



ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΙΩΝ 3ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΛΕΜΦΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ, 3-4 ΙΟΥΝΙΟΥ 2016 - Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρώτη ενότητα: Θεραπευτική Αντιμετώπιση λεμφικών παθήσεων I

1.Χειρουργική Τεχνική Λεμφαδενικού Καθαρισμού Ιγνυακής και Βουβωνικής Χώρας-Κλινική Εμπειρία

Α. Ξιφαρά¹, Θ. Πιπέρος², Ι. Παπαναστασίου², Β. Καλλές², Ι. Παπαπαναγιώτου², Μ. Ζουλάμογλου^{2,5}, Ε. Κωνσταντίνου³, Γ. Καραμπελιάς⁴, Ι. Παπασκαρλάτος⁴, Ι. Κακλαμάνος⁵, Θ. Μαριόλης-Σαψάκος^{2,5}

1. Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι»
2. Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών
3. Αναισθησιολογικό Τμήμα, Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών
4. Α' Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι»
5. Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι»

Ο ιγνυακός λεμφαδενικός καθαρισμός είναι μία τεχνική που προϋποθέτει απαραίτητη αναγνώριση των σταθερών ανατομικών στοιχείων της περιοχής ώστε να γίνει με ασφάλεια.

Σχεδιασμός:

Ξεκινάει επί τα εντός του κορμού, με κάθετη τομή δέρματος, παράλληλη στις υποκείμενες μυϊκές ομάδες της οπίσθιας επιφάνειας του μηρού, στα 8 cm ύπερθεν της ιγνυακής πτυχής. Στην ιγνυακή πτυχή, η τομή φέρεται οριζόντια, παράλληλη με την πτυχή καθεαυτή. Προς τα κάτω γίνεται πάλι κάθετη, παράλληλη στον άξονα της κνήμης, επί τα εκτός του κορμού.

Τεχνική:

Παρασκευάζοντας τους ιστούς ανάμεσα στις οπίσθιες μυϊκές ομάδες του μηρού (έσω: ημιϋμενώδης και ημιτενοντώδης, έξω: δικέφαλος μηριαίος), αναγνωρίζουμε το ισχιακό νεύρο και ακολουθώντας αυτό προς τα κάτω, φτάνουμε στο κοινό περονιαίο και το κνημιαίο νεύρο και φλέβα. Το πρόσθιο όριο (εν τω βάθει όριο) του λεμφαδενικού καθαρισμού είναι η πρόσθια και πλάγια επιφάνεια της ιγνυακής αρτηρίας και φλέβας. Το οπίσθιο όριο (επιπολής όριο): είναι το δέρμα της ιγνυακής χώρας. Το έσω πλάγιο όριο: οι μυϊκές ομάδες των ημιυμενώδη και ημιτενοντώδη μυών

Το έξω πλάγιο όριο: οι μυϊκές ομάδες του δικέφαλου μηριαίου μύος

Οδηγό ανατομικό στοιχείο αποτελεί το κνημιαίο νεύρο, όπισθεν του οποίου βρίσκονται οι ιγνυακή αρτηρία και φλέβα.

Το παρακεύασμά μας περιλαμβάνει όλο το λιπώδη ιστό που περικλείεται στα όρια που αναφέρθηκαν, μέχρι και την έσω και έξω κεφαλή του γαστροκνημίου.

Κλινική Εμπειρία:

Σε σύνολο 9 λεμφαδενικών καθαρισμών κάτω άκρου, οι 4 αφορούσαν μόνο την περιοχή του ιγνυακού βόθρου ενώ οι υπόλοιποι 5 αφορούσαν βουβωνική και ιγνυακή χώρα. Πραγματοποιήθηκαν όλοι με την αναφερθείσα τεχνική. Μετεγχειρητικά δεν υπήρξαν μείζονες επιπλοκές. Εξ αυτών και σε βάθος 6 μηνών από το χειρουργείο, οι 3 παρουσίασαν ήπιο οίδημα κάτω άκρου, (μ.δ γαστροκνημίας < 1cm) ενώ άλλοι 2 εντονότερο οίδημα, χωρίς όμως κανένας να παρουσιάσει λειτουργικά ενοχλήματα.

2. Η Βιοψία του λεμφαδένα φρουρού ως βασική διαγνωστική και χειρουργική μέθοδος για την αντιμετώπιση των λεμφαδενικών μεταστάσεων σε ασθενείς με δερματικό μελάνωμα

Γρ. Χάμπσας, Επ. Κωστόπουλος, Γ. Βάκης, Μ. Φραγκούλης, Ε. Δημονίτσας, Π. Κονοφάος, Φ. Καραντώνης, Οθ. Παπαδόπουλος

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών και Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός

Εισαγωγή: Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε την κατάσταση των λεμφαδένων σε έναν ασθενή με δερματικό μελάνωμα επειδή, όπως είναι γνωστό, τα μελανοκύτταρα μπορεί να διηθήσουν το λεμφαγγειακό σύστημα. Ο Morton έδωσε λύση σε αυτό εισάγοντας την τεχνική της βιοψίας του λεμφαδένα φρουρού (SLN). Στην κλινική μας χρησιμοποιούμε την τεχνική με χρωστική (Patent blue V) και ραδιενεργό νανοκολλοειδές (Tc-99) προκειμένου να ανιχνεύσουμε τον πρώτο λεμφαδένα στον οποίο παροχετεύεται η λέμφος της πρωτοπαθούς εντόπισης του μελανώματος. Η βιοψία του SLN ενδείκνυται σε περιπτώσεις ασθενών με βάθος μελανώματος > 1,00 mm. Ωστόσο, η βιοψία του SLN πραγματοποιείται και σε ασθενείς με βάθος μελανώματος από 0,5 -1,00 mm εάν η ιστολογική έκθεση παρουσιάζει επιβαρυντικούς παράγοντες όπως εξέλκωση, υψηλό μιτωτικό δείκτη, εκτεταμένη υποστροφή >1,00 mm, λεμφαγγειακή διήθηση ή εάν πρόκειται για άτομα νεαρής ηλικίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Από τον Οκτώβριο του 2000 μέχρι το Δεκέμβριο του 2014 πραγματοποιήθηκε η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού σε 453 ασθενείς (292 άνδρες και 261 γυναίκες).



Αποτελέσματα: Όσον αφορά στην εντόπιση του SLN, η περιοχή της μασχάλης ήταν η συχνότερη (310/453 ασθενείς), ακολουθούσε η βουβωνική περιοχή (186/453) και η κεφαλή και ο τράχηλος (87/453). 80 ασθενείς είχαν διπλή εντόπιση του SLN, 8 τριπλή και 1 τετραπλή. Το οζώδες μελάνωμα αποτελούσε τον πιο συχνό ιστολογικό τύπο (283/453 ή 62%), ενώ ακολουθούσε το επιπολής επεκτεινόμενο μελάνωμα (223/453 ή 49%). Στο 25.6 % των περιπτώσεων ο λεμφαδένας φρουρός βρέθηκε θετικός για μικρομετάσταση και οι ασθενείς χρειάστηκε να υποβληθούν σε ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό της αντίστοιχης περιοχής. Στο 66% των θετικών SLN, ο λεμφαδένας φρουρός ήταν και η μοναδική μετάσταση. Με το συνδυασμό των δύο τεχνικών το ποσοστό επιτυχούς και ακριβούς ανεύρεσης του SLN ανέρχεται σε 96.5 %. Η τεχνική της χρωστικής αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη στην ανεύρεση του SLN όταν η εντόπισή του αφορά στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου καθώς και για την αποφυγή της αφαίρεσης των λεμφαδένων φρουρών του δευτέρου επιπέδου. Το αποτέλεσμα της βιοψίας του SLN (θετικό ή αρνητικό) είναι σημαντικό για τη λεμφαδενική σταδιοποίηση του ασθενούς. Οι ασθενείς με αρνητικό λεμφαδένα φρουρό παρουσίασαν τοπική υποτροπή της νόσου στους λεμφαδένες μέσα στα πρώτα δύο χρόνια από τη χειρουργική τους αντιμετώπιση σε ποσοστό περίπου 70%. Όσον αφορά στις επιπλοκές που παρουσιάστηκαν, αυτές αφορούσαν τοπικές φλεγμονές, τοπικό λεμφοίδημα, αίσθημα καυσalgείας και σχηματισμό ψευδοκύστης.

Συμπέρασμα: Η συχνότητα εμφάνισης του μελανώματος βαίνει αυξανόμενη. Η βιοψία του SLN είναι σημαντική καθώς αποτελεί στις μέρες μας τον πιο ακριβή τρόπο ανίχνευσης της εξάπλωσης του μελανώματος στους λεμφαδένες αποφεύγοντας μη απαιτούμενες χειρουργικές επεμβάσεις, εντοπίζοντας εκείνους τους ασθενείς με λεμφαδενική διήθηση που θα ωφεληθούν από τη ριζική λεμφαδενεκτομή αυξάνοντας το ελεύθερο νόσου διάστημα. Η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η ενδεδειγμένη χειρουργική αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας είναι πρωταρχικής σημασίας για τον έλεγχο της νόσου.

3. Αντιμετώπιση πρωτοπαθών λεμφοιδημάτων με μεταμόσχευση λεμφαδένων

Δ. Διονυσίου¹, Α. Σαράφης¹, Α. Τσιμπώνης¹, Ε. Λάμπρος¹, Ε. Καραγέργου¹, Γ. Τατσίδου², Ε. Δεμίρη¹

1. Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη.

2. Εργαστήριο Φυσικοθεραπείας, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ

Το λεμφοίδημα χαρακτηρίζεται ως πρωτοπαθές ή δευτεροπαθές, με συχνότερη αιτία στις δυτικές χώρες τον λεμφαδενικό καθαρισμό, οι ασθενείς δε με πρωτοπαθές λεμφοίδημα αποτελούν περίπου το 20% του συνόλου.

Σκοπός της αναδρομικής μελέτης είναι η καταγραφή των μετεγχειρητικών αποτελεσμάτων ασθενών με πρωτοπαθές λεμφοίδημα που υποβλήθηκαν στην κλινική μας σε αυτόλογη μεταμόσχευση αγγειούμενων λεμφαδένων.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Από το 2012 έως σήμερα, 43 ασθενείς με πρωτοπαθές λεμφοίδημα, ηλικίας 1-62 ετών αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας. Σε μεταμόσχευση λεμφαδένων υποβλήθηκαν 15 ασθενείς, σε λεμφοφλεβικές αναστομώσεις 2, ενώ στους υπόλοιπους συστήθηκε η συντηρητική αντιμετώπιση. Όλοι οι ασθενείς μετεγχειρητικά ακολούθησαν ειδικό πρόγραμμα μαλάξεων, περιδέσεων και εφαρμογής ελαστικών ενδυμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μεταμόσχευση λεμφαδένων εφαρμόστηκε σε 3 ασθενείς με λεμφοίδημα άνω άκρου και 12 κάτω άκρου. Η ανατομική περιοχή που μεταμοσχεύθηκαν οι λεμφαδένες διέφερε σε κάθε ασθενή, ανάλογα με την παθολογία και δυσλειτουργία του λεμφικού συστήματος. Στους επανελέγχους με μέσο χρόνο 18 (6-48) μήνες παρατηρήθηκε μείωση του όγκου της πάσχουσας περιοχής κατά 47%, μείωση του πόνου από 6 σε 1 και του αισθήματος βάρους από 7 σε 2 (υποκειμενική κλίμακα ασθενούς), μείωση των επεισοδίων λοίμωξης από 2 σε 0,7 ανά έτος και βελτίωση της ποιότητας του δέρματος και του υποδορίου του πάσχοντος μέλους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το πρωτοπαθές λεμφοίδημα αποτελεί συχνή κλινική οντότητα που επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η πρώιμη έναρξη αντιμετώπισης, οι νεώτερες χειρουργικές θεραπείες και κυρίως η μεταμόσχευση λεμφαδένων και η εφαρμογή εξειδικευμένης φυσιοθεραπείας οδηγούν σε άριστα αποτελέσματα και ενίοτε σε οριστική θεραπεία.

