



9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Θώρακος - Καρδιάς - Αγγείων

Grand Hotel Palace
Θεσσαλονίκη

23 & 24
Νοεμβρίου 2012

Βιβλίο Περιλήψεων

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά σας καλωσορίζουμε στη Θεσσαλονίκη για το 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρείας μας. Παρά τους δύσκολους καιρούς, η Θεσσαλονίκη δεν έχει χάσει τίποτε από την ομορφιά της, τον ερωτισμό της και την αύρα αισιοδοξίας που στέλνει ο Θερμαϊκός αντάμα με τα κάστρα και την παλαιά πόλη.

Αυτήν την αισιοδοξία επιθυμούμε να την μεταφέρουμε σε όλους εσάς μέσα από το Συνέδριό μας, για να μπορέσουμε να ξεπεράσουμε τις δυσκολίες της ειδικότητάς μας και της ίδιας της ζωής.

Εξ' άλλου η Θεσσαλονίκη αναδείχθηκε και αναδεικνύεται μέσα από τα δύσκολα. Έτσι και η ειδικότητά την οποία διακονούμε θα αναδειχθεί και θα καθιερωθεί μέσα από τις δυσκολίες της, τις οποίες θα συζητήσουμε όλοι μαζί στο Συνέδριό μας, παραμένοντες ως οργανωτές πιστοί στην πρόσκληση - χαιρετισμό που σας απευθύναμε λίγο καιρό πριν. Και όλοι μαζί θα χαράξουμε δρόμους που θα μας βγάλουν από τη δύσκολη κατάσταση.

Όποιος κατά μόνας προσπαθεί να χαράξει δρόμους, είναι σίγουρο ότι θα καθεί στους βάλτους των δυσκολιών και της αδιεξόδων. Γι' αυτό και εγώ προσωπικά και ολόκληρη η Οργανωτική Επιτροπή σας καλούμε ΟΛΟΥΣ να πάρετε μέρος στο Συνέδριο. Οι όποιες τυπικές οικονομικές ή διαδικαστικές δυσκολίες θα ξεπεραστούν και με τη βοήθεια της Εταιρείας μας· και μην ξεχνάτε τούτο: ότι στην εκδήλωση αυτή εκλέγουμε τους συναδέλφους εκείνους που θα στελεχώσουν όλα τα όργανα της Εταιρείας για την επόμενη διετία, γεγονός που είναι για όλους μας υποχρέωση αλλά και τιμή.

Ελπίζοντας στην ενεργό συμμετοχή όλων, σας καλωσορίζω στο Συνέδριο μας.

Για την Οργανωτική Επιτροπή



Χρήστος Παπακωνσταντίνου
Ομ. Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής Α.Π.Θ.
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας
Χειρουργικής Θώρακος - Καρδίας - Αγγείων

Διοικητικό Συμβούλιο

Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Θώρακος - Καρδίας - Αγγείων

Πρόεδρος:	Χρ. Παπακωνσταντίνου
Αντιπρόεδρος:	Δ. Δουγένης
Γεν. Γραμματέας:	Κ. Αναστασιάδης
Ειδ. Γραμματέας:	Χ. Φορούλης
Ταμίας:	Ε. Κωλέτσης
Σύμβουλοι:	Χ. Ζήσης Β. Λόζος
Αναπληρωματικά Μέλη:	Ν. Μπαλταγιάννης Α. Καλλικούρδης
Εκπρόσωπος Δόκιμων Μελών:	Ό. Χαλβατζούλης

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος:	Χ. Παπακωνσταντίνου		
Αντιπρόεδρος:	Δ. Μικρούλης		
Γραμματέας:	Ν. Γιαννόπουλος		
Ταμίας:	Ε. Κωλέτσης		
Μέλη:	Πρ. Αζαριάδης	Ε. Αποστολάκης	Α. Λιούλιας
	Κ. Αθανασιάδη	Μ. Αργυρίου	Θ. Μαρίνος
	Κ. Αναστασιάδης	Π. Δεδεηλίας	Ι. Μπελένης
	Π. Αντωνίτσης	Δ. Δουγένης	Γ. Παλατιανός

Επιστημονική Επιτροπή

Δ. Αγγουράς	Γ. Μίσιας	Ι. Παπαχρήστος	Δ. Φιλίππου
Β. Βασιλειάδης	Π. Μίχος	Χ. Ρόκκας	Β. Χαλβατζούλης
Μ. Δουζίνας	Α. Μπίσμος	Π. Σπανός	Θ. Χαμογεωργάκης
Χ. Ζήσης	Γ. Μπιτζίκας	Σ. Συμμελάκης	Χ. Χαρίτος
Κ. Ηλιάδης	Κ. Μπόλος	Π. Σφυράκης	Α. Χατζημικάλης
Μ. Κωνσταντίνου	Γ. Οικονομόπουλος	Π. Τόμος	
Χ. Λόλας	Μ. Παναγιώτου	Κ. Τριανταφύλλου	
Κ. Μακρυγιαννάκης	Φ. Παναγόπουλος	Ι. Φεσατίδης	

Επιτροπή Βράβευσης Εργασιών

Πρόεδρος:	Χρ. Παπακωνσταντίνου
Μέλη:	Κ. Αθανασιάδη Δ. Δουγένης Θ. Μαρίνος Ι. Στίνιος



9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Θώρακος - Καρδιάς - Αγγείων



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

0001 ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΗ ΑΟΡΤΗ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΛΥΣΕΙΣ. ΛΟΙΜΩΞΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΑΟΡΤΗ

Καρατζόπουλος Α.¹, Τριανταφυλλοπούλου Κ.¹, Σαπαλίδης Κ.², Γροσομανίδης Β.¹, Αναστασιάδης Κ.¹, Τόσιος Π.¹

¹Α΄ Κλινική Θώρακος-Καρδιάς και Μεγ. Αγγείων Α.Π.Θ., ²Γ΄ Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ., ³Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Έντονος προβληματισμός υπάρχει διεθνώς όσον αφορά το θέμα της διαχείρισης ασθενών με εμφάνιση μετεγχειρητικής λοίμωξης πέριξ του μοσχεύματος που τοποθετήθηκε στην θωρακική αορτή. Διάφορες μέθοδοι αντιμετώπισης έχουν περιγραφεί όπως: 1) ριζική αντικατάσταση του μοσχεύματος, 2) απλή παροχέτευση με θωρακικούς σωλήνες, σύγκλειση στέρνου και συνεχείς πλύσεις με ιωδιούχα διαλύματα δια μέσου των σωλήνων, και 3) χειρουργικός καθαρισμός της προσβεβλημένης περιοχής και μετάθεση κρημών μείζονος επιπλόου ή μείζονος θωρακικού μυός στον ίδιο ή σε δεύτερο χρόνο. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με μετεγχειρητική λοίμωξη, την μέθοδο που επιλέχθηκε και τη μετεγχειρητική του πορεία.

Ασθενής και Μέθοδος: Ασθενής 29 ετών με γνωστό σύνδρομο Marfan, είχε υποβληθεί το 2011 σε επανεπέμβαση αντικατάστασης της ανιούσας αορτής και του τόξου, με αναστόμωση του μοσχεύματος με ήδη υπάρχον από προηγούμενα επέμβαση Bentall (2003). Το 2012 παραπέμφθηκε σε εμάς λόγω εμπυρέτου, κατά την διερεύνηση του οποίου με αξονική τομογραφία θώρακος διαπιστώθηκε ευμεγέθης συλλογή στο πρόσθιο μεσοθωράκιο, μεγίστης διαμέτρου 15cm. Η επιβεβαίωση της διαγνώσεως έγινε με την βοήθεια CT guided παρακέντησης με την αναρρόφηση πυώδους υλικού. Ο ασθενής υποβλήθηκε άμεσα μετά την διάγνωση σε επαναδιάνοιξη της στερνοτομής, χειρουργικό καθαρισμό με παροχέτευση της πυώδους συλλογής, πλύσεις του πεδίου με 3L διαλύματος ιωδιούχου ποβιδόνης 1% και 3L H₂O, αφήνοντας ανοιχτή την στερνοτομή. Τις επόμενες δύο ημέρες διενεργήθηκαν αλλαγές ανά 8 ώρες με γάζες εμποτισμένες σε διάλυμα ιωδιούχου ποβιδόνης 10%. Σε δεύτερο χρόνο (μετά από 48 ώρες) διενεργήθηκε η οριστική αποκατάσταση με κινητοποίηση και μετάθεση κρημονού μείζονος επιπλόου εντός του μεσοθωρακίου και σύγκλειση της στερνοτομής. Ως αποτέλεσμα είχαμε την πλήρη ανάρρωση του ασθενούς, χωρίς σημεία λοίμωξης, με αρνητικούς δείκτες φλεγμονής.

Συμπέρασμα: Η καθοδηγούμενη υπό αξονική τομογραφία παρακέντηση δίνει την διάγνωση. Άμεση διάνοιξη του στέρνου, με παροχέτευση, πλύσεις ανά οκτάωρο και η μετάθεση κρημών μπορούν να αποδώσουν θετικά αποτελέσματα. Η διατήρηση του μοσχεύματος (ή των μοσχευμάτων) στην ανιούσα αορτή και το τόξο (in situ preservation) αποτελεί μια αποτελεσματική λύση, σε αντίθεση με μια ριζική αντικατάσταση μοσχευμάτων που σχετίζεται με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα.

0002 ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΗ ΑΟΡΤΗ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΛΥΣΕΙΣ ΑΟΡΤΙΚΟ ΤΟΞΟ

Σάρλης Γ.¹, Καρατζόπουλος Α.¹, Τριανταφυλλοπούλου Κ.¹,
Γροσομανίδης Β.², Αναστασιάδης Κ.¹, Τόσιος Π.¹

¹Α΄ Κλινική Θώρακος-Καρδιάς και Μεγ. Αγγείων Α.Π.Θ., ²Κλινική
Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Η ανάγκη επέμβασης στο αορτικό τόξο σε ασθενείς που υποβλήθηκαν στο παρελθόν σε χειρουργική αποκατάσταση διαχωρισμού στην ανιούσα αορτή, εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση για τον καρδιοχειρουργό. Στόχος μας είναι να τονίσουμε την ιδιαιτερότητα του προβλήματος, που έγκειται στο γεγονός ότι υπάρχει σύνθετη αορτική νόσος, καθώς το περιφερικό τμήμα της αορτής είναι ως επί το πλείστον διαχωρισμένο και πιθανότατα ανευρυσματικό.

Ασθενής και Μέθοδος: Προσεγγίζουμε το ζήτημα με αφορμή μια περίπτωση ασθενούς, 28 ετών, με προηγηθείσα επέμβαση Bentall, που ανέπτυξε, εκ νέου, οξύ αορτικό διαχωρισμό, σε έδαφος συνδρόμου Marfan. Με αφορμή αυτό το κοινό κλινικό σενάριο, επισημαίνονται τα διεγχειρητικά προβλήματα, οι ιδιαιτέρες τεχνικές προκλήσεις και οι εναλλακτικές λύσεις που πρέπει να υπάρχουν στη χειρουργική φαρέτρα. Η στρατηγική της επανεπέμβασης έχει να κάνει με δύο κύριους παράγοντες: την υποκείμενη πάθηση και την έκταση της πρώτης επέμβασης επί της αορτής (βαλβίδα-ρίζα-τόξο). Στο σχεδιασμό της επέμβασης ο χειρουργός καλείται να απαντήσει στον τρόπο χειρουργικής προσπέλασης, το χρόνο εισόδου στην εξωσωματική κυκλοφορία (προ ή μετά της θωρακοτομής), και τις μεθόδους που θα επιλεγούν για την προστασία του εγκεφάλου / νωτιαίου μυελού. Επίσης, καλείται να αντιμετωπίσει ενδεχόμενες δυσκολίες στην προσπελασιμότητα και την καταλληλότητα των αγγείων για αρτηριακό ή φλεβικό καθετηριασμό (cannulation sites). Επιπλέον, πρέπει να αποφασίσει αν θα αντιμετωπίσει μια ενδεχόμενη παθολογία στην κατιούσα αορτή σε ένα ή σε δύο εγχειρητικούς χρόνους. Παράλληλα, επισημαίνουμε το ρόλο που καλούνται να διαδραματίσουν οι εξελισσόμενες υβριδικές μέθοδοι (TEVAR) στη σύγχρονη ιατρική πράξη καθώς και τη δυνατότητα εφαρμογής E-Vita open, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα και την εξοικείωση του χειρουργού.

Συμπεράσματα: Με βάση την παρουσίαση του παρόντος περιστατικού τίθεται το ερώτημα για την υιοθέτηση μιας πιο επιθετικής στρατηγικής κατά τον χρόνο της 1ης επέμβασης.

0003 ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΗ ΑΟΡΤΗ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΛΥΣΕΙΣ ΑΝΙΟΥΣΑ ΑΟΡΤΗ

Τριανταφυλλοπούλου Κ.¹, Αντωνίτσης Π.¹, Αργυριάδου Ε.², Κυπαρισσά Μ.², Τόσιος Π.¹, Αναστασιάδης Κ.¹

¹Α΄ Κλινική Θώρακος-Καρδιάς και Μεγ. Αγγείων Α.Π.Θ., ²Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Η ανάγκη για επανεπέμβαση στην ανιούσα αορτή, η οποία προκύπτει από την εξέλιξη μη την υποτροπή της αρχικής νόσου, αποτελεί πρόκληση για το χειρουργό, καθώς εμφανίζει τεχνικές δυσκολίες και συνδυάζεται με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας σε σύγκριση με την αρχική επέμβαση.

Ασθενής και Μέθοδος: Παρουσιάζεται η αντιμετώπιση ασθενούς 47ετών ο οποίος υποβλήθηκε σε επιδιόρθωση της ανιούσης αορτής με πτύχωση για την αντιμετώπιση ανευρύσματος ανιούσης αορτής πριν από οκτώ έτη. Ο απεικονιστικός έλεγχος στο πλαίσιο της μετεγχειρητικής παρακολούθησης κατέδειξε υποτροπή του ανευρύσματος της ανιούσας αορτής με διάταση της αορτικής ρίζας και σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αντικατάσταση της αορτικής ρίζας και της ανιούσας αορτής με βαλβιδοφόρο μόσχευμα. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Ο μετεγχειρητικός υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος καταδεικνύει φυσιολογική λειτουργία της προσθετικής βαλβίδας, ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος δείχνει αποκατάσταση της αορτικής ρίζας και της ανιούσας αορτής.

Συμπέρασμα: Η τεχνική της πτύχωσης του αορτικού τοιχώματος για την αποκατάσταση ανευρύσματος της ανιούσας αορτής συνοδεύεται από τον κίνδυνο της υποτροπής. Η επανεπέμβαση στην ανιούσα αορτή θα πρέπει να εξασφαλίζει την πλήρη διόρθωση της υποκείμενης παθολογίας, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος νέας υποτροπής, με τη χαμηλότερη δυνατή νοσηρότητα και θνητότητα.

0004 ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΗ ΑΟΡΤΗ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΛΥΣΕΙΣ ΑΟΡΤΙΚΗ ΡΙΖΑ

Τριανταφυλλοπούλου Κ.¹, Χαλβατζούλης Ο.¹, Κυπαρισά Μ.², Μίσιας Γ.¹, Τόσιος Π.¹, Αναστασιάδης Κ.¹

¹Α΄ Κλινική Θώρακος-Καρδιάς και Μεγ. Αγγείων Α.Π.Θ., ²Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας Α.Π.Θ. Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Η βελτίωση της χειρουργικής τεχνικής έχει οδηγήσει στην αύξηση της επιβίωσης των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση στην ανιούσα αορτή και το αορτικό τόξο. Η εξέλιξη αυτή συνδυάζεται με παράλληλη αύξηση της συχνότητας των επανεπεμβάσεων στην ανιούσα αορτή και το αορτικό τόξο εξαιτίας της εξέλιξης ή της υποτροπής της αρχικής νόσου. Οι επανεπεμβάσεις στην ανιούσα αορτή αποτελούν σημαντική πρόκληση για το χειρουργό εξαιτίας των τεχνικών δυσκολιών που εμφανίζουν καθώς και επειδή συνδέονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα σε σύγκριση με την αρχική επέμβαση.

Ασθενής και Μέθοδος: Παρουσιάζεται η αντιμετώπιση ασθενούς ηλικίας 50 ετών ο οποίος είχε υποβληθεί σε αντικατάσταση ανιούσας αορτής με συνθετικό μόσχευμα για την αντιμετώπιση ανευρύσματος της ανιούσας αορτής πριν από 7 έτη. Ο ασθενής εμφάνισε επιπολής λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος της μέσης στερνοτομής με σχηματισμό αποστηματικής κοιλότητας. Ο απεικονιστικός έλεγχος κατέδειξε την ύπαρξη ανευρύσματος στη ρίζα της αορτής με σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας.

Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε αντικατάσταση της αορτικής ρίζας με βαλβιδοφόρο συνθετικό μόσχευμα. Η περιφερική αναστόμωση διενεργήθηκε επί του προϋπάρχοντος μοσχεύματος της ανιούσας αορτής. Ο ασθενής κατά την άμεση μετεχειρητική περίοδο εμφάνισε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο το οποίο αποκαταστάθηκε χωρίς υπολειπόμενη νευρολογική σημειολογία. Ο μετεχειρητικός απεικονιστικός έλεγχος καταδεικνύει ομαλή αποκατάσταση της περιοχής της αορτικής ρίζας και της ανιούσας αορτής.

Συμπέρασμα: Η δημιουργία ανευρύσματος στη ρίζα της αορτής μετά από αντικατάσταση της ανιούσας αορτής για την αντιμετώπιση ανευρύσματος αποτελεί μία δυσάρεστη επιπλοκή καθώς αυξάνει τον κίνδυνο ρήξης της αορτής και εμφάνισης σοβαρής ανεπάρκειας της αορτικής βαλβίδας. Η τεχνική αποκατάστασης θα πρέπει να εξασφαλίζει την πλήρη αποκατάσταση της παθολογίας της περιοχής με τη μικρότερη δυνατή νοσηρότητα και θνητότητα.

0005 ΑΠΩΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Αντωνίου Α., Crockett J., Κυριαζής Χ., Μουρτζής Ν., Οικονομίδου Σ., Παναγιώτου Μ.

Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Σκοπός: Σε αυτή τη μελέτη παραθέτουμε τα απώτερα αποτελέσματα(επιβίωση, NYHA class, λειτουργικότητα αριστεράς κοιλίας) από τις δυο τεχνικές ανακατασκευής της αριστεράς κοιλίας: την τεχνική Dor (EVCPP- Endoventricular circular patch septoplasty) και την απλή συρραφή του προσθίου τοιχώματος σε συνδυασμό με τη χρήση εμβλώματος για την αναδιαμόρφωση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (linear closure with patch septoplasty, LC/PS), που πραγματοποιήθηκαν στο τμήμα μας.

Υλικό-Μέθοδος: Από τον Δεκέμβριο του 2002 έως τον Απρίλιο του 2012, 43 ασθενείς (37 άνδρες και 6 γυναίκες) υπεβλήθησαν σε χειρουργική αναδιαμόρφωση της αριστεράς κοιλίας. Σε 25 ασθενείς χρησιμοποιήθηκε απλή συρραφή του προσθίου τοιχώματος με αναδιαμόρφωση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος με τη χρήση εμβλώματος (LC/PS, Group A) και σε 18 ασθενείς η τεχνική Dor (EVCPP, Group B). Η μέση ηλικία των ασθενών του Group A ήταν 62.96 έτη και των ασθενών του Group B ήταν 61.5 έτη. Σε όλους τους ασθενείς η κοιλιοπλαστική συνδυάστηκε με αορτοστεφανιαία παράκαμψη (μονή 11.68%, διπλή 46.5%, τριπλή 41.86%). Επιπλέον σε δύο ασθενείς πραγματοποιήθηκε πλαστική μιτροειδούς με τη χρήση δακτυλίου, σε έναν αντι-κατάσταση μιτροειδούς και σε έναν ασθενή ενδαρτηρεκτομή αριστερής καρωτίδος.

Αποτελέσματα: Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα για το Group A ήταν 12% (3 ασθενείς) και για το Group B ήταν 5.56% (1 ασθενής). Δεν κατεγράφη αξιωματική στατιστικά διαφορά στη νοσηρότητα μεταξύ των δυο ομάδων. Στο Group A η μέση τιμή του κλάσματος εξωθήσεως προεγχειρητικά ήταν 34.36%, ενώ κατά το 1^ο, 3^ο, και 5^ο μετεγχειρητικό έτος ήταν 37.2%, 43%, 42.8% αντιστοίχως. Στο Group B η μέση τιμή του κλάσματος εξωθήσεως προεγχειρητικά ήταν 30.5%, ενώ κατά το 1^ο, 3^ο, και 5^ο μετεγχειρητικό έτος ήταν 38.75%, 40.7%, 41.97% αντιστοίχως. Στο Group A ο μέσος όρος του προεγχειρητικού LVESVI ήταν 76.8ml/m² και κατά τον έκτο μετεγχειρητικό μήνα 66.49ml/m². Για το Group B ο μέσος όρος του LVESVI ήταν 73ml/m² προεγχειρητικώς και κατά τον έκτο μετεγχειρητικό μήνα 52ml/m². Αντίστοιχα για το Group A, το LVEDVI ήταν 124.4ml/m² προ και 112.3ml/m² μετεγχειρητικά, ενώ για το Group B το LVEDVI ήταν 104.29ml/m² προ και 90ml/m² μετεγχειρητικά. Στο Group A το 60% των ασθενών προεγχειρητικά ήταν NYHA class III-IV και το 40% NYHA class I-II, ενώ μετεγχειρητικά 21.73% ήταν NYHA class III-IV και 78.27% NYHA I-II. Στο Group B το 52.63% των ασθενών ήταν NYHA class III-IV

και 47.36% NYHA class I-II, ενώ μετεγχειρητικά 5.88% ήταν NYHA class III-IV και 94.12% NYHA class I-II. Σε δυο ασθενείς του Group A και σε έναν ασθενή του Group B ετέθη απινιδωτής λόγω κοιλιακής μαρμαρυγής. Η 1ετής, 3ετής και 5ετής επιβίωση για το Group A ήταν 95.45%, 95.23% και 90%, ενώ για το Group B ήταν 88.9%, 87.5% και 87.5% αντιστοίχως.

Συμπεράσματα: Και οι δυο τεχνικές ανακατασκευής της αριστεράς κοιλίας είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές και επιδρούν θετικά στη λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας και τη φυσική ιστορία της ισχαιμικής καρδιακής ανεπάρκειας.

0006 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΒΡΑΧΥΧΡΟΝΙΑΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΣΚΕΥΗ ECMO ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Αντωνίτσας Π., Κλέωντας Α., Αργυριάδου Ε., Γροσομανίδης Β., Δελιόπουλος Α., Αναστασιάδης Κ.

Α΄ Κλινική Θώρακος-Καρδιάς και Μεγ. Αγγείων Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αποτελεί η ανάλυση των κλινικών χαρακτηριστικών και της έκβασης ασθενών με καρδιογενή καταπληξία η οποία αντιμετωπίστηκε με την τοποθέτηση βραχυχρόνιας εξωσωματικής υποστήριξης της κυκλοφορίας με το κύκλωμα ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation).

Ασθενείς και Μέθοδος: Κατά τη χρονική περίοδο 2008-2012 αντιμετωπίστηκαν με τη βοήθεια κύκλωματος ECMO στην Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική του Α.Π.Θ. 19 ασθενείς (μέση ηλικία: 45,7 έτη) με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια που δεν οφειλόταν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση. Η πλειοψηφία των ασθενών (9/16, 47,4%) εμφάνισε μετεμφραγματική καρδιογενή καταπληξία, 6 ασθενείς καρδιακή ανεπάρκεια μετά από αναπνευστική ανεπάρκεια, 2 ασθενείς οξεία επιδείνωση χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας, ενώ ένας ασθενής εμφάνισε οξεία μυοκαρδίτιδα και ένας πολυτραυματίας καρδιακή ανακοπή συνεπεία υποθερμίας. Σε έξι περιπτώσεις το κύκλωμα τοποθετήθηκε κατά τη διάρκεια καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος μηχανικής υποστήριξης ήταν $200 \pm 89,6$ ώρες, με μέγιστη υποστήριξη 384 ώρες. Σε όλους τους ασθενείς τοποθετήθηκε φλεβο-αρτηριακό κύκλωμα ECMO: στους 10 (52,6%) ανοικτά, ενώ στους υπόλοιπους 9 (47,4%) διαδερμικά. 14/19 ασθενείς (73,7%) αποδεσμεύτηκαν επιτυχώς από την υποστήριξη. Σε τρεις περιπτώσεις το κύκλωμα ECMO χρησιμοποιήθηκε ως γέφυρα προς εμφύτευση LVAD, ενώ ένας ασθενής με μη αντιρροπούμενη καρδιακή ανεπάρκεια χρειάστηκε να υποστηριχθεί δύο φορές.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή της βραχυχρόνιας εξωσωματικής υποστήριξης της κυκλοφορίας με κύκλωμα ECMO μετά καρδιογενή καταπληξία παρέχει άμεση αιμοδυναμική σταθεροποίηση και αποτελεσματική υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών. Αποτελεί, επομένως, πολύτιμο εργαλείο για την αντιμετώπιση ασθενών που εμφανίζουν ιδιαίτερα υψηλή θνητότητα υποβοηθώντας την ανάρρωση του μυοκαρδίου ή αποτελώντας γέφυρα προς εφαρμογή μακροπρόθεσμης υποστήριξης.

0007 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ (MECC) ΣΤΟ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Αντωνίτσας Π.¹, Τριανταφυλλοπούλου Κ.¹, Χατζημιλιτιάδης Σ.², Δελιόπουλος Α.¹, Γκατζός Σ.¹, Αναστασιάδης Κ.¹

¹Α' Κλινική Θώρακος-Καρδιάς και Μεγ. Αγγείων Α.Π.Θ., ²Α' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ. Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Ως «αγγειοπλαστική υψηλού κινδύνου» ορίζεται η διενέργεια αγγειοπλαστικής σε ασθενείς με κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας < 35%, με > 50% της έκτασης του μυοκαρδίου σε κίνδυνο καθώς και η αγγειοπλαστική στο μοναδικό βατό αγγείο. Στις περιπτώσεις αυτές παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος κυκλοφορικής κατάρριψης. Παρουσιάζεται η εφαρμογή της ελάχιστα επεμβατικής εξωσωματικής κυκλοφορίας (MECC) για την υποστήριξη των ασθενών αυτών στο αιμοδυναμικό εργαστήριο.

Ασθενείς και Μέθοδος: Περιγράφονται οι περιπτώσεις δύο ασθενών ηλικίας 78 και 74 ετών με ασταθή στηθάγχη εξαιτίας σοβαρού βαθμού στεφανιαίας νόσου τριών αγγείων οι οποίοι είχαν ιστορικό προηγηθείσας αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, εμφάνιζαν στένωση αορτικής βαλβίδας, σοβαρές συνοδές παθήσεις και δεν ήταν υποψήφιοι για χειρουργική επαναγγείωση. Προσπάθεια για αγγειοπλαστική ήταν ανεπιτυχής εξαιτίας εμφάνισης έντονης αιμοδυναμικής αστάθειας. Αποφασίστηκε η μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας με κύκλωμα MECC για την αιμοδυναμική υποστήριξη των ασθενών κατά τη διάρκεια της αγγειοπλαστικής.

Αποτελέσματα: Και στους δύο ασθενείς τοποθετήθηκαν διαδερμικά κάνουλες στα μηριαία αγγεία με τοπική αναισθησία μετά από συστηματικό ηπαρινισμό. Η ροή στο κύκλωμα ήταν 3,8 L/min (1,8 L/min/m²) και η μέση αρτηριακή πίεση ήταν 70-80 mmHg. Η διάρκεια της υποστήριξης ήταν 75 και 210 λεπτά. Διενεργήθηκε αγγειοπλαστική με τοποθέτηση stent και περιστροφική αθηρεκτομή και στους δύο ασθενείς με ικανοποιητικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Οι ασθενείς βρίσκονταν σε εγρήγορση καθόλη τη διάρκεια της επέμβασης, χωρίς να παρατηρηθούν αιμοδυναμικές διαταραχές. Οι κάνουλες αφαιρέθηκαν μετά την αναστροφή της ηπαρίνης. Οι ασθενείς κινητοποιήθηκαν την επόμενη ημέρα χωρίς να εμφανίζουν στηθαγχικά ενοχλήματα.

Συμπεράσματα: Επεκτείνουμε τη χρησιμοποίηση κυκλώματος MECC πέρα από το χειρουργείο στο αιμοδυναμικό εργαστήριο για την υποστήριξη ασθενών που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική υψηλού κινδύνου με εξαιρετικά αποτελέσματα.

0008 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Τεντζέρης Β., Gircis-Satyro N., Asopa S., Lloyd C.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδα, Derriford Hospital, Plymouth University Hospitals, Ηνωμένο Βασίλειο

Σκοπός: Η στεφανιαία νόσος είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας στον βιομηχανικό κόσμο. Η δευτερογενής πρόληψη είναι μια μακροχρόνια θεραπεία για την πρόληψη νοσηρότητας και θνησιμότητας σε άτομα που είχαν αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Αξιολογήθηκε εκ νέου η δευτερογενής πρόληψη που προσφέρει το ινσιτιούτο μας στους νοσηλευόμενους ασθενείς μας.

Υλικά και Μέθοδοι: Ένα τυπικό πρωτόκολλο για δευτερογενή πρόληψη ήταν σε εφαρμογή για όλους τους μετεγχειρητικούς ασθενείς από το 2008, όταν το πρώτο σκέλος αυτής της μελέτης πραγματοποιήθηκε. Αυτό περιλαμβάνει την υποχρεωτική χρήση των: ασπιρίνη, στατίνες, β-αναστολείς και ACE αναστολείς. Διενεργήσαμε μια αναδρομική μελέτη των ασθενών μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη, προκειμένου να αξιολογηθεί η διατήρηση των υπηρεσιών μας. Μια τυχαία ηλεκτρονική επιλογή των κλινικών σημειώσεων από το τμήμα ελέγχου επέλεξε 85 ασθενείς μεταξύ Ιανουαρίου και Ιουλίου 2011. Μετά τους αποκλεισμούς, απομονώθηκαν 78 ασθενείς. Η αναλογία ανδρών / γυναικών ήταν 60/18. Η μέση ηλικία των 67,16 χρόνια (45-89) και το μέσο euroscore 2,77 (0,67 - 12)

Αποτελέσματα: Το 57% των χειρουργείων ήταν εκλογής, το 36,5% ήταν επείγοντα NSTEMI και το 6,5% STEMI. Το 73,5% είχε καλή λειτουργία της αριστερής κοιλίας, 22,3% μέτρια και το 4,2% κακή. Όσον αφορά τη χρήση των φαρμάκων υπήρχε 100% χρήση της ασπιρίνης σε σύγκριση με το προηγούμενο 82%, ένα 89.5% χρήση στατινών σε σύγκριση με το προηγούμενο 95%, 92.2% χρήση των β-αναστολέων σε σύγκριση με το προηγούμενο 81% και ένα 57.4% χρήση των ACE αναστολέων σε σύγκριση με το προηγούμενο 48%.

Συμπεράσματα: Το ινσιτιούτο μας κατάφερε να διατηρήσει και να βελτιώσει ήπια τις επιδόσεις του σε ό, τι αφορά τη δευτερογενή πρόληψη. Ωστόσο, υπάρχει ακόμα περιθώριο για βελτίωση που μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση. Η σημασία των ελέγχων για να αποδείξει την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας είναι πρωταρχικής σημασίας; για να εκθέσει τις αδυναμίες και να αναγνωρίσει τη βελτίωση των αποτελεσμάτων μας.

0009 ΔΙΑΛΑΘΟΥΣΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΙΣΘΜΟΥ ΚΑΙ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σισμανίδης Σ., Κουτεντάκης Μ., Βόβας Γ., Συμινελάκης Σ., Πέτρου Α., Ανδρούτσος Ο., Αποστολάκης Ε.

Καρδιοχειρουργική Κλινική Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Η τραυματική ρήξη της θωρακικής αορτής εντοπίζεται για λόγους ανατομοπαθοφυσιολογικούς στο 90-98% στην περιοχή του ισθμού της αορτής. Στο 90% των ασθενών η ρήξη θα επισυμβεί στο τόπο του ατυχήματος και ο ασθενής θα εκπνεύσει πριν μεταφερθεί στο Νοσοκομείο. Μόλις το υπόλοιπο 10% θα επιβιώσει άμεσα και θα υποστεί όμως απώτερη ρήξη του τοπικού ψευδοανευρύσματος της αορτής, μέσα στα επόμενα 24ωρα ή εβδομάδες. Ένα ελάχιστο ποσοστό αυτών των τραυματικών ρήξεων θα ακολουθήσει μακρά εξελικτική πορεία του ψευδοανευρύσματος για μήνες ή και χρόνια. Παρουσιάζουμε την περίπτωση τραυματικής ρήξης της θωρακικής αορτής μετά από τροχαίο ατύχημα, που εμφανίζει όμως κάποιες ιδιαιτερότητες: α) διέφυγε της διάγνωσης κατά την είσοδο και νοσηλεία λόγω του τραυματισμού, β) υπεβλήθη σε ορθοπεδική χειρουργική επέμβαση κατά τη διάρκεια της πρώτης νοσηλείας, γ) η ρήξη ήταν «συνδυαστική» αφού, εκτός από τη θέση του ισθμού υπήρχε και δεύτερη στη μεσότητα του αορτικού τόξου, δ) η διάγνωση έγινε 60 ημέρες μετά τον τραυματισμό και ενώ ο ασθενής ήταν εκτός νοσοκομείου, ε) η εγχείρηση απαίτησε συνδυασμένη αντικατάσταση τόξου και αρχής της κατιούσας θωρακικής αορτής. Το αποτέλεσμα ήταν επιτυχές, εκτός από προσωρινή πάρεση του αρ κάτω λαρυγγικού νεύρου. Σε οποιοδήποτε πολυτραυματία με τραύμα «υψηλής ενέργειας» πρέπει να διερευνάται η θωρακική αορτή και να ερωτάται ο Χειρουργός θώρακος.

0010 Ο ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΤΗΣ ΤΩΝ ΚΑΝΑΛΙΩΝ ΚΑΛΙΟΥ ΤΡΙΦΩΣΦΩΡΙΚΗΣ ΑΔΕΝΟΣΙΝΗΣ ΑΡΙΚΑΛΙΜ ΕΛΑΤΤΩΝΕΙ ΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΕΝΑ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Λόζος Β., Τούμπουλης Ι., Αγρογιάννης Γ., Χαμογεωργάκης Θ., Αναγνωστόπουλος Κ., Ρόκκας Χ.

Καρδιοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Σκοπός: Οι ενεργοποιητές των καναλιών καλίου τριφωσφορικής αδενοσίνης (K_{ATP}) έχει βρεθεί ότι συμμετέχουν στην απόκτηση ανοχής στην ισχαιμία σε διάφορους τύπους ιστών. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει την επίδραση ενός τέτοιου ενεργοποιητή των καναλιών K_{ATP} , που ονομάζεται arikalim, στην ισχαιμική βλάβη του νωτιαίου μυελού.

Υλικό-Μέθοδοι: Πενήντα τέσσερα κουνέλια χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, τα οποία τυχαιοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες: στην ομάδα 1 ($n=18$: ομάδα ψευδούς επέμβασης), στην ομάδα 2 ($n=18$: 30 λεπτά αποκλεισμός της κοιλιακής αορτής σε συνθήκες φυσιολογικής θερμοκρασίας σώματος) και στην ομάδα 3 ($n=18$: χορήγηση 100μg/kg arikalim 15 λεπτά πριν από τον αποκλεισμό της κοιλιακής αορτής σε συνθήκες φυσιολογικής θερμοκρασίας σώματος). Η νευρολογική εκτίμηση των πειραματόζων έγινε σύμφωνα με την κλίμακα του Tarlov. Έξι πειραματόζα από κάθε ομάδα θυσιάστηκαν στις 24, 48 και 168 ώρες επαναιμάτωσης μετά από τον αποκλεισμό της κοιλιακής αορτής και την ισχαιμία του νωτιαίου μυελού. Η οσφυϊκή μοίρα του νωτιαίου μυελού αφαιρέθηκε για ιστολογική εξέταση. Ο αριθμός των κινητικών νευρώνων μετρήθηκε και η βαρύτητα των ιστολογικών αλλοιώσεων βαθμολογήθηκε σε κλίμακα από 0-3 (3: φυσιολογικό και 0: οι μεγαλύτερου βαθμού αλλοιώσεις).

Αποτελέσματα: Η ομάδα 3 στην οποία χορηγήθηκε η ουσία arikalim είχε καλύτερη κλινική κατάσταση σύμφωνα με την κλίμακα του Tarlov σε σύγκριση με την ομάδα 2 σε όλες τις χρονικές περιόδους ($P<0.05$). Οι ιστολογικές αλλοιώσεις ήταν σε αντιστοιχία με την κλινική εικόνα και η ομάδα 3 είχε καλύτερη ιστολογική εικόνα στις 168 ώρες σε σχέση με την ομάδα 2 (αριθμός νευρώνων 21.2 ± 4.9 έναντι 8.0 ± 2.7 , $P<0.05$ και ιστολογική κλίμακα 1.67 ± 1.03 έναντι 0.50 ± 0.55 , $P<0.05$). Αν και η ουσία arikalim έδειξε καλύτερη κλινική εικόνα και λιγότερες ιστολογικές αλλοιώσεις μετά από ισχαιμία νωτιαίου μυελού σε συνθήκες φυσιολογικής θερμοκρασίας, τα πειραματόζα της ομάδας 3 είχαν χειρότερη νευρολογική εικόνα σύμφωνα με την κλίμακα του Tarlov, μειωμένο αριθμό κινητικών νευρώνων και περισσότερες ιστολογικές αλλοιώσεις σε σύγκριση με την ομάδα 1 (ομάδα ψευδούς επέμβασης - ομάδα ελέγχου) στις 168 ώρες επαναιμάτωσης ($P<0.05$ για όλες τις συγκρίσεις).

Συμπέρασμα: Η ουσία argikalim ελαττώνει τη βαρύτητα της ισχαιμικής βλάβης του νωτιαίου μυελού μετά από αποκλεισμό της αορτής στο παρόν πειραματικό μοντέλο και ως εκ τούτου η παρούσα μελέτη δικαιολογεί περαιτέρω μελέτες ώστε να διαπιστωθεί η χρησιμότητα της ουσίας argikalim στην κλινική πράξη ως φαρμακευτικού επιβοηθητικού παράγοντα για την αποφυγή νευρολογικών συμβαμάτων από το νωτιαίο μυελό στις μεγάλες επεμβάσεις της θωρακοκοιλιακής αορτής.

0011 J-STICK ΑΟΡΤΟΤΟΜΗ ΓΙΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ: ΜΙΑ ΠΑΛΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗ ΜΕ ΚΑΛΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Λυμπεριάδης Δ., Δρόσος Β., Μπολτσής Π., Μωραϊτίδης Δ., Χαρούλης Ν.,
Τριανταφύλλου Κ.

Α' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

Σκοπός: Η αορτοτομή δίκην J-stick σαν εναλλακτική προσέγγιση για επεμβάσεις αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας (AVR).

Υλικό και Μέθοδοι: Μεταξύ Ιανουαρίου 2009 και Αυγούστου 2012 πραγματοποιήθηκαν 74 επεμβάσεις αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας με την ως άνω τεχνική από ένα χειρουργό του κέντρου μας. Οι επεμβάσεις αφορούσαν:

AVR: 44

AVR + αορτοστεφανιαία παράκαμψη: 20

AVR + αντικατάσταση μιτροειδούς βαλβίδας: 4

AVR + αορτοπλαστική ανιούσης αορτής: 4

AVR + αντικατάσταση μιτροειδούς βαλβίδας + αορτοστεφανιαία παράκαμψη: 1

AVR + αντικατάσταση ανιούσης αορτής + αορτοστεφανιαία παράκαμψη: 1.

Αποτελέσματα: Συνέβησαν τρεις θάνατοι (θνητότητα 4,05%) και δύο παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια (νοσηρότητα 2,7%). Δεν υπήρξε κανένα επεισόδιο σοβαρής μετεγχειρητικής αιμορραγίας ή σοβαρής παραβαλβιδικής διαφυγής. Η συγκεκριμένη τομή δεν αποτέλεσε περιοριστικό παράγοντα στην τοποθέτηση μεγάλου μεγέθους βαλβίδων. Πιο συγκεκριμένα, δεκαεννέα (19) ασθενείς (25,6%) έλαβαν βαλβίδα 19 mm, δύο (2) ασθενείς (2,7%) έλαβαν βαλβίδα διαμέτρου 20 mm, σε τριανταένα (31) ασθενείς (41,8%) τοποθετήθηκε βαλβίδα διαμέτρου 21 mm ενώ σε είκοσι δύο (22) περιστατικά (29,7%) τοποθετήθηκε βαλβίδα 23mm.

Συμπεράσματα: Η αορτοτομή δίκην J-stick, αν και γνωστή σαν τεχνική, δεν είναι τόσο ευρέως διαδεδομένη όσο η εγκάρσια αορτοτομή. Παρόλα αυτά είναι μία εξίσου αποτελεσματική και ασφαλής τεχνική, που ίσως αξίζει περισσότερης προσοχής στο μέλλον.

0012 ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΜΕ ΠΑΛΛΟΥΣΑ ΚΑΡΔΙΑ

Δρόσος Β., Κουερίνης Η., Λυμπεριάδης Δ., Τριανταφύλλου Δ.,
Χαρούλης Ν., Τριανταφύλλου Κ.

Α' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

Σκοπός: Η ενδαρτηρεκτομή των στεφανιαίων αγγείων είναι ένας χειρουργικός χρόνος με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η παρούσα μελέτη βασίζεται στην εμπειρία του κέντρου μας στην ενδαρτηρεκτομή στεφανιαίων αρτηριών με χρήση πάλλουσας καρδιάς, σε ασθενείς με υφολική απόφραξη του αγγείου στόχου και επηρεασμένη συστολική λειτουργία της αριστεράς κοιλίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Από το Δεκέμβριο του 2003 έως τον Οκτώβριο του 2012 πραγματοποιήθηκαν 25 ενδαρτηρεκτομές στεφανιαίων αγγείων κατά τη διάρκεια αορτοστεφανιαίας παράκαμψης με πάλλουσα καρδιά. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 50 έως 80 ετών, το μέσο κλάσμα εξώθησης ήταν $40 \pm 5\%$, ενώ όλα τα περιστατικά είχαν εκδηλώσεις στηθάγχης κατά NYHA III-IV. Το υλικό μας περιλαμβάνει είκοσι (20) ασθενείς με ενδαρτηρεκτομή του προσθίου κατιόντος (LAD), δύο (2) ασθενείς με ενδαρτηρεκτομή της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA), δυο (2) με ενδαρτηρεκτομή μεγάλου διαγωνίου κλάδου (1st DIAG) και έναν (1) ασθενή με ενδαρτηρεκτομή στον πρώτο επιχείλιο (OM 1). Το μήκος του εκμαγείου της αφαιρεθείσας πλάκας κυμαινόταν από 1,7 cm έως 10 cm. Είκοσι (20) ενδαρτηρεκτομές έλαβαν χώρα σε off pump CABG και πέντε (5) κατά τη διάρκεια on pump-beating heart παρακάμψεων. Η μετεγχειρητική αγωγή έως το 2010 περιελάμβανε βαρφαρίνη, ενώ την τελευταία διετία όλοι οι ασθενείς λαμβάνουν ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξε κανένας περιεγχειρητικός θάνατος και δεν παρατηρήθηκε αιμοδυναμική επιβάρυνση που να απαιτούσε μετατροπή της επέμβασης σε πλήρες by pass ή τη χορήγηση καρδιοπληγίας. Η αριστερά έσω μαστική ήταν το μόσχευμα που χρησιμοποιήθηκε σε όλες τις παρακάμψεις του προσθίου κατιόντος, ενώ για τις παρακάμψεις των άλλων στεφανιαίων χρησιμοποιήθηκαν φλεβικά μοσχεύματα μείζονος σαφηνούς φλέβας. Μετά από παρακολούθηση 24 μηνών όλοι οι ασθενείς είχαν ουσιαστική βελτίωση της κλινικής τους εικόνας (στηθάγχη NYHA I-II).

Συμπεράσματα: Η ενδαρτηρεκτομή των στεφανιαίων με τη χρήση πάλλουσας καρδιάς εμφανίζει πολύ καλά αποτελέσματα όταν πραγματοποιείται από έμπειρους χειρουργούς σε ασθενείς με απόλυτη ένδειξη.

0013 ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΘΥΜΕΚΤΟΜΗ. ΟΙ ΟΡΑΤΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ Η ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κουερίνης Η., Κατσαρός Α., Δρόσος Β., Τριανταφύλλου Δ., Κωτσάνη Β., Τριανταφύλλου Κ.

Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη των χειρουργικών επιπλοκών που ελοχεύουν σε ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε καρδιοχειρουργική επέμβαση όταν έχει προηγηθεί θωρακοσκοπική θυμεκτομή.

Υλικό και μέθοδοι: Με βάση προηγούμενη εμπειρία μας που αφορά ένα περιστατικό που πληρούσε τα ανωτέρω κριτήρια (στερνοτομή μετά από θωρακοσκοπική θυμεκτομή) καταγράψαμε τους κινδύνους και τις δυνητικές επιπλοκές και περιγράψαμε μια εναλλακτική θωρακοσκοπική τεχνική.

Θωρακοσκοπική τεχνική: Ο χειρουργός τοποθετείται κεφαλικά του αρρώστου με τον βοηθό του στην αριστερή πλευρά του αρρώστου. Μετά από εγκάρσια τραχηλική τομή γίνεται προσεκτικά η παρασκευή των ιστών κάτω από την στερνική εντομή και η αποκόλληση της ανώνυμου φλέβας σε ικανή έκταση. Εισάγεται θωρακοσκόπιο που λύει τις συμφύσεις του περικαρδίου με την οπίσθια επιφάνεια του στέρνου και διερευνά την ύπαρξη πιθανών ελλειμμάτων του περικαρδίου (π.χ προηγούμενο θύμωμα) που συνεπάγονται την ανάπτυξη συμφύσεων της δεξιάς κοιλίας με το στέρνο. Μετά τη λύση των συμφύσεων και τη δημιουργία ασφαλούς διαύλου κάτω από στέρνο, ακολουθεί στερνοτομή από τη λαβή του στέρνου προς την ξιφοειδή με το συνηθισμένο ή τον παλμικό στερνοτόμο.

Συμπέρασμα: Οι περισσότεροι καρδιοχειρουργοί υποτιμούν τον κίνδυνο της στερνοτομής μετά από θωρακοσκοπική θυμεκτομή και δεν την αντιμετωπίζουν ως πραγματική επανεπέμβαση. Η έλλειψη προηγούμενης στερνοτομής και μοσχευμάτων κάτωθεν του στέρνου συμβάλλουν ουσιαστικά σε αυτό. Στην πραγματικότητα όμως όλα τα ανατομικά μέρη του προσθίου μεσοθωρακίου- η ανώνυμος φλέβα, το περικάρδιο, και η δεξιά κοιλία- διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο αν ο χειρουργός χρησιμοποιήσει για την στερνοτομή το συνηθισμένο στερνοτόμο και όχι τον παλμικό. Η θωρακοσκοπική θυμεκτομή που περιγράψαμε αποτελεί μια νέα προσέγγιση που δύναται να αποβεί ωφέλιμη για το ασθενή.

0014 Η ΛΟΓΙΣΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΛΗΓΙΑΣ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΣΥΜΜΕΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Κουερίνης Η., Μανόπουλος Χ.*, Κατσαρός Α., Δρόσος Β., Παπαδοπούλου Ε., Τριανταφύλλου Κ.

Α΄ Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο *Τμήμα Βιομηχανικής Ρευστών, ΕΜΠ

Σκοπός: Η βέλτιστη προστασία του μυοκαρδίου στις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις αποτελεί ευρύ φάσμα έρευνας. Η παρουσία στεφανιαίας νόσου επηρεάζει σημαντικά την κατανομή της καρδιοπληγίας στη μικροκυκλοφορία και η μελέτη των ρών σε αυτή καθίσταται εξαιρετικά δυσχερής με τις κλασσικές μεθόδους.

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η σύγκριση μέσω λογισμικού μοντέλου προσομοίωσης της αποτελεσματικότητας της ορθόδρομης με την παλίνδρομη καρδιοπληγία σε έδαφος συνυπάρχουσας στεφανιαίας νόσου.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκε ένα συμμετρικό τριχοειδικό μοντέλο με πλήρη απόφραξη του προσθίου κατιόντα και παράλληλη άρδευση συγκεκριμένου τμήματος μυοκαρδίου από παράπλευρο κλάδο προερχόμενο από επιχείλιο και για διαφορετικές τιμές στένωσής του. Εξετάσαμε και συγκρίναμε τις ροές σε διάφορα τμήματα του τριχοειδικού δικτύου κατά τη χορήγηση ορθόδρομης και παλίνδρομης καρδιοπληγίας. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήσαμε ήταν το netohomnic. for.

Αποτελέσματα: Μετρήθηκαν σημαντικές ποσοτικές διαφορές στα περισσότερα τμήματα του τριχοειδικού μοντέλου, οι οποίες συνάγουν με μειωμένη επίδραση και προστασία της παλίνδρομης καρδιοπληγίας όταν συγκρίνεται με την ορθόδρομη.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση παλίνδρομης καρδιοπληγίας σε αορτοστεφανιαίες παρακάμψεις δε φαίνεται να εμφανίζει επιπρόσθετα οφέλη για τον ασθενή συγκρινόμενη ορθόδρομη χορήγηση της.

0015 ΑΝΩΜΑΛΕΣ ΕΚΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ. ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥΣ

Κουερίνης Η., Δρόσος Β., Χατζηστεργίου Κ., Τζούνου Κ., Τριανταφύλλου Δ., Τριανταφύλλου Κ.

Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η παθοφυσιολογική ταξινόμηση των ανώμαλων εκβολών των στεφανιαίων αρτηριών (CAF: coronary artery fistulae). Μέχρι σήμερα είναι γνωστή μόνο η ανατομική τους ταξινόμηση, χωρίς να έχει ποτέ προταθεί κάποια παθοφυσιολογική.

Υλικό και μέθοδος: Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση των πέντε τελευταίων ετών και αναζητήθηκαν μελέτες που αφορούσαν τη συγκεκριμένη παθολογία. Συγκρίναμε τα δεδομένα αυτά και καταλήξαμε στην ανάπτυξη της ταξινόμησής μας. Εργαλεία αναζήτησης: PubMed, Google, λέξεις κλειδιά: CAF, coronary artery fistula.

Αποτελέσματα: Η μελέτη μας κατεδείξε την παθοφυσιολογική ταξινόμηση των CAF στις ακόλουθες κατηγορίες:

Τύπος Α: Εξωμυοκαρδιακές CAF **Τύπος Α1:** CAF με εκβολή στην άνω κοίλη φλέβα (ΑΚΦ) και στον φλεβώδη κόλπο (ΦΚ) **Τύπος Α2:** εκβολή στην Πνευμονική αρτηρία. **Shunt:** Έντονο συνεχές left to right (L→R) shunt. **Κλινική εικόνα:** ΔΚΑ, υπερφότωση όγκου ΔΕ κοιλίας, αύξηση του μεταφορτίου στην πνευμονική αρτηρία. **Αυτόματη ίαση:** Εξαιρετικά απίθανη

Τύπος Β: Ενδοκολπική απορροή. **Τύπος Β1:** Απορροή στον ΔΕ κόλπο, (L→R) shunt **Τύπος Β2:** Απορροή στον ΑΡ κόλπο, Υπερφότωση της ΑΡ κυκλοφορίας. **Κλινική εικόνα:** Υψηλή πιθανότητα για ΚΑ αλλά σχετικά μικρότερη για ισχαιμία. **Αυτόματη ίαση:** Δεν έχει περιγραφεί παρά τον μεγάλο αριθμό σχετικών ανακοινώσεων.

Type C : Ενδοκοιλακή απορροή. **Τύπος C1:** Απορροή στη ΔΕ κοιλία, περιορισμένο (L→R) shunt λόγω συμπίεσης. **Αυτόματη ίαση:** 100% στα παιδιά, ενήλικες ποικίλλει. **Τύπος C2:** Απορροή στην ΑΡ κοιλία, ελάχιστη υπερφόρτωση της ΑΚ λόγω συμπίεσης της. **Κλινική εικόνα:** Χαμηλή πιθανότητα για ισχαιμία και ΚΑ. **Αυτόματη ίαση:** Δεν μπορεί να εκτιμηθεί λόγω του πολύ μικρού αριθμού των ανακοινώσεων (Αυτόματο κλείσιμο στα πρώιμα στάδια πριν καν διαγνωστεί;)

Συμπεράσματα: Η παθοφυσιολογική ταξινόμηση των ανώμαλων εκβολών των στεφανιαίων αρτηριών είναι σε θέση να μας δώσει χρήσιμες πολλές χρήσιμες κλινικές πληροφορίες για έναν ασθενή, βοηθώντας στην καλύτερη θεραπευτική του αντιμετώπιση.

0016 ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΣΤΙΑΖΟΥΜΕ ΣΤΗΝ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ;

Διπλάρης Κ., Σίλελη Μ., Αντωνίου Κ., Μπαντούρ Α., Μαδέσης Α., Δρόσος Γ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

Σκοπός: Η αιτιολογική συσχέτιση της καρωτιδικής νόσου και του περιεγχειρητικού αγγειακού εγκεφαλικού δεν έχει αποδειχθεί. Παρουσιάζεται σειρά καρδιοχειρουργικών ασθενών που δεν υποβλήθηκαν σε σύγχρονη ή διαβαθμισμένη επέμβαση επαναγγείωσης των καρωτίδων.

Υλικό - Μέθοδοι: 997 ασθενείς με εκλεκτική επέμβαση και χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας από Ιανουάριο 2009 έως Σεπτέμβριο 2012. Όλοι οι ασθενείς ελέγχθηκαν με Doppler υπερηχογράφημα καρωτίδων. Στους ασυμπτωματικούς ασθενείς με σημαντικές στενώσεις δεν έγινε επέμβαση επαναγγείωσης καρωτίδων. Διεχειρητικά η μέση πίεση διατηρούνταν στα 70mmHg ή και περισσότερο σε εγκεφαλική οξυμετρία μικρότερη του 25% της αρχικής. Η εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού καταγράφηκε προοπτικά σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων.

Αποτελέσματα: Στον πίνακα φαίνονται δημογραφικά στοιχεία, το είδος των επεμβάσεων καθώς και η έκβαση των ασθενών αυτής της σειράς.

10 εγκεφαλικά επεισόδια συνέβησαν, όλα ισχαιμικά. 7 διαγνώστηκαν μετά την απόσυρση των καταστολών και 3 τις επόμενες μετεγχειρητικές ημέρες. 5 από τα πρώιμα εμφανίστηκαν σε ασθενείς με επεμβάσεις αορτής ή αορτικής βαλβίδας, 1 σε αφαίρεση θρόμβου αριστερού κόλπου και 1 σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Στους ασθενείς με απώτερη εμφάνιση προηγήθηκε ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής. 1 ασθενής (1,5%) με καρωτιδική νόσο υπέστη αγγειακό εγκεφαλικό στην αντίθετη της βλάβης πλευρά. 2 ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό κατέληξαν (20%).

Συμπεράσματα: Ασυμπτωματικοί ασθενείς με καρωτιδική νόσο μπορούν με ασφάλεια να υποβληθούν σε επεμβάσεις με εξωσωματική κυκλοφορία χωρίς επαναγγείωση των καρωτίδων. Οι στρατηγικές πρόληψης οφείλουν να εστιάσουν στην αθηρωματική αορτή και τη μετεγχειρητική εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής.

Προφορικές Ανακοινώσεις

	N= 997
Ηλικία	65,1 ± 10.2
Θήλυ	213 (21,4%)
Ιστορικό εγκεφαλικού	80 (8%)
Στενώσεις καρωτίδων	67 (6.7%)
Αμφοτερόπλευρες στενώσεις καρωτίδων	23 (2,3%)
EuroSCORE	6.75 ± 8.3
Αορτοστεφανιαία παράκαμψη	742 (74.4%)
Αορτοστεφανιαία παράκαμψη + βαλβίδα	44 (4.41%)
Επεμβάσεις βαλβίδων	106 (10,6%)
Αορτικές επεμβάσεις	73 (7.32%)
Άλλο	32 (3.2%)
Χρόνος εξωσωματικής (min)	93.6 ± 40.2
Χρόνος Cross clamp (min)	67,4 ± 29.8
Θάνατος	38 (3.81%)

0017 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΑΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΝΑΝΤΙ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ ΣΕ ΠΑΛΛΟΥΣΑ ΚΑΡΔΙΑ

Σακελλαρίδης Τ.^{1,2}, Κοντοδημόπουλος Ν.², Κολοκοτρώνη Μ.¹, Κοκοτσάκης Ι.¹, Αργυρίου Μ.¹, Χαρίτος Χ.¹

¹Β' Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ο Ευαγγελισμός, ²Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Σκοπός: Στόχος της μελέτης αποτελεί η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από στεφανιαία νόσο και έχουν υποβληθεί σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη και η σύγκριση των δύο μεθόδων με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της αντίδρασης του πάσχοντα στην πάθησή του και την καταγραφή της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Μέθοδος - Υλικό: Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια Γενική Εκτίμησης της Υγείας SF-36, SF-6D, EQ-5D & 15D, το εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο Coronary Revascularization Outcome Questionnaire (CROQ) σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών έγινε σε δύο χρονικές στιγμές, η πρώτη προ της επέμβασης και η δεύτερη τρεις μήνες μετά την παρέμβαση.

Αποτελέσματα: Το σύνολο των ασθενών που μελετήθηκαν ήταν 179 ασθενείς. Εξ αυτών, 108 ασθενείς (60,34%) υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη με τη χρήση της εξωσωματικής κυκλοφορίας (CABG), ενώ οι υπόλοιποι 71 ασθενείς (39,66%) υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη με πάλλουσα καρδιά (OPCAB). Κατά την ανάλυση του SF-36, SF-6D, 15D, EQ-5D & CROQ δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις μεταβλητές των παραπάνω δεικτών χρησιμότητας ούτε προεγχειρητικά ούτε μετεγχειρητικά ανάμεσα στις ομάδες OPCAB και CABG. Όμως καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά για όλους τους δείκτες των δεικτών χρησιμότητας και για τις δύο ομάδες (OPCAB & CABG).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν σαφή βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών και των δύο ομάδων, που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, σε σύγκριση με αυτή που είχαν προ της παρέμβασης. Όμως δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας που υποβλήθηκε σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη με τη χρήση εξωσωματικής μηχανής και της ομάδας που υποβλήθηκε σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη με πάλλουσα καρδιά, γεγονός που συνάδει με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Αυτό που κατέστη σαφές είναι ότι ο δείκτης χρησιμότητας SF-6D παρουσιάζει μεγάλη συσχέτιση με το CROQ και προτείνεται η χρήση του σε στεφανιαίους ασθενείς έναντι των άλλων δεικτών χρησιμότητας.

0018 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΑΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ

Σακελλαρίδης Τ.^{1,2}, Κοντοδημόπουλος Ν.², Πάτρης Β.¹, Κοκοτσάκης Ι.¹, Αργυρίου Μ.¹, Χαρίτος Χ.¹

¹Β΄ Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ο Ευαγγελισμός, ²Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Σκοπός: Στόχος της μελέτης αποτελεί η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από στεφανιαία νόσο και έχουν υποβληθεί σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της αντίδρασης του πάσχοντα στην πάθησή του και την καταγραφή της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Μέθοδος - Υλικό: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Β΄ Καρδιοχειρουργική Κλινική του Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός» και ολοκληρώθηκε σε διάστημα οκτώ μηνών, από το Σεπτέμβριο του 2011 έως τον Απρίλιο του 2012. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια Γενική Εκτίμησης της Υγείας SF-36, SF-6D, EQ-5D & 15D, το εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο Coronary Revascularization Outcome Questionnaire (CROQ), τα εργαλεία αξιολόγησης της επικινδυνότητας των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων Euroscore I & II, καθώς και πληροφορίες για τα σωματομετρικά στοιχεία τους, συνήθειές τους (κάπνισμα), ύπαρξη άλλων παθήσεων και στοιχεία για την καρδιακή τους λειτουργία (κλάσμα εξωθήσεως). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών έγινε σε δύο χρονικές στιγμές, η πρώτη προ της επέμβασης και η δεύτερη τρεις μήνες μετά την παρέμβαση.

Αποτελέσματα: Συνολικά μελετήθηκαν 179 ασθενείς. Εξ αυτών, 108 ασθενείς (60,34%) υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη με τη χρήση της εξωσωματικής κυκλοφορίας και χορήγηση καρδιοπληγίας (CABG), ενώ οι υπόλοιποι 71 ασθενείς (39,66%) υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη με πάλλουσα καρδιά (OPCAB). Κατά την ανάλυση του SF-36, SF-6D, 15D, EQ-5D & CROQ καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά για όλους τους δείκτες των δεικτών χρησιμότητας.

Συμπεράσματα: Παρατηρείται σαφής βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών, που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, σε σύγκριση με αυτή που είχαν προ της παρέμβασης.

0019 ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΠΤΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΑ - ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗ (ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΠΙΜΥΣΣ)

Μαδέσης Α., Μάνθου Μ., Κουτσογιαννίδης Χ., Ανανιάδου Ο.,
Εμμανουήλ-Νικολούση Ε., Παπακωσταντίνου Χ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου, Εργαστήριο Ιστολογίας - Εμβρυολογίας, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Η καρδιά αποτελεί ένα υποχρεωτικά αερόβιο όργανο με υψηλές απαιτήσεις, όσον αφορά στα επίπεδα ενέργειας που απαιτεί. Η διακοπή της ροής του αίματος που χαρακτηρίζεται ως «ισχαιμία» και η ακόλουθη επαναιμάτωση της καρδιάς, δημιουργούν πολύ σημαντικές βλάβες που οδηγούν τα κύτταρα της καρδιάς σε αποπτωτικό ή νεκρωτικό θάνατο. Οι πιο διαδεδομένες στρατηγικές που εφαρμόζονται κλινικά στα χειρουργεία, για την αναστολή των βλαβών ή τον περιορισμό του μεγέθους, περιλαμβάνουν το preconditioning και το postconditioning που αντιστοιχούν σε σύντομους κύκλους ισχαιμίας πριν την καθολική ισχαιμία και πριν την επαναιμάτωση αντίστοιχα.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν 4 ομάδες προς ανάλυση που περιλάμβαναν α) την ομάδα μάρτυρα (Α), β) την ομάδα (Β) που υποβλήθηκε σε ισχαιμία για 20 λεπτά και ακόλουθη επαναιμάτωση για 2 ώρες γ) την ομάδα (Γ) που υποβλήθηκε σε ισχαιμία και επαναιμάτωση με preconditioning και δ) την ομάδα (Δ) που υποβλήθηκε σε ισχαιμία επαναιμάτωση και postconditioning. Στα συγκεκριμένα δείγματα διενεργήθηκαν πειράματα χρώσης αιματοξυλίνης-ηωσίνης και έπειτα από μικροσκοπική παθολογοανατομική εξέταση ανιχνεύτηκαν νεκρωτικά κύτταρα, επιπλέον, τα πειράματα TUNEL οδήγησαν στην ανίχνευση της απόπτωσης. Ταυτόχρονα πραγματοποιήθηκαν πειράματα ανοσοιστοχημικής χρώσης για τον εντοπισμό κυττάρων που εκφράζουν την Bcl-2 και την p53 πρωτεΐνη.

Αποτελέσματα: Από τη συγκριτική μελέτη των μέσων τιμών των ομάδων προέκυψαν οι εξής στατιστικά σημαντικές διαφορές: Στην ομάδα ελέγχου δεν παρατηρήθηκαν νεκρωτικά και αποπτωτικά κύτταρα και δεν ανιχνεύθηκαν κύτταρα με έκφραση της Bcl2. Στην ομάδα Β (ισχαιμία-επαναιμάτωση) το ποσοστό των νεκρωτικών και αποπτωτικών κυττάρων ήταν σχεδόν μεγαλύτερο κατά 50% σε σύγκριση με την ομάδα Γ η οποία υποβλήθηκε σε ισχαιμική προετοιμασία πριν την καθολική ισχαιμία (preconditioning) καθώς και με την ομάδα Δ η οποία υποβλήθηκε σε ισχαιμική προετοιμασία μετά την καθολική ισχαιμία (postconditioning).

Συμπεράσματα: Η ισχαιμική προετοιμασία του μυοκαρδίου preconditioning και postconditioning προστατεύουν το μυοκάρδιο από τη νέκρωση και την απόπτωση με κοινούς μηχανισμούς δράσης.

0020 Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΟΞΥΜΕΤΡΙΑΣ ΤΟΥ ΣΦΑΓΙΤΙΔΙΚΟΥ ΒΟΛΒΟΥ ΠΑΡΑΛΛΗΛΑ ΜΕ ΤΗΝ ΦΑΣΜΑΤΟΣΚΟΠΙΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

Ανανιάδου Ο., Κουτσογιαννίδης Χ., Αμπατζίδου Φ., Μιχαήλ Ν., Αστέρη Θ., Δρόσος Γ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Β' Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

Σκοπός: Ο εγκέφαλος προσλαμβάνει το 15% της καρδιακής παροχής και καταναλώνει το 15-20% του συνολικού οξυγόνου που καταναλώνεται από τον οργανισμό. Η μέτρηση του κορεσμού του αίματος στον σφαγιτιδικό βολβό (SjVO2) θεωρείται αξιόπιστη παράμετρος της σφαιρικής οξυγόνωσης και των μεταβολικών απαιτήσεων του εγκεφάλου και έχει χρησιμοποιηθεί ως έμμεσος δείκτης προσφοράς -κατανάλωσης οξυγόνου στον εγκέφαλο. Η φασματοσκοπία πλησίον του υπέρυθρου τμήματος του φάσματος με την συσκευή παρακολούθησης Somanetics INVOS καθιστά εφικτή την εκτίμηση του περιοχικού κορεσμού της αιμοσφαιρίνης (rSO2) στον φλοιό του εγκεφάλου. Σκοπός της μελέτης είναι η έγκαιρη ανίχνευση της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας ή και ισχαιμίας διεγχειρητικά σε επεμβάσεις στην ανιούσα αορτή και τόσο με την χρήση αορτικού και ανώνυμου cannulation.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη μας έχουν εισαχθεί συνολικά δεκαπέντε περιστατικά αντικατάστασης αορτής και αορτικής βαλβίδας (10 επεμβάσεις BENTALL, 3 αντικαταστάσεις ανιούσης αορτής με ευθύ και δύο συνδυασμένη αντικατάσταση αορτής με ευθύ μόσχευμα και αορτικής βαλβίδας ή αορτοστεφανιαία παράκαμψη) με δύο διαφορετικές τεχνικές perfusion (cannulation ανωνύμου αρτηρίας με παρεμβολή μοσχεύματος και αορτικό). Στα περιστατικά τοποθετήθηκε INVOS και έγινε ανάστροφος καθετηριασμός της σφαγίτιδας και τοποθέτηση καθετήρα στον σφαγιτιδικό βολβό. Σε δέκα διαφορετικές χρονικές στιγμές της επέμβασης έγινε καταγραφή των παραμέτρων (SjVO2, IJP, rSO2, MAP, Hb, Temp, flow) και επιπλέον λήψη αερίων αρτηριακού αίματος.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές κατά την καταγραφή του SjVO2 και του rSO2 άμφω σε καμιά χρονική στιγμή και με τους δύο τύπους cannulation.

