

Σημείωμα της Σύνταξης

Αγαπητοί φίλοι,

Στο παρόν τεύχος του περιοδικού μας, σαν μία ανάπαυλα στην καταγιγιστική επέλαση περιπτώσεων ενδοαγγειακής χειρουργικής, φιλοξενούνται άρθρα, που αφορούν σε περιπτώσεις είτε μεγάλης είτε μικρής σπανιότητας.

Η πρώτη εργασία αφορά στην αντιμετώπιση τριών περιπτώσεων χρόνιας μεσεντέριας ισχαιμίας και προέρχεται από την Α΄ Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Λαϊκό Νοσοκομείο από τους συνεργάτες του Καθηγητή κ. Η. Μπαστούνη. Παρόλο που ο αριθμός των περιπτώσεων φαίνεται πολύ μικρός, αναφέρεται σε μια σύντομη χρονική περίοδο δύο ετών. Ελπίζουμε να δούμε περισσότερες περιπτώσεις από την ίδια Κλινική αλλά και από άλλα μεγάλα κέντρα.

Η δεύτερη εργασία είναι μια κλινική μελέτη της φλεβικής θρόμβωσης ως πρώτης εκδήλωσης κακοήθους νόσου. Παλαιό το θέμα αλλά πάντα επίκαιρο και ενδιαφέρον. Προέρχεται από την Αγγειοχειρουργική Κλινική του ΚΑΤ και στους συγγραφείς παρουσιάζεται ο κ. Χ. Μαλτέζος, που κατέλαβε πρόσφατα τη διεύθυνσή της και στον οποίο εκφράζουμε θερμά συγχαρητήρια.

Οι επόμενες δύο εργασίες προέρχονται από τη Β΄ Χειρουργική Κλινική του ΑΠΘ, στο Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς» της Θεσσαλονίκης από τους συνεργάτες του Καθηγητή κ. Δ. Παπαδημητρίου.

Η πρώτη παρουσιάζει περίπτωση ενδαγγειακής αντιμετώπισης ελκών των κάτω άκρων (Σύνδρομο May-Turner/Cockett), σε συνδυασμό με πλαστική χειρουργική επέμβαση.

Η δεύτερη ανακοίνωση αφορά σε περίπτωση φλεβικών ανευρυσμάτων στα κάτω άκρα, που αντιμετωπίστηκαν με χειρουργική επέμβαση με επιτυχία.

Η επόμενη εργασία αφορά στην παρουσίαση τριών περιπτώσεων όγκων του καρωτιδικού σωματίου (χημειοδεκτωμάτων) που αφαιρέθηκαν με επιτυχία. Προέρχεται από την Αγγειοχειρουργική και την Ωτοριν/κή Κλινική του Πανεπιστημίου Πατρών (κ. Ι. Τσολάκης).

Τέλος, υπάρχει και ένα ειδικό άρθρο από τον κ. Δημήτριο-Σόλωνα Γεωργόπουλο, που μας θυμάται πολύ συχνά, με θέμα τον Επαγγελματικό Προσανατολισμό στην Ιατρική και στην Αγγειοχειρουργική.

Αγαπητοί φίλοι, σας ευχόμαστε Καλό Καλοκαίρι και Καλές Διακοπές.

Με εκτίμηση
Για τη Συντακτική Επιτροπή



Καθηγητής Μ.Ν. Σέκας
Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών

Χειρουργική αντιμετώπιση χρόνιας μεσεντερίου ισχαιμίας, αθηροσκληρωτικής αιτιολογίας:

παρουσίαση περιπτώσεων και βιβλιογραφική ανασκόπηση

Χρ. Μπακογιάννης¹, Εμμ. Ψάθας², Ν. Τσεκούρας³, Φ. Μαρκάτης³,
Σ. Γεωργόπουλος⁴, Η. Μπαστούνης⁵

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η χρόνια μεσεντέριος ισχαιμία είναι μια ασυνήθης παθολογική οντότητα. Παρουσιάζεται η εμπειρία της κλινικής μας από την ανοιχτή χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με αυτή την πάθηση και επιχειρείται ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

Υλικό και μέθοδος: Κατά τη χρονική περίοδο 2006-2008, αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας 3 ασθενείς ηλικίας 58-70 ετών (δύο άνδρες και μία γυναίκα) οι οποίοι παρουσίαζαν κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα χρόνιας μεσεντερίου ισχαιμίας. Και στους τρεις ασθενείς, τουλάχιστον 2 από τα 3 σπλαχνικά αγγεία (κοιλιακή αρτηρία, άνω και κάτω μεσεντέριος αρτηρία) ήταν αποφραγμένα και το τρίτο είχε αιμοδυναμικά σημαντική στένωση. Πραγματοποιήθηκε ανοιχτή επέμβαση επαναιμάτωσης των σπλαχνικών αγγείων, στους δύο ασθενείς με χρήση συνθετικού μοσχεύματος (Dacron) και στον ένα με χρήση φλεβικού μοσχεύματος.

Αποτελέσματα: Κατά τη μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών, η βατότητα των μοσχευμάτων σε έλεγχο με τρίπλεξ στους 3, 6 και 12 μήνες μετά την επέμβαση ή/και έλεγχο με ψηφιακή αγγειογραφία, διαπιστώθηκε και στις τρεις περιπτώσεις ικανοποιητική, ενώ και οι τρεις ασθενείς ανέκτησαν το φυσιολογικό τους βάρος.

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας: Τα άμεσα και αργότερα αποτελέσματα από την επαναιμάτωση των σπλαχνικών αγγείων με χρήση είτε συνθετικών, είτε φλεβικών μοσχευμάτων, καθώς και οι διάφορες τεχνικές επαναιμάτωσης παρουσιάζονται μέσα από μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των μεγαλύτερων διεθνώς δημοσιευμένων σχετικών μελετών.

Συμπέρασμα-συζήτηση: Η χειρουργική επέμβαση επαναιμάτωσης των σπλαχνικών αγγείων της αορτής, με συνθετικά ή φλεβικά μοσχεύματα, αποτελεί μια δύσκολη τεχνικά επέμβαση, αλλά με καλά αποτελέσματα, ιδιαίτερα σε ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 70 ετών, με αποφράξεις μεγάλου μήκους των σπλαχνικών αρτηριών και σημαντική ασβέστωση του τοιχώματός τους.