4. Ο ρόλος της λεμφαγγειογένεσης στον Καρκίνο: Απο τον Μύθο στην Πραγματικότητα

Γ. Λώλας¹, L. Jensen^{2,3}, Γ. Μπουραντάς⁴, Β. Τσικουρκιτούδη¹, Κ. Συρίγος¹

1. Ογκολογική Μονάδα, 3η Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σωτηρία, Αθήνα Ιατρική Σχολή, Αθήνα
2. Τμήμα Μικροβιολογίας, Όγκων και Κυτταρικής Βιολογίας, Karolinska Institute, 171 77 Stockholm, Sweden



3. Τμήμα Καρδιαγγειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής και Επιστημών Υγείας Φαρμακολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, SE-581 85 Linköping, Sweden
4. Σχολή Θετικών Επιστημών, Τεχνολογίας και Επικοινωνίας, Πανεπιστήμιο του Luxembourg, Campus Kirchberg, 6,rue Richard Coudenhove-Kalergi, L-1359, Luxembourg

Η μετάσταση, η εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων σε απομακρυσμένα όργανα, είναι η βασική αιτία θανάτου των ασθενών με καρκίνο. Συχνά τα λεμφαγγεία που εισβάλλουν στον πρωτοπαθή όγκο είναι αυτά που μεσολαβούν ώστε να γίνει η μετάσταση, ενώ η παρουσία καρκινικών κυττάρων στους περιφερειακούς του όγκου λεμφαδένες αποτελεί προγνωστικό δείκτη για μεταστάσεις. Η κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ της λεμφαγγειογένεσης-δηλαδή της δημιουργίας νέων λεμφαγγείων που σχετίζονται με την ανάπτυξη και διάδοση του όγκου-και της δημιουργίας δευτεροπαθών όγκων θα προσφέρει πολύτιμη γνώση για τους μηχανισμούς που ελέγχουν την μεταστατική εξάπλωση του καρκίνου. Τα τελευταία 15 χρόνια έχουν ήδη προσδιοριστεί πιθανοί μοριακοί στόχοι για να μπλοκάρουν την λεμφαγγειογένεση και την μετάσταση μέσω των λεμφαγγείων. Η μοριακή ρύθμιση της λεμφαγγειογένεσης γίνεται μέσω μιας σειράς αυξητικών παραγόντων, όπως οι τυροσινικές κινάσες, οι αγγειοποιητίνες, οι νευροπιλίνες κ.ο.κ. Είναι σημαντικό να μελετήσουμε τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του λεμφαγγειακού συστήματος και των καρκινικών κυττάρων μέσω μαθηματικών/υπολογιστικών χωρο-χρονικών μοντέλων, με αυτόν τον τρόπο θα λάβουμε υπόψη τα σημαντικότερα στοιχεία της πληθώρας των αλληλοεπιδρώντων μονοπατιών που ρυθμίζουν την διαδικασία αυτή. Στην παρούσα μελέτη, θα παρουσιαστούν χωρο-χρονικά μαθηματικά/υπολογιστικά μοντέλα του φαινομένου της λεμφαγγειογένεσης στην διάδοση και ανάπτυξη του καρκίνου, τα ευρήματα των οποίων συνάδουν με πρόσφατες πειραματικές μελέτες.

5. Μελέτη Περίπτωσης: Διαχείριση με MLD/CDT, ασθενούς με χυλώδες ασκητική συλλογή

Ευ. Τριανταφύλλου

Κέντρο Φυσικοθεραπείας «Βιοανάδραση»

Ασθενής γυναίκα 46 ετών. Εμφάνισε πρωτογενές λεμφοίδημα στην ηλικία των 2 ετών όταν νοσηλεύτηκε σε νοσοκομείο λόγω βρογχίτιδας και της έγινε παρακέντηση στον θώρακα. Έκτοτε ανέπτυξε λεμφοίδημα στον θώρακα, το περικάρδιο, τα έντερα, την κοιλιακή χώρα, τα κατώτερα τεταρτημόρια του θώρακα, τα κάτω άκρα και τα γεννητικά όργανα. Επιπρόσθετα εμφάνιζε κρίσεις ερυσίπελα έως και 10 φορές το χρόνο.

Της έκαναν θεραπεία για το λεμφοίδημα στην Κλινική Foeldi (εξειδικευμένη λεμφολογική κλινική), από το 1991 έως το 2008, 9 φορές, όπου κάθε φορά διήρκεσε 20-40 ημέρες. Από το 2013 εφαρμόστηκε διαχείριση για το λεμφοίδημα σε θεραπευτήριο στην Αθήνα (Κέντρο Φυσικοθεραπείας Βιοανάδραση). Στο τμήμα λεμφοιδήματος του κέντρου, εφαρμόστηκε η φάση Ι της Ολοκληρωμένης Αποσυμφορητικής Θεραπείας και μετά της προσαρμόστηκε το κατάλληλο συμπιεστικό ένδυμα. Μέχρι την παραλαβή του συμπιεστικού ενδύματος, μετά από 10 ημέρες, στην ασθενή εφαρμόζονταν 1 θεραπεία ανά 2-3 ημέρες λόγω της καλής αυτοδιαχείρισης που είχε. Η κατάσταση της ασθενούς βελτιώθηκε με την πάροδο του χρόνου με την βοήθεια της Ολοκληρωμένης Αποσυμφορητικής Θεραπείας (MLD/CDT)

6. Η λεμφογενής διασπορά ως μεταστατική οδός στον καρκίνο του μαστού

Κ. Νάτσος¹, Γ. Πιάγκος², Μ. Πιάγκου³

1. Καθηγητής - Διευθυντής του Εργαστηρίου Ανατομίας της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
2. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής, Ειδ. Ιατρός, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών
3. Επίκουρη Καθηγήτρια του Εργαστηρίου Ανατομίας- «Ανατομείο», της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Η λεμφική αποχέτευση του μαστού αρχίζει με μικρά λεμφικά πλέγματα μέσα από το μαζικό παρέγχυμα και την υποθηλαία περιοχή και κατευθύνεται στα λεμφογάγγλια της σύστοιχης μασχάλης. Σκοπός της ανακοίνωσης είναι να επισημάνει τη συντεταγμένη πορεία της λέμφου και να παρουσιάσει τις λεμφαγγειακές αναστομώσεις και τις εναλλακτικές οδούς. Η λέμφος κατευθύνεται από τα επιπολής στα εν τω βάθει λεμφαγγεία και τελικά αποχετεύεται στα επιχώρια λεμφογάγγλια (μασχαλιαία λεμφογάγγλια-ΜΛ, έσω μαστικά-ΕΜΛ και οπίσθια μεσοπλεύρια-ΟΜΛ). Σε ελάχιστες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει απευθείας αποχέτευση προς τα υπερκλείδια ή τα ετερόπλευρα ΜΛ. Τα ΜΛ τοπογραφικά διακρίνονται σε 5 ομάδες και ταξινομούνται σε 3 επίπεδα ανάλογα με τη σχέση τους προς τον ελάσσονα θωρακικό μυ (ΕΘ). Τα λεμφογάγγλια της πρόσθιας ομάδας βρίσκονται κατά μήκος του κάτω χείλους του ΕΘ και υποδέχονται τη λέμφο από το κεντρικό τμήμα του μαστού, το έξω και το έσω ημιμόριό του και την αποχετεύουν στα κεντρικά και κορυφαία ΜΛ. Τα λεμφογάγγλια της οπίσθιας ομάδας εντοπίζονται επί του οπισθίου τοιχώματος της μασχαλιαίας κοιλότητας και υποδέχονται τη λέμφο από το δέρμα του μαστού, τη ράχη τον ώμο και τον τράχηλο. Τα λεμφογάγγλια της έξω ομάδας εντοπίζονται έσω ή πίσω από τη μασχαλιαία φλέβα και δέχονται το μεγαλύτερο μέρος της λέμφου του άνω άκρου. Και οι 3 ομάδες



λεμφογαγγλίων βρίσκονται κάτω και έξω από το κάτω χείλος του ΕΘ και κατατάσσονται στο επίπεδο I. Η κεντρική ομάδα εντοπίζεται πίσω από τον ΕΘ και εκβάλλει στα κορυφαία λεμφογάγγλια και αποτελεί τα λεμφογάγγλια του επιπέδου II. Η κορυφαία ομάδα εντοπίζεται πάνω από το έσω χείλος του ΕΘ και μαζί με τα υποκλείδια λεμφογάγγλια κατατάσσονται στο επίπεδο III. Η μεταστατική προσβολή των λεμφογαγγλίων γίνεται από το επίπεδο I στο επίπεδο III, χωρίς να αποκλείεται και η προσβολή υψηλότερου επιπέδου χωρίς προσβολή του χαμηλότερου, η οποία αποδίδεται περισσότερο σε παραλλαγή της τυπικής ανατομίας των λεμφοαγγείων. Η 2^η σημαντική οδός λεμφικής αποχέτευσης είναι η πορεία προς τα ΕΜΛ, τα οποία εντοπίζονται στα ανώτερα τρία μεσοπλεύρια διαστήματα. Τα ΟΜΛ εντοπίζονται στο πίσω μέρος των μεσοπλευρίων διαστημάτων κοντά στις κεφαλές και στους αυχένες των πλευρών. Η συχνότητα μετάστασης στα ΟΜΛ δεν έχει πλήρως τεκμηριωθεί και θεωρείται ασυνήθης εκτός αν πρόκειται για καρκινώματα προχωρημένου σταδίου με ανάπτυξη πλευριτικού υγρού.

7. Εμμανουήλ Κοντολέων: Ο καθηγητής της χειρουργικής κλινικής στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

Ε. Δημακάκος¹, Μ. Καραμάνου², Π.Ηλιάκης¹, Ι. Γραμματικάκης³, Κ.Συρίγος¹

1. Αγγειολογικό Ιατρείο, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
2. Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Claude Bernard, Λυών, Γαλλία
3. Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ «Αττικόν»

Εισαγωγή:

Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από άμεση και ταχύτατη εξέλιξη σ'όλους τους ιατρικούς τομείς. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε ποτέ αυτούς που με τις ιατρικές πράξεις τους πυροδότησαν την εξέλιξη και άφησαν το στίγμα τους μέσα στο πέρασμα της ιατρικής ιστορίας της Ελλάδας. Ένας από αυτούς ήταν και ο Καθηγητής Χειρουργικής Εμμανουήλ Κοντολέων (1879-1940).

Μέθοδος –Υλικό:

Από τα Αρχεία του Αρεταιείου και του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου όπου εργάστηκε ο Ε. Κοντολέων καθώς και από τα αρχεία chair της Ιατρικής Ιστορίας και της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας ελήφθησαν πληροφορίες για την ζωή του και την χειρουργική του δραστηριότητα και τον οδήγησαν να γίνει ένας επιτυχημένος Καθηγητής Χειρουργικής.

Αποτελέσματα:

Η χειρουργική του δεξιοτεχνία, οι ιατρικές του γνώσεις, οι περίφημες εργασίες-δημοσιεύσεις τόσο στο ελληνικό όσο και στο εξωτερικό ιατρικό χώρο γρήγορα τον οδήγησαν στο να γίνει Καθηγητής Χειρουργικής της Προπαιδευτικής Κλινικής και Χειρουργικής Παθολογίας Αθηνών.

Συμπέρασμα:

Ο Ε. Κοντολέων με τον ενθουσιασμό που τον διέκρινε και με τις υψηλές κλινικές και χειρουργικές του ικανότητες έδωσε ώθηση στην εξέλιξη της μοντέρνας χειρουργικής καθώς και χειρουργική αντιμετώπιση των λεμφικών παθήσεων και ειδικότερα του λεμφοιδήματος.

Ενότητα Δεύτερη : Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΟ ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

8. Μεταμόσχευση λεμφαδένων. Είναι ασφαλής η λήψη λεμφαδενικού κρημνού?