Συμπεράσματα: Μελετώντας τις μεταβολές των παραμέτρων στις διάφορες χρονικές στιγμές ανάλογα με την φάση της επέμβασης, συμπεραίνουμε ότι οι παραπάνω δείκτες εγκεφαλικής οξυμετρίας έχουν παρόμοια ευαισθησία στην ανίχνευση συνθηκών εγκεφαλικής ισχαιμίας κατά την φάση αποκλεισμού της αορτής ή των κεφαλικών αγγείων και κατά την επαναθέρμανση του ασθενούς. Από τα πρώτα αποτελέσματα της μελέτης μας καταφαίνεται ότι το cannulation ανωνύμου με την χρήση της μέτρησης υποθερμίας αποτελεί μία εξίσου ασφαλή τεχνική perfusion όσο αφορά την εγκεφαλική αιμάτωση.

0021 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΟ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

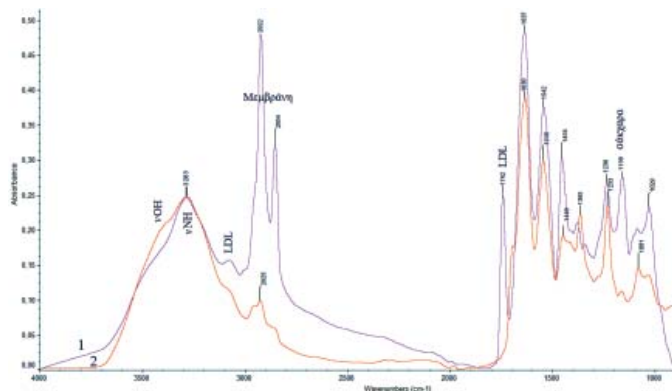
Κουτουλάκης Ε.¹, Μαμαρέλης Ι.², Δρίτσα Β.³, Πισσαρίδη Α.³, Κωτούλας Χ.⁴, Αναστασοπούλου Ι.³

¹Καρδιολογική Κλινική, ΝΙΜΤΣ, Αθήνα, ²Καρδιολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Ακτινοχημεία-Βιοφασματοσκοπία, Σχολή Χημικών Μηχανικών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα, ⁴Καρδιοχειρουργική Κλινική ΙΑΣΩ GENERAL, Αθήνα

Εισαγωγή: Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η υπέρυθη φασματοσκοπία, ως μη καταστρεπτική και ευαίσθητη μέθοδος, δίνει σημαντικές πληροφορίες για τις μεταβολές των βιολογικών μορίων και του περιβάλλοντός τους σε μοριακό επίπεδο. Μεταβολές στις εντάσεις και μετατοπίσεις των χαρακτηριστικών ταινιών προς άλλες συχνότητες δείχνουν την επίδραση του σακχαρώδη διαβήτη.

Μέθοδος: Η υπέρυθη φασματοσκοπία μετασχηματισμού Fourier (Fourier Transform Infrared, FT-IR) και το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σάρωσης (SEM-EDAX) χρησιμοποιήθηκαν για την μελέτη των επιδράσεων της γλυκόζης ορού του αίματος και της HbA1c στην μοριακή δομή των μεμβρανών του δεξιού ωτίου σε 120 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη.

Αποτελέσματα: Τα FT-IR φάσματα ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και με ομαλά επίπεδα σακχάρου στον ορό του αίματος δείχνουν σημαντικές μεταβολές. Αύξηση της έντασης των ταινιών στην περιοχή $3000-2800\text{cm}^{-1}$ συνεπάγεται ότι η ασθένεια καταστρέφει την μοριακή δομή της μεμβράνης των κυττάρων και ιδιαίτερα του κολλαγόνου.



Σχήμα. FT-IR φάσματα ωτίου δεξιού κόλπου ασθενών που υποβλήθηκαν σε επαναιμάτωση του μυοκαρδίου. (1) Ασθενής με ήπιας μορφής σακχαρώδη διαβήτη και (2) ασθενής με φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης ορού του αίμα-

τος και HbA1c. Η εμφάνιση της ταινίας που αποδίδεται στην LDL χοληστερίνη δείχνει ότι η ασθένεια εκφράζεται αρχικά με υπεροξειδωση των λιπιδίων, ενώ η ταινία που αποδίδεται στη γλυκόζη απουσιάζει από τον ασθενή με φυσιολογικά όρια. Τέλος στην περιοχή $1100-900\text{ cm}^{-1}$ συμπεραίνεται ότι η ασθένεια επηρεάζει τα φωσφολιπίδια με μείωση των ανθρακικών αλυσίδων.

Συμπεράσματα: Από τα FT-IR φάσματα φαίνεται ότι οι μεταβολές στο ωτίο του δεξιού κόλπου οφείλονται στην υπεροξειδωση των συστατικών των μεμβρανών των κυττάρων από τις ελεύθερες ρίζες που παράγονται κατά τον μεταβολισμό. Η μέθοδος είναι αρκετά ευαίσθητη και καταγράφει σημαντικές μεταβολές μεταξύ των ασθενών.

0022 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΜΟΝΙΜΩΝ ΔΙΑΦΛΕΒΙΩΝ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΩΝ

Κόλλιας Β., Αγγουράς Δ., Κωστούλας Ν., Τούμπουλης Ι., Λόζος Β., Ρόκκας Χ.

Πανεπιστημιακή Καρδιοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικών

Σκοπός: Η εκτίμηση των κλινικών, ηχωκαρδιογραφικών και λοιμωξιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών με ενδοκαρδίτιδα μόνιμων διαφλέβιων βηματοδοτών (ΜΔΒ), το είδος της χειρουργικής αντιμετώπισης και η τελική τους έκβαση.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι ασθενείς με ενδοκαρδίτιδα ΜΔΒ που αντιμετώπιστηκαν χειρουργικά στην Κλινική μας την παρελθούσα δετία.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 8 διαδοχικοί ασθενείς (7 άντρες), μέσης ηλικίας 69 ± 13 ετών. Το μέσο χρονικό διάστημα από την εμφύτευση του βηματοδότη έως την εκδήλωση της λοίμωξης ήταν $1,8 \pm 0,8$ έτη. Ο σταφυλόκοκκος (επιδερμικός και χρυσίζων) ήταν το συχνότερο παθογόνο βακτήριο. Το διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα σε 3 ασθενείς δεν ήταν διαγνωστικό, σε αντίθεση με το διοισοφάγειο, που ανέδειξε σε όλους τους ασθενείς την ύπαρξη ευμεγέθων εκβλαστήσεων στα βηματοδοτικά καλώδια. Σε 3 ασθενείς προηγήθηκε ανεπιτυχής προσπάθεια διαδερμικής αφαίρεσης των καλωδίων. Σε 4 ασθενείς υπήρχαν περισσότερα από 2 βηματοδοτικά καλώδια. Προεχειρητική ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή χορηγήθηκε σε όλους τους ασθενείς για διάστημα 12 ± 6 ημερών με στόχο την απυρεξία και την αρνητικοποίηση των αιμοκαλλιεργείων. Οι 7/8 ασθενείς οδηγήθηκαν τελικώς στο χειρουργείο με ενεργό ή υποτροπιάζουσα λοίμωξη. Σε 7/8 ασθενείς έγινε χειρουργική αφαίρεση των καλωδίων και της γεννήτριας του βηματοδότη υπό εξωσωματική κυκλοφορία, ενώ σε μια περίπτωση 2^{ης} επανεγχείρησης τα καλώδια αφαιρέθηκαν διαδερμικά εντός του χειρουργείου. Σε 2 ασθενείς απαιτήθηκε βαλβιδοπλαστική τριγλώχινας λόγω ενδοκαρδίτιδας και σε άλλους 2 παράκαμψη στεφανιαίων. Σε 4/8 ασθενείς τοποθετήθηκε διεγχειρητικά μόνιμος επικαρδιακός βηματοδότης και σε 3/8 διαφλέβιος βηματοδότης μετά από πάροδο 3-4 εβδομάδων. Ένας ασθενής δεν χρειάστηκε νέο βηματοδότη. Η θνητότητα ήταν μηδενική, όπως και οι υποτροπές. Η νοσηρότητα περιέλαβε 1 όψιμο επιπωματισμό και παροδική νεφρική δυσλειτουργία σε 4 περιπτώσεις. Η συνολική και μετεγχειρητική μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 44 ± 24 και 32 ± 18 ημέρες, αντιστοίχως.

Συμπεράσματα: Η ενδοκαρδίτιδα των μόνιμων διαφλέβιων βηματοδοτών είναι σχετικά ασυνήθης αλλά δυνητικά θανατηφόρος επιπλοκή. Η χειρουργική αφαίρεση του συνόλου των εμφυτευμένων ξένων σωμάτων αποτελεί τη θεραπεία εκλογής και κρίνεται εξαιρετικά ασφαλής και αποτελεσματική.

0023 ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΛΟΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΙΟΥΣΑΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Κόλλιας Β., Λόζος Β., Αγγουράς Δ., Βαλιζόγλου Β., Τούμπουλης Ι., Ρόκκας Χ.

Πανεπιστημιακή Καρδιοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικών

Σκοπός: Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας των υβριδικών και ενδοαυλικών τεχνικών στην αντιμετώπιση των παθήσεων του αορτικού τόξου (ΑΤ) και της κατιούσας θωρακικής αορτής (ΚΘΑ), σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με παθολογία στο ΑΤ και την ΚΘΑ, που είχαν αντένδειξη κλασσικής χειρουργικής αντιμετώπισης και στους οποίους εφαρμόστηκαν υβριδικές ή ενδοαυλικές τεχνικές κατά την παρελθούσα 2ετία. Δεν συμπεριελήφθησαν ασθενείς με κλασσικό διαχωρισμό ή παθολογία στην ανιούσα αορτή ή άλλη καρδιακή πάθηση, που να απαιτεί τη χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 9 ασθενείς, ηλικίας $70,7 \pm 13$ ετών, με logistic Euroscore $19,9 \pm 6,9$ και την ακόλουθη παθολογία: ανεύρυσμα τόξου±ΚΘΑ (4 ασθενείς-ομάδα Α), διατιτραίνον αθηρωματικό έλκος - ψευδοανεύρυσμα ΚΘΑ (3 ασθενείς-ομάδα Β), ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα εγγύς ΚΘΑ (2 ασθενείς - ομάδα Γ). Στους ασθενείς της ομάδας Α εφαρμόστηκε υβριδική αποκατάσταση με αποκλάδωση (debranching) του αορτικού τόξου, επαναιμάτωση της ανωνύμου και αριστερής καρωτιδίας αρτηρίας με διχλωτό μόσχευμα από την ανιούσα αορτή και ακολούθως τοποθέτηση 3-4 εν σειρά ενδοαυλικών μοσχευμάτων (stented grafts) από τη μηριαία αρτηρία στη ζώνη 0 (μεσότητα ανιούσας αορτής). Σε 3/4 ασθενείς πραγματοποιήθηκε επιπλέον αριστερή καρωτιδο-υποκλείδια παράκαμψη. Οι επεμβάσεις αυτές πραγματοποιήθηκαν σε ένα χρόνο, χωρίς τη χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας. Οι ασθενείς της ομάδας Β και Γ αντιμετωπίστηκαν αποκλειστικώς ενδαγγειακά, με τοποθέτηση 1-3 ενδοαυλικών μοσχευμάτων. Σε 4/5 ασθενείς αποκλείστηκε η αριστερή υποκλείδια αρτηρία (ζώνη 2) και σε έναν από αυτούς απαιτήθηκε, σε δεύτερο χρόνο, καρωτιδο-υποκλείδια παράκαμψη. Μία ασθενής της ομάδας Α κατέληξε μετεγχειρητικά λόγω συνδρόμου χαμηλής καρδιακής παροχής και άλλη μία εμφάνισε ενδοδιαφυγή τύπου Ι που προοδευτικά βελτιώθηκε. Στην ομάδα Β μια ασθενής εμφάνισε τάξης V (κατά ESC) τοπικό διαχωρισμό της ανιούσας αορτής, που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά.

Συμπέρασμα: Οι υβριδικές και ενδαγγειακές τεχνικές μπορούν να συμβάλουν επιτυχώς στην αντιμετώπιση των ασθενών υψηλού χειρουργικού κινδύνου με σύμπλοκες παθήσεις του αορτικού τόξου και της κατιούσας θωρακικής αορτής.

0024 ΠΛΗΡΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗ ΣΕ OPCABG ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΔΥΟ ΕΣΩ ΜΑΣΤΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ 10ΕΤΗ ΜΕΛΕΤΗ

Πράπας Σ., Παναγιωτακόπουλος Β., Παναγιωτόπουλος Ι., Λιναρδάκης Ι., Κωτσής Β., Πρωτόγερος Δ., Μιχαλόπουλος Α.

Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα

Σκοπός: Η καταγραφή και παρουσίαση της εμπειρία μας στην πλήρη αρτηριακή επαναιμάτωση της στεφανιαίας νόσου με την αποκλειστική χρήση δύο έσω μαστικών αρτηριών σε πάλλουσα καρδιά, χωρίς την χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας.

Μέθοδος: Από τον Φεβρουάριο 2001 μέχρι τον Σεπτέμβριο 2011, 1077 ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη αρτηριακή επαναιμάτωση OPCABG με την αποκλειστική χρήση δύο έσω μαστικών αρτηριών. Εφαρμόστηκε non-touch aorta τεχνική. Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το “π- graft”, το “γ- graft” και το “λ-graft”.

Αποτελέσματα: Το 84,5% ήταν άρρενες, μ.ο. ηλικίας 66ετών, διαβητικοί 72(6,7%), 260(24%) ασθενείς με επηρεασμένο EF(<45%), 73(7,2%) με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία 19(1,8%) εξ' αυτών υπό αιμοκάθαρση. Ο μ.ο. περιφερικών αρτηριακών αναστομώνσεων ήταν 2,8/ασθενή και 569 είχαν εν σειρά (sequential) αναστομώσεις με μ.ο.1,35/ασθενή. Διεγχειρητική ή μετεγχειρητική αρρυθμία παρατηρήθηκε σε 206 ασθενείς(19,1%). Ενδοαορτική αντλία (IABP) χρησιμοποιήθηκε σε 19 ασθενείς προεγχειρητικά (3 εξ αυτών και μετεγχειρητικά) και μετεγχειρητικά σε 14(1,3%). Επείγουσα επανεπέμβαση πραγματοποιήθηκε σε 17(1,6%) ασθενείς, 14(1,3%) για αιμορραγία και 3(<0,3%) για αιμοδυναμική αστάθεια, 16 (1,5%) παρέμειναν υπό μηχανικό αερισμό >48ώρες. Μετεγχειρητικές επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε 5(<0,5%) με ΑΕΕ, 8 (0,7%) χρειάστηκαν ψυχιατρική βοήθεια. Η θνητότητα 30 ημερών κυμάνθηκε στο 2,3% (25pts) και η ενδονοσοκομειακή <1% (7 ασθενείς).

Συμπέρασμα: Ο συνδυασμός της πλήρους αρτηριακής επαναιμάτωσης σε πάλλουσα καρδιά χωρίς την χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας αποτελεί μέθοδο με άριστα αποτελέσματα σε έμπειρα χειρουργικά χέρια.

0025 ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΙΟΥ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΜΕ ΦΑΣΜΑΤΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ

Κουτουλάκης Ε.¹, Μαμαρέλης Ι.², Κωτούλας Χ.³, Πισσαρίδη Α.⁴, Δρίτσα Β.⁴, Αναστασοπούλου Ι.⁴

¹Καρδιολογική Κλινική, ΝΙΜΤΣ, Αθήνα, ²Καρδιολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Καρδιοχειρουργική Κλινική ΙΑΣΩ GENERAL, Αθήνα, ⁴Ακτινοχημεία - Βιοφασματοσκοπία, Σχολή Χημικών Μηχανικών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα

Σκοπός: Η στένωση της αορτικής βαλβίδας αποτελεί τη συχνότερη αιτία που οδηγεί στην αντικατάσταση της καρδιακής βαλβίδας. Η υπέρυθρη φασματοσκοπία είναι εύκολη και ευαίσθητη μέθοδος, που δίνει σημαντικές πληροφορίες σε μοριακό επίπεδο για τις μεταβολές των πολυσύνθετων βιολογικών συστημάτων με βάση την ασθένεια.

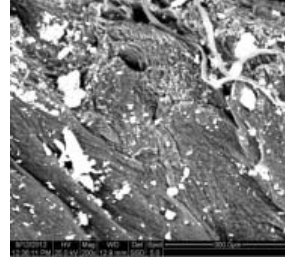
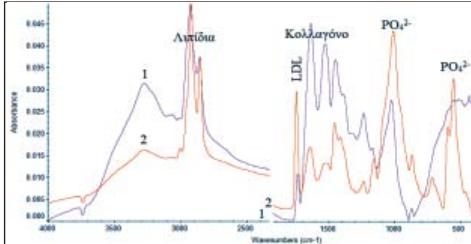
Υλικό-Μέθοδος: Η υπέρυθρη φασματοσκοπία μετασχηματισμού Fourier (Fourier Transform Infrared, FT-IR) σε συνδυασμό με ανάλυση με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σάρωσης (SEM-EDAX) και περίθλασης ακτίνων Χ (XRD) χρησιμοποιήθηκε για την μελέτη του μηχανισμού ενασβεσίωσης σε 20 δείγματα αορτικών βαλβίδων ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αλλαγή αορτικής βαλβίδας, λόγω στένωσής της και σε υγιή δείγματα αορτικών βαλβίδων, ληφθέντα από νεκροτομίες.

Αποτελέσματα: Τα *ex vivo* ATR-FT-IR φάσματα βιοψιών αορτικών βαλβίδων σε όλη την περιοχή του φάσματος από 4000-400 cm^{-1} έδειξαν έντονες βλάβες στις κολλαγονούχες πρωτεΐνες της αορτικής βαλβίδας. Από τις ταινίες του φάσματος στα 1200-900 cm^{-1} συμπεραίνεται ο σχηματισμός βιολογικού υδροξυαπατίτη $[\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2]$ μικρής κρυσταλλικότητας καθώς και άλατα CaHPO_4 , $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$ και CaCO_3^{2-} . Η επιβεβαίωση έγινε με SEM-EDAX (Scanning Electron Microscope, Energy Dispersive Analysis X-ray) και XRD (X Ray Diffraction) ανάλυση. Η SEM-EDAX έδειξε ότι όσο μειώνεται ο λόγος ασβεστίου προς φωσφόρο (Ca/P) τόσο αυξάνει η συγκέντρωση των ιόντων μαγνησίου (Mg) και μειώνεται η κρυσταλλικότητα του υδροξυαπατίτη, παρεμποδίζοντας την αύξηση της στένωσης. Η παρουσία στο φάσμα των δονήσεων διθειολών (-S-S) δείχνει την επικράτηση οξειδωτικού στρες και προ-φλεγμονώδους κατάστασης στην ανάπτυξη της ασθένειας.

Συμπεράσματα: Οι χαρακτηριστικές ταινίες του FT-IR φάσματος αορτικής βαλβίδας δείχνουν μεταβολές που αποδίδονται σε υπεροξειδώσεις και προφλεγμονώδεις καταστάσεις των μεμβρανών από τις ελεύθερες ρίζες (ROS). Σχηματίζονται άλατα ασβεστίου, και βιολογικός υδροξυαπατίτης χαμηλής κρυσταλλικότητας. Η αντικατάσταση ασβεστίου από μαγνήσιο παρεμποδίζει

Προφορικές Ανακοινώσεις

την ανάπτυξη της στένωσης των αορτικών βαλβίδων. Επομένως, χορήγηση αλάτων μαγνησίου μπορεί να μειώσει την επασβέστωση των αορτικών βαλβίδων.



FT-IR φάσμα αορτικής βαλβίδας.

1: Περιοχή Μεμβράνης,
2: Αθηρωματικής πλάκας.
Τονίζονται οι ταινίες του
υδροξυαπατίτη

SEM απεικόνιση της αρχιτεκτονικής
της αορτικής βαλβίδας.

Διακρίνονται σχηματισμοί
υδροξυαπατίτη και καταστροφή
των πρωτεϊνών

0026 Η ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ (MECC) ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΗΝ ΤΑΧΕΙΑ ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΛΕΚΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ. ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Αστερίου Χ., Αντωνίτσας Π., Αργυριάδου Ε., Κωνσταντίνου Δ., Δελιόπουλος Α., Αναστασιάδης Κ.

Α' Κλινική Θώρακος-Καρδιάς και Μεγ. Αγγείων Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Η ελάχιστη επεμβατική εξωσωματική κυκλοφορία (MECC) σχετίζεται με καλύτερα βραχυχρόνια αποτελέσματα σε σύγκριση με τη συμβατική εξωσωματική κυκλοφορία. Σκοπός της προοπτικής αυτής μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της δυνατότητας των συστημάτων MECC να διευκολύνουν την ταχύτερη ανάρρωση (fast-track recovery) των ασθενών μετά από επεμβάσεις αορτοστεφανιαίας παράκαμψης σε σχέση με τη συμβατική εξωσωματική κυκλοφορία.

Ασθενείς και Μέθοδος: Τυχαιοποιήθηκαν 120 ασθενείς σε δύο ομάδες (60 ασθενείς σε κάθε ομάδα). Η ομάδα Α περιλάμβανε ασθενείς που χειρουργήθηκαν με τη χρήση MECC, ενώ στην ομάδα Β χρησιμοποιήθηκε η συμβατική εξωσωματική κυκλοφορία. Το πρωτόκολλο ταχείας ανάρρωσης ακολούθησε την παρακάτω στρατηγική: α) προσεκτική προεγχειρητική επιλογή των ασθενών, β) αναισθησία βασισμένη σε ελάχιστη χορήγηση οπιοειδών με μακρά δράση, γ) επέμβαση σε νορμοθερμία, δ) πρώιμη αποσωλήνωση (εντός του πρώτου μετεγχειρητικού 6ώρου) στην Καρδιοχειρουργική Μονάδα Ανάνηψης και ε) μετακίνηση των ασθενών στο τμήμα νοσηλείας εντός του πρώτου μετεγχειρητικού 24ώρου.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν με χρήση συστημάτων MECC παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ταχείας ανάρρωσης (25% έναντι 6,7%, $p=0,006$). Παράλληλα, η χρήση κυκλώματος MECC αποδείχτηκε ισχυρός ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας επιτυχημένης ταχείας ανάρρωσης (OR: 3,8, $p=0,011$). Η διάρκεια του μηχανικού αερισμού, η παραμονή στην Καρδιοχειρουργική Μονάδα Ανάνηψης καθώς και η μετεγχειρητική νοσηρότητα βρέθηκαν σημαντικά μειωμένες στους ασθενείς που χειρουργήθηκαν με τη βοήθεια των συστημάτων MECC.

Συμπεράσματα: Η χρησιμοποίηση κυκλώματος MECC προάγει την επιτυχημένη ταχεία ανάρρωση των ασθενών μετά από εκλεκτικές επεμβάσεις αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Η επίδραση αυτή μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στη μείωση του κόστους νοσηλείας των ασθενών.

0027 Η ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ (MECC) ΕΛΑΤΤΩΝΕΙ ΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ

Αστερίου Χ., Αντωνίτσης Π., Κωνσταντίνου Δ., Δελιόπουλος Α., Τόσσιος Π., Αναστασιάδης Κ.

Α' Κλινική Θώρακος-Καρδιάς και Μεγ. Αγγείων Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Τα ευεργετικά αποτελέσματα της ελάχιστα επεμβατικής εξωσωματικής κυκλοφορίας (MECC) όσον αφορά στην άμεση μετεγχειρητική νοσηρότητα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επαναιμάτωση του μυοκαρδίου είναι τεκμηριωμένα. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην αξιολόγηση της επίδρασης των συστημάτων MECC σε σύγκριση με τη συμβατική εξωσωματική κυκλοφορία, στη συχνότητα εμφάνισης των μετεγχειρητικών μειζόνων ανεπιθύμητων συμβαμάτων σε ασθενείς υψηλού εγχειρητικού κινδύνου που υποβάλλονται σε εκλεκτική επεμβάση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης.

Ασθενείς και Μέθοδος: Τυχαιοποιήθηκαν 200 ασθενείς σε δύο ομάδες: Στην ομάδα Α συμπεριλήφθησαν 100 ασθενείς που χειρουργήθηκαν με τη βοήθεια των MECC συστημάτων, ενώ η ομάδα Β περιλάμβανε 100 ασθενείς στους οποίους χρησιμοποιήθηκε η συμβατική εξωσωματική κυκλοφορία. Πρωτεύων στόχος αποτέλεσε η μελέτη της επίπτωσης των μετεγχειρητικών μειζόνων ανεπιθύμητων συμβαμάτων (έμφραγμα μυοκαρδίου, νεφρική ανεπάρκεια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, θάνατος) συγκριτικά στις δύο ομάδες, και ιδιαίτερα μεταξύ των ασθενών υψηλού χειρουργικού κινδύνου (ηλικία >65 ετών, κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας ≤40%, EuroSCORE II >5%).

Αποτελέσματα: Η επίπτωση του εμφράγματος μυοκαρδίου και της νεφρικής ανεπάρκειας βρέθηκε στατιστικά σημαντικά μειωμένη στην ομάδα των ασθενών που χειρουργήθηκαν με χρήση MECC. Επιπλέον, η ηλικία ≤ 65 έτη, το EuroSCORE II ≤5% καθώς και η χρήση κυκλώματος MECC ασκούν στατιστικά σημαντική προστατευτική επίδραση στην εμφάνιση των ανεπιθύμητων συμβαμάτων. Η χρήση του κυκλώματος MECC αποτελεί τον μοναδικό ισχυρό ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα ελαττωμένης πιθανότητας εμφάνισης των ανεπιθύμητων συμβαμάτων (OR: 0,23, p=0,004). Παραιτέρω ανάλυση κατέδειξε ότι η χρήση των συστημάτων MECC ελαττώνει σε σημαντικό βαθμό την πιθανότητα εμφάνισης μειζόνων ανεπιθύμητων συμβαμάτων στους ασθενείς υψηλού εγχειρητικού κινδύνου.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει ότι η χρήση των συστημάτων MECC σχετίζεται με μειωμένη επίπτωση εμφάνισης μετεγχειρητικών μειζόνων ανεπιθύμητων συμβαμάτων μετά από επεμβάσεις αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, ενώ παράλληλα ασκεί προστατευτική επίδραση σε ασθενείς υψηλού εγχειρητικού κινδύνου. Αποτελούν, επομένως, μέθοδο εκλογής στην υποομάδα αυτή των ασθενών.

0028 ΡΗΞΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ. ΕΝΑΣ ΕΦΙΑΛΤΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟ

Γραϊδης Χ., Δημητριάδης Δ., Ψήφος Β., Καρασαββίδης Β., Δημητριάδης Γ., Τσώνης Γ., Χαλβατζούλης Ο.

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Καρδιοχειρουργική Κλινική, Κυανούς Σταυρός- Euromedica, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ρήξη της στεφανιαίας αρτηρίας αποτελεί μία από τις πιο σοβαρές και δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές κατά την διενέργεια της αγγειοπλαστικής. Η επίπτωσή της είναι από 0,1% έως και 3,0% .

Περιγραφή Περιστατικού: Ασθενής, γυναίκα 75 ετών, υποβλήθηκε σε στεφανιογραφία λόγω ασταθούς στηθάγχης. Ο καθετηριασμός ανέδειξε κριτική βλάβη εγγύς και στην μεσότητα του προσθίου κατιόντος κλάδου. Αντιμετώπιστηκε με αγγειοπλαστική και απευθείας προώθηση και έκπτυξη ενδοστεφανιαίων προθέσεων με αλληλοεπικάλυψη. Λόγω μη ικανοποιητικής έκπτυξης της περιφερικότερα τοθετηθείσας ενδοστεφανιαίας πρόθεσης, πραγματοποιήθηκε μεταδιάταση εντός αυτής, με το μπαλόνι της πρόθεσης. Αμέσως μετά, συνέβη ρήξη του προσθίου κατιόντα στο σημείο της περιφερικής πρόθεσης, με διαφυγή σκιαστικού στο περικάρδιο. Στο σημείο της ρήξης προωθήθηκαν και εκπτύχθηκαν επικαλυμμένες με ειδικό υλικό προθέσεις (PTFE) που έκλεισαν εντελώς την ρήξη. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο 4 μέρες μετά, χωρίς περικαρδιακή συλλογή και σε άριστη κλινική κατάσταση.

Συμπέρασμα: Η ρήξη των στεφανιαίων αγγείων είναι μια πολύ σοβαρή και επικίνδυνη για την ζωή του ασθενούς επιπλοκή, που μπορεί όμως να αντιμετωπιστεί επιτυχώς από τον επεμβατικό καρδιολόγο.

0029 Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΩΜΑΛΗΣ ΕΚΦΥΣΗΣ ΜΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΝΤΙΘΕΤΟ ΚΟΛΠΟ ΤΟΥ VALSAVA, ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ, ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΟΡΕΙΟ ΕΛΛΑΔΑ

Γραϊδης Χ., Δημητριάδης Δ., Ψήφος Β., Καρασαββίδης Β., Δημητριάδης Γ., Τσώνης Γ., Χαλβατζούλης Ο.

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Καρδιοχειρουργική Κλινική, Κυανούς Σταυρός-
Euromedica, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ανώμαλη έκφυση στεφανιαίας αρτηρίας από τον αντίθετο κόλπο του Valsava, αφορά περίπου το 0,2%-2,0% του πληθυσμού. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν έχει κλινική, αιμοδυναμική ή προγνωστική σημασία, πλην περιπτώσεων όπου το ανώμαλο αγγείο πορεύεται ανάμεσα σε μεγάλα αγγεία, οπότε και μπορεί να προκληθεί ισχαιμία ή αιφνίδιος θάνατος.

Σκοπός: Η καταγραφή της επίπτωσης της ανώμαλης έκφυσης του στεφανιαίου αγγείου από τον αντίθετο κόλπο του Valsava, σε συμπτωματικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήσαμε αναδρομικά 2572 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία από τον Ιανουάριο του 2008 έως τον Μάρτιο του 2012. Οι τομές λήφθηκαν με έγχυση σκιαστικού και ανακατασκευάστηκαν σε συγχρονισμό με το ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Αποτελέσματα: 0,78% των ασθενών διαγνώστηκαν με ανώμαλη έκφυση από τον αντίθετο κόλπο του Valsava, από τους οποίους το 90% ήταν άντρες. Στο 0,35% των περιπτώσεων, η δεξιά στεφανιαία αρτηρία εκφύονταν από τον αριστερό κόλπο του Valsava, με ξεχωριστό στόμιο από το στέλεχος. Σε 6 ασθενείς (0,23%), η περισπώμενη αρτηρία εκφύονταν από το δεξιό κόλπο του Valsava και πορεύονταν όπισθεν της αορτής. Μονήρης στεφανιαία αρτηρία βρέθηκε σε 3 ασθενείς (0,12%). Σε δύο ασθενείς, το ανώμαλο αγγείο πορεύονταν μεταξύ της πνευμονικής αρτηρίας και της αορτής. Σε δύο ασθενείς (0,08%), το αριστερό στεφανιαίο σύστημα εκφύονταν από το δεξιό κόλπο του Valsava, με ξεχωριστό στόμιο. Σε έναν ασθενή όλο το στεφανιαίο σύστημα εκφύονταν από τον δεξιό κόλπο του Valsava με τρία ξεχωριστά στόμια. Σε έναν ασθενή, το στέλεχος εκφύονταν από το δεξιό κόλπο του Valsava, με πορεία όπισθεν της αορτής.

Συμπέρασμα: Η χρήση της αξονικής στεφανιογραφίας είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος για την ανίχνευση των ανωμαλιών των στεφανιαίων καθώς και την πορεία των ανώμαλων αγγείων, έτσι ώστε να αξιολογηθεί η κλινική τους σημασία.

0030 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΣΕ ΑΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Γραϊδης Χ., Δημητριάδης Δ., Ψήφος Β., Καρασαββίδης Β., Δημητριάδης Γ., Τσώνης Γ., Χαλβατζούλης Ο.

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Καρδιοχειρουργική Κλινική, Κυανούς Σταυρός - Euromedica, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η σοβαρή νόσος του στελέχους έχει την χειρότερη πρόγνωση από όλες τις βλάβες των στεφανιαίων αγγείων. Η αορτοστεφανιαία παράκαμψη θεωρούνταν η θεραπεία εκλογής. Με την εισαγωγή των επικαλυμμένων ενδοστεφανιαίων προθέσεων στην κλινική πράξη, ο κίνδυνος επαναστένωσης μειώθηκε σημαντικά. Ως εκ τούτου, η αγγειοπλαστική έχει σήμερα τη θέση της στην θεραπεία της νόσου του απροστάτευτου στελέχους.

Σκοπός: Η ανάλυση των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων μετά από αγγειοπλαστική σε απροστάτευτο στέλεχος.

Υλικό και Μέθοδοι: 52 ασθενείς με νόσου του στελέχους υπεβλήθησαν σε αγγειοπλαστική από τον Ιανουάριο του 2007 έως και τον Φεβρουάριο του 2011. Ως μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα ορίστηκαν ο θάνατος, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και η ανάγκη για επαναγγείωση του αγγείου στόχου.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $64,4 \pm 13,5$ έτη. Διαβητικοί ήταν το 19,2% ενώ το 23,1% είχαν κλάσμα εξώθησης μικρότερο του 40% (EF<40%). 5,8% είχαν έμφραγμα με ανάσπαση του ST, ενώ το 9,6% ήταν σε καρδιογενή καταπληξία.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η βλάβη του στελέχους ήταν στο δικασμό του (69,2%). Το μέσο SYNTAX score ήταν $24,8 \pm 10,6$. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν νόσο ενός αγγείου (55,8%).

Η επιτυχία ήταν 100%. Ο αριθμός των βλαβών που αντιμετωπίστηκαν ανά ασθενή ήταν 83. Ο μέσος αριθμός των προθέσεων ανά ασθενή ήταν $2,26 \pm 1,38$ και το μέσο μήκος τους ήταν $43,74 \pm 30,85$ mm. Στους περισσότερους ασθενείς η νόσος του στελέχους αντιμετωπίστηκε με μία πρόθεση.

Δεν καταγράφηκε κανένας θάνατος σε μια περίοδο παρακολούθησης $28,17 \pm 18,46$ μηνών. Ανάγκη για επαναγγείωση του στελέχους είχαν 4 ασθενείς. Τα συνολικά μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα ήταν 9,6%.

Συμπέρασμα: Η αντιμετώπιση της νόσου του στελέχους με την αγγειοπλαστική είναι μια δυνατή και αποδεκτή μέθοδος με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

- 0031 ΜΠΟΡΕΙ Η ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΝΑ ΑΝΑΙΡΕΣΕΙ ΤΟΥΣ ΦΥΣΙΚΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ;
Ή ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΙΑ ΑΡΜΟΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ
ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ
ΒΑΛΒΙΔΑΣ;

Σιβιτανίδης Ε., Αμπαζίδης Ε., Γραμμένος Α., Καρκάνης Γ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

Σε συνολικά 50 ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν για αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (στένωση - ανεπάρκεια) με επιφάνεια σώματος άνω των 1.7 m² και μετρηθείσα διάμετρο αορτικού δακτυλίου κάτω από 21 mm διενεργήθηκε βαλβιδοπλαστική κατά Nicks με τη χρήση Dacron patch επιτυγχάνοντας με τον τρόπο αυτό την τοποθέτηση μοσχευμάτων (μηχανικές - βιολογικές βαλβίδες) άνω των 23 mm.

Τόσο η διεγχειρητική εξέλιξη όσο και η μετεγχειρητική πορεία των χειρουργηθέντων χαρακτηρίστηκε από έλλειψη επιπλοκών, περιορισμένη παραμονή στη ΜΕΘ, ελάχιστη χρήση ινοτρόπων και καλή κλινική εικόνα.

Στο διοισοφάγειο υπερηχογράφημα διεγχειρητικά και στο διαθωρακικό μετεγχειρητικά μετρήθηκαν χαμηλές κλίσεις πιέσεως.

Η ως άνω αναφερόμενη θέση μπόρεσε να τεκμηριωθεί σε αντικειμενική βάση με χρήση εξισώσεων (νόμοι ρευστομηχανικής), οι οποίες αναφέρονται αναλυτικά στον κορμό της εργασίας.

0032 Η ΘΡΟΜΒΙΝΗ ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Μητσός Σ.¹, Κωλέτσης Ε.¹, Κατσάνος Κ.², Μπράβου Β.³, Φλωρδέλλης Χ.⁴, Μελαχροινού Μ.⁵, Σιαμπλης Δ.², Δουγένης Δ.¹

¹Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, ²Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, ³Εργαστήριο Ανατομίας, ⁴Εργαστήριο Φαρμακολογίας, ⁵Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας Πανεπιστήμιο Πατρών

Σκοπός: Η θρομβίνη διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην επαγωγή της αγγειογένεσης με έμμεση ρύθμιση και οργάνωση ενός δικτύου αγγειογενετικών μορίων. Μελετήθηκε η δυνατότητα της θρομβίνης να προάγει την αγγειογένεση σε πειραματικό μοντέλο χρόνιας ισχαιμίας μυοκαρδίου σε κονίκλους.

Υλικό - Μέθοδοι: Ένα πειραματικό μοντέλο χρόνιας ισχαιμίας μυοκαρδίου σε κονίκλους προκλήθηκε με ενδαγγειακή τοποθέτηση μεταλλικού ελάσματος (coil) στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο μέσω διωττιαίας ενδαρτηριακής προσπέλασης και μη χειρουργικό υπερεκλεκτικό καθετηριασμό των στεφανιαίων αγγείων. Την 14^η μετεμφραγματική ημέρα τα πειραματόζωα διαχωρίστηκαν σε δυο ομάδες και χορηγήθηκε ενδοπερικαρδιακά είτε θρομβίνη (2,500IU) (ομάδα Α, n=8) ή αντίστοιχος όγκος φυσιολογικού ορού (Ομάδα Β, n=8). Τη 42^η μετεμφραγματική ημέρα διενεργήθηκε ευθανασία των πειραματόζωων και ιστοπαθολογική ανάλυση, ανοσοϊστοχημική χρώση για τον ενδοθηλιακό δείκτη CD31 και ηλεκτρονική μικροσκοπία των καρδιακών παρασκευασμάτων πραγματοποιήθηκαν. Ηλεκτροκαρδιογράφημα, προσδιορισμός καρδιακών ενζύμων και εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας με μέτρηση της τελοδιαστολικής πίεσης της αριστερής κοιλίας (LVEDP) καταγράφηκαν πριν και μετά την ισχαιμία του μυοκαρδίου και την ημέρα της ευθανασίας.

Αποτελέσματα: Αύξηση τιμών τροπονίνης, ανάσπαση του ST μετά από τον αποκλεισμό του στεφανιαίου αγγείου και ιστολογική επιβεβαίωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου παρατηρήθηκαν σε όλα τα πειραματόζωα. Στα πειραματόζωα που έλαβαν θρομβίνη σημειώθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της πυκνότητας των αγγείων στην μεταβατική ζώνη, όπως εκτιμήθηκε με ανοσοϊστοχημεία με CD31, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (41.5 ± 40.9 vs 12.9 ± 5.6 , $p=0.036$). Στην ομάδα χορήγησης θρομβίνης επίσης καταγράφηκε στατιστικά σημαντική μείωση των τιμών της LVEDP την ημέρα της ευθανασίας συγκρινόμενη με την τιμή την 14^η μετεμφραγματική ημέρα (7.2 ± 1.7 mmHg vs 12.9 ± 2.3 mmHg, $p=0.012$), αντανakλώντας σημαντική βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, που δεν παρουσίασε σημαντική αλλαγή.

Συμπεράσματα: Η ενδοπερικαρδιακή χορήγηση θρομβίνης φαίνεται να συμβάλλει στην αγγειογένεση και να βελτιώνει την καρδιακή λειτουργία σε χρόνια ισχαιμία του μυοκαρδίου, αποτελώντας μια πιθανή νέα θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με ισχαιμικό μυοκάρδιο.

0033 ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΡΑΦΗΣ

Πράπας Σ., Παναγιωτόπουλος Ι., Πρωτόγερος Δ., Λιναρδάκης Ι., Τσιορβά Α., Στρατήγη Π.

Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν

Στόχος: Ο σκοπός της μελέτης είναι να περιγραφεί η εμπειρία μας από τη χρήση της τεχνικής της συνεχούς ραφής καθήλωσης στην αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας και να εκτιμηθούν τα όποια πλεονεκτήματά της.

Μέθοδος: Από τον Φεβρουάριο του 2001 ως τον Οκτώβριο του 2011, ένα σύνολο 443 ασθενών υποβλήθηκαν σε αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας. Ήταν αμιγής σε 217 ασθενείς (ομάδα Α), συνδυασμένη με στεφανιαία παράκαμψη σε 137 ασθενείς (ομάδα Β) και ταυτόχρονη με άλλη επέμβαση καρδιάς σε 89 περιπτώσεις (ομάδα Γ). Σε όλες τις ομάδες χρησιμοποιήθηκε συνεχής ραφή καθήλωσης της βαλβίδας prolene 3-0. Οι περισσότερες των αναστομώνσεων διενεργήθηκαν πριν την είσοδο σε εξωσωματική κυκλοφορία με πάλλουσα την καρδιά (OPCAB). Τοποθετήθηκαν μεταλλικές προθέσεις σε 247 ασθενείς, βιοπροσθετικές σε 188 και αστήρικτες βιολογικές σε 8 ασθενείς. Τα μεγέθη των βαλβίδων κυμάνθηκαν από 19 έως 27. Η τοποθετούμενη βαλβίδα είχε την μετρηθείσα διάμετρο του δακτυλίου πλην ελαχίστων περιπτώσεων με εκσεσημασμένη διάταση του αορτικού δακτυλίου.

Αποτελέσματα: Οι χρόνοι εξωσωματικής κυκλοφορίας και σύγκλεισης της αορτής ήταν σχετικά σύντομοι και σχεδόν παρόμοιοι στις ομάδες Α και Β, ενώ σημαντικά αυξημένοι στην ομάδα Γ. Δεν διαπιστώθηκαν παραβαλβιδικές διαφυγές στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Δεν χρειάστηκε ποτέ διεύρυνση του δακτυλίου. Η θνητότητα των 30 ημερών ήταν 3,5% στην ομάδα Α, 4,3% στην ομάδα Β και 3,3% στην ομάδα Γ. Δεν υπήρξαν θάνατοι σχετιζόμενοι με την τεχνική. Κατά την μακροπρόθεσμη παρακολούθηση των ασθενών, 2 ασθενείς της ομάδας Α και ένας της ομάδας Β παρουσίασαν παραβαλβιδική διαφυγή και χρειάστηκαν επανεγχείρηση με καλή έκβαση. Το αίτιο ήταν η ρήξη του ιστού του αορτικού δακτυλίου. Και στις 3 περιπτώσεις, η προεγχειρητική παθολογία ήταν η ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας με συνύπαρξη ευμεγέθους δακτυλίου.

Συμπεράσματα: Η τεχνική της συνεχούς ραφής φαίνεται να είναι ασφαλής και χρήσιμη. Είναι απλή, γρήγορη και αποτελεσματική. Συνδιαζόμενη, σε συνυπάρχουσα στεφανιαία νόσο, με OPCAB ελαττώνει τον εγχειρητικό κίνδυνο. Έχει το πλεονέκτημα της αποφυγής τεχνικών διεύρυνσης του δακτυλίου. Ωστόσο, πρέπει να αποφεύγεται σε περιπτώσεις διατεταμένου αορτικού δακτυλίου.

0034 ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΚΕΛΕΤΙΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΣΩ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕ «ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ» ΥΠΕΡΗΧΩΝ

Μπάκας Α., Βησούλη Αικ., Τσουρέλης Λ., Αρίκας Σ., Χατζηνικολάου Ε., Τσακιρίδης Κ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η χρήση της αριστερής έσω θωρακικής αρτηρίας (μαστικής) ως μόσχευμα για την παράκαμψη του προσθίου κατιόντος αποτελεί εδραιωμένο κανόνα και ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα επιβίωσης, σχετιζόμενο με την εξαιρετική μακροχρόνια βατότητα αυτής. Οι περισσότερες μελέτες επιβίωσης και μακροχρόνιας βατότητας αφορούν την παλαιότερη και ευρύτερα εφαρμοζόμενη παρασκευή της μαστικής μαζί με τους πέριξ ιστούς. Εναλλακτική τεχνική είναι η σκελετινοποίηση. Παρουσιάζουμε μέθοδο σκελετινοποίησης, που διατηρεί υψηλή ποιότητα μοσχεύματος ελαχιστοποιώντας το χειρουργικό τραύμα.

Υλικό και μέθοδοι: Παρασκευάσαμε περισσότερες από 2500 μαστικές (αμφοτερόπλευρα/ετερόπλευρα) σκελετινοποιημένες με το Ultrasonic Curved-Blade Scalpel (Ethicon), που μετατρέπει υπερηχητικό κύμα σε ταλάντωση υψηλής συχνότητας, παρέχοντας διατομή των ιστών και ταυτόχρονα αιμόσταση, με χαμηλή παραγωγή και διασπορά θερμότητας και απουσία διέλευσης ηλεκτρικού ρεύματος. Η εφαρμοσθείσα τεχνική μπορεί να περιγραφεί ως “fast non touch”, καθώς σε σχέση με την περιγραφείσα (“fast touch”) αφορά μεγαλύτερη απόσταση παρασκευής (>/=2mm vs. 1mm) και εφαρμογή επιπέδου ενέργειας που επιτρέπει γρήγορη διατομή (level 5 vs. 3).

Αποτελέσματα: Δεν προκαλούνται αρρυθμίες ή παρεμβολές σε βηματοδότες, εξασφαλίζεται σύντομος χρόνος παρασκευής (επιτρέποντας εφαρμογή επί αιμοδυναμικής αστάθειας), υψηλή διεγχειρητική ελεύθερη ροή, ικανοποιητικό μήκος για την παράκαμψη της περισπωμένης με *in situ* μοσχεύματα, πρακτικά μηδενική αιμορραγία κλάδων και καλή επούλωση τραυμάτων.

Συμπεράσματα: Έχει εξαιρετική σημασία η διατήρηση της ποιότητας του μοσχεύματος για την εξασφάλιση πρώιμης και μακροχρόνιας βατότητας. Είναι όμως σημαντική η μείωση του τραύματος του θωρακικού τοιχώματος, για την μείωση του κινδύνου επιπλοκών της στερνοτομής, ιδιαίτερα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Η καθιερωμένη τεχνική (pedicled) φαίνεται ότι επί αμφοτερόπλευρης παρασκευής συνδέεται με αυξημένες επιπλοκές της στερνοτομής. Η σκελετινοποίηση με διαθερμία ενδεχομένως συνδέεται με θερμικό τραύμα της αρτηρίας (ιδίως επί εγγύς παρασκευής <5mm). Η περιγραφείσα τεχνική εξασφαλίζει μειωμένο τραύμα θωρακικού τοιχώματος, προφυλάσσοντας την αρτηρία από το θερμικό τραύμα. Φάνηκε ασφαλής σε ότι αφορά την πρώιμη λειτουργία των μοσχευμάτων. Αναμένεται μακροχρόνια ωφέλεια, καθώς δείχθηκε διατήρηση της δομικής ακεραιότητας της αρτηρίας και απουσία ενδοθηλιακής βλάβης.

0035 ΠΛΗΡΩΣ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΛΟΒΕΚΤΟΜΗ: ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

Καραϊσκος Θ., Διπλάρης Κ., Ανανιάδου Ο., Αντωνίου Κ., Αστέρη Θ., Δρόσος Γ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

Εισαγωγή: Τα τελευταία 20 χρόνια μεγάλα κέντρα του εξωτερικού χρησιμοποιούν τη θωρακοσκοπική χειρουργική για πραγματοποίηση ανατομικών λοβεκτομών, στα αρχικά στάδια του καρκίνου του πνεύμονα. Η επιβίωση των ασθενών, είναι συγκρίσιμη της ανοικτής. Η μέθοδος φαίνεται να υπερτερεί της ανοικτής άμεσα μετεγχειρητικά και απώτερα όσο αφορά την ποιότητα της ζωής. Παρά το γεγονός αυτό, η θέση της θωρακοσκοπικής μέθοδου δεν είναι καθορισμένη.

Υλικό και Μέθοδοι: Από το Μάρτιο του 2009 μέχρι και το Σεπτέμβριο του 2012, 15 ασθενείς μας με περιφερικούς όγκους υποβλήθηκαν σε θωρακοσκοπική λοβεκτομή. 11 άνδρες και 4 γυναίκες, με μέση ηλικία 64 έτη (από 46 έως 76 ετών).

Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν στην προκαθορισμένη προεγχειρητική σταδιοποίηση για τον καρκίνο του πνεύμονα. Όλες οι θωρακοσκοπικές λοβεκτομές έγιναν με γενική αναισθησία και διπλού αυλού τραχειοσωλήνα. Μετά την δημιουργία 3-4 πυλών εισόδου ακολούθησε μεμονωμένη παρασκευή και διατομή των αγγείων και του βρόγχου του λοβού που εξαιρέθηκε. Όλες οι λοβεκτομές διενεργήθηκαν χωρίς την χρήση διαστολέα πλευρών, υπό έμμεση όραση μέσου της οθόνης του μόνιτορ, ο λοβός εξαιρέθηκε από το κανάλι εργασίας μήκους 4-6 cm και κατόπιν ακολούθησε λεμφαδενικός καθαρισμός ή δειγματοληψία.

Αποτελέσματα: 15 ασθενείς υποβλήθηκαν σε θωρακοσκοπική λοβεκτομή, 3 δεξιές άνω, 1 μέση, 2 δεξιές κάτω, 5 αριστερές άνω και 4 αριστερές κάτω. Ο χειρουργικός χρόνος ήταν 2.5 - 4 ώρες (μέση τιμή 3 ώρες), χωρίς διεγχειρητική επιπλοκή που να οδηγήσει σε ανοικτή θωρακοτομή. Ο χρόνος μηχανικού αερισμού ήταν 0 - 7 ώρες. Η διάρκεια παραμονής των παροχετεύσεων ήταν 3 - 6 ημέρες (μέσος όρος 4,8 ημέρες). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 15,3 μήνες (6 - 24 μήνες).

Συμπέρασμα: Η θωρακοσκοπική λοβεκτομή είναι εφικτή χειρουργική μέθοδος εκτομής, ελάχιστα επεμβατική που προσφέρει ταχύτερη ανάρρωση έναντι της ανοικτής μεθόδου. Τα ογκολογικά αποτελέσματα της μεθόδου είναι συγκρίσιμα με αυτά της ανοικτής μεθόδου εφόσον διεγχειρητικά διαφυλάσσονται οι ογκολογικές αρχές της καθαρής εκτομής και του λεμφαδενικού καθαρισμού.

0036 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΑΘΙΑΣ ΥΠΟΘΕΡΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΗΣ ΠΑΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ: ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΟΞΥ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΕ ΧΟΙΡΟΥΣ

Ανανιάδου Ο., Κουτσογιαννίδης Χ., Διπλάρης Κ., Αμπατζίδου Φ., Μαδέσης Α., Δρόσος Γ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

Σκοπός: Ο στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσει τους αποπτωτικούς μηχανισμούς της νευρωνικής βλάβης σε διάφορες εγκεφαλικές περιοχές μετά από υποθερμική ολική κυκλοφορική παύση (ΥΟΚΠ) και να συγκρίνει τα αποτελέσματα σε υποθερμία και πολύ βαθιά υποθερμία.

Υλικό και Μέθοδοι: Δεκαέξι χοίροι χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Στην ομάδα Α (n=6) έγινε ΥΟΚΠ στους 18° C για 75 λεπτά, στην ομάδα Β (n=6) στους 10° C και στην ομάδα Γ (n=4) ήταν φυσιολογικά ζώα. Οι υπό μελέτη περιοχές ήταν ο κινητικός και αισθητικός φλοιός, θάλαμος, παρεγκεφαλίδα, προμήκης και ιππόκαμπος. Έγινε χρώση Αιματοξυλίνης-Ηωσίνης για την μορφολογική εκτίμηση της βλάβης και TUNEL για τον κερματισμό του DNA που λαμβάνει χώρα στην απόπτωση. Επίσης, με ανοσοιστοχημικές μεθόδους, μετρήθηκε η έκφραση της αντι-αποπτωτικής πρωτεΐνης bcl-2.

Αποτελέσματα: Όλοι οι εγκεφαλικοί ιστοί παρουσίασαν θετικότητα TUNEL σε διαφορετικό βαθμό, εκτός από την ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα ΥΟΚΠ στους 18° C παρατηρήθηκε αυξημένη TUNEL αντίδραση στον νεοφλοιό και τον ιππόκαμπο σε σύγκριση με τον προμήκη, την παρεγκεφαλίδα και τον θάλαμο, ενώ στους 10° C δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κατά περιοχές νευρωνική ευαισθησία. Όσο αφορά την σύγκριση των δύο ομάδων μεταξύ τους, ο νεοφλοιός και ο ιππόκαμπος παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερα TUNEL σκορ στους 10° C. Στις ίδιες περιοχές παρατηρήθηκε θετική bcl-2 ανοσοαντίδραση, η οποία ήταν σημαντικά αυξημένη στους 10° C συγκριτικά με τους 18° C.

Συμπεράσματα: Η χαμηλότερη θερμοκρασία είναι περισσότερο νευροπροστατευτική γιατί διαπιστώθηκαν λιγότερες ενδείξεις απόπτωσης στις ευπρόσβλητες περιοχές του εγκεφάλου. Αυτό υποδηλώνει ότι η ενεργοποίηση του αποπτωτικού μηχανισμού γίνεται από το αρχικό κιάλας στάδιο.

0037 Η ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΑΝΟΛΑΖΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΟΝ-PUMP ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Ταγαράκης Γ., Σιμόπουλος Β., Αηδονίδης Ι., Λιούρας Β., Μολυβδάς Π.-Α., Τσιλιμίγκας Ν.

Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Αγγείων-Θώρακος, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Εργαστήριο Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Σκοπός: Η διερεύνηση του πιθανού προφυλακτικού ρόλου της ρανολαζίνης έναντι της εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής μετά από αορτοστεφανιαία παρακάμψη υπό εξωσωματική κυκλοφορία (CABG).

Υλικό-Μέθοδοι: Με συγκατάθεση των ασθενών και έγκριση της αρμόδιας επιτροπής ηθικής, εντάξαμε στη μελέτη συνολικά 100 ασθενείς που ήταν προγραμματισμένοι για CABG. Οι 50 εντάχθηκαν στην ομάδα έρευνας λαμβάνοντας ρανολαζίνη από του στόματος σε δόση 375 mg X2, τρεις ημέρες πριν από την επέμβαση, δόση συνεχιζόμενη για 3 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Οι άλλοι 50 ασθενείς εντάχθηκαν στην ομάδα ελέγχου, και δεν τέθηκαν σε αγωγή με ρανολαζίνη. Αποκλείστηκαν της μελέτης όσοι ασθενείς είχαν ιστορικό αρρυθμίας ή ελάμβαναν φάρμακα με κοινή μεταβολική οδό με τη ρανολαζίνη, όπως η διλτιαζέμη, αντιμυκητιασικά και μακρολίδες.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά βασικές παραμέτρους, όπως το φύλο, η ηλικία, η διάρκεια της εγχείρησης και ο χρόνος αποκλεισμού της αορτής.

Οι ασθενείς της ομάδας έρευνας εμφάνισαν σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό ($p < 0.01$) μικρότερο ποσοστό μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής (4/50 ασθενείς- ποσοστό 8%), σε σχέση με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου (17/50 ασθενείς- ποσοστό 34%).

Συμπέρασματα: Η ρανολαζίνη δρα προφυλακτικά έναντι της εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής μετά από CABG.

0038 ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ST ΣΤΟ ΗΚΓ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Δρόσος Β., Κατσαρός Α., Κουερίνης Η., Ψαρρός Θ., Λάλος Σ., Τριανταφύλλου Κ.

Α' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

Σκοπός: Η μελέτη των ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων, και ειδικά της ανάσπασης του ST διαστήματος καθώς και η σημασία αυτής, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβάσεις αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass).

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν συνολικά 42 ασθενείς (35 άνδρες και 7 γυναίκες, μέση ηλικία 66 έτη) που υποβλήθηκαν σε επέμβαση επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου με bypass. Η μελέτη αφορούσε στην ημέρα του χειρουργείου και στην 1^η μετεγχειρητική (μτχ) ημέρα. Από τους ασθενείς αυτούς οι 22 υποβλήθηκαν σε κλασικό bypass, οι 10 σε off pump bypass και οι 10 σε on pump-beating heart bypass. Ως ανάσπαση ST θεωρήθηκε ανύψωση του ST διαστήματος του ΗΚΓ τουλάχιστον κατά 1 mm από την ισοηλεκτρική γραμμή. Μελετήθηκαν επίσης η τιμή της τροπονίνης I την 1^η μτχ ημέρα, η εμφάνιση μετεγχειρητικής περικαρδιακής συλλογής, καθώς και η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών.

Αποτελέσματα: Από την 1^η ομάδα 6 ασθενείς (27,2%) παρουσίασαν ανάσπαση του ST διαστήματος διάχυτου τύπου (δίκηνη περικαρδίτιδας). Από τη 2^η ομάδα 3 ασθενείς (30%) παρουσίασαν διάχυτου τύπου ανάσπαση, ενώ από την 3^η ομάδα 4 ασθενείς (40%) παρουσίασαν διάχυτη ανάσπαση. Η ανάσπαση υφέθηκε προοδευτικά τις επόμενες ημέρες χωρίς κάποια θεραπευτική παρέμβαση. Δεν υπήρξε κανένας θάνατος. Δεν υπήρξε διαφοροποίηση στις μετεγχειρητικές τιμές τροπονίνης I, στην πιθανότητα ανάπτυξης μετεγχειρητικής περικαρδιακής συλλογής, ούτε στη διάρκεια νοσηλείας ανάμεσα στους ασθενείς που εμφάνισαν ανάσπαση ST και σε αυτούς που δεν εμφάνισαν.

Συμπεράσματα: Η μετεγχειρητική διάχυτη ανάσπαση του ST διαστήματος είναι συχνό εύρημα (περίπου 30%) στις επεμβάσεις αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Ωστόσο φαίνεται να μη σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα και δεν πρέπει να αξιολογείται ως εύρημα από μόνη της.

0039 ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΙΝΗΤΟΥ ΘΡΟΜΒΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΟΙΛΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Κουτεντάκης Μ., Σισμανίδης Σ., Αρναούτογλου Ε., Αργύρη Ο., Μακρής Α., Μπέης Ι., Συμινελάκης Σ.

Καρδιοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Η δημιουργία θρόμβου στην αριστερή κοιλία είναι μια γνωστή επιπλοκή του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, που σχετίζεται με ακινησία του τοιχώματος της και ενέχει σοβαρό κίνδυνο εμβολής.

Οι ευμεγέθεις κινητοί θρόμβοι αντιμετωπίζονται χειρουργικά, αλλά υπάρχει έλλειψη συμφωνίας για το ποια είναι η σωστότερη χειρουργική προσπέλαση. Παρουσιάζουμε ασθενή 45 ετών στον οποίο αφαιρέσαμε ευμεγέθη κινητό θρόμβο μεγέθους 4,6cm², από την αριστερή κοιλία με ενδοσκοπική προσπέλαση μέσω της αορτικής βαλβίδας.

Ο ασθενής εισήχθη σε καρδιολογική κλινική με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, το οποίο θρομβολύθηκε επιτυχώς. Η στεφανιογραφία ανέδειξε νόσο 3 αγγείων. Το υπερηχοκαρδιογράφημα, 5 ημέρες αργότερα, ανέδειξε μεγάλο κινητό θρόμβο στην αριστερή κοιλία, η οποία είχε επηρεασμένη συσταλτικότητα (EF= 30%). Μετά από 4 ημέρες χορήγησης κλασικής ηπαρίνης και από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής, η εικόνα του θρόμβου παρέμεινε αμετάβλητη (2x2,5 cm). Λόγω του υψηλού κινδύνου για εμβολικό επεισόδιο, αποφασίσθηκε η χειρουργική αφαίρεση του θρόμβου, και αορτοστεφανιαία παράκαμψη στον ίδιο χρόνο. Η αριστερή κοιλία επελέγη να προσπελασθεί δια αορτοτομής, ενώ στην ανεύρωση και αφαίρεση του θρόμβου απαραίτητη ήταν η βοήθεια εξοπλισμού θωρακοσκοπικών επεμβάσεων (κάμερα, θόνη, ενδοσκοπικές λαβίδες). Η επέμβαση ολοκληρώθηκε με διπλή αορτοστεφανιαία παράκαμψη κατά τη συνήθη πρακτική.

Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτος και ο ασθενής εξήλθε την 7^η μετεγχειρητική ημέρα. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος, τόσο άμεσα μετεγχειρητικά, όσο και 30 ημέρες αργότερα, επιβεβαίωσε την ολική αφαίρεση του θρόμβου, τη βελτίωση της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας (EF= 50%) αλλά και την ακεραιότητα και λειτουργικότητα της αορτικής βαλβίδας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για τη χειρουργική αντιμετώπιση των κινητών θρόμβων της αριστερής κοιλίας. Αυτό οφείλεται αφενός στην έλλειψη μελετών με μεγάλο αριθμό περιστατικών, λόγω της μικρής επίπτωσης αυτής της επιπλοκής και αφετέρου στον αυξημένο χειρουργικό κίνδυνο της κλασικής προσπέλασης στην αριστερή κοιλία με κοιλιοτομή, αν συγκριθεί με τον εμβολικό κίνδυνο από τον οποίο προστατεύει. Η ελάχιστη τραυματική, αλλά αποτελεσματική προσπέλαση δια αορτοτομής, ιδιαίτερα σε ασθενείς που υποβάλλονται ούτως ή άλλως σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, φαίνεται ότι αποτελεί την ιδανική επιλογή ώστε να μηδενισθεί, με σχετική ασφάλεια, η πιθανότητα εμβολικού επεισοδίου.

0040 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΘΡΟΜΒΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 30 ΕΤΩΝ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑΣ

Λυμπεριάδης Δ., Δρόσος Β., Κατσαρός Α., Μπολτσής Π., Χαρούλης Ν., Τριανταφύλλου Κ.

Α' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

Σκοπός: Οι θρόμβοι της αριστερής κοιλίας είναι συνηθισμένο εύρημα σε ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Παρουσιάζουμε μια ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενή με αυτόματη δημιουργία θρόμβου στην αριστερή κοιλία στα πλαίσια θρομβοφιλίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 32 ετών μεταφέρεται στην κλινική μας λόγω ανεύρεσης σε υπερηχογράφημα καρδιάς κινητού, μισχωτού μορφώματος της αριστερής κοιλίας, εξορμώμενου από την κορυφαία μοίρα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (2,2 x 1,8 cm). Η διερεύνηση του ασθενή ξεκίνησε προ 10ημέρου λόγω ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου. Από το ιστορικό αναφέρεται λήψη βαρφαρίνης λόγω αμφοτερόπλευρης εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης, την οποία ο ασθενής υπέστη σε ηλικία 12 ετών κατά τη νοσηλεία του σε παιδιατρικό νοσοκομείο. Ο ασθενής περιγράφει πλημμελή έλεγχο του INR κατά το τελευταίο διάστημα. Τεχνική: Μέση στερνοτομή, διασωλήνωση αορτής και δεξιού κόλπου/κάτω κοίλης φλέβας. Διάνοιξη του αριστερού κόλπου, διέλευση ανατομικής λαβίδας καθώς και λαβίδας Allis δια μέσου των γλωκίνων της μιτροειδούς βαλβίδας. Αναγνώριση μισχωτού μορφώματος, φαιού χρώματος. Σύλληψη αυτού και εκτομή στη ρίζα του με χρήση ψαλιδιού. Έκπλυση της αριστερής κοιλίας. Σύγκλειση της κολποτομής. Ευχερής έξοδος από την εξωσωματική κυκλοφορία.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Ευχερής ανάνηψη και έξοδος από την κλινική την 8^η ημέρα νοσηλείας. Η βιοψία ανέδειξε θρόμβο, εύρημα συμβατό με το ιστορικό του ασθενή.

0041 ΧΥΛΟΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΚΑΡΔΙΑΣ. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ ΣΤΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ)

Κουτσογιαννίδης Χ., Ανανιάδου Ο., Μιχαήλ Ν., Αστέρη Θ., Καραϊσκος Θ., Δρόσος Γ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς 36 ετών, η οποία εμφάνισε κυλοπερικάρδιο άμεσα μετεγχειρητικά μετά από σύγκλιση δευτερογενούς μεσοκοιλιακού ελλείμματος. Η υπόνοια τέθηκε την πρώτη μετεγχειρητική μέρα με την ύπαρξη γαλακτοχρόου υγρού στον θωρακοσωλήνα. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με τη βιοχημική εξέταση του υγρού, όπου η τιμή των τριγλυκεριδίων ανήλθε στο 503mg/Dl. Αποφασίστηκε συντηρητική θεραπεία. Η αντιμετώπιση βασίστηκε στη διακοπή της σίτισης από του στόματος, τη χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής και την παραμονή του θωρακοσωλήνα στην περικαρδιακή κοιλότητα. Την 10^η μετεγχειρητική μέρα και αφού είχε μειωθεί αρκετά η εκροή λέμφου από τον θωρακοσωλήνα και η τιμή των τριγλυκεριδίων (43mg/Dl), αποφασίστηκε η έναρξη άλιπους δίαιτας. Την 14^η μετεγχειρητική μέρα διενεργήθηκε μαγνητική αγγειογραφία του θωρακικού πόρου, η οποία ανέδειξε κάκωσή του στο ύψος της άνω κοίλης φλέβας, χωρίς διαφυγή λέμφου από αυτόν και χωρίς την παρουσία λέμφου στο περικάρδιο. Τα ανωτέρω ευρήματα ενίσχυσαν τη συνέχιση της στρατηγικής της συντηρητικής θεραπείας. Την επομένη ημέρα αφαιρέθηκε ο θωρακοσωλήνας και η ασθενής 3 μήνες μετά παραμένει σε άριστη κατάσταση χωρίς υποτροπή του κυλοπερικαρδίου.

