ανασκόπησης των μελετών σχετικά με την ενδαγγειακή

αντιμετώπιση του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας, παρατηρούμε αρχικά ότι το συχνότερο αίτιο πρόκλησης του συνδρόμου αποτελεί ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (NSCLC), με πρώτο τον ιστολογικό τύπο του πλακώδους καρκινώματος και δεύτερο το αδenoκαρκίνωμα, ενώ ακολουθεί ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (SCLC). Συγκριτικά με τις κακοήθειες παθήσεις, οι καλοήθειες παθήσεις φαίνονται να αποτελούν αιτιολογικό παράγοντα του συνδρόμου σε πολύ μικρότερο ποσοστό, με αυξημένη τη συχνότητα της ίνωσης του μεσοθωρακίου και της θρόμβωσης της άνω κοίλης φλέβας.

Λόγω της ολοένα αυξανόμενης χρήσης βηματοδοτών και κεντρικών φλεβικών καθετήρων με αντλίες έγχυσης (port-a-cath), παρατηρείται αύξηση της συχνότητας θρόμβωσης της άνω κοίλης φλέβας και της επακόλουθης ανάπτυξης του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας.

Με την πάροδο του χρόνου οι πρωταρχικά εφαρμόζομενες θεραπευτικές μέθοδοι της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας φαίνεται να παραγκωνίζονται από τη μέθοδο ενδαγγειακής αντιμετώπισης, προφανώς λόγω της άμεσης κλινικής βελτίωσης του ασθενούς και της μεγάλης τεχνικής επιτυχίας, ανεξαρτήτως του αιτίου πρόκλησης.

Η τεχνική της ενδαγγειακής αντιμετώπισης του συνδρόμου, όπως έχει περιγραφεί παραπάνω, είναι σχεδόν πανομοιότυπη σε όλες τις μελέτες. Η εφαρμογή της αγγειοπλαστικής πριν την τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης δεν φαίνεται να παίζει ουσιαστικό ρόλο στη διαδικασία, ενώ η εφαρμογή της θρομβόλυσης εξαρτάται από την κρίση του χειρουργού και την ιδιαιτερότητα του περιστατικού. Η επιλογή του τύπου της ενδοπρόθεσης δεν φαίνεται να σχετίζεται ούτε με την τεχνική και κλινική επιτυχία της μεθόδου, αλλά ούτε και με το ποσοστό επιπλοκών και υποτροπών. Η επιλογή του μήκους και της διαμέτρου της ενδοπρόθεσης, καθώς και του αριθμού των ενδοπρόθεσεων που θα τοποθετηθούν, εξαρτάται απόλυτα από τα χαρακτηριστικά της στένωσης ή απόφραξης και της επέκτασής της στα προσαγωγά αγγεία.

Οι διεγχειρητικές επιπλοκές της μεθόδου, όπως η ατελής έκπτυξη, η σύμπτυξη, η βράχυνση, η μετακίνηση και η εσφαλμένη τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης είναι ελάχιστες και σε πολύ έμπειρα κέντρα σχεδόν μηδαμινές. Άλλες σημαντικές επιπλοκές που οφείλουμε να γνωρίζουμε είναι η ρήξη, το αιμοπερικάρδιο και ο επακόλουθος καρδιακός επιπωματισμός, η καρδιακή ανεπάρκεια και η οξεία αναπνευστική δυσχέρεια. Η συχνότερη απώτερη επιπλοκή είναι η θρόμβωση της ενδοπρόθεσης.

Η τεχνική επιτυχία της μεθόδου είναι πολύ υψηλή (96,75%) και ολοένα αυξάνεται στις πιο πρόσφατες μελέτες όπου η τεχνική εμπειρία είναι μεγαλύτερη και η

τεχνολογία των ενδοπρόθεσεων υψηλότερη. Αντίστοιχα, η κλινική επιτυχία της μεθόδου είναι επίσης υψηλή (94%) και συγκριτικά με την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία έχει άμεσο θεραπευτικό αποτέλεσμα (σε 24 ώρες) και μεγαλύτερη επιτυχία. Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία χρησιμοποιούνται μετά την ενδαγγειακή αποκατάσταση για να διατηρήσουν το καλό αποτέλεσμα (βατότητα της άνω κοίλης φλέβας).

Η αντιπηκτική (αντιαιμοπεταλιακή) θεραπεία που χορηγείται σε όλους τους ασθενείς μετά την ενδαγγειακή αποκατάσταση δείχνει να βοηθάει στην καλή βατότητα, αφού όπως προκύπτει από τις μελέτες η δευτερογενής βατότητα είναι μεγαλύτερη κατά ένα μικρό ποσοστό (3-19%) από την πρωτογενή βατότητα της άνω κοίλης φλέβας.

Η υποτροπή του συνδρόμου δεν φαίνεται να σχετίζεται με την τεχνική της ενδαγγειακής μεθόδου αλλά με τη δυσμενή εξέλιξη της πρωτοπαθούς νόσου πρόκλησης του συνδρόμου. Η συνήθης αντιμετώπιση σε υποτροπή είναι η επανατοποθέτηση νέας ενδοπρόθεσης μετά από αγγειοπλαστική. Πολύ λίγες μελέτες αναφέρουν το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών, διότι αυτό δεν δύναται να συσχετιστεί με τις παραμέτρους της τεχνικής της ενδαγγειακής αντιμετώπισης, αλλά είναι απόρροια της έκβασης της πρωτοπαθούς νόσου. Έτσι, στην περίπτωση της πρωτοπαθούς, καλοήθους νόσου (π.χ. ίνωση του μεσοθωρακίου), λόγω της μακράς σχετικά επιβίωσης είναι συχνές οι υποτροπές και απαιτούν διαδοχικές, πολλαπλές επανατοποθετήσεις ενδοπρόθεσεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καταλήγοντας λοιπόν, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η ενδαγγειακή αντιμετώπιση του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας με την ενδοαυλική τοποθέτηση ενδοπρόθεσης (stent) αποτελεί μία ασφαλή για τον ασθενή θεραπεία, με πολύ μεγάλη αποτελεσματικότητα, η οποία είναι κλινικά έκδηλη άμεσα. Γι' αυτό προτείνουμε την ενδαγγειακή αντιμετώπιση ως την πρώτη γραμμική θεραπευτικής προσέγγισης σε ασθενείς με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, οφειλόμενο σε κακοήθειες παθήσεις, η οποία πρέπει να ακολουθείται από ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Τέλος, σε ορισμένες καλοήθειες παθήσεις, όπως η σκληρυντική ίνωση του μεσοθωρακίου, ίσως αποτελεί την πιο αποτελεσματική θεραπεία. Αυτό καλούνται να το αποδείξουν νέες μελέτες με μεγάλο αριθμό περιστατικών στο εγγύς μέλλον.