¹Λέκτορας

Αγγειοχειρουργικής

²Ειδικευόμενος

Γενικής Χειρουργικής

³Ειδικευόμενος

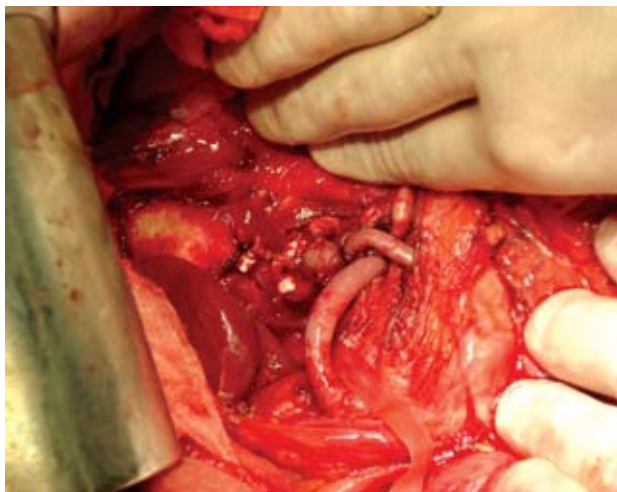
Αγγειοχειρουργικής

⁴Επίκουρος Καθηγητής

Αγγειοχειρουργικής,

⁵Καθηγητής

Αγγειοχειρουργικής



Εικόνα 1. Τοποθέτηση φλεβικού μοσχεύματος από την αορτή, πάνω από τον αλλίρειο, προς την κοινή ηπατική αρτηρία και τοποθέτηση δεύτερου φλεβικού μοσχεύματος, από το αρχικό τμήμα του πρώτου, προς την άνω μεσεντέριο αρτηρία με οπισθοπαγκρεατική πορεία.

Λέξεις κλειδιά: μεσεντέριος ισχαιμία, επαναιμάτωση, σπλαγχνικά αγγεία, απόφραξη αλλίρειου τρίποδα, κοιλιάχνη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια μεσεντέριος ισχαιμία είναι μια ασυνήθης αιτία χρόνιου κοιλιακού άλγους. Χαρακτηρίζεται από μακρύ ιστορικό πρόδρομων συμπτωμάτων και καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία, εξαιτίας της οποίας οι ασθενείς παρουσιάζονται υποθρεπτικοί και υψηλού εγχειρητικού κινδύνου κατά το χρόνο της επέμβασης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Περίπτωση 1

Άνδρας 58 ετών προσήλθε λόγω έντονου σταθερού μεταγευματικού κοιλιακού άλγους, με έναρξη 5 μήνες προ της εισαγωγής του. Η απώλεια βάρους, από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι και την επέμβαση ήταν 8 Kg. Κατά την προεγχειρητική διερεύνηση, διαπιστώθηκαν κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα ισχαιμικής εντερίτιδας. Η αξονική αγγειογραφία με τρισδιάστατη απεικόνιση στην οποία υποβλήθηκε αποκάλυψε απόφραξη του αλλίρειου τρίποδα, της κάτω μεσεντερίου και μεγάλη στένωση της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ενδαρτηρεκτομή στην αορτή, στο ύψος έκφυσης του αλλίρειου τρίποδα και τοποθέτηση φλεβικού μοσχεύματος από την αορτή, πάνω από τον αλλίρειο, προς την κοινή

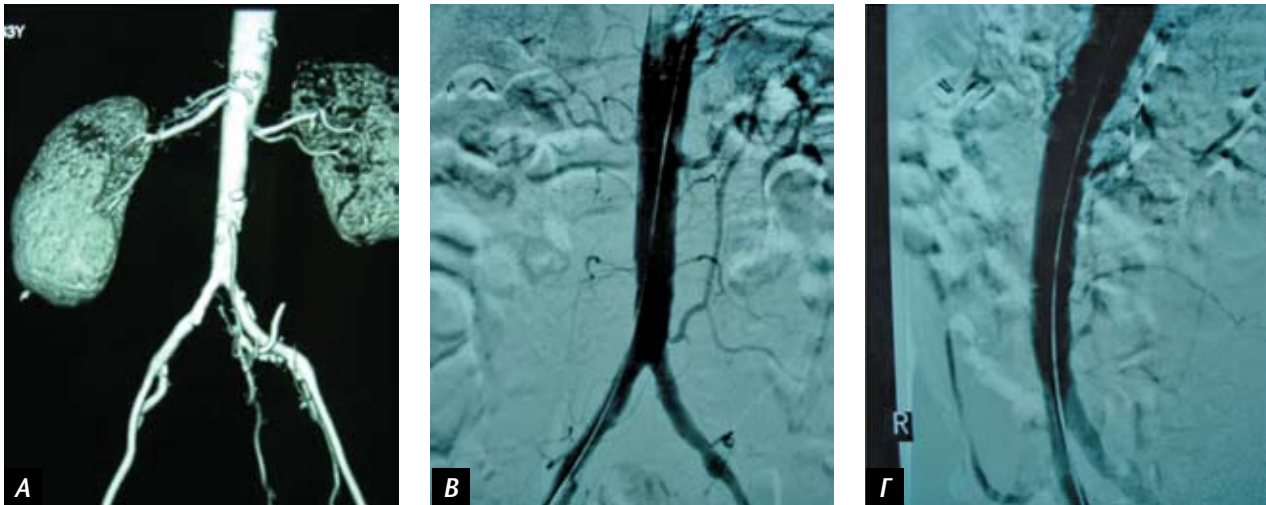
ηπατική αρτηρία. Ακολούθησε τοποθέτηση νέου φλεβικού μοσχεύματος από το αρχικό τμήμα του πρώτου φλεβικού μοσχεύματος προς την άνω μεσεντέριο αρτηρία με οπισθοπαγκρεατική πορεία (εικόνα 1). Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς περιεγχειρητική θνητότητα, ενώ η μετεγχειρητική αγγειογραφία ανέδειξε καλή βατότητα των μοσχευμάτων. Η σίτιση του ασθενούς επανήλθε την 5η μετεγχειρητική ημέρα, ενώ κατά τη μετεγχειρητική παρακολούθηση, τα μοσχεύματα παραμένουν βατά 8 μήνες μετά την επέμβαση και ο ασθενής ανέκτησε το φυσιολογικό του βάρος.