Το κυλοπερικάρδιο αποτελεί εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή μετά από χειρουργείο καρδιάς. Εμφανίζεται σε ποσοστό 0.22% - 0.5% στην παιδοκαρδιοχειρουργική, ενώ δεν έχει υπολογιστεί στους ενήλικες. Καθυστέρηση στη διάγνωση ή λανθασμένη θεραπεία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σοβαρές συνέπειες. Η μαγνητική αγγειογραφία του θωρακικού πόρου αποτελεί μία σημαντική διαγνωστική μέθοδος για τη σωστή διαχείριση και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

0042 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΑΠΟ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟ ΚΥΣΤΗ: ΜΙΑ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ

Κωτούλας Χ., Παναγιώτου Ι., Γεωργίου Σ., Σταμούλης Ε., Σπυριδάκης Ε.

Καρδιοχειρουργική Κλινική και Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΙΑΣΩ GENERAL, Αθήνα

Σκοπός: Παρουσίαση ενός εξαιρετικά σπανίου περιστατικού μαζικής πνευμονικής εμβολής από εχινόκοκκο κύστη.

Υλικό-Μέθοδος: Άνδρας, 54 ετών, μη καπνιστής, νοσηλεύθηκε, στην αλλοδαπή, με δύσπνοια ηρεμίας προοδευτικά επιδεινούμενη, εύκολη κόπωση κι δεκατική πυρετική κίνηση από δεκαπενθημέρου. Το ατομικό του ιστορικό περιλαμβάνει επεμβάσεις για εχινόκοκκικές κύστεις ήπατος - σπληνός προ οκταετίας, ενώ έκτοτε παρέμενε ελεύθερος συμπτωματολογίας. Προ έτους, νοσηλεύτηκε και πάλι λόγω δύσπνοιας όπου μετά από κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διεγνώσθη περιφερική πνευμονική εμβολή άμφω η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με αντιπηκτική αγωγή καθώς και με ανθελμινθικά (αλβενδαζόλη). Κατά την εξέταση, ο ασθενής ήταν ταχυπνοικός, σε φλεβοκομβική ταχυκαρδία και παρουσίαζε υποξαιμία όταν δεν λάμβανε οξυγονοθεραπεία. Το triplex καρδιάς δεν ανέδειξε παθολογία. Από την αξονική τομογραφία θώρακος διεπιστώθη θρόμβος στη δεξιά πνευμονική αρτηρία και κύστεις στο τελικό τμήμα αυτής, ενώ το στέλεχος της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας παρουσίαζε εικόνα μηχανικής απόφραξης από κύστεις. Η αξονική τομογραφία κοιλίας έδειξε την υποψία - όχι βεβαιότητα - ύπαρξης κύστης στην περιοχή του ήπατος.

Αποτελέσματα: Εκτελέσθηκε μέση στερνοτομή και υπό εξωσωματική κυκλοφορία, αναρρόφηση του περιεχομένου των κύστεων της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας και αφαίρεσή τους στο σύνολό τους. Ακολούθησε αφαίρεση πηγμάτων από την δεξιά πνευμονική αρτηρία. Η ιστολογική εξέταση έδειξε εχινόκοκκικές κύστεις. Μετεγχειρητικά ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της οξυγόνωσής του. Επανελέγχος με αξονική τομογραφία έδειξε την πλήρη επαναιμάτωση και την πλήρη αφαίρεση των κύστεων από την αριστερή πνευμονική αρτηρία, όπως και την επαναιμάτωση του δεξιού άνω και μέσου λόβου του πνεύμονα. Εξήλθε σε άριστη κατάσταση με οδηγίες για φαρμακευτική αγωγή, με ασενοκουμαρόλη και επαναλαμβανόμενους κύκλους θεραπείας με αλβενδαζόλη. Προγραμματίστηκε ο επανελέγχός του μετά από 6 μήνες για την πιθανή αντιμετώπιση των κύστεων στο τελικό τμήμα της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία εκλογής της πνευμονικής εμβολής από εχινόκοκκο κύστη παραμένει η χειρουργική. Η φαρμακευτική αγωγή με συνδυασμό ανθελμινθικών και κουμαρινικών, φαίνεται ότι μόνο παρηγορικό ή μετεγχειρητικό ρόλο έχουν.

0043 ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

Σαχπεκίδης Β.¹, Φαρμάκης Δ.¹, Αγατζιώτης Μ.¹, Παπαδοπούλου Φ.²,
Μαρίνος Θ.², Στυλιάδης Ι.¹

¹Β' Καρδιολογική Κλινική, ²Καρδιοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζουμε την περίπτωση άνδρα ασθενή 53 ετών με ελεύθερο ιστορικό που κατά την διάρκεια νοσηλείας για απόστημα μηρού διαπιστώθηκε στο ΗΚΓ πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός. Οι καλλιέργειες τόσο του αποστήματος, όσο και του αίματος ήταν θετικές για χρυσίζοντα σταφυλόκοκο, που σε συνδυασμό με το ΗΚΓ έθεσε την υποψία της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, η οποία και επιβεβαιώθηκε με διοισοφάγιο υπερηχογράφημα (εικόνα αποστήματος στη μεμβρανώδη μοίρα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος με συνοδή μεσοκοιλιακή επικοινωνία στο σημείο αυτό και εκβλαστήσεις στην αορτική και τριγλώχινα βαλβίδα). Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός και τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή με βανκομυκίνη και γενταμυκίνη, με γρήγορη ύφεση του πυρετού.

Μετά μία εβδομάδα αντιβιοτική θεραπεία ο ασθενής οδηγήθηκε στο καρδιοχειρουργικό τραπέζι όπου και επιβεβαιώθηκαν τα υπερηχογραφικά ευρήματα (εικόνα 1: απόστημα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος - λευκά βέλη και εικόνα 2: μεσοκοιλιακή επικοινωνία - λευκά βέλη). Διενέργηθηκε εκτεταμένος καθαρισμός του αποστήματος με συνοδή τοποθέτηση περικαρδιακού εμβλώματος στην περιοχή. Η αορτική βαλβίδα ελέγχθηκε φλεγμονώδης με συνοδή διάτρηση στην μη στεφανιαία πτυχή και αποφασίστηκε η αντικατάστασή της με βιοπροσθετική. Η εκβλάστηση πάνω στην διαφραγματική γλωχίνα της τριγλώχινας αφαιρέθηκε και η βαλβίδα διατηρήθηκε. Τοποθετήθηκε προσωρινός κοιλιακός βηματοδότης λόγω του προϋπάρχοντος πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού. Ο ασθενής εξήλθε εύκολα από την εξωσωματική κυκλοφορία.

Την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα εκδήλωσε συμπτώματα και σημεία σοβαρής ανεπάρκειας της αορτικής βαλβίδας. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε αποκόλληση τμήματος της βαλβίδας με σοβαρή παραβαλβιδική ανεπάρκεια αυτής. Ο ασθενής οδηγήθηκε εκ νέου στο χειρουργείο όπου και έγινε συρραφή της βαλβίδας, ενώ το περικαρδιακό εμβάλωμα ελέγχθηκε καθαρό. Ο ασθενής εξήλθε της εξωσωματικής με ευκολία.

Αποσωληνώθηκε επιτυχώς την επόμενη ημέρα και παρέμεινε άπυρετος και αιμοδυναμικά σταθερός μέχρι την 5^η μετεγχειρητική ημέρα όπου διαπιστώθηκε νέα πυρετική κίνηση σε συνδυασμό με οζίδια του Osler στα άκρα. Ο ασθενής γρήγορα εκδήλωσε σηπτική καταπληξία, ενώ στο υπερηχογράφημα διαπιστώθηκαν εκβλαστήσεις πάνω στην βιοπροσθετική βαλβίδα. Ο ασθενής ήταν εξαιρετικά αιμοδυναμικά ασταθής και αποφασίστηκε να μην

οδηγηθεί για τρίτη φορά στο καρδιοχειρουργικό τραπέζι. Απεβίωσε την 7^η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπέρασμα: Το παραπάνω περιστατικό δείχνει την πολυπλοκότητα των περιστατικών λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, όπου οι αποφάσεις για το πότε πρέπει ο ασθενής να οδηγηθεί στο χειρουργείο δεν είναι πάντα εύκολες. Όσο πιο εκτεταμένη είναι η καρδιακή προσβολή και όσο νωρίτερα διενεργείται η παρέμβαση, όπως στην περίπτωση μας τόσο πιο δύσκολος είναι ο πλήρης χειρουργικός καθαρισμός με συνέπεια αυξημένες πιθανότητες υποτροπής της λοίμωξης.

0044 ΟΙΣΟΦΑΓΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟ-ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ, ΠΡΩΙΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΗΣ ΔΙΑΦΥΓΗΣ

Προκάκης Χ.¹, Κωλέτσος Ε.¹, Μπαλταγιάννης Ν.², Χατζημικαήλης Α.², Δουγένης Δ.¹

¹Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, ²Θωρακοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Μεταξά, Πειραιάς

Σκοπός: Παρά τις σημαντικές εξελίξεις στις χειρουργικές τεχνικές και την περιεγχειρητική αντιμετώπιση, η οισοφαγεκτομή παραμένει επέμβαση υψηλής θνητότητας (3-10%) και νοσηρότητας (40-64%). Η παρούσα μελέτη εστιάζει στις χειρουργικές τεχνικές και στην πρώιμη έκβαση των ασθενών που υπόκεινται σε οισοφαγεκτομή για καρκίνωμα.

Υλικό και μέθοδοι: Από το 1997 έως το 2011 71 ασθενείς, 53 άνδρες/18 γυναίκες με μέση ηλικία τα 63±10 έτη, υποβλήθηκαν σε διαθωρακική οισοφαγεκτομή για καρκίνωμα. Σε όλους τους ασθενείς έγινε λεμφαδενικός καθαρισμός μεσοθωρακίου και άνω κοιλίας. Οι παράμετροι που μελετήθηκαν περιελάμβαναν: χειρουργική προσπέλαση, θνητότητα, νοσηρότητα και αντιμετώπιση αναστομωτικής διαφυγής.

Αποτελέσματα: Η αριστερή θωρακοκοιλιακή προσπέλαση χρησιμοποιήθηκε σε 54 ασθενείς με την οισοφαγογαστρική αναστόμωση να πραγματοποιείται στη θωρακική είσοδο σε 8 περιπτώσεις, ενώ 17 ασθενείς υποβλήθηκαν σε οισοφαγεκτομή κατά Ivor-Lewis. Το ποσοστό R0 εκτομής ήταν 85,9% και ο αριθμός των εξαιρεθέντων λεμφαδένων ήταν 15±3 (11-25); δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των χειρουργικών τεχνικών. Η περιεγχειρητική θνητότητα ήταν 7% (5/71 ασθενείς) με κύρια αιτία θανάτου τη σήψη/πολυοργανική ανεπάρκεια μετά παρατεταμένη νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Συνολικά 26 ασθενείς (36,6%) παρουσίασαν μετεγχειρητικές επιπλοκές: αναστομωτική διαφυγή (9 ασθενείς-12,7%), ισχαιμία στομάχου-διάτρηση (1 ασθενής), κοιλιακή μαρμαρυγή (6 ασθενείς), ατελεκτασία και/ή λοίμωξη αναπνευστικού (8 ασθενείς), διαπύηση τραύματος (2 ασθενείς), πνευμονική εμβολή (2 ασθενείς) και γαστροπάρεση (4 ασθενείς). Πέντε ασθενείς είχαν περισσότερες από μία επιπλοκές. Οι ασθενείς με ενδοθωρακική αναστομωτική διαφυγή αντιμετωπίστηκαν ως εξής: αποκλεισμός ανωτέρου πεπτικού-οισοφαγοστομία-νησιδοστομία (5 ασθενείς), συρραφή της διαφυγής (1 ασθενής), συντηρητική αντιμετώπιση με παραμονή της παροχέτευσης και εντερική τεχνητή διατροφή (1 ασθενής); η θνητότητα ανήλθε στο 57,1% (4/7 ασθενείς). Οι δύο ασθενείς με διαφυγή στον τράχηλο ανέπτυξαν οισοφαγοδερματικό συρίγγιο και αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Η διάρκεια νοσηλείας περιλαμβανομένων των ασθενών που απεβίωσαν ήταν 14±11 ημέρες (8-60 ημέρες).

Συμπεράσματα: Η οισοφαγεκτομή δύναται να διενεργηθεί με αποδεκτή θνητότητα και νοσηρότητα. Η αναστομωτική διαφυγή σχετίζεται με αυξημένη περιεγχειρητική θνητότητα, ιδίως όταν πρόκειται για διαφυγή εντός του θώρακος.

0045 ΠΩΣ ΟΙ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑ ΣΤΑ ΠΟΝΤΙΚΙΑ

Κουρίτας Β.¹, Ζήσης Χ.¹, Μαγκούτα Σ.², Ψαλλίδας Ι.², Καλομενίδης Ι.²

¹Τμήμα Χειρ. Θώρακος, Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, Αθήνα, ²Πειραματικό Εργαστήριο Μαριάνθη Σίμου, Ίδρυμα Θώραξ, Αθήνα

Σκοπός: Η μελέτη της δράσης διαφορετικών αντιφλεγμονωδών παραγόντων στην εξέλιξη συλλογής, που αναπτύχθηκε προκλητά σε ποντίκια, δεδομένου ότι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη επηρεάζουν τη διαπερατότητα του υπεζωκότα αναστέλλοντας την αντλία μεταφοράς στους διαύλους Na⁺/K⁺ και εμποδίζουν την απορρόφηση του υπεζωκοτικού υγρού. .

Υλικό και Μέθοδοι: Προκλήθηκε υδροθώρακας σε ποντίκια C57BL/6 με έγχυση 500μl ισοοσμωτικού PBS-BSA 1% στη δεξιά υπεζωκοτική τους κοιλότητα. Ιβουπροφαίνη (250mg/kg) και παρεκοξίμη (2mg/kg) (parecoxib) χορηγήθηκαν στη συστηματική κυκλοφορία με ενδοπεριτοναϊκή έγχυση. Η ομάδα ελέγχου (control group), όπως και κάθε ομάδα φαρμάκου, περιλάμβανε 6 ποντίκια. Τέσσερις ώρες αργότερα τα ποντίκια θυσιάστηκαν και μετρήθηκε ο εναπομείνας υδροθώρακας μέσα στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Για τη στατιστική ανάλυση εφαρμόστηκε το student's t-test με όριο στατιστικής σημαντικότητας το $p < 0.05$.

Αποτελέσματα: Ο εναπομείνας υδροθώρακας στην ομάδα ελέγχου ήταν $107 \pm 56 \mu\text{l}$. Στην ομάδα ιβουπροφαίνης ήταν $198 \pm 44 \mu\text{l}$, ενώ στην ομάδα παρεκοξίμης $122 \pm 53 \mu\text{l}$ ($p=0.002$ ibuprofen vs ομάδα ελέγχου, $p=0.038$ ibuprofen vs parecoxib). Ο ρυθμός απορρόφησης από $98.25 \mu\text{l/hr}$ μειώθηκε σε $75.25 \mu\text{l/hr}$ στην ομάδα ιβουπροφαίνης, αλλά παρέμεινε ανεπηρέαστος στην ομάδα parecoxib ($95 \mu\text{l/hr}$).

Συμπεράσματα: Οι μη ειδικοί COX-2 αντιφλεγμονώδεις παράγοντες εμποδίζουν την απορρόφηση του υπεζωκοτικού υγρού, γεγονός που μπορεί να προσλάβει κλινική σημασία κατά τη θεραπεία του μετεγχειρητικού πόνου με αντιφλεγμονώδη και κατά τη χορήγησή τους σε ασθενείς με πλευριτικές συλλογές.

0046 ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΕΣ MORGAGNI ΣΤΟΝ ΕΝΗΛΙΚΑ

Καρατζόπουλος Α.¹, Παραμυθιώτης Δ.², Αυγούστου Κ.³, Μιχαλόπουλος Α.², Αναστασιάδης Κ.¹, Φορούλης Χ.¹

¹Καρδιο-θωρακοχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, ²Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, ³Β΄ Χειρουργική Κλινική, Κωσταντοπούλειο Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας «Η Αγία Όλγα»

Εισαγωγή: Οι διαφραγματοκήλες Morgagni αποτελούν μια σχετικά σπάνια οντότητα, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 1- 6% των συγγενών κηλών του διαφράγματος. Έχουν συχνότερη εντόπιση σε γυναίκες και σε παχύσαρκα άτομα. Παρουσιάζονται 5 περιπτώσεις ασθενών με διαφραγματοκήλη Morgagni η οποία διαγνώστηκε στην ενήλικη ζωή και συζητιέται, με αφορμή την παρουσίαση των περιστατικών αυτών, ο τρόπος χειρουργικής αντιμετώπισης και ταυτόχρονα γίνεται ανασκόπηση των διαθέσιμων μεθόδων.

Υλικό-μέθοδος: Πέντε ασθενείς (4 γυναίκες και ηλικίας 63, 65, 69, και 80 και 87 ετών αντίστοιχα), όλοι παχύσαρκοι, υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση διαφραγματοκήλης Morgagni από το 1996 ως το 2012. Σε δύο από τις 5 περιπτώσεις η διαφραγματοκήλη ήταν αμφοτερόπλευρη. Η αποκατάσταση έγινε προγραμματισμένα λόγω δυσπεπτικών ενοχλημάτων και θωρακικού άλγους σε 2 περιπτώσεις και σε επείγουσα βάση, λόγω περίσφιξης των εμπεριεχομένων σπλάχνων, σε άλλες δύο. Στην τελευταία περίπτωση, η διαφραγματοκήλη διαγνώστηκε τυχαία σε ασθενή που εισήχθη επειγόντως στη ΜΕΘ λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας και πνευμονικής υπέρτασης, για τα οποία ενοχοποιήθηκε αρχικά η ευμεγέθης διαφραγματοκήλη. Η αποκατάσταση των κηλών έγινε με δεξιά θωρακοτομή σε μία περίπτωση, με μέση υπερομφάλια λαπαροτομή σε 3 και με τομή Kocher στην τελευταία, στην οποία είχε προηγηθεί αρχικά ανεπιτυχής προσπάθεια λαπαροσκοπικής αποκατάστασης.

Το αποτέλεσμα της διόρθωσης ήταν άριστο και στις 5 περιπτώσεις, αλλά στην περίπτωση με την αναπνευστική ανεπάρκεια και την πνευμονική υπέρταση η έκβαση ήταν μοιραία, αφού η πνευμονική υπέρταση δεν αναστράφηκε με την επέμβαση.

Συμπέρασμα: Η κοιλιακή προσπέλαση είναι η μέθοδος εκλογής για τη χειρουργική αντιμετώπιση των διαφραγματοκηλών Morgagni και η απόλυτη μέθοδος αντιμετώπισης σε περιστατικά με περίσφιξη σπλάχνων. Η λαπαροσκοπική προσπέλαση εφαρμόζεται με αυξημένη συχνότητα τα τελευταία χρόνια, σε ανεπίπλοκα περιστατικά. Η θωρακική προσπέλαση (ανοιχτή ή θωρακοσκοπική) εφαρμόζεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις με μεγάλες διαφραγματοκήλες, με σκοπό την πλήρη εκτομή του κηλικού σάκκου. Η σηματικότητα όμως της πλήρους εκτομής του κηλικού σάκκου αμφισβητείται.

0047 ΟΓΚΟΜΕΤΡΗΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΕΡΟΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ ΜΕΤΑ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΘΩΡΑΚΟΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Μωραΐτης Σ.¹, Χουντής Π.¹, Κανακάκης Κ.¹, Παραλίκας Ι.¹, Ζίας Ν.², Μπίσιος Π.², Γκούμας Β.²

¹Κλινική Χειρουργικής Θώρακος και Καρδιάς, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, ²Πνευμονολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση της χρήσης ενός πρωτότυπου συστήματος ελέγχου της απώλειας αέρος μετά από επεμβάσεις εκτομής θωρακικού παρεγχύματος. Το σύστημα εμφανίζει δυνατότητα ογκομετρικής καταγραφής και ελέγχου με αριθμητική μετατροπή της ακριβούς ποσότητας αέρος που διαφεύγει. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η πιθανότητα μετεχειρητικών επιπλοκών από απρόσφορη αφαίρεση του σωλήνος θώρακος.

Υλικό και Μεθοδος: Η μελέτη συνέκρινε αναδρομικά τους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε εκτομή πνευμονικού παρεγχύματος μεγαλύτερου ή ίσου με σφηνοειδή εκτομή (σφηνοειδείς, λοβεκτομές, διλοβεκτομές) με την χρήση συστήματος ογκομετρικής απώλειας αέρος και χωρίς αυτή. Στην ομάδα Α, χωρίς την χρήση του συστήματος μελετήθηκαν 19 περιστατικά και στην ομάδα Β, με την χρήση του συστήματος 24. Οι ομάδες ήταν συγκρίσιμες ως προς τα λοιπά χαρακτηριστικά τους. Το σύστημα ογκομέτρησης εμφανίζει την δυνατότητα μετατροπής της ανόδου της στάθμης στήλης νερού σε συγκεκριμένο χρόνο με την απώλεια σε ml/ min αέρος. Με τον τρόπο αυτό ελήφθησαν θεραπευτικές αποφάσεις για την αφαίρεση ή μη των σωλήνων σε σύγκριση με την παλαιά μέθοδο του αποκλεισμού του σωλήνος και της ακτινογραφικής επιβεβαίωσης.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς εξήλθαν του νοσοκομείου σε καλή γενική κατάσταση. Ο μέσος χρόνος αφαίρεσης των σωλήνων στην ομάδα Α ήταν 4,4 ημέρες και στην ομάδα Β 4,9 ημέρες. Στην ομάδα Α όμως εμφανίστηκαν 3 περιστατικά με μετεχειρητική επιπλοκή πτώσης του υπολειμματικού παρεγχύματος και ανάγκης για επανατοποθέτηση σωλήνος για τον έλεγχο της. Στην ομάδα Β δεν εμφανίστηκε κανένα περιστατικό με επιπλοκή μετεχειρητικού πνευμοθώρακος. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται πλέον συστηματικά στο νοσοκομείο μας.

Συμπεράσματα: Με την χρήση της συσκευής ογκομετρικού ελέγχου της απώλειας αέρα εμφανίστηκε μηδενισμός των επεισοδίων πτώσης του πνευμονικού παρεγχύματος λόγω της παράτασης απώλειας αέρος που διέλαθε της προσοχής ή που υποτροπίασε. Αν και δεν εμφανίστηκε σημαντική ελάττωση του συνολικού χρόνου αφαίρεσης των σωλήνων θώρακος παρά ταύτα η χρήση της βοήθησε σημαντικά στην διαχείριση λήψης αποφάσεων σε αυτούς τους ασθενείς και ιδιαίτερα σε αμφίβολα περιστατικά.

0048 ΕΙΝΑΙ Η ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΤΙΚΗ ΥΠΕΡΙΔΡΩΣΙΑ, ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΓΙΑ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΘΕΚΤΟΜΗΣ;

Κεφαλογιάννης Ε., Τεντζέρης Β., Παπαγιαννόπουλος Κ.

Θωρακοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο St James's, Leeds, UK

Σκοπός: Η υπεριδρωσία είναι μια κλινική κατάσταση που προκαλεί αμηχανία στους ασθενείς, περιορίζει τις καθημερινές δραστηριότητές τους καθώς και την κοινωνική τους ζωή. Η θωρακοσκοπική (VATS) συμπαθεκτομή είναι αποδεκτή ως μία από τις αποτελεσματικότερες θεραπευτικές επιλογές για τη αντιμετώπιση της υπεριδρωσίας του προσώπου, των παλαμών και της μασχαλιαίας χώρας. Παρόλο που η αντισταθμιστική υπεριδρωσία εμφανίζεται συχνά μετά από συμπαθεκτομή, είναι πολύ καλά ανεκτή από τους ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδοι: Η μελέτη περιέλαβε 17 ασθενείς, 6 άνδρες και 11 γυναίκες οι οποίοι υποβλήθηκαν σε VATS συμπαθεκτομή σε επίπεδα R2-R5, μεταξύ Αυγούστου 2006 και Οκτωβρίου 2011. Η μέση ηλικία ήταν 30 (εύρος 21-48). Η κλινική εικόνα ήταν κυρίως συνδυασμός παλαμιαίας και μασχαλιαίας υπεριδρωσίας (8 ασθενείς), προσωπικής και παλαμιαίας (4 ασθενείς), ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς είχαν μεμονωμένη προσώπου, μασχάλης και παλάμης, και μια περίπτωση συνδυασμού παλαμιαίας υπεριδρωσίας και κάτω άκρων. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε VATS συμπαθεκτομή στα επίπεδα του R2-R3 για προσωπική, το R3-R4 για παλαμιαία, R4-R5 για μασχαλιαία υπεριδρωσία.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξε μετατροπή σε ανοικτή επέμβαση, μετεγχειρητική αιμορραγία, περιπτώσεις χρόνιου πόνου, σύνδρομου Horner ή θανάτου. Πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων αναφέρθηκε σε όλες τις περιπτώσεις κατά την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο. Μετά το τέλος της μετεγχειρητικής περιόδου, 7 ασθενείς ανέπτυξαν αντισταθμιστική υπεριδρωσία και ένας μερική υποτροπή. Παρά την υψηλή συχνότητα εμφάνισης του 47% για όψιμες επιπλοκές, 16 ασθενείς (94,1%) έμειναν ικανοποιημένοι από το χειρουργικό αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Η VATS συμπαθεκτομή είναι μια εδραιωμένη επέμβαση για τη θεραπεία της υπεριδρωσίας. Η κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια που εμφανίζεται με την πάροδο του χρόνου είναι η αντισταθμιστική υπεριδρωσία σε ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 15-90%, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία. Παρόλα αυτά, το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών είναι εξαιρετικά υψηλό. Ως εκ τούτου αυτή η επιπλοκή δεν θα πρέπει να αποθαρρύνει το χειρουργό, αλλά αντίθετα εκείνος θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή κατάλληλα για τις προσδοκίες του από την επέμβαση.

0049 MARGINAL LUNG DONORS: INITIAL EXPERIENCE

Tsakropoulos S., De Giacomo T., Francioni F., Coloni G.F., Venuta F.

Cattedra di Chirurgia Toracica, Università di Roma «Sapienza», Italy

Introduction: Several lung transplantation programs have chosen to extend the acceptability criteria introducing a new concept of marginal lung donors as an effort to provide more suitable organs. We reviewed our initial experience with marginal donors for lung transplantations analyzing early and late outcome.

Methods: This is a retrospective study of 50 consecutive lung transplants (24 marginal and 28 standard lung donors). Donor lungs were considered marginal if at least one of the following criteria is present at donor evaluation: age greater than 55 years, smoking history (>20 packs/year), abnormal chest X-ray, PaO₂ less than 300 mmHg and purulent secretions. Recipients receiving marginal or standard organ were compared for outcome.

Results: Only one extended criteria was found for each marginal lung donors; 62.5% had tobacco history and 37.5% an abnormal chest roentgenogram. The 30-day mortality was 25% for the marginal group versus 19.3 for the standard group (p=NS). Intra-operative use of by-pass was necessary in 10 versus 12 transplants (p=NS). Primary graft dysfunction was diagnosed in 42% versus 23% (p=NS). Bronchiolitis obliterans syndrome was diagnosed postoperatively in 2 transplants for each group (p=NS). Overall survival was comparable between the groups (p=NS).

Conclusions: Use of marginal donors for lung transplantation is a valid and feasible option increasing the pool of suitable lung donors. Early and late outcomes are comparable between marginal and standard lung donors.

0050 ΚΑΛΟΗΘΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: ΤΕΧΝΙΚΗ «GAVRILIU»

Tsagkaropoulos S., De Giacomo T., Francioni F.

Cattedra di Chirurgia Toracica, Università di Roma «Sapienza», Italy

Σκοπός: Η στένωση του οισοφάγου ως αποτέλεσμα εγκαύματος έπειτα από κατάποση καυστικής ουσίας αποτελεί την πιο κοινή καλοήθη χειρουργική πάθηση του οισοφάγου. Όταν η συντηρητική ή ενδοσκοπική θεραπεία δεν είναι επαρκής, η ολικής οισοφαγεκτομή θεωρείται απαραίτητη. Η αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα μπορεί να γίνει με τη χρήση ανάστροφου γαστρικού σωλήνα, την τεχνική “Gavrilu”.

Υλικό και Μέθοδοι: Η τεχνική “Gavrilu” συνίσταται στη διατήρηση του οισοφάγου καθώς και μέρος του στομάχου, ενώ ένας αντι-περισταλτικός στενός γαστρικός σωλήνας δημιουργείται από το μείζων τόξο του στομάχου και τοποθετείται οπισθοστερνικά. Οισοφάγος αποκλείεται στην περιοχή του τραχήλου και ακολουθεί οισοφαγο-γαστρική αναστόμωση.

Αποτελέσματα: Εφαρμόσαμε αυτή την παλιά τεχνική σε δύο ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική διόρθωση μιας μακράς στένωσης του οισοφάγου που προκάλεσε τυχαία κατάποση καυστικής ουσίας. Καμία περι- ή μετεγχειρητική επιπλοκή δεν παρατηρήθηκε. Μετά από τρία και τέσσερα χρόνια, αντίστοιχα, από τη χειρουργική επέμβαση οι ασθενείς είναι υγιείς με ικανοποιητική ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Αν και η χρήση αντι-περισταλτικού γαστρικού σωλήνα θεωρείται μια παλιά και ίσως ξεπερασμένη τεχνική για τους ενήλικες, είναι όμως εφικτή και θα μπορούσε να εξακολουθεί να ισχύει και σήμερα σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Πιστεύουμε ότι αυτή η τεχνική θα πρέπει να εξετάζεται και να θεωρείται πιθανή επιλογή, κυρίως από τους νέους χειρουργούς, για αυτή την καλοήθη πάθηση του οισοφάγου.

0051 ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΗ ΣΕ NSCLC ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟ-ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αθανασιάδη Κ.¹, Λιούμπας Δ.¹, Σαμιώτης Η.¹, Αλεβιζόπουλος Ν.², Μπαλής Ε.³, Μις Μ.⁴, Μαυρομάτη Ε.⁴, Χατζιάρα Μ.⁵, Ροντογιάννη Δ.⁵, Μπελλένης Ι.¹

Τμήματα ¹Χειρουργικής Θώρακος, ²Ογκολογίας, ³Πνευμονολογίας, ⁴Αναισθησιολογίας και ⁵Παθολογικής Ανατομίας, Π.Γ.Ν.Α Ο Ευαγγελισμός

Σκοπός: Το στάδιο III του μη μικροκυτταρικού καρκίνου πνεύμονα (NSCLC) εξακολουθεί να αποτελεί ένα δύσκολο κλινικό πρόβλημα. Ο συνδυασμός εισαγωγικής χημειο- και ακτινοθεραπείας (άνω των 59 Gy) προσφέρει μεγαλύτερο προσδόκιμο στις περιπτώσεις N2 νόσου αυξάνοντας όμως τις περιεγχειρητικές επιπλοκές, ιδιαίτερα σε επεμβάσεις, όπως η πνευμονεκτομή. Η αναδρομική αυτή μελέτη έχει σκοπό να αναλύσει τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα των ασθενών, που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή μετά από προεγχειρητική σύγχρονη χημειοακτινοθεραπεία για NSCLC.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν όλα τα αρχεία των ασθενών με μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή ή ενδοπερικαρδιακή πνευμονεκτομή μεταξύ 2005 και 2010 μετά από εισαγωγική προεγχειρητική χημειοακτινοθεραπεία. Είκοσι πέντε ασθενείς υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή μετά από εισαγωγική χημειοακτινοθεραπεία. Επρόκειτο για 19 άνδρες και 6 γυναίκες με μέση ηλικία τα 61,3 έτη. Οι 16 ήταν απλές πνευμονεκτομές, ενώ στις υπόλοιπες 9 περιπτώσεις η απολίπωση ενός ή περισσότερων αγγείων έγινε ενδοπερικαρδιακά. Η μέση ολική δόση ακτινοβολίας ήταν 59,3 Gy.

Αποτελέσματα: Και στους 25 ασθενείς η εκτομή ήταν ριζική (R0), όπως απέδειξε η παθολογοανατομική έκθεση. Πλήρη ανταπόκριση στη θεραπεία είχαν 16 ασθενείς (64%), όσον αφορά τη N2 νόσο. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς μείζονες επιπλοκές περιεγχειρητικά. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 7 ημέρες. Υποτροπές έχουν βρεθεί σε 6 ασθενείς (24%), συμπεριλαμβανομένων των μεταστάσεων στον εγκέφαλο (n = 2), μεταστάσεις ήπατος (n = 3), και του τραχήλου μεταστάσεις λεμφαδένων (n = 1). Η εκτιμώμενη 5ετής επιβίωση ελεύθερη νόσου ανέρχεται σε 48%.

Συμπέρασμα: Η πνευμονεκτομή, απλή ή ενδοπερικαρδιακή μπορεί να πραγματοποιηθεί με ελάχιστο κίνδυνο σε σωστά επιλεγμένους και προετοιμασμένους ασθενείς μετά από εισαγωγική χημειο- και ακτινοθεραπεία.

0052 Η ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΛΑΣΣΙΚΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗ ΒΙΝΤΕΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΗΣΗ

Καρβέλας Χ., Κλέωντας Α., Τριανταφυλλοπούλου Κ., Καρατζόπουλος Α., Αναστασιάδης Κ., Φορούλης Χ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Να παρουσιαστεί η εμπειρία από 95 διαδοχικές μεσοθωρακοσκοπήσεις και να συγκριθεί η κλασσική μεσοθωρακοσκόπηση με τη βιντεομεσοθωρακοσκόπηση.

Υλικό και Μέθοδος: Στο χρονικό διάστημα 6/2006 ως 9/2012 διενεργήθηκαν 95 μεσοθωρακοσκοπήσεις για τη διερεύνηση λεμφαδενοπάθειας του μεσοθωρακίου ή τη διάγνωση και/ή σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα. Σε 60 περιπτώσεις διενεργήθηκε κλασσική μεσοθωρακοσκόπηση και σε 35 περιπτώσεις βιντεομεσοθωρακοσκόπηση.

Αποτελέσματα: Πρόκειται για 77 άντρες και 18 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 60,9 χρόνια. Σε 30 περιπτώσεις διενεργήθηκε ταυτόχρονα με τη μεσοθωρακοσκόπηση και ινοπτική βρογχοσκόπηση, σε μία θωρακοσκόπηση για τη διερεύνηση πλευριτικής συλλογής και σε μία τρίτη πρόσθια μεσοθωρακοτομία αριστερά. Η θνητότητα ήταν μηδενική, ενώ επιπλοκές σημειώθηκαν σε 3 ασθενείς, όλες μετά από βιντεομεσοθωρακοσκόπηση (μικρός πνευμοθώρακας δεξιά που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά σε μία περίπτωση και πάρεση του αριστερού λαρυγγικού νεύρου σε δύο περιπτώσεις).

Οι διαγνώσεις που εγκαταστάθηκαν ήταν: μεταστατικό καρκίνωμα στους μεσοθωρακικούς λεμφαδένες: 49, λέμφωμα: 17, αντιδραστική λεμφαδενίτιδα: 17, κοκκιωματώδης φλεγμονή: 10, έκτοπος θυμικός ιστός: 1, νόσος του Castleman: 1.

Αρνητικά ευρήματα για προσβολή των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου είχαμε σε 13 από τις 62 μεσοθωρακοσκοπήσεις που έγιναν με σκοπό τη διάγνωση και/ή σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα. Σε 2 από τις 13 αυτές περιπτώσεις, που υποβλήθηκαν στη συνέχεια σε θωρακοτομή και εκτομή πνευμονικού παρεγχύματος, βρέθηκαν θετικοί μεσοθωρακικοί λεμφαδένες στο λεμφαδενικό καθαρισμό του μεσοθωρακίου, στη θέση 8R σε μία περίπτωση και στη θέση 2R στη δεύτερη. Επειδή οι λεμφαδένες 8R δεν είναι προσπελάσιμοι με τη μεσοθωρακοσκόπηση, το ποσοστό των ψευδών αρνητικών ευρημάτων ανήλθε σε 7,7% (1:13). Τα ιστοτεμάχια λεμφαδένων που λήφθηκαν ήταν κατά 30% περισσότερα με τη βιντεομεσοθωρακοσκόπηση, γεγονός που οφείλεται στη λήψη βιοψίας από τη θέση 7 σε όλους τους ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η μεσοθωρακοσκόπηση αποτελεί άριστο μέσο για τη διάγνωση της λεμφαδενοπάθειας στο μεσοθωράκιο και τη σταδιοποίηση του μεσοθωρακίου στον καρκίνο του πνεύμονα. Η βιντεομεσοθωρακοσκόπηση υπερτερεί διαγνωστικά της κλασσικής τεχνικής, αλλά οι επιπλοκές είναι περισσότερες.

0053 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ 3D CONFORMAL ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ, ΚΑΙ ΣΤΑ ΑΛΛΑ ΕΥΓΕΝΗ ΟΡΓΑΝΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΟ Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Στυλιανίδου Σ.¹, Μπούσμπουρας Π.², Δομοξούδης Σ.¹, Τζίτζικας Ι.¹, Πιστεύου-Γομπάκη Κ.¹

¹Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, ²Τμήμα Ιατρικής Φυσικής Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Σταδιακά περισσότεροι ασθενείς επιβιώνουν με νόσο από καρκίνο του πνεύμονα και η ποιότητα ζωής αποτελεί επικεντρωμένο στόχο καθώς αυτή διαταράσσεται από τις παρενέργειες των θεραπειών. Είναι γνωστή η τοξικότητα του καρδιαγγειακού συστήματος, του νωτιαίου μυελού, του οισοφάγου από θεραπείες όπως: χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα (\pm χημειοθεραπεία) μπορεί να προκαλέσει οξεία και χρόνια καρδιακή τοξικότητα όπως οξεία περικαρδίτιδα, αρρυθμία, περικαρδιακή διήθηση, αθηροσκλήρωση, μετακτινική περικαρδίτιδα. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όταν ακτινοβολείται ο αριστερός πνεύμονας και το μεσοθωράκιο. Η χορήγηση υψηλών δόσεων ακτινοθεραπείας μπορεί να προκαλέσει μετακτινική οισοφαγίτιδα, μυελίτιδα.

Σκοπός: Η επίδραση της 3D conformal ακτινοθεραπείας του καρκίνου του αριστερού πνεύμονα ή/και του μεσοθωρακίου, στα γειτονικά όργανα προς αποφυγή (OAR) όπως η καρδιά, ο νωτιαίος μυελός, ο οισοφάγος, ο ετερόπλευρος πνεύμονας.

Υλικό και Μέθοδοι: 17 ασθενείς με καρκίνο AP πνεύμονα προσήλθαν στο ακτινοθεραπευτικό τμήμα Π.Γ.Ν.Θ.ΑΧΕΠΑ το χρονικό διάστημα 2010-2011. 12 ασθενείς έλαβαν ακτινοθεραπεία στο μεσοθωράκιο και στην πρωτοπαθή μάζα και 5 ασθενείς μόνο στην πρωτοπαθή και το αριστερό ημιθωράκιο. Οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε σχήματα χημειοθεραπείας και 9 από αυτούς ήταν σε ταυτόχρονη χημειο-ακτινοθεραπεία. Όλοι υποβλήθηκαν σε CT-simulator εξομοίωση, 2D-3D conformal Treatment planning- συμβατική κλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία με γραμμικό επιταχυντή που διαθέτει MLC-multilief collimator(αυτόματα φύλλα μολύβδου- blocks για προστασία των υγιών οργάνων[organ at Risk (OAR)] . Εφαρμόστηκαν 3-4 πεδία ακτινοβολήσης.). Σχεδιάστηκαν τα OAR από τον ακτινοθεραπευτή ογκολόγο. Έγινε DVH(Dose Volume Histogram) από τον ακτινοφυσικό. Οι ασθενείς έλαβαν 28-30 συνεδρίες με 200cGy/συνεδρία (Σ.Δ.Ο.56-60Gy). Έλαβαν 44Gy στο μεσοθωράκιο και BOOST (=συμπληρωματική δόση όγκου) στην πρωτοπαθή μάζα(16Gy

Αποτελέσματα: Έγινε παρακολούθηση όλων των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μετά το πέρας στους 3,6,12,18,24 μήνες όσον αφορά την

τοξικότητα από τα υγιή όργανα. Δεν παρατηρήθηκε οξεία περικαρδίτιδα, μετακτινική ίνωση, μυελίτιδα. Οισοφαγίτιδα Grade I-II παρατηρήθηκε σε 8 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΑΚΘ μεσοθωρακίου και πρωτοπαθούς μάζας. Υποχώρησε 20 μέρες μετά το πέρας της ΑΚΘ.

Συμπεράσματα: Με τη σύγχρονη 3D conformal κλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία με γραμμικό επιταχυντή με MLC χορηγείται η μέγιστη θεραπευτική δόση στο όργανο-στόχο, αριστερός πνεύμονας- μάζα, χωρίς να επηρεάζεται η λειτουργία των OAR και κυρίως του καρδιαγγειακού συστήματος. Αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών και βελτιώνεται η ποιότητα ζωής.

0054 ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ STRESS ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ Ή ΑΝΟΙΚΤΗ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Αστερίου Χ.¹, Κλέωντας Α.¹, Αντωνιάδης Η.¹, Λαζόπουλος Α.¹,
Ανίσογλου Σ.², Μπαρμπετάκης Ν.¹

¹Θωρακοχειρουργική Κλινική, ²Μ.Ε.Θ. και Αναισθησιολογικό Τμήμα Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην αξιολόγηση νευροενδοκρινικών και αναπνευστικών παραμέτρων ως δεικτών μετεγχειρητικού stress σε ογκολογικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε θωρακοσκοπική ή ανοικτή θωρακοχειρουργική επέμβαση.

Υλικό και Μέθοδοι: Τυχαιοποιημένη προοπτική μελέτη: 30 άνδρες ογκολογικοί ασθενείς με πολλαπλά πνευμονικά οζίδια υπό διερεύνηση (ηλικία: 42-68 έτη, ASA: II-III, BMI<25kg/m², φυσιολογική σπιρομέτρηση: FEV₁>2lt και >80% της προβλεπόμενης τιμής). Τυχαιοποίηση σε 2 ομάδες των 15 ασθενών που υποβλήθηκαν σε τμηματεκτομή πνεύμονος είτε με ανοικτή θωρακοχειρουργική προσπέλαση (Ομάδα Α), είτε με θωρακοσκοπική προσπέλαση - τεχνική 3 οπών (Ομάδα Β). Οι συνθήκες αναισθησίας ήταν παρόμοιες, ενώ υπήρχε συνεχές monitoring αρτηριακής πίεσης, ηλεκτροκαρδιογραφήματος, κεντρικής φλεβικής πίεσης, SpO₂, ETCO₂ και αερίων αρτηριακού αίματος. Νευροενδοκρινικές και αναπνευστικές παράμετροι που αξιολογήθηκαν ήταν οι ακόλουθες: γλυκόζη, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), κορτιζόλη, επινεφρίνη, κορτικοτρόπος ορμόνη (ACTH) PaO₂, PaCO₂. Οι μετρήσεις γίνονταν 24 ώρες πριν την επέμβαση (T₁), 4 ώρες (T₂), 24 ώρες (T₃), 48 ώρες (T₄) και 72 ώρες (T₅) μετά την επέμβαση.

Αποτελέσματα: Προεγχειρητικά οι νευροενδοκρινικές και αναπνευστικές παράμετροι ήταν παρόμοιες στις 2 ομάδες. Μετεγχειρητικά τα επίπεδα γλυκόζης και CRP αυξήθηκαν άμεσα και στις 2 ομάδες (p=0,035), αλλά οι τιμές ήταν σαφώς μικρότερες και επανήλθαν ταχύτερα σε φυσιολογικά επίπεδα στην ομάδα του VATS. Τα επίπεδα κορτιζόλης και ACTH αυξήθηκαν και στις δύο ομάδες 4 ώρες μετά την επέμβαση και επανήλθαν σε φυσιολογικά επίπεδα μετά από 48 ώρες χωρίς διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων. Τα επίπεδα επινεφρίνης ήταν στατιστικώς σημαντικά αυξημένα στην ομάδα της ανοικτής θωρακοτομής (p=0,005) συγκριτικά με την ομάδα του VATS και επανήλθαν σε φυσιολογικά επίπεδα κατά πολύ αργότερα. Στις τιμές του PaO₂ παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική υψηλότερη τιμή σε όλες τις χρονικές στιγμές στην ομάδα του VATS (p=0,040), ενώ δεν διαπιστώθηκε διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων στις τιμές του PaCO₂.

Συμπεράσματα: Η θωρακοσκοπική σε σύγκριση με την ανοικτή θωρακοχειρουργική συντελεί σε μειωμένο χειρουργικό stress και επιτρέπει καλύτερη οξυγόνωση μετεγχειρητικά.

0055 ΕΜΠΥΗΜΑ ΘΩΡΑΚΑ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Μπιτζίκας Γ., Πουλιανίτης Β., Σαρηπούλος Π., Παπαδοπούλου Φ., Γαλανός Ο., Μαρίνος Θ.

Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

Σκοπός: Η παρουσίαση της 10ετούς εμπειρίας της κλινικής μας στην χειρουργική αντιμετώπιση του εμπυήματος θώρακα.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Κατά την χρονική περίοδο 8/2001 έως 8/2011 αντιμετωπίστηκαν συνολικά 72 ασθενείς με εμπύημα θώρακα. Εξ αυτών 50 ήταν άντρες και 22 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 52,7 έτη (εύρος 21-87 έτη). Πρόκειται για αναδρομική μελέτη.

Αποτελέσματα: Αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά 58 ασθενείς ενώ 14 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με την τοποθέτηση σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης. Μεταξύ των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά 2 προσήλθαν μετά από πνευμονεκτομή με ρήξη κολοβώματος και δημιουργία βρογχοπλευρικού συριγγίου, 4 ασθενείς ήταν υπό χημειοθεραπεία ενώ 3 ασθενείς παρουσίαζαν ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση. Σε παροχέτευση του εμπυήματος και αποφλοιώση του πνεύμονα υποβλήθηκαν 53 από τους 58 ασθενείς, σε ταυτόχρονη λοβεκτομή 4 και ένας ασθενής υποβλήθηκε σε ταυτόχρονη πνευμονεκτομή. Η διεγχειρητική καλλιέργεια ανέδειξε streptococcus rh σε 15 ασθενείς, staphylococcus aureus σε 9, pseudomonas aeruginosa σε 6, acinetobacter σε 7, klebsiella σε 4, mycobacterium tub. σε 1 και eubacterium lentum σε 1 ασθενή. Από τους 58 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά κατέληξε ένας λόγω σηπτικής καταπληξίας ενώ οι υπόλοιποι εξήλθαν από το νοσοκομείο άπυρετοι και σε καλή κλινική κατάσταση. Ο μέσος όρος περιεγχειρητικής νοσηλείας ήταν 15,7 ημέρες. Σε μετεγχειρητική παρακολούθηση 6 μηνών όλοι οι ασθενείς ήταν ελεύθεροι νόσου.

Συμπέρασμα: Η χειρουργική αντιμετώπιση του εμπυήματος θώρακα υπήρξε αποτελεσματική τόσο στις περιπτώσεις ασθενών με κοινή πνευμονική λοίμωξη όσο και στις περιπτώσεις ασθενών με σοβαρές λοιμώξεις από ενδονοσοκομειακά στελέχη.

0056 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΜΗΝΙΟΥ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ

Βησούλη Αικ., Τσουρέλης Α., Μπάκας Α., Αρίκας Σ., Ζαρογουλίδης Π., Τσακιρίδης Κ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Αυτόματος υποτροπιάζων πνευμοθώρακας κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως, αναφέρεται ως καταμήνιος πνευμοθώρακας. Είναι σπάνια επιπλοκή, αποτελώντας 3%-6% των περιπτώσεων αυτόματου πνευμοθώρακα γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Έχουν αναφερθεί υψηλότερα ποσοστά μεταξύ γυναικών που παραπέμπονται για εξειδικευμένη χειρουργική αντιμετώπιση (26%-30%). Αν και παρουσιάζεται συχνότερα δεξιά (95%) μπορεί να είναι αριστερός ή αμφοτερόπλευρος. Συνδέεται με διατρήσεις του διαφράγματος ή/και θωρακική ενδομητρίωση, όντας η συχνότερη εκδήλωση αυτής. Ανευρίσκεται ενδομητρίωση πυέλου στο 30%-51%. Οι αλλοιώσεις (που δεν ανευρίσκονται πάντοτε) παρουσιάζονται ως μικρές διατρήσεις ή χάσματα (με προβολή του ήπατος) στο τενόντιο κέντρο του διαφράγματος, ως κυανο-ιώδεις ή καφέ κηλίδες ή μεγαλύτερες εντοπίσεις στην επιφάνεια του πνεύμονα, του σπλαχνικού ή τοιχωματικού υπεζωκότα. Η ιστοπαθολογική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει ιστό ενδομητρίωσης. Παρουσιάζουμε 5 περιστατικά καταμήνιου πνευμοθώρακα που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά εντός των τελευταίων 6 ετών.

Υλικό και μέθοδοι: Πέντε γυναίκες, μέσης ηλικίας 34+/-9,9 ετών (μεσαία τιμή 38, εύρος 19-45 έτη) παρουσίασαν αυτόματο υποτροπιάζοντα καταμήνιο πνευμοθώρακα δεξιά. Υποβλήθηκαν σε θωρακοσκοπική άτυπη τμηματεκτομή (v=5: δεξιού άνω λοβού (v=3), δεξιού μέσου λοβού (v=2)), σύγκλιση διατρήσεων ημιδιαφράγματος ή πτύχωση (v=3), χημική και μηχανική πλευροδεσία (v=5). Η ιστολογική εξέταση δεν αποκάλυψε ιστό ενδομητρίωσης.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Αποσωληνώθηκαν στο χειρουργείο, εξήλθαν σε 7+/-4 ημέρες (μεσαία τιμή 6, εύρος 4-14). Τρεις εξ αυτών έλαβαν ορμονική θεραπεία μετεγχειρητικά. Σε μετεγχειρητική παρακολούθηση 141 μηνών ασθενών (μέση 28,2+/-11,6 μηνών, εύρος 12-42 μηνών). Διαπιστώθηκε υποτροπή σε 1 ασθενή, που είχε υποβληθεί σε άτυπη τμηματεκτομή, χημική και μηχανική πλευροδεσία. Αντιμετώπιστηκε επιτυχώς με θωρακοστομία και συντηρητική αγωγή (ορμονοθεραπεία στοχεύοντας σε αμηνόρροια επί εξάμηνο).

Συμπεράσματα: Οι χειρουργικές προσεγγίσεις του καταμήνιου πνευμοθώρακα περιλαμβάνουν θωρακοστομία με σωλήνα, χημική πλευροδεσία, θωρακοσκοπική χειρουργική ή θωρακοτομή. Πτύχωση ή μερική εξαίρεση του διαφράγματος και/ή εξαίρεση των σπλαχνικών εμφυτεύσεων διεξάγονται με αυξημένη συχνότητα. Συχνότερη επιπλοκή είναι η υποτροπή. Για επιτυχές αποτέλεσμα, απαιτείται πέραν της χειρουργικής αντιμετώπισης των βλαβών, έγκαιρη διάγνωση και μετεγχειρητική ορμονική θεραπεία.

0057 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΦΑΡΥΓΓΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟΥ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΟΣ (ZENKER). ΤΡΙΑΚΟΝΤΑΕΤΗΣ ΠΕΙΡΑ

Ζαράγκας Στ., Τζατζαδάκης Ν., Αντωνόπουλος Ακ., Παπακωνσταντίνου Αικ., Γεραζούνης Μ.

Γ.Ν. Νίκαιας Άγ. Παντελεήμων, Πειραιάς

Το φαρυγγοοισοφαγικό εκκόλπωμα (Zenker), αποτελεί σπάνια οντότητα της Χειρουργικής του Θώρακος, που διαγιγνώσκεται εύκολα ακτινολογικά και αντιμετωπίζεται χειρουργικά, όταν παρουσιάζει ενοχλητικά συμπτώματα.

Σκοπός της μελέτης μας, είναι η παρουσίαση της τριακονταετούς πείρας μας στη διάγνωση και αντιμετώπιση της πάθησης αφενός και αφετέρου, η παράθεση βιβλιογραφικών δεδομένων.

Ο πληθυσμός της μελέτης μας, περιλαμβάνει 23 περιπτώσεις (20 άνδρες και 3 γυναίκες), ηλικίας μεταξύ 42 και 91 έτη, που διαγνώστηκαν και αντιμετωπίστηκαν στο τμήμα μας. Προεξάρχον σύμπτωμα των ασθενών, ήταν αίσθημα ξένου σώματος στην κατάποση και δευτερεύον, δυσσομία του στόματος. Κλινικά, δεν παρατηρήθηκαν αντικειμενικά σημεία και η διάγνωση επιτεύχθηκε σε όλους με ακτινολογικό έλεγχο (οισοφαγογράφημα με Βάριο σε όλους και επικουρικά με Υπολογιστική Τομογραφία). Από τους πιο πάνω ασθενείς, οι 2 δε δέχθηκαν την προταθείσα εγχειρητική θεραπεία και 21 υποβλήθηκαν σε επέμβαση. Οι τελευταίοι, υποβλήθηκαν σε εκτομή του εκκόλπωματος σε 20 περιπτώσεις και ανάρτηση του εκκόλπωματος σε μια περίπτωση (ψυχική νόσος). Επίσης, η εκτομή του εκκόλπωματος έγινε σε 4 περιπτώσεις με τη βοήθεια αυτομάτου συρραπτικού εργαλείου και παρατηρήθηκε όψιμη διαρροή (4^η μετεγχειρητική εβδομάδα), δημιουργία τραχηλικού αποστήματος και δερματικού συριγγίου σε ένα περιστατικό, που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς συντηρητικά (αντιμικροβιακά και αναστολή σίτισης per os). Η πιο πάνω επιπλοκή, ήταν η μόνη που παρατηρήθηκε στον πληθυσμό της μελέτης μας. Βιβλιογραφικά, εκτός από την πιο πάνω επιπλοκή, αναφέρονται η στένωση του οισοφάγου και η υποτροπή του εκκόλπωματος, που δεν παρατηρήθηκαν στον πληθυσμό της μελέτης μας.

Συμπερασματικά, πιστεύουμε ότι το φαρυγγοοισοφαγικό εκκόλπωμα (Zenker), είναι σπάνια πάθηση του οισοφάγου. Η θεραπεία του, είναι χειρουργική, αλλά μόνο εφόσον δημιουργεί προβλήματα στον ασθενή. Η έκβαση της επέμβασης, είναι συνηθέστατα καλή και σπάνια, παρατηρούνται επιπλοκές.

0058 Ο ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΑΛΩΜΑΤΟΣ ΧCM® ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΩΡΑΚΟΣ

Βάχλας Κ., Παπαγιαννόπουλος Κ.

St James's University Hospital, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust,
Ηνωμένο Βασίλειο

Σκοπός: Το βιολογικό εμφάλλωμα εξωκυττάριου υλικού (ΧCM®) είναι ένα τριοδίστατο υλικό από μή διασταυρούμενες ίνες που προέρχεται από χοίρια επιδερμίδα. Μετά την εμφύτευση διηθείται από τα κύτταρα του λήπτη και ενσωματώνεται στην περιοχή της αποκατάστασης. Στην παρούσα μελέτη περιγράφουμε την εμπειρία μας με το εμφάλλωμα ΧCM® στην χειρουργική θώρακος.

Υλικό και Μέθοδοι: Το εμφάλλωμα ΧCM® άρχισε να εφαρμόζεται στο τμήμα μας τον Απρίλιο του 2010. Η απόφαση για χρήση του εμφαλλώματος ελαμβάνετο διεγχειρητικά και όταν κρινόταν απαραίτητο χρησιμοποιείτο και ενδοπρόθεση τιτανίου Synthes® σε συνδυασμό με το εμφάλλωμα ΧCM® για πρόσθετη ενίσχυση.

Αποτελέσματα: Σε 13 ασθενείς (5 άνδρες, 8 γυναίκες) τοποθετήθηκε το εμφάλλωμα ΧCM®. Μέση ηλικία κατά την επέμβαση ήταν τα 48+/- 18 έτη. 4 ασθενείς έλαβαν μόνο το εμφάλλωμα ΧCM® ενώ σε 9 χρησιμοποιήθηκε το εμφάλλωμα μαζί με την ενδοπρόθεση τιτανίου Synthes®. Η αρχική διάγνωση ήταν ως εξής: Καρκίνος που διηθεί το θωρακικό τοίχωμα - 8 περιπτώσεις, δυσμορφία θωρακικού τοιχώματος - 2 περιπτώσεις, τραύμα θωρακικού τοιχώματος - 2 περιπτώσεις και παράλυση διαφράγματος με διαφραγματοκήλη - 1 περίπτωση. Το εμφάλλωμα ΧCM® χρησιμοποιήθηκε για την αποκατάσταση του ελλείματος του τοιχώματος σε 11 περιπτώσεις ενώ οι άλλες 2 περιπτώσεις περιπτώσεις ήταν: Αποκατάσταση βρογχο-υπεζωκοτικού συριγγίου μετά πνευμονεκτομή και σύγκλιση του οισοφαγικού τρήματος σε παραοισοφαγική διαφραγματοκήλη. Ένας από τους 4 ασθενείς (25%) στους οποίους χρησιμοποιήθηκε μόνο το εμφάλλωμα εμφάνισε προσωρινή δυσφαγία, σε αντίθεση με τους 4 από τους 9 (44%) στους οποίους χρησιμοποιήθηκε η ενδοπρόθεση Synthes®, οι οποίοι εμφάνισαν επιπλοκές. Οι επιπλοκές αυτές ήταν: λοίμωξη σε 3 περιπτώσεις και ρήξη της ενδοπρόθεσης τιτανίου σε 1 περίπτωση.

Συμπεράσματα: Το εμφάλλωμα ΧCM® έχει ποικίλες χρήσεις και η εφαρμογή του δεν περιορίζεται στην αποκατάσταση του θωρακικού τοιχώματος. Μπορεί επιπροσθέτως να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια και με άλλες ενδείξεις. Θα ήταν χρήσιμη μία πολυκεντρική μελέτη που αξιολογεί την αποτελεσματικότητα του εμφαλλώματος ΧCM® καθώς και τον συνδυασμού του με την ενδοπρόθεση τιτανίου Synthes®.

0059 ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΒΡΟΓΧΙΚΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ

Βάχλας Κ., Παπαγιαννόπουλος Κ.

St James's University Hospital, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Ηνωμένο Βασίλειο

Σκοπός: Η εμφυσηματική νόσος μειώνει δραματικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς και αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή του. Σκοπός του LVRS είναι να βελτιώσει την λειτουργικότητα του εναπομείναντος πνεύμονικού παρεγχύματος και την μηχανική του διαφράγματος και του θωρακικού τοιχώματος μέσω της εκτομής εμφυσηματικών περιοχών. Εναλλακτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ενδοβρογχικές βαλβίδες ροής μονής κατεύθυνσης, ώστε να απομονωθούν και να συμπτυχθούν τα νοσούντα τμήματα του πνεύμονος. Στην παρούσα μελέτη περιγράφουμε την εμπειρία του κέντρου μας από τη χρήση βαλβίδων ZEFYR EBV και του συστήματος χαρτογράφησης Chartis assessment.

Υλικό και Μέθοδοι: Στο χρονικό διάστημα Δεκέμβριος 2010 έως Νοέμβριος 2011 έγινε επιλογή ασθενών, οι οποίοι δεν ήταν κατάλληλοι για χειρουργική αντιμετώπιση ή μεταμόσχευση. Σε όλους έγινε χαρτογράφηση chartis. Η τοποθέτηση EBV σε τμηματικό βρόγχο είναι εφικτή όταν δεν ανιχνεύεται παράπλευρη κυκλοφορία αέρα. Καταγράφησαν οι άμεσες και πρώιμες επιπλοκές.

Αποτελέσματα: Τοποθέτηση EBV έγινε σε 18 ασθενείς (14 άνδρες - 4 γυναίκες). Μέση ηλικία 57.2 +-12.3 έτη. 17 ασθενείς είχαν ετερογενές εμφύσημα (16 λόγω ΧΑΠ, 1 λόγω ανεπάρκειας α1-αντιθρυψίνης) και 1 είχε εμμένων πνευμοθώρακα και ενεργό φυματίωση).

Οι αρχικές μέσες προβλεπόμενες τιμές FEV1 , FVC και DLCo ήταν 40.4+-19.5%, 79.2+-13.6% και 35,5+-12.8 % αντίστοιχα. Συνολικά 69 βαλβίδες τοποθετήθηκαν στους εξής λοβούς : Δεξιός Άνω 27, Δεξιός Μέσος 6, Δεξιός Κάτω 4, Αριστερός Άνω 22, Αριστερός Κάτω 5, Γλωσσίδα 5. Σε 3 ασθενείς(16.7%) υπήρξε σημαντική βελτίωση και υποβλήθηκαν σε εκ νέου τοποθέτηση βαλβίδων σε άλλα τμήματα. Σε 4 ασθενείς έγινε αφαίρεση των βαλβίδων λόγω :αυξημένων εκκρίσεων - 1, Μετατόπιση βαλβίδας - 2 και παραμονή συμπτωμάτων - 1. Σε 1 ασθενή έγινε αντικατάσταση της βαλβίδος λόγω μηχανικής δυσλειτουργίας και 2 εμφάνισαν πνευμοθώρακα μετά την τοποθέτηση.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς που δεν είναι κατάλληλοι για χειρουργική επέμβαση και μεταμόσχευση, η τοποθέτηση ενδοβρογχικών βαλβίδων αποτελεί την ελάχιστα επεμβατική και αποτελεσματική πρόταση.

0060 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗΣ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑΣ ΣΤΕΡΝΟΥ ΜΕ ΤΕΧΝΙΚΗ RAVICH ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΡΑΒΔΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΕΡΝΟΥ - Η 12ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣ

Κωστοπαναγιώτου Κ., Παπαγιαννόπουλος Κ.

St James's University Hospital, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Ηνωμένο Βασίλειο

Σκοπός: Οι δυσμορφίες στέρνου εκτός από αισθητικό πρόβλημα ενδέχεται να σχετίζονται και με προβλήματα στο καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα. Η τεχνική Ravich αποτελεί την συνήθη χειρουργική επιλογή, με τη χρήση μεταλλικής ράβδου για την μετεγχειρητική αποφυγή ασταθούς θώρακα. Παρ'όλα αυτά η χρήση της ράβδου στέρνου έχει συνδυαστεί και με πολυάριθμες επιπλοκές. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση του μετεγχειρητικού αποτελέσματος με στην τεχνική Ravich με και χωρίς τη χρήση μεταλλικής ράβδου.

Υλικό και Μέθοδοι: Μεταξύ της 1^{ης} Σεπτεμβρίου 1999 και της 31^{ης} Αυγούστου του 2011, 99 ασθενείς υποβλήθηκαν σε επέμβαση Ravich: 49 περιπτώσεις σκαφοειδούς στέρνου και 50 περιπτώσεις πιθοειδούς στέρνου. Στους 73 από τους 99 δεν τοποθετήθηκε ράβδος (ομάδα 1), εναλλακτικά χρησιμοποιήθηκε εμβάλλωμα Goretex η πλέγμα Marlex διαμορφωμένο σε καμπύλο σχήμα. Στην ομάδα 2 (n=26) τοποθετήθηκε οπισθοστερνική ράβδος: 22 περιπτώσεις είχαν σκαφοειδή δυσμορφία και 4 πιθοειδή.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς της ομάδας 1 ήταν νεώτεροι (20.1±6.5 έτη έναντι 23.9±9.2 έτη, p=NS). Η διάρκεια νοσηλείας ήταν μικρότερη στην ομάδα 1, αλλά όχι στατιστικώς σημαντικά (5.3±1.5 μέρες έναντι 8.2±8.5 μέρες, p=0.13). Δεκαέξι ασθενείς της ομάδας 1 (21.9%) εμφάνισαν επιπλοκές σχετιζόμενες με την επέμβαση, σε αντίθεση με τους 15 (57.7%) της ομάδας 2 (x²=11.4, p<0.001). Οι ασθενείς με σκαφοειδή θώρακα που έλαβαν μεταλλική ράβδο είχαν περισσότερες επιπλοκές σε σχέση με τους υπόλοιπους (54.5% έναντι 14.8%, p<0.01). Παρόμοια τάση εμφανίσθηκε και στους ασθενείς με πιθοειδή θώρακα (75% έναντι 26%, p<0.05, αντίστοιχα). Τρεις ασθενείς της ομάδας 1 χρειάσθηκαν επανεπέμβαση σε αντίθεση με τους 8 ασθενείς της ομάδας 2 (4.1% έναντι 30.8%, p<0.01). Εξήνταέξι ασθενείς της ομάδας 1 (90.4%) δεν εμφάνισαν επιπλοκές στην απώτερη μετεγχειρητική περίοδο σε αντίθεση με 16 (61.5%) ασθενείς της ομάδας 2 (x²=11.2, p<0.01).

Συμπεράσματα: Η επιδιόρθωση των δυσμορφιών στέρνου χωρίς χρήση ραβδών υποστήριξης σχετίζεται με σημαντικά λιγότερες επιπλοκές, συντομότερη νοσηλεία και μικρότερο αριθμό επανεπεμβάσεων.