Δ. Διονυσίου, Α. Τσιμπώνης, Χρ.-Ολ. Γούλα, Α. Σαράφης, Π. Μυλωθρίδης, Α. Παυλίδης, Ε. Δεμίρη
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή

Η μεταμόσχευση αυτόλογων αγγειούμενων λεμφαδένων αποτελεί τη μέθοδο αποκατάστασης του λεμφοιδήματος που εφαρμόζεται παγκοσμίως ολοένα και περισσότερο. Ο προβληματισμός για την ασφάλεια της μεθόδου είναι η νοσηρότητα της δότριας περιοχής του κρημνού.

Σκοπός

Να μελετήσουμε τις επιπλοκές της δότριας περιοχής του λεμφαδενικού κρημνού της διεθνούς βιβλιογραφίας και να τις συγκρίνουμε με το υλικό της κλινικής μας στο οποίο χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος «προεπιλεγμένης λήψης λεμφαδενικού κρημνού».

Μέθοδος

Αναζητήσαμε τη βάση δεδομένων του PubMed για άρθρα και ανασκοπήσεις αγγλικής βιβλιογραφίας μεταξύ 1982-2014 με λέξεις κλειδιά: "lymph node transfer", "lymph node transplantation", "lymphoedema". 10 από τα 124 άρθρα πληρούσαν τις προϋποθέσεις των κριτηρίων. Καταγράψαμε τον αριθμό των ασθενών που υπεβλήθησαν σε μεταμόσχευση λεμφαδένων και τις επιπλοκές της δότριας περιοχής του κρημνού.

Συγχρόνως μελετήσαμε τα ίδια στοιχεία που αφορούσαν τους ασθενείς της κλινικής μας, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε εξέταση SPECT-CT, για την «προεπιλογή του λεμφαδενικού κρημνού»

Αποτελέσματα

Στις 10 μελέτες καταγράφηκαν 1662 ασθενείς με στάδια λεμφοιδήματος I, II και III. Στις δότριες περιοχές των κρημνών παρατηρήθηκαν λεμφόρροια (n=12), λεμφοκήλη (n=3), πόνος (n=3) και



λεμφοίδημα κάτω άκρου (n=3). Ο χρόνος επανελέγχων κυμαίνονταν από 8 μήνες έως και 10 χρόνια.

Στην κλινική μας 58 ασθενείς με λεμφοίδημα σταδίου I, II και III υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση λεμφαδένων. 15 ασθενείς είχαν πρωτοπαθές λεμφοίδημα (3 άνω άκρο, 12 κάτω άκρο) και 42 δευτεροπαθές (31 άνω άκρο, 11 κάτω άκρο). Παρατεταμένη λεμφόρροια παρατηρήθηκε σε 5 ασθενείς, που αντιμετωπίστηκε με διατήρηση των παροχетеύσεων και αιμάτωμα σε μια ασθενή που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Λεμφοίδημα δότριας χώρας δεν εμφάνισε κανένας ασθενής.

Συμπέρασμα

Η μεταμόσχευση αυτόλογων λεμφαδένων για τη θεραπεία του λεμφοιδήματος αποτελεί μία ασφαλή μέθοδο με χαμηλά ποσοστά επιπλοκών στη δότρια περιοχή του κρημονού. Ο σεβασμός των ανατομικών στοιχείων και η «προεπιλογή της θέσης του λεμφαδενικού κρημονού» μειώνουν τη νοσηρότητα.

9. Η αξία της περιεγχειρητικής χημειοθεραπείας σε συνδυασμό με τη D2 λεμφαδενεκτομή σε ασθενείς με εξαιρετικό καρκίνο του στομάχου

Β. Καλλές¹, Α. Τσέλος¹, Ε. Φραδέλος¹, Π. Βαμβακάς¹, Ν. Ίβρος¹, Π. Παπαδόπουλος², Ι. Κυριαζάνος¹

1. Β' Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
2. Ογκολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Σκοπός: Η διενέργεια περιεγχειρητικής χημειοθεραπείας έχει πλέον τεκμηριωθεί στην Ευρώπη, και αποτελεί μια ασφαλή επιλογή στην αντιμετώπιση των ασθενών με εξαιρετικό γαστρικό καρκίνο. Εντούτοις, το συνολικό όφελος στην επιβίωση όταν σε αυτή προστίθεται επαρκής λεμφαδενικός καθαρισμός (έκτασης D2) παραμένει άγνωστο. Σκοπός της μελέτης μας είναι η διερεύνηση του πιθανού οφέλους της περιεγχειρητικής χημειοθεραπείας σε σύγκριση με τον D1 και D2 λεμφαδενικό καθαρισμό σε ασθενείς με εξαιρετικό γαστρικό καρκίνο.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη 140 ασθενών (72 άνδρες – 68 γυναίκες) που υποβλήθηκαν σε επέμβαση για εξαιρετικό γαστρικό καρκίνο την περίοδο 2001-2015 στο Νοσοκομείο μας. Μελετήθηκαν η μετεγχειρητική θνητότητα, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και η 5 ετής επιβίωση ανάλογα με την έκταση του λεμφαδενικού καθαρισμού και τη διενέργεια περιεγχειρητικής χημειοθεραπείας. Προέκυψαν τρεις ομάδες ασθενών που συμπεριελάμβαναν 61 (D1 λεμφαδενεκτομή), 41 (D2 λεμφαδενεκτομή) και 14 (D2 λεμφαδενεκτομή και περιεγχειρητική χημειοθεραπεία) ασθενείς αντίστοιχα. Οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε περιεγχειρητική χημειοθεραπεία είχαν όγκους μεγέθους T1β και άνω, ανεξαρτήτως λεμφαδενικού φορτίου.

Αποτελέσματα: Η μέση περίοδος παρακολούθησης ήταν 51, 44 και 29 μήνες αντίστοιχα. Δεν αναδείχθηκε σημαντική διαφορά στη θνητότητα και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές (αιμορραγία, λοίμωξη αναπνευστικού, ενδοκοιλιακή λοίμωξη) ανάμεσα στις τρεις ομάδες ασθενών. Η 5 ετής επιβίωση ήταν 26%, 38% και 37% για την κάθε ομάδα αντίστοιχα, χωρίς να αναδειχθεί στατιστικά σημαντική διαφορά.

Συμπεράσματα: Η διενέργεια περιεγχειρητικής χημειοθεραπείας σε συνδυασμό με τη D2 λεμφαδενεκτομή αποτελεί μια ασφαλή επιλογή στην αντιμετώπιση των ασθενών με εξαιρετικό γαστρικό καρκίνο. Από την άλλη, ο πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός D2 συνεισφέρει σημαντικά στην 5ετή επιβίωση των ασθενών με γαστρικό καρκίνο. Πιθανά οφέλη από την περιεγχειρητική χημειοθεραπεία θα αναδειχθούν με μεγαλύτερη μετεγχειρητική παρακολούθηση και μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

10. Η συμβολή του Olaus Rudbeck του γηραιότερου (1630-1702) στη μελέτη του λεμφικού συστήματος

Μ. Καραμάνου¹, Θ. Παπαϊωάννου², Ε. Δημακάκος³, Ι. Γραμματικάκης⁴, Ε. Πουλάκου-Ρεμπελάκου¹

1. Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
2. Μονάδα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
3. Ογκολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
4. Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ «Αττικόν»

Ο ιατρός, βοτανολόγος και μαθηματικός Olaus Rudbeck γεννήθηκε το 1630 στην πόλη Βεστερός της Σουηδίας. Ο πατέρας του υπήρξε προσωπικός ιερέας του βασιλιά της Σουηδίας Γουσταύου-Αδόλφου Β' (1594-1632) και ο Olaus μεγάλωσε σε μεγαλοαστικό, καλλιεργημένο περιβάλλον. Σπούδασε ιατρική αρχικά στο Πανεπιστήμιο της Ουψάλα και συνέχισε τις σπουδές του στις ιατρικές σχολές των Πανεπιστημίων Λέιντεν και Πάδοβας. Το 1652, ένα χρόνο μετά την δημοσίευση έργου "Experimenta nova anatomica" από τον Γάλλο ανατόμο και πρωτοπόρο της μελέτης του λεμφικού συστήματος Jean Pecquet (1622-1674), ο Rudbeck δημοσιεύει με τη σειρά του τα αποτελέσματα των πειραμάτων του επί του λεμφικού συστήματος. Ο Rudbeck ανακάλυψε πως στο ήπαρ υπάρχουν διάφανα αγγεία και τα ονόμασε «υδατικά-ηπατικά αγγεία» ενώ παράλληλα συνέδεσε τα λεμφικά αγγεία του εντέρου με τον θωρακικό πόρο. Ένα χρόνο αργότερα ο Δανός ανατόμος Thomas Bartholin (1616-1680) θα αναφέρει πως τα «υδατικά-ηπατικά αγγεία»



υπάρχουν σε όλο το σώμα και θα εισάγει για πρώτη φορά τον όρο «λεμφικό δίκτυο». Ωστόσο η προτεραιότητα της ανακάλυψης των λεμφικών αγγείων έμελλε να οδηγήσει σε μακροχρόνια αντιδικία τους δυο μεγάλους ανατόμους. Ο Rudbeck μετά την σπουδαία του ανακάλυψη διορίζεται καθηγητής ανατομίας στην Ιατρική Σχολή της Ουψάλα και ξεκινά να εργάζεται για τη βελτίωση του πανεπιστημίου. Έχοντας κερδίσει την εύνοια της βασίλισσας Χριστίνας της Σουηδίας (1626-1689), ο Rudbeck συνέβαλλε στη δημιουργία του περίφημου βοτανικού κήπου, που λίγο καιρό αργότερα θα αναλάμβανε ο Κάρολος Λινναίος (1707-1778) ενώ υπήρξε ο εμπνευστής και αρχιτέκτονας του αμφιθεάτρου ανατομίας της Ιατρικής Σχολής της Ουψάλα, που σώζεται μέχρι σήμερα. Ανήσυχο πνεύμα, ο Rudbeck δημοσίευσε το 1675 το έργο του «Atland» όπου προσπάθησε να αποδείξει πως η Σουηδία ήταν η χαμένη Ατλαντίδα και τα Σουηδικά η γλώσσα των πρωτόπλαστων, από τα οποία εξελίχθηκαν τα Λατινικά και τα Εβραϊκά. Αν και το συγκεκριμένο έργο δέχθηκε δριμύ κατηγορώ από τη διανόηση της εποχής, ο Rudbeck υπήρξε αναμφίβολα ένας εκ των μεγαλύτερων ανατόμων του 17^{ου} αιώνα.

11. Η λεμφογενής διασπορά στα κακοήθη νεοπλάσματα της κεφαλής και του τραχήλου: Ανατομική υπόμνηση

Νάτσης Κωνσταντίνος¹, Γκιόκα Αννίτα², Πιάγκου Μαρία³

1. Καθηγητής - Διευθυντής του Εργαστηρίου Ανατομίας της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
2. Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
3. Επίκουρη Καθηγήτρια του Εργαστηρίου Ανατομίας- «Ανατομείο», της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός της ανακοίνωσης είναι να υπομνήσει τις ομάδες των τραχηλικών λεμφογαγγλίων και να τονίσει ότι οι μεταστάσεις στην περιοχή του τραχήλου αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για την πορεία της κακοήθειας. Στη θεραπευτική αντιμετώπιση των νεοπλασιών της κεφαλής και του τραχήλου σημαντική είναι η γνώση των λεμφογαγγλίων της περιοχής, ώστε να συμπεριληφθούν στον θεραπευτικό σχεδιασμό.