Περίπτωση 2

Γυναίκα 67 ετών, με έντονο μεταγευματικό κοιλιακό άλγος από εννιαμήνου προ της εισαγωγής της και συνολική απώλεια βάρους 12 Kg από την έναρξη των συμπτωμάτων, υποβλήθηκε σε αξονική αγγειογραφία με τρισδιάστατη απεικόνιση, η οποία ανέδειξε απόφραξη του αλλίρειου τρίποδα και της άνω μεσεντερίου αρτηρίας και μεγάλη στένωση της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας (εικόνα 2-πάνω). Στην ασθενή τοποθετήθηκε διχαλωτό, συνθετικό μόσχευμα (Dacron 14mm – 7mm) από την υποδιαφραγματική αορτή προς την κοινή ηπατική και την άνω μεσεντέριο αρτηρία, με οπισθοπαγκρεατική πορεία (εικόνα 3α-γ). Μετεγχειρητικά, η ασθενής παρουσίασε μέλαινες κενώσεις την 5η μετεγχειρητική ημέρα, λόγω συνδρόμου επαναιμάτωσης του ισχαιμικού εντέρου, η αντιμετώπιση των οποίων ήταν συντηρητική. Κατά τη μετεγχειρητική παρακολούθηση της ασθενούς, ο έλεγχος με τρίπλεξ στους 6 και 12 μήνες μετά την επέμβαση ανέδειξε καλή βατότητα των μοσχευμάτων, ενώ η ασθενής επανήλθε στο φυσιολογικό της βάρος.

Περίπτωση 3

Άνδρας 70 ετών, βαρύς καπνιστής από 40ετίας, με σταθερό μεταγευματικό άλγος από τριετίας, που είχε αποδοθεί σε χολολιθίαση για την οποία ο ασθενής είχε υποβληθεί σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή προ έτους, εισήχθη στην κλινική μας λόγω μη υποχώρησης των συμπτωμάτων και συνεχιζόμενης απώλειας βάρους. Ο ασθενής εμφάνιζε κατά την εισαγωγή του ιδιαίτερη υποθρεψία με υπολευκωματιναιμία και τέθηκε σε παρεντερική σίτιση, ενώ η συνολική απώλεια βάρους από την έναρξη των συμπτωμάτων ήταν 14 Kg. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε τρίπλεξ σπλννοφυλαίου άξονα και σπλαγχνικών αγγείων, το οποίο ανέδειξε ιδιαίτερα αυξημένες αντιστάσεις στον αλλίρειο, την ηπατική και τη σπληνική αρτηρία (προαποφρακτικό στάδιο) και απόφραξη της



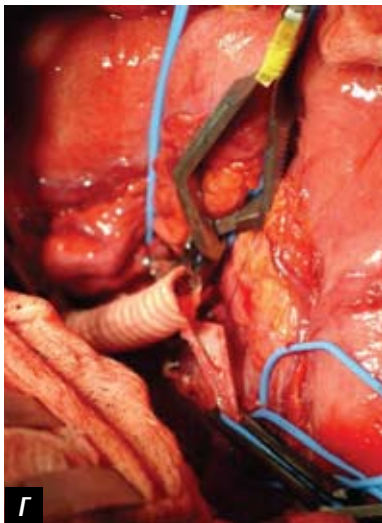
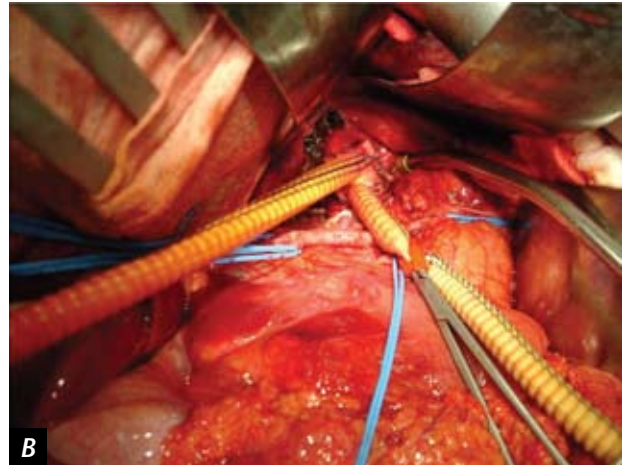
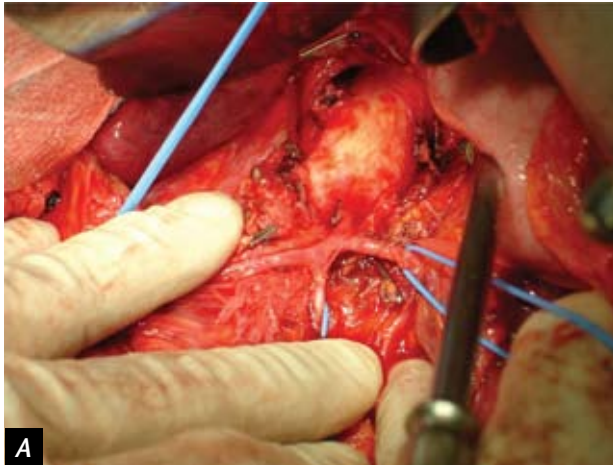
Εικόνα 2. Απόφραξη του αλλίρειου και της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, με στένωση της κάτω μεσεντερίου-έλεγχος με αξονική αγγειογραφία με τρισδιάστατη απεικόνιση (Α) και ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία αορτής-σπλαγχνικών κλάδων (Β,Γ).

άνω μεσεντερίου αρτηρίας με αναστροφή της ροής. Ο έλεγχος με ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία και εκλεκτική αγγειογραφία των σπλαγχνικών αγγείων ανέδειξε απόφραξη του αλλίρειου τρίποδα και της άνω μεσεντερίου αρτηρίας με σημαντική στένωση στην έκφυση της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας (εικόνα 2-κάτω). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ανοικτή επέμβαση επαναιμάτωσης των σπλαγχνικών αγγείων, με τοποθέτηση διχαλωτού συνθετικού μοσχεύματος (Dacron 14mm-7mm) από την υποδιαφραγματική αορτή προς την άνω μεσεντέριο αρτηρία με οπισθοπαγκρεατική πορεία και την έκφυση της κοινής ηπατικής αρτηρίας από τον αλλίρειο τρίποδα (εικόνα 3). Διεχειρητικά, οι ροές στην ηπατική και την άνω μεσεντέριο αρτηρία ελέγχθηκαν μετά την ολοκλήρωση των αναστομών με χρήση διεχειρητικού Doppler. Δε σημειώθηκε περιεχειρητική θνητότητα, ενώ η μετεχειρητική επιρροή των ηπατικών ενζύμων λόγω του ισχαιμικού στρές του ήπατος επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα τη 10η μετεχειρητική ημέρα. Η βατότητα των μοσχευμάτων διαπιστώνεται ικανοποιητική 3 μήνες μετά την επέμβαση σε έλεγχο με αξονική αγγειογραφία.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Αρκετές είναι οι σχετικές αναφορές στη βιβλιογραφία ως προς τα άμεσα και απώτερα αποτελέσματα μετά από χειρουργική επαναιμάτωση των σπλαγχνικών αγγείων λόγω χρόνιας μεσεντερίου ισχαιμίας και τη μακροχρόνια βατότητα των μοσχευμάτων.