0061 ΣΠΑΝΙΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ ΘΩΡΑΚΟΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ ΥΠΟ ΤΑΣΗ, ΜΙΜΟΥΜΕΝΟ ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Κεφαλογιάννης Ε., Τεντζέρης Β., Παπαγιαννόπουλος Κ.

Θωρακοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο St James's, Leeds, UK

Σκοπός: Ο πνοθώρακας είναι μια κοινή οντότητα, που οφείλεται συνήθως σε επιπλοκή βακτηριακής πνευμονίας. Πολύ σπάνια εκδηλώνεται με σοβαρή μετατόπιση μεσοθωρακίου, ως αποτέλεσμα της παραγωγής αερίων από αναερόβια βακτήρια. Στην βιβλιογραφία αναφέρονται σποραδικές περιπτώσεις. Η αναγνώριση αυτής της κατάστασης επιτρέπει την έγκαιρη αντιμετώπιση και θεραπεία.

Υλικά και Μέθοδοι: Ένας 39 ετών άνδρας, υγιής και χωρίς σημαντικό ιατρικό ιστορικό, εισήχθη με σοβαρή δύσπνοια και γενική κακουχία. Αναφέρθηκε ιστορικό βίαιων εμέτων μετά από υπερβολική κατανάλωση οινόπνεύματος. Ακολούθησε παραγωγικός βήχας, πυρετός και γενική αδυναμία.

Αποτελέσματα: Η ακτινογραφία θώρακα αποκάλυψε δεξιό υπό τάση πνευμοθώρακα με σημαντική μετατόπιση του μεσοθωρακίου και σύμπτωση του δεξιού πνεύμονα. Από την παροχέτευση του θώρακα προέκυψε δύσσομη, θολή, πυώδης υπεζωκοτική συλλογή, που υποδήλωνε υδροπνοθώρακα με βρογχο-πλευρικό συρίγγιο. Η αξονική τομογραφία επιβεβαίωσε επιπλεγμένο υδροπνευμοθώρακα, ενώ η μικροβιολογική εξέταση έδειξε Gram θετικούς κόκκους.

Με βάση το ιστορικό του ασθενούς τέθηκε η κλινική υποψία ρήξης του οισοφάγου. Η οισοφαγο-γαστροσκόπηση δεν αποκάλυψε οισοφαγική ρήξη. Κατά τη διάρκεια της θωρακοτομής, ο πνεύμονας ήταν ατελεκτατικός και παγιδευμένος από παχύ και ασυνήθιστα νεκρωτικό φλοιό. Πλήρης αποφλοίωση πραγματοποιήθηκε επιτυχώς. Το υποκείμενο πνευμονικό παρέγχυμα ήταν απολύτως φυσιολογικό χωρίς ρήξη ή νέκρωση που να δικαιολογεί πνευμοθώρακα υπό τάση. Μια μεικτή χλωρίδα του *Streptococcus constellatus*, με αναερόβιο *Staphylococcus coagulase negative* απομονώθηκε από τη συλλογή. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν αργή, αλλά ομαλή. Σύμφωνα με τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα το ενδοθωρακικό αέριο προήλθε από τα αναερόβια βακτήρια.

Συμπεράσματα: Ο *Streptococcus constellatus*, είναι ένα από τα είδη της ομάδας *Streptococcus milleri*, που αποτελούν μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας του στόματος, γαστρεντερικής και ουρογεννητικής οδού και συχνά συνδέεται με πυώδεις λοιμώξεις. Η παραγωγή αερίων όταν παρατηρείται σε εστιακές βλάβες συνιστά σύμπτωμα αναερόβιας βακτηριακής λοίμωξης. Ωστόσο, είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις όπου παράγονται ενδοθωρακικά μεγάλες ποσότητες αερίων. Ως εκ τούτου καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία αυτής της σπάνιας αλλά δυνητικά απειλητικής για τη ζωή επιπλοκής.

0062 ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ (V.A.T.S.) ΕΚΤΟΜΗ 1^{ΗΣ} ΠΛΕΥΡΑΣ ΣΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΕΞΟΔΟΥ

Κωστοπαναγιώτου Κ., Παπαγιαννόπουλος Κ.

St James's University Hospital, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust,
Ηνωμένο Βασίλειο

Σκοπός: Το σύνδρομο θωρακικής εξόδου σχετίζεται με νευρολογική σημειολογία στο 93% των περιπτώσεων ενώ το υπόλοιπο 7% σχετίζεται με συμπτώματα κακής αιμάτωσης. Η θεραπεία είναι η χειρουργική εκτομή της 1^{ης} πλευρας. Η ενδοσκοπική διαμασχαλαία και η ενδοσκοπικώς υποβοηθούμενη εκτομή 1^{ης} πλευράς, έχουν ήδη περιγραφεί. Και οι 2 επεμβάσεις προποθέτουν την διενέργεια μίνι θωρακοτομής. Στην παρούσα εργασία περιγράφουμε την αποκλειστική ενδοσκοπική μέθοδο (novel complete endoscopic approach).

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα ασθενής 23 ετών με νευρογενές σύνδρομο θωρακικής εξόδου στην δεξιά άκρα χείρα υποβλήθηκε σε πλήρη ενδοσκοπική εκτομή 1^{ης} πλευράς. Η χειρουργική θέση ήταν αριστερά πλαγία. Διασωληνώθηκε με χρήση ενδοτραχειακού σωλήνα 2πλού αυλού. Χρησιμοποιήθηκαν 3 τυπικά VATS ports. Μετά τον αποκλεισμό του δεξιού πνεύμονος παρασκευάστηκε ο τοιχωματικός υπεζοκότας που καλύπτει την 1^η πλευρά καθ'όλη την έκταση αυτού. Η πλευρά ακρωτηριάστηκε στο πρόσθιο τμήμα της αρχικά για προστασία του νευραγγειακού δεματιου και την παροχή μεγαλύτερης κινητικότητας και εν συνεχεία αφαιρέθηκε με τμηματικές και διαδοχικές εκτομές με ειδικό ενδοσκοπικό οστεοτόμο. Στη συνέχεια έγινε αιμόσταση, επανέκπτυξη του πνεύμονος, σύγκλιση των οπών εργασίας και τοποθέτηση σωλήνα 24 fr.

Αποτελέσματα: Μετεγχειρητική νοσηλεία 48 ωρών χωρίς επιπλοκες και πλήρης εξάλειψη συμπτωμάτων σε 3 εβδομάδες.

Συμπεράσματα: Η αποκλειστική ενδοσκοπική εκτομή 1^{ης} πλευράς μέσω των συνηθισμένων VATS ports αποτελεί μια χειρουργική καινοτομία και είναι εφικτή χωρίς την ανάγκη ανοικτής προσπέλασης με συγκριτικά ανώτερα αισθητικά αποτελέσματα.

0063 ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΜΕΣΟΠΛΕΥΡΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ

Κωστοπαναγιώτου Κ., Παπαγιαννόπουλος Κ.

Thoracic Surgery Department, St. James's University Hospital, Leeds, UK

Εισαγωγή: Η ασυνήθιστη ύπαρξη ανευρύσματος μεσοπλεύριου αγγείου σχετίζεται με αγγειοπάθειες, ιατρογενές τραύμα ενώ έχει γίνει και συσχέτισμός με την νευροϊνωμάτωση. Η ύπαρξη αυτού σε ασθενή που υποβλήθηκε σε πολλαπλές πνευμονικές μεταστατεκτομές αποτελεί αιτία διαγνωστικών ελέγχων και αντιμετώπισης πιθανών επιπλοκών.

Υλικό: Άσθενής 73 ετών υποβλήθηκε αρχικά σε επιτυχή χαμηλή πρόσθια εκτομή λόγω αδενοκαρκινώματος του σιγμοειδούς. Στη διάρκεια του πρώτου μετεγχειρητικού έτους ανέπτυξε πνευμονικές μεταστάσεις για τις οποίες υποβλήθηκε σε επεμβάσεις μεταστατεκτομής και στους δύο πνεύμονες. Στην δεξιά πλευρά διενεργήθηκαν συνολικά τρεις επεμβάσεις, οι δύο εκ των οποίων ανοιχτές. Η τρίτη ήταν δεξιά κάτω λοβεκτομή χωρίς άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Σε μετέπειτα μετεγχειρητικό έλεγχο και με έντονη συμπτωματολογία θωρακικού άλγους έγινε αντιληπτή σκίαση στο δεξιό ημιθώρακιο. Ο έλεγχος με αξονική τομογραφία μετα σκιαγραφικού ανέδειξε ανεύρυσμα της δεξιάς 5^{ης} μεσοπλεύριας αρτηρίας στο επίπεδο της θωρακοτομής, διαμέτρου 2.2εκ. Η αξονική αγγειογραφία απέκλεισε την ύπαρξη παράπλευρων αγγείων. Διενεργήθηκε επιτυχώς διαδερμικός εμβολισμός με βελόνη επισκληριδίου καθετήρα 22G και έγχυση 3.5mls θρομβίνης. Δέν υπήρξαν άμεσες επιπλοκές. Σε 24 ώρες επαναλήφθηκε αξονική αγγειογραφία χωρίς επιπλέον ευρήματα. Ο επανέλεγχος τριμήνου ήταν αρνητικός.

Συμπέρασμα: Πρόκειται για μία εξαιρετικά ασυνήθιστη περίπτωση της οποίας η αιτιολογία σχετίζεται με την επαναληπτική θωρακοτομή στο ίδιο ημιθώρακιο. Η διαφοροδιάγνωση στην συγκεκριμένη κλινική περίπτωση περιλαμβάνει τόσο την υποπευδόμενη μεταστατική νόσο όσο και την λοίμωξη αναπνευστικού, το μετεγχειρητικό αιμάτωμα και το ανεύρυσμα κατιούσης αορτής. Η αξονική αγγειογραφία αρκεί για την τελική διάγνωση. Η πιθανή αυτόματη ρήξη και δημιουργία αιμοθώρακα αποτελεί σοβαρή απειλή για τον ασθενή. Οι σύγχρονη επεμβατική ακτινολογία μπορεί εύκολα να δώσει αποτελεσματική λύση με τον διαδερμικό εμβολισμό. Η φυσική παρουσία του θωρακοχειρουργού τόσο στην λήψη της απόφασης όσο και κατά την διενέργεια για την αντιμετώπιση επιπλοκής είναι επιβεβλημένη.

0064 ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΑΠΟ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗ ΤΙΤΑΝΙΟΥ - ΜΙΑ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ

Βάχλας Κ., Παπαγιαννόπουλος Κ.

St James's University Hospital, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust,
Ηνωμένο Βασίλειο

Σκοπός: Η Χρήση των ενδοπροθέσεων τιτανίου αποτελεί μια συνήθη μέθοδο στην ανακατασκευή του θωρακικού τοιχώματος. Η εκτομή των όγκων που διηθούν το θωρακικό τοίχωμα αποτελεί χειρουργική πρόκληση. Η αντικατάσταση πλευράς με ενδοπρόθεση τιτανίου καθηλωμένη σε σπόνδυλο δίνει μια νέα διάσταση στην συγκεκριμένη επέμβαση. Περιγράφουμε μια σπάνια επιπλοκή της τεχνικής.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα ασθενής με όγκο Pancoast δεξιού ημιθωρακίου υπεβλήθη σε άνω λοβεκτομή και εκτομή 3 πρώτων πλευρών. Έγινε εκτομή των αντοίστικων θωρακικών σπονδύλων και ακολούθως σπονδυλοδεσία με συνθετικό κλωβό και ανακατασκευή θωρακικού τοιχώματος. Η τρίτη πλευρά αντικαταστάθηκε με ράβδο τιτανίου και βίδες σταθεροποίησης σε κάθε άκρο. Η σπονδυλική στήλη ενισχύθηκε με οστικό μόσχευμα. Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο μετά από 4 ημέρες ομαλούς μετεγχειρητικής πορείας. Επανήλθε σε 3 εβδομάδες με διάσπαση τραύματος. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε υπεζωκοτική συλλογή και οισοφαγουπεζοκωτικό συρίγγιο.

Αποτελέσματα: Κατά την οισοφαγοσκόπηση επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη της ενδοπρόθεσης τιτανίου μέσα στον οισοφάγο. Ακολούθησε θωρακοτομή κατά την οποία επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη ελλείματος στο τοίχωμα του οισοφάγου και ατελεκτασία 2 λοβών του δεξιού πνεύμονος. Εγινε αφαίρεση της ενδοπρόθεσης και σύγκλιση του ελλείματος με κρημό μεσοπλευρίων μυών. Χρησιμοποιήθηκαν διακεκομμένα ράμματα και οισοφαγικά κηρία για να καθορισθούν τα όρια του ελλείματος. Στη συνέχεια έγινε αποφλοιώση των δυο λοβών και τέλος θωρακόστομια 2 πλευρών. Για τη βέλτιστη αντιμετώπιση χρησιμοποιήθηκε σύστημα αρνητικής πίεσης vac pack. Ομαλή μετεγχειρητική περίοδος.

Συμπεράσματα: Η χρήση ενδοπρόθεσης για την ανακατασκευή του θωρακικού τοιχώματος έχει ευρεία αποδοχή και αποτελεί κλινική πρόκληση. Η χρήση μεταλικών ράβδων πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και η σίγουρη και ασφαλής καθήλωση είναι απολύτως αναγκαία. Στην περίπτωση που συμβεί ασυνήθης επιπλοκή όπως η προαναφερθείσα απαιτείται ταχεία χειρουργική αντιμετώπιση.

0065 Η ΧΡΗΣΗ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ (VAC PACK) ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Κωστοπαναγιώτου Κ., Παπαγιαννόπουλος Κ.

St James's University Hospital, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust,
Ηνωμένο Βασίλειο

Σκοπός: Η παραδοσιακή αντιμετώπιση του εμπυήματος που ακολουθεί μια πνευμονία ή μια χειρουργική επέμβαση συχνά απαιτεί την δημιουργία θωρακοστόματος. Το θωρακόστομα χρειάζεται συχνές και επώδυνες αλλαγές τραύματος και σχετίζεται με παρατεταμένη νοσηλεία. Το ίδιο το τραύμα αποτελεί σοβαρή αναπηρία για τον ασθενή. Με την παρούσα μελέτη εξετάζουμε την χρήση συσκευών εφαρμογής αρνητικής πίεσης στην θεραπεία ασθενών με σοβαρή λοίμωξη της υπεζωκοτικής κοιλότητας.

Υλικό και Μέθοδοι: Επτά ασθενείς εμπεριλήφθησαν στην μελέτη. Ένας ασθενής ανέπτυξε εμπύημα μετά απο πνευμονία και άλλοι 6 είχαν πρόσφατα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ανοικτό καθαρισμό και παροχέτευση της υπεζωκοτικής κοιλότητας. Στην συνέχεια η κοιλότητα καλύφθηκε απο γάζες η σπόγγο και σύστημα αρνητικής πίεσης εφαρμόστηκε μετά το χειρουργείο. Οι ασθενείς έλαβαν εξιτήριο για το σπίτι με την φορητή συσκευή και τις αλλαγές συνέχισαν εξιδεικευμένοι νοσηλευτές κατ'οίκον δις εβδομαδιαίως. Μετά απο μικρό χρονικό διάστημα η υπεζωκοτική κοιλότητα ήταν πλέον ελεύθερη λοίμωξης και καλύφθηκε σταδιακά απο υγιή κοκκιώδη ιστό χωρίς την ανάγκη δεύτερης χειρουργικής επέμβασης.

Αποτελέσματα: Η χρήση των συσκευών εφαρμογής αρνητικής πίεσης εξαλείφει τις συχνές αλλαγές τραύματος και επιτυγχάνει συντομότερη νοσηλεία και αποκατάσταση. Η συνολική διάρκεια της νοσηλείας καί του χρόνου έως την σύγκλειση της εμπυηματικής κοιλότητας είναι συντομότερη με την εφαρμογή της μεθόδου αυτής. Κάνεις απο τους ασθενείς στους οποίους χρησιμοποιήθηκε δεν χρειάστηκε επανεπέμβαση και κανείς δεν ανέφερε σημαντικό πόνο ή επιπλοκή που να σχετίζεται με την συγκεκριμένη θεραπεία. Όλοι οι ασθενείς επέστρεψαν στην εργασία τους χωρίς προβλήματα και δεν υπήρξε ανάγκη επανεισαγωγής στο νοσοκομείο.

Συμπεράσματα: Η παρατηρήσεις μας από την χρήση της συσκευής αρνητικής πίεσης καταλήγουν στο ότι η χρήση της οδηγεί σε ταχύτερη έξοδο του ασθενούς απο το νοσοκομείο, ταχύτερη ανάρρωση και καλύτερη αποδοχή από τους ασθενείς και είναι οικονομικά αποτελεσματικότερη καθώς απελευθερώνει κλίνες στην τριτοβάθμια περίθαλψη.

0066 ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΑΣ ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Κρασάς Α., Μάλλιος Δ., Αγιαννίδου Α., Χατζίνης Α., Ηλιάδης Κ.

Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα

Με τον όρο «γιγαντιαία εμφυσηματική κύστη» ορίζεται ένας χώρος με αέρα εντός του πνευμονικού παρεγχύματος και ο οποίος καταλαμβάνει περισσότερο από το 1/3 του ημιθωρακίου. Είναι αποτέλεσμα της καταστροφής του πνευμονικού παρεγχύματος από το εμφύσημα. Το κάπνισμα και η ανεπάρκεια της α1 αντιθρυψίνης είναι οι κυριότερες αιτίες δημιουργίας εμφυσηματικών κύστεων. Η γιγαντιαία κύστη -και λόγω αυξημένης ενδοτοκτικότητας- επανακατευθύνει τη ροή του αέρα από τον φυσιολογική πνεύμονα εντός αυτής και προκαλεί υποαερισμό του φυσιολογικού πνεύμονα. Στα κριτήρια χειρουργικής αντιμετώπισης περιλαμβάνονται: η ύπαρξη γιγαντιαίας κύστης και περιοχών πνεύμονα που υποαερίζονται, η δύσπνοια, η αιμόπτυση, ο πνευμοθώρακας και το θωρακικό άλγος.

Ασθενής 70 ετών, με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας υπό φαρμακευτική αγωγή παρουσίασε αυτόματο πνευμοθώρακα αριστερά προσήλθε αιτιώμενος θωρακαλγία αριστερά με αντανάκλαση στον αριστερό ώμο από 24ώρου με συνοδό προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια. Ο κορεσμός του οξυγόνου ήταν 95% (FiO2 50%). Η ακτινογραφία θώρακος κατέδειξε ολικό πνευμοθώρακα αριστερά με εικόνα διπλής πνευμονικής παρυφής (giant bullae). Αρχικά τοποθετήθηκε σωλήνας κλειστής παροχέτευσης αριστερού ημιθωρακίου στο 2^ο μεσοπλεύριο διάστημα (μέση κλειδική γραμμή). Ακολούθως υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία θώρακος η οποία κατέδειξε υποδόριο εμφύσημα και μια γιγαντιαία εμφυσηματική κύστη αριστερού πνεύμονα η οποία καταλαμβάνει το 1/3 του αριστερού ημιθωρακίου.

Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο και μετά από διασωλήνωση με σωλήνα διπλού αυλού και σε δε πλάγια θέση υπεβλήθη σε θωρακοσκοπική εκτομή της κύστης διαμέσου 3 ports (10mm, 12mm και 5mm) τοποθετημένα στο 8^ο μεσοπλεύριο διάστημα (μέση μασχαλιαία γραμμή), 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα (πρόσθια μασχαλιαία γραμμή) και 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα (γωνία της ωμοπλάτης). Ανεύρισκεται η εμφυσηματική κύστη διαστάσεων 15X18εκ, η οποία καταλαμβάνει σχεδόν το 1/3 του ημιθωρακίου και η οποία εμφανίζει μίσχο σε επαφή με το πρόσθιο βρογχοπνευμονικό τμήμα του αριστερού άνω λοβού. Η κύστη συμφύεται με το περικάρδιο. Αρχικά και παρασκευάζεται και διατέμνεται με κοπτορράπη 60mm το τμήμα του παρεγχύματος από το οποίο εξορμάται η κύστη. Ακολούθως, και μετά την αναγνώριση του αριστερού φρενικού νεύρου αποκολλάται η κύστη εκ του περικάρδιου και εκ του μεσοθωρακικού λίπους με τη χρήση διαθερμίας και ενδοσκοπικού ψαλιδιού υπερήχων. Αφαίρεση εμφυσηματικής κύστης με ασκό εξαγωγής παρασκευάσματος (Endobag).

Συμπληρωματικές σφηνοειδείς εκτομές τμημάτων αριστερού άνω λοβού με σκοπό της αφαίρεση έτερων εμφυσηματικών κύστεων και τοποθέτηση 2 σωλήνων παροχέτευσης ημοθωρακίου.

Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή. Οι σωλήνες παροχέτευσης αφαιρέθηκαν την 2^η και την 4^η μετεγχειρητική ημέρα. Ο ασθενής εξήλθε την 5^η μετεγχειρητική ημέρα. Η ακτινογραφία εξόδου ήταν ομαλή.

Η ιστολογική εξέταση έδειξε ότι πρόκειται για αερώδη κύστη πνεύμονα.

0067 ΕΙΝΑΙ ΕΦΙΚΤΗ Η ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΘΥΜΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ VIDEO-ASSISTED THORACIC SURGERY;

Κρασάς Α., Μάλλιος Δ., Αγιαννίδου Α., Χατζίνης Α., Ηλιάδης Κ.

Νοσοκομείο Υγεία, Αθήνα

Η μυασθένεια Gravis (MG) είναι μια πάθηση η οποία σχετίζεται με παθολογία του θύμου αδένος (θυμώματα-θυμική υπερπλασία κ.τ.λ.). Στο 10% των ασθενών με MG εμφανίζεται θύμωμα ενώ το 40% των ασθενών με θύμωμα εμφανίζουν MG στο πλαίσιο του παραθυμικού συνδρόμου. Από παλιά είναι γνωστό ότι, θυμεκτομή βοηθά στην πρόγνωση της MG. Η λογική είναι η αφαίρεση όλου του αδένος χωρίς ρήξη της κάψας του. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται (εκτός της απλής θυμεκτομής) είναι η εκτεταμένη (αφαίρεση του αδένος μαζί με το μεσοθωρακικό λίπος, του λίπους περιξ ανώνυμης φλέβας και όλων των ιστών 1 εκ. από κάθε φρενικό νεύρο) και η maximal θυμεκτομή. Παρουσιάζουμε μια τροποποίηση της VATS εκτεταμένης θυμεκτομής κατά την οποία εκτός από την αριστερή γίνεται και δεξιά θωρακοσκόπηση με σκοπό τον καλύτερο έλεγχο του φρενικού νεύρου και την αφαίρεση του έκτοπου θυμικού ιστού.

Μετά από ενδοτραχειακή διασωλήνωση με σωλήνα διπλού αυλού και υψηλή θωρακική επισκληρίδιο αναλγησία, η ασθενής τοποθετείται σε θέση θωρακοτομής Clamshell. Αρχικά, δια μέσου τομής 10 mm στο 8^ο μεσοπλεύριο διάστημα (μέση μασχαλιαία γραμμή) τοποθετείται port 10mm (camera 30mm) και γίνεται θωρακοσκόπηση αριστερά. Ανευρίσκεται βλάβη στο πρόσθιο άνω μεσοθωράκιο στην ανατομική θέση του θύμου αδένος κίτρινου χρώματος διαμέτρου περίπου 5 εκ. στην επιμήκη διάμετρο. Συμπληρωματικά ports 12 και 10 mm τοποθετούνται στο 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα (κάτωθεν της θηλής και στην πρόσθια μασχαλιαία γραμμή αντίστοιχα). Αρχικά αναγνωρίζεται το αριστερό φρενικό νεύρο και ακολουθεί η αποκόλληση της βλάβης από το περικάρδιο (με φορά από κάτω προς τα πάνω) σε απόσταση 1 εκ. από το αριστερό φρενικό νεύρο με τη χρήση ενδοσκοπικού ψαλιδιού υπερήχων (Ultrascision 5mm). Το μεσοθωρακικό λίπος αφαιρείται επίσης μαζί με το θύμο αδένος. Στη συνέχεια, αναγνωρίζεται η αριστερή ανώνυμος φλέβα και η θυμική φλέβα που εκβάλλει σε αυτήν η οποία και απολινώνεται με ενδοσκοπικά clips. Το αριστερό κέρασ του θύμου παρασκευάζεται και κινητοποιείται μαζί με τον λιπώδη ιστό γύρω από την αριστερή ανώνυμη φλέβα.

Ακολούθως και με τη χρήση ενός δεύτερου ενδοσκοπικού πύργου, εκτελείται θωρακοσκόπηση δεξιού διαμέσου ενός port 10mm και μιας camera 30mm το οποίο τοποθετείται στο 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα δεξιά (κάτωθεν της θηλής του μαστού). Αναγνωρίζεται το δεξιό φρενικό νεύρο και η πιθανότητα ύπαρξης έκτοπου θυμικού ιστού (όπισθεν της άνω κοίλης φλέβας, διάφραγμα κ.λπ.). Υπό άμεση όραση διανοίγεται ο μεσοθωρακικός υπεζωκότας και

παρασκευάζεται από τη δεξιά πλευρά η μάζα και πάντα σε απόσταση 1εκ. από το δεξιό φρενικό νεύρο. Παρασκευάζεται και κινητοποιείται το δεξιό κέρασ του θύμου. Τέλος, αφαιρείται η βλάβη μαζί με το μεσοθωρακικό λίπος μέσα σε ενδοσκοπικό ασκό αφαίρεσης παρασκευάσματος. Οι δύο κοιλότητες παροχετεύονται με Argyle 28F.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή. Οι σωλήνες παροχέτευσης αφαιρέθηκαν την 2^η μετεγχειρητική ημέρα. Η ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου την 3^η μετεγχειρητική ημέρα σε καλή γενική κατάσταση.

Συμπέρασμα: Η αμφοτερόπλευρη VATS προσπέλαση για τη διενέργεια της maximal θυμεκτομής είναι εφικτή και μπορεί να βοηθήσει στην προστασία των φρενικών νεύρων καθώς και στην ανεύρεση και αφαίρεση έκτοπου θυμικού ιστού.

0068 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ 3-D CONFORMAL ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΟ Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Στυλιανίδου Σ.¹, Δομοξούδης Σ.¹, Κυρατζόπουλος Κ.¹, Χατζηγιαννάκη Α.², Τζίτζικας Ι.¹, Πιστεύου-Γομπάκη Κ.¹

¹Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, ²Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας(ΣΑΚΦ) συνήθως προκαλείται από όγκο, καρκίνο του πνεύμονα, που αποφράσσει την άνω κοίλη φλέβα. Εμφανίζεται με οίδημα προσώπου, ερυθρότητα και δύσπνοια. Αποτελεί επείγουσα ογκολογική κατάσταση που απαιτεί επείγουσα εξωτερική ακτινοβολία.

Σκοπός: Η άμεση εφαρμογή της 3D conformal εξωτερικής ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας.

Υλικό και Μέθοδοι: Στο χρονικό διάστημα 2010-2012 προσήλθαν στο Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας του Π.Γ.Ν.Θ.ΑΧΕΠΑ 16 ασθενείς με καρκίνο πνεύμονος και Σύνδρομο άνω κοίλης. 6 ασθενείς εμφάνιζαν έντονα τα συμπτώματα (οίδημα, δύσπνοια). 10 ασθενείς παρουσίασαν αρχόμενο ΣΑΚΦ. Σε όλους η CT θώρακος απεικόνιζε τη μάζα που προκαλούσε απόφραξη της άνω κοίλης φλέβας. Είχε γίνει βιοψία και αποκλεισμός λεμφώματος ή τυχόν όγκου γεννητικών κυττάρων. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν άμεσα σε CT-simulator εξομοίωση, 2D-3D Conformal Treatment Planning - συμβατική κλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία με γραμμικό επιταχυντή που διαθέτει MLC-multilief collimator(αυτόματα φύλλα μολύβδου-blocks για προστασία υγιών οργάνων-καρδιά, υγιής πνεύμονας). Οι ασθενείς με αρχόμενο ΣΑΚΦ έλαβαν 10 συνεδρίες με 300cGy/συνεδρία σε διάστημα 2 εβδομάδων. Στους ασθενείς με ήδη εγκατεστημένο ΣΑΚΦ χορηγήθηκαν αρχικά 2 συνεδρίες με 400cGy/συνεδρία, και στη συνέχεια έξι συνεδρίες με 300cGy/συνεδρία.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς μετά την 2^η συνεδρία αποκατέστησαν σημαντικά την αναπνευστική ικανότητα. Το οίδημα και η ερυθρότητα του προσώπου δεν ήταν εμφανή μετά την 3^η συνεδρία. 14 ασθενείς μετά το πέρας των συνεδριών της ακτινοθεραπείας ήταν σε άριστη κατάσταση. 2 ασθενείς εμφάνισαν ελάχιστη δύσπνοια που εξαλείφθηκε σε διάστημα 2 εβδομάδων μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας. Στις CT θώρακος, ένα μήνα μετά, οι μάζες που προκαλούσαν απόφραξη της άνω κοίλης απεικονίστηκαν αρκετά μειωμένες. Η αναπνευστική λειτουργία των ασθενών είχε αποκατασταθεί πλήρως.

Συμπεράσματα: Η άμεση εφαρμογή της 3D conformal εξωτερικής ακτινοθεραπείας, με σύντομα σχήματα και υψηλές δόσεις, αποτελεί άριστη θεραπευτική προσέγγιση στους ασθενείς με ΣΑΚΦ. Ανακουφίζει από τα συμπτώματα προσδίδοντας προσδόκιμο επιβίωσης και βελτίωση ποιότητας ζωής.

0069 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ

Καρβέλας Χ., Φορούλης Χ., Καρατζόπουλος Α., Αργυριάδου Έ., Τόσιος Π., Αναστασιάδης Κ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Να παρουσιαστεί η εμπειρία από την αντιμετώπιση των περικαρδιακών συλλογών και να συγκριθούν οι διάφορες μέθοδοι αντιμετώπισης.

Υλικό-Μέθοδος: Σε χρονικό διάστημα 7 ετών (2005-2012) αντιμετωπίστηκαν 115 περικαρδιακές συλλογές (60 γυναίκες, μέσος όρος ηλικίας: 60,9 έτη). Σε 32 περιπτώσεις (27,8%) η συλλογή ήταν υποτροπιάζουσα. Σε 98 περιπτώσεις η παροχέτευση έγινε με την υποξιφοειδική προσπέλαση, σε 8 με αριστερή πρόσθια θωρακοτομή και σε 7 με περικαρδιοκέντηση με τη μέθοδο Seldinger. Σε μία περίπτωση η παροχέτευση έγινε με δεξιά πρόσθια θωρακοτομή, λόγω πρότερης οισοφαγεκτομής με αριστερή θωρακοκοιλιακή προσπέλαση. Η μέση στερνοτομή επιλέχθηκε σε μία υποτροπιάζουσα συλλογή για ταυτόχρονη διενέργεια περικαρδιοεκτομής. Η επιλογή της προσπέλασης βασίστηκε στην ύπαρξη καρδιακού επιπωματισμού/προεπιπωματισμού, την προτίμηση του χειρουργού, τη συνύπαρξη άλλης παθολογίας ή επεμβάσεων, τη γενική κατάσταση του ασθενή και την ανάγκη για ολική ή υπολική περικαρδιοεκτομή σε υποτροπιάζουσες ή χρόνιες περικαρδίτιδες. Τοπική αναισθησία σε συνδυασμό με ενδοφλέβια καταστολή και χωρίς διασωλήνωση της τραχείας εφαρμόστηκε σε 59 περιπτώσεις (52 υποξιφοειδικές προσπελάσεις και 7 περικαρδιοκεντήσεις).

Αποτελέσματα: Τα αίτια των περικαρδιακών συλλογών ήταν: ιδιοπαθής (48), νεοπλασματική νόσος (22), όψιμη μετά καρδιοχειρουργική επέμβαση συλλογή (14), συστηματικό αυτοάνοσο νόσημα (15), χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (6), επιπλοκή καρδιολογικής παρέμβασης (4), μικροβιακή λοίμωξη (3), καρδιακή ανεπάρκεια (3). Η περιεγχειρητική θνητότητα ήταν 4,34% (5:115), οφειλόμενη κυρίως στο τελικό στάδιο του υποκειμένου νοσήματος. Μείζονες επιπλοκές παρουσιάστηκαν σε 8 ασθενείς (6,9%): καρδιακή ανακοπή επί της χειρουργικής κλίνης σε 4 περιστατικά επιπωματισμού που ανατάχθηκαν με την παροχέτευση, πνευμοθώρακας δεξιά σε 2 περιστατικά υποξιφοειδικής παροχέτευσης με τοπική αναισθησία και διάτρηση της δεξιάς κοιλίας σε εκπαιδευτική περικαρδιοκέντηση, που αντιμετωπίστηκε με άμεση κατώτερη στερνοτομή και συρραφή της ρήξης.

Συμπεράσματα: Η ύπαρξη επιπωματισμού, η υποτροπιάζουσα συλλογή και η γενική κατάσταση του ασθενή καθορίζουν την οδό προσπέλασης για παροχέτευση των περικαρδιακών συλλογών. Η περικαρδιοπαρακέντηση και η υποξιφοειδική προσπέλαση με τοπική αναισθησία πλεονεκτούν σε περιπτώσεις καρδιακού επιπωματισμού, αλλά συνοδεύονται από περισσότερες επιπλοκές.

0070 ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΩΜΑΛΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΛΕΒΙΚΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Τουρμούσογλου Χ., Προκάκης Χ., Κωλέτσος Ε., Χαρούλης Ν., Αλεξόπουλος Π., Μαργαρίτης Ε., Φλίγκου Φ., Φίλος Κ., Δουγένης Δ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική και Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Σκοπός: Η μερική ανώμαλη πνευμονική φλεβική επιστροφή (ΑΦΕ) είναι μία σπάνια συγγενής ανωμαλία που παρουσιάζεται στο 0.4% με 0.7% του συνόλου των συγγενών καρδιοπαθειών. Η ανωμαλία μπορεί να είναι συμπτωματική και να συνδέεται συχνά και με άλλες συγγενείς καρδιακές ανωμαλίες, όπως είναι η μεσοκολπική επικοινωνία. Η παρουσία ασυμπτωματικής ανώμαλης φλεβικής επιστροφής χωρίς μεσοκολπική επικοινωνία είναι σπάνια. Οι περισσότερες περιπτώσεις εντοπίζονται στο δεξιό πνεύμονα και οι ανώμαλες φλέβες συχνά εκβάλλουν στην άνω κοίλη φλέβα ή το δεξιό κόλπο.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στη βάση δεδομένων της κλινικής από το 1990 έως το 2012 για ασθενείς που παρουσίασαν καρκίνο του πνεύμονα και ανώμαλη πνευμονική φλεβική επιστροφή.

Αποτελέσματα: Η αναζήτηση 4 ασθενείς που διεγχειρητικά διαγνώσθηκε ΑΦΕ. Στον 1 η διαγνώση ήταν καθυστερημένη και έγινε πνευμονεκτομή, σε 2 αναγνωρίσθηκε η ανωμαλία και λήφθηκαν καταλληλα μετρα. Ο 4^{ος} ασθενής, 45 ετών, παρουσίασε επίμονο βήχα για δύο μήνες. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αντιολογικό έλεγχο και η μία μάζα, διαστάσεων 5.8Χ6.66Χ6.3 εκατοστών με ανώμαλο ακτινωτό περίγραμμα, η οποία καταλάμβανε το κορυφαίο και βασικό τμήμα του δεξιού κάτω λοβού, ενώ ερχόταν σε επαφή με τη σύστοιχη δεξιά πύλη και στραγγάλιζε το σύστοιχο βρόγχο. Κατά τη χειρουργική επέμβαση εκτελέσθηκε διλοβεκτομή δεξιά και διαπιστώθηκε η μερική ανώμαλη πνευμονική φλεβική επιστροφή του δεξιού άνω λοβού στην άνω κοίλη φλέβα. Η χειρουργική επέμβαση ολοκληρώθηκε επιτυχώς. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς δεν παρουσίασε επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Κατά την εκτέλεση επεμβάσεων για την αφαίρεση καρκίνου του πνεύμονα διαπιστώνονται ανατομικές ανωμαλίες της φλεβικής επαναφοράς των λοβών του πνεύμονα. Μερικές φορές τίθεται το ερώτημα της αφαίρεσης ή όχι του λοβού με την ανατομική ανωμαλία. Παρουσιάζονται οι συνηθέστερες ΑΦΕ που ο χειρουργός πρέπει να γνωρίζει τις ανατομικές ανωμαλίες και να σχεδιάζει ανάλογα την χειρουργική επέμβαση.

0071 ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΤΟΜΕΣ ΣΕ T4 NSLC ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Τουρμούσογλου Χ., Κωλέτσης Ε., Προκάκης Χ., Χαρούλης Ν., Αλεξόπουλος Π., Μαργαρίτης Ε., Φλίγκου Φ., Φίλος Κ., Δουγένης Δ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική και Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών

Σκοπός: Η εκτομή τοπικά προχωρημένου μη-μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα με τη βοήθεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας (ΕΣΚ) δεν πραγματοποιείται συχνά. Η εξωσωματική κυκλοφορία, όπως είναι γνωστό, μπορεί να προκαλέσει διεγχειρητικά πνευμονικό οίδημα, βλάβη του μυοκαρδίου λόγω της επανααιμάτωσης, οξεία βλάβη των πνευμόνων και οξύ σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας. Θα αναφερθούμε σε δύο ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή με τη βοήθεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας.

Υλικό Και Μέθοδος: Η αναζήτηση στη βάση δεδομένων της κλινικής από το 2005 έως το 2012 ανέδειξε 5 ασθενείς με T4 καρκίνωμα που διηθούσε την πνευμονική αρτηρία και 2 τον αρ. κόλπο. Οι ασθενείς χειρουργήθηκαν με δυνατότητα χρήσης ΕΣΚ.

Αποτελέσματα: Περίπτωση 1^η Πρόκειται για ασθενή 59 ετών, που σε μαγνητική τομογραφία του μεσοθωρακίου αναδείχθηκε ευμεγέθης εξεργασία ανομοιογενούς δομής στην κορυφή του αριστερού πνεύμονα, διαστάσεων 8X10 εκατοστών, η οποία βρισκόταν σε επαφή και φαινόταν να διηθεί το αορτικό τόξο, μικρό τμήμα του κώνου της πνευμονικής αρτηρίας καθώς και σε μεγάλο βαθμό τον αριστερό κλάδο αυτής. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε πνευμονεκτομή αριστερά με τη βοήθεια ΕΣΚ. Εξήλθε την 8^η ΜΜ.

Περίπτωση 2^η Πρόκειται για ασθενή 62 ετών που παρουσίασε παρουσίασε εξεργασία στερεά συμφύομένη με την αριστερή πύλη, το θωρακικό τοίχωμα, τον αριστερό στελεχιαίο βρόγχο, την αορτή και τον οισοφάγο. Υποβλήθηκε σε πνευμονεκτομή αριστερά ΕΣΚ. Μετεγχειρητικά παρουσίασε παροδικό εγκεφαλικό και διαταραχές ηκτικότητας. Εξήλθε την 33^η ΜΜ

Περίπτωση 3^η Ασθενής 62 με διήθηση κατά συνέχεια ιστού του κώνου και της αριστεράς πνευμονικής αρτηρίας και αρ κόλπου. Μετεγχειρητικά παρουσίασε σοβαρό ισχαιμικό εγκεφαλικό έμπρακτο.

Συμπεράσματα: Οι εκτεταμένες πνευμονικές εκτομές σε προχωρημένου βαθμού νεοπλάσματα του θώρακα με τη βοήθεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας μπορούν να πραγματοποιηθούν με σκοπό να επιτευχθεί η ολοκληρωτική εκτομή της κακοήθους εξεργασίας. Έχουν μεγάλη νοσηρότητα.

0072 ALTERNATIVE PORT ACCESSES FOR AORTIC STENTING OF DISTAL ARCH AND DESCENDING AORTIC ANEURYSMS

Προκάκης Χ., Τουρμούσογλου Χ., Κωλέτσης Ε., Χαρούλης Ν., Αλεξόπουλος Π., Μαργαρίτης Ε., Φλίγκου Φ., Τσελίκος Δ., Αποστολάκης Σ., Φίλος Κ., Δουγένης Δ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική και Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών

Background: Severe atherosclerosis of the femoral and iliac arteries and abdominal aorta as well as significant sinuosity of the thoracic aorta may preclude aortic stenting via the femoral arteries. We present the cases of 3 patients having the descending thoracic aorta stented through alternative port accesses.

Patients and methods: Two patients presented descending thoracic aorta aneurysms and the third one suffered of a type B intramural hematoma. All patients underwent CT angiography. Partial sternotomy and antegrade stenting, through an 8 mm graft sutured to the aorta just proximal to the take off of the brachiocephalic artery, was carried out in 2 patients. The third one underwent mini left thoracotomy and the stent was placed via an 8 mm graft sutured to the distal descending thoracic aorta and exteriorized through a separate port on the left hemithorax to avoid its kinking. Two patients required a left carotid to left subclavian artery bypass as the stent occluded the take off of the left subclavian artery. One had the procedure immediately after the aortic stenting because of inappropriate perfusion of the left arm while the second one underwent bypass before the stent placement since there was a patent LIMA to LAD graft.

Results: Two patients had an uneventful recovery and were discharged at 72 hours from surgery. The third one presented atelectasis of the left lower lobe and had a hospital stay of 7 days. CT angiography at 48 hours and after 6 months showed no signs of endo-leak.

Conclusions: Aortic stenting through alternative port accesses is feasible and safe and may allow avoiding open surgery in those patients with aortic disease and inaccessible femoral vessels, severe abdominal aorta atherosclerosis and thoracic aorta sinuosity.

0073 ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΟΙΣΟΦΑΓΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΑΟΡΤΙΚΟ STENT ΓΙΑ ΜΑΖΙΚΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΗ

Tsagkaropoulos S., De Giacomo T., Telha V., Francioni F.

Cattedra di Chirurgia Toracica, Università di Roma «Sapienza», Italy

Ο καρκίνος του οισοφάγου που εκτείνεται στις αγγειακές δομές του μεσοθωρακίου είναι μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση και απαιτεί προσεκτική προσέγγιση για να επιχειρηθεί η κατάλληλη θεραπεία. Η παρουσία ενός αορτο-οισοφαγικού συριγγίου, που δεν οδηγεί άμεσα σε αιφνίδιο θάνατο, είναι μια σπάνια περίπτωση και η ενδοαορτική τοποθέτηση stent μπορεί να απαιτείται για την πρόληψη ή τη θεραπεία θανατηφόρας αιμορραγίας.

Αναφέρουμε την περίπτωση ενός ασθενούς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του οισοφάγου που παρουσιάζει μαζική αιματέμεση λόγω νεοπλασματικής διήθησης της κατιούσας αορτής. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε τοποθέτηση αορτικού stent και άμεση ολική οισοφαγεκτομή. Η συνέχεια της πεπτικής οδού έγινε με χρήση γαστρικού σωλήνα την ίδια στιγμή.

Ο ασθενής είχε σταθερή μετεγχειριστική πορεία και ακολούθησε χημειοακτινοθεραπεία. Έζησε σε καλή κατάσταση για δέκα μήνες όταν και επήλθε ξαφνικός θάνατος.

0074 ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗ. Η ΠΕΝΤΗΚΟΝΤΑΕΤΗΣ ΠΕΙΡΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΣ

Τζατζαδάκης Ν., Ζαράγκας Στ., Καλαντζή Ν., Αντωνόπουλος Αχ., Γεραζούνης Μ.

Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν. Νίκαιας Αγ. Παντελεήμων, Πειραιάς

Η καρδιακή εχينوκοκκίαση, είναι εξαιρετικά σπάνια οντότητα και η διάγνωσή της υπήρξε και παραμένει δυσχερής. Παρατηρείται σε ποσοστό 0,2 - 2% του συνόλου των περιστατικών εχينوκοκκίασης, το 90% των οποίων, αφορά στο ήπαρ και τους πνεύμονες.

Σκοπός της μελέτης μας, είναι η παρουσίαση της μικρής μας πείρας από την αντιμετώπισή της και η παράθεση βιβλιογραφικών δεδομένων, που άπτονται του θέματος.

Το υλικό της παρουσίασης, περιορίζεται σε τρία μόνο περιστατικά, που αντιμετωπίστηκαν στο τμήμα μας στην πεντηκονταετή του ιστορία. Πρόκειται για 3 άνδρες, ηλικίας 67, 58 και 25 ετών. Το κύριο σύμπτωμα στους δύο πρώτους, ήταν θωρακικό άλγος και στον τρίτο, κεφαλαλγία, ημιανοψία και αδυναμία αριστερού άνω και κάτω άκρου. Τα στοιχεία από το ιστορικό, την κλινική και την εργαστηριακή μελέτη, ήταν ύποπτα καρδιακής εχينوκοκκίασης, αλλά όχι αποδεικτικά της νόσου. Ειδικά για το τρίτο περιστατικό, η παρουσία κυστικών μορφωμάτων του εγκεφάλου, θύμιζε έντονα τη νόσο. Η διάγνωση, τέθηκε σε όλους τους ασθενείς διεγχειρητικά. Αντιμετωπίστηκαν όλοι, με εξαίρεση των μονήρων κυστικών μορφωμάτων της καρδιάς και ακολούθησε, σύμπτυξη της εναπομένουσας μυοκαρδιακής κοιλότητας και ενίσχυσή της με περικάρδιο. Η μετεγχειρητική πορεία, ήταν σε όλους ανεπίπλοκη και η τελική διάγνωση, τέθηκε με βιοψία του εξαιρεθέντος υλικού. Στο τρίτο περιστατικό της μελέτης μας, χρειάστηκαν τρεις επιπλέον επεμβάσεις στον εγκέφαλο, για την αφαίρεση κύστεων εχينوκόκκου. Στον πληθυσμό της μελέτης μας, δεν παρατηρήθηκε υποτροπή της νόσου.

Η σχεδόν πλήρης εξάλειψη της εχينوκοκκίασης στη χώρα μας, κάνει ακόμη πιο σπάνια την πιθανότητα ανάγκης αντιμετώπισής της και ελπίζουμε, η πείρα μας, να παραμείνει μόνο ιστορικής σημασίας.

Συμπερασματικά, η καρδιακή εντόπιση της υδατιδίδωσης, ήταν και παραμένει εξαιρετικά σπάνια. Η αντιμετώπισή της, παρά τις εξελίξεις της σύγχρονης ιατρικής, παραμένει αποκλειστικά χειρουργική.

0075 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ. ΤΡΙΑΚΟΝΤΑΕΤΗΣ ΠΕΙΡΑ

Γεραζούνης Μ., Καλαντζή Ν., Καλογήρου Αικ., Τζατζαδάκης Ν.,
Ζαράγκας Στ.

Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν. Νίκαιας Άγ. Παντελεήμων, Πειραιάς

Σαν **εμπύημα** του θώρακος, ορίζεται η παρουσία πύου σε υπεζωκοτική κοιλότητα. Η οντότητα, είναι **εξαιρετικά σπάνια** στα παιδιά, αλλά συνεχίζει να απαντάται στην καθημερινή πράξη, συνηθέστατα σαν επιπλοκή πνευμονίας και σπανιότατα σαν αποτέλεσμα χειρουργικού χειρισμού. Γενικά, απαιτεί τη σωστή μας εκτίμηση και κατάλληλη αντιμετώπιση.

Σκοπός της μελέτης μας, είναι η παράθεση της πείρας μας στην αντιμετώπιση του εμπύηματος του θώρακος στον παιδικό πληθυσμό και η αναφορά σε βιβλιογραφικά δεδομένα επί του θέματος.

Ο πληθυσμός της μελέτης μας, περιλαμβάνει **9 περιστατικά** παιδικού εμπύηματος του θώρακος, που αντιμετωπίστηκαν την τελευταία τριακονταετία. Πρόκειται για **7 αγόρια** και **2 κορίτσια**, ηλικίας μεταξύ **3 και 6 ετών**. Μόνο **ένα** από τα περιστατικά μας, ανέπτυξε εμπύημα σαν συνέπεια χειρουργικού χειρισμού (πλαστική κήλης του διαφράγματος) ενώ στα υπόλοιπα, ήταν αποτέλεσμα πνευμονίας.

Όλα τα παιδιά, αντιμετωπίστηκαν **επιτυχώς**, με κλειστή παροχέτευση με σωλήνα, καλλιέργεια του πλευριτικού υγρού, κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή και στενή παρακολούθηση. Στον πληθυσμό της μελέτης μας, απομονώθηκαν σαν αιτιολογικοί παράγοντες στρεπτόκοκκος και σταφυλόκοκκος, δεν παρατηρήθηκαν θάνατοι και δεν υπήρξε ανάγκη πνευμονικής αποφλοίωσης.

Το **εμπύημα** του θώρακος στα παιδιά, είναι **σπανιότατη** οντότητα. Η αιτιολογική αντιμετώπιση, είναι απαραίτητη. Όμως, συνηθέστατα οφείλεται σε πνευμονία και αντιμετωπίζεται **επιτυχώς**, με **κλειστή παροχέτευση με σωλήνα** και κατάλληλη **αντιμικροβιακή αγωγή**. Η **αποφλοίωση** του πνεύμονος, είναι σπανιότατα αναγκαία στον παιδικό πληθυσμό και δε χρησιμοποιήθηκε στον πληθυσμό της μελέτης μας.

0076 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΑΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙ 6 ΕΤΩΝ

Καλαντζή Ν., Γεραζούνης Μ., Τζατζαδάκης Ν., Ζαράγκας Στ.,
Αντωνόπουλος Αχ.

Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν. Νίκαιας Αγ. Παντελεήμων, Πειραιάς

Η παραοισοφαγική διαφραγματοκήλη, είναι σπάνια στους ενήλικες και σπανιότατη στα παιδιά! Παρουσιάζουμε περίπτωση παραοισοφαγικής διαφραγματοκήλης σε παιδί 6 ετών, που διαγνωστήκε και αντιμετωπίσθηκε στο τμήμα μας.

Σκοπός της παρουσίασής μας, είναι η έκθεση της κλινικής εικόνας του παιδιού, η μεθοδολογία διάγνωσης, η εγχειρητική του αντιμετώπιση, η μετεγχειρητική του πορεία και η παράθεση στοιχείων από τη Βιβλιογραφία.

Αφορμή για τη μελέτη του μικρού ασθενούς, ήταν κακουχία, ωχρότητα και έμετοι, σε συνδυασμό με μέλαινα κένωση, που οφείλονταν σε βαριά αναιμία (Ht: 10%). Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού αποκάλυψε μια ήδη γνωστή διαφραγματοκήλη, που απεδείχθη παραοισοφαγική με την ακτινοσκοπική μελέτη. Προχωρήσαμε σε ανάταξη της αναιμίας, καρδιολογική μελέτη και πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, που δεν αποκάλυψε άλλη πάθηση. Τέλος, αποφασίσθηκε η χειρουργική παρέμβαση και επιλέχθηκε η θωρακοτομή σαν οδός προσπέλασης, δια της οποίας ανατάχθηκε η κήλη αφενός και συμπλησιάσθηκαν τα σκέλη του διαφράγματος αφετέρου.

Η μετεγχειρητική πορεία (2 εβδομάδες), παρατάθηκε από εμπύημα του θώρακος, που αντιμετωπίσθηκε επιτυχώς συντηρητικά. Ο μικρός ασθενής, εξήλθε σε εξαιρετική κατάσταση και παραμένει «έχων καλώς»!

Συμπερασματικά, παρατηρήσαμε ότι η διαθωρακική προσπέλαση της παραοισοφαγικής διαφραγματοκήλης στο περιστατικό μας, αποδείχθηκε απλή και αποτελεσματική και της συστήνουμε ανεπιφύλακτα.

0077 ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΜΗΝΟΕΙΔΟΥΣ ΚΟΛΠΟΥ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΡΑΓΕΝ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΕΚΦΟΡΗΤΙΚΟΥ ΚΩΝΟΥ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Παπαδοπούλου Φ.¹, Πουλιανίτης Β.¹, Μπιτζίκας Γ.¹, Σαχπεκίδης Β.², Μαρίνος Θ.¹

¹Καρδιοχειρουργική Κλινική, ²Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

Περίληψη: Τα ανευρύσματα των μηνοειδών κόλπων της ανιούσης αορτής αποδίδονται σε ελλιπή ανάπτυξη του συνδετικού ιστού στο αορτικό τοίχωμα και μπορούν λόγω γεινίασης να ραγούν σε οποιαδήποτε καρδιακή κοιλότητα. Περιγράφεται μια ενδιαφέρουσα περίπτωση ευρείας επικοινωνίας ανευρύσματος του δεξιού κόλπου του Valsava με το χώρο εκροής της δεξιάς κοιλίας που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά σε διπλή προσπέλαση.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής γυναίκα 44 ετών με συμπτώματα εύκολης κόπωσης και συνεχές παραστερνικό φύσημα με συνοδό ροίζο υποβλήθηκε σε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς όπου διαπιστώθηκε η παρουσία ανευρύσματος του δεξιού κόλπου του Valsava το οποίο είχε ραγεί εντός του χώρου εκροής της δεξιάς κοιλίας με συνέπεια την συνεχή επικοινωνία μεταξύ αορτής και δεξιάς κοιλίας.

Επέμβαση: Υπό εξωσωματική κυκλοφορία έγινε αρχικά εγκάρσια αορτοτομή και σύγκλειση της πύλης εισόδου του ραγέντος ανευρύσματος με περικαρδιακό εμφύλωμα διαμέτρου 15 χιλιοστών περίπου. Στη συνέχεια με εγκάρσια κοιλιοτομή στο χώρο εκροής της δεξιάς κοιλίας αφαιρέθηκε το προσπίπτον τμήμα του ανευρύσματος (τυπική εικόνα ανεμοδούρας) και ακολούθησε απευθείας συρραφή της οπής επικοινωνίας. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ανεπίπλεκτη.

0078 «ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΟΠΛΗΓΙΑ»: ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Κουερίνης Η., Δρόσος Β., Γιάκης Ν., Τριανταφύλλου Δ., Μπολτζής Π., Τριανταφύλλου Κ.

Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Η «κατευθυνόμενη» καρδιοπληγία αποτελεί μια εντελώς νέα προσέγγιση στην προστασία του μυοκαρδίου σε ασθενείς με νόσο στελέχους και ανοικτή δεξιά στεφανιαία αρτηρία (ασύμμετρες αρτηριακές αντιστάσεις). Σε τέτοια μοντέλα η κλασσική χορήγηση ορθόδρομης και παλίνδρομης καρδιοπληγίας έχει ως αποτέλεσμα την υποκλοπή του καρδιοπληγικού διαλύματος από το σύστημα των ελασσόνων αντιστάσεων δηλαδή τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία και συνεπώς την πλημμελή προστασία του συστήματος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας. Η κατευθυνόμενη καρδιοπληγία αποτελεί τη λύση στο πρόβλημα αυτό.

Υλικό και Μέθοδοι: Η μέθοδος συνίσταται σε διαλείπων χειρουργικό αποκλεισμό με vessel-loop της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας με σκοπό την παρεκτροπή του καρδιοπληγικού διαλύματος στην στενωμένη αριστερή στεφανιαία αρτηρία.

Η τεχνική αυτή εφαρμόστηκε σε 2 ασθενείς με σοβαρότατη νόσο στελέχους.

Αποτελέσματα: Και οι δύο ασθενείς εξήλθαν από την εξωσωματική κυκλοφορία χωρίς προβλήματα, με μικρή ινότροπη υποστήριξη και χωρίς άλλη μηχανική υποβοήθηση. Η μετεχειρητική τους πορεία ήταν άριστη.

Συμπεράσματα: Η κατευθυνόμενη καρδιοπροστασία είναι μία αποτελεσματική μέθοδος η οποία δύναται να αποδειχτεί εξαιρετικά χρήσιμη σε ασθενείς με νόσο στελέχους και ανοικτή στεφανιαία αρτηρία.

0079 ANEURΥΣΜΑ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΤΟΥ VALSALVA. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Βύζας Β.¹, Γαλατιανός Ι.², Τσιρίδης Ε.¹, Χαρακτής Ι., Ναλμπάντη Β.²

¹Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, ²Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Κυανούς Σταυρός - Euromedica

Εισαγωγή: Τα ανευρύσματα του κόλπου του Valsalva συνιστούν μια σπάνια ανατομική διαταραχή η οποία αποκτά κλινική οντότητα και συμπτωματολογία όταν λαμβάνουν κριτικές διαστάσεις, τέτοιες που να προκαλούν πιεστικά φαινόμενα στις γύρω της καρδιακές δομές. Για πρώτη φορά περιγράφηκαν το 1840 από τον Thurnam και αφορούν κυρίως τον δεξιό κόλπο του Valsalva σε ποσοστό πάνω από 65%.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει την χειρουργική αντιμετώπιση ενός άνδρα 61 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, ο οποίος αρχικά εισήχθη σε επαρχιακό νοσοκομείο με κλινικά και ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα μυοκαρδιακής ισχαιμίας κατωτέρου τοιχώματος.

Το περιστατικό μας: Η υπόνοια της νόσου ετέθη από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς και στη συνέχεια ο ασθενής μελετήθηκε εκτενώς με περαιτέρω απεικονιστικές εξετάσεις. Αντιμετώπιστηκε χειρουργικά με εκτομή του ανευρύσματος και διενέργεια μιας αορτοστεφανιαίας παράκαμψης με φλεβικό μόσχευμα στην δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς υπήρξε ομαλή και ανεπίπλεκτη.

Επίλογος: Τα ανευρύσματα του κόλπου του Valsalva, παρότι είναι πολύ σπάνια, συνιστούν μια ιδιαίτερη απειλή για τη ζωή του ασθενούς εξ αιτίας του κινδύνου της ρήξης τους. Επίσης η νόσος παρά τη σπανιότητα της πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση της μυοκαρδιακής ισχαιμίας.

0080 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΑΣΤΡΟΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ

Φορούλης Χ., Καρατζόπουλος Α., Κλέωντας Α., Τριανταφυλλοπούλου Κ., Κυπαρισσά Μ., Αναστασιάδης Κ.

Καρδιο-θωρακοχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Το γαστροβρογχικό συρίγγιο αποτελεί μία πολύ σπάνια κλινική οντότητα και μόνο 27 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί στην διεθνή βιβλιογραφία. Οι χειρουργικές επεμβάσεις στον οισοφάγο και το στόμαχο, τα υποδιαφραγματικά αποστήματα και τα έλκη του ανώτερου πεπτικού αποτελούν τις συχνότερες αιτίες.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής, θήλυ, πέντε ετών, υποβλήθηκε σε συστηματική χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση λευχαιμίας με άριστα αποτελέσματα. Μετά το πέρας της χημειοθεραπείας όμως, διαπιστώθηκε συστηματική μυκητίαση (*Candida Albicans*) και απαιτήθηκε μακροχρόνια, ενδοφλέβια, αντιμυκητιασική αγωγή και σπληνεκτομή, λόγω πολλαπλών μυκητωμάτων του σπληνός, για τον έλεγχο της λοίμωξης. Δύο εβδομάδες μετά την σπληνεκτομή, η ασθενής εμφάνισε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια με ακτινογραφική εικόνα πύκνωσης του αριστερού κάτω λοβού, για την οποία χρειάστηκε η διασωλήνωσή της και επεμβατικός μηχανικός αερισμός. Με την έναρξη του μηχανικού αερισμού διαπιστώθηκε μεγάλη διαφυγή αέρα από το ρινογαστρικό σωλήνα, που προκάλούσε δυσχέρειες στον αερισμό της ασθενούς. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε την ύπαρξη γαστροβρογχικού συριγγίου.

Αποτελέσματα: Η ασθενής αρχικά υποβλήθηκε σε δύο διαδοχικές χειρουργικές επεμβάσεις για σύγκλιση του συριγγίου, με επαναδιάνοιξη της τομής Kocher και κατώτερη θωρακοτομή και αντίστοιχες υποτροπές. Ακολούθησε μέση υπερομφάλια λαπαροτομή κατά την οποία διενεργήθηκε παρασκευή του θόλου του στομάχου και αποκόλλησή του από το αριστερό ημιδιάφραγμα και στην συνέχεια επαναδιάνοιξη της θωρακοτομής και διενέργεια συρραφής του αριστερού κάτω λοβού του πνεύμονα και αποκατάσταση του ελλείμματος του αριστερού ημιδιαφράγματος με πλέγμα (e-PTFE 1mm). Προβλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα επέπλεξαν τη μετεγχειρητική περίοδο, αλλά τελικά η ασθενής απογαλακτίστηκε από τον μηχανικό αερισμό και σε περίπου δύο μήνες εξήλθε του νοσοκομείου σε ικανοποιητική γενική κατάσταση.

Συμπεράσματα: Σαν αιτία του γαστροβρογχικού συριγγίου θεωρήθηκε ο σχηματισμός υποδιαφραγματικού αποστήματος μετά από εργώδη σπληνεκτομή και διεγχειρητική κάκωση του στομάχου. Η αποκατάσταση γίνεται με συνδυασμό κοιλιακής και θωρακικής προσπέλασης, σε περιβάλλον φλεγμονής, με στόχο τη διακοπή της επικοινωνίας, τη στεγανοποίηση του στομάχου και του πνεύμονα και την αποκατάσταση του διαφράγματος.

0081 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΗΨΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ FLOWATCH® ΣΕ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΟΥΜΕ Ή ΠΕΡΙΜΕΝΟΥΜΕ;

Κουερίνης Η.*, Καλαβρουζιώτης Γ.** , Γιαννακοπούλου Α.** ,
Τριανταφύλλου Δ.,* Μανώλη Ε.** , Τριανταφύλλου Κ.*

*Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, **Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Αγία Σοφία

Σκοπός: Αν και υπάρχουν πολλές βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με τη συμπεριφορά της πλειονότητας των βιολογικών προσθετικών υλικών, ελάχιστα είναι γνωστά για την αντίσταση στις συσκευές Flowatch® σε εσωτερική ή εξωτερική επιμόλυνση.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήσαμε τρεις παιδιατρικούς ασθενείς με τεκμηριωμένα έντονα σημεία σήψης μετά από την εμφύτευση της συσκευής Flowatch®. Ο πρώτος ασθενής διερευνήθηκε χειρουργικά για την εκτίμηση της σήψης και τον αποκλεισμό της ύπαρξης συλλογής, ενώ οι άλλοι δύο αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με αντιβιοτική αγωγή.

Αποτελέσματα: Στον πρώτο ασθενή που διερευνήθηκε χειρουργικά δεν εντοπίστηκαν σημεία πυώδους συλλογής εντός της θήκης της συσκευής ή περιξ αυτής. Οι καλλιέργειες που ελήφθησαν από το έλυτρο και την συσκευή την ίδια απέβησαν αρνητικές. Ο συγκεκριμένος ασθενής αντιμετωπίστηκε επιτυχώς συντηρητικά με αντιβιοτική αγωγή.

Η εμπειρία που αποκτήσαμε από τη χειρουργική διερεύνηση του πρώτου ασθενούς που καταδείκνυε την αντίσταση της συσκευής στο μικροβιακό φορτίο, μας οδήγησε στη μονή συντηρητική αντιμετώπιση των άλλων δύο περιστατικών η οποία εστέφθη με επιτυχία. Όλοι οι ασθενείς εξήλθαν υγιείς χωρίς σημεία λοίμωξης.

Συμπεράσματα: Η αντιβιοτική θεραπεία είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της σήψης σε ασθενείς με συσκευή Flowatch®, ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση ή η αφαίρεση της συσκευής δεν έχουν ένδειξη. Η συσκευή Flowatch®, αποδείχτηκε εξαιρετικά ανθεκτική σε επιμόλυνση από τα κυκλοφορούντα βακτήρια.

0082 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΟΥ ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΖΩΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Χατζής Α., Κανάκης Μ., Μητρόπουλος Φ., Γιαννόπουλος Ν., Μπόμπος Δ., Αζαριάδης Π.

Καρδιοχειρουργική Κλινική Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Σκοπός: Το εισπνεόμενο μονοξείδιο του αζώτου (NO) προκαλεί εκλεκτική αγγειοδιαστολή του πνευμονικού αγγειακού δικτύου και προτείνεται για την αντιμετώπιση της πνευμονικής υπέρτασης. Μελετήσαμε την εφαρμογή του στην μετεγχειρητική υποστήριξη παιδιατρικών ασθενών με συγγενή καρδιοπάθεια και πνευμονική υπέρταση.

Υλικό και μέθοδοι: Από 5/2007-6/2012, 32 ασθενείς, ηλικίας 6 ημερών έως 8 ετών, Βάρους 2,4-21 (διάμεση τιμή 4,85) κιλών και BSA 0,22±0,02m² με συγγενή καρδιοπάθεια και πνευμονική υπέρταση υποβλήθηκαν σε διορθωτική ή παρηγορητική χειρουργική επέμβαση. Κύρια διάγνωση ήταν πλήρης ανώμαλη εκβολή πνευμονικών φλεβών σε 9 ασθενείς, μεγάλη ή πολλαπλές μεσοκοιλιακές επικοινωνίες σε 13, ανώμαλη έκφυση αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας από πνευμονική αρτηρία (2), πλήρες κολποκοιλιακό κανάλι (2), αρτηριακός κορμός (2), αορτοπνευμονικό παράθυρο (1) και σύμπλοκη συγγενή καρδιοπάθεια (3). Είκοσι εννέα ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη διόρθωση, 2 σε επέμβαση Glenn και ένας σε Norwood. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν μετεγχειρητικά εισπνεόμενο NO (ένας μετά από επιτυχή απογαλακτισμό από ECMO) σε 15,7±4 ppm για διάμεσο χρόνο 75 ώρες, ενώ σύγχρονα υποστηρίχθηκαν με ινóτροπα φάρμακα συμπεριλαμβανομένης μιλρινόνης σε μέση δόση 0,5±0,05μg/kg/min για διάμεσο χρόνο 6 ημερών.