Τα λεμφογάγγλια της κεφαλής και του τραχήλου συντάσσονται σε *εν τω βάθει τραχηλικά* και *επιχώρια λεμφογάγγλια*. Τα *εν τω βάθει τραχηλικά λεμφογάγγλια* βρίσκονται κατά μήκος της έσω σφαγιτίδας φλέβας (άνω και κάτω ομάδα). Μία μικρότερη υποομάδα 2-3 λεμφογαγγλίων από την άνω ομάδα βρίσκεται μεταξύ έσω σφαγιτίδας φλέβας, προσωπικής φλέβας και οπίσθιας γαστέρας του διγάζτορα και είναι γνωστή ως *σφαγιτιδοδιγαστορική ομάδα*. Ένα ευμέγεθες λεμφογάγγλιο

από τα κάτω εν τω βάθει τραχηλικά λεμφογάγγλια βρίσκεται δίπλα στην έσω σφαγίτιδα ακριβώς κάτω από το σημείο όπου η φλέβα διασταυρώνεται με τον ωμοϋοειδή μυ και αποτελεί τη σφαγιτιδοωμοϋοειδή ομάδα. Η λέμφος από τα εν τω βάθει τραχηλικά λεμφογάγγλια αποχετεύεται στο σφαγιτιδικό στέλεχος, το οποίο δεξιά εκβάλλει στη δεξιά φλεβώδη γωνία ή στον δεξιό ελάσσονα θωρακικό πόρο και αριστερά στον μείζονα θωρακικό πόρο.

Τα *επιχώρια λεμφογάγγλια* διακρίνονται σε *επιπολής* και *εν τω βάθει*. Τα *επιπολής επιχώρια λεμφογάγγλια* είναι τα ινιακά, τα οπίσθια ωτιαία, τα παρωτιδικά, τα προσωπικά, τα υπογνάθια και τα υπογενείδια. Τα *εν τω βάθει επιχώρια λεμφογάγγλια* συνήθως υπάρχουν προλαρυγγικά, προ και παρατραχειακά και οπισθοφαρυγγικά. Η έσω σφαγιτιδική αλυσίδα περιλαμβάνει την άνω, τη μέση και την κάτω υποομάδα.

Τα λεμφογάγγλια ταξινομούνται και με βάση τα χειρουργικά τραχηλικά επίπεδα σε *επίπεδο* (υπογενείδια και υπογνάθια λεμφογάγγλια), *επίπεδο II* (άνω σφαγιτιδικά), *επίπεδο III* (μεσαία σφαγιτιδικά), *επίπεδο IV* (κάτω σφαγιτιδικά), *επίπεδο V* (οπίσθια τραχηλικά άνωθεν και κάτωθεν του κρικοειδούς χόνδρου) και σε *επίπεδο VI* (λεμφογάγγλια πρόσθιου τραχηλικού διαμερίσματος). Η αξία της ταξινόμησης σχετίζεται με τον καθορισμό του τύπου του λεμφαδενικού καθαρισμού που θα επιλεγεί ανάλογα με την εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας.

12. Η θέση της ρομποτικής προστατεκτομής σε συνδυασμό με εκτεταμένο πυελικό λεμφαδενικό καθαρισμό στη διεθνή πρακτική

Α. Τσέλος, Β. Καλλές, Δ. Δεληγιάννης

Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Σκοπός: Ο πυελικός λεμφαδενικός καθαρισμός αποτελεί την καθιερωμένη μέθοδο σταδιοποίησης των λεμφαδένων στον καρκίνο του προστάτη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συγκέντρωση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με τη χρήση του πυελικού λεμφαδενικού καθαρισμού στη Ρομποτική Ολική Προστατεκτομή, με έμφαση στον αριθμό των συλλεχθέντων λεμφαδένων και την ασφάλεια της χρήσης του εκτεταμένου πυελικού λεμφαδενικού καθαρισμού για καρκίνο του προστάτη ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδος: Έγινε εκτενής αναζήτηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας με έμφαση στις μελέτες που ανέφεραν αποτελέσματα για τη χρήση του πυελικού λεμφαδενικού καθαρισμού σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου. Οι μελέτες που προέκυψαν από την αναζήτηση αξιολογήθηκαν με βάση προκαθορισμένα κριτήρια προσμέτρησης.



Αποτελέσματα: 19 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια προσμέτρησης, ενσωματώνοντας συνολικά 5150 ασθενείς. Απλός ή εκτεταμένος λεμφαδενικός καθαρισμός διενεργήθηκε στο 45,8% των ασθενών του δείγματος. Η διάμεση τιμή του αριθμού των συλλεχθέντων λεμφαδένων ήταν από 3,3 – 22 λεμφαδένες, ενώ το συνολικό ποσοστό διηθημένων λεμφαδένων ήταν 9,3%. Ελάσσονες επιπλοκές παρατηρήθηκαν στο 8,3% των ασθενών, ενώ μείζονες στο 3,7%. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε περιορισμένο λεμφαδενικό καθαρισμό είχαν χαμηλότερη επίπτωση επιπλοκών ($p < 0,01$). Η συνολική επίπτωση της λεμφοκήλης ήταν 2,7%.

Συμπεράσματα: Με βάση τα αποτελέσματά μας, ο αριθμός των συλλεχθέντων λεμφαδένων και το ποσοστό επιπλοκών του πυελικού λεμφαδενικού καθαρισμού κατά τη διάρκεια της Ρομποτικής Ολικής Προστατεκτομής είναι αποδεκτά. Περαιτέρω μελέτες θα καθορίσουν την ύπαρξη ή μη οφέλους από τη χρήση της ρομποτικής τεχνικής. Ο πυελικός λεμφαδενικός καθαρισμός θα πρέπει να προσφέρεται στους ασθενείς στους οποίους ενδείκνυται, και με τη χρήση της Ρομποτικής τεχνικής.

13. Επιπολής θρομβοφλεβίτιδα του μαστού - Mondor disease. Παρουσίαση ενδιαφέρουσας κλινικής περίπτωσης

Ι. Φλέσσας¹, Θ. Μαριόλης-Σαψάκος^{3,5}, Θ. Πιπέρος³, Π. Γρηγορόπουλος⁴, Γ. Κύρου⁴, Ε. Καροπούλου¹, Π. Δασκαλάκης¹, Α. Τσικκίνης¹, Γ. Ζωγράφος²

1. ΠΓΝΜ Έλενα Βενιζέλου, Ά Χειρουργική κλινική, Τμήμα μαστού
2. Καθηγητής Χειρουργικής- Διευθυντής Ά Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών.
3. Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών
4. Α Χειρουργική Κλινική, Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι»
5. Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι»

Είσαγωγή: Η επιπολής θρομβοφλεβίτιδα του μαστού -επίσης γνωστή ως νόσος του Mondor, είναι μια αυτοπεριοριζόμενη νόσος στην οποία όπου συμμετέχουν οι επιφανειακές φλέβες του μαστού και του προσθίου θωρακικού τοιχώματος. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν μια ψηλαφητή υποδόρια λεπτή χορδή με πόνο, ερύθημα, οίδημα. Το σύνδρομο μπορεί να εμφανιστεί μετά από χειρουργική επέμβαση, βιοψία του μαστού, θεραπεία ακτινοβολίας, τραύμα, ή πρωτοπαθώς χωρίς προηγούμενο ιστορικό. Η κατάσταση συνήθως υποχωρούν σε τέσσερις έως έξι εβδομάδες με συμπτωματική θεραπεία με τη χρήση αναλγητικών.

Παρουσίαση κλινικής περίπτωσης: Ασθενής 45 ετών προσήλθε στην Μονάδα Μαστού του Νοσοκομείου μας με αρνητικό οικογενειακό και λοιπό ιστορικό αιτιώμενη άλγος αριστερού μαστού από διημέρου μαζί με ψηλαφητό εύρημα το οποίο παρουσιάστηκε ξαφνικά. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε μια ψηλαφητή χορδή πορευόμενη στο υποδόριο με κατεύθυνση προς την μασχαλιαία χώρα, επώδυνη στην ψηλάφηση, χωρίς ωστόσο να έχει προηγηθεί καμία θεραπευτική παρέμβαση ή βιοψία στην περιοχή, η εικόνα ήταν τυπική της νόσου του Mondor. Στην ασθενή χορηγήθηκε αναλγητική αγωγή και τα συμπτώματα παρήλθαν μετά από διάστημα 4 εβδομάδων.

Συμπεράσματα: Αν και πρόκειται για μια σπάνια νοσολογική οντότητα ο κλινικός ιατρός εξειδικευμένος στην ψηλάφηση του μαστού θα πρέπει να είναι υποψιασμένος ως προς την διάγνωση και την περαιτέρω αντιμετώπιση της νόσου, λόγω των εντυπωσιακών συμπτωμάτων με τα οποία προσέρχεται ο ασθενής.

14. Προεγχειρητικός λόγος ουδετερόφιλων προς λεμφοκύτταρα σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού: συσχέτιση με κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά

Β. Καλλές¹, Γ. Γεωργίου², Γ. Μπούτσικος¹, Ι. Παπαπαναγιώτου³, Ε. Καλογερά³, Ν. Μιχαλόπουλος², Ν. Ίβρος¹, Γ. Πεχλιβανίδης¹

1. Β' Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
2. Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝΑ «Ιπποκράτειο»
3. Ερευνητικό Κέντρο, Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο

Σκοπός: Ο μηχανισμός της φλεγμονής συμμετέχει ενεργά στην ογκογένεση στις περισσότερες κακοήθεις παθήσεις. Ο λόγος ουδετερόφιλων προς λεμφοκύτταρα (NLR) έχει προταθεί ως πιθανός προγνωστικός παράγοντας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης του NLR με τα χαρακτηριστικά του όγκου σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

Υλικό και Μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη αναλύθηκαν η προεγχειρητική γενική αίματος και η τελική παθολογοανατομική έκθεση από 67 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση για πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού. Ασθενείς με ενεργό λοίμωξη, πρόσφατη θεραπεία με στεροειδή, παθήσεις που επηρεάζουν το μηχανισμό της φλεγμονής ή που υπεβλήθησαν σε προεγχειρητική ΧΜΘ αποκλείστηκαν από τη μελέτη.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή του NLR ήταν 2,25 για το σύνολο των ασθενών. Οι ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές NLR ($p < 0,05$). Επίσης, διαπιστώθηκε



βαθμιαία αύξηση του NLR σε σχέση με το μέγεθος του όγκου (T1-T2-T3) ($p < 0,05$). Επιπρόσθετα, ο NLR βρέθηκε να αυξάνεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου (I-II-III) ($p < 0,01$). Ακόμη, υπήρξε μια οριακά μη σημαντική συσχέτιση του αυξημένου NLR με το βαθμό κακοήθειας του όγκου ($p = 0,0536$). Από την άλλη, παράγοντες όπως η λεμφαγγειακή διήθηση δεν φάνηκε να σχετίζονται με αύξηση του NLR.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματά μας καταδεικνύουν ότι ο προεγχειρητικός λόγος ουδετερόφιλων προς λεμφοκύτταρα σχετίζεται σημαντικά με δυο από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες του καρκίνου του μαστού, το μέγεθος του όγκου και τη διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Αποτελεί μια φθηνή και εύκολη εξέταση, και η αξιοπιστία της θα πρέπει να αξιολογηθεί περαιτέρω σε μεγάλες προοπτικές μελέτες.

15. Μονήρης μετάσταση στο σπλήνα: Περιγραφή δυο περιπτώσεων

HE. Κατσούλης, Α. Τζωρτζοπούλου, Β. Μπερδελής, Δ. Νασίκας, ΙΓ. Καραϊτιανός,
Χειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα, ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»

Εισαγωγή: Ο σπλήνας αποτελεί όργανο του λεμφικού συστήματος. Οι μεταστάσεις στο σπλήνα διαγιγνώσκονται σπάνια, ενώ συχνότερα αποτελούν νεκροτομικό εύρημα. Ως επί το πλείστον αποτελούν μέρος γενικευμένης μεταστατικής νόσου, ενώ η εκδήλωση μονήρους σπληνικής μετάστασης - συμπαγούς ή κυστικής - είναι εξαιρετικά ασυνήθης. Η πρωτοπαθής εστία είναι συνήθως το μελάνωμα, ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος των ωοθηκών, ο κολο-ορθικός καρκίνος και ο καρκίνος του πνεύμονα.