Οι Park και συν.¹ από τη Mayo Clinic παρουσίασαν ίσως τη μεγαλύτερη σειρά ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία. Στην αναδρομική αυτή μελέτη συμπεριελήφθησαν 98 ασθενείς, 76 γυναίκες (78%) και 22 άνδρες (22%), με μέση ηλικία 66 έτη (36-87). Από αυτούς, 95 ασθενείς εμφάνιζαν κοιλιακό άλγος (97%) και 92 απώλεια βάρους (94%). Η άνω μεσεντέριος αρτηρία παρουσίαζε σοβαρή νόσο (70-99% στένωση ή απόφραξη) στους 90 ασθενείς (92%), η κοιλιακή αρτηρία στους 81 (83%), ενώ 76 ασθενείς (78%) είχαν νόσο 2 αγγείων. Παρακαμπτήρια μοσχεύματα τοποθετήθηκαν σε 91 ασθενείς (93%), εκ των οποίων 77 ομόδρομα και 14 παλίνδρομα. Εκ των υπολοίπων 7 ασθενών, 5 υποβλήθηκαν σε ενδαρτηρεκτομή, ένας σε επανεμφύτευση της άνω μεσεντερίου και ένας σε αγγειοπλαστική με φλεβικό εμφάλωμα. Πολυαγγειακή επαναιμάτωση έγινε σε 79 ασθενείς (81%) και επαναιμάτωση ενός αγγείου σε 19 (19%). Δώδεκα ασθενείς υποβλήθηκαν σε ταυτόχρονη ανακατασκευή της κοιλιακής αορτής. Παρατηρήθηκαν 3 πρώιμες θρομβώσεις μοσχευμάτων και 5 ενδοοσοκομειακοί θάνατοι (5,1%), εκ των οποίων όλοι αφορούσαν ασθενείς άνω των 70 ετών. Τα ποσοστά επιβίωσης στα 1, 5 και 8 έτη ήταν 83%, 63% και 55% αντίστοιχα. Τα ποσοστά ελεύθερης νόσου στα 1 και 5 έτη αντίστοιχα ήταν 95% και 92%. Υποτροπή των συμπτωμάτων υπήρξε σε 6 ασθενείς (6%), στους τέσσερις λόγω επαναστένωσης/απόφραξης και σε δύο με βατά μοσχεύματα. Η ομάδα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η επέμβαση για χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία είναι επιτυχής στους



Εικόνα 3. Α. Παρασκευή του αλλίρειου τρίποδα και των κλάδων του. **Β.** Τοποθέτηση διχαλωτού συνθετικού μοσχεύματος (Dacron 14-7mm) από την υποδιαφραγματική αορτή προς την κοινή ηπατική αρτηρία και την άνω μεσεντέριο με οπισθοπαγκρεατική πορεία. **Γ.** Αναστόμωση

του ενός σκέλους με την ηπατική αρτηρία.

περισσότερους ασθενείς, με χαμηλή περιεχειρτητική θνητότητα και εξαιρετική μακροχρόνια ανακούφιση των συμπτωμάτων. Συμπέρανε επίσης ότι το ποσοστό των συμπτωματικών υποτροπών δεν επηρεάζεται από τον αριθμό των αγγείων που επαναιματώθηκαν (ένα έναντι πολλαπλών), ούτε από το είδος της επέμβασης (ομόδρομη έναντι παλίνδρομης), ενώ ασθενείς άνω των 70 ετών είχαν μεγαλύτερη περιεχειρτητική θνητότητα και μειωμένη επιβίωση.

Οι Mateo και συν.² από την Cleveland Clinic Foundation δημοσίευσαν μια σειρά από 85 περιστατικά ασθενών με μέση ηλικία τα 62 έτη, που υποβλήθηκαν σε εκλεκτική επέμβαση λόγω συμπτωματικής χρόνιας μεσεντέριου ισχαιμίας. Από αυτούς, 34 ασθενείς (40%) υποβλήθηκαν σε παλίνδρομη παράκαμψη, 24 ασθενείς (28%) σε ορθόδρομη παράκαμψη, 19 (22%) υποβλήθηκαν

σε ενδαρτηρεκτομή αορτής, 6 ασθενείς (7%) σε τοπική ενδαρτηρεκτομή και αγγειοπλαστική με φλεβικό εμφύλωμα, ένας ασθενής σε εμβολεκτομή μόνο (1%) και ένας σε επανεμφύτευση της άνω μεσεντέριου αρτηρίας (1%). Επίσης, 35 ασθενείς (41%) υποβλήθηκαν σε ταυτόχρονη αντικατάσταση της αορτής. Επαναγγείωση όλων των εμπλεκόμενων σπλαχνικών αγγείων έγινε σε 21 ασθενείς (25%), ενώ στους υπόλοιπους 64 ασθενείς (75%) έγινε μερική επαναγγείωση. Μέση περίοδος παρακολούθησης ήταν τα 4,8 έτη. Στα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, συμπεριλαμβάνονται 7 πρώιμοι (<35 ημέρες) θάνατοι ασθενών (8%), ενώ η πενταετής επιβίωση υπολογίστηκε στο 64%, με ποσοστό ελεύθερο συμπτωμάτων 81% στην 3ετία. Σοβαρές επιπλοκές εμφανίστηκαν σε 28 ασθενείς (33%), ενώ υποτροπή της νόσου εμφανίστηκε σε 21 ασθενείς (16 συμπτωματικούς και 5 ασυμπτωματικούς), εκ των οποίων 9 απεβίωσαν (43%) και 8 (38%) χρειάστηκαν επανεπέμβαση ή ενδαγγειακή αποκατάσταση της υποτροπής. Τα ποσοστά τριετούς επιβίωσης για την υποτροπιάζουσα μεσεντέριο ισχαιμία ήταν 76%. Η ομάδα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η εκλεκτική επέμβαση για χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία μπορεί να πραγματοποιηθεί με αποδεκτά ποσοστά θνητότητας και ότι οι περισσότεροι ασθενείς παραμένουν ασυμπτωματικοί μετά την επέμβαση. Επίσης κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η προχωρημένη ηλικία, η καρδιακή νόσος, η υπέρταση και τυχόν συνυπάρχουσα αποφρακτική νόσος επηρεάζουν σημαντικά τη συνολική θνητότητα, ενώ ταυτόχρονη αορτική αντικατάσταση, η νεφρική νόσος και η πλήρης επαναιμάτωση συσχετίζονται με αυξημένη περιεχειρτητική θνητότητα.