Αποτελέσματα: Υπήρξαν 3 πρώιμοι θάνατοι. Ένας ασθενής κατέληξε 4 μήνες αργότερα σε άλλο νοσοκομείο μετά από περαιτέρω - προγραμματισμένη - καρδιοχειρουργική επέμβαση. Ουδείς ασθενής ανέπτυξε μετεγχειρητική μεθαιμοσφαιριναιμία. Όλοι, εκτός από έναν, οι επιβιώσαντες ασθενείς παρέμειναν σε σταθερή αναπνευστική και αιμοδυναμική κατάσταση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ενώ αποσωληνώθηκαν σε 21 ώρες έως 35 ημέρες (διάμεση τιμή 96 ώρες) μετεγχειρητικά. Ο διάμεσος χρόνος παραμονής στη ΜΕΘ και το νοσοκομείο ήταν 9 και 16 ημέρες αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η, συμπληρωματική της μετεγχειρητικής αγωγής, χρήση εισπνεόμενου NO σε ασθενείς με πνευμονική υπέρταση και χειρουργημένους για συγγενή καρδιοπάθεια αποδείχθηκε χρήσιμη, συμβάλλοντας στην αιμοδυναμική και αναπνευστική σταθερότητα.

0083 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ ΜΕ ΑΟΡΤΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΠΑΡΑΘΥΡΟ ΣΕ ΠΡΩΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ 1600 ΓΡ

Μπόμπος Δ., Γιαννόπουλος Ν., Μυλωνάκης Μ., Χατζής Α., Αζαριάδης Π.

Τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων Ω.Κ.Κ.

Εισαγωγή: Το διακεκομμένο αορτικό τόξο με αορτοπνευμονικό παράθυρο είναι σπάνια συγγενής καρδιοπάθεια. Αποτελεί το 0,046% των ασθενών με συγγενείς καρδιοπάθειες, ενώ μόνο το 3.5%-4.2% αυτών με διακεκομμένο αορτικό τόξο έχουν αορτοπνευμονικό παράθυρο.

Η πάθηση αυτή σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα ιδίως σε πρόωρα χαμηλού βάρους νεογνά, αποτελεί δε αντικείμενο συζήτησης ο χρόνος χειρουργικής αντιμετώπισης. Σας παρουσιάζουμε ένα μοναδικό περιστατικό πρόωρου νεογνού με την ίδια ανατομία το οποίο χειρουργήθηκε επιτυχώς στο κέντρο μας.

Περίληψη: Πρόωρο νεογνό 33 εβδομάδων και βάρους 1700γρ. εισήχθη στη μονάδα εντατικής θεραπείας με συμπτωματολογία καρδιακής ανεπάρκειας για αντιμετώπιση . Η διάγνωση ετέθη με υπερηχοκαρδιογράφημα και MRI, τα όποια ανέδειξαν διακεκομμένο αορτικό τόξο με αορτοπνευμονικό παράθυρο.

Το νεογνό αντιμετωπίστηκε αρχικά με ντοπαμίνη, διουρητικά, προσταγλαδίνη και ολική παρεντερική διατροφή με σκοπό την αύξηση του σωματικού βάρους έως τα2κλγ. Μετά 10 ημέρες το βάρος παρέμενε το ίδιο και για το λόγο αυτό οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

Η χειρουργική διόρθωση έγινε με μέση στερνοτομή, αρτηριακή κάνουλα στην δεξιά καρωτίδα δια μέσω μοσχεύματος 3.5mm Gortex και φλεβική κάνουλα διπλού αυλού δια μέσω του δεξιού κόλπου. Η διόρθωση έγινε με βαθιά υποθερμία και κυκλοφορική παύση με απολίνωση αρτηριακού πόρου, τελικοτελική αναστόμωση του τόξου και σύγκλειση του αορτοπνευμονικού παράθυρου δια μέσω επιμήκους τομής στην πνευμονική αρτηρία με Dacron patch.

Το νεογνό μεταφέρθηκε στη μονάδα εντατικής θεραπείας με ανοικτό στέρνο το οποίο κλείσαμε την 3η μτχ ημέρα. Η πορεία ήταν ανεπίπλεκτη και το νεογνό αποσωληνώθηκε την 7η μτχ ημέρα.

Συμπέρασμα: Το διακεκομμένο αορτικό τόξο με αορτοπνευμονικό παράθυρο αποτελεί σύμπλοκη συγγενή καρδιοπάθεια. Η σε ένα χρόνο αντιμετώπισή του είναι μεν υψηλού κινδύνου, μπορεί όμως να γίνει επιτυχώς χάρη στην πρόοδο της αναισθησίας, της εξωσωματικής κυκλοφορίας και της μετεγχειρητικής θεραπείας.

0084 ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΥΣΤΙΚΟΥ ΥΓΡΩΜΑΤΟΣ ΕΞΟΡΜΩΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΤΟΙΧΩΜΑ

Φιλιππάκης Γ.¹, Μουστάρδας Μ.², Μαρινάκης Α.²

¹Παιδοκαρδιοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Αγία Σοφία, Αθήνα,

²Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Κλινική IASIS, Χανιά

Εισαγωγή: Τα κυστικά υγράματα είναι σπάνιες παθήσεις του λεμφικού ιστού που απαντώνται συνήθως στον τράχηλο, αλλά και στη μασχάλη, την πύελο, το μεσοθωράκιο και το οπισθοπεριτόναιο. Είναι πιο συνήθη στα νεογνά. Είναι εξαιρετικά σπάνιο να εξορμώνται από το θωρακικό τοίχωμα. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός ασθενούς 35 ετών με ένα γιγαντιαίο λεμφαγγείωμα εξορμώμενο από το θωρακικό τοίχωμα, το οποίο αφαιρέθηκε en bloc.

Παρουσίαση περιστατικού: Ο ασθενής προσήλθε με ένα γιγαντιαίο κυστικό ύγρωμα στο δεξιό πλάγιο θωρακικό τοίχωμα, με επέκταση στη δεξιά μασχάλη. Κατά την επέμβαση έγινε πλήρης εκτομή της μάζας με υγιή όρια.

Συμπέρασμα: Τα κυστικά υγράματα είναι συνήθως καλοήθεις όγκοι, με υψηλό όμως ποσοστό υποτροπής, γι' αυτό συνίσταται η πλήρης εξαίρεσή τους.

0085 ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕΤΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟ

Φιλιππάκης Γ.¹, Μουστάρδας Μ.², Μανωλουδάκης Ν.²

¹Παιδοκαρδιοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Αγία Σοφία, Αθήνα,

²Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Κλινική IASIS, Χανιά

Εισαγωγή: Ο καρδιακός επιπωματισμός είναι μία νοσολογική οντότητα, που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση, με παρακέντηση της περικαρδιακής κοιλότητας ή χειρουργική αντιμετώπιση, ούτως ώστε να αποφευχθούν οι δυνητικά σοβαρές επιπλοκές της παρουσίας υγρού στην περικαρδιακή κοιλότητα, όσον αφορά την καρδιακή λειτουργία. Σπάνια, όμως, μετά από θεραπευτική παροχέτευση του υγρού, μπορεί να προκληθεί οξεία έκπτωση της συσταλτικότητας της καρδιάς, με αποτέλεσμα καρδιακή ανεπάρκεια.

Παρουσίαση περιστατικού: Περιγράφουμε μία περίπτωση μετεγχειρητικής οξείας καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενή με επιπωματισμό, η οποία υπεβλήθη σε αριστερή πρόσθια θωρακοτομή για την ανακούφιση του επιπωματισμού.

Συμπέρασμα: Το σύνδρομο της χαμηλής καρδιακής παροχής μετά από περικαρδιεκτομή είναι μία σπάνια νοσολογική οντότητα με θνητότητα περίπου 50%. Υποστήριξη με ινότροπα και ενδοαορτική αντλία είναι αυτό που απαιτείται, ούτως ώστε να βοηθηθούν αυτοί οι ασθενείς.

0086 ΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΕΜΒΑΛΩΜΑ ΜΕΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΠΡΟΣΘΙΑ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟ

Φιλιππάκης Γ.¹, Μουστάρδας Μ.², Μαρινάκης Α.²

¹Παιδοκαρδιοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Αγία Σοφία, Αθήνα,

²Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Κλινική IASIS, Χανιά

Εισαγωγή: Η ανακατασκευή του θωρακικού τοιχώματος με συνθετικό εμφύλωμα εφαρμόζεται μετά από ευρείες εκτομές που αφορούν συνήθως κακοήθειες, κατά κανόνα του πνεύμονα με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα.

Παρουσίαση περιστατικού: Περιγράφουμε την περίπτωση μίας ασθενούς, η οποία εμφάνισε επιπωματισμό, ως μετεγχειρητική επιπλοκή πρόσφατης αντικατάστασης της μιτροειδούς βαλβίδας και η οποία υπεβλήθη σε επείγουσα αριστερή πρόσθια θωρακοτομή στο νοσοκομείο μας για τη δημιουργία περικαρδιακού παραθύρου. Η ασθενής υπέστη ανακοπή κατά τη χορήγηση της αναισθησίας και η είσοδος στη θωρακική κοιλότητα ήταν άμεση με αποτέλεσμα κάκωση της 5ης πλευράς και τριπλό κάταγμα αυτής. Το περικαρδιακό υγρό παροχετεύτηκε πλήρως και η ασθενής ανέκτησε καρδιακό ρυθμό. Η πλευρά αφαιρέθηκε. Η μεγαλοκαρδία της ασθενούς, λόγω της χρόνιας προϋπάρχουσας ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας, δεν επέτρεψε τη συμπλήρωση των πλευρών κατά το κλείσιμο του θωρακικού τοιχώματος, χωρίς συμπίεση της καρδιάς. Έτσι χρησιμοποιήθηκε συνθετικό εμφύλωμα για την ανακατασκευή του θωρακικού τοιχώματος. Η ασθενής είχε μία ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

Συμπέρασμα: Η περίπτωση που περιγράψαμε αποτελεί μία εξαιρετικά σπάνια ένδειξη ανακατασκευής του θωρακικού τοιχώματος με συνθετικό υλικό. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν κατέστη δυνατό να βρούμε άλλη παρόμοια περίπτωση.

0087 ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΑΟΡΤΟΝΗΣΤΙΔΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ

Φιλιππάκης Γ.¹, Μουστάρδας Μ.², Μανωλουδάκης Ν.²

¹Παιδοκαρδιοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Αγία Σοφία, Αθήνα,

²Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Κλινική IASIS, Χανιά

Εισαγωγή: Το πρωτοπαθές αορτοεντερικό συρίγγιο είναι μια σπάνια κλινική κατάσταση με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Ειδικά η πάθηση θα πρέπει να τίθεται η υποψία ότι υπάρχει, όταν συνυπάρχει ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής. Εδώ περιγράφουμε την περίπτωση ενός ασθενούς 60 ετών με πρωτοπαθές αορτοεντερικό συρίγγιο, με πρώτη εκδήλωση αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού, λόγω ρήξης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής, ασυμπτωματικού έως τότε, στη νήστιδα, μερικά εκατοστά μετά το σύνδεσμο του Treitz.

Παρουσίαση περιστατικού: Ο ασθενής εισήχθη με αιματέμεση και μέλαινες κενώσεις, χωρίς κοιλιακό άλγος. Η ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού ήταν αρνητική για τυχόν αλλοιώσεις από το στόμαχο και το δωδεκαδάκτυλο. Η αιμορραγία σταμάτησε την επόμενη ημέρα, για να εκδηλωθεί ξανά τέσσερις μέρες αργότερα. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία κοιλίας, η οποία αποκάλυψε την παρουσία ευμεγέθους ανευρύσματος κοιλιακής αορτής με την ύπαρξη αορτοεντερικού συρίγγιου. Ο ασθενής κατέρρευσε κατά τη διάρκεια της διενέργειας της υπολογιστικής τομογραφίας και οδηγήθηκε επείγοντως στο χειρουργείο, όπου επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη ανευρύσματος της αορτής με αορτονηστιδικό συρίγγιο. Ο ασθενής υπεβλήθη σε εκτομή του ανευρύσματος και αντικατάσταση της αορτής με δικαλωτό μόσχευμα.

Συμπέρασμα: Η διάγνωση του πρωτογενούς αορτοεντερικού συρίγγιου απαιτεί ένα υψηλό δείκτη υποψίας σε περιπτώσεις αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό, ακόμη και όταν η ενδοσκόπηση είναι αρνητική, και ο ασθενής δε γνωρίζει εάν έχει ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. Προτείνουμε να γίνεται αξονική τομογραφία κοιλίας σε τέτοιες περιπτώσεις, γιατί η μη έγκαιρη διάγνωση έχει ως αποτέλεσμα υψηλό ποσοστό θνησιμότητας.

0088 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΣΚΟΠΗΣΗΣ (VIDEO-ASSISTED PERICARDIOSCOPY - VAP) ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Αστερίου Χ.¹, Παλιούρας Δ.¹, Κουκουλίτσα Β.², Λαφάρας Χ.², Μπισχιγιώτης Θ.², Μπαρμπετάκης Ν.¹

¹Θωρακοχειρουργική Κλινική, ²Καρδιολογική Μονάδα, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο»

Σκοπός: Η αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της βιντεοσκοπικά υποβοηθούμενης περικαρδιοσκόπησης (Video-Assisted Pericardioscopy - VAP) στη διαγνωστική διερεύνηση ασθενών με κακοήθεις περικαρδιακές συλλογές.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά 14 ασθενείς (9 άνδρες - 5 γυναίκες, μέση ηλικία: 56,7 έτη) με γνωστό ιστορικό καρκίνου ή αιματολογικού νοσήματος, με σύγχρονη εμμένουσα μέτρια ή μεγάλη περικαρδιακή συλλογή. Η περικαρδιοσκόπηση διενεργήθηκε με τη χρήση εύκαμπτου βρογχοσκοπίου μέσω της κλασσικής μικρής υποξιφοειδικής τομής που χρησιμοποιείται για τη χειρουργική αντιμετώπιση. Είχε προηγηθεί η παροχέτευση του περικαρδιακού υγρού και η αφαίρεση μικρού τμήματος περικαρδίου. Η διαδικασία περιλάμβανε επισκόπηση της περικαρδιακής κοιλότητας, συμφυσίωση, αφαίρεση ινικής ή θρόμβων, μετά έκπλυση και λήψη βιοψιών υπό άμεση όραση. Σε όλους τους ασθενείς συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα της περικαρδιοσκόπησης (επισκόπηση περικαρδίου, κατευθυνόμενη βιοψία περικαρδίου, υποξιφοειδική βιοψία περικαρδίου, κυτταρολογική περικαρδιακού υγρού) με τα αποτελέσματα της συμβατικής χειρουργικής μεθόδου (υποξιφοειδική βιοψία περικαρδίου, κυτταρολογική περικαρδιακού υγρού).

Αποτελέσματα: Η διεγχειρητική θνητότητα ήταν μηδενική. Η άμεση μετεγχειρητική θνητότητα ανήλθε στο 7,1% (1/14 ασθενείς), χωρίς όμως να σχετίζεται με τη διαδικασία. Το αίτιο ήταν νεοπλασία σε 10/14 ασθενείς, ενώ σε 4 θεωρήθηκε υγρή - συμφυτική περικαρδίτιδα μετακτινικής αιτιολογίας. Μείζονες επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν. Ελάσσονες επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε 4/14 ασθενείς (28,5%) και αφορούσαν σε μικρής διάρκειας ταχυαρρυθμίες σχετιζόμενες με την επαφή του οργάνου με την καρδιά. Η διαγνωστική ευαισθησία της περικαρδιοσκόπησης ήταν μεγαλύτερη συγκριτικά με τη συμβατική διαδικασία (περικαρδιοσκόπηση: $0,88 \pm 0,01$ vs. συμβατική διαδικασία: $0,78 \pm 0,02$, $p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Η βιντεοσκοπικά υποβοηθούμενη περικαρδιοσκόπηση (VAP) αποτελεί τεχνική, εύκολα εφαρμόσιμη κατά τη διάρκεια υποξιφοειδικής παροχέτευσης περικαρδιακής συλλογής. Αυξάνει τη διαγνωστική ευαισθησία της διαδικασίας ενώ ταυτόχρονα είναι ασφαλής.

0089 ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ (ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ)

Τριανταφυλλοπούλου Κ.¹, Σιάνος Γ.², Φορούλης Χ.¹, Γροσομανίδης Β.³, Αναστασιάδης Κ¹., Τόσιος Π¹.

¹Καρδιοχειρουργική Κλινική, ²Καρδιολογική Κλινική, ³Αναισθησιολογικό Τμήμα, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Στην προσπάθεια εφαρμογής ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών στην αορτοστεφανιαία χειρουργική στηρίχθηκε η χρήση αναστομωτικών συσκευών (anastomotic devices) στις περιφερικές αναστομώσεις των στεφανιαίων αγγείων. Με αφορμή την παρουσίαση περιστατικού δέκα έτη μετά την εφαρμογή της μεθόδου μελετήθηκε η χρήση των συσκευών αυτών στη διεθνή βιβλιογραφία.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής 74 ετών με βλεφαρόπτωση, διακομίσθηκε στην κλινική μας από τη Νευρολογική κλινική εξαιτίας θυμώματος. Ο ασθενής είχε ιστορικό αορτοστεφανιαίας παράκαμψης από δεκαετίας σε καρδιοχειρουργική κλινική της Γερμανίας. Στον παρακλινικό απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε συσκευή μαγνητικής αναστόμωσης (magnetic connector) στο περιφερικό τμήμα της έσω μαστικής αρτηρίας με τον πρόσθιο κατιόντα, του οποίου η βατότητα ελέγχθηκε με στεφανιογραφία και ανέδειξε ότι το μόσχευμα είναι βατό. Η χειρουργική θεραπεία του ασθενούς συνεχίσθηκε επιτυχώς και η μετεγχειρητική του πορεία ήταν ομαλή.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα από τη διεθνή βιβλιογραφία από τη χρήση ανάλογων αναστομωτικών συσκευών σε βάθος πενταετούς και δεκαετούς μελέτης, είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Η εφαρμογή όμως της ελάχιστα επεμβατικής αυτής μεθόδου δεν έτυχε της ανάλογης αποδοχής και η χρήση τους φαίνεται να εγκαταλείφθηκε διεθνώς κυρίως για οικονομικούς και τεχνικούς λόγους.

0090 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΜΕ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΠΤΥΧΩΣΗ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΗΜΙΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΡΕΣΗ ΤΟΥ ΦΡΕΝΙΚΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΤΟΜΗ

Βησούλη Αικ., Μπάκας Α., Τσουρέλης Λ., Αρίκας Σ., Νινιός Β., Τσακιρίδης Κ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Συμπτωματολογία (δύσπνοια, ορθόπνοια, αναπνευστική δυσχέρεια χωρίς άλλη αιτία), με έναρξη μετά καρδιοτομή και ακτινολογική άνωση του ημιδιαφράγματος συνήθως επαρκούν για την διάγνωση πάρεσης φρενικού. Η συμπτωματολογία έχει ποικίλη βαρύτητα (απουσία συμπτωμάτων έως αναπνευστική ανεπάρκεια) εξαρτώμενη από την έκταση της βλάβης (πάρεση έναντι παράλυσης), την ηλικία, και την συν-νοσηρότητα (κυρίως του αναπνευστικού). Τίθεται ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης (πτύκωσης ημιδιαφράγματος) μόνον επί παρουσίας συμπτωμάτων, σε χρόνο εξαρτώμενο από την βαρύτητα και την εξέλιξη της κλινικής εικόνας. Συχνά επί βρεφών και μικρών παιδιών η κλινική εικόνα είναι βαριά (αδυναμία απογαλακτισμού από αναπνευστήρα) και συνιστάται πρώιμη πτύκωση. Συνήθως επί ενηλίκων η κλινική εικόνα αφορά χρόνια δύσπνοια και όταν η κλινική κατάσταση το επιτρέπει συνιστάται αναμονή (6 μηνών - 2 ετών), καθώς συχνά διαπιστώνεται βελτίωση. Όμως, σοβαρή και εμμένουσα αναπνευστική δυσχέρεια ή/και αδυναμία μετεγχειρητικής αποκατάστασης απαιτούν πρωιμότερη χειρουργική αντιμετώπιση. Παρουσιάζουμε πρώιμη επιτυχή πτύκωση ημιδιαφράγματος, επί αναπνευστικής δυσχέρειας μετά καρδιοτομή λόγω πάρεσης φρενικού, ασθενούς υψηλού κινδύνου.

Υλικό και μέθοδοι: Γυναίκα, 72 ετών, με ενδοκαρδίτιδα βιοπροσθετικής μιτροειδούς και γηγενούς αορτικής βαλβίδας, υποβλήθηκε σε αντικατάσταση μιτροειδούς (redo) και αορτικής (Euroscore II: 21,45%). Παρά την ικανοποιητική καρδιακή λειτουργία, την καλή λειτουργία των βαλβίδων και τον έλεγχο της φλεγμονής, παρουσίασε αναπνευστική ανεπάρκεια (δύσπνοια, υποξυγοναιμία, εξάρτηση από συνεχή χορήγηση οξυγόνου). Αποκαλύφθηκε άνωση δεξιού ημιδιαφράγματος, με σοβαρή συνοδό ατελεκτασία, προοδευτικά επιδεινούμενη. Διενεργήθηκε (25^η μετεγχειρητική) ελάχιστα επεμβατική πτύκωση του δεξιού ημιδιαφράγματος (οπισθοπρόσθια αναδίπλωση μέσω μικρής δεξιάς θωρακοτομής, με ενδοσκοπικά εργαλεία).

Αποτελέσματα: Η ασθενής αποσωληνώθηκε πρώιμα, διατήρησε πολύ ικανοποιητική αναπνευστική λειτουργία, φυσιολογική ακτινολογική θέση ημιδιαφράγματος, πλήρη έκπτυξη δεξιού πνεύμονα, κινητοποιήθηκε και έλαβε εξιτήριο για το σπίτι την 8^η ημέρα μετά την πτύκωση.

Συμπεράσματα: Η πτύχωση του ημιδιαφράγματος διενεργείται με ποικίλες τεχνικές και προσπελάσεις (διαθωρακική/διακοιλιακή, ανοιχτή/ενδοσκοπική/μικτή). Η ελάχιστη επεμβατική διαθωρακική οπισθοπρόσθια αναδίπλωση ήταν αποτελεσματική και ασφαλής, καθώς η ελαχιστοποίηση του χειρουργικού τραύματος, του διεγχειρητικού χρόνου, της απώλειας αίματος, και του μετεγχειρητικού πόνου οδήγησαν σε γρήγορη αποκατάσταση.

0091 ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΤΥΧΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΗΜΙΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΓΓΕΝΗ ΑΤΡΟΦΙΑ (EVENTRATION)

Τσακίριδης Κ., Βησούλη Αικ., Τσουρέλης Λ., Μπάκας Α., Αρίκας Σ., Τρύφων Σ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η συγγενής ατροφία του διαφράγματος (diaphragmatic eventration) είναι σπάνια (επίπτωση <0,05%). Οφείλεται σε έλλειμμα εμβρυολογικής ανάπτυξης του μυϊκού τμήματος αυτού (πιθανώς λόγω μη μετανάστευσης μυοβλαστών στην πλευροπεριτοναϊκή μεμβράνη). Μπορεί να είναι ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη, ολική ή μερική. Είναι συχνότερη στους άνδρες και αφορά συχνότερα το αριστερό ημιδιάφραγμα. Ενδείκνυται χειρουργική αντιμετώπιση μόνον όταν η νόσος είναι συμπτωματική. Συχνότερο σύμπτωμα είναι η δύσπνοια, ενίοτε αναφέρονται δυσπεπτικά ενοχλήματα. Περιγράφονται ποικίλες τεχνικές και προσπελάσεις πτύκωσης (ανοιχτές - ενδοσκοπικές - μικτές, διαθωρακικές - διακοιλιακές). Παρουσιάζουμε επιτυχή θωρακοσκοπική πτύκωση επί συγγενούς ατροφίας.

Υλικό και μέθοδοι: Γυναίκα, 47 ετών προσήλθε αιτιώμενη δυσφορία και δύσπνοια μετά το φαγητό (με μικρά γεύματα και συνεχή λήψη γαστροκινητικών φαρμάκων), δύσπνοια στην μέτρια κόπωση και περιορισμένη φυσική δραστηριότητα από την παιδική ηλικία. Προεγχειρητικά επιβεβαιώθηκε γνωστή ανύψωση του αριστερού ημιδιαφράγματος, 8cm ψηλότερα από το δεξιό. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε μεμβρανώδης υφή και πλήρης απουσία μυϊκής στοιβάδας. Διενεργήθηκε θωρακοσκοπική οπισθοπρόσθια πτύκωση του αριστερού ημιδιαφράγματος, μέσω 3 πυλών εισόδου και συρραφή εμβάλωματος βοείου περικαρδίου που κάλυψε το πτυχωθέν ημιδιάφραγμα.

Αποτελέσματα: Η ασθενής είχε εξαιρετική μετεγχειρητική πορεία. Αποσωληνώθηκε στο χειρουργείο, σιτίσθηκε και κινητοποιήθηκε το βράδυ της ίδιας ημέρας, δεν χρειάστηκε χορήγηση οξυγόνου, έλαβε εξιτήριο την 3^η μετεγχειρητική ημέρα. Διέκοψε τη χρήση γαστροκινητικών την 8^η μετεγχειρητική. Ένα μήνα μετεγχειρητικά διαπιστώθηκε αύξηση της FVC και της FEV1 (κατά 11% και 27% αντιστοίχως επί των προεγχειρητικών τιμών). Σε όλους τους ελέγχους διαπιστώθηκε φυσιολογική ακτινολογική θέση ημιδιαφράγματος. Ένα έτος μετεγχειρητικά παραμένει σε άριστη κατάσταση, αναφέρει αυξημένη φυσική δραστηριότητα, απουσία δύσπνοιας και δυσπεπτικών ενοχλημάτων. Διαπιστώθηκε δε πρόσληψη βάρους.

Συμπεράσματα: Αναδρομικές μελέτες έδειξαν ότι οι ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές πτύκωσης του ημιδιαφράγματος είναι εξίσου αποτελεσματικές με τις ανοιχτές μεθόδους, με πιθανώς μικρότερη νοσηρότητα και διατηρούμενη λειτουργική βελτίωση για τουλάχιστον 4 έτη. Εν αναμονή των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων, φαίνεται ότι η θωρακοσκοπική πτύκωση του ημιδιαφράγματος επί συγγενούς ατροφίας είναι μια εξαιρετική ελάχιστα επεμβατική εναλλακτική λύση της ανοιχτής πτύκωσης.

0092 ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΡΑΧΕΙΑΚΩΝ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ (DUMONT STENTS) ΕΠΙ ΕΠΙΠΕΠΛΕΓΜΕΝΩΝ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΑΣ

Τσακίριδης Κ., Βησούλη Αικ., Τσουρέλης Λ., Μπάκας Α., Αρίκας Σ., Ηλιάδης Κ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η στένωση της τραχείας είναι δυνητικά απειλητική για τη ζωή. Συχνότερη αιτία καλοήθους στένωσης είναι η διενέργεια τραχειοστομίας (συχνότερη λόγω πρωϊμότερης τραχειοστομίας στις μονάδες-εντατικής-θεραπείας) ή η μακροχρόνια διασωλήνωση (σπανιότερη με χρήση cuffs χαμηλής πίεσης). Παρουσιάζουμε τοποθέτηση τραχειακών ενδοπροθέσεων επί επιπεπλεγμένων καλοήθων στενώσεων τραχείας.

Υλικό και μέθοδοι: Τοποθετήσαμε ενδοτραχειακά stents σιλικόνης (Dumont) μέσω άκαμπτου βρογχοσκοπίου σε 2 ασθενείς: Γυναίκα, 45 ετών με στένωση μετά από τραχειοστομία (αναπνευστική-ανεπάρκεια λόγω οροαρνητικής αγγειίτιδας πνεύμονα), που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά (εκτομή και τελικοτελική αναστόμωση), αλλά υποτροπίασε, όντας ανθεκτική στις επανειλημμένες βρογχοσκοπικές επεμβάσεις, (stent μήκους 4,5cm, διαμέτρου 1,2cm). Άνδρα, 21 ετών με επιμήκη στένωση μετά από μακροχρόνιο μηχανικό αερισμό μέσω τραχειοστομίας (σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση σε τροχαίο). Ο ασθενής, πάσχων από μετατραυματικό οργανικό ψυχοσύνδρομο, υπέστη οξεία αναπνευστική δυσχέρεια επί μετακίνησης του τραχειοσωλήνα Montgomery και είχε φλεγμαίνοντες ιστούς περίξ της τραχειοστομίας, αποικισμένους με σταφυλόκοκκο ανθεκτικό στην μεθικιλίνη, (stent μήκους 7cm, διαμέτρου 1,4cm).

Αποτελέσματα: Τα πρώιμα αποτελέσματα είναι απολύτως ικανοποιητικά. Σε συνολικό χρόνο παρακολούθησης 11 και 6 μηνών (αντιστοίχως) δεν σημειώθηκαν ανεπιθύμητα συμβάματα όπως αιμορραγία, πνευμομεσοπνευμόνιο, κοκκιωματώδης ιστός στα άκρα του stent, ή μετανάστευσή του. Η προϋπάρχουσα λοίμωξη περίξ της τραχειοστομίας απέδραμε, ενώ δεν σημειώθηκε νέα λοίμωξη. Η αναπνευστική λειτουργία των ασθενών είναι απολύτως ικανοποιητική, (εφύγραση μέσω ψεκασμών για αποφυγή στάσης βλέννης εντός του stent). Έχει προγραμματισθεί αφαίρεση των stents σε 1 έτος από την τοποθέτησή τους.

Συμπεράσματα: Επί καλοήθων στενώσεων συνιστάται αρχικά επεμβατική βρογχοσκόπηση. Επί αποτυχίας, μέθοδος επιλογής είναι η χειρουργική ανακατασκευή: εκτομή στενωμένου τμήματος και τελικοτελική αναστόμωση ή τραχειοπλαστική. Συνιστάται τοποθέτηση stents επί αντενδείξεων χειρουργικής επέμβασης, όπως επί εκτεταμένης στένωσης ή/και κακής νευρολο-

γικής, αναπνευστικής ή καρδιαγγειακής λειτουργίας, και εν γένει κλινικής κατάστασης που καθιστά την εγχείρηση αδύνατη ή επικίνδυνη. Η τοποθέτηση ενδοτραχειακών stents σιλικόνης (αδρανούς υλικού που δεν προκαλεί συμφύσεις και ανθίσταται στον μικροβιακό αποικισμό) απέβη αποτελεσματική επί αποτυχίας προηγούμενης εγχείρησης και επί εκτεταμένης στένωσης με παρουσία φλεγμονής.

0093 ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΑΣ, ΛΟΓΩ ΠΙΕΣΗΣ ΑΠΟ ΓΙΓΑΝΤΙΑ ΚΑΤΑΔΥΟΜΕΝΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ, 2 ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΜΕΡΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

Τσακιρίδης Κ., Βησούλη Αικ., Μπάκας Α., Τσουρέλης Λ., Αρίκας Σ., Καραπάντζος Ηλ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η καταδύομενη βρογχοκήλη (5%-15% των βρογχοκηλών) είναι συχνότερα καλοήθης, αλλά μπορεί να είναι και κακοήθης (3%-17%). Προκαλεί φαινόμενα συμπίεσης συχνότερα από την τραχηλική βρογχοκήλη, λόγω του περιοσμένου όγκου του ανώτερου μεσοθωρακίου από τον ανένδοτο θωρακικό κλωβό. Στο 30% υπάρχει ιστορικό επέμβασης στον θυρεοειδή. Η παρεκτόπιση και κυρίως η συμπίεση της τραχείας, του οισοφάγου, αγγείων ή νεύρων προκαλεί συμπτώματα όπως δύσπνοια, δυσφαγία, σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, θρόμβωση υποκλειδίου φλέβας, βράγχος φωνής και σύνδρομο Horner (αντιστοίχως). Η εγκατάσταση πιεστικών φαινομένων είναι προοδευτική, είναι όμως δυνατή η οξεία επιδείνωση. Παρουσιάζουμε επιτυχή χειρουργική αντιμετώπιση γιγάντιας καλοήθους καταδύομενης βρογχοκήλης, προκαλούσας έντονη αναπνευστική δυσχέρεια, 2 έτη μετά από προηγηθείσα μερική θυρεοειδεκτομή

Υλικό και μέθοδοι: Ασθενής 63 ετών, υποβληθείς σε υφολική θυρεοειδεκτομή παρουσίασε προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια με έντονο εισπνευστικό συριγμό. Αποκαλύφθηκε ευμεγέθης προ και παρατραχειακός όγκος τραχηλικής χώρας, άνω και οπίσθιου μεσοθωρακίου, περιβρογχίζων την τραχεία, καταδύομενος έως την τρόπιδα, συνεχόμενος με το αορτικό τόξο, την ανώνυμο φλέβα και την σπονδυλική στήλη. Υποβλήθηκε σε εγκάρσια τραχηλική τομή και μέση στερνοτομή, ενδελεχή αποκόλληση και αφαίρεση en block 2 ευμεγέθων λοβών, μήκους 12 cm εκάστου, πολυοζώδους βρογχοκήλης χωρίς κακοήθη εξεργασία.

Αποτελέσματα: Το αποτέλεσμα ήταν ικανοποιητικό. Δεν σημειώθηκε αιμορραγία, καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές, πάρεση λαρυγγικού, λοίμωξη ή επιπλοκή του χειρουργικού τραύματος. Ο ασθενής ανακουφίσθηκε άμεσα από την αναπνευστική δυσχέρεια, παρέμεινε όμως βαθμός στένωσης της τραχείας, λόγω τραχειομαλακίας, οφειλόμενης σε χρόνια πίεση, που βρίσκεται υπό παρακολούθηση.

Συζήτηση: Η παρουσία οπισθοστερνικής βρογχοκήλης συνιστά ένδειξη αφαίρεσης. Επί συμπιεστικών φαινομένων (τραχηλικής ή καταδύομενης βρογχοκήλης) συνιστάται πρώιμη αποσυμπίεση της τραχείας, ιδιαίτερα επί συμπτωμάτων. Η έντονη αναπνευστική δυσχέρεια μπορεί να απαιτήσει διασωλήνωση και επείγουσα χειρουργική αφαίρεση. Επί έγκαιρης αντιμετώπι-

σης οι περισσότερες καταδυόμενες βρογχοκήλες μπορούν να αφαιρεθούν με τραχηλική τομή, ενώ αποφεύγεται η τραχειομαλακία. Η παρουσία γιγάντιας βρογχοκήλης καταδυόμενης έως την τρόπιδα απαίτησε μέση στερνοτομή και ενδελεχή αποκόλληση από τα ανατομικά στοιχεία του μεσοθωρακίου, περιλαμβανομένων των μεγάλων αγγείων.

0094 ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΡΑΠΑΡΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΟΥΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Βησούλη Αικ., Τσουρέλης Λ., Μπάκας Α., Αρίκας Σ., Κεσίσης Γ., Τσακιρίδης Κ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Τα καρκινοειδή είναι νευροενδοκρινείς όγκοι, με συχνότερη πρωτοπαθή εντόπιση στο γαστρεντερικό (ειλεός, σκωληκοειδής, Μεκέλειος, στόμαχος, δωδεκαδάκτυλο, παχύ έντερο, ορθό), ακολουθούμενη από εντόπιση στους πνεύμονες, και άλλες σπανιότερες θέσεις. Συχνότερα είναι καλοήθεις όγκοι βραδείας ανάπτυξης, αλλά μπορεί να είναι κακοήθεις (μεταστάσεις ήπαρ, μεσεντέριο, περιτόναιο, πνεύμονες, οστά, οφθαλμικός κόγχος, δέρμα, κλπ). Επί ενδοκρινούς δραστηριότητας προκαλούν καρκινοειδές σύνδρομο (καρκινοειδές-εντέρου, έκκριση σεροτονίνης (5-υδροξυτρυπταμίνης) στην πυλαία κυκλοφορία: υδαρής διάρροια, κοιλιακός πόνος, βρογχόσπασμος, κυανωτικό flush προσώπου/θώρακα, στενωτικές βλάβες δεξιάς καρδιάς / καρκινοειδές-πνεύμονα: έκκριση ισταμίνης και 5-υδροξυτρυπτοφάνης στη συστηματική κυκλοφορία: ερυθρό flash προσώπου και οίδημα, σιελόρροια, δακρύρροια, δυνατόν ταχυκαρδία, πυρετός, τρόμος, άγχος, υπόταση). Παρουσιάζουμε εξαιρετικά σπάνιο περιστατικό καρκινοειδούς πνεύμονα εκδηλωθέντος με παραπάρεση (πολυνευροπάθεια), πλήρως αποδραμούσα μετά από χειρουργική εκτομή.

Υλικό και μέθοδοι: Κατά την διερεύνηση προοδευτικά επιδεινούμενης παραπάρεσης ανδρός 69 ετών, ανευρέθη μικρός περιφερικός όγκος δεξιού μέσου λοβού (αξονική τομογραφία, διάμετρος:1.8cm). Διενεργήθηκε θωρακοσκοπική ογκεκτομή (ενδο-συρραπτικό με βραδέως απορροφήσιμο υλικό). Ταχεία βιοψία: νεοπλασματική εξεργασία από μικρά κύτταρα. Παθολογοανατομική εξέταση: περιφερικό καρκινοειδές πνεύμονα χαμηλού μιτωτικού δείκτη.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Εξήλθε την 5^η μετεγχειρητική, παρέμεινε σε κέντρο αποκατάστασης επί 3 μήνες. Διαπιστώθηκε σταδιακή αποδρόμη παραπάρεσης μέχρι πλήρους αποκατάστασης (σε 6 μήνες), φυσιολογική αναπνευστική, νευρολογική λειτουργία, απουσία υποτροπής/μετάστασης σε 1 έτος.

Συμπεράσματα: Η μυοπάθεια είναι συχνή σε νόσους των ενδοκρινών (θυρεοειδούς, παραθυρεοειδούς, επινεφριδίων) και οι καρκίνοι έχουν συχνά ενδοκρινικές δράσεις και νευρολογικές επιπλοκές. Επί παρανεοπλασματικών συνδρόμων δυνατόν να εμφανισθούν εγκεφαλοπάθεια, μυελοπάθεια, ενώ συχνότερα αισθητική και κινητική νευροπάθεια, μυοπάθεια, ή νευρομυοπάθεια, κεντρικής κατανομής. Αναφέρθηκε νευρομυοπάθεια στο 14% ασθενών

με καρκίνο πνεύμονα. Αναφέρθηκε πάρεση προσωπικού επί μεταστατικού καρκινοειδούς του θύμου, κεντρική μυϊκή αδυναμία επί θυμικού καρκινοειδούς παράγοντος ACTH, παραγωγή ACTH από βρογχικό καρκινοειδές, και οξεία παραπάρεση 40 έτη μετά από πνευμονεκτομή για εκτομή καρκινοειδούς αδενώματος. Με εκτεταμένη βιβλιογραφική έρευνα δεν ανευρέθη παραπάρεση επί καρκινοειδούς πνεύμονος. Η αποδρομή της μετά από χειρουργική εξαίρεση συνηγορεί για αιτιολογία συνδεόμενη με παρανεοπλασματικό σύνδρομο.

0095 ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Τσακιρίδης Κ., Βησούλη Αικ., Τσουρέλης Α., Μπάκας Α., Αρίκας Σ., Μπάκα Σ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Ο καρκίνος του νεφρού αποτελεί την 9^η συχνότερη κακοήθεια στην Ευρώπη (88.400 νέες περιπτώσεις, 39.300 θάνατοι το 2008). Συχνότερος τύπος είναι το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα (renal cell carcinoma), που στο 85% των περιπτώσεων είναι διαυγοκυτταρικό, αποτελεί το 85%-90% των κακοηθειών του νεφρού και το 2-3% όλων των κακοηθειών. Είναι συχνότερο στους άνδρες (1,5/1), εμφανιζόμενο σε μέση ηλικία 65 ετών. Σχετίζεται αιτιολογικά με κάπνισμα παχυσαρκία και υπέρταση. Η χειρουργική θεραπεία (ριζική ή μερική νεφρεκτομή και μεταστασεκτομή) είναι η μόνη δυνατόν θεραπευτική προσέγγιση. Μετά από χειρουργική εκτομή, το 20% έως 30% των ασθενών με εντοπισμένο όγκο παρουσιάζουν υποτροπή. Συχνότερη θέση απομακρυσμένης υποτροπής είναι πνευμονικές μεταστάσεις. Ο μέσος χρόνος υποτροπής μετά από εκτομή είναι 1-2 έτη και οι περισσότερες υποτροπές εμφανίζονται εντός 3 ετών. Παρουσιάζουμε 2 εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις εμφάνισης πνευμονικών μεταστάσεων 15 και πλέον έτη μετά από την εξαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου.

Υλικό και μέθοδοι: Γυναίκα 77 ετών και άνδρας 66 ετών με ιστορικό νεφρεκτομής λόγω νεφροκυτταρικού καρκινώματος προ 15ετίας και 18ετίας αντιστοίχως προσήλθαν με πολλαπλούς, ετερόπλευρους, σαφώς περιγεγραμμένους μη ασβεστοποιημένους όζους δεξιού πνεύμονα. Διενεργήθηκε εκτομή του συνόλου των βλαβών: εκτομή όζων δεξιού μέσου και κάτω λοβού, και δεξιά άνω και μέση διλοβεκτομή (αντιστοίχως). Παθολογοανατομική εξέταση: μεταστατικές εστίες νεφροκυτταρικού καρκινώματος.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς δεν παρουσίασαν επιπλοκές και εξήλθαν του νοσοκομείου την 3^η και 4^η μετεγχειρητική. Παραμένουν εν ζωή 8 μήνες και 1 μήνα μετεγχειρητικά με πολύ ικανοποιητική αναπνευστική και νεφρική λειτουργία.

Συμπεράσματα: Η πλήρης αφαίρεση των μεταστάσεων νεφρικού καρκίνου συμβάλλει στην βελτίωση της πρόγνωσης. Ενδείκνυται μεταστασεκτομή επί μονήρους μετάστασης κατά την εμφάνιση ή μετά την εξαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και επί εξαιρέσιμου πρωτοπαθούς όγκου και εξαιρέσιμων πολλαπλών μεταστάσεων (σε συνδυασμό με συστηματική θεραπεία). Δεν υφίστανται κατευθυντήριες οδηγίες για την σπάνια περίπτωση εμφάνισης πολλαπλών πνευμονικών μεταστάσεων την δεύτερη δεκαετία μετά την εξαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου. Τα πρώιμα αποτελέσματα της μεταστασεκτομής είναι πολύ ικανοποιητικά.

0096 ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ «ΔΙΚΗΝ ΣΚΗΝΙΔΙΟΥ» ΓΙΑ ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΙΣΟΦΑΓΟΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ IVOR LEWIS

Αστερίου Χ.¹, Λαλούντας Μ.², Παλιούρας Δ.¹, Κλέωντας Α.¹, Σέτζης Κ.³, Μπαρμπετάκης Ν.¹

¹Θωρακοχειρουργική Κλινική, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, ²Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Π.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», ³Α' Χειρουργική Κλινική, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

Σκοπός: Η πιο επικίνδυνη επιπλοκή μετά από οισοφαγογαστρεκτομή για καρκίνο του οισοφάγου θεωρείται η διάσπαση της αναστόμωσης. Διάφορες χειρουργικές τεχνικές που έχουν περιγραφεί στο παρελθόν δεν κατάφεραν να μειώσουν ουσιαστικά τον κίνδυνο διάσπασης. Αντίθετα, η χρήση του τοιχωματικού υπεζωκότα «δίκην σκηνιδίου» χρησιμοποιείται ήδη περισσότερο από μια δεκαετία από τους Θωρακοχειρουργούς για αποφυγή εκτεταμένων διαφυγών αέρα μετά από ανατομική άνω λοβεκτομή πνεύμονα με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται μια αναδρομική μελέτη 114 ασθενών που υποβλήθηκαν σε οισοφαγογαστρεκτομή για καρκίνο του οισοφάγου ή της καρδιοοισοφαγικής συμβολής. Οι ασθενείς μοιράστηκαν σε δύο ομάδες. Στην ομάδα Β χρησιμοποιήθηκε ο τοιχωματικός υπεζωκότας «δίκην σκηνιδίου» με σκοπό να αποτρέψει μια πιθανή διάσπαση, ενώ στην ομάδα Α, η οποία ήταν η ομάδα σύγκρισης, δεν χρησιμοποιήθηκε. Στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της χρήσης του τοιχωματικού υπεζωκότα «δίκην σκηνιδίου» στην αποφυγή διάσπασης της αναστόμωσης.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα που χρησιμοποιήθηκε ο τοιχωματικός υπεζωκότας σημειώθηκε σημαντική μείωση της πιθανότητας διάσπασης της αναστόμωσης. Η επιπλοκή παρουσιάστηκε μόλις σε 1 ασθενή σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης όπου σε 8 ασθενείς εμφανίστηκε η ανωτέρω επιπλοκή ($p=0,032$). Ο κίνδυνος διάσπασης της αναστόμωσης στην ομάδα που δεν χρησιμοποιήθηκε ο τοιχωματικός υπεζωκότας υπολογίστηκε σχεδόν 9 φορές μεγαλύτερος (λόγος πιθανοτήτων: 9,143, 95% διάστημα εμπιστοσύνης: κατώτερο όριο 1,104, ανώτερο όριο 75,708). Όσον αφορά στη θνητότητα 30 ημερών, αν και υπολογίστηκε χαμηλότερη στην ομάδα που χρησιμοποιήθηκε ο τοιχωματικός υπεζωκότας, δεν υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Συμπεράσματα: Η χρήση του τοιχωματικού υπεζωκότα «δίκην σκηνιδίου» αποτελεί ασφαλής, γρήγορη και αποτελεσματική τεχνική για αποφυγή διάσπασης της αναστόμωσης μετά από οισοφαγογαστρεκτομή Ivor Lewis. Η προστασία της αναστόμωσης με τη χρήση του υπεζωκότα μπορεί να ελαττώσει τις συνέπειες μιας πιθανής διαφυγής.

0097 ΠΡΩΙΜΗ ΚΑΙ ΟΨΙΜΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ, ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΤΑΛΚΗ ΠΡΟΣ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ: ΑΝΑΛΥΣΗ 400 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Αστερίου Χ., Κλέωντας Α., Γωγάκος Α., Δώρη Χ.Λ., Παλιούρας Δ., Μπαρμπετάκης Ν.

Θωρακοχειρουργική Κλινική, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

Σκοπός: Οι κακοήθεις πλευριτικές συλλογές θεωρούνται κοινή εξέλιξη σε ασθενείς που πάσχουν από συγκεκριμένα κακοήθη νοσήματα. Αντιπροσωπεύουν μια τελικού σταδίου κατάσταση με περιορισμένη μέση επιβίωση, διαστήματος μηνών, και πρωταρχικός σκοπός θεωρείται η παρηγορική θεραπεία. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση της νοσηρότητας, θνητότητας και του προσδόκιμου επιβίωσης μετά από θωρακοσκοπική έγχυση εναιωρήματος τάλκη.

Υλικό και Μέθοδοι: Από τον Σεπτέμβριο του 2004 έως τον Οκτώβριο του 2009, 400 ασθενείς υποβλήθηκαν σε θωρακοσκοπικές επεμβάσεις (VATS) για κακοήθεις πλευριτικές συλλογές. Η κατάσταση των ασθενών αξιολογήθηκε πριν και μετά από την θεραπεία όσον αφορά στη νοσηρότητα, θνητότητα, το ποσοστό επιτυχίας της πλευροδεσίας και τη μέση επιβίωση.

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια της μετεγχειρητικής παρακολούθησης ήταν 40 μήνες (διακύμανση 4-61 μήνες). Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν σημαντική βελτίωση της δύσπνοιας. Η διεγχειρητική θνητότητα ήταν μηδενική. Η διαδικασία ήταν καλώς ανεκτή και κανένα σημαντικό ανεπιθύμητο συμβάν δεν παρατηρήθηκε. Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν 2% και το ποσοστό επιτυχίας της πλευροδεσίας ανήλθε στο 85%. Το φτωχό Karnofsky Performance Status και η καθυστέρηση μεταξύ της διάγνωσης της πλευριτικής συλλογής και της πλευροδεσίας αποδείχτηκαν στατιστικώς σημαντικοί παράγοντες υπαίτιοι της ενδονοσοκομειακής θνητότητας. Η μέγιστη επιβίωση παρατηρήθηκε μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού, ακολουθούμενη από αυτούς με καρκίνο των ωοθηκών, λέμφωμα και μεσοθηλίωμα υπεζωκότα.

Συμπεράσματα: Η θωρακοσκοπική έγχυση εναιωρήματος τάλκη είναι μια αποτελεσματική και ασφαλής διαδικασία που επιτυγχάνει υψηλά ποσοστά πλευροδεσίας και ταυτόχρονα συντελεί σε μακροπρόθεσμο έλεγχο των συμπτωμάτων με αξιολογη μείωση της δύσπνοιας.

0098 Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΟ ARDS ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΗ (ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ)

Κουτσογιαννίδης Χ., Αμπατζίδου Φ., Διπλάρης Κ., Σίλελη Μ., Καραϊσκος Θ., Δρόσος Γ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Β' Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς 75 ετών, ο οποίος υποβλήθηκε σε αριστερή πνευμονεκτομή λόγω Ca εκ πλακώδους επιθηλίου. Ο ασθενής παρέμεινε την ημέρα του χειρουργείου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 6 ώρες διασωληνωμένος. Την 1^η μετεγχειρητική ημέρα μεταφέρθηκε στη ΜΑΦ της Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής αιμοδυναμικά σταθερός και με χαμηλές ανάγκες σε οξυγόνο (ρινογυάλια 3-4lt/min). Την 2^η μετεγχειρητική ημέρα παρουσίασε δύσπνοια, ταχύπνοια και υποξυγοναιμία, από την ανάλυση αερίων αίματος και το SpO₂ 85%. Παρά τη διουρητική, βρογχοδιασταλτική αγωγή και την τοποθέτηση μάσκας υψηλής περιεκτικότητας σε οξυγόνο, δεν παρατηρήθηκε βελτίωση. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε διηθήσεις στον δεξιό πνεύμονα και ο υπέρηχος καρδιάς καλή συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας, χωρίς διαστολική δυσλειτουργία και με συστολική πίεση της πνευμονικής αρτηρίας 45mmHg. Τοποθετήθηκε μη επεμβατικός αερισμός, μοντέλο BiPAP με αρχικές παραμέτρους IPAP 18 H₂O και EPAP 6 H₂O με υψηλή ροή οξυγόνου 15lt/min. Μετά τις ανωτέρω παρεμβάσεις παρατηρήθηκε αύξηση του SpO₂ 90-92% και βελτίωση της υποξυγοναιμίας στην ανάλυση αερίων αίματος. Ο ασθενής εμφάνισε τις επόμενες ημέρες βελτίωση στην κλινική του εικόνα και την ακτινογραφία θώρακος. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παρέμεινε απύρετος με αρνητικούς δείκτες φλεγμονής και αρνητικές καλλιέργειες πτυέλων. Πραγματοποιήθηκε σταδιακή αποδέσμευση από το μη επεμβατικό αερισμό και έλαβε εξιτήριο την 14^η μετεγχειρητική ημέρα με φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος. Το σύνδρομο της αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων αποτελεί θανατηφόρο επιπλοκή μετά από θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις εκτομής του πνεύμονα. Από τα λίγα στοιχεία της βιβλιογραφίας η χρήση του μη επεμβατικού αερισμού έχει μειώσει το ρυθμό επαναδιασωλήνωσης και μηχανικού αερισμού από 50 σε 20.8% και της νοσοκομειακής θνητότητας από 37.5 σε 12.5%. Παρ' όλα αυτά η χρήση του μη επεμβατικού αερισμού στο ARDS μετά από θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις του πνεύμονα παραμένει ασαφής. Η επιλογή της σωστής χρήσης του μπορεί να αποτελέσει σημαντική βοήθεια στον κλινικό γιατρό για την κατάλληλη διαχείριση παρομοίων περιστατικών.

0099 ΕΚΤΟΜΗ ΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΑΣ - ΔΙΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

Καραϊσκος Θ., Διπλάρης Κ., Αντωνίου Κ., Μπαντούρ Α., Σίλελη Μ., Δρόσος Γ.

Καρδιοθώρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

Εισαγωγή: Η αντιμετώπιση των παθήσεων της τραχείας είναι μια δύσκολη υπόθεση. Η στένωση της τραχείας μετά από διασωλήνωση παραμένει η πιο συχνή ένδειξη εκτομής της τραχείας. Η γρήγορη επιδείνωση της νόσου μετά την αποσωλήνωση απαιτεί τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων για την αντιμετώπισή της. Οι τρόποι αντιμετώπισης της νόσου οι οποίοι προτείνονται από διάφορες ειδικότητες είναι η τοποθέτηση Montgomery T - ενδοπρόθεση με παραμονή της τραχειοστομίας, διαστολές με μπαλόνι με ή χωρίς την τοποθέτηση ενδοπρόθεσης και η χειρουργική εκτομή του στενωμένου τμήματος της τραχείας. Οι ενδοβρογχικοί όγκοι της τραχείας επίσης αποτελούν αιτία εκτομής της τραχείας.

Υλικό - Μέθοδος: Από τον Μάιο του 2010 έως σήμερα αντιμετωπίστηκαν από την κλινική μας 5 περιστατικά. Τα περιστατικά αφορούσαν 1 όγκο στην τραχεία, δύο στενώσεις μετά από διασωλήνωση και 2 τραχειο-οισοφαγικά συρίγγια. Όλα τα περιστατικά υποβλήθηκαν υπό γενική αναισθησία σε εκτομή του προβληματικού τμήματος της τραχείας και τελικοτελική αναστόμωση.

Αποτελέσματα: Τέσσερα από τα περιστατικά είχαν άριστο αποτέλεσμα, ένα περιστατικό εμφάνισε στένωση στην περιοχή της αναστόμωσης και υποβλήθηκε σε τοποθέτηση σιλικονούχας ενδοπρόθεσης,

Συμπεράσματα: Η χειρουργική εκτομή της τραχείας και η τελικοτελική αναστόμωση αποτελεί λύση εκλογής όχι μόνο στους όγκους της τραχείας αλλά και στις βλάβες της τραχείας μετά από διασωλήνωση. Η προσεκτική εκτίμηση των ασθενών, η σωστή προετοιμασία, η στρατηγική διασωλήνωσης και η επιμελής χειρουργική τεχνική αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την επιτυχία της επέμβασης.

0100 ΓΑΣΤΡΟΘΩΡΑΚΑΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ, ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ IVOR-LEWIS ΓΑΣΤΡΟ-ΟΙΣΟΦΑΓΕΚΤΟΜΗ

Τεντζέρης Β., Berrisford R.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδα, Derriford Hospital, Plymouth University Hospitals, Ηνωμένο Βασίλειο

Σκοπός: Γαστροθώρακας μετά από Ivor-Lewis γαστρο-οισοφαγεκτομή είναι μια διάταση του εναπομείναντος στομάχου, καταλαμβάνοντας το μεγαλύτερο μέρος του δεξιού ημιθωράκιου. Η έγκαιρη αναγνώριση αυτής της επιπλοκής είναι απαραίτητη για την πρόληψη καταστροφικών γεγονότων για τον ασθενή.

Υλικά και Μέθοδοι: Αναφέρεται περιστατικό με επαναλαμβανόμενους γαστροθώρακες, αρχικά κατά την 6^η ημέρα μετεγχειρητικά μιμούμενο μεγάλη υπεζωκοτική συλλογή με κατάπτωση των πνευμόνων και την 23^η ημέρα, μιμούμενο πνευμοθώρακα υπό τάση.

Αποτελέσματα: Μια 41 ετών ασθενής, 6 ημέρες μετά από γαστρο-οισοφαγεκτομή, ανέπτυξε οξεία δύσπνοια. Είχε 2 δεξιές παροχετεύσεις και ρινογαστρικού σωλήνα για αποφυγή πνευμονικής εισρόφησης. Δύο ημέρες νωρίτερα, μια μελέτη σκιαγραφικού δεν έδειξε εμφανή διαρροή αναστόμωσης, ενώ οι υπεζωκοτικοί χώροι ήταν εμφανώς καθαροί. Κατά την εξέταση ήταν ανήσυχη, κυανωτική, με φυσιολογική αρτηριακή πίεση, καρδιακό ρυθμό 140, αναπνευστική συχνότητα 25, περιφερικό κορεσμό οξυγόνου 95% σε 40% O₂. Τα αρτηριακά αέρια αποκάλυψαν pH 7,36, pO₂ = 6,43, pCO₂ = 5,79, HCO₃ = 24,2 με γαλακτικό οξύ 2.7. Η ακτινογραφία θώρακα έδειξε λευκό δεξιό ημιθωράκιο Υψηλή ροή O₂ και φυσιοθεραπεία δεν επέφερε καμία βελτίωση. Επαναλαμβανόμενη και παρατεταμένη χρήση του ρινογαστρικού σωλήνα απέδωσε 2.3 λίτρα χολικών υγρών και ακόλουθη αιμοδυναμική σταθεροποίηση.

Την 23^η ημέρα, ενώ η ασθενής είχε βελτίωση μετά από πολλαπλές διάτασεις του πυλωρού, ξαναπαρουσιάστηκε δύσπνοια. Όλες οι παροχετεύσεις είχαν αφαιρεθεί και ο ασθενής ανεχόταν ελεύθερη διαίτα χωρίς ρινογαστρικό σωλήνα. Η ακτινογραφία θώρακα είχε ακτινολογικά ευρήματα δεξιού πνευμοθώρακα. Έγινε επείγουσα παροχέτευση για υποψία πνευμοθώρακα, αλλά χωρίς βελτίωση. Ο ρινογαστρικός σωλήνας επανατοποθετήθηκε με άμεση απελευθέρωση των συμπτωμάτων. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο χωρίς περαιτέρω επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Ο γαστροθώρακας πρέπει να εξεταστεί στη διαφορική διάγνωση των ακτινολογικών ευρημάτων πνευμοθώρακα μετά την εκτομή οισοφάγου. Η έγκαιρη αναγνώριση και αποσυμπίεση είναι ζωτικής σημασίας.

0101 ΣΤΡΩΜΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ (GIST- GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR). GIST ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σουφλήρης Δ., Κωνσταντίνου Φ., Λαουάλ Α., Διδίλης Β., Γαλατούδης Ζ., Μπουγιούκας Γ.

Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Θώρακος, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Οι στρωματικοί όγκοι ανήκουν στους μεσεγχυματικούς όγκους, αποτελούν την πλειονότητα των μεσεγχυματικών όγκων του γαστρεντερικού συστήματος και προέρχονται από τα πολυδύναμα βλαστικά κύτταρα. Μπορούν να εμφανιστούν σε όλο το μήκος του γαστρεντερικού συστήματος, όμως η πιο κοινή τους θέση είναι στον στόμαχο (45-60%), στο λεπτό έντερο (30%) και τέλος στον οισοφάγο (5%) και το παχύ έντερο (5-10%). Όλοι οι στρωματικοί όγκοι δεν είναι αναγκαστικά κακοήθεις, αν και θεωρούνται ως δυνητικά κακοήθεις. Συγκεκριμένα όγκοι μεγέθους μικρότερου των 2cm θεωρούνται ότι συμπεριφέρονται ως καλοήθεις όγκοι, ενώ πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι όγκοι με μέγεθος μεγαλύτερο των 5cm συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για κακοήθεια. Οι στρωματικοί όγκοι μπορούν να δώσουν μεταστάσεις, κυρίως αιματογενώς, με τις πιο κοινές θέσεις να είναι το ήπαρ και το περιτόναιο. Οι λεμφογενείς μεταστάσεις είναι σπάνιες (0-8%).

Περιγραφή περίπτωσης: Παρουσιάζεται η περίπτωση μιας ασθενούς 43 ετών, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, η οποία λόγω εμπυρέτου με συνοδό μη παραγωγικό βήχα υπεβλήθη σε ακτινολογικό έλεγχο όπου διαπιστώθηκε σκίαση στην πύλη του δεξιού πνεύμονα. Έπειτα από έλεγχο με CT και MRI Θώρακος διεγνώσθη παρουσία μορφώματος διαστάσεων 100x80x40mm, υποτροπιδικά, που παρεκτοπίζει τον οισοφάγο. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε πίεση του οισοφάγου στα 30cm απο τους κοπήρες οδοντες, χωρίς σημεία διήθησης του βλεννογόνου. Πραγματοποιήθηκε (ΔΕ) οπισθοπλάγια θωρακοτομή και εκτομή του συμφυόμενου με τον οισοφάγο μεσοθωρακικού μορφώματος. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο την 9^η μετεγχειρητική ημέρα σε καλή γενική κατάσταση. Έξι μήνες μετά την επέμβαση είναι σε άριστη κατάσταση υπό αγωγή με Imatinib.

Συμπεράσματα:

1. Το Gist οισοφάγου είναι μία εξαιρετικά σπάνια πάθηση.
2. Η χειρουργική εκτομή αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε εξαιρεσίμους όγκους.
3. Η συμπληρωματική θεραπεία με αναστολείς της τυροσίνης κινάσης (Imatinib, Sunitinib) έχει βελτιώσει σημαντικά την επιβίωση ακόμη και των ασθενών με απομακρυσμένες μεταστάσεις.

0102 ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ

Κουρίτας Β., Ζήσης Χ., Σουλτάνης Κ.-Μ., Ρουσάκης Α., Μπελλένης Ι.

Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος και Αγγείων, Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, Αθήνα

Σκοπός: Η αναγνώριση παραγόντων που ευνοούν την υποτροπή του πνευμοθώρακα σε ασθενείς με αυτόματο πνευμοθώρακα (ΑΠ) μετά την αφαίρεση του θωρακικού σωλήνα παροχέτευσης (ΘΣ).

Ασθενείς και μέθοδος: Τα στοιχεία των ασθενών με πρωτοπαθή και δευτεροπαθή πνευμοθώρακα, που αντιμετωπίστηκαν με ΘΣ στο τμήμα μας, συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν προοπτικά, σε διάστημα 6 μηνών. Εκτιμήθηκαν ως παράμετροι τα δημογραφικά στοιχεία, η διάρκεια της απώλειας αέρα (air leak), το εύρος της ισορροπίας του νερού (balance) στο ΘΣ πριν την αφαίρεσή του, το κλείσιμο ή όχι του ΘΣ πριν την αφαίρεσή του, η ημέρα της έκπτυξης του πνεύμονα στην ακτινογραφία θώρακος, η χρήση της αναρρόφησης ή όχι, καθώς και η υποτροπή του πνευμοθώρακα. Η στατιστική ανάλυση έγινε με student's t-test και Mann-Whitney non parametric test αναλόγως των μεταβλητών.

Αποτελέσματα: Συνολικά 40 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, 34 εκ των οποίων ήταν άνδρες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 42.3 έτη (εύρος 17-85). Οι μισοί από αυτούς υποβλήθηκαν σε κλείσιμο ΘΣ και ακτινογραφία πριν την αφαίρεσή του, ενώ οι άλλοι μισοί όχι. Εντοπίστηκαν συνολικά 12 περιπτώσεις υποτροπής (30%) ενώ στις 7 από αυτές χρειάστηκε εκ νέου παροχέτευση του πνευμοθώρακα. Στις περιπτώσεις υποτροπής η διάρκεια απώλειας αέρα ήταν μεγαλύτερη από τις λοιπές (5 ± 0.7 vs 3.4 ± 0.6 ημέρες, $p=0.043$), το balance μεγαλύτερο (6.6 ± 0.8 vs 2.6 ± 0.7 ml, $p=0.005$) καθώς και η ημέρα πλήρους έκπτυξης του πνεύμονα στην ακτινογραφία (3.8 ± 0.9 vs 1.8 ± 0.6 ημέρες, $p=0.012$). Στις περιπτώσεις κλεισίματος του ΘΣ πριν την αφαίρεσή του οι υποτροπές ήταν λιγότερες ($p=0.032$), ενώ δεν χρειάστηκε περαιτέρω παρέμβαση σε καμία περίπτωση από αυτές. Δεν αναγνωρίστηκε συσχέτιση με την ηλικία, την υποκείμενη πάθηση, τη χρήση αναρρόφησης ή το κάπνισμα.

Συμπεράσματα: Οι υποτροπές του πνευμοθώρακα μετά την αφαίρεση του ΘΣ σε ασθενείς με αυτόματο πνευμοθώρακα δεν είναι σπάνιες. Στις περιπτώσεις που αντιμετωπίζονται με ΘΣ, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η διάρκεια της απώλειας αέρα, η ημέρα έκπτυξης του πνεύμονα, το balance του ΘΣ ενώ θα ήταν προτιμότερο να προηγείται το τέστ του κλεισίματος του ΘΣ πριν την αφαίρεσή του, ώστε να αποφεύγεται η υποτροπή του πνευμοθώρακα.

0103 Η ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ: ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ Ή ΑΠΟΤΟΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ STRESS;

Κουρίτας Β.¹, Ζήσης Χ.¹, Ρουσσάκης Α.¹, Καραμέρη Β.², Μπελλένης Ι.¹

¹Τμήμα Χειρ. Θώρακος, ²Αναισθησιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Ευαγγελισμός Αθήνα

Σκοπός: Η μελέτη της επίπτωσης της θρομβοκυττάρωσης σε χειρουργικούς ασθενείς με μη-μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονος (non-small cell lung cancer-NSCLC), που υποβάλλονται σε θεραπευτική επέμβαση εκτομής.

Μέθοδος: Διακόσιοι εβδομήντα ασθενείς με NSCLC (200 άντρες) αναλύθηκαν αναδρομικά ως προς τα δημογραφικά δεδομένα, τη μέτρηση αιμοπεταλίων, τον ιστολογικό τύπο, το παθολογοανατομικό στάδιο και τον τύπο της επέμβασης, στην οποία υποβλήθηκαν. Ως θρομβοκυττάρωση ορίστηκε αριθμός αιμοπεταλίων μεγαλύτερος από $40 \times 10^4 / \text{mm}^3$.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 60.8 ± 14.5 years. Προεγχειρητική θρομβοκυττάρωση παρατηρήθηκε σε 21 ασθενείς (7.8%), ενώ θρομβοκυττάρωση κατά τη μετεγχειρητική πορεία και παρακολούθηση ανευρέθη σε 119 (44.1%) ($p=0.030$). Ο διάμεσος χρόνος μετεγχειρητικά για την εκδήλωση της θρομβοκυττάρωσης ήταν 0.5 μήνες. Προεγχειρητική θρομβοκυττάρωση παρατηρήθηκε με μεγαλύτερη συχνότητα σε πνευμονεκτομές (17.9%) συγκριτικά με λοβεκτομές (5%) και σφηνοειδείς εκτομές (8%) ($p=0.040$). Θρομβοκυττάρωση συνολικά στη διεγχειρητική περίοδο ήταν συνηθέστερη σε πνευμονεκτομές (56.4%) και λοβεκτομές (49.3%) συγκριτικά με τις σφηνοειδείς εκτομές (32.2%) ($p=0.012$). Δεν ταυτοποιήθηκε συσχέτιση μεταξύ θρομβοκυττάρωσης και παθολογοανατομικού σταδίου, θετικών ορίων εκτομής, διήθησης του σπλαχνικού υπεζωκότος ή ιστολογικού τύπου. Επίσης δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις πιθανότητες προεγχειρητικής ($OR=0.89$, 95% CI: 0.11-6.97, $P=0.915$) ή μετεγχειρητικής θρομβοκυττάρωσης ($OR=1.96$, 95% CI: 0.69-5.62, $P=0.206$) κατά τη σύγκριση των NSCLC ασθενών με 37 χειρουργικούς ασθενείς πάσχοντες από καλοήγη παθολογία, προσομοιωμένων ως προς την ηλικία και το φύλο. Η πολυπαραγοντική ανάλυση κατέδειξε ότι ο τύπος της επέμβασης συσχετίζεται τόσο με την προεγχειρητική όσο και με την μετεγχειρητική θρομβοκυττάρωση.