Περιγραφή περιστατικών: Ο πρώτος ασθενής, άνδρας 80 ετών, προσήλθε αιτιώμενος αίσθημα βάρους στο αριστερό υποχόνδριο, δύο έτη μετά από τη διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπιση μελανώματος τραχήλου που συμπληρώθηκε από ανοσοθεραπεία. Ο έλεγχος ανέδειξε μονήρη μεταστατική εστία στον κάτω πόλο του σπληνός. Ο δεύτερος ασθενής, άνδρας 67 ετών, ανέπτυξε μονήρη σπληνική μεταστατική εστία 5 έτη μετά από αριστερή κολεκτομή για αδenoκαρκίνωμα παχέος εντέρου. Ο ασθενής ήταν ασυμπτωματικός και η σπληνική μετάσταση ανευρέθη κατά τη διάρκεια τακτικού απεικονιστικού ελέγχου. Αμφότεροι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε σπληνεκτομή και η μετεγχειρητική τους πορεία ήταν ομαλή. Ακολούθως υπεβλήθησαν, ο μεν πρώτος σε ανοσοθεραπεία, ο δε δεύτερος σε 6 κύκλους χημειοθεραπείας (FOLFOX) και είναι ελεύθεροι νεοπλασματικής νόσου 1 και 7 έτη αντίστοιχα μετά τη σπληνεκτομή.

Συμπερασματικά: Η μονήρης μετάσταση στο σπλήνα αποτελεί σπάνια εκδήλωση υποτροπής διαφόρων καρκίνων και η σπληνεκτομή είναι η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

16. Αντιμετώπιση λεμφικών κύστεων πέους και όσχεου με χρήση LASER

Α. Λέκας^{1,2}, Π. Σκανδαλάκης², Χ. Τσαλίκης¹, Ε. Δημακάκος³

1. Χειρουργός Ουρολόγος, Βιοκλινική Αθηνών
2. Εργαστήριο Ανατομίας-Χειρουργικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.
3. Αγγειολογικό Ιατρείο, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Σκοπός της εργασίας: Οι λεμφικές κύστες του οσχέου και του πέους εμφανίζονται σε ασθενείς με πρωτοπαθές ή δευτεροπαθές λεμφοίδημα οσχέου και τις περισσότερες φορές επιφέρουν επιπρόσθετη ψυχολογική επιβάρυνση στον ασθενή αφού προκαλούν επιπλέον δυσμορφία στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Η χρήση laser είναι ευρέως γνωστή στην αντιμετώπιση σμηγματογόνων κύστεων οσχέου, όπως και σε περιπτώσεις φίμωσης, βραχέος χαλινού και HPV πέους και οσχέου με μηδενικό πόνο και άριστο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα. Μελετήσαμε την προοπτική αντιμετώπισης λεμφικών κύστεων του οσχέου κα του πέους με τη χρήση laser και παρουσιάζουμε τα πρώτα αποτελέσματα.

Υλικό και Μέθοδος: Το υλικό μας αποτελείται από ασθενείς με λεμφοίδημα οσχέου και πέους και οι οποίοι παρουσίαζαν πολλαπλές κύστες στο όσχεο και στο πέος. Από τη διαδικασία αποκλείστηκαν 2 ασθενείς οι οποίοι είχαν παρουσιάσει πρόσφατη δερματική λοίμωξη οσχέου και στους οποίους συστήθηκε πρώτα η αντιμετώπιση της λοίμωξης και ακολούθως η laser θεραπεία των κύστεων.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν αρχικά σε καυτηριασμό με laser των κύστεων με τοπική αναισθησία. Ο μέσος χρόνος της συνεδρίας ήταν 26min (από 19-29min), ανάλογα με τον αριθμό των βλαβών. Σε 3 από αυτούς χρειάστηκε να γίνει επαναληπτική συνεδρία 2 μήνες μετά η οποία είχε μέσο χρόνο διάρκειας 7min (6-8 min), με τον αριθμό των κύστεων να είναι σαφώς μικρότερος. Όλοι οι ασθενείς ανέχθηκαν πολύ καλά τη διαδικασία. Μετεγχειρητικά η φροντίδα περιελάμβανε τοπικές πλύσεις, χρήση τοπικής αντιβιοτικής κρέμας και επανέλεγχο την 7^η μέρα και 1 μήνα μετά. Κανένας από τους ασθενείς δεν εμφάνισε μετεγχειρητική λοίμωξη. Το αισθητικό αποτέλεσμα κρίθηκε από πολύ καλό ως εντυπωσιακό σύμφωνα με ερωτηματολόγιο το οποίο συμπλήρωσαν 1 μήνα μετά τη θεραπεία.

Συμπεράσματα: Η χρήση laser μπορεί να αποτελέσει 1^ης γραμμής θεραπεία για την αντιμετώπιση των λεμφικών κύστεων του πέους και του οσχέου αφού και ανώδυνος είναι και επιφέρει άριστο κοσμητικό αποτέλεσμα αλλά και μειώνει στο ελάχιστο την πιθανότητα υποτροπής αυτών.



17. Μη άνοσος εμβρυικός ύδρωπας και δυσπλασίες του λεμφικού συστήματος

Ι.Ε. Γραμματικάκης¹, Ε. Δημακάκος^{1,2}, Γ. Σαλαμαλέκης¹

1. Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ «Αττικών» Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Παθολογία της κύησης»
2. Αγγειολογικό Ιατρείο Παθολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής ΠΓΝ «Σωτηρία»

Εισαγωγή: Ο εμβρυικός ύδρωπας αποτελεί παθολογική κατάσταση της κύησης και διακρίνεται ανάλογα με την αιτιολογία σε άνοσο και μη άνοσο. Η συχνότητα εμφάνισής του κυμαίνεται μεταξύ 1 2500-1 3500 γεννήσεις. Σήμερα οι περιπτώσεις εμβρυικού ύδρωπα αφορούν κυρίως μη άνοσης αιτιολογίας περιστατικά, δεδομένου ότι έγκαιρα η Rh ασυμβατότητα προλαμβάνεται και αντιμετωπίζεται. Οι περιπτώσεις άνοσου ύδρωπα περιορίζονται κατά συνέπεια περίπου στο 10%. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις αφορούν μη άνοσα αίτια τα οποία συχνά είναι άγνωστης αιτιολογίας. Ο εμβρυικός ύδρωπας αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της κύησης μη συμβατή με την επιβίωση του εμβρύου, ενώ εάν πρόκειται για άνοσο ύδρωπα η ενδομήτρια μετάγγιση μπορεί να βελτιώσει τη περιγεννητική έκβαση. Βασικό χαρακτηριστικό του ύδρωπα είναι η συλλογή ορώδους υγρού στις σωματικές κοιλότητες και στο δέρμα του εμβρύου. Ενδεικτικές είναι οι υπερηχογραφικές εικόνες που αποτελούν και το βασικό τρόπο διάγνωσης, όπως η πλευριτική συλλογή, η περικαρδιακή συλλογή το ανά σάρκας οίδημα και η ηπατοσπληνομεγαλία, η οποία σύμφωνα με ορισμένους μελετητές αντικατοπτρίζει και το βαθμό της σοβαρότητας του περιστατικού. Συχνά οιδηματώδης απεικονίζεται και πλακούντας.

Υλικό και μέθοδος: Ανασκοπήθηκε η βιβλιογραφία από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, από πρακτικά συνεδρίων και μονογραφίες κατά τα τελευταία οκτώ έτη και ακολούθησε ανάλυση και συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα: Η πρώτη περιγραφή της επιπλοκής αυτής γίνεται το 1943 από τον Potter, σύμφωνα με τον οποίο δεν πρόκειται για αμιγή νόσο αλλά για εξέλιξη υποκείμενης πάθησης. Ο παθογενετικός μηχανισμός πρόκλησης του μη άνοσου εμβρυϊκού ύδρωπα, οφείλεται στα ακόλουθα αίτια α)σοβαρή αναιμία (αιματολογικές νόσοι), β)αιμοδυναμική δυσλειτουργία (καρδιαγγειακά νοσήματα), γ)υποπρωτεϊναιμία (ανωμαλίες γαστρεντερικού ουροποιητικού συστήματος) και δ) λεμφαγγειακή δυσπλασία. Τέλος, αναφέρονται ιδιοπαθή αίτια και ιογενείς λοιμώξεις, όπως ο παρβοϊός Β19 (απλασία μυελού εμβρύου, λευκοπενία και λοίμωξη). Στα αίτια λεμφαγγειακής δυσπλασίας που αφορούν περί το 15% του μη άνοσου ύδρωπα, περιγράφονται μεταλλάξεις στο γονίδιο PIEZO1 (κωδικοποιεί μια μηχανικά ενεργοποιούμενη πρωτεΐνη διαύλου

ιόντων ασβεστίου της κυτταρικής μεμβράνης), με αποτέλεσμα την κατά τον αυτοσωμικό υπολειπόμενο χαρακτήρα κληρονομούμενη γενικευμένη υποπλασία του λεμφικού συστήματος του εμβρύου ή την εμφάνιση στα πρώτα χρόνια της ζωής χυλοθώρακα. Άλλες μεταλλάξεις που έχουν συσχετιστεί με μη άνοσο ύδρωπα αφορούν τα γονίδια CCBE1 και FAT4. Επίσης, η τρισωμία 21 συσχετίζεται με ανωμαλίες διάπλασης του λεμφικού συστήματος και χαρακτηρίζεται από την αυξημένη αυχενική διαφάνεια, βασικό διαγνωστικό κριτήριο στον προγεννητικό έλεγχο.

Συμπεράσματα: Ο μη άνοσος εμβρυικός ύδρωπας αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της κύησης και συχνά οφείλεται σε ανωμαλίες διάπλασης του λεμφικού συστήματος.

18.Οι μελέτες του διακεκριμένου ανατόμου και κυτταρολόγου Μιλτιάδη Παπαμιλιτιάδη (1907-1987) επί του λεμφικού συστήματος

Μ. Καραμάνου¹, Μ. Λυμπέρη², Ι. Γραμματικάκης³, Ε. Δημακάκος⁴, Κ. Λάιος⁵, Γ. Ανδρούτσος⁶

1. Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Claude Bernard, Λυών, Γαλλία
2. Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
3. Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ «Αττικόν»
4. Αγγειολογικό Ιατρείο, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
5. Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
6. Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών

Ο Μιλτιάδης Παπαμιλιτιάδης γεννήθηκε το 1907 στο Δαδί (σημερινή Αμφίκλεια), Φθιώτιδος. Ολοκληρώνοντας τις εγκύκλιες σπουδές του στη γενέτειρά του, μετέβη στην Αθήνα και ενεγράφη στην Ιατρική Σχολή. Το 1937 αναγορεύτηκε διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών ενώ παράλληλα ήταν υπεύθυνος των ασκήσεων Ανατομίας και Ιστολογίας στην Ιατρική Σχολή. Από το 1940 έως το 1941 διετέλεσε τακτικός καθηγητής Ανατομίας και Ιστολογίας στην Εθνική Ακαδημία Σωματικής Αγωγής. Το 1945, μετά τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, επέστρεψε στο Ανατομείο αλλά κακοποιήθηκε από ακραία στοιχεία, εγκατέλειψε την Ελλάδα και μετέβη στο Παρίσι για μετεκπαίδευση. Από το 1945 μέχρι το 1962 συμμετείχε στην ομάδα του Εργαστηρίου Ανατομίας της Ιατρικής Σχολής του Παρισιού και το 1957, έλαβε τον τίτλο του maître ès sciences médicales (τίτλος καθηγητού για αλλοδαπούς του Πανεπιστημίου του Παρισιού). Το 1962 επέστρεψε στην Αθήνα και εξελέγη καθηγητής, διαδεχόμενος τον καθηγητή Γεώργιο



Αποστολάκη, στην Έδρα Περιγραφικής Ανατομίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών ενώ τέσσερα χρόνια αργότερα εξελέγη τακτικός καθηγητής και υπηρέτησε μέχρι το 1977. Πέθανε από εγκεφαλικό επεισόδιο στην Αθήνα στις 24 Ιουλίου 1987, κατά το μεγάλο καύσωνα. Η απώλειά του βύθισε στο πένθος την ελληνική και διεθνή ανατομία. Το έργο του επί του λεμφικού συστήματος είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Ο Παπαμιλιτιάδης μελέτησε τα λεμφαγγεία της πνευμονικής αρτηρίας και της καρδιάς, τις λεμφοφλεβικές αναστομώσεις της καρδιάς καθώς και τη διάταξη των λεμφαγγείων εντός του τοιχώματος της μήτρας. Επιπροσθέτως, περιέγραψε λεπτομερώς το λεμφικό δίκτυο του ρινικού βλεννογόνου και εφηύρε μία μέθοδο έγχυσης για τη διερεύνηση των λεμφαγγείων, συμβάλλοντας στην κατανόηση του ρόλου του λεμφικού συστήματος στη μετάσταση. Σήμερα η Ευρωπαϊκή Λεμφολογική Εταιρεία για να τιμήσει τον μεγάλο Έλληνα Ανατόμο έχει θεσπίσει το «Βραβείο Μιλτιάδη Παπαμιλιτιάδη» που απονέμεται σε ερευνητές για τη μελέτη τους επί του λεμφικού συστήματος.