Οι Kihara και συν.³ δημοσίευσαν μια σειρά 42 ασθενών με χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία, εκ των οποίων οι 35 (85%) υποβλήθηκαν σε ορθόδρομη παράκαμψη, ένας (2%) σε παλίνδρομη παράκαμψη, 4 (10%) σε ενδαρτηρεκτομή,

Πίνακας 1. Περιεχειρητικά και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα μετά από ανοιχτή επέμβαση επαναιμάτωσης για χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία

Συγγραφέας	N	Επέμβαση	Θν.	Επιπλοκές	% ελεύθερο νόσου	Βατότητα μοσχευμάτων	5ετής επιβίωση
Park et al.	98	ΟΠ-77, ΠΠ-14, ΕΑ-1, Α-2	5%	NA	5 έτη-92%	NA	62%
Mateo et al.	85	ΟΠ-24, ΠΠ-34, ΕΑ-19, Α-2	8%	33%	5 έτη-87%	NA	64%
Kihara et al.	42	ΟΠ-35, ΠΠ-1, ΕΑ-4, Α-2	10%	30%	3 έτη-86%	3ετία πρωτοπαθής -65%	70%
Jimenez et al.	47	ΟΠ -47	11%	66%	NA	5 ετία πρωτοπαθής -69%, δευτεροπαθής -100%	74%

Θν. = Θνητότητα, ΟΠ = Ορθόδρομη παράκαμψη, ΠΠ = Παλίνδρομη παράκαμψη, ΕΑ = ενδαρτηρεκτομή, ΝΑ = μη διαθέσιμη, Α = άλλη

ένας σε τοπική ενδαρτηρεκτομή και αγγειοπλαστική με φλεβικό εμφύλωμα και ένας σε επανεμφύτευση της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Το ποσοστό θνητότητας ήταν 10% ενώ η πενταετής επιβίωση υπολογίστηκε στο 70%. Το ποσοστό σοβαρών επιπλοκών ήταν 30% και η βατότητα των μοσχευμάτων στην τριετία υπολογίστηκε στο 65%.

Οι Jimenez και συν.⁴, σε μια προσπάθεια να μελετήσουν την αποτελεσματικότητα της ορθόδρομης επέμβασης στη χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία, περιέλαβαν 47 ασθενείς σε μια αναδρομική μελέτη με κριτήρια το λειτουργικό αποτέλεσμα (ανακούφιση συμπτωμάτων, ανάκτηση βάρους), τη βατότητα των μοσχευμάτων και τα ποσοστά επιβίωσης. Έτσι, 47 ασθενείς (70% γυναίκες, ηλικίας 62 ετών +/- 12) υποβλήθηκαν σε αορτομεσεντέριο παράκαμψη (45 αορτοπυλομεσεντέριο και 2 αορτομεσεντέριο) για χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία. Η ενδοοσκοπική θνητότητα ήταν 11% (5 θάνατοι, 4 λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας και ένας λόγω νέκρωσης εντέρου), με μέσο χρόνο νοσηλείας τις 30 ημέρες. Με μέσο χρόνο παρακολούθησης 31 +/- 27 μήνες, όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση του κοιλιακού άλγους και 86% είχαν αύξηση του

σωματικού τους βάρους. Επίσης, 14 ασθενείς (34%) εμφάνισαν εμμένουσα διάρροια για πάνω από 6 μήνες. Ένας ασθενής εμφάνισε οξεία μεσεντέριο ισχαιμία λόγω θρόμβωσης του μοσχεύματος στους 20 μήνες, δύο ασθενείς εμφάνισαν υποτροπιάζουσα χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία από θρομβωμένα μοσχεύματα (στους 46 και 49 μήνες) και ένας ασυμπτωματικός ασθενής βρέθηκε να έχει θρομβωμένο μόσχευμα στους 17 μήνες σε υπερηχογραφικό έλεγχο. Η πενταετής επιβίωση βρέθηκε να είναι 75%, με πρωτοπαθή και δευτεροπαθή βατότητα μοσχευμάτων 69% και 96% αντίστοιχα στην πενταετία. Η ομάδα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ορθόδρομος αορτοπυλομεσεντέριος παράκαμψη για χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία συνοδεύεται από καλό λειτουργικό αποτέλεσμα και μακροχρόνια βατότητα μοσχεύματος. Συνοπτικά, τα αποτελέσματα των μελετών απεικονίζονται στον πίνακα 1.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Και στις τρεις περιπτώσεις ασθενών μας έγινε παρασκευή της αορτής άνωθεν της έκφυσης του αλλίριου τρίποδα για να ακολουθήσει διενέργεια ορθόδρομης

παρακάμψης. Η παρασκευή της υποδιαφραγματικής αορτής είναι σαφώς δυσκολότερη τεχνικά από την παρασκευή της υπονεφρικής αορτής και των λαγόνιων αρτηριών, που απαιτούνται για τη διενέργεια ανάστροφης παράκαμψης. Επιπλέον, σε ασθενείς χωρίς αορτολαγόνιο νόσο, η ανάστροφη επαναιμάτωση με παρακαμπτήριο μόσχευμα από τα λαγόνια αγγεία προκαλεί ελάχιστη αιμοδυναμική διαταραχή, λόγω του μη αποκλεισμού της αορτής και της περιορισμένης ιστικής παρασκευής. Παρά τα μειονεκτήματά της, η ορθόδρομη παράκαμψη θεωρείται η ανοικτή επέμβαση εκλογής σε χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία, λόγω των καλύτερων πρώιμων και αψώτερων αποτελεσμάτων, όσον αφορά στη βατότητα των μοσχευμάτων. Η ευκολία παρασκευής του εγγύς αγγείου συχνά εξαρτάται και από το σωματότυπο του ασθενούς και από το ιστορικό προηγηθείσας επέμβασης ή ακτινοβολίας. Έτσι, μια ευρεία στερνοπλευρική γωνία κάνει την παρασκευή της υπερκοιλιακής αορτής ευκολότερη. Επιπλέον, και στους τρεις ασθενείς, έγινε επαναιμάτωση δύο σπλαχνικών αγγείων και όχι ενός.