ABSTRACT

Endovascular treatment of superior vena cava syndrome

Kleontas AD, Barbetakis N, Asteriou Ch, Kiriakidis K

Department of Thoracic Surgery, Theagenio Cancer Hospital, Thessaloniki

PURPOSE: *The purpose of this study is the systematic review of literature on the endovascular treatment (EVT) of patients with superior vena cava syndrome (SVCS).*

METHOD-MATERIAL: *A systematic research, using keywords in electronic libraries and databases through internet from 1980 until today was performed. We found 43 related publications. Specifically, 13 retrospective, clinical, observational studies with large patients series (>10), 2 clinical studies reviews, 3 guidelines and 25 case reports.*

RESULTS: *The most frequent cause of the superior vena cava syndrome was lung cancer. The endovascular treatment of the syndrome was succeeded by stent placement with or without angioplasty. The technical success of the method is very high (96.75%) and the corresponding clinical success is also high (94%). The primary patency average is 87.4% and secondary patency average is 93.5%. The rate of syndrome recurrence after stent placement varied from 13-20% and is not related to the technical method, but is associated with the primary disease progress. The complications of this method is minimal and in very experienced centers almost nil.*

CONCLUSIONS: *The endovascular treatment of superior vena cava syndrome with stent placement is a safe treatment for patients, with very high efficiency, which is clinically evident immediately. Therefore, we recommend endovascular treatment as the first line therapeutic approach of the syndrome.*

Key words: *superior vena cava syndrome, endovascular, balloon angioplasty, stent*

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Αθανάσιος Κλέωντας
Θωρακοχειρουργική Κλινική
Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο
Αλ. Συμεωνίδη 2, 540 07
Θεσσαλονίκη

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Superior vena cava syndrome. In Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery, 6th ed. Baue AE, Geha AS, Hammond GL, et al, eds. Doty DB, Jones KW: Stamford, CT. Appleton & Lange, 1996:595-602.
2. Le syndrome cave superieur. Meert AP, Ninane V, Chabot F, Maitre B, Marquette C. Urgences respiratoires: Organisation, diagnostique et principes therapeutiques. Da Te Be Editions, 2006, SPLF:57-62.
3. Higdon M, Higdon J. Treatment of oncologic emergencies. American Family Physician 2006; 74:1873-80.
4. Φυσική Εξέταση και Διάγνωση. Γ.Ν. Κρικέλης. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισσιανού, 1989: 312-313.
5. Κλινική Εξέταση και Διαφορική Διάγνωση. E.L. DeGowin & R.L. DeGowin. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1989: 430-431.
6. Meert AP. Les urgences oncologiques. Rev Mal Respir 2008; 25:3S145-3S150.
7. Beeson M. Superior vena cava syndrome. <http://emedicine.medscape.com/article/760301-overview>
8. Rowell N, Gleeson F. Steroids, radiotherapy, chemotherapy and stents for superior vena caval obstruction in carcinoma of the bronchus. Cochrane Database Syst Rev 2001; 4:CD001316.
9. Steroids, radiotherapy, chemotherapy and superior vena caval obstruction in carcinoma of the bronchus (Cochrane Review). Rowell NP, Gleeson FV, In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
10. Courtheoux P, Alkofer B, Al Refa M, Gervais R, Le Rochais JP, Icard P. Stent placement in superior vena cava syndrome. Ann Thorac Surg 2003; 75:158-161.
11. Urruticoechea A, Mes a R, Dom nguez J, Faló C, Escalante E, Montes A, Sancho C, Cardenal F, Majem M, Germ JR. Treatment of malignant superior vena cava syndrome by endovascular stent insertion. Experience on 52 patients with lung cancer. Lung Cancer 2004; 43:209-14.
12. Da Ines D, Chabrot P, Cassagnes L, Merle P, Filaire M, Ravel A, Garcier JM, Boyer L. Endovascular treatment of SVC syndrome from neoplastic origin: a review of 34 cases. J Radiol 2008; 89(7-8 Pt 1):881-90.
13. Rizvi AZ, Kalra M, Bjarnason H, Bower TC, Schleck C, Gloviczki P. Benign superior vena cava syndrome: stenting is now the first line of treatment. J Vasc Surg 2008; 47:372-80.
14. Berna P, Bagan P, Renard C, Auquier M, Remond A, Riquet M. Pulmonary malignant superior vena cava obstruction: endovascular stent therapy. Rev Pneumol Clin 2008; 64:129-32.
15. Xiao L, Li Z, Wu L, Sun Z, Yu X. Sequential treatment of superior vena cava syndrome caused by of non-small cell carcinoma lung cancer (NSCLC) with vascular stenting and iodine-125 implantation. Technol Cancer Res Treat 2009; 8:281-7.
16. Lanciego C, Pangua C, Chacon JI, Velasco J, Cuena Boy R, Viana A, Cerezo S, Garcia L. Endovascular Stenting as the First Step in the Overall Management of Malignant Superior Vena Cava Syndrome. AJR 2009; 193:549-558.
17. Albers EL, Pugh ME, Hill KD, Wang L, Loyd JE, Doyle TP.