19. Ανατομική μελέτη των λεμφογαγγλίων και η κλινική τους σημασία στις καρκινικές μεταστάσεις

Κ. Ηλιακόπουλος¹, Ε. Δημακάκος², Π. Σκανδαλάκης³

1. Φοιτητής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Ανατομείο Ιατρικής Σχολής Αθηνών «Ανατομείο»
2. Αγγειολογικό Ιατρείο, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
3. Ανατομείο Ιατρικής Σχολής Αθηνών «Ανατομείο»

Το λεμφικό σύστημα αποτελεί το βασικότερο μέρος του ανοσοποιητικού συστήματος. Διαιρείται σε τέσσερα υπομέρη. Τα λεμφαγγεία, τους λεμφαδένες, τη λέμφο και άλλα πρωτογενή λεμφικά όργανα. Τα λεμφογάγγλια ή λεμφαδένες δρουν ως ηθμοί, ενώ στοιχίζονται κατά μήκος των λεμφαγγείων και ξεπερνούν τα 600 σε ολόκληρο το σώμα. Τα περιφερικότερα είναι μικρότερα και διάσπαρτα μέσα στους ιστούς, ενώ τα μεγαλύτερα βρίσκονται κεντρικότερα και σχηματίζουν ομάδες. Αυτές οι ομάδες διακρίνονται με βάση:

- α) την ανατομική συγκρότηση ομάδας ή αλύσου
- β) την ανατομική ομάδα από την οποία αποχετεύουν τη λέμφο
- γ) τη σειρά με την οποία παρεμβάλλονται στην ανατομική οδό

Η δημοφιλέστερη κατάταξή τους γίνεται σε ομάδες με βάση την ανατομική τους θέση και κατανομή οπότε η διάκριση γίνεται σε:

1. Λεμφογάγγλια Κεφαλής & Τραχήλου
2. Λεμφογάγγλια Άνω Άκρων

3. Λεμφογάγγλια Κάτω Άκρων
4. Λεμφογάγγλια Θώρακος
5. Λεμφογάγγλια Κοιλίας & Πυέλου

Η μεγάλη σημασία της καλής γνώσης της ανατομίας του λεμφικού συστήματος έγκειται στην κλινική τους συσχέτιση με τη νεοπλασματική νόσο και τη μικροβιακή διασπορά. Οι παραλλαγές τόσο των λεμφαγγείων όσο και των λεμφαδένων επηρεάζουν και εξατομικεύουν τη μεταστατική συμπεριφορά στους ογκολογικούς ασθενείς. Άρα μια πιο αποτελεσματική μέθοδος εκτίμησης των ακριβών ανατομικών θέσεων, τόσο των λεμφαδένων όσο και της πορείας των λεμφαγγείων, θα μπορούσε να δημιουργήσει καλύτερους αλγόριθμους αντιμετώπισης του καρκίνου και να καθορίσει πιο αποτελεσματικά την πρόγνωση των ασθενών.

20. Η Αποτελεσματικότητα της εξειδικευμένης φυσικοθεραπείας στο λεμφοίδημα μετά από μαστεκτομή

Μ. Κωτσινά¹, Ε. Δημακάκος², Ε. Τριανταφύλλου³, Χ. Φοή¹

1. Φοιτήτρια Φυσικοθεραπείας, Τ.Ε.Ι. Πατρών, Τμήμα Φυσικοθεραπείας
2. Αγγειολογικό Ιατρείο της Ογκολογικής Μονάδας Γ' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής του Γ.Ν.Α. "Η Σωτηρία"
3. Φυσιοθεραπευτικό Κέντρο Βιοανάδρασης

Γενικά: Το λεμφοίδημα είναι η συχνότερη επιπλοκή της χειρουργικής επέμβασης του καρκίνου του μαστού. Η ακριβής αιτιολογία του είναι ακόμα άγνωστη. Η παρακάτω έρευνα αποσκοπεί στη γνωστοποίηση της αποτελεσματικότητας και της σημασίας της εξειδικευμένης φυσικοθεραπείας στο λεμφοίδημα μετά από μια μαστεκτομή, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο.

Μέθοδος: Έγινε μια συστηματική ανασκόπηση και ανάλυση δημοσιευμένων ερευνών που αφορούν την αποτελεσματικότητα της φυσικοθεραπείας στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος οφειλόμενου στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Συμμετείχαν συνολικά 12 ασθενείς γυναίκες που έχουν εμφανίσει λεμφοίδημα, μετά από μαστεκτομή, σε ένα από τα δύο άνω άκρα και έχουν ακολουθήσει φυσικοθεραπευτική θεραπεία με τουλάχιστον 10 συνεδρίες.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος εμφάνισης λεμφοιδήματος ήταν 11 μήνες, με 9,1 μήνες. Ο μέσος όρος χρόνος έναρξης φυσικοθεραπείας ήταν 15,5 μήνες, με απόκλιση 32,5 μήνες. Ο μέσος όρος της μεταβλητής «ένταση πόνου πριν την φυσικοθεραπεία» ήταν 1,2 μονάδες, με τυπική 1,3 μονάδες. Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Likert (εύρος: 1-5), που αφορά στην



αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, που σχετίζεται με την φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος, ήταν 3,45 μονάδες, με τυπική απόκλιση 1,12 μονάδες. Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Likert (εύρος: 0-10), που αφορά στην αξιολόγηση της ικανοποίησης, που σχετίζεται με την φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος, ήταν 6,46 μονάδες, με τυπική απόκλιση 2,65 μονάδες.

Συμπέρασμα: Η πλειοψηφία των ασθενών εμφάνισαν κλινική βελτίωση όσο αφορά τα συμπτώματα και το μέγεθος του λεμφοιδήματος. Ωστόσο τα αποτελέσματα σε γενικές γραμμές δεν είναι ενθαρρυντικά για τον τομέα της φυσικοθεραπείας. Αυτό ίσως οφείλεται και στη έλλειψη απόλυτης θεραπείας. Μεγάλη σημασία έχει ο πρώιμος έλεγχος και διάγνωση του λεμφοιδήματος προκειμένου να ακολουθηθεί η καταλληλότερη θεραπεία.

21. Ε. Κοντολέων και Λεμφοίδημα

Ε. Δημακάκος¹ Ι. Γραμματικάκης² Β.Μαραβιτσας¹, Μ. Καραμάνου³, Κ.Συρίγος¹

1. Αγγειολογικό Ιατρείο, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
2. Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ «Αττικόν»
3. Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Claude Bernard, Λυών, Γαλλία

Εισαγωγή:

Οι λεμφικές παθήσεις είναι παραμελημένες στην χώρα μας αλλά πολύ περισσότερο ήταν τα προηγούμενα χρόνια. Ο χειρουργός Εμμανουήλ Κοντολέων (1879-1940) ήταν ένας από τις φωτεινές προσωπικότητες που πυροδότησαν την εξέλιξη και άφησαν το στίγμα τους μέσα στο πέρασμα της ιατρικής Λεμφολογικής ιστορίας.

Μέθοδος -Υλικό:

Από τα Αρχεία του Αρεταιείου και του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου όπου εργάστηκε ο Ε. Κοντολέων καθώς και από τα αρχεία chair της Ιατρικής Ιστορίας και της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας ελήφθησαν πληροφορίες για την χειρουργική του δραστηριότητα που οδήγησε στην γνωστή «κοντολεόντια εγχείρηση»: πλατιά εκτομή της περιτονίας και ταυτόχρονη μερική εκτομή του υπερτροφικού ιστού στην θεραπεία του λεμφοιδήματος.

Αποτελέσματα:

Στις αρχές του εικοστού αιώνα όπου ελάχιστα πράγματα ήταν γνωστά για την θεραπεία του λεμφοιδήματος, ο Έλληνας χειρουργός Ε. Κοντολέων με την χειρουργική του έμπνευση επηρέασε

και καθοδήγησε πολλούς χειρουργούς παγκοσμίως για τα επόμενα 60 χρόνια (1910-1960) στην χειρουργική αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος τιμώντας έτσι την πατρίδα του.

Συμπέρασμα:

Τέτοιοι επιστήμονες, οι οποίοι τίμησαν την Ελλάδα, αποτελούν ορόσημο στην ιατρική ιστορία της διεθνούς κοινότητας και ταυτόχρονα εμπνευστές και φωτεινά παραδείγματα για τους νεώτερους.

22. Η συμβολή των αρχαίων Ελλήνων ιατρών στη μελέτη του λεμφικού συστήματος.

Κ. Ηλιακόπουλος¹, Ε. Δημακάκος²

1. Φοιτητής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
2. Αγγειολογικό Ιατρείο, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Το λεμφικό σύστημα αποτελεί απαραίτητο στοιχείο όχι μόνο του ανοσοποιητικού συστήματος, που αποτελεί τον πρωταρχικό του ρόλο, αλλά είναι σημαντικό και για τη διατήρηση της ομοιοστασίας των υγρών στο σώμα. Η μελέτη του λεμφικού συστήματος έχει μακρά ιστορία, με συνεισφορά από πολλές αξιόλογες προσωπικότητες ανά τους αιώνες. Οι πρώτες περιγραφές του έγιναν από τους αρχαίους Έλληνες. Πρώτος ο Ιπποκράτης στο έργο του «Περί Αδένων» αναφέρει τους λεμφαδένες σε μια φράση ενώ η περιγραφή του για τα μασχαλιαία λεμφαγγεία το 400 πΧ, ήταν «αγγεία που περιέχουν λευκό αίμα». Τον 3ο αιώνα πΧ ο Αριστοτέλης εμβάθυνε περιγράφοντας «ίνες που βρίσκονται μεταξύ αιματικών αγγείων και νεύρων και οι οποίες περιέχουν ένα άχρωμο υγρό». Ανάμεσα στους πιο διακεκριμένους γιατρούς της εποχής, ο Ηρόφιλος (300 πΧ) και ο Ερασίστρατος (310-250 πΧ) συνδέθηκαν με τις αναφορές τους σε ένα αγγειακό σύστημα το οποίο μοιάζει με το λεμφικό παρά τη διαμάχη που υπάρχει για το αν αυτά τα αγγεία ήταν όντως λεμφικά. Ο Γαληνός από την Πέργαμο με τη μελέτη του 'Περί ανατομικών προσεγγίσεων' κάνοντας νεκροψίες σε πιθήκους και χοίρους περιέγραψε τους μεσεντέριους λεμφαδένες και τα χυλοφόρα. Ο Παύλος ο Αιγινίτης περιέγραψε τις αμυγδαλές και πραγματοποίησε την πρώτη αμυγδαλεκτομή το 625 μΧ. Είναι πολύ πιθανόν να ήταν τότε που μελέτησε λεπτομερώς μολυσμένους λεμφαδένες στην κατώτερη τραχηλική περιοχή