Εκτεταμένη επιχειρηματολογία έχει αναπτυχθεί κατά το παρελθόν σχετικά με την κατάλληλη τεχνική στην ανοικτή επαναιμάτωση των σπλαχνικών αγγείων (ενδαρτηρεκτομή έναντι παράκαμψης), το είδος της παρακαμπτήριας επέμβασης (ορθόδρομη έναντι παλίνδρομης), τον αριθμό των αγγείων που χρήζουν επαναιμάτωσης (ένα ή πολλαπλά), καθώς και με το είδος του μοσχεύματος (συνθετικό έναντι φλεβικού)⁵⁻⁸.

Οι περισσότεροι συγγραφείς υποστηρίζουν την επαναιμάτωση πολλαπλών αγγείων, λέγοντας ότι η πιθανότητα υποτροπής των συμπτωμάτων είναι σαφώς μικρότερη, αφού και το ένα σκέλος του μοσχεύματος να αποκλειστεί, το άλλο είναι αρκετό για την ικανοποιητική αιμάτωση του εντέρου⁵. Άλλο επιχείρημα υπέρ των πολλαπλών επαναιματώσεων είναι η παρατήρηση ότι οι θάνατοι ασθενών με αψώτερη απόφραξη του μοσχεύματος δεν οφείλονταν σε χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία⁵ και ότι τα δύο τρίτα των ασθενών με θρόμβωση σκέλους του μοσχεύματος ήταν ασυμπτωματικά². Οι υποστηρικτές της επαναιμάτωσης ενός αγγείου λένε ότι τα αποτελέσματά τους δε διαφέρουν σημαντικά από αυτά των ασθενών οι οποίοι εκτίθενται στον κίνδυνο και τις τεχνικές δυσκολίες της τοποθέτησης πολλαπλών παρακάμψεων⁶⁻¹².

Όσον αφορά την παράκαμψη έναντι της ενδαρτηρεκτομής, οι παρακάμψεις θεωρούνται πρώτη επιλογή, μιας και τεχνικά είναι πιο απλές επεμβάσεις. Η ενδαρτηρεκτομή αποτελεί την επέμβαση εκλογής μόνο σε περιπτώσεις που υπάρχει κίνδυνος διαπύσης του μοσχεύματος και σε νέα σχετικά άτομα, μικρού χειρουργικού κινδύνου, με βαρεία αθηροσκλήρυνση στην περιοχή της υπερ-

κοιλιακής αορτής.

Άλλο αμφιλεγόμενο σημείο της χειρουργικής τεχνικής είναι ο τύπος του μοσχεύματος που χρησιμοποιείται (συνθετικό ή φλεβικό). Τα συνθετικά μοσχεύματα πλεονεκτούν στο γεγονός ότι είναι πιο ανθεκτικά στη δημιουργία ελικώσεων, αλλά είναι πιο ευαίσθητα στην ανάπτυξη λοιμώξεων. Όσον αφορά στη θνητότητα και τη βατότητα των μοσχευμάτων, δεν έχει βρεθεί διαφορά μεταξύ των δύο τύπων μοσχευμάτων¹³. Η θέση και η έκταση της βλάβης, τα αγγεία που χρήζουν επαναιμάτωσης, η ασβέστωση της αορτής, η διαθεσιμότητα κατάλληλου φλεβικού μοσχεύματος ($\delta > 4$ χιλ.) και η προτίμηση του χειρουργού, αποτελούν τελικά τους καθοριστικούς παράγοντες επιλογής της κατάλληλης επέμβασης σε κάθε ασθενή εξατομικευμένα.

Η χειρουργική επέμβαση επαναιμάτωσης των σπλαχνικών αγγείων της αορτής, με συνθετικά ή φλεβικά μοσχεύματα, αποτελεί μια δύσκολη τεχνικά επέμβαση, αλλά με καλά αποτελέσματα, ιδιαίτερα σε ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 70 ετών, με αποφράξεις μεγάλου μήκους των σπλαχνικών αρτηριών και σημαντική ασβέστωση του τοιχώματός τους.

ABSTRACT

Surgical treatment of chronic mesenteric ischemic disease, by atheroscleromatic cause. Case reports and literature review.

Bakogiannis Chr¹, Psathas Emm², Tsekouras N³, Markatis F³, Georgopoulos S⁴, Bastounis I⁵

¹Lecturer of Vascular Surgery

²Resident of General Surgery

³Resident of Vascular Surgery

⁴Assistant Professor of Vascular Surgery

⁵Professor of Vascular Surgery

Introduction: *Chronic mesenteric ischemic disease is an unusual cause of chronic abdominal pain. Our experience from open surgical treatment of patients with this rare disease is presented, while a review of the relevant published studies is tried.*

Patients and methods: *During the period from 2006 to 2008, three patients of age 58-70 years old were referred to our department with clinical and radiological findings of chronic mesenteric ischemic disease. In all patients, at least 2 out of 3 splanchnic vessels (celiac artery, superior and inferior mesenteric artery)*

were occluded, with severe stenosis of the third. Open surgical revascularization was performed in all patients, in one patient by using an autologous vein graft and with the use of synthetic (Dacron) graft in the other two cases.

Results: Graft patency was examined with triplex ultrasound studies in 3, 6 and 12 months after surgery and/or CT angiography. All three patients had patent grafts and have regained their normal body weight during the follow up period.

Articles review: Immediate and late results, technical details and controversies in open surgical revascularization for chronic mesenteric ischemic disease are reviewed.

Conclusion-Discussion: Open surgical revascularization for chronic mesenteric ischemic disease is a technically challenging procedure with good results in patients younger than 70 years old, with large occlusion of the splanchnic vessels and severe calcification of the vessel wall.