Συμπεράσματα: Η θρομβοκυττάρωση εκδηλώνεται συχνότερα μετεγχειρητικά και εμφανίζεται εξίσου τόσο μεταξύ των διαφορετικών παθολογοανατομικών σταδίων του χειρουργικού NSCLC, όσο και στους χειρουργικούς ασθενείς με καλοήγη παθολογία. Η ανάπτυξή της μπορεί να αποδοθεί στο χειρουργικό stress πέραν του ότι αποτελεί παρανεοπλασματική εκδήλωση.

0104 ΑΔΕΝΟΚΥΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΡΑΧΕΙΟΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΔΕΝΔΡΟΥ: ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΠΑΘΟΛΟΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

Αθανασιάδη Κ.¹, Λιούμπας Δ.¹, Κωνσταντινίδου Μ.-Κ.¹, Καραμέρη Β.², Ρήγα Δ.³, Ροντογιάννη Δ.³, Μπελλένης Ι.¹

Τμήματα ¹Χειρουργικής Θώρακος, ²Αναισθησιολογίας και ³Παθολογικής Ανατομίας, Π.Γ.Ν.Α Ευαγγελισμός, Αθήνα

Σκοπός: Τα αδενοκυστικά καρκινώματα (ACC) είναι σπάνιοι, αργά αναπτυσσόμενοι όγκοι του τραχειοβρογχικού δένδρου. Εξετάσαμε αναδρομικά τους ασθενείς μας με ACC, προκειμένου να αναλύσουμε μερικά ιστολογικά χαρακτηριστικά.

Υλικό & Μέθοδος: Η αναδρομική μας μελέτη περιλαμβάνει 13 ασθενείς με ACC, 7 γυναίκες και 6 άνδρες μέσης ηλικίας 53.6 ετών. Η εντόπιση του όγκου ήταν στην τραχεία σε 4 περιπτώσεις, σε κύριο βρόγχο σε 5 και τέλος, σε λοβαίο βρόγχο σε 4 περιπτώσεις. Η πλειοψηφία των ασθενών προσήλθε με συμπτώματα ατελεκτασίας λόγω απόφραξης και επανειλημμένα επεισόδια πνευμονίας. Η βρογχοσκόπηση αποτέλεσε το διαγνωστικό εργαλείο εκλογής, που αποκάλυψε την παρουσία του όγκου, αλλά και έθεσε τη διάγνωση. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, εκτομή τραχείας, πνευμονεκτομή, λοβεκτομή ή λοβεκτομή δίκην περιχειρίδος ανάλογα με την εντόπιση του ACC. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά, όπως το βάθος της διήθησης, η περινευρική ανάπτυξη και η λεμφαδενική διήθηση αναλύθηκαν λεπτομερώς.

Αποτελέσματα: Οι λεμφαδένες ήταν αρνητικοί σε όλες τις περιπτώσεις. Δεν υπήρξε διήθηση εκτός του τραχειοβρογχικού δένδρου. Σε 3 περιπτώσεις η ιστολογική ανέδειξε μικροσκοπική διήθηση των ορίων εκτομής, ενώ σε 4 περινευρική ανάπτυξη του καρκινώματος. Ουδείς από τους ασθενείς μας υποβλήθηκε σε ακτινο- ή χημειοθεραπεία και δεν παρατηρήθηκε μετάσταση σε follow up 30-103 μηνών.

Συμπέρασμα: Πλήρης χειρουργική εκτομή του ACC είναι ο χρυσός κανόνας. Επειδή το ACC είναι ένας αργά αναπτυσσόμενος όγκος, οι επιπτώσεις και ο ρόλος των μικροσκοπικών διηθήσεων στα όρια εκτομής ή σε λεμφαδένες δεν είναι σαφείς, έτσι παρατεταμένη επιβίωση μπορεί να παρατηρηθεί ακόμα και μετά από παρηγορητική θεραπεία.



9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Θώρακος - Καρδιάς - Αγγείων



ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (E-POSTERS)

P01 ΤΕΧΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΒΑΛΒΙΔΟΦΟΡΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ BENTALL

Μητρόπουλος Φ., Κανάκης Μ., Κριαράς Ι., Γκουζιούτα Α., Χατζής Α., Καραμπίνης Α.

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών

Σκοπός: Περιγράφεται η περίπτωση 69χρονου άνδρα με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, που μετά από επέμβαση Bentall και μετεγχειρητική τοποθέτηση βηματοδότη, ανέπτυξε ενδοκαρδίτιδα στο μόσχευμα και υπεβλήθη σε επανεπέμβαση. Περιγράφονται τα τεχνικά προβλήματα στην επανεπέμβαση.

Μέθοδοι: Ο ασθενής υπεβλήθη σε θεραπεία 6 εβδομάδων για ενδοκαρδίτιδα από *Staph aureus*. Μετά από τη λήψη χημειοθεραπευτικής αγωγής, ο ασθενής υπεβλήθη σε επανεπέμβαση αφαίρεσης του υπάρχοντος μοσχεύματος και του υπάρχοντος βηματοδότη. Κατά την επανεπέμβαση η επανείσοδος από το στέρνο και η είσοδος στην εξωσωματική κυκλοφορία ήταν εξαιρετικά δυσχερής. Η προσέγγιση της φλεγμίνουσας περιοχής ήταν επίσης εργώδης στην παρασκευή. Παράλληλα, κατά τη διάνοιξη του δεξιού κόλπου για την αφαίρεση των καλωδίων του βηματοδότη ανευρέθησαν βλάβες και στην ήδη ανεπαρκούσα μιτροειδή βαλβίδα, όπου διενεργήθηκε και αντικατάσταση αυτής με μεταλλική, διατηρώντας την υποβαλβιδική συσκευή. Στη συνέχεια έγινε τοποθέτηση νέου βαλβιδοφόρου μοσχεύματος με επαναεμφύτευση των στεφανιαίων αγγείων χωρίς κινητοποίηση. Έγινε επίσης τοποθέτηση νέου επικαρδιακού συστήματος βηματοδότη. Μετεγχειρητικά, χρειάστηκε να επαναδιασωληνωθεί, λόγω χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και αμφοτερόπλευρης πλευριτικής συλλογής. Το ιστορικό της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας, επιβάρυνε επιπλέον την αντιμετώπιση της αιμοδυναμικής κατάστασης του ασθενούς κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Έλαβε εξιτήριο την 15^η μετεγχειρητική ημέρα συμπληρώνοντας και την απαραίτητη χημειοθεραπευτική αγωγή.

Αποτελέσματα: 3 μήνες μετά, ο ασθενής έχει βελτιωθεί σημαντικά, το νέο βαλβιδοφόρο μόσχευμα ελέγχεται καλά, όπως και η μιτροειδής βαλβίδα και ο βηματοδότης φωρίς ενδείξεις λοίμωξης.

Συμπεράσματα: Η ανάπτυξη ενδοκαρδίτιδας σε παλαιά επέμβαση Bentall σε συνδυασμό με την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και την ύπαρξη βηματοδότη, καθιστά εξαιρετικά πολύπλοκη την προσέγγιση του συγκεκριμένου ασθενή. Ο ιδανικός χρόνος παρέμβασης με τη συνδυασμένη αντιμετώπιση των συνοδών προβλημάτων του ασθενούς, καθιστά δύσκολη τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης και επιβάλλει ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα.

P02 Η ΠΡΩΤΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΑΟΡΤΙΚ VALVE SPARING ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μητρόπουλος Φ., Κονταφούρης Κ., Μυλωνάκης Μ., Χατζής Α.,
Αποστολίδης Χ., Ράμμος Σ.

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παίδων
και Συγγενών Καρδιοπαθειών

Σκοπός: Περιγράφεται η πρώτη παιδιατρική επέμβαση κατά David στην Ελλάδα.

Μέθοδοι: Ασθενής 14 ετών, όπου σε τυχαίο καρδιολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε φύσημα, παραπέμφθηκε για διερεύνηση κατά την οποία ανευρέθηκε σοβαρή στένωση του ισθμού της αορτής και ανεύρυσμα ανιούσας αορτής (5.6cm). Ακολουθεί σταδιακή χειρουργική αντιμετώπιση με πρώτα τη διόρθωση της ισθμικής στένωσης με αριστερή θωρακοτομή / εκτομή της στενώσεως και αποκατάσταση στις συνέχειας με μόσχευμα Dacron No 20. Μετά από 6 μήνες προσήλθε για αποκατάσταση του ανευρύσματος. Λόγω του ότι η αορτική βαλβίδα ήταν τρίπτυχη με φυσιολογική ανατομία και ήπια προς μέτρια ανεπάρκεια, αποφασίστηκε να εκτελεστεί επέμβαση valve sparing. Μετά την εκτομή του ανευρύσματος της ανιούσας αορτής, μέχρι το εγγύς αορτικό τόξο εκτελείται επέμβαση κατά David, διατηρώντας την αορτική βαλβίδα με μόσχευμα Dacron No24.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αποσωληνώθηκε την ίδια ημέρα και την επόμενη ανέβηκε στον όροφο, όπου και έλαβε εξιτήριο την 6^η μετεγχειρητική ημέρα. Το υπερηχογράφημα μετεγχειρητικά ανέδειξε στεγανή αορτική βαλβίδα, όπως και κατά την παρακολούθησή του 18 μήνες μετά.

Συμπεράσματα: Η εγχείρηση David, αποτελεί σε επιλεγμένες περιπτώσεις την καλύτερη δυνατή θεραπευτική επιλογή στην παιδική και νεανική ηλικία διατηρώντας το πλεονέκτημα της διαφύλαξης της αορτικής βαλβίδας και την αποφυγή χρήσης αντιπηκτικών, συμβάλλοντας στην ποιότητα ζωής του ασθενούς.

P03 ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ BUERGER. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Μητρόπουλος Φ., Εφορακόπουλος Φ., Καντιδάκης Γ., Φραγκούλης Σ., Γεωργιάδης Μ., Βασίλη Μ.

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών

Σκοπός: Η αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα (νόσος Buerger) αν και κυρίως προσβάλλει τα αγγεία των άκρων σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να προσβάλει την κοινή καρωτίδα και τα σπλαχνικά αγγεία προκαλώντας, ακόμα και αιφνίδιο θάνατο. Περιγράφεται η σπάνια περίπτωση προσβολής των στεφανιαίων αγγείων.

Μέθοδοι: Ασθενής 52 ετών με ιστορικό καπνίσματος, οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, υπέρταση, υπερλιπιδαιμία και ΧΑΠ υποφέρει τα τελευταία 25 έτη από νόσο Buerger. Έχει υποβληθεί σε πολλαπλές επεμβάσεις (26 συνολικά) ακρωτηριασμού του δεξιού και αριστερού κάτω άκρου, του αριστερού δείκτη και του μέσου και μικρού δακτύλου δεξιά. Η δεξιά έσω καρωτίδα έχει στένωση 60%, έχει κοιλιακό ανεύρυσμα (43mm), 40% στένωση της αριστερής νεφρικής ατηρίας και στένωση των λαγονίων αρτηριών 40% και 60% αριστερά και δεξιά αντίστοιχα. Ο ασθενής υπέστη εκτεταμένο πρόσθιο έμφραγμα. Η διαγνωστική διερεύνηση του οποίου ήταν εξαιρετικά δυσχερής, λόγω της μη ύπαρξης αρτηριακής προσβασιμότητας. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική στεφανιογραφία, όπου ανεδείχθη 80%-90% απόφραξη του προσθίου κατιόντα κλάδου και διάχυτες αθηρωματικές βλάβες στα λοιπά στεφανιαία. Το κλάσμα εξώθησης ήταν 25%. Υπεβλήθη σε μονή αορτοστεφανιαία παράκαμψη (LIMA-LAD) χωρίς εξωσωματική κυκλοφορία.

Αποτελέσματα: Την 3^η μετεγχειρητική ημέρα μεταφέρθηκε από τη ΜΕΘ στον όροφο και την 8^η μετεγχειρητική πορεία έλαβε εξιτήριο την 8^η μετεγχειρητική ημέρα σε καλή κλινική κατάσταση με οδηγίες για διακοπή του καπνίσματος. 12 μήνες μετά είναι ελεύθερος καρδιακών συμπτωμάτων, έχει διακόψει το κάπνισμα και το κλάσμα εξώθησης είναι 45%.

Συμπέρασμα: Η στεφανιαία νόσος μπορεί να είναι μία επιπλέον κλινική εκδήλωση με αρτηρίτιδα Buerger. Η πιθανή δυσκολία στην εκτέλεση κλασικής στεφανιογραφίας, μπορεί να αντικατασταθεί με την αξονική στεφανιογραφία. Η κλασική αορτοστεφανιαία παράκαμψη μπορεί να είναι εξίσου προβληματική και ασφαλέστερη επιλογή πιθανό να αποτελεί η αορτοστεφανιαία παράκαμψη χωρίς εξωσωματική κυκλοφορία.

P04 Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗΣ ΜΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΘΗΗΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ

Δρόσος Β., Ψαρρός Θ., Λάλος Σ., Τριανταφύλλου Δ., Νταλίπη Α., Τριανταφύλλου Κ.

Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι ο έλεγχος της επίπτωσης της υλικοτεχνικής υποδομής των χειρουργείων και της καρδιοχειρουργικής μονάδος εντατικής θεραπείας στα χειρουργικά αποτελέσματα.

Υλικό και Μέθοδοι: Εξετάσαμε την περιεγχειρητική θνητότητα ενός καρδιοχειρουργού σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους. Η πρώτη χρονική περίοδος ήταν από τον 6/2007 μέχρι και τον 1/2010 ενώ η δεύτερη χρονική περίοδος άρχεται τον 2/2010 και τελειώνει τον 6/2012. Βασική διαφορά στις δύο περιόδους είναι ο χώρος των χειρουργείων και της μονάδος μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών. Στην πρώτη περίοδο δεν υπήρχε αυτονομία της καρδιοχειρουργικής μονάδας όσον αφορούσε τις χειρουργικές αίθουσες και τη μονάδα εντατικής θεραπείας με αποτέλεσμα οι επεμβάσεις και η μετεγχειρητική παρακολούθηση να λαμβάνουν χώρα σε εν δυνάμει σηπτικό περιβάλλον. Στη δεύτερη περίοδο αναπτύχθηκε αυτόνομη και αυτοδύναμη κάθετη καρδιοχειρουργική μονάδα σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Εξετάσαμε τα χειρουργικά αποτελέσματα του ίδιου καρδιοχειρουργού στις δύο αυτές περιόδους. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο είδος και τη βαρύτητα των χειρουργείων όπως αυτή προκύπτει με βάση το Euroscore και τη Logistic Mortality (12,12% vs 10,87%).

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη θνητότητα των δύο ομάδων ασθενών ανάμεσα στις δύο χρονικές περιόδους, Την πρώτη περίοδο η συνολική θνητότητα ήταν 2.90% έναντι της μηδενικής θνητότητας (0%) της δεύτερης. Το σύνολο των θανάτων της πρώτης περιόδου αποδόθηκε σε σηπτικούς παράγοντες και εκτιμάται ότι θα είχαν αποφευχθεί αν η αντιμετώπιση των ασθενών αυτών ελάμβανε χώρα στην αυτόνομη καρδιοχειρουργική μονάδα.

Συμπεράσματα: Η υλικοτεχνική υποδομή αλλά και το ανθρώπινο δυναμικό παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της μετεγχειρητικής θνητότητας μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

P05 ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ ΜΕ ΠΑΛΛΟΥΣΑ ΚΑΡΔΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΟΝΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΕΚΦΥΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟ ΔΕΞΙΟ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΚΟΛΠΟ

Κουερίνης Η., Δρόσος Β., Σφύρας Ν., Λυμπεριάδης Δ., Μωραιτίδης Δ., Τριανταφύλλου Κ.

Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης παρουσίασης είναι να περιγράψει την πρώτη- σύμφωνα με διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα- αορτοστεφανιαία παράκαμψη σε ασθενή με μονή στεφανιαία αρτηρία. (Μηχανές αναζήτησης: PubMed, Google- λέξεις κλειδιά: Single Coronary Artery (SCA), Coronary Artery By-Pass, Coronary Artery Disease, Treatment)

Υλικό και Μέθοδοι: Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε σε άνδρα ασθενή ηλικίας 56 ετών με εκδήλωση στεφανιαίας νόσου στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας η οποία εκφυόταν με κοινό βραχύ στέλεχος με τη δεξιά στεφανιαία από το δεξιό στεφανιαίο κόλπο. Το υπόλοιπο αρτηριακό στεφανιαίο δίκτυο ήταν ελεύθερο αθηρωματικής νόσου. Η ολοκλήρωση της παράκαμψης βλάβης του προσθίου κατιόντα με την έσω μαστική αρτηρία έγινε με πάλλουσα καρδιά χωρίς εξωσωματική υποστήριξη της κυκλοφορίας (OPCAB).

Αποτελέσματα: Ο ασθενής δεν εμφάνισε διεγχειρητικά συμβάντα ή μετεγχειρητικές επιπλοκές και εξήλθε από το νοσοκομείο την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα σε αρίστη κατάσταση. Δύο περίπου μήνες μετά το χειρουργείο παραμένει σε αρίστη κατάσταση και ελεύθερος κλινικής σημειολογίας.

Συμπεράσματα: Η παρουσία στεφανιαίας νόσου σε εξαιρετικά σπάνιες συγγενείς ανωμαλίες όπως η μονή στεφανιαία αρτηρία δε μεταβάλλει το πλάνο της χειρουργικής αντιμετώπισης του ασθενούς που υποβάλλεται σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Το μακρύ στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας που περνά από το χώρο εξώθησης της δεξιάς κοιλίας δεν αποτελεί εμπόδιο στην τοποθέτηση του σταθεροποιητή για την ολοκλήρωση της παράκαμψης με πάλλουσα καρδιά.

P06 **ΑΝΩΜΑΛΗ ΕΚΒΟΛΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΜΕ ΕΚΤΑΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ: ΜΙΑ ΝΕΑ ΟΝΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥΣ**

Κουερίνης Η., Δρόσος Β., Μανωλάκη Α., Αντωνιάδη Ε., Τριανταφύλλου Δ., Τριανταφύλλου Κ.

Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική. ΓΝΑ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Ο όρος «ανώμαλη εκβολή στεφανιαίων με εκτατική συνδρομή» [mixed coronary ectatic lesion] δεν έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν. Ο συγκεκριμένος όρος προσδιορίζει τη συνύπαρξη μια συγγενούς ανωμαλίας και μιας επίκτητης βλάβης και πιο συγκεκριμένα μιας ανώμαλης εκβολής στεφανιαίας αρτηρίας (CAF) που προκαλεί την εκτατική συνδρομή όλης της αρτηρίας (coronary ectasia).

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναδρομή σε αγγλόφωνα άρθρα στο PubMed με χρήση των όρων « CAF- coronary artery fistula » και « coronary ectasia». Ελέγχθηκε η πιθανή χρήση του συγκεκριμένου ή παραπλήσιου όρου σε προηγούμενα άρθρα, ύπαρξη προηγούμενης περιγραφής της συνύπαρξης των δύο παθολογιών και τέλος η μελέτη των δύο παθολογιών ξεχωριστά.

Αποτελέσματα: Είναι συχνή η εκ παραδρομής αναφορά μιας τέτοιας βλάβης με τον απλουστευμένο όρο “CAF”. Αυτό δημιουργεί τη σύγχυση ως προς το που τελειώνει η εκτασία και που ξεκινάει η fistula, γεγονός που έχει προεκτάσεις στη χειρουργική ή στην εμβολική αντιμετώπισή τους.

Συμπεράσματα: Η υιοθέτηση του μεικτού όρου «ανώμαλη εκβολή στεφανιαίων με εκτατική συνδρομή» είναι αναγκαία καθ' όσον πέραν από ανατομικές πληροφορίες έχει ουσιαστικές θεραπευτικές προεκτάσεις.

P07 Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Τσαγγαλάς Η., Ταγαράκης Γ., Σιμόπουλος Β., Μουζάς Ο., Τσολάκη Μ., Τσιλιμίγκας Ν.

Πανεπιστημιακή Κλινική Χειρουργικής Καρδιάς-Αγγείων-Θώρακος, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Σκοπός: Η μελέτη της χρησιμότητας υποστηρικτικών παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση του οξέος μετεγχειρητικού οργανικού ψυχοσυνδρόμου (delirium) μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις με εξωσωματική κυκλοφορία.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριλάβαμε στη μελέτη 28 ασθενείς που εμφάνισαν delirium επί συνόλου 135 ασθενών που συνολικά υποβλήθηκαν σε μείζονα καρδιοχειρουργική επέμβαση (CABG, AVR, MVR, συνδυασμένες επεμβάσεις, επεμβάσεις στη θωρακική αορτή) την αντίστοιχη περίοδο, διάρκειας ενός εξαμήνου. Οι ασθενείς ελέγχθηκαν ως προς το σύνδρομο με τις κλίμακες CAM (Confusement Assessment Method) και New Desk. Στη συνέχεια χωρίστηκαν σε τέσσερις ισοδύναμες ομάδες, μία ομάδα ελέγχου χωρίς επιπλέον παρεμβάσεις, μία ομάδα στην οποία δόθηκε στους ασθενείς δυνατότητα για ακρόαση μουσικής για 15 λεπτά τρεις φορές την ημέρα, μία ομάδα στην οποία εφαρμόστηκε επιπλέον πρόγραμμα φυσικοθεραπείας και, τέλος, μία ομάδα με δυνατότητα δύο επιπλέον επισκέψεων διάρκειας εικοσαλέπτου από οικείους ημερησίως.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς στους οποίους εφαρμόστηκαν υποστηρικτικές παρεμβάσεις είχαν βελτιωμένη συμπεριφορά ως προς το delirium με βάση τα αποτελέσματα στις κλίμακες μετρήσεως. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με την ακρόαση μουσικής είχαν βελτίωση κατά 15%, αυτοί της ομάδας φυσικοθεραπείας κατά 15%, και αυτοί με τη δυνατότητα επιπλέον επισκεπτηρίου κατά 10%.

Συμπεράσματα: Οι υποστηρικτικές, μη φαρμακευτικής φύσης παρεμβάσεις βοηθούν στη βελτίωση της εικόνας των ασθενών με delirium μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

P08 Η ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Καραολιά Α., Σιμόπουλος Β., Καραθανάσης Ν., Ταγαράκης Γ., Μουζάς Ο., Σταματίου Γ., Τσιλιμίγκας Ν.

Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Αγγείων-Θώρακος,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

Σκοπός: Η εκτίμηση της επίδρασης που έχει η προεγχειρητική αναισθησιολογική εξέταση στο προεγχειρητικό άγχος του ασθενούς υποψήφιου για καρδιοχειρουργική επέμβαση.

Υλικό και Μέθοδος: Ενήλικες, ψυχικά υγείς που δε λαμβάνουν αγχολυτική αγωγή και θα υποβληθούν σε προγραμματισμένο χειρουργείο ανοικτής καρδιάς στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Αγγείων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας.

Με την υποκειμενική μέθοδο του ερωτηματολογίου Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory) αρχικά μετρήθηκε προεγχειρητικά το άγχος όλων των ασθενών με διαχωρισμό του βαθμού άγχους του χαρακτήρα.

Ακολούθως μετά από τυχαιοποίηση, στη μια ομάδα ασθενών μετρήθηκε το άγχος προ και στην άλλη μετά την αναισθησιολογική εκτίμηση.

Αποτελέσματα: Ήδη η ανάλυση των αποτελεσμάτων από τους πρώτους 50 ασθενείς δείχνει τη θετική επίδραση της αναισθησιολογικής προεγχειρητικής εκτίμησης στη μείωση του προεγχειρητικού άγχους στις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

Συμπέρασμα: Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει τη σημασία της προεγχειρητικής ενημέρωσης/εκτίμησης από αναισθησιολόγο στον έλεγχο του άγχους πριν από καρδιοχειρουργική επέμβαση.

P09 Η ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΑΝΟΛΑΖΙΝΗΣ, ΣΥΓΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΑΜΙΟΔΑΡΟΝΗ, ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Σιμόπουλος Β., Ταγαράκης Γ., Αηδονίδης Ι., Τσαντσαρίδου Α., Τσαντίλας Α., Δεσιμόνας Ν., Τσιλιμίγκας Ν.

Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Αγγείων-Θώρακος, Εργαστήριο Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Σκοπός: Η διερεύνηση της συγχορήγησης της Ρανολαζίνης με Αμιοδαρόνη στην καταστολή της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής σε ασθενείς μετά από αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας.

Υλικό-Μέθοδοι: Μετά από τη συγκατάθεση των ασθενών και την έγκριση της αρμόδιας επιτροπής ηθικής, εντάχθηκαν στη μελέτη μας 14 ασθενείς προγραμματισμένοι για αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες των 7 ατόμων. Αυτοί της ομάδας ελέγχου έλαβαν, όταν εμφάνισαν μετεγχειρητικά κολπική μαρμαρυγή, ενδοφλεβίως Αμιοδαρόνη. Οι ασθενείς της ομάδας έρευνας έλαβαν, μόλις εμφάνισαν κολπική μαρμαρυγή μετεγχειρητικά, Ρανολαζίνη p.o. 500mg, και στη συνέχεια p.o. 375mg S: 1x2 και ταυτόχρονα ενδοφλέβια Αμιοδαρόνη. Αποκλείστηκαν της μελέτης όσοι ασθενείς είχαν ιστορικό αρρυθμίας ή ελάμβαναν φάρμακα με κοινή μεταβολική οδό με τη ρανολαζίνη, όπως η διλτιαζέμη, αντιμυκητιασικά και μακρολίδες.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά βασικές παραμέτρους, όπως το φύλο, η ηλικία, η διάρκεια της εγχείρησης και ο χρόνος αποκλεισμού της αορτής. Οι ασθενείς της ομάδας της Ρανολαζίνης εμφάνισαν στατιστικώς βραχύτερο χρόνο ανάταξης ($p < 0.01$)-μέσος χρόνος ανάταξης με συγχορήγηση Ρανολαζίνης-Αμιοδαρόνης: 18 ώρες, μέσος χρόνος ανάταξης με Αμιοδαρόνη: 32 ώρες. Ένας ασθενής της ομάδας ελέγχου εξήλθε του Νοσοκομείου με κολπική μαρμαρυγή.

Συμπεράσματα: Η συγχορήγηση Ρανολαζίνης με Αμιοδαρόνη συντομεύει σε σημαντικό βαθμό το χρόνο ανάταξης της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής μετά από εγχείρηση αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας.

P10 Η ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΑΝΟΛΑΖΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Ταγαράκης Γ., Σιμόπουλος Β., Αηδονίδης Ι., Παπαγεωργίου Κ., Καλαφάτη Γ., Μολυβδάς Π.-Α., Τσιλιμίγκας Ν.

Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Αγγείων-Θώρακος, Εργαστήριο Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Σκοπός: Η διερεύνηση του πιθανού προφυλακτικού ρόλου της ρανολαζίνης έναντι της εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής μετά από αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας.

Υλικό-Μέθοδοι: Με συγκατάθεση των ασθενών και έγκριση της αρμόδιας επιτροπής ηθικής, εντάξαμε στη μελέτη συνολικά 40 ασθενείς που ήταν προγραμματισμένοι για εγχείρηση αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας. Οι 15 εντάχθηκαν στην ομάδα έρευνας λαμβάνοντας ρανολαζίνη από του στόματος σε δόση 375 mg Χ2, τρεις ημέρες πριν από την επέμβαση, δόση συνεχιζόμενη για 3 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Οι άλλοι 25 ασθενείς εντάχθηκαν στην ομάδα ελέγχου, και δεν τέθηκαν σε αγωγή με ρανολαζίνη. Αποκλείστηκαν της μελέτης όσοι ασθενείς είχαν ιστορικό αρρυθμίας ή ελάμβαναν φάρμακα με κοινή μεταβολική οδό με τη ρανολαζίνη, όπως η διλτιαζέμη, αντιμυκητιασικά και μακρολίδες.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά βασικές παραμέτρους, όπως το φύλο, η ηλικία, η διάρκεια της εγχείρησης και ο χρόνος αποκλεισμού της αορτής.

Οι ασθενείς της ομάδας έρευνας εμφάνισαν σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό ($p < 0.01$) μικρότερο ποσοστό μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής (3/15 ασθενείς- ποσοστό 20%), σε σχέση με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου (11/25 ασθενείς- ποσοστό 44%).

Συμπέρασματα: Η ρανολαζίνη δρα προφυλακτικά έναντι της εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής μετά από αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας.

P11 Η ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΑΝΟΛΑΖΙΝΗΣ, ΣΥΓΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΑΜΙΟΔΑΡΟΝΗ, ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΝ-PUMP ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Σιμόπουλος Β., Ταγαράκης Γ., Αηδονίδης Ι., Χέβας Α., Ξερομερίσιου Σ., Τσιλιμίγκας Ν.

Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Αγγείων-Θώρακος, Εργαστήριο Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Σκοπός: Η διερεύνηση της συγχορήγησης της Ρανολαζίνης με Αμιοδαρόνη στην καταστολή της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής σε ασθενείς μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη υπο εξωσωματική κυκλοφορία (CABG).

Υλικό-Μέθοδοι: Μετά από τη συγκατάθεση των ασθενών και την έγκριση της αρμόδιας επιτροπής ηθικής, εντάχθηκαν στη μελέτη μας 50 ασθενείς προγραμματισμένοι για CABG. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες των 25 ατόμων. Αυτοί της ομάδας ελέγχου έλαβαν, όταν εμφάνισαν μετεγχειρητικά κολπική μαρμαρυγή, ενδοφλεβίως Αμιοδαρόνη. Οι ασθενείς της ομάδας έρευνας έλαβαν, μόλις εμφάνισαν κολπική μαρμαρυγή μετεγχειρητικά, Ρανολαζίνη p.o. 500mg, και στη συνέχεια p.o. 375mg S: 1x2 και ταυτόχρονα ενδοφλέβια Αμιοδαρόνη. Αποκλείστηκαν της μελέτης όσοι ασθενείς είχαν ιστορικό αρρυθμίας ή ελάμβαναν φάρμακα με κοινή μεταβολική οδό με τη ρανολαζίνη, όπως η διλτιαζέμη, αντιμυκητιασικά και μακρολίδες.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά βασικές παραμέτρους, όπως το φύλο, η ηλικία, η διάρκεια της εγχείρησης και ο χρόνος αποκλεισμού της αορτής. Οι ασθενείς της ομάδας της Ρανολαζίνης εμφάνισαν στατιστικώς βραχύτερο χρόνο ανάταξης ($p < 0.01$), - μέσος χρόνος ανάταξης με συγχορήγηση Ρανολαζίνης-Αμιοδαρόνης: 13 ώρες, μέσος χρόνος ανάταξης με Αμιοδαρόνη: 29 ώρες.

Συμπεράσματα: Η συγχορήγηση Ρανολαζίνης με Αμιοδαρόνη συντομεύει σε σημαντικό βαθμό το χρόνο ανάταξης της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη υπό εξωσωματική κυκλοφορία.

P12 ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ GLENN ΚΑΙ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΕΣΩ ΜΑΣΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΑΠΟΥΣΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΤΡΗΣΙΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΜΕ ΑΣΥΝΕΧΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

Μητρόπουλος Φ., Τσούτσινος Α., Κοντραφούρης Κ., Μυλωνάκης Μ., Κανάκης Μ., Κούση Θ.

Ονάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παίδων και Συγγενών Καρδιοπαθειών

Σκοπός: Περιγράφεται για πρώτη φορά μία τεχνική κατά την οποία η αριστερή έσω μαστική αρτηρία αναστομώνεται σε κλάδο της απούσας πνευμονικής αρτηρίας σε θήλυ 2 ετών με ατρησία πνευμονικής αρτηρίας και υποπλασία αριστερού πνεύμονα με ασυνέχεια πνευμονικών αρτηριών και ταυτόχρονα άνω κοιλοπνευμονική αναστόμωση (επέμβαση Glenn).

Μέθοδοι: Θήλυ 2 ετών που προ 2 έτη είχε υποβληθεί σε αορτοπνευμονική αναστόμωση (BT shunt). Ο κορεσμός οξυγόνου με 21%κ.ο O₂ ήταν 62%. Ο διαγνωστικός καθετηριασμός έδειξε ασυνέχεια πνευμονικών αρτηριών αριστερά, και την ύπαρξη κλαδου της αριστερής πνευμονικής με διάμετρο 2mm, ενδοπαρεγχυματικά. Ο ασθενής υπεβλήθη σε επανεπέμβαση. Με την είσοδο στην εξωσωματική κυκλοφορία απολινώθηκε το BT shunt.

Κατά την παρασκευή της αριστερής πύλης ανευρίσκεται μικρό υποπλαστικό αγγείο πνευμονικής αρτηρίας διαμέτρου περί των 2mm. Η μόνη δυνατή τροφοδότηση του συγκεκριμένου αγγείου θα μπορούσε να επισυμβεί μόνο με ένα άλλο αγγείο ανάλογης διαμέτρου μη συνθετικού μοσχεύματος και αποφασίστηκε να είναι η αριστερή έσω μαστική αρτηρία. Παρασκευάστηκε και αναστομώθηκε τελικοπλάγια υπό εξωσωματική κυκλοφορία. Στη συνέχεια εκτελείται επέμβαση κατά Glenn δεξιά. Η ασθενής παρέμεινε διασωληνωμένη στη ΜΕΘ υπό NO για 2 24ωρα και στη συνέχεια μεταφέρθηκε στην κλινική σε άριστη κλινική κατάσταση με κορεσμό στο 89% υπό 21% κ.ο.Ο₂.

Αποτελέσματα: 6 μήνες μετά, η ασθενής παρουσιάζει ομαλή ανάπτυξη και διατηρεί την ίδια ικανοποιητική οξυγόνωση. Το μόσχευμα ελέγχεται βατό προς την πνευμονική κυκλοφορία.

Συμπεράσματα: Η αναστόμωση της αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας στην πνευμονική αρτηρία σε έδαφος ατρησίας πνευμονικής με διακοπή των αγγείων της πνευμονικής σύστοιχα μπορεί να αποτελέσει μία εναλλακτική επιλογή για τη διάσωση του αριστερού πνεύμονα και επιπλέον υποστήριξη αρτηριακού κορεσμού συνεπικουρώντας στην επέμβαση κατά Glenn.

P13 ΕΠΕΜΒΑΣΗ FONTAN ΣΕ ΕΝΑ ΣΤΑΔΙΟ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΩΣ ΔΙΟΡΘΩΜΕΝΗ ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΤΡΗΣΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Μητρόπουλος Φ., Κανάκης Μ., Κοντραφούρης Κ., Μυλωνάκης Μ., Σοφινίδου Ι., Αζαριάδης Π.

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παίδων και Συγγενών Καρδιοπαθειών

Σκοπός: Περιγράφεται η απευθείας ολική κοιλοπνευμονική αναστόμωση με τη μέθοδο του εξωκαρδιακού μοσχεύματος σε ασθενή που πάσχει από συγγενώς διορθωμένη μετάθεση μεγάλων αγγείων και ατρησία μιτροειδούς. Το ιστορικό του ασθενή περιλαμβάνει σε ηλικία 1 μηνός, περίδεση πνευμονικής αρτηρίας και δευτερευόντως μία εβδομάδα μετά, χειρουργική επέμβαση κολπικής διαφραγματοστομίας. Το παιδί χάθηκε στο follow-up και επανεμφανίσθηκε σε ηλικία 6 ετών. Παράλληλα υπήρξε αδυναμία πλήρους καταγραφής αιμοδυναμικών παραμέτρων, παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες καθετηριασμού. Από το λοιπό ιστορικό συμπεριλαμβάνεται και τραχειομαλακία.

Μέθοδοι: Σε ηλικία 6 ετών διενεργήθηκε ολική κοιλοπνευμονική αναστόμωση με τη χρήση του εξωκαρδιακού σωληνωτού μοσχεύματος, πληρώντας τα προεγχειρητικά κριτήρια για την επέμβαση. Μετά την επέμβαση ο ασθενής μεταφέρθηκε στη μονάδα, όπου παρέμεινε διασωληνωμένος για ένα 24ωρο και παρέμεινε σε ινότροπη υποστήριξη για πέντε ημέρες. Στον όροφο ανέβηκε την 5^η μετεγχειρητική ημέρα. Έλαβε εξιτήριο την 20^η μετεγχειρητική ημέρα.

Αποτελέσματα: Η δεξιά κοιλία (συστηματική) ελέγχεται με καλή συσταλτικότητα και ο ασθενής είναι ελεύθερος συμπτωμάτων σε άριστη κλινική κατάσταση, ευρισκόμενος υπό αντιπηκτική αγωγή, ήπια διούρηση και κιτρική σιλδεναφίλη.

Συμπεράσματα: Σε επιλεγμένες περιπτώσεις η απευθείας διενέργεια της ολικής κοιλοπνευμονικής αναστόμωσης σε ένα στάδιο έχει πολύ καλά αποτελέσματα, ακόμα και σε ασθενείς που η συστηματική κοιλία είναι μορφολογικά δεξιά.

P14 ΧΡΟΝΙΟΣ ΑΟΡΤΙΚΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΞΩΑΝΑΤΟΜΙΚΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΙΟΥΣΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΙΟΥΣΑ ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΑΟΡΤΗ

Μητρόπουλος Φ., Κοντραφούρης Κ., Μυλωνάκης Μ., Κανάκης Μ., Κούση Θ., Τσιάπρας Δ.

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παίδων και Συγγενών Καρδιοπαθειών

Σκοπός: Περιγράφεται η περίπτωση ενός άνδρα 46 ετών με χρόνια διαχωρισμό της αορτής. Ο ασθενής είχε χειρουργηθεί πριν από 40 έτη για στένωση του ισθμού της αορτής, ενώ πριν από 8 έτη είχε υποβληθεί σε νέα επέμβαση αντικατάστασης δίπτυχης αορτικής βαλβίδας και μιτροειδούς βαλβίδας με μεταλλικές και τοποθέτηση εξωανατομικού μοσχεύματος από την ανιούσα προς την κατιούσα θωρακική αορτή λόγω επαναστένωσης του ισθμού.

Μέθοδοι: Κατά την επανεπέμβαση, ανευρέθη το εξωανατομικό μόσχευμα να είναι καλυμμένο και να μην επιτρέπει πρόσβαση ούτε στην άνω κοίλη ούτε στο δεξιό κόλπο ούτε στην κάτω κοίλη φλέβα και ως εκ τούτου η είσοδος στην εξωσωματική κυκλοφορία επετεύχθη από τα μηριαία αγγεία. Μετά από συστηματική υποθερμία στους 28°C σύγκλειση αορτής /εξωανατομικού μοσχεύματος και χορήγηση καρδιοπληγίας, ανευρίσκεται εκτεταμένος διαχωρισμός από τη ρίζα της αορτής μέχρι και την αρχή του αορτικού τόξου. Εκτελείται συρραφή μοσχεύματος από την αορτή ύπερθεν των στεφανιαίων ως το αορτικό τόξο. Στη συνέχεια τοποθετείται μόσχευμα από την ανιούσα αορτή μέχρι το εξωανατομικό μόσχευμα. Ομαλή έξοδος από την εξωσωματική κυκλοφορία και παραμονή στη ΜΕΘ για 2 24ωρα. Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο σε άριστη κλινική κατάσταση την 8^η μετεγχειρητική ημέρα.

Αποτελέσματα: 3 μήνες μετά ο ασθενής είναι σε άριστη κλινική κατάσταση και δεν ελέγχεται διαχωρισμός.

Συμπεράσματα: Ο αορτικός διαχωρισμός με συνύπαρξη εξωανατομικού μοσχεύματος από την ανιούσα στην κατιούσα αορτή είναι εξαιρετικά σπάνιος και ενέχει αρκετές τεχνικές δυσκολίες, αλλά μπορεί να πραγματοποιηθεί με επιτυχία.

P15 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΚΑΝΑΛΙΟΥ ΜΕ ΤΡΙΠΛΟΥ ΣΤΟΜΙΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΒΑΛΒΙΔΑ

Ζωγράφος Π. Μ., Σφυρίδης Π.¹, Χακίμ Ν.¹, Μπόνου Π.³, Παπαγιάννης Ι.³, Κυρβασίλης Γ.², Ζαβαρόπουλος Π.¹, Σαρρής Γ.Η.¹

¹Παιδοκαρδιοχειρουργική Κλινική, ²Τμήμα Παιδοκαρδιοαναισθησιολογίας και Παιδοκαρδιοχειρουργικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, ³Παιδοκαρδιολογική Κλινική Νοσοκομείο Παιδών ΜΗΤΕΡΑ

Αντικείμενο: Η τριπλού στομίου αριστερή κολποκοιλιακή βαλβίδα επί ανατομίας μεταβατικού κολποκοιλιακού καναλιού, αποτελεί σπάνια ανατομική παραλλαγή και σημαντική πρόκληση για επιτυχή χειρουργική διόρθωση.

Μέθοδος-Ευρήματα: Βρέφος θήλυ ηλικίας 18 μηνών με διάγνωση μεταβατικού κολποκοιλιακού καναλιού από την νεογνική ηλικία παρεπέμφθη για χειρουργική διόρθωση.

Υπερηχογραφικός έλεγχος προεγχειρητικά έδειξε ανισότητα κοιλιών με οριστικού μεγέθους αριστερή κοιλία και αριστερή κολποκοιλιακή βαλβίδα (MV z score -1,5, LVEDD z score -3,6, LVESD z score -2), μικρή μεσοκοιλιακή και ευμεγέθη μεσοκοιλιακή επικοινωνία τύπου primum, με αριστεροδεξιά διαφυγή και σημαντική διάταση των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων.

Η αριστερή κολποκοιλιακή βαλβίδα εμφάνιζε ανατομία διπλού στομίου με σχιστία από το πρόσθιο μεγαλύτερο στόμιο προς το μυώδες μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Παρατηρήθηκε ανεπάρκεια 1^{ου} βαθμού της αριστερής και 2^{ου} βαθμού της δεξιάς κολποκοιλιακής βαλβίδας.

Η χειρουργική διόρθωση πραγματοποιήθηκε με εξωσωματική κυκλοφορία, μετρίου βαθμού υποθερμία και ψυχρή κρυσταλλική καρδιοπληγία. Επιβεβαιώθηκε η διάγνωση του μεταβατικού κολποκοιλιακού καναλιού με μεγάλη μεσοκοιλιακή επικοινωνία τύπου primum, και 3 μικρές μεσοκοιλιακές επικοινωνίες κάτω από το superior bridging leaflet.

Η αριστερή κολποκοιλιακή βαλβίδα ήταν τριπλού και όχι διπλού στομίου με τενόντιες χορδές να καταφύονται από κάθε στόμιο και προς τους δύο θηλοειδής μύες. Έγινε πρώτα η σύγκλειση των τριών μικρών μεσοκοιλιακών ελλειμμάτων με pledgeted sutures (Αυστραλιανή τεχνική χωρίς εμβάλλωμα). Στη συνέχεια η σχιστία της αριστερής κολποκοιλιακής βαλβίδας συνεκλείσθη με ξεχωριστά ράμματα και ακολούθησε σύγκλειση του μεσοκοιλιακού ελλείματος με αυτόλογο περικάρδιο. Το στόμιο του στεφανιαίου κόλπου αφέθηκε να εκβάλλει στον αριστερό κόλπο, ώστε η γραμμή συρραφής να αποφύγει εντελώς τον ιστό της αριστερής κολποκοιλιακής βαλβίδας.

Αποτελέσματα: Μετεγχειρητικά σε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα, η αριστερή βαλβίδα εμφάνιζε άριστη γεωμετρία, ελάχιστο πίδακα ανεπάρκειας σε κάθε ένα από τα 3 στόμια, χωρίς αιμοδυναμική σημασία και χωρίς την παρουσία στένωσης. Δεν υπήρχε υπολειπόμενη μεσοκοιλιακή επικοινωνία,

ούτε και υπολειπόμενη μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Οι δεξιές κοιλότητες εμφάνιζαν σαφώς μειωμένη διάταση, ενώ η αριστερή κοιλία είχε άριστη συσταλτικότητα. Ο καρδιακός ρυθμός παρέμεινε φλεβοκομβικός και η ανάρρωση του ασθενούς ήταν ομαλή.

Συμπέρασμα: Η ανίχνευση κολποκοιλιακού καναλιού με τριπλού στομίου αριστερή κολποκοιλιακή βαλβίδα αποτελεί σπάνιο εύρημα. Κατά την πλαστική της βαλβίδας η επιθυμητή σύγκλειση της σχιστίας πραγματοποιείται ώστε να μη διαταράσσεται η λειτουργικότητα της βαλβίδας, ενώ επικουρικά ο στεφανιαίος κόλπος αφήνεται να εκβάλλει στον αριστερό. Με προσοχή στα σημεία αυτά, η χειρουργική αντιμετώπιση οδηγεί σε άριστο λειτουργικό αποτέλεσμα.

P16 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΥΠΟΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΤΕΑΓΟΤΟΣ STENT ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΣΘΜΙΚΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Μητρόπουλος Φ., Κανάκης Μ., Λουκοπούλου Σ., Λάσκαρη Κ., Αζαριάδης Π., Ράμμος Σ.

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών

Σκοπός: Περιγράφεται η περίπτωση ενός ασθενούς 10 ετών με στένωση ισθμού αορτής και υποπλαστικό αορτικό τόξο, όπου αντιμετωπίστηκε προ 1 έτους με τοποθέτηση stent για τη στένωση του ισθμού. Κατά την παραπομπή του για αντιμετώπιση του υποπλαστικού αορτικού τόξου διεγνώσθη κάταγμα του stent άνω της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας μετά από ανεπιτυχή προσπάθεια επαναδιάταξης.

Μέθοδοι: Κατά την επέμβαση, υπό βαθιά υποθερμία και κυκλοφορική καταπληξία διενόιχθη το υποπλαστικό αορτικό τόξο μέχρι το κατεαγόν stent. Ακολούθησε αφαίρεση του stent και αορτοπλαστική με μόσχευμα Dacron από την κατιούσα θωρακική αορτή στο τόξο και εγγύς μέχρι την αρχή της ανιούσας αορτής. Μετεχειρητικά, ο ασθενής παρέμεινε στη ΜΕΘ για δύο 24ωρα και στη συνέχεια μεταφέρθηκε στο θάλαμο, όπου και έλαβε εξιτήριο την 7^η μετεχειρητική ημέρα.

Αποτελέσματα: 4 μήνες μετά το αορτικό τόξο ελέγχεται σε σωστό μέγεθος και χωρίς αρτηριακή υπέρταση.

Συμπεράσματα: Η χειρουργική παρέμβαση στις σύμπλοκες καρδιοπάθειες μπορεί να επιφέρει πλήρη ανατομική επιδιόρθωση του προβλήματος και ταυτόχρονη αντιμετώπιση υπολειμματικών προβλημάτων από προηγούμενη επεμβατική τεχνική.

P17 ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΜΥΞΩΜΑΤΟΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙΣΑ ΤΕΤΡΑΛΟΓΙΑ FALLOT, ΠΟΥ ΕΧΡΗΣΕ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Μητρόπουλος Φ., Κανάκης Μ., Κιάφφα Μ., Μυλωνάκης Μ., Αποστολίδης Χ., Γιαννακούλας Γ.

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών

Σκοπός: Περιγράφεται η επανεπέμβαση ασθενούς με χειρουργηθείσα τετραλογία Fallot για αντικατάσταση πνευμονικής βαλβίδας και η συνύπαρξη μυξώματος της δεξιάς κοιλίας.

Μέθοδοι: Κατά την επανεπέμβαση και μετά την είσοδο στην εξωσωματική κυκλοφορία και χορήγηση καρδιοπληγίας, εκτελείται διάνοιξη του δεξιού κόλπου και ανεύρεση ζελατινώδους μάζας στην κορυφή και στο σώμα της δεξιάς κοιλίας. Η μάζα εκτέμνεται μαζί με τμήμα μυός. Στη συνέχεια διανοίγεται η πνευμονική αρτηρία και αφαιρείται το εμβάλωμα της δεξιάς κοιλίας. Τοποθετείται βιολογική βαλβίδα στην πνευμονική και εκτελείται πλαστική της πνευμονικής αρτηρίας και του χώρου εξόδου της δεξιάς κοιλίας με μόσχευμα Dacron.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, ο ασθενής μεταφέρθηκε από τη ΜΕΘ στον όροφο το επόμενο 24 ωρο και έλαβε εξιτήριο την 6^η μετεγχειρητική ημέρα. Η παθολογοανατομική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε μύξωμα της δεξιάς κοιλίας, το οποίο αφαιρέθηκε επί υγιών ιστών. 12 μήνες μετά ο ασθενής είναι σε άριστη κλινική κατάσταση και η πνευμονική του βαλβίδα ελέγχεται χωρίς ανεπάρκεια.

Συμπεράσματα: Η συνύπαρξη μυξώματος της δεξιάς κοιλίας με τετραλογία Fallot είναι εξαιρετικά σπάνια και μάλιστα χωρίς συνύπαρξη άλλου συνδρόμου.

P18 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ SENNING ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΩΤΙΟΥ. 30 ΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Μητρόπουλος Φ., Αζαριάδης Π., Θανόπουλος Β., Λάσκαρη Κ., Κανάκης Μ., Μιχάλης Α.

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Σκοπός: Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς μετά από τροποποιημένη επέμβαση κατά Senning για μετάθεση μεγάλων αγγείων με τη χρήση του αριστερού ωτίου.

Μέθοδοι: Ασθενής σε ηλικία ενός μηνός υπεβλήθη σε επέμβαση διαφραγματοστομίας κατά Rashkind. Σε ηλικία 6 μηνών υπεβλήθη σε επέμβαση Senning για μετάθεση των μεγάλων αγγείων. Λόγω παραμένουσας αριστερής άνω κοίλης φλέβας και συνέχειά της με το στεφανιαίο κόλπο, διεξήχθη τροποποιημένη Senning, ώστε το αίμα του στεφανιαίου κόλπου να εκβάλει στο φλεβικό νεόκολπο με τη χρήση κρημνού από το αριστερό ωτίο.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο από το θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός» σε άριστη κλινική κατάσταση χωρίς κυάνωση. 30 έτη μετά την επέμβαση, ο ασθενής παρουσιάζει ήπια διάταση του δεξιού αρτηριακού νεόκολπου και η τριγλώχινα (συστηματική κολποκοιλιακή βαλβίδα) παρουσιάζει ανεπάρκεια 1^{ου} βαθμού. Η μιτροειδής βαλβίδα δεν παρουσιάζει ανεπάρκεια. Η αριστερή (υποπνευμονική) κοιλία παρουσιάζει φυσιολογική λειτουργικότητα, ενώ η δεξιά (συστηματική) κοιλία έχει κλάσμα εξώθησης 60%. Η αορτική και πνευμονική βαλβίδα ελέγχονται χωρίς ανεπάρκεια. Το baffle ελέγχεται πλήρως βατό, καθώς και το σύστημα των κοίλων και πνευμονικών φλεβών. Ο ασθενής είναι σε φλεβόκομβο.

Συμπεράσματα: Κατά το follow-up 30 ετών, η τεχνική της τροποποιημένης επέμβασης Senning με τη χρήση του αριστερού ωτίου σε ασθενή με μετάθεση μεγάλων αγγείων, παρουσιάζει άριστο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα. Η τεχνική αυτή μπορεί να εφαρμοσθεί σε συγκεκριμένες περιπτώσεις.

P19 ΕΠΕΜΒΑΣΗ ROSS ΣΕ ΝΗΠΙΑΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΟΣ ΔΙΠΤΥΧΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Μητρόπουλος Φ., Κανάκης Μ., Κοντραφούρης Κ., Λάσκαρη Κ., Αποστολίδης Χ., Αζαριάδης Π.

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών

Σκοπός: Γενικά, η επέμβαση Ross στη νηπιακή ηλικία σε έδαφος ενδοκαρδίτιδας είναι εξαιρετικά σπάνια. Περιγράφεται η πρώτη επέμβαση Ross σε νηπιακή ηλικία σε έδαφος ενδοκαρδίτιδας στον ελληνικό χώρο.

Μέθοδοι: Θήλυ 22 μηνών με δίπτυχη αορτική βαλβίδα, ανέπτυξε ενδοκαρδίτιδα από *Staph aureus*. Διακομίστηκε επειγόντως στο νοσοκομείο μας σε κατάσταση διέγερσης. Κατά τη διακομιδή υπέστη καρδιακή ανακοπή, διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη μονάδα. Μετά την ολοκλήρωση της αντιβιοτικής αγωγής, και της αποστείρωσης της περιοχής, υπεβλήθη σε επέμβαση Ross και στη θέση της πνευμονικής αρτηρίας τοποθετήθηκε βαλβιδοφόρο μόσχευμα Contegra No 14. Κατά την επέμβαση διεπιστώθηκαν εκπλαστήσεις στην αορτική βαλβίδα, καθώς και δύο μικρότερες, στη μιτροειδή βαλβίδα, οι οποίες αφαιρέθηκαν. Η ασθενής μεταφέρθηκε στη μονάδα εντατικής θεραπείας με ανοικτό στέρνο, όπου μετά από 48 ώρες επανασυγκλείστηκε. Αποσωληνώθηκε την 4^η μετεγχειρητική ημέρα και την 5^η μετεγχειρητική ημέρα μεταφέρθηκε στον όροφο, όπου και έλαβε τη απαραίτητη χημειοθεραπευτική αγωγή για διάστημα 4 εβδομάδων. Έλαβε εξιτήριο σε άριστη κλινική κατάσταση.

Αποτελέσματα: 3μήνες μετά η νεοαορτική βαλβίδα ελέγχεται σε άριστη κατάσταση χωρίς στένωση ή ανεπάρκεια, όπως και το μόσχευμα της πνευμονικής αρτηρίας. Η σωματική ανάπτυξη του παιδιού εξελίσσεται άριστα.

Συμπεράσματα: Η επέμβαση Ross είναι δυνατή και στη νηπιακή ηλικία σε ασθενείς με ενεργό ενδοκαρδίτιδα και μπορεί να δώσει εξαιρετικά αποτελέσματα.

P20 ΝΕΑ ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΕΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ ΜΕ ΕΝΑ ΥΠΑΡΧΟΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΓΙΑ ΜΙΑ ΚΑΙΝΟΥΡΙΑ ΧΡΗΣΗ

Μητρόπουλος Φ., Κανάκης Μ., Κοντραφούρης Κ., Αποστολίδης Χ., Ράμμος Σ., Αζαριάδης Π.

Ονάσιο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παίδων και Συγγενών Καρδιοπαθειών

Σκοπός: Πολλαπλά μοσχεύματα έχουν χρησιμοποιηθεί για τη σύνδεση της δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) με την πνευμονική αρτηρία (ΠΑ), το καθένα με πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, Περιγράφουμε μία διαφορετική μέθοδο αποκατάστασης της συνέχειας μεταξύ ΔΚ και ΠΑ.

Μέθοδοι: 6 ασθενείς (ηλικίας 22.4 ετών, 5 άρρενες και 1 θήλυ) υπεβλήθησαν στη νέα αυτή τεχνική. Στον ένα αποτελούσε την πρωταρχική επέμβαση και στους υπόλοιπους πέντε επανεπέμβαση (δεύτερη επέμβαση $n=1$, τρίτη επέμβαση $n=5$). Το μόσχευμα bio-Valsalva (Vascutek Terumo) διετάμη πάνω από τους κόλπους του Valsalva και ενώθηκε με συνεχή ραφή τύπου Prolene 4-0 με το δακτύλιο (cuff) της βαλβίδας (φωτο). Οι συνοδές επεμβάσεις περιελάμβαναν σύγκλιση μεσοκοιλιακού ελλείμματος ($n=2$) και διεγχειρητική τοποθέτηση stent στην ΠΑ ($n=1$). Το νέο εγγύς τμήμα στη συνέχεια στηρίχθηκε στην ΠΑ και το νέο άπω τμήμα (μόσχευμα) στερεώθηκε στη ΔΚ σε κλίση.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξε άμεση διεγχειρητική θνητότητα. Όλοι εκτός ενός ασθενή αποσωληνώθηκαν στο πρώτο 24ωρο (ένας χρειάστηκε τραχειοστομία). Δεν υπήρξαν επιπλοκές σχετιζόμενες με το μόσχευμα. Κατά τη μετεγχειρητική παρακολούθηση στου 12 μήνες, ένας ασθενής απεβίωσε από πολυοργανική ανεπάρκεια μη σχετιζόμενη με την επέμβαση. Το μόσχευμα δεν παρουσιάζει σημεία στενώσεων ή ανεπάρκειας και δε χρειάστηκε επανεπέμβαση. Όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Δυνητικά πλεονεκτήματα του συγκεκριμένου μοσχεύματος είναι η παρουσία των φυσικών κόλπων, η αστήρικτη (stentless) βιοπροσθετική βαλβίδα και η δυνατότητα ρύθμισης του μήκους, όσο απαιτείται. Πιθανή μελλοντική βλάβη της βαλβίδας μπορεί να αποκατασταθεί διαδερμικά. Περαιτέρω παρακολούθηση χρειάζεται προκειμένου να εκτιμηθούν τα μακρόχρονα αποτελέσματα αυτής της νέας τεχνικής και της διάρκειας ζωής της βαλβίδας.

P21 ΑΟΡΤΟΚΟΛΠΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σάρλης Γ.¹, Κούσκουρας Κ.², Κυπαρισιά Μ.³, Γροσομανίδης Β.³, Αναστασιάδης Κ.¹, Τόσιος Π.¹

¹Α΄ Κλινική Θώρακος-Καρδιάς και Μεγ. Αγγείων Α.Π.Θ., ²Εργαστήριο Ακτινολογίας-Ακτινοδιαγνωστικής Α.Π.Θ., ³Κλινική Αιαισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Τα συρίγγια των στεφανιαίων αρτηριών εμφανίζουν συχνότητα που κυμαίνεται από 0,27% έως 0,4% των συγγενών καρδιοπαθειών. Ακόμη σπανιότερα είναι τα αορτοκολπικά συρίγγια με λιγότερες από 10 αναφορές διεθνώς για συρίγγια που εκφύονται από τον αριστερό στεφανιαίο κόλπο. Παρουσιάζεται περίπτωση χειρουργικής αντιμετώπισης μονού αορτοκολπικού συριγγίου (aorto - right atrial tunnel) με εκβολή δια πολλαπλών στομιών στον δεξιό κόλπο. Παράλληλα γίνεται ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Ασθενής και Μέθοδος: Γυναίκα 47 ετών προσήλθε με κλινικές εκδηλώσεις προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας στην προσπάθεια και εύκολης κόπωσης. Ανέφερε ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και ενδοσκοπικής κατάλυσης με ραδιοσυχνότητα παραδεματίου (προ 6 ετών) λόγω επεισοδίων παροξυσμικής υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας. Παρά τον προηγηθέντα καρδιακό καθετηριασμό και τον τακτικό υπερηχογραφικό έλεγχο πριν και μετά την κατάλυση, η διάγνωση της πάθησης τεκμηριώθηκε με CT αγγειογραφία και MRI απεικόνιση.

Αποτελέσματα: Η ασθενής υποβλήθηκε σε σύγκλιση της επικοινωνίας με χρήση εμβλώματος αυτόλογου περικαρδίου από την πλευρά του δεξιού κόλπου και απολίνωση του εκτατικού συριγγίου από της πλευρά του στελέχους. Το τμήμα του συριγγίου με πορεία πίσω από την αορτής παρέμεινε στη θέση του. Η ασθενής είχε ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία και έλαβε εξιτήριο μία εβδομάδα μετά την επέμβαση.

Συμπέρασμα: Η κλινική εκδήλωση ενός αορτοκολπικού συριγγίου μπορεί να περιλαμβάνει ισχαιμία λόγω φαινομένου υποκλοπής, αρρυθμίες, βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, μέχρι και ρήξη που οδηγεί σε καρδιακό επιπωματισμό. Η θεραπεία συριγγίου των στεφανιαίων αρτηριών είναι είτε συντηρητική με τακτική παρακολούθηση του ασθενούς είτε επεμβατική με χειρουργική αποκατάσταση ή διαδερμικό εμβολισμό.

P22 Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΛΗΓΙΑΣ ΒΡΕΤΣCHNEIDER ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΕΣ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Κωνσταντίνου Φ., Γεροντίτης Ζ., Παπαδημητρίου Χ., Παναγιωτίδης Γ., Μικρούλης Δ., Μπουγιούκας Γ.

Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Θώρακος, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Σκοπός: Η αξιολόγηση της χορήγησης του κρυσταλλοειδούς διαλύματος χι-στιδίνης-τρυπτοφάνης-κετογλουταράτης (HTK-Custodiol), σε συνδυασμένες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, εκλεκτικές ή επείγουσες, που απαιτούν παρατεταμένο χρόνο ισχαιμίας του μυοκαρδίου.

Υλικό & μέθοδος: Σε διάστημα 9 μηνών (Οκτώβριος 2011 - Ιούνιος 2012) πραγματοποιήθηκαν στην Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Θώρακος του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης 43 σύνθετες επεμβάσεις καρδιάς. Στους ασθενείς αυτούς χορηγήθηκε ψυχρό (4 °C) καρδιοπληγικό διάλυμα Custodiol αρχικά 2 lt (25-30ml /Kgr σωματικού βάρους). Σε όσους χρειάστηκε επαναληπτική δόση χορηγήθηκαν 800ml διαλύματος στα 100-110 λεπτά μετά την αρχική δόση. Η χορήγηση του διαλύματος έγινε ορθόδρομα, παλινδρομα ή συνδυασμένα. Μελετήθηκε ο συνολικός χρόνος εξωσωματικής κυκλοφορίας, η διάρκεια αποκλεισμού της αορτής καθώς και ο χρόνος επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου.

Συμπέρασμα: Η χορήγηση του καρδιοπληγικού διαλύματος HTK, για την προστασία του μυοκαρδίου στη φάση της ισχαιμίας, τόσο σε εκλεκτικές όσο και σε επείγουσες επεμβάσεις καρδιάς, που απαιτούν παρατεταμένο χρόνο ισχαιμίας του μυοκαρδίου, είναι απλή, οικονομική και ασφαλής μέθοδος, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται σημαντικά ο χρόνος αποκλεισμού της αορτής στους ασθενείς, που υποβάλλονται σε σύνθετες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

P23 ΧΡΟΝΙΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΜΕΤΡΙΩΣ ΔΙΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΑΝΙΟΥΣΗΣ ΑΟΡΤΗΣ (INSIDE WRAP DISSECTION)

Αντωνίου Α., Μουρτζής Ν., Οικονομίδου Σ., Κυριαζής Χ., Crockett J., Παναγιώτου Μ.

Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Σκοπός-Εισαγωγή: Η εξωτερική ενίσχυση (wrapping, external graft) αποτελεί μια αμφιλεγό-μενη μέθοδο στην αντιμετώπιση της μετρίως διατεταμένης ανιούσης αορτής, που εφαρμόζε-ται πιο συχνά στα πλαίσια συνδυασμένων καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων.

Υλικό: Παρουσιάζουμε μια 67χρονη ασθενή με ιστορικό αντικατάστασης της μιτροειδούς βαλβίδος με μεταλλική βαλβίδα και εξωτερικής ενίσχυσης της ανιούσης αορτής με τη χρήση Dacron. Η ασθενής 6 μήνες μετά την επέμβαση ανέφερε δύσπνοια τόσο κατά την ηρεμία, όσο και κατά την προσπάθεια και οιδήματα κάτω άκρων. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία θώρακος, η οποία ανέδειξε: δεξιά αιματηρή πλευρική συλλογή και χρόνιο διαχωρισμό της ανιούσης αορτής. Σε υπερηχογραφικό έλεγχο διεπιστώθη παραβαλβιδική διαφυγή εκ της μιτροειδούς και σημαντική ανεπάρκεια της τριγλώχινος βαλβίδος.

Μέθοδος: Η ασθενής υπεβλήθη σε επανεπέμβαση και με τη χρήση υποθερμικής κυκλο-φορικής ανακοπής πραγματοποιήθηκε αντικατάσταση της ανιούσης αορτής με μόσχευμα Dacron, σύγκλειση της παραβαλβιδικής διαφυγής της μιτροειδούς με μεμονωμένες ραφές και τοποθέτηση δακτυλίου στην τριγλώχινα.

Αποτελέσματα: Η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο σε καλή κλινική κατάσταση κατά την έβδομη μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπεράσματα: Ο χρόνιος διαχωρισμός (inside wrap dissection) δεν έχει περιγραφεί ως επιπλοκή στη διεθνή βιβλιογραφία, από τα καρδιοχειρουργικά κέντρα που επιλέγουν την εξωτερική ενίσχυση της ανιούσης αορτής ως μέθοδο για την αντιμετώπιση της μετρίως διατεταμένης ανιούσης αορτής.

P24 ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΚΑΤΙΟΝΤΑ ΚΛΑΔΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ (LAD) ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΑΚΟΠΗΣ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μπαρμπετάκης Ν.¹, Αστερίου Χ.¹, Ευσταθίου Α.², Καλαφάτης Ι.³, Μπισχινώτης Θ.³, Φεσσατίδης Ι.²

¹Θωρακοχειρουργική Κλινική, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο», ²Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Γενική Κλινική «Euromedica» Θεσσαλονίκης, ³Καρδιολογική Μονάδα, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο»

Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης καρδιακής ανακοπής σε έδαφος αγγειακής επικοινωνίας μεταξύ του προσθίου κατιόντα κλάδου της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας (LAD) και της πνευμονικής αρτηρίας.