- Percutaneous Vascular Stent Implantation as Treatment for Central Vascular Obstruction Due to Fibrosing Mediastinitis. *Circulation* 2011; 123:1391-1399.
18. Canales JF, Cardenas JC, Dougherty K, Krajcer Z. Single Center Experience with Percutaneous Endovascular Repair of Superior Vena Cava Syndrome. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 2011; 77:733-739.
 19. Cho TH, Janho K, Mohan IV. The Role of Stenting the Superior Vena Cava Syndrome in Patients With Malignant Disease. *Angiology* 2011; 62(3):248-252.
 20. Duvnjak S, Andersen P. Endovascular treatment of superior vena cava syndrome. *Int Angiol* 2011; 30:458-61.
 21. Fagedet D, Thony F, Timsit JF, Rodiere M, Monnin-Bares V, Ferretti GR, Vesin A, Moro-Sibilot D. Endovascular Treatment of Malignant Superior Vena Cava Syndrome: Results and Predictive Factors of Clinical Efficacy. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2011 Dec 7. [Epub ahead of print].
 22. <http://www.nice.org.uk/IP152> (Guidance issued IPG Number: IPG79).
 23. Uberoi. Quality Assurance Guidelines for Superior Vena Cava Stenting in Malignant Disease. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2006; 29:319-322.
 24. Kvale PA, Selecky PA, Prakash UBS. Palliative Care in Lung Cancer : ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (2nd Edition). *Chest* 2007; 132:390S-392S.
 25. Halloul Z, Weber M, Ricke J, Smith B, Meyer F. Hybrid approach: vascular surgical and image-guided intervention for BroCa-induced superior vena cava syndrome (SVCS). *Thorac Cardiovasc Surg* 2009; 57:427-31.
 26. Hannan RL, Zabinsky JA, Hernandez A, Zahn EM, Burke RP. Hybrid Treatment of Superior Vena Cava Syndrome in a Child. *Ann Thorac Surg* 2009; 88:278-81.

ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**Ηθικό και δεοντολογικό δίλημμα οι χειρουργικές επεμβάσεις σε υπερήλικες αρρώστους;**

«Μηδ'ένα προ του τέλους μακάριζε»

Πλούταρχος, Βίοι Παράλληλοι, Σόλων, 27-281

«...τα τέλη της ζωής ημών, ανώδυνα, ανεπαίσχυντα και ειρηνικά...»

Χριστιανική Ευχή2

Δ.Σ. Γεωργόπουλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ**ΙΑΤΡΟΣ ΑΤΕΧΝΟΣ:**

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 ηπειλούν τους ιατρούς πάντας ότι τους νοσούντας ουκ εύσιν 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»3.

Όλες οι μορφές εξουσίας, του πολιτικού, του δασκάλου, του αστυνομικού, του δικηγόρου, του δικαστή, του δημοσιογράφου, των πολιτών έχουν περιορισμούς. Κανένος η εξουσία δεν είναι απεριόριστη. Για όλους ισχύουν όρια. Εξαιρούνται οι γιατροί. Με την εξουσία αυτή στα χέρια, ο γιατρός προσπαθεί, με κάθε μέσο, να παρατείνει τη ζωή του αρρώστου, πέρα από το όριό της. Έχει αυτό το δικαίωμα; Ποιος όμως πρέπει να αποφασίσει για το ρηγμένο ανεύρυσμα; Για το ρηγμένο ανεύρυσμα σε έναν υπερήλικα άρρωστο; Ο γιατρός ή ο άρρωστος; Η απάντηση έρχεται αυτόματα. Αποφασίζει αυτός που έχει τις γνώσεις, ενώ αυτός που δεν γνωρίζει, ακολουθεί. Ο γιατρός όμως δεν μπορεί μόνος του να αποφασίζει για τη τύχη του αρρώστου και θα πρέπει να περιοριστεί στα καθήκοντα του «τεχνικού» συμβούλου, και μόνο σε αυτά. Προέχει η βούληση του αρρώστου.

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ. ΤΗΡΟΥΝΤΑΙ;

Ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) προπαγάνδιζε το «ωφελείν» και το «μη βλάπτειν». Στον Όρκο του αναφέρεται, μετά άλλων, αυτολεξεί: « ου δώσω δε ουδέ φάρμακον

Δρ Παν/μίων Βόννης & Αθηνών, πρώην αγγειοχειρουργός - Διευθυντής Αγγειοχειρουργικών Τμημάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας 1985-2006 (Ελπίς & Κωνσταντοπούλειο-Αγία Όλγα).

ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηνήσομαι ξυμβουλήν τοιήνδε...», και στα νεοελληνικά «... να μην χορηγήσω δηλητήριο θανατηφόρον όταν τούτο μου ζητηθεί, ουδέ να συστήσω υπόδειξιν τοιαύτης φύσεως...»⁴.

Πουθενά δεν αναφέρεται ότι ο γιατρός πρέπει να προσπαθεί, με κάθε μέσο και με το όποιο κόστος, να παρατείνει τη ζωή. Αναφορικά με την ευθύνη του γιατρού, ο Πλάτωνας θεωρούσε ότι δεν υφίσταται ευθύνη για το γιατρό όταν αυτός πράττει καλόπιστα, ενώ ο Ιπποκράτης είχε εκφράσει τη λύπη του για τη μη θέσπιση ευθύνης για τον γιατρό⁵.

Πρώτοι οι Βαβυλώνιοι (2000 π.Χ.) προχώρησαν στον καθορισμό της ευθύνης του γιατρού, με διάφορα άρθρα στον «Κώδικα Hammurabi». Το άρθρο 218 αναφέρει ότι «αν ένας χειρουργός χειρουργήσει έναν ευπατρίδη με χάλκινο νυστέρι, για μια βαριά βλάβη και προκαλέσει το θάνατό του, ή αφαιρέσει ένα καταρράκτη ενός ευπατρίδη με χάλκινο νυστέρι και χάσει το μάτι του, το χέρι του θα του κοπεί»⁶.