Key words: *mesenteric ischemic disease, open revascularization, mesenteric occlusion, chronic abdominal pain.*

Διεύθυνση αλληλογραφίας

Μπακογιάννης Χρήστος, Λέκτορας Αγγειοχειρουργικής
Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Α' Χειρουργική Κλινική
Αγίου Θωμά 17, Γουδί
Τηλ: 210-7456457, 6944 771 545
Fax: 210-7771195
E-mail: bakogian@hotmail.com

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Park WM, Cherry KJ Jr, Chua HK, Clark RC, Jenkins G, Harmsen WS, Noel AA, Panneton JM, Bower TC, Hallett JW Jr, Gloviczki P. Current results of open revascularization for chronic mesenteric ischemia: a standard for comparison. *J Vasc Surg* 2002 May; 35(5):853-9.
2. Mateo RB, O'Hara PJ, Hertzner NR, Mascha EJ, Beven EG, Krajewski LP. Elective surgical treatment of symptomatic chronic mesenteric occlusive disease: early results and late outcomes. *J Vasc Surg* 1999; 29:821-31; discussion 832.
3. Kihara TK, Blebea J, Anderson KM, Friedman D, Atnip RG. Risk factors and outcomes following revascularization for chronic mesenteric ischemia *Ann Vasc Surg* 1999 Jan; 13(1):37-44.
4. Jimenez JG, Huber TS, Ozaki CK, Flynn TC, Berceli SA, Lee WA, Seeger JM. Durability of antegrade synthetic aortomesenteric bypass for chronic mesenteric ischemia. *J Vasc Surg* 2002 Jun; 35(6):1078-84. Erratum in: *J Vasc Surg* 2002 Sep; 36(3):548. Jimenez Javier G [corrected to Jimenez Jesus G].
5. Johnston KW, Lindsay TF, Walker PM, Kalman PG. Mesenteric arterial bypass grafts: early and late results and suggested surgical approach for chronic and acute mesenteric ischemia. *Surgery* 1995; 118:1-7.
6. Beebe HG, MacFarlane S, Raker EJ. Supraceliac aortomesenteric bypass for intestinal ischemia. *J Vasc Surg* 1987; 5:749-54.
7. Calderon M, Reul GJ, Gregoric ID, et al. Long-term results of the surgical management of symptomatic chronic intestinal ischemia. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1992; 33:723-8.
8. Rapp JH, Reilly LM, Qvarfordt PG, Goldstone J, Ehrenfeld WK, Stoney RJ. Durability of endarterectomy and antegrade grafts in the treatment of chronic visceral ischemia. *J Vasc Surg* 1986; 3:799-806.
9. Hollier LH, Bernatz PE, Pairolero PC, Payne WS, Osmundson PJ. Surgical management of chronic intestinal ischemia: a reappraisal. *Surgery* 1981; 90:940-6.
10. McAfee MK, Cherry KJ Jr, Naessens JM, et al. Influence of complete revascularization on chronic mesenteric ischemia. *Am J Surg* 1992; 164:220-4.
11. Cunningham CG, Reilly LM, Rapp JH, Schneider PA, Stoney RJ. Chronic visceral ischemia. Three decades of progress. *Ann Surg* 1991; 214:276-87; discussion 287-8.
12. Foley MI, Moneta GL, Abou-Zamzam AM JR, et al. Revascularization of the superior mesenteric artery alone for treatment of intestinal ischemia. *J Vasc Surg* 2000; 32:37-47.
13. Kruger AJ, Walker PJ, Foster WJ, Jenkins JS, Boyne NS, Jenkins J. Open surgery for atherosclerotic chronic mesenteric ischemia. *J Vasc Surg* 2007; 46:941-945.

Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση ως πρώτη εκδήλωση κακοηθειών: Εμπειρία τριών ετών

Γ. Καστρήσιος, Σ. Γούλας, Γ. Παπαχαλαράμους, Γ. Σκούρτης, Σ. Μακρής,
Α. Ψύλλας, Ι. Αντωνίου, Χ. Μαλτέζος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι γνωστό πως οι ασθενείς με κακοήθεις όγκους έχουν μεγαλύτερη επίπτωση θρομβο-εμβολικής νόσου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και έχουν δοθεί πολλές ερμηνείες για το φαινόμενο. Επομένως, ο καρκίνος θεωρείται ένας παράγοντας κινδύνου για φλεβική θρόμβωση. Αντίστροφα, η φλεβική θρόμβωση μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση μίας κακοήθειας, η οποία ήταν αδιάγνωστη. Σε αυτό το πλαίσιο, στην Κλινική μας, πέρα από τη διάγνωση και αντιμετώπιση της φλεβικής θρομβώσεως, εφαρμόζουμε ένα πρωτόκολλο διερεύνησης που περιλαμβάνει λεπτομερές ιστορικό και κλινική εξέταση, εργαστηριακό έλεγχο, συμπεριλαμβανομένων των καρκινικών δεικτών, CT αγγειογραφία πνευμονικής για ανίχνευση πνευμονικής εμβολής, καθώς και CT θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας.

Στην τριετία 2005-2007, νοσηλεύσαμε στην Κλινική μας 176 ασθενείς (81 άνδρες και 95 γυναίκες), με μέσο όρο ηλικίας τα 61 έτη, που έπασχαν από φλεβοθρόμβωση και δεν είχαν στο ιστορικό τους γνωστό καρκίνο. Από τους ασθενείς αυτούς το 55,1% είχε λαγονομηριαία φλεβική θρόμβωση, ενώ το 30,1% θρόμβωση στην ιγνυακή ή τις κνημιαίες φλέβες. Ο έλεγχος στους ασθενείς αυτούς ανέδειξε πνευμονική εμβολή σε 31 περιπτώσεις (17,6%) και κακοήθεις όγκους σε 27 περιπτώσεις (15,3%). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αντιπηκτική αγωγή και παρουσίασαν βελτίωση. Δεν είχαμε κανένα θάνατο από πνευμονική εμβολή στους ασθενείς μας. Σε εκείνους τους ασθενείς που διαγνώστηκε καρκίνος κλήθηκαν οι ειδικοί ιατροί κατά περίπτωση.