23. Αγγειακές παθήσεις κάτω άκρων και αναθήματα στα Ασκληπεία κατά την κλασσική εποχή-η ιστορία του Λυσιμάχου και του ιατρού του Αμύνου (350 πΧ)

Ι.Ε. Γραμματικάκης¹, Μ. Καραμάνου³, Ε.Π. Δημακάκος²

1. Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ «Αττικόν»
2. Αγγειολογικό Ιατρείο Παθολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής ΠΓΝ «Σωτηρία»



3. Εργαστήριο Ιστορίας Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών-Επισκέπτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Claude Bernard Λυών Γαλλίας

Εισαγωγή: Οι αγγειακές παθήσεις των κάτω άκρων αποτελούσαν ανέκαθεν σημαντικό πρόβλημα για τον καθημερινό άνθρωπο, πολύ περισσότερο μάλιστα όταν αυτές συνοδεύονταν από σοβαρές επιπλοκές όπως οιδήματα, θρομβώσεις και σηπτικές φλεγμονές με αποτέλεσμα κινητικές διαταραχές και κατά συνέπεια περιορισμό της καθημερινής δραστηριότητας. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις στην αρχαιολογική σκαπάνη που συναντάμε αναθήματα σε Ασκληπιεία σχετικά με τις παθήσεις των κάτω άκρων, είτε από ασθενείς που ιάθηκαν είτε από ασθενείς που νοσούσαν. Τα Ασκληπιεία, περί τα 300 στην Αρχαία Ελλάδα, αποτελούσαν τόπους οργανωμένης αντιμετώπισης του ασθενούς, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Ευρίσκοντο πάντα σε μέρη με ιδιαίτερο φυσικό κάλλος προδιαθέτοντας τον πάσχοντα. Περιελάμβαναν ξενώνες, χώρους μύησης, θέατρα, λουτρά, ναούς, χώρους “εγκοίμησης” κ.ά. Από τα γνωστότερα ήταν της Τρίκκης, της Τιθορέας, της Επιδαύρου, της Κω, της Δήλου, της Μήλου, της Ακροπόλεως της Αθήνας κ.ά. Η γνωστότερη θεραπευτική μέθοδος που εφαρμοζόταν ήταν η «Εγκοίμηση». Ειδικότερα, μετά την άφιξη του ασθενούς ακολουθούσε λουτρό, φυσιοθεραπεία (θεραπευτικές μαλάξεις), διατροφή κατάλληλη και γυμναστική. Επίσης με μουσικά ακούσματα και πολιτιστικά δρώμενα προετοιμαζόταν ψυχικά ο ασθενής. Ακολούθως, όταν έκριναν οι θεραπευτές, ο ασθενής οδηγούνταν στο Άβατον ή στο χώρο της Εγκοίμησης. Σε συνέχεια της αποθεραπείας τους, πολλοί ασθενείς δώριζαν διάφορα αναθήματα στα ιερά-θεραπευτήρια. Πολλές είναι οι περιπτώσεις αναθημάτων παθήσεων των κάτω άκρων. Μια από τις πιο χαρακτηριστικές περιπτώσεις είναι αυτή του αναθήματος του ιατρού Αμύνου στο ιερό του στη νότια κλίτη του Αρείου Πάγου στην Αθήνα και χρονολογείται περί το 350 π.Χ. Ειδικότερα, η μαρμάρινη αναθηματική πλάκα που βρίσκεται στο Αρχαιολογικό Μουσείο της Αθήνας, απεικονίζει έναν ηλικιωμένο άνδρα να μεταφέρει ένα μεγάλο ομοίωμα δεξιού σκέλους με εμφανείς κίρσοειδείς διατάσεις. Πιθανότατα ο άνδρας αυτός έπασχε από κίρσους και προσέφερε το σχετικό ανάθημα στον περίφημο αττικό ιατρό πριν ή μετά τη θεραπεία του. Η αναπαράσταση των ανατομικών λεπτομερειών εντυπωσιάζει, καθώς και η αναθηματική επιγραφή σύμφωνα με την οποία το ανάθημα έγινε από τον υιό του ασθενή Λυσιμάχου, τον Λυσιμαχίδη από τις Αχαρνές. Ωστόσο, έχουν ανευρεθεί και αναθήματα άκρων (χέρια-πόδια), σε ιερά-Ασκληπιεία που απεικονίζουν οίδημα, κακώσεις, τραύματα μαλακών μορίων κ.ά, ενώ εν γένει η θεματολογία του τραύματος-αιμορραγίας από αγγειακή βλάβη στην τέχνη των Κλασικών χρόνων περιέχει πολλές περιπτώσεις ήδη και από την Ομηρική Εποχή (τραύμα Αχιλλέα, Φιλοκτήτη κ.ά), σε αρκετές μάλιστα περιπτώσεις το τραύμα φέρεται να αποτελεί τη θεία τιμωρία προς τον υβριστή-αλαζόνα ήρωα.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

24. Καρκίνος μαστού και αναγκαιότητα πλήρους λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης σε περιπτώσεις θετικού λεμφαδένα φρουρού και διατήρησης του μαζικού αδένα

Ι.Ε. Γραμματικάκης¹, Ε.Π. Δημακάκος²

1. Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ «Αττικόν»
2. Αγγειολογικό Ιατρείο Παθολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής ΠΓΝ «Σωτηρία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το εύρος της χειρουργικής παρέμβασης στον καρκίνο του μαστού τα τελευταία χρόνια τείνει συνεχώς να περιορίζεται, δεδομένης της σημαντικής νοσηρότητας που ακολουθεί μιας ριζικής επέμβασης (μαστεκτομή, λεμφαδένας φρουρός και χειρουργική μασχαλιαίας κοιλότητας).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκοπήθηκε και αναλύθηκε υλικό από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων κατά την τελευταία δεκαετία (PubMed, Cochrane, Embase, Google Scholar).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σήμερα η θεραπεία εκλογής ανάλογα με τη φύση του όγκου (μέγεθος, μεταστάσεις, τύπος) είναι κυρίως η μερική μαστεκτομή ακολουθούμενη από ακτινοβολία του μαστού και χημειοθεραπεία. Σε γυναίκες με μη ψηλαφητό όγκο, μη ψηλαφητούς μασχαλιαίους λεμφαδένες η χειρουργική των μασχαλιαίων λεμφαδένων φέρεται να μειώνει μεν το ποσοστό υποτροπής κατά 1-3%, αλλά να αυξάνει η πιθανότητα λεμφοϊδήματος κατά 15% συγκριτικά με γυναίκες που αντιμετωπίστηκαν μόνο με βιοψία λεμφαδένα φρουρού. Ειδικότερα, πλήρης μασχαλιαίος λεμφαδενικός καθαρισμός ενδείκνυται σε ψηλαφητούς όγκους, ή σε ασθενείς με αποδεδειγμένα θετική βιοψία μασχαλιαίων λεμφαδένων, σε ασθενείς που γίνεται ολική μαστεκτομή και σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία διατήρησης του μαστού αλλά έχουν περισσότερους από τρεις θετικούς λεμφαδένες φρουρούς θετικούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ασθενείς με μη ψηλαφητό όγκο (<3 εκ), λιγότερους από τρεις θετικούς λεμφαδένες φρουρούς και μη ψηλαφητούς λεμφαδένες στη μασχάλη, δε φαίνεται να ωφελούνται από την πλήρη λεμφαδενεκτομή της μασχαλιαίας κοιλότητας, ως προς την πρόγνωση, ενώ αντίθετα κινδυνεύουν περισσότερο από σοβαρές επιπλοκές όπως το λεμφοίδημα. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες μελέτες προκειμένου να επιβεβαιωθεί η συγκεκριμένη άποψη.



25. Μαστεκτομή και Λεμφαδενεκτομή: Μια ιστορική αναδρομή

Κ. Λάιος¹, ΜΜ. Μόσχου², Μ. Καραμάνου³, Γ. Ανδρούτσος⁴

1. Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
2. Α΄ Οφθαλμολογική Κλινική, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
3. Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Claude Bernard, Λυών, Γαλλία
4. Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών

Η σταδιακή αναγνώριση, μελέτη και κατανόηση της λειτουργίας του λεμφικού συστήματος θα έχει ιδιαίτερη επίδραση στην εκτέλεση της μαστεκτομής. Αν και η ολική μαστεκτομή ήταν μια θεραπευτική μέθοδος για τον καρκίνο με ρίζες στην αρχαιότητα, σταδιακά η διακρίβωση του ρόλου των επιχώριων λεμφαδένων στην επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του μαστού, θα οδηγήσει σε πιο συντηρητικά χειρουργεία. Ακόμη στο Μεσαίωνα οι απόψεις της αρχαιότητας για εκτεταμένα χειρουργεία μαστού επικρατούσαν, όπως θα διαπιστώσουμε από τις απόψεις του Guy de Chauliac (1300-1367). Στις αρχές του 1600 ο Marco-Aurelio Severino (1580-1656) θα γίνει ο πρώτος που θα αφαιρέσει τους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Ο François de Le Boe-Sylvius (1614-1672) υπέδειξε τη σχέση των λεμφαγγείων, όπως και περιέγραψε τις λεμφαδενικές μεταστάσεις στην οπίσθια επιφάνεια του στέρνου. Ο Angelo Nannoni (1715-1790) θα προτείνει ότι κατά τη μαστεκτομή θα πρέπει να αφαιρούνται ταυτόχρονα η υποκείμενη περιτονία, ο μείζων θωρακικός και οι κοντινοί λεμφαδένες. Ο Jean-Louis Petit (1674-1760) θα είναι ο πρώτος ιατρός που καταδείξει πως διασπείρεται ο μαστικός καρκίνος από τους επιχώριους λεμφαδένες στους μασχαλιαίους. Ο Alfred Velpeau (1795-1867) πίστευε ότι η μαστεκτομή δεν έπαυε την εξέλιξη του καρκίνου, έκρινε ότι η έκταση της μαστεκτομής θα πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή, όπως και ότι ο καρκίνος πρέπει να αφαιρείται χωρίς ολική μαστεκτομή. Ο William Stewart Halsted (1852-1922) που θα μείνει στην ιστορία της μαστεκτομής ως ο χειρουργός που καθιέρωσε τις ριζικές μαστεκτομές με την αφαίρεση όσο το δυνατό περισσότερων παρακείμενων ιστών, θα προτείνει την αφαίρεση των υπερκλειδίων και των μεσοθωράκιων λεμφαδένων, αν και αργότερα θα αλλάξει άποψη για του υπερκλειδίου. Ο William Sampson Handley (1872-1962) από το 1920 και έπειτα τοποθετούσε βελόνες ραδίου στα μεσοπλεύρια διαστήματα, για να αντιμετωπίσει τη λεμφαδενική διασπορά. Κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αι. κλινικές μελέτες απέδειξαν ότι η επιβίωση στον καρκίνο του μαστού δε σχετίζεται με τη ριζική χειρουργική του εκτομή, ενώ η αναζήτηση του φρουρού λεμφαδένα δημιούργησε νέα δεδομένα στην εκτέλεση της μαστεκτομής.