Ο Emmanuel 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 σκοπός⁷. Ο Beauchamp & Childress⁸ καθόρισαν τέσσερις αρχές της ιατρικής ηθικής: το σεβασμό στην ατομική βούληση, την ενεργό καλοσύνη, τη μη βλάβη και τη δικαιοσύνη. Ο Illich⁹ πρόσθεσε τρία ακόμη: το συμπάσχειν, την καταδεκτικότητα 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»¹⁰. 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 υπέρρογκα δυσβάσταχτη ή ανάρμοστη σε σχέση με την αναμενόμενη ωφέλεια»⁶. Η Ελληνική Πολιτεία με το Νόμο 2071/1992 (ΦΕΚ 123), και το άρθρο 4711 αναφέρεται στα δικαιώματα του αρρώστου. Η παράγραφος 3 αναφέρει αυτολεξί: «ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν» και η 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 τη μετέπειτα ζωή του».

ΤΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ;

Οι άνθρωποι της μεγάλης ηλικίας είναι στόχος μιας δέσμης επιθετικών ή ολιγότερο επιθετικών θεραπειών. Σήμερα, ο ασθενής των 80 ή 90 ετών, αν και δίνεται η εντύπωση ότι το τέλος του πλησιάζει, υφίσταται πολλές θεραπείες. Γιατί οι γιατροί δεν μπορούν να δεχθούν ότι η ζωή έχει περιορισμένη διάρκεια και ότι οι άρρωστοι αυτοί έχουν ανάγκη φροντίδας αντί «θεραπείας»; Πού οφείλεται η συμπεριφορά μας αυτή; Μήπως η ανθρωπινή φύση μας δεν μπορεί να αποδεχθεί την αρρώστια ως μια ένδειξη του επερχόμενου θανάτου; Μήπως μια εσωτερική δύναμη μας ωθεί να προσπαθούμε πάντοτε να παρατείνουμε τη ζωή; Να ξεπεράσουμε τα ανθρώπινα όρια ενώ γνωρίζουμε ότι αυτά δεν ξεπερνιούνται;

Ερωτάται πραγματικά ο άρρωστος με το ρηγμένο ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής αν θέλει να χειρουργηθεί όταν μεταφέρεται στο χειρουργείο; Λαμβάνονται υπόψη οι συνθήκες της ψυχικής του, της σωματικής του και της οικονομικής του ρώμης; Γιατί ο γιατρός καθορίζει και επιβάλλει τι πρέπει να γίνει; Μήπως φταίει η εκπαίδευσή μας και η μέχρι τούδε εφαρμοζόμενη τακτική; Μήπως ο μειωμένος αριθμός περιπτώσεων ασθενών; Μήπως το προσδοκώμενο εισόδημα; Μήπως η πολιτική των εταιρειών παρασκευής και εμπορίας των συνθετικών υποκατάστατων και των υλικών ενδοπροθέσεων;

Είναι γνωστό, από τους οικονομολόγους της υγείας, ότι σε όλα τα πολιτικά συστήματα μόνο ο γιατρός έχει τη δυνατότητα και τη δύναμη να υποχρεώνει τον πολίτη τι θα αγοράσει και έτσι να καθορίζει το κόστος της υγείας¹². Μπορεί ο μανάβης, ο μπακάλης, ο ταξιτζής, 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 τη δύναμη. Έχει αυτή την ισχύ, και παραγγέλλει: «και ακτινογραφία και αγγειογραφία και υπερηχογράφημα και αξονική και μαγνητική και οστική μάζα, και ηλεκτροκαρδιογράφημα πρέπει να κάνετε». Η δύναμη όμως αυτή οδηγεί στην κατάχρηση της εξουσίας, στην «κακή» άσκηση της ιατρικής, για να επιβεβαιωθεί μια ρήση από το χώρο των πολιτικών επιστημών, που λέει ότι «ισχύς χωρίς ρύθμιση επιφέρει κατάχρηση»¹³. Είναι δυνατόν να έχουμε στον τόπο μας τόσοσους ανάπηρους, τόσοσους τυφλούς, τόσοσους κωφούς,

τόσους ασθματικούς, τόσους με κινητικά προβλήματα, τόσα παιδιά με δυσλεξία; Τα πιστοποιητικά αυτά γιατροί τα υπογράφουν και επιτροπές γιατρών τα εγκρίνουν και με το «αζημίωτον».

Οι διαπιστώσεις αυτές, είναι μέρος της ανεξέλεγκτης συμπεριφορά των γιατρών. Η «κακή» ιατρική, το να είναι δηλαδή κανείς «ιατρός άτεχνος», η ανάρμωση συμπεριφορά, η διενέργεια ανώφελων εξετάσεων, εγχειρήσεων και η πολυφαρμακία, δεν αρμόζει στον πραγματικό γιατρό.

Μου έρχεται στο νου ο μύθος του Αισώπου, γραυς και ιατρός: «Γυνή πρεσβύτις τους οφθαλμούς νοσούσα ιατρόν επί μισθώ παρεκάλεσεν. Ο δε εισίων, όποτε αυτήν έχριεν, διετέλει εκείνης συμμουούσης, καθ' έκαστον 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 υπεσχήσθαι, εάν θεραπεύση αυτής της οράσεως, νυν δε χείρον διατεθήναι εκ της οράσεως αυτού η πρότερον, "τότε μεν έβλεπα πάντα" έφη "τα επί της οικίας σκεύη, νυν δ' ουδέν ιδείν δύναμαι"»¹⁴.