Παρουσίαση Περίπτωσης: Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας ασθενούς 61 ετών με εικόνα καρδιακής ανακοπής. Η διαγνωστική διαδικασία (στεφανιογραφία και πολυτομική αξονική τομογραφία με ανασύνθεση τριών διαστάσεων) που ακολούθησε μετά την επιτυχημένη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση ανέδειξε αγγειακή επικοινωνία μεταξύ του προσθίου κατιόντα κλάδου της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας (LAD) και της πνευμονικής αρτηρίας. Η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική απολίνωση της επικοινωνίας αυτής, υπό καρδιοπνευμονική παράκαμψη (cardiopulmonary bypass), χωρίς επιπλοκές.

Σχόλιο: Αν και δεν είναι γνωστή η ακριβής συχνότητα αυτού του τύπου ανατομικής ανωμαλίας στον γενικό πληθυσμό, θεωρείται ως αρκετά σπάνια και συνήθως η πρώτη κλινική εκδήλωση της είναι το συγκοπτικό επεισόδιο. Η καρδιακή ανακοπή ως πρώτη κλινική εκδήλωση της ίδιας και παρόμοιων τύπων αγγειακών επικοινωνιών έχει περιγραφεί ελάχιστες φορές στη διεθνή βιβλιογραφία.

P25 ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΠΥΩΔΟΥΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΣΤΕΛΕΧΗ STREPTOCOCCUS MILLERI

Κουερίνης Η., Κατσαρός Α., Δρόσος Β., Τριανταφύλλου Δ., Νταλίπη Α., Τριανταφύλλου Κ.

Α΄ Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης ανασκόπησης είναι η μελέτη της παθολογίας πυώδους περικαρδίτιδας που προκαλείται από στελέχη του Streptococcus Milleri.

Υλικό και Μέθοδοι: Συμπεριλαμβανομένου ενός περιστατικού που αντιμετώπιστηκε από εμάς έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση της Αγγλόφωνης βιβλιογραφίας (εργαλεία αναζήτησης PubMed, Google, λέξεις κλειδιά Streptococcus Milleri, pericarditis, diagnosis, treatment).

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης μας παρέχονται συνοπτικά στον κατωτέρω πίνακα.

	Επιπωματισμός	(Π/Κ)	Αποτυχία Π/Κ-Τελ. θεραπεία	Συμπτωτική περικαρδίτιδα	Συντ. Αγωγή	Χ/Θ
Kouerinis	(-)	(+)	(N)/ Στερνοτομή+ΠΠ	(-)	N/A	N/A
Tokayasu	(-)	(+)	(N)/Π.Π + Πλύσεις	(-)	N/A	N/A
Gonzalez	(+)	(+)	(N)/ 1.Urokinase 2. Π. Π	(+)	(+)	(-)
Marchal	(-)	(+)	(O)	(-)	N/A	N/A
Muto (1)	(+)	(+)	(O)	(-)	N/A	N/A
Muto (2)	(-)	(+)	(O)	(-)	N/A	N/A
Hirata	(+)	(+)	(O)	(+)	(-)	(+)
Akashi	(-)	(+)	(N)/ 1. Π.Π+ Πλύσεις 2. Προφυλακτική περικαρδιοτομή	(-)	N/A	N/A

*Συντμήσεις: (Π/Κ)=περικαρδιοκέντηση, Χ/Θ=Χειρουργική Θεραπεία, Π.Π=Περικαρδιακό Παράθυρο

Ηλεκτρονικά Αναρτημένες Ανακοινώσεις (E-Posters)

Συμπεράσματα: Η πυώδης περικαρδίτιδα που προκαλείται από στελέχη του *Streptococcus Milleri* είναι μια εξαιρετικά σπάνια οντότητα με μόνο επτά (7) αναφορές υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία. Η μελέτη μας καταδεικνύει ότι χρήζει άμεσης χειρουργικής και αντιβιοτικής θεραπείας προκειμένου να αποφευχθούν οι υποτροπές και οι επιπλοκές της νόσου.

P26 ΕΝΔΟΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΒΡΟΓΧΟΓΕΝΗΣ ΚΥΣΤΗ: ΕΝΑ ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΡΔΙΟ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Αντωνίου Α., Μουρτζής Ν., Οικονομίδου Σ., Crockett Jr., Παναγιώτου Μ.

Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Σκοπός: Οι βρογχογενείς κύστες αποτελούν εμβρυολογικά υπολείμματα και εμφανίζονται ως διαταραχές ανάπτυξης του αρχέγονου εντερικού σωλήνα. Οι κυριότερες θέσεις εντόπισης τους είναι: το μεσοθωράκιο, το πνευμονικό παρέγχυμα και ο κάτω πνευμονικός σύνδεσμος. Στην πλειονότητα τους είναι ασυμπτωματικές. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστες περιπτώσεις ενδοπερικαρδιακής ή ενδομυοκαρδιακής εντόπισής τους.

Υλικό: Παρουσιάζουμε έναν 76 χρόνο ασθενή με σοβαρού βαθμού στένωση της αορτικής βαλβίδος και στεφανιαία νόσο στον οποίο ο προεγχειρητικός υπερηχογραφικός έλεγχος δεν ανέδειξε κάποιο ύποπτο μόρφωμα, ενώ στο διεγχειρητικό διοισοφάγειο υπερηχογράφημα εντοπίστηκε σφαιρική ενδοπερικαρδιακή μάζα, η οποία πίεζε το δεξιό κόλπο.

Μέθοδος: Ο ασθενής υπεβλήθη σε τυπική μέση στερνοτομή και μετά τη διάνοιξη του περικαρδίου, διεπιστώθη η παρουσία έμμισχης, ευκίνητης κυστικής μάζας, προσθίως και δεξιά της ανιούσης αορτής, συμπιέζοντας το ωτίο του δεξιού κόλπου. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας με βιοπροσθετική, τριπλή αορτοστεφανιαία παράκαμψη και en-block αφαίρεση της εν' λόγω μάζας.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς εξελίχθηκε ομαλά. Η ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε κυστικό σχηματισμό που επενδύετο από αναπνευστικού τύπου επιθήλιο, με την παρουσία χόνδρων και οστών στο τοίχωμα του.

Συμπεράσματα: Η ενδοπερικαρδιακή εντόπιση της βρογχογενούς κύστης είναι σπάνια αλλά θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση των καρδιακών και περικαρδιακών όγκων.

P27 ΕΥΜΕΓΕΘΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΥΣΤΗ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Λόγγος Σ., Κανάκης Μ., Μυλωνάκης Μ., Κοντραφούρης Κ., Μητρόπουλος Φ., Αζαριάδης Π.

Χειρουργική Κλινική Παίδων και Συγγενών Καρδιοπαθειών, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Σκοπός: Παρουσιάζουμε ένα ασυμπτωματικό 9 χρόνο κορίτσι με ευμεγέθη κύστη στο αριστερό ημιθωράκιο, που αρχικά είχε διαγνωστεί σαν εχινόκοκκος κύστη. Μετά την χειρουργική αντιμετώπιση αποκαλύφθηκε ότι η κύστη εξορμούσε από το περικάρδιο.

Υλικό και μέθοδος: Η ασθενής είχε ελεύθερο ιστορικό. Πρώτο εξετάστηκε από παιδίατρο για μια ιογενή συνδρομή, και μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στο αριστερό ημιθωράκιο. Υπεβλήθει πρώτα σε ακτινογραφία θώρακος(Φώτο 1) και ακολούθως σε CT(Φώτο 2), όπου επιβεβαιώθηκε η παρουσία κυστικού μορφώματος διαστάσεων 12x7 εκ. Για την ολοκλήρωση της διάγνωσης ακλούθησαν MRI θώρακα(Φώτο 3) και ECHO καρδιάς.

Για την εκτομή χρησιμοποιήσαμε αριστερή προσθιοπλάγια θωρακοτομή στο 6^ο μεσοπλευρίο διάστημα. Η κύστη καταλάμβανε τα 2/3 του αριστερού ημιθωρακίου, με σύνοδο ατελεκτασία του αριστερού πνεύμονα. (Φώτο 4). Ακλούθησε παροχέτευση της κύστης(470ml σοκολατοειδούς υγρού) , απόκλιση από τους γειτνιάζοντες ιστούς, απελευθέρωση του αριστερού φρενικού νεύρου και τέλος εκτομή της κύστης από το περικάρδιο. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε την περικαρδική κύστη.

Στους 12 και 24 μήνες δεν υπάρχει κλινική ή απεικονιστική ένδειξη επανεμφάνισης της κύστης.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Οι περικαρδικές κύστες παρότι σπάνιες ,μπορεί να αποδεδειχθούν πολύπλοκες στην διάγνωση ,την αντιμετώπιση τους και εμπλέκουν αρκετές ειδικότητες. Πέρα από την ακτινογραφία θώρακα η χρήση MRI, CT, and ECHO έχει βοηθήσει στην διάγνωση και τον σχεδιασμό της αντιμετώπισης. Η χειρουργική αντιμετώπιση είτε με την κλασική θωρακοτομή αλλά και με την χρήση VATS, παραμένει η μέθοδος επιλογής, με άριστα αποτελέσματα κυρίως σε ασθενείς με οξέα συμπτώματα από το καρδιαγγειακό η αναπνευστικό σύστημα.

P28 ΑΟΡΤΟ - ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Προκάκης Χ., Τουρμούσογλου Χ., Κωλέτσος Ε., Χαρούλης Ν., Αλεξόπουλος Π., Μαργαρίτης Ε., Φλίγκου Φ., Τσελίκος Δ., Αποστολάκης Σ., Φίλος Κ., Δουγένης Δ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική και Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών

Σκοπός: Η ανάδειξη των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χειρουργική αντιμετώπιση των αορτο-οισοφαγικών συριγγίων.

Υλικό και μέθοδοι: Η ημέτερη εμπειρία αφορά 2 ασθενείς με ανεύρυσμα κατιούσης αορτής που διέβρωσε τον οισοφάγο οδηγώντας στην επικοινωνία. Και οι δύο ασθενείς είχαν επεισόδια πρόδρομης αιματέμεσης. Η διάγνωση του συριγγίου βασίστηκε στην παρουσία αέρα εντός του θρόμβου του ανευρύσματος. Ο πρώτος ασθενής υποβλήθηκε σε παρακαμπτήριο μόσχευμα της αορτής ακολουθούμενο από εκτομή του πάσχοντος τμήματος, παροχέτευση του μεσοθωρακίου και αποκλεισμό οισοφάγου. Ο δεύτερος αντιμετωπίστηκε με τοποθέτηση ενδοαγγειακής πρόθεσης (stent) χωρίς κάποια παρέμβαση στον οισοφάγο.

Αποτελέσματα: Και στους δύο ασθενείς η αντιμετώπιση επέτρεψε την αποφυγή μαζικής αιμορραγίας. Ο πρώτος ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, και μετά την αφαίρεση της αρχικής παροχέτευσης, ανέπτυξε εμπύημα αριστερού ημιθωρακίου; αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με αντιβίωση και εκ νέου παροχέτευση. Ο σωλήνας παροχέτευσης μετατράπηκε σε κατευθυνόμενο συρίγγιο (open empyema tube) και αφαιρέθηκε εντός 2 μηνών. Τρεις μήνες μετά το εξιτήριο υποβλήθηκε επιτυχώς σε οπισθοστερνική παράκαμψη (gastric tube) για αποκατάσταση της συνέχειας του ανωτέρου πεπτικού. Μετεγχειρητικά ανέπτυξε τραχηλικό οισοφάγο-δερματικό συρίγγιο το οποίο αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Ο δεύτερος ασθενής είχε μακρά μετεγχειρητική πορεία με επεισόδια εμπύρετου που οφείλονταν σε συλλογή στο οπίσθιο μεσοθωράκιο στην ανατομική θέση της επικοινωνίας. Εν τέλει υποβλήθηκε σε παροχέτευση του οπισθίου μεσοθωρακίου με δεξιά θωρακοτομή και συρραφή του οισοφάγου. Μετεγχειρητικά, και επί υποτροπής του εμπύρετου, αντιμετωπίστηκε ως πιθανή λοίμωξη του ενδοαγγειακού μόσχευματος λαμβάνοντας αντιβιοτική αγωγή για συνολικά 8 εβδομάδες. Πλέον είναι σε άριστη κατάσταση χωρίς κλινικό πρόβλημα.

Συμπεράσματα: Μετά τον έλεγχο του κινδύνου για μαζική αιμορραγία οι σηπτικές επιπλοκές αποτελούν την κύρια πρόκληση για το χειρουργό. Για τον περιορισμό τους προτείνεται η ταυτόχρονη παρέμβαση σε αορτή και οισοφάγο είτε στην ίδια επέμβαση, είτε σε δύο σταδίων επέμβαση αλλά στην ίδια νοσηλεία, ιδίως αν επιλεγεί η ενδοαγγειακή παρέμβαση για το ανεύρυσμα της αορτής.

P29 ΜΟΝΗΡΗΣ ΙΝΩΔΗΣ ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ (SOLITARY FIBROUS TUMOR OF THE PLEURA) ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΟΓΚΟΥ

Γερωντίτης Ζ., Λαουάλ Α., Σουφλέρης Δ., Χριστίδης Χ., Μικρούλης Δ., Μπουγιούκας Γ.

Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Θώρακος, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Ο μονήρης ινώδης όγκος του υπεζωκότα είναι ένας σπάνιος μεσεγχυματικός όγκος, προερχόμενος από το μεσοθηλιακό στρώμα αυτού, ο οποίος αποτελεί περίπου το 5% των νεοπλασμάτων που σχετίζονται με τον υπεζωκότα.

Παρουσίαση περιστατικών: Σε διάστημα 4 ετών στην κλινική μας αντιμετώπιστηκαν 4 περιστατικά μονήρους ινώδους όγκου του υπεζωκότα. Η ηλικία των ασθενών ήταν μεταξύ 40 και 62 ετών. Τρεις εκ των ασθενών ήταν ασυμπτωματικοί, ενώ μόλις ένας εξ αυτών παρουσίασε εμπύρετο και καταβολή. Όλοι υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία θώρακος με την οποία προσδιορίστηκαν οι διαστάσεις και τα όρια του όγκου, η διήθηση ή μη άλλων οργάνων ή ιστών, η παρουσία ή όχι λεμφαδενικής διασποράς ή απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η βρογχοσκόπηση δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν προεγχειρητικά σε βιοψία διά βελόνης υπό CT καθοδήγηση, η οποία επιβεβαίωσε τη διάγνωση του μονήρους ινώδους όγκου του υπεζωκότα χωρίς στοιχεία κακοήθειας. Η χειρουργική αντιμετώπιση συνίστατο στην αφαίρεση του όγκου, ο οποίος είχε διακριτά όρια. Σε έναν όμως ασθενή ο όγκος εκτείνετο εξωθωρακικά και χρειάστηκε η συναφαίρεση τμήματος πλευράς.

Ιστοπαθολογική παρουσίαση: Η ιστοπαθολογική έκθεση ανέδειξε, ότι σε κακοήθεις όγκους, ο αριθμός των μιτώσεων ήταν περίπου 15/10 ο.π.μ.μ., ενώ στους καλοήθεις όγκους ήταν περίπου 5/10 ο.π.μ.μ.

Συμπέρασμα: Η διάγνωση καλοήθους ή κακοήθους μονήρη όγκου του υπεζωκότα μπορεί να τεθεί μόνο ιστολογικά και χαρακτηρίζεται από την παρουσία μεγάλου αριθμού μιτώσεων των ατρακτοειδών κυττάρων για τα κακοήθη νεοπλάσματα. Η κλινική εικόνα και ο ακτινολογικός έλεγχος συνεπικουρούν, χωρίς όμως να μπορούν να στοιχειοθετήσουν τη διάγνωση καλοήθους ή κακοήθους μονήρους όγκου του υπεζωκότα. Σε περιπτώσεις καλοήθους όγκου, η εξαίρεση αυτού είναι επαρκής, ενώ σε κακοήθη όγκο χρειάζεται η εξαίρεση και των παρακείμενων αυτού υγιών ιστών.

P30 ΣΤΡΩΜΑΤΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ (GIST): ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

Αθανασιάδη Κ.¹, Λιούμπας Δ.¹, Κολοκοτρώνη Μ.¹, Σαμιώτης Η.¹, Τοφή Ι.¹, Αρχαύλης Εμμ.³, Χορευτάκη Θ.⁴, Μπελλένης Ι.¹

Τμήματα ¹Χειρουργικής Θώρακος, ²Ογκολογίας, ³Γαστρεντερολογίας, Γ.Ν.Α. Ευαγγελισμός και ⁴Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας, Γ.Ν.Α. Γ. Γεννηματάς

Εισαγωγή: Οι στρωματικοί όγκοι του γαστρεντερικού συστήματος (GIST) είναι σπάνιοι μεσεγχυματικοί όγκοι του γαστρεντερικού σωλήνα, που προκύπτουν από c-KIT (CD117)-θετικά εντερικά κύτταρα. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός τεράστιου στρωματικού όγκου με εντόπιση στον οισοφάγο, που αντιμετωπίστηκε με προεγχειρητική χημειοθεραπεία.

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα, 60 ετών, προσήλθε στο τμήμά μας λόγω δυσφαγίας. Η ενδοσκοπική εξέταση και ο ενδοσκοπικός υπέρηχος έδειξαν υποβλεννογόνια εξεργασία στο κατώτερο τριτημόριο του οισοφάγου, δύσκολα διαφοροδιαγνώσιμο από λειομύωμα και ελήφθησαν βιοψίες. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε έναν όγκο, θετικό στο c-kit γονίδιο και ετέθη έτσι η διάγνωση του GIST. Στη συνέχεια, η ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας με θετικά ευρήματα για ύπαρξη μάζας μεγέθους 12.4x6.4 εκ. με ασαφή όρια, προβάλλουσα αριστερά, σε επαφή με το οπίσθιο τοίχωμα του αριστερού κόλπου και της κάτω πνευμονικής φλέβας. Ο όγκος κρίθηκε τοπικά προχωρημένος και μη εξαιρέσιμος επι υγιών ορίων, έτσι η ασθενής ξεκίνησε εισαγωγική χημειοθεραπεία με imatinib mesylate με στόχο την σμίκρυνση της εξεργασίας για την επίτευξη ριζικής εκτομής, όπως και έγινε. Μετά από 3 μήνες θεραπείας, το μέγεθος του όγκου μειώθηκε σημαντικά.

Αποτελέσματα: Η ασθενής υποβλήθηκε σε αριστερή πλάγια θωρακοτομή και πλήρη χειρουργική εκτομή του όγκου χωρίς εξαίρεση του οισοφάγου. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, η ασθενής είναι ελεύθερη νόσου 16 μήνες μετά την επέμβαση.

Συμπέρασμα: Οι πρωτογενείς στρωματικοί όγκοι του οισοφάγου είναι πολύ σπάνιοι και αντιπροσωπεύουν περίπου το 2% όλων των GIST του πεπτικού σωλήνα. Η τυπική θεραπεία για GIST είναι η χειρουργική εκτομή με ή χωρίς οισοφαγεκτομή. Η εισαγωγική θεραπεία με Imatinib ως στοχευμένη θεραπεία μειώνει το μέγεθος του όγκου, έτσι ώστε η οισοφαγεκτομή να μπορεί να αποφευχθεί.

P31 ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΒΑΝΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ

Χιονίδου Κ., Στρούμπος Χ., Κηπαράκης Μ., Καμπιτάκης Μ., Δροσίτης Ι.

Θωρακοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Τα σβαννώματα είναι όγκοι που προέρχονται από το έλυτρο κυρίως των περιφερικών νεύρων (κύτταρα του Schwann). Αποτελούν τους πιο συχνούς νευρογενείς όγκους του θώρακα, εντοπιζόμενοι κυρίως στο οπίσθιο μεσοθωράκιο, εξορμώμενοι από τις ρίζες των νωτιαίων νεύρων. Η εντόπιση τους στο βραχιόνιο πλέγμα είναι ιδιαίτερα σπάνια και ασυμπτωματική.

Παρουσιάζεται περίπτωση σβαννώματος του βραχιονίου πλέγματος που εμφανίστηκε ως επώδυνο μώρφωμα του δεξιού υπερκλείδιου βόθρου με ταχεία ανάπτυξη που αρχικά θεωρήθηκε λεμφαδένας σχετιζόμενος με σύστημα πνευμονικό όζο. Η θέση του όγκου και η γειτνίασή του με τα υποκλείδια αγγεία και το βραχιόνιο πλέγμα διερευνήθηκε με αξονική και μαγνητική τομογραφία. Ακολούθησε υπό γενική αναισθησία εκτομή με υπερκλείδια τομή.

Η ιστολογική κατέδειξε καλοήθες σβαννώμα.

Οι νευρογενείς όγκοι του βραχιονίου πλέγματος πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπ' όψιν στην διαφορική διάγνωση μιας υπερκλείδιας διόγκωσης ειδικά όταν παρουσιάζονται σαν μια αναπτυσσόμενη μάζα με πόνο ή παραισθησία.

P32 ΜΑΖΙΚΗ ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ ΑΠΟ ΑΤΥΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΕΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Στρούμπος Χ., Χιονίδου Κ., Κηπαράκης Μ., Καμπιτάκης Μ., Δροσίτης Ι.

Θωρακοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Το καρκινοειδές του πνεύμονα είναι σπάνιος όγκος (1-6% των καρκίνων του πνεύμονα) που εντοπίζεται συνήθως σε κύριο ή λοβαίο βρόγχο και σπανιότερα στο πνευμονικό παρέγχυμα στην τραχεία και την τρόπιδα. Εκδηλώνεται με τα συμπτώματα του καρκινοειδούς συνδρόμου, ενώ συνήθως παρουσιάζεται με συχνές λοιμώξεις του αναπνευστικού και αιμόπτυση. Το άτυπο έχει πιο επιθετική συμπεριφορά σε σύγκριση με το τυπικό καρκινοειδές.

Περιγράφεται μια σπάνια περίπτωση νεαρής γυναίκας με αιφνίδια μαζική αιμόπτυση από τον αριστερό πνεύμονα που χρειάστηκε επείγουσα διασωλήνωση για τον έλεγχο της αιμορραγίας. Στην βρογχοσκόπηση που ακολούθησε διαπιστώθηκε ενδοαυλική αθρόως αιμορραγούσα βλάβη παρά την έκφυση του αριστερού άνω λοβού. Στη συνέχεια η ασθενής υποβλήθηκε σε αρτηριογραφία που αποκάλυψε αγγειοβριθή μάζα και ταυτόχρονο εμβολισμό των τροφοφόρων βρογχικών αρτηριών της με επιτυχή επίσχεση της αιμορραγίας.

Η διαβρογχική βιοψία αποκάλυψε την παρουσία άτυπου καρκινοειδούς. Μετά από διεξοδική σταδιοποίηση με αξονική τομογραφία και octreoscan, αποφασίστηκε η χειρουργική θεραπεία με αριστερή κάτω sleeve λοβεκτομή.

Σε follow up ενός έτους η ασθενής είναι ελεύθερη νόσου.

Παρουσιάζεται η ενδιαφέρουσα αυτή σπάνια περίπτωση, για τον προβληματισμό στην αντιμετώπιση της αιφνίδιας μαζικής αιμόπτυσης σε ένα υγιές, μέχρι τότε, νέο άτομο και για την θεραπευτική αντιμετώπιση του άτυπου καρκινοειδούς του πνεύμονα.

P33 ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΥΠΟ ΤΑΣΗ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Καμπιτάκης Μ., Στρούμπος Χ., Χιονίδου Κ., Ηλία Σ., Γερομαρκάκη Ε., Δροσίτης Ι.

Θωρακοχειρουργική Κλινική και ΜΕΘ Παίδων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Η νεκρωτική πνευμονία ή αλλιώς πνευμονική γάγγραινα προκαλεί τήξη και νέκρωση του πνευμονικού παρεγχύματος από την απελευθέρωση πρωτεασών των μικροβίων και εντοπίζεται συνήθως στον ένα λοβό. Ο πνευμοθώρακας σε έδαφος νεκρωτικής πνευμονίας οφείλεται στην δημιουργία και ρήξη πνευματοκηλών (pneumatocelles) που δημιουργούνται από την νέκρωση βρογχιολίων και κυψελίδων.

Παρουσιάζουμε δύο ενδιαφέροντα περιστατικά σταφυλοκοκκικής νεκρωτικής πνευμονίας σε παιδιά νηπιακής ηλικίας, που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ Παίδων υπό μηχανικό αερισμό, εμφάνισαν πνευμοθώρακα υπό τάση και αντιμετωπίστηκαν τελικά χειρουργικά λόγω μεγάλης διαφυγής αέρα και σήψης. Το πρώτο παιδί υπεβλήθη σε λοβεκτομή λόγω νέκρωσης και αποστηματοποίησης του αριστερού κάτω λοβού και μετά από δυο ημέρες σε θωρακοτομή και τμηματεκτομή του δεξιού κάτω αποστηματοποιημένου λοβού. Στο δεύτερο παιδί προχωρήσαμε ομοίως σε τμηματεκτομή μετά της αποστηματικής κοιλότητας του δεξιού κάτω λοβού.

Ο πνευμοθώρακας σε έδαφος πνευμονίας πρέπει να εγείρει πάντα την διάγνωση της νεκρωτικής σταφυλοκοκκικής πνευμονίας που είναι μια επείγουσα και σοβαρή επιπλοκή της και η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί ενίοτε την θεραπεία εκλογής.

P34 ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΑΙΣΘΗΜΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ-ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Χαρίση Ε., Ταγαράκης Γ., Σιμόπουλος Β., Μουζάς Ο., Ζαχαρούλης Δ., Σουλειμάνης Χ., Τσιλιμίγκας Ν.

Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Αγγείων-Θώρακος, Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, ΠΓΝ Λάρισας

Σκοπός: Της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του άγχους και του πόνου που βιώνουν ομάδες ασθενών καθώς και η ικανοποίηση τους από την ολιστική παρεχόμενη φροντίδα στη Μ.Β.Ν., η συσχέτιση με την θεραπεία και την ποιότητα ζωής.

Υλικό - Μέθοδος: Από τον Απρίλιο 2012 έως τις 5 Σεπτεμβρίου 2012 προσήλθαν στη Μ.Β.Ν.55 (22,5%) ασθενείς που έχριζαν Θωρακοκ/κής εκτίμησης, επί συνόλου 244 ασθενών. Οι 20 ήταν αμιγώς ασθενείς της Θωρακοχειρουργικής Ειδικότητας, ενώ οι 35 έλαβαν Θωρακοχειρουργική εκτίμηση στα πλαίσια της επείγουσας αντιμετώπισης. Χρησιμοποιήθηκαν 5 πέντε ερωτηματολόγια. Η κλίμακα πόνου McGill pain, η κλίμακα άγχους HADS, η SERVQUAL για τη μέτρηση ποιότητας ζωής, το ερωτηματολόγιο EuroQol (EQ-5D), και ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το SPSS 17.00.

Αποτελέσματα: Οι 20 ασθενείς της Θωρακ/κής 11 (55%) άνδρες και 9 (45%) γυναίκες που προσήλθαν στη Μ.Β.Ν. οι 11 εισήχθησαν στην κλινική για παρακολούθηση και οι 9 αποχώρησαν με οδηγίες.

Από τους 35 ασθενείς που δέχθηκαν θωρακ/κή εκτίμηση οι 24 ήταν χειρουργικής ειδικότητας, οι 6 νευροχειρουργικής και οι 5 ορθοπαιδικής, 27 άνδρες και 8 γυναίκες. Οι 6 εισήλθαν σε αντίστοιχες κλινικές του Νοσοκομείου, 3 στη χειρουργική 2 στην νευροκ/κή και 1 στην ορθοπαιδική. Οι υπόλοιποι 29 εξήλθαν με οδηγίες.

Από τους 55 ασθενείς οι 26 δήλωσαν ότι ένιωθαν μέτριο πόνο, οι 23 σοβαρό πόνο, οι 6 ήπιο πόνο ενώ κανένας ασθενής δεν ανέφερε ότι δεν πονάει καθόλου.

Στην κλίμακα άγχους HADS το άγχος των ασθενών κυμάνθηκε κοντά στο 8,51 και η κατάθλιψη στο 6,025 της κλίμακας.

Στη κλίμακα EuroQol (EQ-5D), οι 28 ασθενείς δήλωσαν (1.2) ότι έχουν κάποια προβλήματα στο περπάτημα, οι 29 δήλωσαν (2.1) ότι δεν έχουν κανένα πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτησή τους, οι 39 (3.2) ότι έχουν κάποια προβλήματα στο να εκτελούν τις συνήθειες δραστηριότητές τους. Οι 38 δήλωσαν (4.2) ότι αισθάνονται μέτριο πόνο ή δυσφορία , οι 45 (5.2) αισθάνονται μέτριο άγχος , οι 30 (6.3) ότι η κατάσταση της υγείας τους κατά την ημέρα του συμβάντος είναι η χειρότερη.

Ηλεκτρονικά Αναρτημένες Ανακοινώσεις (E-Posters)

Στη κλίμακα SERVQUAL για τη μέτρηση ποιότητας ζωής, η πλειοψηφία των ασθενών δηλώνει ότι συμφωνεί ότι το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό επιδεικνύει ειλικρινές ενδιαφέρον από την πρώτη στιγμή , προσφέρει τις κατάλληλες υπηρεσίες και εμπνέει εμπιστοσύνη. (6,7,13).

Στο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών η πλειοψηφία δηλώνει ικανοποιημένο από την θεραπεία , την ιατρική παρακολούθηση που οργάνωσαν και τις πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια, τις εξετάσεις, την νοσηλεία και την θεραπεία.

Συμπεράσματα: Από τα τελικά αποτελέσματα αναμένουμε πληροφορίες της συμπεριφοράς και της στάσης των ασθενών απέναντι στην τελική έκβαση και την αντιμετώπιση της υγείας τους, τον βαθμό της ικανοποίησης τους από την παρεχόμενη φροντίδα και την συσχέτιση με την ποιότητα ζωής τους.

P35 ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΒΕΚΤΟΜΗ. ΠΟΣΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΕΙΝΑΙ;

Μπαρμπετάκης Ν.¹, Αστερίου Χ.¹, Κλέωντας Α.¹, Παλιούρας Δ.¹,
Στυλιανάκης Γ.², Λαφάρας Χ.²

¹Θωρακοχειρουργική Κλινική, ²Καρδιολογική Μονάδα, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης θρόμβωσης του κολοβώματος της πνευμονικής αρτηρίας μετά από ανατομική δεξιά κάτω λοβεκτομή.

Παρουσίαση Περίπτωσης: Άνδρας ασθενής 59 ετών υποβλήθηκε σε δεξιά κάτω λοβεκτομή και συνοδό συστηματικό λεμφαδενικό καθαρισμό μεσοθωρακίου για ένα πτωχά διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα (T3N0M0). Έξι μήνες αργότερα κατά τη διάρκεια παρακολούθησης, η αξονική τομογραφία ανέδειξε ένα έλλειμμα πλήρωσης του κολοβώματος της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας. Συνεστήθη θεραπεία με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος των άκρων δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα και το σπινθηρογράφημα αερισμού - αιμάτωσης δύο ημέρες μετά ήταν αρνητικό για πνευμονική εμβολή. Έξι μήνες αργότερα η νέα αξονική τομογραφία δεν ανέδειξε καμία αλλαγή και συνεστήθη διακοπή της από του στόματος αντιπηκτικής θεραπείας.

Σχόλιο: Η διαφοροδιάγνωση της θρόμβωσης του αγγειακού κολοβώματος από την πνευμονική εμβολή είναι σημαντική, λόγω της διαφορετικής πρόγνωσης και θεραπείας των δύο καταστάσεων. Ωστόσο, με την αυξανόμενη χρήση της αξονικής τομογραφίας μετεγχειρητικά, οι θρομβώσεις του αγγειακού κολοβώματος δύνανται να αποτελούν τυχαίο μετεγχειρητικό εύρημα σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Στη διεθνή βιβλιογραφία προτείνεται η αντιπηκτική θεραπεία σε κυρτούς θρόμβους του κολοβώματος ή σε νεοεμφανιζόμενους θρόμβους στα πλαίσια επιδεινούμενης αναπνευστικής λειτουργίας. Το ερώτημα της σημαντικότητας της θρόμβωσης του αγγειακού κολοβώματος παραμένει ανοικτό, αν και ο κίνδυνος μετανάστευσης των εμβόλων από το τυφλό άκρο του κολοβώματος φαίνεται να είναι μικρός. Έως τώρα δεν εμφανίστηκαν ανεπιθύμητα συμβάματα στον ασθενή μας και ο θρόμβος της πνευμονικής αρτηρίας δεν έχει προκαλέσει κλινικά εμφανή πνευμονική εμβολή.

P36 ΒΙΝΤΕΟ-ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΒΡΟΓΧΟΓΕΝΟΥΣ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ

Αστερίου Χ., Αντωνιάδης Η., Γωγάκος Α., Λαζόπουλος Α., Γιαννούλης Ν., Μπαρμπετάκης Ν.

Θωρακοχειρουργική Κλινική, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης ενός καλοήθη όγκου του οισοφάγου, της βρογχογενούς κύστης, που αφαιρέθηκε θωρακοσκοπικά με VATS (Video Assisted Thoracic Surgery).

Παρουσίαση Περίπτωσης: Οι βρογχογενείς κύστεις είναι συγγενείς βλάβες, προερχόμενες από το αρχέγονο πρόσθιο εμβρυϊκό έντερο. Η συνήθης παρουσίαση των βρογχογενών κύστεων του μεσοθωρακίου σχετίζεται με τη φλεγμονή ή τη συμπίεση γειτονικών οργάνων. Περιγράφεται περιστατικό βρογχογενούς οισοφαγικής κύστης παρουσιαζόμενης με προοδευτική δυσφαγία σε έναν 46 ετών άνδρα ασθενή. Ο ασθενής υποβλήθηκε επιτυχώς σε βίντεο-υποβοηθούμενη θωρακοσκοπική εκτομή.

Σχόλιο: Η θωρακοσκοπική αφαίρεση καλοήθων όγκων του οισοφάγου με VATS θεωρείται πλέον ασφαλής και αποτελεσματική με τα γνωστά πλεονεκτήματα της μεθόδου.

P37 ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΤΕΡΑΤΩΜΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Αστερίου Χ.¹, Κλέωντας Α.¹, Στυλιανάκης Γ.², Στεργίου Ε.³, Γιαννούλης Ν.¹, Μπαρμπετάκης Ν.¹

¹Θωρακοχειρουργική Κλινική, ²Καρδιολογική Μονάδα, ³Β' Παθολογική Κλινική, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης γιγαντιαίου όγκου μεσοθωρακίου με πρώτη κλινική εκδήλωση την παροξυσμική κολλική μαρμαρυγή.

Παρουσίαση Περίπτωσης: Γυναίκα ασθενής 30 ετών προσήλθε στο Νοσοκομείο μας με αναφερόμενο αίσθημα παλμών προσφάτου έναρξης. Το ΗΚΓ της έδειξε κολλική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση (185 σφύξεις/λεπτό). Μετά από ενδοφλέβια χορήγηση διγοξίνης και αμιωδαρόνης η ασθενής ανέκτησε φλεβοκομβικό ρυθμό. Η ακτινογραφία θώρακος που επακολούθησε κατέδειξε τεράστιο όγκο μεσοθωρακίου που καταλάμβανε και σημαντικό τμήμα του δεξιού ημιθωρακίου. Στην αξονική τομογραφία θώρακος ο όγκος είχε διαστάσεις 13,5 X 11,5 X 15 εκ. Εντός της μάζας αναγνωρίστηκαν περιοχές με πυκνότητες λίπους, υγρού και επασβεστώσεων υποδηλώνοντας τη διάγνωση του ώριμου τερατώματος. Η μαγνητική τομογραφία θώρακος αποκάλυψε πειστικά φαινόμενα επί της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων του μεσοθωρακίου από τον όγκο, ενώ ταυτόχρονα τα απωθούσε προς τα αριστερά. Μετά από προσπέλαση με μέση στερνοτομή ο όγκος εντοπίστηκε έμπροσθεν του διχασμού της τραχείας επεκτεινόμενος ως το δεξιό πλάγιο θωρακικό τοίχωμα, ενώ συμπίεζε και τον αριστερό κόλπο με τον οποίο ήταν συμπεφυμένος μέσω στέρεων συμφύσεων. Μετά την αφαίρεση του ο όγκος ζύγιζε 983 γραμμάρια και η μέγιστη διάμετρος του ήταν 15 εκ. Η μετεγχειρητική περίοδος ήταν ανεπίπλεκτη, ενώ η κολλική μαρμαρυγή δεν υποτροπίασε.

Σχόλιο: Το μεσοθωράκιο αποτελεί έναν συνήθη χώρο ανάπτυξης καλοήθων όγκων, όπως τα τερατώματα (10-20% όλων των όγκων μεσοθωρακίου). Συνήθως οι βλάβες αυτές είναι ασυμπτωματικές και η διάγνωση τους επιτυγχάνεται τυχαία. Καθώς μεγεθύνονται ενδέχεται να προκαλέσουν συμπτώματα από την πίεση των γειτονικών δομών στο θώρακα, συνήθως της τραχείας και των βρόγχων. Η εξωτερική συμπίεση της καρδιάς ή των μεγάλων αγγείων φαίνεται να παρουσιάζεται πολύ σπάνια. Η κολλική μαρμαρυγή, ως η πρώτη κλινική εκδήλωση γιγαντιαίου τερατώματος του μεσοθωρακίου που συμπίεζει τον αριστερό κόλπο της καρδιάς, αποτελεί εξαιρετικά σπάνια περίπτωση και πολύ λίγες περιπτώσεις έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

P38 **ΗΙΒΕΡΝΟΜΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΒΡΑΓΧΟΣ ΦΩΝΗΣ.
ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Αστερίου Χ., Λαζόπουλος Α., Γωγάκος Α., Αντωνιάδης Η., Δώρη Χ.Λ.,
Μπαρμπετάκης Ν.

Θωρακοχειρουργική Κλινική, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης σπάνιου όγκου του μεσοθωρακίου, το hibernoma, με πρώτη κλινική εκδήλωση το βράγχος φωνής.

Παρουσίαση Περίπτωσης: Το hibernoma αποτελεί έναν σπάνιο καλοήγη όγκο μαλακών μορίων που προέρχεται από το φαιό λίπος. Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας ασθενούς 52 ετών με βραδέως επιδεινούμενο βράγχος φωνής. Κατά τη διερεύνηση αναδείχθηκε όγκος αριστερού άνω μεσοθωρακίου πλησίον του αορτικού τόξου. Στη χειρουργική διερεύνηση αναγνωρίστηκε περιγεγραμμένος όγκος μαλακών μορίων. Η παθολογοανατομική εξέταση ταυτοποίησε εμβρυονικό λίπωμα - hibernoma.

Σχόλιο: Παρά την καλοήγη συμπεριφορά τους, ορισμένες παραλλαγές αυτού του καλοήγη όγκου προσομοιάζουν ιστολογικά με λιποσάρκωμα. Για το λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμη η μακροπρόθεσμη παρακολούθηση τους.

P39 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΘΩΡΑΚΑΛΓΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΕΓΚΛΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

Λόγγος Σ., Αθανασιάδης Γ., Ζωγάνας Λ.

Θωρακοχειρουργική Κλινική ΝΕΕΣ, Αθήνα

Σκοπός: Αντιμετώπιση της θωρακαλγίας καθώς και σύγκριση θεραπευτικών σχημάτων που μπορούν να χορηγηθούν από τα ΤΕΠ σε επείγουσα βάση

Μεθοδολογία: Διάρκεια 6 μήνες από Ιανουάριο μέχρι και Ιούνιο 2012 ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας, με αναφερόμενη θωρακαλγία πάνω από 5ήμερες, όχι τραυματικής αιτιολογίας. 50 Ασθενείς από τα επείγοντα περιστατικά του ΝΕΕΣ.

Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ακτινολογικό και πλήρη αιματολογικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Σε 8 ασθενείς χρειάστηκε αλλαγή της αγωγής. Τα φαρμακευτικά σχήματα περιείχαν τα συνηθισμένα αναλγητικά με την προσθήκη pregabalin.

Ένα αρκετά σημαντικό εύρημα είναι ότι από τους 50 ασθενείς με θωρακαλγία, 5 ασθενείς, ποσοστό 10%, υπήρξε σημαντική παθολογία. Ένας ασθενής με όγκο πνεύμονα, ένας με πνευμονική εμβολή, ένας με όγκο μαστού, ένας με παραμελημένο πνευμοθώρακα και ένας με ΗΖV. Όλοι οι ασθενείς αυτοί εισήχθησαν στο νοσοκομείο για περεταίρω αντιμετώπιση.

Συμπέρασμα: Η θωρακαλγία απασχολεί συχνά τους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων όχι μόνο των θωρακοχειρουργών και αποτελεί ένα από τα πιο συχνά αίτια παραπομπής. Είναι μια κλινική οντότητα η οποία μπορεί να συγκαλύπτει σοβαρές παθήσεις, κυρίως του καρδιοαγγειακού και αναπνευστικού συστήματος καθώς και άλλων συστημάτων. Είναι αναγκαία η λήψη ιστορικού, ενδελεχής κλινική εξέταση, και τουλάχιστον ακτινογραφία θώρακος και εργαστηριακό έλεγχο.

P40 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΑΠΟΛΥΜΑ ΜΕ ΔΙΠΛΗ ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ. ΣΠΑΝΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ

Αθανασίου Α., Χαμαλάκης Γ., Πόταρης Κ., Τουφεκτζιάν Λ., Καραθανάσης Γ., Κωνσταντίνου Μ.

Β' Θωρακοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία»

Σκοπός: Το πνευμονικό απόλυμα με παρουσία συστηματικής αρτηριακής παροχής είναι στην πλειονότητα των περιστατικών συγγενές και μπορεί να είναι ενδο- ή εξωλοβιακό, με την πιο κοινά αναφερόμενη συγγενή μορφή συστηματικής αρτηριακής παροχής να εξορμάται από την κατιούσα θωρακική αορτή. Παρουσιάζουμε ένα σπάνιο περιστατικό με ενδολοβιακό πνευμονικό απόλυμα και διπλή αιμάτωση από την συστηματική κυκλοφορία.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται για θήλυ ασθενή 23 ετών κατά τα λοιπά υγιή χωρίς προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή και ιστορικό με συχνές πνευμονικές λοιμώξεις. Από διμήνου παρουσίασε εμπύρετο με 39-40°C με ξηρό βήχα και θωρακαλγία ΑΡ στην αναπνοή και στην κίνηση χωρίς να υφάινεται. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε πύκνωση ΑΡ κάτω λοβού. Λόγω του ιστορικού έγινε CT θώρακος με IV σκιαγραφικό που έδωσε υποψία πνευμονικού απολύματος.

Αποτελέσματα: Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με αξονική αγγειογραφία που ανέδειξε την παρουσία της συστηματικής αρτηριακής παροχής στο βασικό τμήμα του ΑΡ κάτω λοβού και πνευμονικό απόλυμα διαστάσεων 8,4Χ7Χ6,5 εκ. Ο αρτηριακός αυτός κλάδος εκφυόταν λίγο πάνω από το σημείο διχασμού της κοιλιακής αρτηρίας στην ηπατική και την σπληνική αρτηρία και πορευόταν αριστερά παράλληλα με την αορτή και εισερχόταν εντός του ΑΡ ημιθωρακίου από το διάφραγμα και έπειτα εντός του παθολογικού ατελεκτατικού πνευμονικού ιστού του ΑΡ κάτω λοβού. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε και ξεχωριστός κλάδος από οισοφαγική αρτηρία που επίσης άρδευε το απόλυμα. Η ασθενής υπεβλήθηκε σε ΑΡ κάτω λοβεκτομή.

Συμπεράσματα: Ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας δείχνει να μην υπάρχουν προηγούμενες βιβλιογραφικές αναφορές για πνευμονικό απόλυμα με διπλή αιμάτωση από την συστηματική κυκλοφορία (τόσο κοιλιακή αορτή, όσο και από κλάδο οισοφαγικής αρτηρίας) στα βασικά τμήματα του αριστερού κάτω λοβού. Για τον λόγο αυτό ο χειρουργός πρέπει να είναι υποψιασμένος και προετοιμασμένος για τους κινδύνους που εγκυμονεί η αντιμετώπιση των πνευμονικών απολυμάτων, τα οποία μπορεί να παρουσιάζουν παραλλαγές στην αιμάτωση τους από την συστηματική κυκλοφορία, και περισσότερους από ένα αρτηριακούς κλάδους.

P41 ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

Κουτεντάκης Μ., Σισμανίδης Σ., Δίσοντσας Α., Καστανιουδάκης Ι., Συμινελάκης Σ, Παπαδόπουλος Γ.

Καρδιοχειρουργική και Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Οι ασθενείς με ιστορικό ολικής λαρυγγεκτομής και μόνιμη ευρεία τραχειοστομία που πρέπει να υποβληθούν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή κατά την εκτέλεση της μέσης στερνοτομής. Η τομή στο δέρμα και η παρασκευή της σφαγιτιδικής εντομής, εάν γίνουν με το συνήθη τρόπο, σε μια περιοχή με στενή ανατομική σχέση με τη θέση της μόνιμης τραχειοστομίας, εκθέτουν τους ασθενείς αυτούς σε πολύ αυξημένο κίνδυνο επιμόλυνσης του τραύματος - μεσοθωρακίτιδας, και νέκρωσης της τραχειοστομίας. Οι τροποποιήσεις της χειρουργικής προσπέλασης που έχουν περιγραφεί για την πρόληψη των παραπάνω επιπλοκών περιλαμβάνουν μέση ημιστερνοτομή περιορισμένη στο σώμα του στέρνου, πλήρη μέση στερνοτομή με χαμηλή τομή στο δέρμα, αμφοτερόπλευρη θωρακοτομή με εγκάρσια στερνοτομή και ελάχιστα επεμβατική θωρακοσκοπική τεχνική.

Παρουσιάζουμε ασθενή με ιστορικό λαρυγγεκτομής και στεφανιαία νόσο τον οποίο αντιμετωπίσαμε με αορτοστεφανιαία παράκαμψη χωρίς επιπλοκές.

Μετά την εισαγωγή στην αναισθησία τοποθετήθηκε τραχειοσωλήνας τραχειοστομίας για την εφαρμογή μηχανικού αερισμού, ο οποίος απομονώθηκε από το χειρουργικό πεδίο με αυτοκόλλητη μεμβράνη. Η τομή στο δέρμα ήταν σημαντικά μικρότερη από τη συνηθισμένη, με το άνω όριό της να μην ξεπερνά τη λουδοβίκειο γωνία. Η παρασκευή της λαβής του στέρνου, υποβοηθούμενη με έλξη του δέρματος προς τα πάνω, έγινε σε στενή σχέση με το περίοστεο, διατηρώντας την ακεραιότητα του τραχηλικού ιστού και, με τον τρόπο αυτό, την απομόνωση του χειρουργικού πεδίου από την τραχειοστομία. Η στερνοτομή, η παρασκευή της αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας, η αορτοστεφανιαία παράκαμψη και η σύγκλειση της στερνοτομής έγιναν χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτος και ο ασθενής εξήλθε την 7^η μετεγχειρητική ημέρα, άπυρετος, χωρίς σημεία φλεγμονής στο χειρουργικό τραύμα.

Η παρουσία μόνιμης τραχειοστομίας δεν αποκλείει απαραίτητα μια καρδιοχειρουργική επέμβαση. Αν και οι τεχνικές που έχουν περιγραφεί για τέτοιες περιπτώσεις διαφέρουν μεταξύ τους, το σημαντικό κοινό τους σημείο είναι η διατήρηση όσο το δυνατόν μεγαλύτερης απόστασης μεταξύ του χειρουργικού τραύματος και της τραχειοστομίας. Η προσπέλαση που περιγράφουμε συνδυάζει τα πλεονεκτήματα της πλήρους μέσης στερνοτομής με την καλή απομόνωση του χειρουργικού τραύματος από τη μικροβιακή χλωρίδα της αναπνευστικής οδού.

P42 ΔΙΠΛΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗΣ ΜΕΤΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΚΗΣ ΡΗΞΗΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Κατσαρός Α., Δρόσος Β., Σφύρας Ν., Παυλόπουλος Δ., Ψαρρός Θ., Τριανταφύλλου Κ.

Α' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

Σκοπός: Η μετεμφραγματική ρήξη του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (ΜΚΔ) συνοδεύεται από υψηλή εγχειρητική θνητότητα (30-50%). Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς που υποβλήθηκε σε διπλή επέμβαση σύγκλεισης ρήξεως του ΜΚΔ παράλληλα με αντικατάσταση δίπτυχης αορτικής βαλβίδας.

Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα 56 ετών, μη καπνίστρια, χωρίς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, εισήχθη στην κλινική μας με διάγνωση ρήξης οπισθίου-κατωτέρου ΜΚΔ λόγω υποξείας απόφραξης της περιπωμένης αρτηρίας. Λοιπά στεφανιαία αγγεία χωρίς σημαντικές στενώσεις. Από το υπερηχογράφημα καρδιάς κλάσμα εξώθησης 35-40% και ήπια προς μέτρια στένωση δίπτυχης αορτικής βαλβίδας. Η ασθενής βρισκόταν σε καρδιογενή καταπληξία με υποστήριξη ενδοαορτικής αντλίας και ινοτρόπων φαρμάκων. Οδηγήθηκε στο χειρουργείο εντός 48 ωρών και έγινε σύγκλειση της ρήξεως του ΜΚΔ με χρήση εμβάλματος βόειου περικαρδίου. Αποσωληνώθηκε την επομένη του χειρουργείου ενώ παρέμεινε υποστηριζόμενη με ενδοαορτική αντλία και ινότροπα χωρίς σαφή βελτίωση της αιμοδυναμικής της κατάστασης. Ακτινολογικά εμφάνιζε εικόνα πνευμονικού οιδήματος. Σε υπερηχογράφημα καρδιάς διαπιστώθηκε εκ νέου σημαντική μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Αποφασίστηκε η επανεγχείρηση της αρρώστου με παράλληλη αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας. Διενεργήθηκε κοιλιοτομή επί της παλαιάς τομής και τοποθετήθηκαν μεμονωμένα ράμματα στο έλλειμμα. Επιπλέον έγινε αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας με μηχανική Ν° 21.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Η ασθενής αποσωληνώθηκε ευχερώς την 1^η μετεγχειρητική ημέρα ακολουθώντας ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Παραμένει σε σταθερή κλινική κατάσταση ένα έτος μετά.

P43 ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ

Αθανασίου Α., Πόταρης Κ., Χαμαλάκης Γ., Τουφεκτζιάν Λ., Καραγκιούζης Γ., Κωνσταντίνου Μ.

Β' Θωρακοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία»

Σκοπός: Οι συγγενείς πνευμονικές παθήσεις στους ενήλικες είναι σπάνιες και παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα στην κλινική τους εικόνα και σοβαρότητα, αναλόγως κυρίως στον βαθμό της πνευμονικής συμμετοχής και της θέσης τους στην θωρακική κοιλότητα. Παρουσιάζουμε την εμπειρία της κλινικής μας την τελευταία πενταετία.

Υλικό και Μέθοδοι: Η εργασία ήταν αναδρομική και αφορούσε την περίοδο Ιανουάριος 2007 έως Ιανουάριος 2012. Μελετήθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι και τα δεδομένα των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε μείζονες θωρακοχειρουργικές (ΘΡΧ) επεμβάσεις λόγω συγγενών ανωμαλιών.

Αποτελέσματα: Έξι ασθενείς με ενδολοβιακό πνευμονικό απόλυμα υπεβλήθησαν σε λοβεκτομή και 1 με εξωλοβιακό πνευμονικό απόλυμα σε σφηνοειδή εκτομή. Ένα συγγενές λοβώδες εμφύσημα κάτω λοβού υπεβλήθη σε λοβεκτομή, στις 8 βρογχογενείς κύστες διενεργήθηκε εκτομή κύστεως, 1 συγγενής αδενωματώδης δυσπλασία τύπου 1 (CCAM type 1) υπεβλήθη σε λοβεκτομή, σε 1 Οισοφαγική κύστη διπλασιασμού (Esophageal Duplication Cyst) διενεργήθηκε εκτομή και σε 1 Συγγενή Απλασία Διαφράγματος έγινε πλαστική αποκατάσταση με Goretex. Χωρίς θνητότητα. Επιπλοκές: Παρατεταμένη διαφυγή αέρα σε ένα ασθενή με πνευμονικό απόλυμα. Μία υπολειπόμενη έκπτυξη σε ένα ασθενή με πνευμονικό απόλυμα και στην ασθενή με συγγενές λοβώδες εμφύσημα. Η ΜΤΧ παρακολούθηση διήρκησε από 3 έως 54 μήνες. Όλοι οι ασθενείς έχουν καλώς, δεν παρατηρήθηκαν υποτροπές και οι ασθενείς που είχαν τις επιπλοκές αυτές αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, επιτυχώς. Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν 8 μέρες, εύρος [5-19].

Συμπεράσματα: Οι συγγενείς παθήσεις των πνευμόνων μπορεί να παρουσιαστούν σε οποιαδήποτε ηλικία και μπορεί να είναι η αιτία σοβαρής θνητότητας και νοσηρότητας. Οι ασθενείς μπορεί να παραμείνουν ασυμπτωματικοί για μεγάλες περιόδους και διαγιγνώσκονται σχετικά αργά, λόγω των συχνών λοιμώξεων συνήθως. Μείζονες ΘΡΧ επεμβάσεις όπως η λοβεκτομή ή η χειρουργική εκτομή της ανωμαλίας είναι η συνήθης χειρουργική αντιμετώπιση και μπορεί να γίνουν χωρίς θνητότητα και με ελάχιστη νοσηρότητα. Η έκβαση των ασθενών είναι άριστη μετά από τέτοιες επεμβάσεις σε κέντρα που υπάρχει εμπειρία.

P44 ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΗΛΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Λαουάλ Λ.¹, Χριστίδης Χ.¹, Καρρός Π.¹, Ελευθεριάδης Σ.², Κυρμανίδης Μ.³, Μπουγιούκας Γ¹.

¹Χειρουργική Κλινική Θώρακος-Καρδιάς Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, ²Κλινική Αναισθησιολογίας Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, ³Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. Δράμας

Εισαγωγή: Η δημιουργία κήλης πνευμονικού παρεγχύματος διαμέσου του θωρακικού τοιχώματος αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα, συχνότερη στα παιδιά. (Συγγενής ή επίκτητης αιτιολογίας λόγω τραύματος). Η μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση μπορεί να αποβεί μοιραία για τον ασθενή.

Περιγραφή περίπτωσης: Περιγράφουμε τη περίπτωση ενός άντρα, 56 ετών, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, που παρουσιάζεται στα εξωτερικά ιατρεία του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Δράμα, έπειτα από πτώση από ύψος με άλγος αριστερού ημιθωρακίου, δύσπνοια και ψηλαφητή μάζα στο αριστερό θωρακικό τοίχωμα. Μετά από εργαστηριακό έλεγχο με ακτινογραφία και CT-Θώρακος διεγνώσθη παρουσία κατάγματος 8^{ης} και 9^{ης} πλευράς (ΑΡ), πνευμοθώρακας και υποδόριο εμφύσημα σύστοιχα. Αρχικά αντιμετωπίστηκε με τοποθέτηση θωρακικού σωλήνα παροχέτευσης στο (ΑΡ) ημιθωράκιο και διακομίσθηκε στην κλινική μας για περαιτέρω αντιμετώπιση. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με θωρακοτομή, ανάταξη της κήλης και αποκατάσταση του θωρακικού τοιχώματος Η μετεχειρητική πορεία ήταν ομαλή.

Συμπεράσματα: Η έγκαιρη διάγνωση της μετατραυματικής πνευμονοκήλης είναι αναγκαία προϋπόθεση για την άμεση αντιμετώπιση της. Ανάλογα με την κλινική κατάσταση του ασθενούς μπορεί να γίνει παρακολούθηση λόγω πιθανής αυτοανάταξης, αλλά τις περισσότερες φορές χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης.

P45 ΥΠΟΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΟ ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΛΙΠΩΜΑ. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

Σακελλαρίδης Τ., Γαϊτανάκης Σ., Παναγιώτου Ι., Κούκης Ι., Πηγής Α.

Θωρακοχειρουργική Κλινική, 401 ΓΣΝΑ

Σκοπός: Το υπούπεζωκοτικό λίπωμα αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα, ενώ το μέγεθος αυτού μπορεί να ποικίλει. Στόχος της μελέτης είναι η κατάδειξη της παθολογικής αυτής οντότητας σε έναν ασθενή μας με ευμέγεθες υπούπεζωκοτικό λίπωμα, η διαγνωστική μελέτη του ασθενούς καθώς και η αντιμετώπισή του.

Παρουσίαση περιστατικού: Άρρεν ασθενής 26 ετών προσήλθε στην κλινική μας λόγω πλευριτικού τύπου άλγους αριστερά. Στο παρελθόν είχε διαγνωσθεί με ενδοθωρακικό λίπωμα χωρίς περαιτέρω έρευνα ή αντιμετώπιση. Ο απεικονιστικός έλεγχος του ασθενούς κατέδειξε την παρουσία ενός ευμέγεθους όγκου υπούπεζωκοτικά στο αριστερό πλάγιο τοίχωμα, μεγέθους 15x10cm, με ακτινολογικούς χαρακτήρες λιπώματος. Λόγω της συμπτωματολογίας του ασθενούς καθώς και τον διπλασιασμό του από την προηγούμενη απεικόνιση που προσκόμισε ο ασθενής από δίαιτας, αποφασίστηκε η χειρουργική του αφαίρεση. Υπό γενική αναισθησία και με mini πλάγια muscle-sparing θωρακοτομή αφαιρέθηκε ολόκληρη η μάζα μαζί με τμήμα του τοιχωματικού υπεζωκότα από όπου εξορμούσε. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση του λιπώματος.

Συζήτηση - Συμπέρασμα: Το λίπωμα αποτελεί έναν από τους συχνότερους καλοήθεις όγκους του ανθρωπίνου σώματος. Όμως η ενδοθωρακική του εντόπιση και ιδίως υπούπεζωκοτικά είναι ιδιαίτερα σπάνια. Η διάγνωση δύναται να γίνει μέσω της αξονική τομογραφίας θώρακος και μέτρηση της πυκνότητάς του (-90 με -100 μονάδες Hounsfield), ή και με βιοψία δια Βελόνης. Η χειρουργική αφαίρεση προσφέρει οριστική θεραπεία και επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης.

P46 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΕΚ ΕΠΑΝΕΚΠΤΥΞΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΑΙ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ

Σακελλαρίδης Τ., Γαϊτανάκης Σ., Παναγιώτου Ι., Πηγής Α.

Θωρακοχειρουργική Κλινική, 401 ΓΣΝΑ

Σκοπός: Το πνευμονικό οίδημα εκ επανέκπτυξη αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή μετά από παροχέτευση πλευριτικού υγρού ή πνευμοθώρακα. Η εμφάνιση της επιπλοκής αυτής μετά από παροχέτευση πνευμοθώρακα είναι εξαιρετικά σπάνια ενώ λίγα δεδομένα υπάρχουν για την αντιμετώπισή του με εφαρμογή αερισμού μέσω μάσκας υπό συνεχή θετική πίεση (CPAP). Σκοπός της εργασίας μας είναι να καταγράψουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης επιπλοκής.

Παρουσίαση περιστατικού: Στα επείγοντα του νοσοκομείου μας προσήλθε νεαρός ηλικίας 23 ετών με πλευριτικού τύπου άλγους αριστερά από διημέρου. Ο ακτινολογικός έλεγχος κατέδειξε την παρουσία αυτόματου ολικού πνευμοθώρακα. Στον ασθενή έγινε παροχέτευση του πνευμοθώρακα με τοποθέτηση σωλήνος θωρακικής παροχέτευσης 24 F. Η ακτινογραφία αμέσως μετά έδειξε πλήρη επανέκπτυξη του πνευμονικού παρεγχύματος. Δύο ώρες μετά ο ασθενής εμφάνισε υποξυγοναιμία, περιχειλική κυάνωση και κυάνωση άκρων. Ο νέος ακτινολογικός έλεγχος έδειξε την παρουσία διηθημάτων του πνευμονικού παρεγχύματος ως επί πνευμονικού οιδήματος. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με την εφαρμογή CPAP με σταδιακή βελτίωση της κλινικής και ακτινολογικής του εικόνας.

Συζήτηση - Συμπέρασμα: Το πνευμονικό οίδημα εκ επανέκπτυξη αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή και συνήθως παρουσιάζεται μετά την ταχεία παροχέτευση μεγάλης ποσότητας πλευριτικού υγρού (1-14%), ενώ σπανιότερα εμφανίζεται σε πνευμοθώρακα (<1%). Συνοδεύεται από μεγάλη νοσηρότητα, ενώ η θνητότητα έχει αναφερθεί έως και 20%. Η εφαρμογή CPAP, δύναται να μειώσει την πιθανότητα ανάγκης μηχανικού αερισμού στους ασθενείς αυτούς. Η συνιστώμενη αντιμετώπισή του είναι η εφαρμογή O₂ μέσω CPAP, η χορήγηση διουρητικών και η αιμοδυναμική υποστήριξη του ασθενούς.

P47 ΠΕΜΦΙΓΓΑ, ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS ΚΑΙ ΘΥΜΩΜΑ ΩΣ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΤΡΙΑΔΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ζήσης Χ.¹, Δημόπουλος Σ.², Μαρκάκη Β.², Κουβίδου Χ.³, Ροντογιάννη Δ.³

¹Τμήμα Χειρ. Θώρακος, ²Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΜΕΘ,

³Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας Νοσοκομείο Ευαγγελισμός

Παρουσίαση περιπτώσεως: Γυναίκα ασθενής 72 ετών προσέρχεται με μυασθενία gravis (MG) και θύμωμα για χειρουργική αντιμετώπιση. Αναφέρεται πέμφιγα από έτους, που αντιμετωπίστηκε φαρμακευτικά με mycophenolate mofetil (Cellcept) και Prednisolone (Prezolon) επί 8 μήνες μέχρι υφέσεως των εκδηλώσεων της πέμφιγας. Στη φάση εκείνη αναδύεται η μυασθενική συνδρομή (MGFA IIIB) και αναδεικνύεται κατά τον επακολουθήσαντα διαγνωστικό έλεγχο η ύπαρξη θυμώματος. Η ασθενής αντιμετωπίζεται προεγχειρητικά φαρμακευτικά με βρωμιούχο πυριδοστιγμίνη (Mestinon), που εξασφαλίζει βελτίωση, όχι όμως εξάλειψη των μυασθενικών συμπτωμάτων. Υποβάλλεται σε εξαίρεση του θυμώματος και του θύμου αδένος με μέση στερνοτομή και παρουσιάζει μετεγχειρητικά αναπνευστική ανεπάρκεια, για την οποία χρειάζεται υποστήριξη από την 3^η μετεγχειρητική ημέρα με μηεπεμβατικό αερισμό επί 4 ημέρες, ενώ παράλληλα εφαρμόζονται 3 συνεδρίες πλασμαφαίρεσης και μεγιστοποιείται η χορήγηση πρεδνιζολόνης. Η ασθενής αποκαθίσταται πλήρως και εξέρχεται από το νοσοκομείο τη 10^η μετεγχειρητική ημέρα σε πολύ καλή κατάσταση με 100mg πρεδνιζολόνης προοδευτικά μειούμενα. Τρεις μήνες μετά η πορεία εξελίσσεται ομαλά με πλήρη έλεγχο των μυασθενικών συμπτωμάτων και χωρίς καμία εκδήλωση πέμφιγας. Η ιστολογική εξέταση κατέδειξε θύμωμα τύπου AB (WHO), σταδίου IIB (Masaoka).

Συζήτηση: Η πέμφιγα και τα πεμφιγοειδή έχουν συσχετιστεί με τα θυμώματα. Η MG μπορεί ν'απουσιάζει, έχουν όμως ανευρεθεί υψηλά επίπεδα αντισωμάτων κατά των υποδοχέων της ακετυλοχολίνης. Η θεραπεία με κορτικοειδή και ανοσοκατασταλτικά μπορεί να προκαλέσει καταστολή των συμπτωμάτων, αλλά και να συγκαλύψει την εικόνα συνυπάρχουσας MG. Η θυμεκτομή συνιστά ριζική θεραπεία εκλογής, δεδομένου του παρανεοπλασματικού χαρακτήρα της πέμφιγας.

Όταν συνυπάρχει MG, ο ακριβής μηχανισμός διασύνδεσης πέμφιγος και MG δεν είναι πλήρως κατανοητός, ωστόσο ο θύμος προτείνεται ως πιθανή κοινή προέλευση αυτοάνοσης απόκρισης σ'αυτές τις διαταραχές.

MG, παρανεοπλασματική πέμφιγα και θύμωμα συναποτελούν μια σπάνια τριάδα με κοινό αυτοάνοσο υποκείμενο υπόστρωμα που σχετίζεται με την ανοσοβιολογική συμπεριφορά του θύμου.

P48 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΣΤΕΟΧΟΝΔΡΩΜΑΤΟΣ ΠΛΕΥΡΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΕΞΟΣΤΩΣΕΩΝ

Χαμαλάκης Γ., Καραγκιούζης Γ., Καραθανάσης Ι., Βερβενιώτης Α., Πόταρης Κ., Κωνσταντίνου Μ.

Β΄ Θωρακοχειρουργική Κλινική, ΓΝΝΘΑ Σωτηρία

Σκοπός: Το σύνδρομο πολλαπλών εξοστώσεων αποτελεί σπάνια σκελετική ανωμαλία που κληρονομείται κατά τον αυτοσωμικό κυρίαρχο χαρακτήρα. Η νόσος χαρακτηρίζεται από την παρουσία δύο ή περισσότερων οστικών διογκώσεων (εξοστώσεις ή οστεοχονδρώματα) σε διάφορες θέσεις. Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού με πρόοδο νόσου αρκετά χρόνια μετά την ωρίμανση του σκελετού και η βραχεία ανασκόπηση των ενδείξεων χειρουργικής αντιμετώπισης.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής ετών 47, με οικογενειακό ιστορικό συνδρόμου πολλαπλών εξοστώσεων και γνωστή εξόστωση δεξιάς κατά γόναυ άρθρωσης, προσήλθε παρουσιάζοντας επώδυνη διόγκωση δεξιάς ωμοπλατιαίας χώρας με συνοδά λειτουργικά ενοχλήματα. Από τον κλινικό και απεικονιστικό έλεγχο στον οποίο υποβλήθηκε, διαπιστώθηκε ότι φέρει ευμέγεθες οστεοχονδρώματα 4^{ης} πλευράς δεξιά καθώς και έτερα ασυμπτωματικά οστεοχονδρώματα στη δεξιά εγκάρσια απόφυση του Θ12 και το δεξιό λαγόνιο οστό. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε εκτομή του οστεοχονδρώματος μετά τμήματος της 4^{ης} πλευράς.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής εξήλθε την 4^η μετεγχειρητική ημέρα μετά από ανεπίπλεκτη πορεία. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε χονδρογενή εξόστωση χωρίς στοιχεία κακοήθειας. Συνεστήθη χειρουργική εκτομή των λοιπών αλλοιώσεων.