26. Χρόνια μυελογενής λευχαιμία και κύηση: αναστολείς κινάσης της τυροσίνης-γοναδοτοξικότητα και εμβρυοτοξικότητα

Ι.Ε. Γραμματικάκης¹, Ε.Π. Δημακάκος^{1,2}, Γ. Σαλαμαλέκης¹, Ν. Παπαντωνίου¹

1. Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ «Αττικών»-Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Παθολογία της κύησης»
2. Αγγειολογικό Ιατρείο Παθολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής ΠΓΝ «Σωτηρία»

Εισαγωγή: Η χρόνια μυελογενής λευχαιμία (ΧΜΛ) είναι ένα μυελουπερπλαστικό νεόπλασμα με συχνότητα στους ενήλικες 1-2/100000 και συνολικά αφορά το 15% των νεοδιαγνωσθέντων περιπτώσεων λευχαιμίας. Η πάθηση χαρακτηρίζεται γενετικά από μια ισόρροπη χρωμοσωμική μετάθεση μετάθεση t (9;22) (q34; Q11.2) του ογκογονιδίου Abelson (ABL) από το χρωμόσωμα 9q34 στο χρωμόσωμα 22q11.2

(γνωστό ως το χρωμόσωμα Φιλαδέλφειας). Η μετατόπιση αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός νέου ογκογονιδίου BCR-ABL, το οποίο ευθύνεται για την παραγωγή της ογκοπρωτεΐνης Bcr-Abl. Σήμερα, η ενδεδειγμένη θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει τη χορήγηση αναστολέων της κινάσης της τυροσίνης (TKIs) με άριστα αποτελέσματα. Ωστόσο, δεν είναι ακόμη επιστημονικά απόλυτα τεκμηριωμένο αν οι ουσίες αυτές μπορεί να είναι γοναδοτοξικές ή σε περίπτωση κύησης μπορεί να είναι εμβρυοτοξικές.

Υλικό και μέθοδος: Ανασκοπήθηκε η βιβλιογραφία από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, από πρακτικά συνεδρίων και μονογραφίες κατά τα τελευταία πέντε έτη.

Αποτελέσματα: Από τη συστηματική ανασκόπηση προέκυψε ότι σήμερα η θεραπεία εκλογής περιλαμβάνει τη χορήγηση της TKIs imatinib, ενώ σε περίπτωση αποτυχίας μπορεί να χορηγηθούν TKIs δεύτερης γενιάς όπως nilotinib και dasatinib, ουσίες οι οποίες δεν είναι σαφές ότι δεν επιδρούν τοξικά στις γονάδες και το έμβρυο. Σε περιπτώσεις προχωρημένης νόσου ή μη ανταπόκρισης στη θεραπεία ενδείκνυται η μεταμόσχευση μυελού. Ασθενής που λαμβάνουν σε χρόνια βάση τους TKIs και πρόκειται να τεκνοποιήσουν θα πρέπει να ενημερώνονται για μεθόδους διατήρησης γονιμότητας, όπως πχ. κρυοσυντήρηση ωθηκικού ιστού, εμβρύων και σπέρματος διότι η διακοπή της δυνητικά μη ασφαλούς θεραπείας δε θα έχει το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ εάν ήδη η ασθενής κυοφορεί η πιθανή τοξικότητα των φαρμάκων που έχει παρατηρηθεί σε ορισμένες περιπτώσεις αυτών τα καθιστά μη χρησιμοποιούμενα. Η σοβαρότητα της πάθησης αποτελεί βασικό κριτήριο για τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί και εναλλακτικά κατά την κύηση περιγράφονται και η αφαίρεση λευκών ή και η χορήγηση ιντερφερόνης α. Ένα



άλλο βιοηθικό ζήτημα που ανακύπτει είναι το τι θα γίνει με τα κρυσυντηρημένα έμβρυα σε περιπτώσεις που η θεραπεία αποτύχει ή η ασθενής λόγω της σοβαρότητας της νόσου δε δύναται να κυοφορήσει.

Συμπεράσματα: Η χρόνια μυελογενής λευχαιμία αντιμετωπίζεται σήμερα με καλή ανταπόκριση στα χορηγούμενα θεραπευτικά σχήματα, ωστόσο σε περίπτωση επιθυμητής κύησης ή τρέχουσας εγκυμοσύνης θα πρέπει να γίνεται ιδιαίτερη συμβουλευτική σχετικά με την πιθανή τοξικότητα των χορηγουμένων φαρμάκων.

27. Ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη (IUGR) και επίπτωση στη λειτουργία του θύμου αδένου στην ενήλικη ζωή

Ι.Ε. Γραμματικάκης¹, Ε.Π. Δημακάκος^{1,2}, Γ. Σαλαμαλέκης¹, Ν. Παπαντωνίου¹

1. Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ «Αττικών» Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Παθολογία της κύησης»
2. Αγγειολογικό Ιατρείο Παθολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής ΠΓΝ «Σωτηρία»

Εισαγωγή: Η ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη, γνωστή με τον όρο IUGR (Intrauterine Growth Retardation) αποτελεί αρκετά συχνό πρόβλημα κατά την κύηση. Η αιτιολογία της διαταραχής ανάπτυξης του εμβρύου δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί, καθώς επίσης και η ασφαλής διάκριση μεταξύ αυτής της επιπλοκής και μιας «φυσιολογικής» ανάπτυξης του εμβρύου με γενετικά προγραμματισμένο μικρότερο σωματότυπο (SGA, Small for Gestational Age). Ωστόσο, η ανάπτυξη του εμβρύου κάτω από την υπερηχογραφικά προσδιοριζόμενη 10^η εκατοστιαία θέση ορίζεται ως υπολειπόμενη ανάπτυξη. Σαν πιθανά αίτια της επιπλοκής αναφέρονται ο αρρυθμιστος διαβήτης, η υπέρταση και οι καρδιοπάθειες, περιγεννητικές λοιμώξεις (ερυθρά, κυτταρομεγαλιός, τοξόπλασμα κά), ηπατικά νοσήματα, δρεπανοκυτταρική αναιμία, υποσιτισμός, κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά κά. Η υπολειπόμενη ανάπτυξη όλων των συστημάτων επιφέρει διαταραχές και στο λεμφικό σύστημα. Ιδιαίτερα έχουν παρατηρηθεί συχνότερα λοιμώξεις σε νεογνά υπολειπόμενης ανάπτυξης καθώς και μειωμένος αριθμός Τ-κυττάρων και λευκοκυττάρων.

Υλικό και μέθοδος: Ανασκοπήθηκε η βιβλιογραφία από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, από πρακτικά συνεδρίων και μονογραφίες κατά τα τελευταία οκτώ έτη και ακολούθησε ανάλυση και συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα: Το μέγεθος του θύμου αδένου και η συσχέτισή του με σοβαρές περιγεννητικές επιπλοκές έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών. Από την ανασκόπηση καταγράφεται μικρότερο μέγεθος θύμου αδένου σε περιπτώσεις πρόωρου τοκετού (πρίν την 34^η εβδομάδα της

κύησης), αναπνευστικής δυσχέρειας των νεογνών, σήψη του νεογνού και γενικότερα παρατεταμένη νοσηλεία στην εντατική μονάδα των νεογνών. Οι βιβλιογραφικές αναφορές περιλαμβάνουν την υπερηχογραφική μέτρηση του αδένου κατά το 2^ο τρίμηνο της κύησης, οπότε πραγματοποιείται και το σημαντικότερο υπερηχογράφημα ανάπτυξης του εμβρύου. Επίσης, περιγράφεται μικρότερο μέγεθος του θύμου αδένου κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο περί την 20^η εβδομάδα της κύησης σε γυναίκες που αργότερα ανέπτυξαν προεκλαμψία, σοβαρή επιπλοκή μετά την 24^η εβδομάδα της κύησης που χαρακτηρίζεται από υπέρταση, λευκωματουρία και οιδήματα. Στην περίπτωση αυτή φαίνεται ότι η ανοσολογική διαταραχή του θύμου αδένου συνεπεία της υπολειπόμενης ανάπτυξης συμβάλλει στην διαφορετική ανοσοαπόκριση του εμβρύου και στην εκδήλωση προεκλαμψίας αργότερα. Τέλος, αναφέρεται μικρότερος αριθμός T-λεμφοκυττάρων σε νεογνά με υπολειπόμενο θύμο αδένου.

Συμπεράσματα: Η ανοσολογική λειτουργία του θύμου αδένου επηρεάζεται από την ανάπτυξη του εμβρύου και συσχετίζεται με επιπλοκές της κύησης καθώς και με λοιμώξεις στη νεογνική ζωή.

28. Hodgkin λέμφωμα και κύηση: διάγνωση, αντιμετώπιση και διλήματα

Ι.Ε. Γραμματικάκης¹, Ε.Π. Δημακάκος^{1,2}

1. Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΠΓΝ «Αττικών» Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Παθολογία της κύησης»
2. Αγγειολογικό Ιατρείο Παθολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής ΠΓΝ «Σωτηρία»

Εισαγωγή: Πρόκειται για το συχνότερο τύπο λεμφώματος στις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Προέρχεται συχνότερα από τα Β-κύτταρα και ξεχωρίζει από τα άλλα λεμφώματα με τα κύτταρα Reed-Sternberg. Συχνότερα παρατηρείται σε ηλικίες μεταξύ 18 και 30 ετών και ξανά μετά τα 50 έτη. Η πρόγνωση είναι καλή και η επιβίωση είναι μεγαλύτερη από 70%. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι ασθενείς εμφανίζουν ανώδυνη διόγκωση των λεμφαδένων πάνω από το διάφραγμα, στη μασχαλιαία κοιλότητα, στον αυχένα και υπογνάθια. Ακόμη παρατηρείται πυρετός, νυκτερινές εφιδρώσεις και απώλεια βάρους. Το συχνότερο όμως εύρημα είναι η περιφερική λεμφαδενοπάθεια, ενώ συχνότερα προσβάλλονται οι αυχενικοί και οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες. Η οριστική διάγνωση τίθεται με ιστολογική εξέταση. Τα Non Hodgkin λεμφώματα (εξαιρετικά σπάνια κατά την κύηση) συχνά εκδηλώνονται με κλινική εικόνα που περιλαμβάνει συμπτώματα φυσιολογικής κύησης, όπως πχ. αύξηση σωματικού βάρους, νυκτερινές εφιδρώσεις, βραχύπνοια κá με συνέπεια να υπάρχει ο κίνδυνος να διαλάθει της έγκαιρης διάγνωσης. Επίσης, στην



καθυστερημένη διάγνωση μπορεί να συμβάλλει και ο περιορισμός της κύησης στη χρήση απεικονιστικών μεθόδων με ακτινοβολία.

Υλικό και μέθοδος: Ανασκοπήθηκε η βιβλιογραφία από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, πρακτικά συνεδρίων και επιστημονικές μονογραφίες κατά τα τελευταία δέκα έτη. Ακολούθησε ανάλυση των δεδομένων.

Αποτελέσματα: Στην κύηση η νόσος δεν είναι συχνή (1:6000 γεννήσεις ζώντων νεογνών). Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου προϋποθέτει την ακριβή σταδιοποίηση. Η ενδεικνυόμενη θεραπευτική προσέγγιση εξαρτάται από την ηλικία της κύησης κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Ειδικότερα, εάν η διάγνωση τεθεί κατά το πρώτο τρίμηνο, όπου επιτελείται η οργανογένεση του εμβρύου και κατά συνέπεια η ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία ABVD (adriamycin, bleomycin, vinblastine, dacarbazine) είναι δυνητικά επιβλαβείς, η κύηση θα πρέπει να διακόπτεται προκειμένου να γίνει η έναρξη της θεραπείας. Εάν η διάγνωση γίνει στο δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο, δυνητικά και σύμφωνα με αρκετούς συγγραφείς μπορεί να γίνει χημειοθεραπεία και υπό αυστηρές τεχνικές προϋποθέσεις και ακτινοθεραπεία (περιοχή αυχένα-συνολική δόση 4–20 cGy). Η ακτινοβολία γενικά δε συνιστάται διότι συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης λευχαιμίας κατά την πρώτη δεκαετία της ζωής καθώς και με διανοητική καθυστέρηση.

Συμπεράσματα: Τα λεμφώματα Hodgkin αποτελούν σπάνια νόσο κατά την κύηση, η οποία δε φαίνεται να επηρεάζει δυσμενώς την εξέλιξη της νόσου. Ωστόσο, ο κλινικός γιατρός καλείται να αντιμετωπίσει αφ' ενός την πάσχουσα μητέρα αφ' ετέρου το υγιές έμβρυο. Η αντιμετώπιση απαιτεί στη συνεργασία γυναικολόγου και αιματολόγου, ενώ σε κάθε περίπτωση πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν το στάδιο της κύησης πριν από οποιαδήποτε θεραπευτική εφαρμογή.