Σήμερα, οι αγγειοχειρουργοί αναλαμβάνουν επικίνδυνες εγχειρήσεις για να επιδιορθώσουν την αορτή και τα διάφορα αγγεία, ώστε να προλάβουν την απώλεια των ιστών, την απώλεια της λειτουργίας των οργάνων και την απώλεια της ζωής, αν και σύμφωνα με τη μέση αναμενόμενη διάρκεια της ζωής, ο άρρωστος έχει φθάσει ή ακόμη έχει ξεπεράσει το μέσο όρο επιβίωσης κατά ένα, πέντε, ή δέκα χρόνια. Τις περισσότερες φορές η χειρουργική επέμβαση είναι επιτυχής και ο ασθενής έχει κερδίσει μερικές εβδομάδες ή μερικά χρόνια ζωής, πιθανόν χωρίς επιπλοκές μέχρις ότου έρθει ο θάνατος. Αν η εγχείρηση αποτύχει, ο χειρουργός έχει τύψεις, αφού αντί να επιμηκύνει τη ζωή του αρρώστου, ο άρρωστος πεθαίνει γρηγορότερα από ότι αναμενόταν, από τις επιπλοκές της εγχείρησης. Ο θάνατος όμως δεν είναι ήττα για το χειρουργό.

Ασθενείς με κάθε είδους προβλήματα υγείας συχνά έχουν μια ομαλή εγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία, ενώ ανέλπιστες επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν σε εκείνους που οι προεγχειρητικές εξετάσεις δεν αναδείκνυαν τον παραμικρό κίνδυνο. Άρα, η δυνατότητα της εφαρμογής μιας τεχνικά επιτυχημένης εγχείρησης δεν σημαίνει οπωσδήποτε και μια επιτυχημένη θεραπεία.

Συνειδητοποιούμε έτσι τις αρχές της οικολογίας της πράξης, ότι δηλαδή: α) κάθε πράξη ξεφεύγει από τις προθέσεις του πράττοντος και εισέρχεται στο παιχνίδι των αλληλοεπιδράσεων και αντιδράσεων του περιβάλλοντος και μπορεί να προκαλέσει το αντίθετο από το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, και ότι β).τα μακροχρόνια αποτελέσματα μιας πράξης και οι τελικές συνέπειες είναι απρόβλεπτες¹⁵.

ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΡΡΩΣΤΩΝ

1. Πριν από χρόνια στην Πανεπιστημιακή Κλινική του Πανεπιστήμιου Heinrich-Heine, στο Ντίσελντορφ, διακομίστηκε ένας γιατρός, μεγάλης ηλικίας, που είχε αυτοπυροβοληθεί στην προσπάθειά του να αυτοκτονήσει. Το βλήμα του πυροβόλου όπλου είχε τρώσει την κορυφή της καρδιάς του. Ο επιμελητής που τον υποδέχθηκε, έγινε δέκτης της παράκλησης του συναδέλφου αυτόχειρα: «συνάδελφε, αφήστε με να πεθάνω». Ο επιμελητής τηλεφώνησε στον Καθηγητή του, τον διάσημο Dr Karl Kremmer, εξιστόρησε τα συμβαίνοντα και ζήτησε τη συμβουλή του. Ο Καθηγητής ζήτησε μικρή χρονική προθεσμία για να απαντήσει. Όταν επικοινωνήσε πάλι με τον επιμελητή του του πρότεινε να αναζητηθεί ο Ιερέας του Πανεπιστήμιου, που είχε διδακτορικό δίπλωμα στις αυτοκτονίες, και να μιλήσει αυτός με τον άρρωστο, που ήταν εβραϊκού θρησκευματος. Έτσι και έγινε, και ο συνάδελφος αυτόχειρας δέχθηκε τελικά να χειρουργηθεί. Κατά την εγχείρηση συρράφτηκε η κορυφή της καρδιάς και ο συνάδελφος επέζησε προσωρινά. Πέθανε όμως από περιτονίτιδα, επειδή το βλήμα είχε προξενήσει διαμπερές τραύμα στο θόλο του στομάχου, που διαπιστώθηκε αργά, σε μια δεύτερη επέμβαση¹⁶.

2. Ο διάσημος Καρδιοχειρουργός De Bakey, 97 χρόνων τότε, διέγινωε ο ίδιος τη ρήξη του ανευρύσματος της θωρακικής μοίρας της αορτής του και παρέμενε στο σπίτι θεωρώντας ότι είχε επιπωματιστεί. Μετά από δύο ημέρες και ενώ η κατάστασή του χειροτέρευε, μεταφέρθηκε στο Νοσοκομείο όπου έγινε φανερό ότι έπρεπε να χειρουργηθεί. Ο διευθυντής της Αναισθησιολογίας αρνήθηκε να δώσει νάρκωση υποστηρίζοντας ότι κάτι τέτοιο είναι πολύ επικίνδυνο. Η γυναίκα του αρρώστου όμως επέμενε για το χειρουργείο και «επηρέασε» τρόπον τινά την Επιτροπή Δεοντολογίας του Νοσοκομείου για τη χειρουργική παρέμβαση. Η εγχείρηση ήταν επιτυχής. Ο Καθηγητής De Bakey παρέμεινε στο Νοσοκομείο για έξι μήνες και το κόστος της νοσηλείας του ανήλθε στο 1.500.000 δολάρια. Στη συνέχεια νοσηλεύτηκε στο σπίτι του και μάλιστα σε ηλικία 99 ετών έδωσε και μια διάλεξη. Διατηρήθηκε στη ζωή 16 μήνες μετά την εγχείρηση¹⁷.