Συμπεράσματα: Τα οστεοχονδρώματα γενικά αναπτύσσονται κατά την παιδική ηλικία και η εξέλιξη τους σταματά μετά την ωρίμανση του σκελετού. Οι ασθενείς με σύνδρομο πολλαπλών εξοστώσεων διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο (5%) ανάπτυξης οστεοσαρκώματος σε έδαφος προϋπάρχουσων βλαβών. Υποψία κακοήθους εξαλλαγής εγείρεται σε περίπτωση αύξησης μεγέθους μίας βλάβης στην ενήλικη ζωή ή ανάπτυξης νέας συμπτωματολογίας σε έδαφος γνωστής εξόστωσης. Πέραν της υποψίας κακοήθους εξαλλαγής, οι ενδείξεις χειρουργικής εκτομής των οστεοχονδρωμάτων περιλαμβάνουν την παρουσία λειτουργικών ενοχλημάτων (άλγος, ευαισθησία ή μείωση εύρους κινητικότητας) ή παραμόρφωσης του σκελετού. Η εντόπιση των αλλοιώσεων επίσης είναι σημαντική στην επιλογή υποψηφίων για χειρουργική αντιμετώπιση καθώς τα οστεοχονδρώματα της σπονδυλικής στήλης, της ωμοπλάτης, της λεκάνης και του εγγύς μηριαίου διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής.

P49 ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗΣ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗΣ ΝΕΦΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

Μπαλταγιάννης Ν., Τριχιά Ε. *, Γιαγκαζόγλου Π. *, Τσιμπινός Μ., Μητσός Σ., Κεμπάπης Α., Κατσαβριάς Κ., Εφορακόπουλος Φ., Αναγνωστόπουλος Δ., Μπολάνος Ν., Χατζημικάλης Α.

Θωρακοχειρουργική Κλινική, *Παθολογοανατομικό Τμήμα, Ε.Α.Ν. Πειραιά
ΜΕΤΑΞΑ

Εισαγωγή: Το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα ευθύνεται για το 2% της παγκόσμιας θνητότητας από καρκίνο. Εκτιμάται ότι η επίπτωσή του είναι 3% κατ'έτος ενώ η πενταετής επιβίωση των ασθενών που προσβάλλονται από νεφροκυτταρικό καρκίνωμα κυμαίνεται από 55% έως 62%.

Η παρουσία πολλαπλών πρωτογενών καρκίνων στον ίδιο ασθενή είναι γνωστό φαινόμενο. Σύμφωνα με ορισμένα δεδομένα το 5,1% των ασθενών με καρκίνο θα εμφανίσουν μέσα σε μία περίοδο 10 ετών και ένα δεύτερο πρωτοπαθές καρκίνωμα.

Η αιτιολογία των πολλαπλών πρωτογενών κακοήθων όγκων είναι πολύπλοκη, και περιλαμβάνει περιβαλλοντικούς παράγοντες (καπνός, επάγγελμα, ρύπανση, υπεριώδες φως), τη γενετική προδιάθεση, τη προηγούμενη ιατρική περίθαλψη-έκθεση (Ράδιο-ή χημειοθεραπεία), το φύλο, ορμονικοί παράγοντες αλλά και τις αλληλεπιδράσεις όλων αυτών των παραγόντων. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι άλλοι πρωτογενείς κακοήθεις όγκοι που συνδέονται με το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα περιλαμβάνουν τον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως, του προστάτου, το καρκίνο του παχέος εντέρου και του πνεύμονος. Τα κακοήθη μελανώματα του δέρματος και τα μη-Hodgkin λεμφώματα (NHL) συνυπάρχουν, ενίοτε, επίσης με καρκίνο του νεφρού.

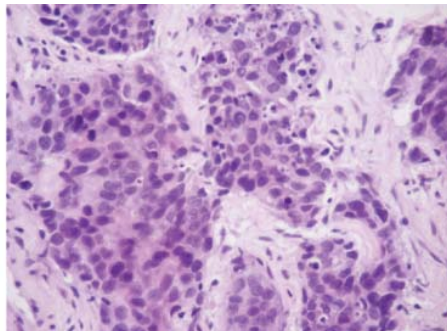
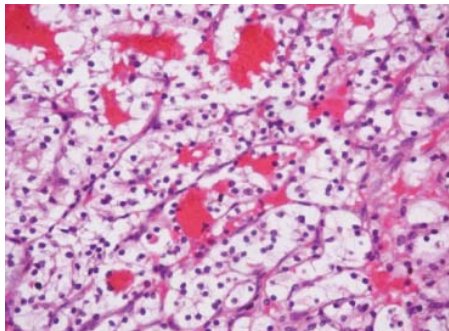
Ορισμένες μελέτες επίσης υποστηρίζουν ότι πολλαπλά πρωτοπαθή καρκινώματα απαντώνται συνήθως στους νεφρούς, τον πνεύμονα, το παχύ έντερο, τον προστάτη και τον στομάχο. Ωστόσο η ταυτόχρονη εμφάνιση νεφροκυτταρικού καρκινώματος και μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονος είναι ασυνήθιστη και ολιγάριθμες περιπτώσεις αναφέρονται στη σχετική βιβλιογραφία.

Μιά τέτοια ασυνήθιστη περίπτωση παρουσιάζουμε σε αυτή την εργασία.

Περιγραφή της περίπτωσης: Γυναίκα ηλικίας 62 ετών καπνίστρια με ιστορικό COPD προσέρχεται με αίσθημα βάρους και ήπιο άλγος στη δεξιά νεφρική χώρα. Η κλινική εξέταση αποκαλύπτει σημείο Giordano θετικό. Το υπερηχογράφημα διαπιστώνει μάζα διαμέτρου 6,5 cm στη περιοχή του δεξιού νεφρού. Η CT άνω και κάτω κοιλίας επιβεβαιώνει τα ευρήματα του υπερηχογραφήματος ενώ η σταδιοποίηση της ασθενούς αποκαλύπτει ότι στη CT θώρακος απεικονίζεται μάζα στη περιοχή του δεξιού άνω λοβού του πνεύμονος. Η ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιά νεφρεκτομή και ακολούθως σε FNB

Ηλεκτρονικά Αναρτημένες Ανακοινώσεις (E-Posters)

της μάζας του πνεύμονος. Η ιστολογική εξέταση του δείγματος ανέδειξε ότι πρόκειται για δεύτερο πρωτοπαθές μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονος.



Συμπέρασμα: Το κάπνισμα φαίνεται να είναι ο πιθανότερος αιτιολογικός παράγων της συγκεκριμένης διπλής παθολογίας. Οφείλουμε προσεκτική σταδιοποίηση και μελέτη των ασθενών με όγκους επί οργάνων με πιθανή ταυτόχρονη συνύπαρξη και άλλων πρωτοπαθών νεοπλασμάτων. Το σύνδρομο Von Hippel-Lindau συνιστά νοσολογική οντότητα στην οποία το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα και ο καρκίνος του πνεύμονος δύναται να συνυπάρξουν στον ίδιο ασθενή.

P50 Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΘΥΜΩΜΑΤΟΣ

Μπαλταγιάννης Ν., Ιακωβίδου Ι.*, Κασσελάκη Ι.*, Κεμπάπης Α., Μητσός Σ., Τσιμπινός Μ., Εφορακόπουλος Φ., Κατσαβριάς Κ., Αναγνωστόπουλος Δ., Μπολάνος Ν., Χατζημικάλης Α.

Θωρακοχειρουργική Κλινική, *Παθολογοανατομικό Τμήμα, Ε.Α.Ν. Πειραιά
ΜΕΤΑΞΑ

Εισαγωγή: Οι όγκοι του θύμου αδένα είναι σπάνιοι. Αντιπροσωπεύουν το 25% των όγκων του μεσοθωρακίου και η ετήσια επίπτωσή τους υπολογίζεται σε 0.15 ανά 100,000 πληθυσμού κατ' έτος. Η σχετική συχνότητά τους διαφέρει σημαντικά σε παιδιά και ενήλικες. Είναι ευνόητο ότι οι αναπτυσσόμενες στο θύμο νεοπλασίες αφορούν τα κυτταρικά στοιχεία που απαντούν στο θύμο και συνιστούν εκτροπές αυτών των στοιχείων από το φυσιολογικό.

Συνεπώς τα πρωτοπαθή νεοπλάσματα του θύμου αδένα μπορούν να διαιρεθούν σε 5 μεγάλες κατηγορίες: επιθηλιακά, λεμφοειδή, μεσεγχυματογενή, νευροενδοκρινικά και εκ γεννητικώνκυττάρων. Ο όρος θύμωμα, που έχει κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί καλύπτοντας ευρύ φάσμα νεοπλασματικής παθολογίας του θύμου, αναφέρεται στους επιθηλιακούς όγκους του θύμου.

Ένα γνώρισμα των θυμωμάτων με υψηλή ειδικότητα αποτελεί η παρουσία σε διαφορετικές κάθε φορά αναλογίες ανώριμων CD1-θετικών T-κυττάρων, που δεν ανευρίσκονται σε επιθηλιακούς όγκους εξωθυμικής προέλευσης.

Τα θυμώματα αποτελούν τους συνηθέστερους πρωτοπαθείς όγκους του προσθίου μεσοθωρακίου. Σχεδόν όλα τα θυμώματα παρουσιάζονται στην ενήλικη ζωή και η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εξαίρεση αυτών.

Την αποτελεσματικότητα της χειρουργικής θεραπείας αυτών των νεοπλασμάτων του θύμου αδένα παρουσιάζουμε σε αυτή την εργασία.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήσαμε και αναλύσαμε τα δεδομένα 17 ασθενών, 11 ανδρών και 6 γυναικών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αφαίρεση ιστολογικά επιβεβαιωμένων θυμωμάτων μεταξύ του 1999 και του 2008. Η κλινική Σταδιοποίηση βασίσθηκε στο σύστημα σταδιοποίησης κατά Masaoka. Στην ιστολογική Ταξινόμηση υιοθετήθηκε το σύστημα των κριτηρίων που προτάθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO).



Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μέση στερνοτομή. Επί 14 ασθενών επρόκειτο περί πλήρους εξαίρεσης της νόσου ενώ επί 3 μερική. Τρεις ασθενείς είχαν μασσθένεια Gravis. Δεν κατεγράφη διεγχειρητική θνητότητα. Σύμφωνα με τη Σταδιοποίηση κατά Masaoka 14 ασθενείς ταξινομήθηκαν ως Σταδίου I και 3 ως Σταδίου II. Η Ιστολογική Ταξινόμηση σύμφωνα με την WHO προσδιόρισε 6 ασθενείς με θύμωμα τύπου A, 2 ασθενείς με θύμωμα τύπου AB, 4 ασθενείς με θύμωμα τύπου B1, 3 με τύπου B2 και 2 με τύπου B3. Επιπρόσθετη (adjuvant) μετεγχειρητική συνδυασμένη ακτινοχημειοθεραπεία χορηγήθηκε σε 3 ασθενείς. (50Gy και πολυφαρμακευτική θεραπεία με βάση τη πλατίνα). Η 5-ετής επιβίωση ήταν 89% και η δεκαετής 78%.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα αυτής της σειράς θυμωμάτων αποδεικνύουν ότι η πρόγνωση μετά απο χειρουργική εξαίρεση αυτών είναι εξαιρετική.

P51 ΕΥΜΕΓΕΘΗΣ ΚΑΤΑΔΥΟΜΕΝΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΚ ΚΥΤΤΑΡΩΝ MERKEL

Λιούμπας Δ.¹, Κουρίτας Β.¹, Σαμιώτης Η.¹, Κωσταντινίδου Μ.¹, Τοφή Ι.¹, Ζήσης Χ.¹, Αθανασιαδη Κ.¹, Ροννέ Ε.², Λαρίου Κ.², Μπελλενής Ι.²

¹Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος και Αγγείων, ²Τμήμα Παθολογοανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, Αθήνα

Εισαγωγή: Ο καρκίνος εκ κυττάρων Merkel (MERKEL CELL CARCINOMA MCC) είναι ένας σπάνιος και ιδιαίτερα επιθετικός νευροενδοκρινής όγκος δέρματος, χαρακτηριζόμενος από υψηλή συχνότητα τοπικών υποτροπών κ απομακρυσμένων μεταστάσεων, με ποσοστό θνησιμότητας υψηλότερο ακόμη και από εκείνο του μελανώματος. Παρουσιάζουμε μια σπάνια κλινική μετάσταση MCC σε θυρεοειδή αδένα με ενδοθωρακική εντόπιση.

Παρουσίαση Περιστατικού: Περιγράφεται η περίπτωση γυναίκας 75 ετών με ιστορικό χειρουργηθέντος τοπικού MCC αριστερού κάτω άκρου, χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις, η οποία προσήλθε στην κλινική μας για προγραμματισμένη χειρουργική αφαίρεση ταχέως αναπτυσσομένου θυρεοειδή αδένα με ενδοθωρακική εντόπιση. Κατόπιν ενδελεχούς προεγχειρητικού ελέγχου με ολόσωμη αξονική τομογραφία δεν ανευρέθησαν σημεία υποτροπής της νόσου. Η ασθενής υπεβλήθη σε επιτυχή εκτομή θυρεοειδούς αδένα μέσω τραχηλικής τομής δίκην κολλάρου Ζεκ. άνωθεν της σφαγιτιδικής εντομής. Η ιστοπαθολογική έκθεση ανέδειξε μεταστατική εξεργασία εκ κυττάρων Merkel και η ασθενής υπεβλήθη σε μετεγχειρητική χημειο - ακτινοθεραπεία. Η ασθενής 18 μήνες αργότερα είναι εν ζωή κ ελεύθερη νόσου.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με γνωστό ιστορικό πρωτογενούς νεοπλασίας, η διαφορική διάγνωση θυρεοειδικού όζου θα πρέπει πάντα να περιλαμβάνει το ενδεχόμενο πιθανής μεταστάσεως. Η εργασία μας επιβεβαιώνει τα υπάρχοντα στοιχεία της υψηλής μεταστατικής ικανότητας των MCC. Η σπανιότητα της νεοπλασίας σε συνδυασμό με τη συνακόλουθη έλλειψη προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών, κάνει επιτακτική την ανάγκη καλύτερων συστηματικών θεραπειών.

**P52 ANΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΡΟΓΧΟΧΟΛΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ:
ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΣΜΟΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΕΜΒΟΛΑ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ
WATANABE**

Βάχλας Κ., Παπαγιαννόπουλος Κ.

St James's University Hospital, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust,
Ηνωμένο Βασίλειο

Σκοπός: Τα βρογχοχολικά συρρίγγια εκδηλώνονται με απόχρεμψη χολής. Η αντιμετώπισή τους αποτελεί πρόκληση και σχετίζεται με υψηλή θνητότητα. Περιγράφουμε 2 περιπτώσεις ενδοβρογχικής αντιμετώπισης με έμβολα σιλικόνης, τύπου watanabe EWS Novatec, La Ciotat, France.

Υλικό και Μέθοδοι - Αποτελέσματα: Γυναίκα 62 ετών με καρκίνο παχέως εντέρου και ηπατικές μεταστάσεις υποβλήθηκε σε εκτομή παχέως και μεταστασεκτομή ήπατος και χημειοθεραπεία. Μετεγχειρητικά εμφάνισε χολόρροια από την ηπατονησιδική αναστόμωση και αντιμετωπίστηκε με ERCP και τοποθέτηση stent. Η ύπαρξη βρογχοχολικού συρρίγγιου διενώσθη με τη χρήση ηπατοχολικού HIDAS scan. Κατά την βρογχοσκόπηση με το άκαμπτο ανεβρέθη χολή στο βασικό μέσο, οπίσθιο και πλάγιο τμήμα του δεξιού κάτω λοβού. Οι αντίστοιχοι τμηματικοί βρόγχοι αποφράχθηκαν με έμβολα watanabe. Ο ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματικός για 4 μήνες.

Γυναίκα 49 ετών παρουσίασε χολόπτυση 1 χρόνο μετά από ηπατεκτομή για χολαγγειοκαρκίνωμα. Η βρογχοσκόπηση ανέδειξε την ύπαρξη χολής στο δεξιό οπίσθιο βασικό τμηματικό βρόγχο όπου τοποθετήθηκε έμβολο. Παρέμεινε ασυμπτωματική μετά από 5 μήνες οπότε και ξαναεμφάνισε χολόπτυση. Η βρογχοσκόπηση ανέδειξε την ύπαρξη χολής στο κορυφαίο και πλάγιο βασικό τμήμα του δεξιού κάτω λοβού και σε τμήματα του άνω και μέσου λοβού. Επιπλέον έμβολα τοποθετήθηκαν και παρέμεινε ασυμπτωματική για άλλους 7 μήνες. Ξαναεμφάνισε συμπτώματα και το HIDAS scan έδειξε χολόρροια από την Roux η Υ έλικα. Έγινε επιδιόρθωση του συριγγίου με λαπαροτομή και παρέμεινε ασυμπτωματική για 5 μήνες.

Συμπεράσματα: Τα έμβολα watanabe ενδύκνουνται στις περιπτώσεις ανεγχείρητου πνευμοθώρακα και βρογχοπεζωκοτικού συριγγίου. Η χρήση τους στο βρογχοχολικό συρίγγιο ανάφέρεται σπάνια στη βιβλιογραφία. Με βάση τις 2 παραπάνω περιπτώσεις συμπεραίνουμε ότι η χρήση τους μπορεί να επεκταθεί.

P53 ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΙΠΟΜΑΤΩΔΟΥΣ ΑΙΜΑΓΓΕΙΟΠΕΡΙΚΥΤΤΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΑΝΩ ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΣΤΟΜΙΟ

Κλέωντας Α., Φορούλης Χ., Καρατζόπουλος Α., Τριανταφυλλοπούλου Κ., Γροσομανίδης Β., Αναστασιάδης Κ.

Καρδιο-θωρακοχειρουργική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Το λιποματώδες αιμαγγειοπερικύττωμα (LHPC) είναι ένας πολύ σπάνιος όγκος, με αβέβαιη βιολογική συμπεριφορά. Μόνο 50 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί στην διεθνή βιβλιογραφία. Παρουσιάζονται τα κλινικά και ακτινολογικά χαρακτηριστικά της πρώτης περίπτωσης εντόπισης του LHPC στο άνω θωρακικό στόμιο.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής, άρρεν, 18 ετών, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, προσήλθε για την διερεύνηση θωρακαλγίας στο πρόσθιο, άνω, δεξιό ημιθώρακιο, σταδιακά επιδεινούμενη από εξαμήνου. Κατά την κλινική εξέταση, ανευρέθη συμπαγής, με ομαλό περίγραμμα και σκληρή σύσταση μάζα στην δεξιά υπερκλείδια χώρα. Η ακτινογραφία θώρακος και το υπερηχογράφημα αποκάλυψαν έναν συμπαγή όγκο στην δεξιά υπερκλείδιο περιοχή. Η αξονική τομογραφία τραχήλου-θώρακος έδειξε ένα καλά περιγεγραμμένο, ανομοιογενή όγκο στη δεξιά υπερκλείδιο περιοχή, που το άνω όριό του βρισκόταν στο πρόσθιο, αριστερό, τραχηλικό τρίγωνο, με μέγεθος από 5,3 X 8,9 X 10,8 cm, ενώ το κατώτατο όριό του έφτανε στο ύψος του 3^{ου}-4^{ου} μεσοπλευρίου διαστήματος, χωρίς εμφανή πίεση ή διήθηση των γειτονικών δομών.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αρχικά υποβλήθηκε σε βιοψία του όγκου, με αποτέλεσμα την πρώιμη διάγνωση του LHPC. Στη συνέχεια, υποβλήθηκε σε υπερκλείδιο τομή για την χειρουργική εξαίρεση του όγκου. Λόγω της τοπογραφίας του όγκου και της εργώδους παρασκευής του, χρειάστηκε η διατομή της κλείδας για την διεύρυνση του εγχειρητικού πεδίου και την εκτομή του όγκου μαζί με την κάψα του με ασφάλεια. Ο ασθενής είχε ομαλή μετεχειρητική πορεία και εξήλθε της κλινικής την 3η μετεχειρητική μέρα.

Συμπεράσματα: Παρά την σπανιότητα της νόσου, η LHPC θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των συμπαγών όγκων του άνω θωρακικού στομίου και ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται, ώστε η χειρουργική αφαίρεση να είναι πλήρης. Στην περίπτωσή μας, αν και η πρόσβαση ήταν πολύ δύσκολη, η διατομή της κλείδας έδωσε την λύση για την επιτυχή εξαίρεση του όγκου.

P54 ΚΥΣΤΙΚΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Μαρίνος Θ., Παπαδοπούλου Φ., Πουλιανίτης Β., Σαρήπουλος Π., Χατζηκώστας Γ.

Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

Περίληψη: Η κυστική αδενωματώδης δυσπλασία του πνεύμονα είναι μια συγγενής διαμαρτία που προκαλεί κυστική εκφύλιση του πνεύμονα. Συνήθως εντοπίζεται και αντιμετωπίζεται χειρουργικά κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου. Παρουσιάζεται ένα ενδιαφέρον περιστατικό αδενωματώδους δυσπλασίας του αριστερού πνεύμονα σε ενήλικα γυναίκα με αντιρροπιστική υπερέκπτυξη του ετερόπλευρου πνεύμονα. Το περιστατικό αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με αριστερά πνευμονεκτομή μέσω περιορισμένης θωρακοτομής.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 30 ετών με συμπτώματα παραγωγικού πρωινού βήχα και ιστορικό επανειλημμένων νοσηλείων λόγω πνευμονικών λοιμώξεων με διάγνωση κυστικής αδενωματώδους δυσπλασίας του αριστερού πνεύμονα απευθύνθηκε στη κλινική μας για χειρουργική αντιμετώπιση

Απεικονιστικά ευρήματα: Η ακτινογραφία θώρακος (εικόνα 1) ανέδειξε αριστερά μετατόπιση του μεσοθωρακίου με παρουσία παλλαπλών αερωδών κύστεων στο αριστερό κάτω ημιθωράκιο. Από την αξονική τομογραφία (εικόνα 2) εντοπίστηκαν τα κάτωθι: 1. Σημαντικού βαθμού αριστερή μετατόπιση του μεσοθωρακίου 2. Υποπλασία με πολुकυστική υφή του αριστερού πνεύμονα. 3. Υπερέκπτυξη του δεξιού πνεύμονα που καταλαμβάνει μέσω του πρόσθιου μεσοθωρακίου το άνω και μέσω τμήμα του αριστερού ημιθωρακίου. Από την αγγειογραφία της πνευμονικής αρτηρίας (εικόνα 3) σκιαγραφήθηκε η έκφυση του αγγειακού δένδρου του υποπλαστικού πνεύμονα από τη δεξιά πνευμονική αρτηρία.

Αντιμετώπιση: Η ασθενής υποβλήθηκε σε αριστερά πνευμονεκτομή με περιορισμένη οπισθοπλάγια θωρακοτομή (εικόνα 4). Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτη και η μεταγχειρητική ακτινογραφία (εικόνα 5) κατά την 6^η μετεγχειρητική ανέδειξε τη πλήρη κατάληψη του αριστερού κάτω ημιθωρακίου από τον δεξιό πνεύμονα. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση της τύπου I (πολुकυστική με διάμετρο κύστεων > 2 εκατοστών) κυστικής αδενωματώδους δυσπλασίας.

P55 ANΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΟΥ ΒΡΟΓΧΟΠΛΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΡΡΙΓΓΙΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΕΓΜΑ ΧCM

Κωστοπαναγιώτου Κ., Παπαγιαννόπουλος Κ.

St James's University Hospital, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust,
Ηνωμένο Βασίλειο

Σκοπός: Η αντιμετώπιση του βροχοϋπεζωκοτικού συρριγγίου αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα. Οι χειρουργικές επιλογές εξαρτώνται από το μέγεθος του συρριγγίου και από το εάν βρίσκεται κεντρικά ή περιφερικά. Οι επιλογές περιλαμβάνουν την άμεση σύγκλειση, την τοποθέτηση κόλλας ινικής, την επανεκτομή και την σύγκλειση και ενίσχυση με χρήση ιστικού κρημονού όπως μύες, επίπλοο, υπεζωκότας ή περικάρδιο. Στην παρούσα μελέτη περιγράφουμε μια νέα τεχνική αντιμετώπισης εμμένοντος συρριγγίου με τη χρήση βιολογικού πλέγματος ΧCM.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής θυλικού γένους 59 ετών υπεβλήθη σε δεξιά πνευμονεκτομή για πλακώδες καρκίνωμα σταδίου pT3 pN2 M0. Έλαβε μετεγχειρητική χημειοθεραπεία και 2 μήνες μετά εισήχθη με εμπύημα. Διεγνώσθη ευμέγεθες Β.Υ.Σ. στον δεξιό κύριο βρόγχο και αντιμετωπίστηκε αρχικά με δημιουργία θωρακοστόματος. Δεν υπήρχε επαρκές βρογχικό κολόβωμα για χειρουργικούς χειρισμούς. Για την σύγκλεισή του χρησιμοποιήθηκε βιολογικό πλέγμα ΧCM με ωσειδές σχήμα 2x3 εκ. που τοποθετήθηκε στο άνοιγμα του δεξιού κύριου βρόγχου μέσω του στόματος και με την παράλληλη ενδοσκοπική καθοδήγηση με άκαμπτο βρογχοσκόπιο. Χρησιμοποιήθηκε η ενδοσκοπική λαβίδα και το πλέγμα τραβήχθηκε μερικώς εντός του αυλού της τραχείας και τοποθετήθηκε έτσι ώστε να συγκλείσει το κολόβωμα του δεξιού βρόγχου. Στη συνέχεια καθηλώθηκε χρησιμοποιώντας καλυμμένο ULTRAFLEX Stent 16x60 πάνω από αυτό.

Αποτελέσματα: Για τις επόμενες 6 μετεγχειρητικές εβδομάδες δεν υπήρχε διαφυγή αέρα.

Συμπεράσματα: Το βιολογικό πλέγμα ΧCM προέρχεται από χοίρειο δέρμα και αποτελείται από μη διασταυρούμενες ίνες κολλαγόνου σε αποστειρωμένο περιβάλλον. Οι ενδείξεις χρήσης περιλαμβάνουν τις γενικές χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες απαιτείται επιδιόρθωση ή ενίσχυση των μαλακών μορίων. Στην συγκεκριμένη κλινική περίπτωση περιγράφουμε μια νέα μέθοδο αντιμετώπισης βροχοϋπεζωκοτικών συρριγγίων όπου το κολόβωμα δεν επιτρέπει άλλους χειρουργικούς χειρισμούς και η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι επιβαρυνμένη.

P56 ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΠΛΕΥΡΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΚΟ & ΕΦΗΒΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Καλαντζή Ν., Τζατζαδάκης Ν., Ζαράγκας Στ., Λαϊνάκης Ν., Κουλόπουλος Κ., Γεραζούνης Μ.

Γ. Ν. Νίκαιας «Άγ. Παντελεήμων» Πειραιάς

Οι όγκοι των πλευρών στην παιδική & εφηβική ηλικία, είναι σπάνιοι, αλλά αποτελούν ενδιαφέρον κεφάλαιο της Χειρουργικής λόγω αυξημένης πιθανότητας κακοήθειας.

Σκοπός της μελέτης μας, είναι η παρουσίαση της μικρής μας πείρας στη διάγνωση και αντιμετώπισή τους και η παράθεση βιβλιογραφικών δεδομένων.

Ο πληθυσμός της μελέτης μας περιλαμβάνει 6 ασθενείς (4 αγόρια και 2 κορίτσια), ηλικίας μεταξύ 4 και 16 ετών (μέση ηλικία: τα 11 έτη, 9,75 έτη για τα αγόρια και 13,5 έτη για τα κορίτσια), που διαγνώστηκαν και αντιμετωπίστηκαν στα τμήματά μας την τελευταία δεκαπενταετία. Σε όλους τους ασθενείς, υπήρχε ψηλαφητό μόρφωμα σε περιοχή πλευράς και σε 5 από αυτά, συνυπήρχε τοπικό άλγος. Μελετήθηκαν όλα ακτινολογικά και αντιμετωπίστηκαν με εξαίρεση της βλάβης. Η βιοψία έδειξε: Ηωσινόφιλο Κοκκίωμα σε 2, Χόνδρωμα σε 1, Ινώδη Δυσπλασία σε 1, Πώρο κατάγματος σε 1 και Σάρκωμα σε 1. Στη βιβλιογραφία, η συχνότητα κακοήθων νεοπλασμάτων των πλευρών, φαίνεται να είναι της τάξης του 50% περίπου, αλλά στο υλικό της μελέτης μας παρατηρήθηκε μόνο μία περίπτωση (16,5% περίπου). Η ριζική εξαίρεση της βλάβης, απεδείχθη αρκούντως θεραπευτική σε όλα τα παιδιά. Στην περίπτωση του Σαρκώματος, ζητήθηκε η συνδρομή Ογκολογικού κέντρου, που θεώρησε αναγκαίο τον παραπέρα φαρμακευτικό χειρισμό. Στον πιο πάνω πληθυσμό δεν παρατηρήθηκαν υποτροπές.

Συμπερασματικά, τα νεοπλάσματα των πλευρών σε παιδικό και εφηβικό πληθυσμό, είναι σπάνια, αλλά πιστεύουμε ότι η παρουσία τους επιβάλλει προσεκτική μελέτη και ριζική εξαίρεση. Η μετεγχειρητική Ογκολογική συμβουλή, είναι επιβεβλημένη στις περιπτώσεις κακοήθειας.

P57 ΠΛΗΡΩΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ. ΑΝΑΛΥΣΗ 700 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Αστερίου Χ.¹, Κλέωντας Α.¹, Τσιούδα Θ.², Παπαγεωργίου Ε.³, Ζυγουρίδου Ε.¹, Μπαρμπετάκης Ν.¹

¹Θωρακοχειρουργική Κλινική, ²Πνευμονολογική Κλινική, ³Μ.Ε.Θ. και Αναισθησιολογικό Τμήμα Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

Σκοπός: Η αγγειακή πρόσβαση είναι κομβικής σημασίας στην αντιμετώπιση των ασθενών που υποβάλλονται σε παρατεταμένη χημειοθεραπεία. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της διαδερμικής εισαγωγής και χρήσης των πλήρως εμφυτεύσιμων καθετήρων κεντρικής φλεβικής πρόσβασης (ΠΕΚΚΦΠ).

Υλικό και Μέθοδοι: Κατά τη διάρκεια της τελευταίας 10ετίας 700 πλήρως εμφυτεύσιμοι καθετήρες κεντρικής φλεβικής προσπέλασης εισήχθησαν σε καρκινοπαθείς ασθενείς για χημειοθεραπεία. Οι πρώιμες και οι όψιμες επιπλοκές καθώς και η διαχείριση τους καταγράφηκαν και αναλύθηκαν.

Αποτελέσματα: Από την εμφύτευση 700 καθετήρων, 126 (18%) παρουσίασαν έναν ή περισσότερους τύπους πρώιμης ή απώτερης επιπλοκής. Πραγματοποιήθηκε αφαίρεση σε 262 καθετήρες, εκ των οποίων σε 216 (82,4%) ήταν εκλεκτική λόγω λήξης της θεραπείας, και σε 46 (17,6%) επιβεβλημένη λόγω επιπλοκών, οι οποίες δεν ήταν δυνατό να ελεγχθούν με τη χρήση άλλων κλινικών μέτρων. Σε 280 ασθενείς (40%) ο καθετήρας παρέμεινε λειτουργικός έως και το θάνατο των ασθενών, και 158 ασθενείς (22,5%) κάνουν ακόμα χρήση των καθετήρων τους για κλινική θεραπεία.

Συμπεράσματα: Το χαμηλό ποσοστό επιπλοκών, σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, επιβεβαιώνει την ασφάλεια και ευκολία της διαδερμικής τοποθέτησης και χρήσης των ΠΕΚΚΦΠ σε ασθενείς που υποβάλλονται σε παρατεταμένα σχήματα χημειοθεραπείας και εξηγεί την αυξανόμενη χρήση των συσκευών αυτών στην τρέχουσα ιατρική ογκολογική πρακτική.

P58 ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ - ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΗΛΗ (ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ)

Καραϊσκος Θ., Μιχαήλ Ν., Αντωνίου Κ., Μπαντούρ Α., Σίλελη Μ., Δρόσος Γ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

Περιγράφεται γυναίκα 63 ετών με πνευμονοκήλη και διάσπαση θωρακικού τοιχώματος αριστερά μετά από τροχαίο ατύχημα. Η ασθενής με ιστορικό Ca νεφρού-νεφρεκτομή, διασωληνωμένη, μετά από αναφερόμενο τροχαίο ατύχημα, λόγω σταδιακά επιδεινούμενης αναπνευστικής δυσχέρειας, υποβάλλεται σε αξονική τομογραφία θώρακος, όπου διαπιστώνεται ότι φέρει κάταγμα λαβής στέρνου με παρεκτόπιση προς τα αριστερά και διάσπαση στις ανώτερες στερνοπλευρικές συγχορδώσεις, πνευμονοκήλη, πολλαπλά κατάγματα πλευρών, πνευμονικές θλάσεις και πλευριτικές συλλογές άμφω.

Λόγω δυσκολίας αποσωλήνωσης και απογαλακτισμού από την αναπνευστική μηχανική υποστήριξη υποβάλλεται σε διαρδεμική τραχειοστομία χωρίς ωστόσο να έχουμε την επιθυμητή αναπνευστική βελτίωση λόγω της μεγάλης αστάθειας του θωρακικού κλωβού. Η ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο για ανάταξη και υποβάλλεται σε αριστερή πρόσθια θωρακοτομή και ανάταξη του αριστερού πνεύμονα εντός του θωρακικού κλωβού. Η αποκατάσταση και σταθεροποίηση του προσθίου θωρακικού τοιχώματος έγινε με τη χρήση μεταλλικών πλακών και συρμάτων ραφών οι οποίες τοποθετήθηκαν για τη σταθεροποίηση των κατεγόντων πλευρών και για την επανασύνδεση των διασπασμένων πλευρών με το στέρνο. Υποβλήθηκε επίσης και σε συρραφή και αποκατάσταση του επίσης διασπασμένου μείζονος θωρακικού μυός.

Η ασθενής μεταφέρθηκε σε σταθερή αιμοδυναμική κατάσταση στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Εκτός από τη θεραπεία στην οποία υποβλήθηκε στην κλινική μας, υποβλήθηκε και σε τακτικές καθημερινές αλλαγές και περιποίηση του χειρουργικού τραύματος λόγω διαπύησης που παρουσίασε μετεγχειρητικά και φλεγμονώδους δερματίτιδος στον αριστερό μαστό.

P59 PNET-EWING ΕΞΑΛΛΑΓΗ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΩΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Κρασάς Α., Μάλλιος Δ., Αγιαννίδου Α., Χατζίνης Α., Ηλιάδης Κ.

Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

Το αδαμαντίνωμα είναι ένας χαμηλής κακοήθειας διφασικός όγκος. Χαρακτηρίζεται από διάφορα μορφολογικά patterns κυρίως εκ επιθηλιακών κυττάρων. Η συχνότητα του είναι 0,4% όλων των πρωτοπαθών όγκων των οστών. Σχεδόν κατά αποκλειστικότητα εντοπίζεται στην κνήμη με μέση ηλικία εμφάνισης 30 έτη και δίνει μεταστάσεις σε ποσοστό 12-29%. Οι μεταστάσεις εντοπίζονται στον πνεύμονα και πιο σπάνια στα οστά, το ήπαρ και τον εγκέφαλο.

Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό ενός άνδρα 44 ετών με ιστορικό αδαμαντινώματος αριστερής κνήμης (χειρουργηθέν προ 20ετίας) ο οποίος εμφανίζει έναν όγκο δεξιού πνεύμονα (PNET -EWING, εξάλλαγή αδαμαντινώματος). Πρόκειται για έναν καπνιστή (44 P/Y), ο οποίος εμφάνιζε δεξιά θωρακαλγία δεξιά παραστερνικά με αντανάκλαση στο σύστοιχο οπίσθιο ημιθωράκιο και στη ράχη 3 μήνες προ της εισαγωγής του. Αρχικά υπεβλήθη σε ακτινολογία θώρακος η οποία κατέδειξε πύκνωση δεξιού πνεύμονα. Στη συνέχεια υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία θώρακα στη οποία διεφάνη μάζα 46X38mm η οποία εντοπιζόταν στο έσω βρογχοπνευμονικό τμήμα του μέσου λοβού και η οποία ήταν σε επαφή με τον δεξιό κόλπο. Ακολούθως υπεβλήθη σε MRI θώρακος όπου και διεγνώσθη ότι η μάζα διηθούσε τον μεσοθωρακικό υπεζωκότα, το περικάρδιο και το δεξιό ωτίο. Τέλος υπεβλήθη σε CT-FNA η κυτταρολογική εξέταση της οποίας ήταν συμβατή με νεόπλασμα μεσεγχοματογενούς προέλευσης. Η λοιπή σταδιοποίηση ήταν αρνητική για δευτεροπαθείς εντοπίσεις και η λειτουργικός έλεγχος της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας ήταν ικανοποιητικός.

Ο ασθενής υπεβλήθη σε δεξιά θωρακοτομή, μέση λοβεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό μεσοθωρακίου. Η ιστολογική εξέταση έδειξε ότι πρόκειται για PNET-EWING εξάλλαγή του αδαμαντινώματος.

Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή και ο ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου την 7^η μετεγχειρητική ημέρα.

P60 ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΔΟΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΗΣ. ΣΠΑΝΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ

Αθανασίου Α., Χαμαλάκης Γ., Πόταρης Κ., Καραγκιούζης Γ., Καραθανάσης Γ., Κωνσταντίνου Μ.

Β' Θωρακοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία»

Σκοπός: Η ρήξη του διαφράγματος σχετίζεται με περίπου το 5% των αμβλέων κοιλιακών τραυματισμών και κατά τα 2/3 περίπου των περιπτώσεων παρουσιάζεται στο αριστερό ημιδιάφραγμα και κατά το 1/3 στο δεξιό ημιδιάφραγμα. Παρουσιάζουμε μια σπάνια τραυματική ρήξη της κεντρικής μοίρας του διαφράγματος (τενόντιου κέντρου) και του περικαρδίου ύπερθεν αυτού, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενδοπερικαρδιακής διαφραγματοκήλης.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής άρρεν 50 ετών, προσήλθε στα ΤΕΠ μετά από αναφερόμενο τροχαίο. Αναφερόμενος μηχανισμός κάκωσης πλαγιομετωπική σύγκρουση με μεγάλη ταχύτητα και απότομη επιβράδυνση. Ο ασθενής παρουσίασε πνευμοθώρακα ΑΡ, πνευμομεσοθωράκιο, κατάγματα 9 πλευρών ΑΡ με ασταθή θώρακα και 3 πλευρών ΔΕ. Στην CT θώρακος διαπιστώθηκαν έλικες εντέρου έμπροσθεν από την καρδιά, ενδοπερικαρδιακά.

Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε επείγουσα θωρακοτομή ΑΡ και προεκτάθηκε σε θωρακοκοιλιακή προσπέλαση ώστε να συρραφεί η ανευρεθείσα ρήξη στην ΔΕ παρυφή του τενόντιου κέντρου του διαφράγματος. Διενεργήθηκε ανάταξη του τμήματος του παχέος εντέρου και του επιπλόου από την περικαρδιακή στην περιτοναϊκή κοιλότητα (έλξη με το χέρι) και αποκατάσταση της ρήξης του διαφράγματος με μεμονωμένες ραφές με ράμμα μετάξι 2-0. Η ΜΤΧ πορεία ήταν ομαλή. Ο ασθενής παρέμεινε διασωληνωμένος στην ΜΕΘ και αποσωληνώθηκε την 5^η ΜΤΧ λόγω του ασταθούς θώρακα. Εξήλθε από το Νοσοκομείο την 14^η ΜΤΧ μέρα.

Συμπεράσματα: Περίπου μία τραυματική ενδοπερικαρδιακή διαφραγματοκήλη (intrapericardial hernia) ανακοινώνεται κάθε χρόνο και μέχρι τώρα στην βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί λιγότερα από 100 περιστατικά. Όλα τα προηγούμενα περιστατικά που ανακοινώθηκαν επιδιορθώθηκαν είτε με θωρακοτομή, είτε με λαπαροτομή και ένα με λαπαροσκοπική μέθοδο. Εμείς χρησιμοποιήσαμε την θωρακοκοιλιακή προσπέλαση, η οποία μας έδωσε την δυνατότητα να επισκοπήσουμε και να παροχετεύσουμε την θωρακική κοιλότητα, καθώς επίσης και να έχουμε τον πλήρη έλεγχο της διαφραγματικής επιφάνειας μέσα από την κοιλιακή κοιλότητα όπου και έγινε η συρραφή του τενόντιου κέντρου, γι αυτό είναι σημαντικό να υπάρχει εγρήγορση κατά την διαγνωστική προσπέλαση τραυματιών με σοβαρό θωρακοκοιλιακό τραύμα.

P61 ΜΥΞΩΜΑΤΑ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Δρόσος Β., Κατσαρός Α., Τριανταφύλλου Δ., Μπολτσής Π., Χαρούλης Ν., Τριανταφύλλου Κ.

Α' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

Σκοπός: Τα μυξώματα της καρδιάς συναντώνται σε ποσοστό 80% στον αριστερό κόλπο. Παρουσιάζουμε δύο (2) περιστατικά με εντόπιση στο δεξιό κόλπο.

Υλικό και Μέθοδοι: Δύο ασθενείς, ένας άνδρας 45 ετών και μία γυναίκα 33 ετών, υποβλήθηκαν στο τμήμα μας σε επέμβαση εκτομής μυξώματος του δεξιού κόλπου. Και στις δύο περιπτώσεις προηγήθηκε επεισόδιο πυρετού, δύσπνοιας και πλευριτικού άλγους που διαγνώστηκαν αρχικά ως πνευμονία. Η CT θώρακος έθεσε υπόνοια περιφερικού τύπου πνευμονικής εμβολής. Ακολούθησε triplex καρδιάς που ανέδειξε και στους δύο ασθενείς μάζα εντός του δεξιού κόλπου, στην πρώτη περίπτωση εξορμώμενης από τη διαφραγματική γλωχίνα της τριγλώχινας (2 x 2 cm) και στη δεύτερη περίπτωση από το μεσοκολπικό διάφραγμα (4,3 x 2,7 cm). Η χειρουργική προσπέλαση και στις δύο περιπτώσεις έγινε με διασωλήνωση της αορτής και του δεξιού κόλπου/κάτω κοίλης φλέβας. Στη συνέχεια διενεργήθηκε δεξιά κολποτομή, αναγνώριση του μορφώματος και εκτομή αυτού. Σύγκλιση της κολποτομής και έξοδος από την εξωσωματική κυκλοφορία.

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Ευχερής ανάνηψη και έξοδος των ασθενών από την κλινική χωρίς συμβάματα. Η βιοψία και στις δύο περιπτώσεις ανέδειξε μυξώματα. Χαρακτηριστική είναι η κοινή αρχική κλινική εμφάνιση του όγκου και στα δύο περιστατικά.

P62 ANEΥΡΥΣΜΑ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΡΙΖΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΣΘΜΟΥ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Μαδέσης Α., Μιχαήλ Ν., Διπλάρης Κ., Καραίσκος Θ., Αστέρη Θ., Δρόσος Γ.

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

Περιγράφεται άνδρας 37 ετών με στένωση ισθμού αορτής και διάταση αορτικής ρίζας στο επίπεδο των κόλπων valsalva. Ο ασθενής στο ιστορικό του παρουσίαζε γνωστή υπό παρακολούθηση αρτηριακή υπέρταση από 15ετίας και υπό αντιυπερτασική αγωγή του τελευταίου δίμηνου. Κλινικά παρουσίαζε αψηλάφητες σφύξεις μηριαίων άμφω και αρτηριακή υπέρταση στα άνω άκρα 190/110 mmHg χωρίς διαφορές πιέσεων. Από τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε διάταση αορτικής ρίζας στο επίπεδο των κόλπων valsalva (4,7 εκ) και στένωση του ισθμού της αορτής 2 εκατοστά μετά την έκφυση της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας με έντονο παράπλευρο δίκτυο από τις μαστικές και μεσοπλεύριες αρτηρίες, ενώ δεν απεικονίστηκε η αριστερή οπίσθια αναστομωτική αρτηρία του εγκεφάλου.

Λόγω της εξαιρετικά σπάνιας παθολογίας της αορτής του ασθενούς αποφασίστηκε η ταυτόχρονη χειρουργική αντιμετώπιση με αντικατάσταση της ρίζας με διατήρηση αορτικής βαλβίδας κατά Yasoub με σωληνωτό μόσχευμα Dacron No 30 και επανεμφύτευση στεφανιαίων στομιών. Μετά την διενέργεια και της περιφερικής αναστόμωσης, διάνοιξη οπισθίου περικαρδίου, κινητοποίηση αριστερού πνεύμονα μετά από λύση του κάτω πνευμονικού συνδέσμου και προσπέλαση κατιούσας θωρακικής αορτής στο επίπεδο της στένωσης. Παρασκευή της κατιούσας θωρακικής αορτής και κάτωθεν της στένωσης τελικοπλάγια αναστόμωση με σωληνωτό μόσχευμα Dacron No 18 με μερικό αποκλεισμό. Εκστόμωση του μοσχεύματος από την κατιούσα αορτή πίσω από κάτω κοίλη φλέβα και από τα δεξιά του σωληνωτού μοσχεύματος της ανιούσης αορτής και τελικοπλάγια αναστόμωση με αυτό, με μερικό αποκλεισμό.

Η απουσία της αριστερής οπίσθιας αναστομωτικής αρτηρίας και επομένως το μη ακέραιο εξάγωνο του Willis αποτέλεσε αντένδειξη για cannulation της ανωνύμου ή της δεξιάς υποκλειδίου αρτηρίας.

Ο ασθενής αποσωληνώθηκε μετά από 12 ώρες, είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε την 7^η μετεγχειρητική ημέρα.



9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Θώρακος - Καρδιάς - Αγγείων



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Ευρετήριο Συγγραφέων

A

Asopa S. 0008

B

Berrisford R. 0100

C

Coloni G.F. 0049

Crockett J. 0005, P23, P26

D

De Giacomo T. 0049, 0050, 0073

F

Francioni F. 0049, 0050, 0073

G

Gircis-Satyro N. 0008

L

Lloyd C. 0008

T

Telha V. 0073

Tsagkaropoulos S. 0049, 0050, 0073

V

Venuta F. 0049

A

Αγατζιώτης Μ. 0043

Αγγουράς Δ. 0022, 0023

Αγιαννίδου Α. 0066, 0067, P59

Αγρογιάννης Γ. 0010

Αζαριαδης Π. 0082, 0083, P13, P16, P18, P19, P20, P27

Αηδονίδης Ι. 0037, P09, P10, P11

Αθανασιαδη Κ. 0051, 0104, P30, P51

Αθανασιάδης Γ. P39

Αθανασίου Α. P40, P43, P60

Αλεβιζόπουλος Ν. 0051

Αλεξόπουλος Π. 0070, 0071, 0072, P28

Αμπαζίδης Ε. 0031

Αμπατζίδου Φ. 0020, 0036, 0098

Αναγνωστόπουλος Δ. P49, P50

Αναγνωστόπουλος Κ. 0010

Ανανιάδου Ο. 0019, 0020, 0035, 0036, 0041

Αναστασιάδης Κ. 0002, 0003, 0004, 0006, 0007, 0026, 0027, 0046, 0052, 0069, 0080, 0089, P21, P53

Αναστασοπούλου Ι. 0021, 0025

Ανδρούτσος Ο. 0009

Ανίσογλου Σ. 0054

Αντωνιάδη Ε. P06

Αντωνιάδης Η. P36, P38, 0054

Αντωνίου Α. 0005, P23, P26

Αντωνίου Κ. 0016, 0035, 0099, P58

Αντωνίτσης Π. 0003, 0006, 0007, 0026, 0027

Αντωνόπουλος Αχ. 0057, 0074, 0076

Αποστολάκης Ε. 0009, 0072

Αποστολίδης Χ. P02, P17, P19, P20

Αργύρη Ο. 0039

Αργυριάδου Ε. 0003, 0006, 0026, 0069

Αργυρίου Μ. 0017, 0018

Αρίκας Σ. 0034, 0056, 0090, 0091, 0092, 0093, 0094, 0095

Αρναούτογλου Ε. 0039

Αρχαύλης Εμμ. P30

Ευρετήριο Συγγραφέων

Αστέρη Θ.	0020, 0035, 0041, P62	Γραϊδης Χ.	0028, 0029, 0030
Αστερίου Χ.	0026, 0027, 0054, 0088, 0096, 0097, P24, P35, P36, P37, P38, P57	Γραμμένος Α.	0031
Αυγούστου Κ.	0046	Γροσομανίδης Β.	0001, 0002, 0006, 0089, P21, P53
		Γωγάκος Α.	0097, P36, P38

B

Βαλτζόγλου Β.	0023
Βασίλη Μ.	P03
Βάχλας Κ.	0058, 0059, 0064, P52
Βερβενιώτης Α.	P48
Βησούλη Αικ.	0034, 0056, 0090, 0091, 0092, 0093, 0094, 0095
Βόβας Γ.	0009
Βύζας Β.	0079

Γ

Γαϊτανάκης Σ.	P45, P46
Γαλανός Ο.	0055
Γαλατιανός Ι.	0079
Γαλατούδης Ζ.	0101
Γεραζούνης Μ.	0057, 0074, 0075, 0076, P56
Γερομαρκάκη Ε.	P33
Γεροντίτης Ζ.	P22, P29
Γεωργιάδης Μ.	P03
Γεωργίου Σ.	0042
Γιαγκαζόγλου Π.	P49
Γιάκης Ν.	0078
Γιαννακοπούλου Α.	0081
Γιαννακούλας Γ.	P17
Γιαννόπουλος Ν.	0082, 0083
Γιαννούλης Ν.	P36, P37
Γκατζός Σ.	0007
Γκουζιούτα Α.	P01
Γκούμας Β.	0047

Δ

Δελιόπουλος Α.	0006, 0007, 0026, 0027
Δεσιμόνας Ν.	P09
Δημητριάδης Γ.	0028, 0029, 0030
Δημητριάδης Δ.	0028, 0029, 0030
Δημόπουλος Σ.	P47
Διδίλης Β.	0101
Διπλάρης Κ.	0016, 0035, 0036, 0098, 0099, P62
Δίσοντσας Λ.	P41
Δομοξούδης Σ.	0053, 0068
Δουγένης Δ.	0032, 0044, 0070, 0071, 0072, P28
Δρίτσα Β.	0021, 0025
Δροσίτης Ι.	P31, P32, P33
Δρόσος Β.	0011, 0012, 0013, 0014, 0015, 0038, 0040, 0078, P04, P05, P06, P25, P42, P61
Δρόσος Γ.	0016, 0020, 0035, 0036, 0041, 0098, 0099, P58, P62
Δώρη Χ.Α.	0097, P38

E

Ελευθεριάδης Σ.	P44
Εμμανουήλ-Νικολούση Ε.	0019
Ευσταθίου Α.	P24
Εφορακόπουλος Φ.	P03, P49, P50

Ευρετήριο Συγγραφέων

Z

Ζαβαρόπουλος Π.	P15	Καραθανάσης Ν.	P08
Ζαράγκας Στ.	0057, 0074, 0075, 0076, P56	Καραϊσκος Θ.	0035, 0041, 0098, 0099, P58, P62
Ζαρογουλίδης Π.	0056	Καραμέρη Β.	0103, 0104
Ζαχαρούλης Δ.	P34	Καραμπίνης Α.	P01
Ζήσης Χ.	0045, 0102, 0103, P47, P51	Καρασολιά Ά.	P08
Ζίας Ν.	0047	Καραπάντζος Ηλ.	0093
Ζυγουρίδου Ε.	P57	Καρασαββίδης Β.	0028, 0029, 0030
Ζωγάνας Λ.	P39	Καρατζόπουλος Α.	0001, 0002, 0046, 0052, 0069, 0080, P53
Ζωγράφος Π. Μ.	P15	Καρβέλας Χ.	0052, 0069

H

Ηλία Σ.	P33	Καρκάνης Γ.	0031
Ηλιάδης Κ.	0066, 0067, 0092, P59	Καρρός Π.	P44
		Κασσελάκη Ι.	P50
		Καστανιουδάκης Ι.	P41

Θ

Θανόπουλος Β.	P18	Κατσαβριάς Κ.	P49, P50
		Κατσάνος Κ.	0032
		Κατσαρός Α.	0013, 0014, 0038, 0040, P25, P42, P61

I

Ιακωβίδου Ι.	P50	Κεμπάπης Α.	P49, P50
		Κεσίσης Γ.	0094

K

Καλαβρουζιώτης Γ.	0081	Κεφαλογιάννης Ε.	0048, 0061
Καλαντζή Ν.	0074, 0075, 0076, P56	Κηπαράκης Μ.	P31, P32
Καλαφάτη Γ.	P10	Κιάφα Μ.	P17
Καλαφάτης Ι.	P24	Κλέωντας Α.	0006, 0052, 0054, 0080, 0096, 0097, P35, P37, P53, P57
Καλογήρου Αικ.	0075	Κοκοτσάκης Ι.	0017, 0018
Καλομενίδης Ι.	0045	Κόλλιας Β.	0022, 0023
Καμπιτάκης Μ.	P31, P32, P33	Κολοκοτρώνη Μ.	0017, P30
Κανακάκης Κ.	0047	Κονταφούρης Κ.	P02
Κανάκης Μ.	0082, P01, P12, P13, P14, P16, P17, P18, P19, P20, P27	Κοντοδημόπουλος Ν.	0017, 0018
Καντιδάκης Γ.	P03	Κοντραφούρης Κ.	P12, P13, P14, P19, P20, P27
Καραγκιούζης Γ.	P43, P48, P60,	Κουβίδου Χ.	P47
Καραθανάσης Γ.	P40, P60, P48		

Ευρετήριο Συγγραφέων

Κουερίνης Η.	0012, 0013, 0014, 0015, 0038, 0078, 0081, P05, P06, P25	Λάλος Σ.	0038, P04
Κούκης Ι.	P45	Λαλούντας Μ.	0096
Κουκουλίτσα Β.	0088	Λαουάλ Λ.	0101, P29, P44
Κουλόπουλος Χ.	P56	Λαρίου Κ.	P51
Κουρίτας Β.	0045, 0102, 0103, P51	Λάσκαρη Κ.	P16, P18, P19
Κούση Θ.	P12, P14	Λαφάρας Χ.	0088, P35
Κούσκουρας Κ.	P21	Λιναρδάκης Ι.	0024, 0033
Κουτεντάκης Μ.	0009, 0039, P41	Λιούμπας Δ.	0051, 0104, P30, P51
Κουτουλάκης Ε.	0021, 0025	Λιούρας Β.	0037
Κουτσογιαννίδης Χ.	0019, 0020, 0036, 0041, 0098	Λόγγος Σ.	P27, P39
Κρασάς Α.	0066, 0067, P59	Λόζος Β.	0010, 0022, 0023
Κριαράς Ι.	P01	Λουκοπούλου Σ.	P16
Κυπαρισσα Μ.	0003, 0004, 0080, P21	Λυμπεριάδης Δ.	0011, 0012, 0040, P05
Κυρατζόπουλος Κ.	0068		
Κυρβασίλης Γ.	P15	M	
Κυριαζής Χ.	0005, P23	Μουρτζής Ν.	P23
Κυρμανίδης Μ.	P44	Μαγκούτα Σ.	0045
Κωλέτσης Ε.	0032, 0044, 0070, 0071, 0072, P28	Μαδέσης Α.	0016, 0019, 0036, P62
Κωνσταντινίδου Μ.-Κ.	0104	Μακρής Α.	0039
Κωνσταντίνου Δ.	0026, 0027	Μάλλιος Δ.	0066, 0067, P59
Κωνσταντίνου Μ.	P40, P43, P48, P60	Μαμαρέλης Ι.	0021, 0025
Κωνσταντίνου Φ.	0101, P22	Μάνθου Μ.	0019
Κωσταντινίδου Μ.	P51	Μανόπουλος Χ.	0014
Κωστοπαναγιώτου Κ.	0060, 0062, 0063, 0065, P55	Μανωλάκη Α.	P06
Κωστούλας Ν.	0022	Μανώλη Ε.	0081
Κωτούλας Χ.	0021, 0025, 0042	Μανωλουδάκης Ν.	0085, 0087
Κωτσάνη Β.	0013	Μαργαρίτης Ε.	0070, 0071, 0072, P28
Κωτσής Β.	0024	Μαρινάκης Α.	0084, 0086
		Μαρίνος Θ.	0043, 0055, 0077, P54
		Μαρκάκη Β.	P47
		Μαυρομάτη Ε.	0051
		Μελαχροινού Μ.	0032
		Μητρόπουλος Φ.	0082, P01, P02, P03, P12, P13, P14, P16, P17, P18, P19, P20, P27
Λ			
Λαζόπουλος Α.	0054, P36, P38		
Λαϊνάκης Ν.	P56		

Ευρετήριο Συγγραφέων

Μητσός Σ.	0032, P49, P50	Μωραΐτης Σ.	0047
Μικρούλης Δ.	P22, P29	Μωραιτίδης Δ.	0011, P05
Μις Μ.	0051		
Μίσιας Γ.	0004	N	
Μιχαήλ Ν.	0020, 0041, P58, P62	Ναλμπάντη Β.	0079
Μιχάλης Α.	P18	Νινιός Β.	0090
Μιχαλόπουλος Α.	0024, 0046	Νταλίπη Α.	P04, P25
Μολυβδάς Π.-Α.	0037, P10		
Μουζάς Ο.	P07, P08, P34	Ξ	
Μουρτζής Ν.	0005, P26	Ξερομερίσιου Σ.	P11
Μουστάρδας Μ.	0084, 0085, 0086, 0087	O	
Μπάκα Σ.	0095	Οικονομίδου Σ.	0005, P23, P26
Μπάκας Α.	0034, 0056, 0090, 0091, 0092, 0093, 0094, 0095	Π	
Μπαλής Ε.	0051	Παλιούρας Δ.	0088, 0096, 0097, P35
Μπαλταγιάννης Ν.	0044, P49, P50	Παναγιωτακόπουλος Β.	0024
Μπαντούρ Α.	0016, 0099, P58	Παναγιωτίδης Γ.	P22
Μπαρμπετάκης Ν.	0054, 0088, 0096, 0097, P24, P35, P36, P37, P38, P57	Παναγιωτόπουλος Ι.	0024, 0033
Μπέης Ι.	0039	Παναγιώτου Ι.	0042, P45, P46
Μπελλενής Ι.	0051, 0102, 0103, 0104, P30, P51	Παναγιώτου Μ.	0005, P23, P26
Μπίσιας Π.	0047	Παπαγεωργίου Ε.	P57
Μπισχινώτης Θ.	0088, P24	Παπαγεωργίου Κ.	P10
Μπιτζίκας Γ.	0055, 0077	Παπαγιάννης Ι.	P15
Μπολάνος Ν.	P49, P50	Παπαγιαννόπουλος Κ.	0048, 0058, 0059, 0060, 0061, 0062, 0063, 0064, 0065, P52, P55
Μπολτσής Π.	0011, 0040, 0078, P61	Παπαδημητρίου Χ.	P22
Μπόμπος Δ.	0082, 0083	Παπαδόπουλος Γ.	P41
Μπόνου Π.	P15	Παπαδοπούλου Ε.	0014
Μπουγιούκας Γ.	0101, P22, P29, P44	Παπαδοπούλου Φ.	0043, 0055, 0077, P54
Μπούσμπουρας Π.	0053	Παπακωνσταντίνου Αικ.	0057
Μπράβου Β.	0032	Παπακωσταντίνου Χ.	0019
Μυλωνάκης Μ.	0083, P02, P12, P13, P14, P17, P27	Παραλίκας Ι.	0047
		Παραμυθιώτης Δ.	0046
		Πάτρης Β.	0018

Ευρετήριο Συγγραφέων

Παυλόπουλος Δ.	P42	Σουλτάνης Κ.-Μ.	O102
Πέτρου Α.	O009	Σουφλέρης Δ.	O101, P29
Πηγής Α.	P45, P46	Σοφιανίδου Ι.	P13
Πισσαρίδη Α.	O021, O025	Σπυριδάκης Ε.	O042
Πιστεύου-Γομπάκη Κ.	O053, O068	Σταματίου Γ.	P08
Πόταρης Κ.	P40, P43, P48, P60	Σταμούλης Ε.	O042
Πουλιανίτης Β.	O055, O077, P54	Στεργίου Ε.	P37
Πράπας Σ.	O024, O033	Στρατήγη Π.	O033
Προκάκης Χ.	O044, O070, O071, O072, P28	Στρούμπος Χ.	P31, P32, P33
Πρωτόγερος Δ.	O024, O033	Στυλιάδης Ι.	O043
		Στυλιανάκης Γ.	P35, P37
		Στυλιανίδου Σ.	O053, O068
		Συμινελάκης Σ	O009, O039, P41
		Σφύρας Ν.	P05, P42
		Σφυρίδης Π.	P15
P		T	
Ράμμος Σ.	P02, P16, P20	Ταγαράκης Γ.	O037, P07, P08, P09, P10, P11, P34
Ρήγα Δ.	O104	Τεντζέρης Β.	O008, O048, O061, O100
Ρόκκας Χ.	O010, O022, O023	Τζατζαδάκης Ν.	O057, O074, O075, O076, P56
Ροννέ Ε.	P51	Τζιτζικας Ι.	O053, O068
Ροντογιάννη Δ.	O051, O104, P47	Τζούνου Κ.	O015
Ρουσσάκης Α.	O102, O103	Τόσιος Π.	O001, O002, O003, O004, O069, O089, P21
Σ		Τόσσιος Π.	O027
Σακελλαρίδης Τ.	O017, O018, P45, P46	Τούμπουλης Ι.	O010, O022, O023
Σαμιώτης Η.	O051, P30, P51	Τουρμούσογλου Χ.	O070, O071, O072, P28
Σαπαλίδης Κ.	O001	Τουφεκτζιάν Λ.	P40
Σαρηπούλος Π.	O055, P54	Τουφεκτζιάν Λ.	P43
Σάρλης Γ.	O002, P21	Τοφή Ι.	P30, P51
Σαρρής Γ.Η.	P15	Τριανταφυλλοπούλου Κ.	O001, O002, O003, O004, O007, O052, O080, O089, P53
Σαχπεκίδης Β.	O043, O077		
Σέτζης Κ.	O096		
Σιαμπλής Δ.	O032		
Σιάνος Γ.	O089		
Σιβιτανίδης Ε.	O031		
Σίλελη Μ.	O016, O098, O099, P58		
Σιμόπουλος Β.	O037, P07, P08, P09, P34, P10, P11,		
Σισμανίδης Σ.	O009, O039, P41		
Σουλειμάνης Χ.	P34		

Ευρετήριο Συγγραφέων

Τριανταφύλλου Δ.	0012, 0013, 0015, 0078, 0081, P04, P06, P25, P61	Φλωρδέλλης Χ.	0032
		Φορούλης Χ.	0046, 0052, 0069, 0080, 0089, P53
Τριανταφύλλου Κ.	0011, 0012, 0013, 0014, 0015, 0038, 0040, 0078, 0081, P04, P05, P06, P25, P42, P61	Φραγκούλης Σ.	P03
		Χ	
Τριχιά Ε.	P49	Χακίμ Ν.	P15
Τρύφων Σ.	0091	Χαλβατζούλης Ο.	0004, 0028, 0029, 0030
Τσαγγαλάς Η.	P07	Χαμαλάκης Γ.	P40, P43, P48, P60
Τσακιρίδης Κ.	0034, 0056, 0090, 0091, 0092, 0093, 0094, 0095	Χαμογεωργάκης Θ.	0010
		Χαρακτσής Ι.	0079
Τσαντίλας Α.	P09	Χαρίση Ε.	P34
Τσαντσαρίδου Α.	P09	Χαρίτος Χ.	0017, 0018
Τσελίκος Δ.	0072, P28	Χαρούλης Ν.	0011, 0012, 0040, 0070, 0071, 0072, P28, P61
Τσιάπρας Δ.	P14	Χατζηγιαννάκη Α.	0068
Τσιλιμίγκας Ν.	0037, P07, P08, P09, P10, P11, P34	Χατζηκώστας Γ.	P54
		Χατζημιλιτιάδης Σ.	0007
Τσιμπινός Μ.	P49, P50	Χατζημικάλης Α.	0044, P49, P50
Τσιορβά Α.	0033	Χατζηνικολάου Ε.	0034
Τσιούδα Θ.	P57	Χατζής Α.	0082, 0083, P01, P02
Τσιριδής Ε.	0079	Χατζηστεργίου Κ.	0015
Τσολάκη Μ.	P07	Χατζιάρα Μ.	0051
Τσουρέλης Λ.	0034, 0056, 0090, 0091, 0092, 0093, 0094, 0095	Χατζίνης Α.	0066, 0067, P59
		Χέβας Α.	P11
Τσούτσινος Α.	P12	Χιονίδου Κ.	P31, P32, P33
Τσώνης Γ.	0028, 0029, 0030	Χορευτάκη Θ.	P30
		Χουντής Π.	0047
Φ		Χριστίδης Χ.	P29, P44
Φαρμάκης Δ.	0043	Ψ	
Φεσσατίδης Ι.	P24	Ψαλλίδας Ι.	0045
Φιλιππάκης Γ.	0084, 0085, 0086, 0087	Ψαρρός Θ.	0038, P04, P42
Φίλος Κ.	0070, 0071, 0072, P28	Ψήφος Β.	0028, 0029, 0030
Φλίγκου Φ.	0070, 0071, 0072, P28		