3. Διάσημος αγγειοχειρουργός στην Αμερική φιλοξενούσε στο σπίτι του τη μεγάλης ηλικίας μητέρα της γυναίκας του. Είχε φτάσει τα 92 της χρόνια. Ένα πρωινό διαγνώστηκε συγκεκριμένη ρήξη του ανευρύσματος της κοιλιακής της αορτής. Η άρρωστη εξέφρασε την επιθυμία να μη χειρουργηθεί. Συμφώνησε και η κόρη της και ο διάσημος αγγειοχειρουργός και αποφασίστηκε να φροντίσουν τη

γηραιά μπτέρα στο σπίτι και να μην την υποβάλλουν στη βάσανο της εγχείρησης. Η γηραιά κυρία, όταν στη συνέχεια η ρήξη έγινε πλήρης, περιτριγυρισμένη από τα παιδιά της και από τα εγγόνια της, παρέδωσε το πνεύμα.

4. Τον Οκτώβριο του 1973 στην 53η Ετήσια Συνεδρίαση του Αμερικανικού Κολλεγίου των Χειρουργών στο Σικάγο, διάσημος καρδιοχειρουργός Καθηγητής μας εξιστόρησε τη διαδικασία «επιλογής» των ασθενών που νοσηλεύονταν ήδη στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου του προκειμένου να υποστούν μεταμόσχευση της καρδιάς. Παρακολουθούσαν όχι μόνο τον άρρωστο και τη γενική του κατάσταση, αλλά και την ψυχική του ρώμη. Εκτιμούσαν όμως και τη συμπεριφορά των οικείων του και την προσωπικότητά τους. Μεταξύ δύο υποψήφιων, απέκλειαν εκείνον που δεν υπήρχε αρμονία στο σπίτι του, ή είχε ανυπέρβλητα οικονομικά προβλήματα, ή βρίσκονταν σε διάσταση ή σε διαδικασία διαζυγίου με τη γυναίκα του. Το σκεπτικό ήταν ότι κατά την μετεγχειρητική πορεία του δεν θα είχε την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τρία είναι τα καίρια ερωτήματα¹⁸.

1. Οι ιατρικές μας πράξεις, οι χειρουργικές επεμβάσεις, έχουν όλες στόχο τον άρρωστο ή υπηρετούν τις ανάγκες μας, τους φόβους μας, το οικονομικό μας όφελος;

Είναι αλήθεια ότι η εξειδίκευση έχει προσφέρει μεγάλες υπηρεσίες στον άνθρωπο αλλά επίσης έχει «κατακερματίσει» τον άνθρωπο. Ένα είδος επανένωσης είναι απαραίτητη ώστε να αντιμετωπιστεί ο άνθρωπος ως σύνολο και να επιστρέψουμε στην αντίληψη του Ιπποκράτη της ολιστικής προσέγγισης του αρρώστου και το ιατροκεντρικό μας σύστημα να γίνει πάλι ανθρωποκεντρικό.

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 δεν θα πρέπει να θυσιάζονται στο βωμό της ανταγωνιστικότητας και του κέρδους του κεφαλαίου.

2. Η τεχνολογία υπηρετεί τον άνθρωπο ή τον υποδουλώνει;

Με τη βοήθεια της τεχνολογίας η ιατρική κατάφερε να περιορίσει τη θνησιμότητα και να αυξήσει το μέσο όρο της ζωής. Ελλοχεύει όμως ο κίνδυνος αντί να υπηρετεί τον άνθρωπο να λειτουργεί κυριαρχικά επάνω του. Ο γιατρός

με τη βοήθεια της τεχνολογίας αισθάνεται μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και ο άρρωστος μεγαλύτερη ασφάλεια. Το παράπονο όμως των αρρώστων είναι ότι αισθάνονται περισσότερο ως μηχανές και ως αντικείμενο παρά ως προσωπικότητες. Η τεχνολογία δημιουργεί εξωπραγματικές ελπίδες στον άρρωστο και ενισχύει υπέρμετρα την εξουσία του γιατρού. Η κυριαρχία της τεχνολογίας επέβαλε ένα μοντέλο ανθρώπου που απλά επιβιώνει αλλά δεν ζει. Ο άνθρωπος όμως πρέπει να νιώθει και να αντιμετωπίζεται ως άνθρωπος αναφορικά με τις ελπίδες του, τους πόθους του και τους στόχους του.

3. Η έρευνα είναι προσανατολισμένη στον άρρωστο ή στο γιατρό;

Ο κόσμος γενικά πιστεύει ότι οι γιατροί ενδιαφέρονται περισσότερο για την ασθένεια ως αντικείμενο έρευνας, παρά για τους ασθενείς ως πάσχοντα άτομα. Αυτοί όμως που χρηματοδοτούν την έρευνα έχουν διαρκώς αυξανόμενη δύναμη επιρροής και ελέγχου επάνω στην ιατρική. Η ανθρώπινη επικοινωνία τείνει να αντικατασταθεί από τη μηχανική εξάρτηση. Στην ιατρική, όπως και στην καθημερινή ζωή, είμαστε υποχρεωμένοι να σεβόμαστε τα όρια της ζωής. Ο άνθρωπος θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να πεθάνει και το δικαίωμά του αυτό πρέπει να είναι σεβαστό.

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΠΙΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ;

Για τη λήψη της απόφασης για την εγχείρηση ο πιο κατάλληλος πιστεύω ότι είναι ο άρρωστος και όχι ο γιατρός. Για δύο βασικούς λόγους: πρώτον διότι ο γιατρός από την εκπαίδευσή του έχει μάθει να «σώζει ζωές» και δεύτερον διότι, στη σχέση του με τον άρρωστο, υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων. Με την πρότασή για εγχείρηση, με την όποιαν πρόταση για θεραπεία, ο γιατρός, φροντίζει δύο αντικρουόμενα συμφέροντα. Το συμφέρον του άρρωστου και το συμφέρον το δικό του. Το εισόδημά του, την πελατεία του και τη φήμη του. Άρα έχει ένα εμφανές κόλλημα. Για τους λόγους αυτούς θα πρέπει να περιοριστεί στη θέση του τεχνικού συμβούλου του αρρώστου και μόνο. Αυτός προτείνει, ο άρρωστος αποφασίζει, τι επιθυμεί να γίνει. Οι επιθυμίες όμως και η βούληση του αρρώστου μπορεί να διατυπωθούν εκ των προτέρων γραπτά. Τι θα γίνει με το σώμα του, αν πεθάνει, τι θα γίνουν τα όργανά του, και για ποιο χρονικό διάστημα θα ήθελε να εφαρμοσθούν «ηρωικά μέτρα» στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ώστε να διατηρηθεί στη ζωή.

Σήμερα ο άρρωστος μας συγκατατίθεται για μια εγχείρηση με την υπογραφή της Δήλωση Συγκατάθεσης. Αυτό

όμως είναι μόνο το κομμάτι της νομικής ευθύνης, καλύπτει το γιατρό. Για την ηθική ευθύνη τι γίνεται; Καθιερώσαμε μια πραγματική επικοινωνία με τον άρρωστο και με τους συγγενείς του; Ή ο άρρωστος τρόπον τινά πειθαναγκάζεται από τον γιατρό και τους συγγενείς του να δεχθεί μια εγχείρηση που προπαγανδίζεται ως «ζωή-σωτήριος»;

Γνωρίζουμε ότι τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών με ρηγμένα ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής, ιδιαίτερα των υπερηλικών, είναι πολύ χαμηλά. Τα γνωστοποιήσαμε στον άρρωστο; Κατατόπισαν τον άρρωστο και τους συγγενείς του οι αναισθησιολόγοι; Γιατί δεν έγινε μια ειλικρινής επικοινωνία; Είναι κάτι τέτοιο δεοντολογικά σωστό;

Κατά τις κρίσιμες αυτές στιγμές για τη ζωή του άλλου, αναλογιστήκαμε την πρόσθετη ταλαιπωρία του ασθενή με ρήξη του ανευρύσματός του, ενώ αναμένει να χειρουργηθεί. Υπάρχει διαθέσιμη αίθουσα χειρουργείου; Ποιος άρρωστος θα προηγηθεί; Υπάρχει το απαιτούμενο αίμα; Είναι διαθέσιμο; Διαθέτει το Νοσοκομείο το συνθετικό υποκατάστατο ή την ενδοπρόθεση; Πόσος χρόνος απαιτείται για όλη αυτή την κινητοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού; Είναι δυνατόν να περιφέρεται ο άρρωστος με το 166 από Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο ώστε να βρεθεί κενή αίθουσα χειρουργείου για την επέμβαση ή κρεβάτι σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας; Ποιο είναι το ψυχικό κόστος του αρρώστου, των συγγενών, των γιατρών, του προσωπικού του Νοσοκομείου; Ποιο είναι το οικονομικό κόστος για το Σύστημα Υγείας; Και πέρα από αυτά, αναλογιστήκαμε τα συναισθήματα αυτού του αρρώστου, την κατάσταση της ψυχής του; Όταν η συμπεριφορά όλων των γύρω του, συγγενών, γιατρών, νοσηλευτών αλλά και η δική του διαίσθηση, τον προϊδεάζει για το τέλος της ζωής του; Αναλογιστήκαμε τη μοναξιά αυτού του ανθρώπου που πεθαίνει;¹⁹

Ο άρρωστος προσέρχεται στον γιατρό χωρίς άμυνες, αδύναμος. Υποχρέωσή μας είναι πρώτα να τον ενδυναμώσουμε ώστε να αντιμετωπίσει την πάθησή του και στη συνέχεια να τον βοηθήσουμε να θεραπευθεί. Καθήκον όμως του γιατρού είναι και να συμπαρασταθεί στον άρρωστο που πεθαίνει.

Όλοι μας γνωρίζουμε τις βασικές αρχές της εξάσκησης της ιατρικής και δεν πρέπει να «τρομοκρατούμε» τον άρρωστο με τη συμπεριφορά μας και την επίδειξη των γνώσεών μας, ενώ από την άλλη μεριά πρέπει να είμαστε τίμιοι μαζί του²⁰.

Ο άρρωστος πρέπει να θεωρείται ο εμπειρογνώμων των δικαιωμάτων του και ως τέτοιος έχει τη μοναδική ικανότητα πρόβλεψης αλλά και τη σημαντική ενόραση για τη φυσική του κατάσταση και την ποιότητα της ζωής του. Η προσωπική του αξιολόγηση είναι σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης ακόμα και της θνητότητάς του¹¹.

Ο σεβασμός της ανθρώπινης βούλησης και της αυτοδιάθεσης, η συγκατάθεση του αρρώστου και η συμμετοχή του στις αποφάσεις, η τοποθέτηση των συμφερόντων του αρρώστου πάνω από τα συμφέροντα του γιατρού, η μη βλάβη στον άρρωστο και η δίκαιη συμπεριφορά για το ποιος θα υποστεί την πρόπευσα θεραπεία και ποιος όχι είναι σημαντικά θέματα¹¹.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Πιστεύω ότι είμαστε υποχρεωμένοι να αυτοελεγχθούμε και να δημιουργήσουμε για τους εαυτούς μας πρόσθετους κανόνες προστασίας 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: εσείς, εγώ και οι άλλοι²¹. Αν εμείς δεν εφαρμόσουμε τους κανόνες, που γνωρίζουμε τα προβλήματα, αν εμείς δεν προβούμε στην αξιολόγηση του έργου μας και στις προσήκουσες αλλαγές, κάποιος άλλος θα το κάνουν που δεν γνωρίζουν το έργο μας και τα προβλήματα του, και θα μας βάλουν οπωσδήποτε όρια²². Η ευθύνη όλων μας είναι μεγάλη. Ο Καστοριάδης λέει: «και η ευθύνη για την οποία μίλησα 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»²³.

Και πέρα από την ευθύνη όλων μας, είναι 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 επικαιρότητα, μπορώ να πω, ότι εμείς έχουμε ξεπεράσει πια τα όρια-το μέτρον- σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας μας, βρισκόμαστε πέρα από την Ύβριν, και ως φυσικό επακόλουθο ήρθε η Νέμεσις.

Ας τηρήσουμε, λοιπόν, πιστά τις αρχές της ιατρικής, αναλογιζόμενοι πάντα τα όρια της «ελευθερίας» μας, χωρίς να ξεχνάμε αυτό που είπε ο Καστοριάδης, ότι: «η ελευθερία είναι δραστηριότητα. Μια δραστηριότητα, η οποία ξέρει τα όριά της, ξέρει να αυτοπεριορίζεται. Η ελευθερία γνωρίζει ότι “όλα μπορεί να τα κάνει” αλλά επίσης γνωρίζει ότι “δεν μπορεί να τα κάνει όλα”. Αυτό

είναι το μεγάλο πρόβλημα της δημοκρατίας και του ατομικισμού»²³.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γρυντάκης Ι, Δάλκος Γ, Χόρτης Α, Χόρτης Ε. Η Άλλη Όψη της Ιστορίας. Πλουτάρχου Βίοι Παράλληλοι, Σόλων, 27-28. Εκδόσεις Σαββάλας, Αθήνα 2001.
2. Κουντουρά ΑΘ (Επιμ.) Συνέκδημος Ορθοδόξου Χριστιανού. Ακολουθία της Λειτουργίας Ιωάννη Χρυσοστόμου. Οίκος Μ. Σαλιβέρου. Αθήνα, 1949.
3. Αγγελόπουλου Π. Αισώπου Μύθοι. Επιλογή, Έμμετρη απόδοση - Αρχαίο κείμενο. Σύλλογος προς Διάδοσιν Ωφελίμων Βιβλίων, Αθήνα, 1988.
4. Ιπποκράτους Όρκος. Μετάφραση εκ του αρχαίου κειμένου. Imperial Chemicals (Pharmaceuticals) LTD, ICI, Αθήνα, 1950.
5. Κότσιανος Σ. Η Ιατρική Ευθύνη. Εκδόσεις Τριανταφύλλου, Θεσσαλονίκη, 1977
6. www.commonlaw.com/Hammurabi.html
7. Γεωργόπουλος Δ-ΣΓ. 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.
8. Beauchamp TL, Childress JF. Principles at Biomedical Ethics, 2nd ed, pp 148-158, Oxford Press, Oxford, 1983.
9. Illich I. Limits to medicine. Medical Nemesis: the Expropriation of Health, Marion Boyars, London, p.163, 1976.
10. Gillon R. Doctors and patients. British Medical Journal, 294, 466-469, 1985.
11. Γεωργόπουλος Δ-ΣΓ. Πώς να αντιμετωπίσετε τον γιατρό σας για να γίνετε καλά. Εκδόσεις Libro, Αθήνα, 2009.
12. Fuchs VR. Who Shall Live? Health Economics, and Social Choice. Basic Books, Inc, Publishers. New York, 1974.
13. Delors J. Αναζωπυρώνοντας το πνεύμα συνεργασίας, στο Anton Hemerijck, Ben Knapen, Ellen van Doorne (Επιμ.) Μετά το Σεσμό. Οικονομική Κρίση και Θεσμική Επιλογή. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2010.
14. <http://el.wicisource.org> (Chambry E. Aesopi fabulae, vol.2, Les Belles Letters, Paris, 1925-1926).
15. Morin E. Nair S. Μία πολιτική πολιτισμού. Νέα Σύνορα, Αθήνα, 1998.
16. Sandmann W. Προσωπική Επικοινωνία, Dusseldorf, 1974.
17. Sandmann W. Προσωπική Επικοινωνία, Dusseldorf, 2010.
18. Γεωργόπουλος Δ-ΣΓ. Αγγειοχειρουργική και αντιγήρανση: Ατενίζουμε τον ήλιο ενώ γερνάμε. Ελληνική Αγγειοχειρουργική, τεύχος 18, 2009(213-218).
19. Norbert E. Uber die Einsamkeit der Sterbenden. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1982.
20. Γεωργόπουλος Δ-ΣΓ. Αποκαιριτισμός στην Αγγειοχειρουργική, στο Δ-Σ Γ Γεωργόπουλος & Δ-Ρ Ν Σταράμος, Εκπαίδευση στην Αγγειοχειρουργική. Απόψεις Εκπαιδευτών-Εκπαιδευομένων 1906-2006. Έκδοση Αγγειοχειρουργικού Τμήματος Κωνσταντοπούλειο - για Όλγα. Αθήνα, 2006.
21. Γεωργόπουλος Δ-ΣΓ. Ε.Σ.Υ. εγώ και οι άλλοι. Εκδόσεις Libro. Αθήνα, 2008.
22. Γεωργόπουλος Δ-ΣΓ. Συστηματική Καταγραφή Δεδομένων, Επίσημος Έλεγχος, Εκτίμηση και Αξιολόγηση της Ποιότητας και του Κόστους της Χειρουργικής. Έκδοση Αγγειοχειρουργικού Τμήματος, Κωνσταντοπούλειο - Αγία Όλγα, Γ.Ν. Νοσοκομείο, Ν. Ιωνίας, Αθήνα, 2003.
23. Παπαδοπούλου Τ. (Επιμ). Του Κορνήλιου Καστοριάδη. «Είμαστε υπεύθυνοι για την ιστορία μας». Εκδόσεις Πόλις. Αθήνα, 2000.

Παρουσιάστηκε στην ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ: «Ραγέν Ανεύρυσμα Κοιλιακής Αορτής». Αμφιθέατρο, Κωνσταντοπούλειο - Αγία Όλγα Γ.Ν. Νέας Ιωνίας, Αθήνα, Σάββατο, 26 Νοεμβρίου 2011.