Το συμπέρασμα από τη μελέτη αυτής της σειράς ασθενών και τη σύγκρισή τους με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας είναι πως η μελέτη με CT των ασθενών αυτών δικαιολογεί το κόστος της εξέτασης, καθώς αναδεικνύει παθολογικά ευρήματα σε σημαντικό ποσοστό και προσφέρει την πιο σύντομη διάγνωση κι επομένως στην ταχύτερη θεραπεία και την καλύτερη έκβαση της νόσου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γνωστό από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι ένας από τους παράγοντες κινδύνου για τη θρομβοεμβολική νόσο είναι η ύπαρξη νεοπλασίας. Οι ασθενείς με γνωστά κακοήθη νεοπλάσματα θεωρούνται υψηλότερου κινδύνου για εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή από το γενικό πληθυσμό. Κατά τη νοσηλεία ασθενών όμως, που εισάγονται σε μια Αγγειοχειρουργική Κλινική για επείγουσα αντιμετώπιση θρομβοεμβολικής νόσου, παρουσιάζεται σε αρκετές περιπτώσεις και το αντίστροφο, να γίνεται δηλαδή κατά την κλινική εξέταση ή κατά τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο η διάγνωση κακοηθειών, οι οποίες έως τότε παρέμεναν αδιάγνωστες.

Σε αυτό το πλαίσιο, στην κλινική μας, μετά την εισαγωγή ενός ασθενούς με εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση σε επείγουσα βάση και την έναρξη της αντιπηκτικής αγωγής, προχωρούμε σε μια πλήρη διερεύνηση του ασθενούς, με σκοπό την ανίχνευση των αιτιών της θρόμβωσης, η οποία μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση μιας νεοπλασίας. Αυτή η διερεύνηση προτείνεται σε αρκετές αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία¹.

Η τεχνολογία της ελικοειδούς υπολογιστικής τομογραφίας (spiral CT) αποτελεί ένα σημαντικό διαγνωστικό βοήθημα στην προσπάθεια αυτή, καθώς γίνεται ταυτόχρονα η διερεύνηση για τη συνύπαρξη ή όχι πνευμονικής εμβολής (αρτηριογραφία πνευμονικών αρτηριών) και η εξέταση του θώρακα και της κοιλίας για τυχόν συνυπάρχοντες όγκους ή επιπλοκές (π.χ. δευτεροπαθείς εντοπίσεις ήδη γνωστών όγκων).

Στην παρούσα ανάλυση, παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα αυτής της διερεύνησης κατά την τριετία 2005-2007 στους ασθενείς που νοσηλεύσαμε με εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση και αναλύουμε όλη τη μεθοδολογία μας για τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών αυτών.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στην τριετία 2005-2007 εισήχθησαν εκτάκτως και νοσηλεύτηκαν 197 ασθενείς με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση που εντοπιζόταν στα άνω ή τα κάτω άκρα. Η διάγνωση των ασθενών αυτών βασίστηκε στο έγχρωμο υπερηχογράφημα (Duplex scan) φλεβών των άκρων, που διεξήχθη κάθε φορά μετά από την κλινική εξέταση του ασθενούς. Επιβουλητικά και επιβεβαιωτικά της διάγνωσης, στους παραπάνω ασθενείς έγινε εργαστηριακός προσδιορισμός των δ-διμερών (d-dimers).

Από τους ασθενείς αυτούς 21 έπασχαν από ήδη γνωστή κακοήθη νεοπλασία και μολονότι διερευνήθηκαν

πλήρως όπως και οι άλλοι ασθενείς, εξαιρέθηκαν από την παρούσα ανάλυση, δεδομένου ότι η διάγνωση του όγκου προϋπήρξε και η διερεύνηση είχε την έννοια του ελέγχου, της σταδιοποίησης και παρακολούθησης του ασθενούς. Οι 21 αυτοί ασθενείς είχαν ήδη υποβληθεί σε κάποια θεραπεία για το νεόπλασμα (χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοβολία ή συνδυασμούς αυτών).

Οι υπόλοιποι 176 ασθενείς, των οποίων παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα του ελέγχου, ήταν 81 άνδρες και 95 γυναίκες που παρουσίαζαν είτε πρωτοπαθή εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, είτε φλεβοθρόμβωση μετά από τραυματισμούς και ορθοπαδικές επεμβάσεις. Η μέση ηλικία τους ήταν 61 έτη και εισήχθησαν, σχεδόν στο σύνολό τους, στην Κλινική στη διάρκεια των εφημεριών, εκτός από αυτούς που διακομίσθηκαν από Ορθοπαδικές κλινικές του Νοσοκομείου μας. Από τους ασθενείς αυτούς, η συντριπτική πλειονότητα είχε θρόμβωση στα κάτω άκρα (150 ασθενείς, 85,2%). Σε αυτούς τους ασθενείς η θρόμβωση εντοπιζόταν στον λαγονομηριαίο άξονα σε 97 περιπτώσεις (55,1%), ενώ σε 53 περιπτώσεις (30,1%) εντοπιζόταν περιφερικότερα, στην ιγνυακή ή τις κνημιαίες φλέβες. Οι θρομβώσεις στα άνω άκρα αντιπροσώπευαν μόλις το 14,8% των περιπτώσεων.

Αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου και την εισαγωγή άρχισε τόσο η πλήρης διαγνωστική διερεύνηση όσο και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Μετά από ενδελεχή λήψη ιστορικού και κλινική εξέταση των ασθενών διενεργούνταν ο βασικός έλεγχος.

Ο βασικός έλεγχος των ασθενών αυτών περιελάμβανε:

1. Γενική αίματος (λευκά, αιματοκρίτης, ερυθροκυτταρικοί δείκτες, αιμοπετάλια).
2. Βιοχημικό έλεγχο (σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, ηπατικά ένζυμα, ηλεκτρολύτες, ουρικό οξύ, λιπιδαιμικό profile).
3. Προσδιορισμό καρκινικών δεικτών: CEA, CA15.3, CA 125, CA 19-9, PSA (σε άνδρες), β-HCG (επί κλινικών ενδείξεων).
4. Έλεγχο ηπηκτικότητας (PT, aPTT, INR) και δ-διμερή (d-dimers).
5. Καρδιολογική εκτίμηση με ΗΚΓ.
6. Ακτινογραφία θώρακος.
7. CT πνευμόνων για πνευμονική εμβολή (spiral) και CT άνω-κάτω κοιλίας για ανίχνευση νεοεξεργασιών, οι οποίες διεξήχθησαν τη 2^η ή 3^η ημέρα από την εισαγωγή.

Σε ένα μικρό αριθμό από αυτούς τους ασθενείς, που εισήχθησαν σε πρωινές ώρες, ήταν δυνατή και η διενέργεια κάποιων εξετάσεων θρομβοφιλικού ελέγχου



Εικόνα 1. Ακτινογραφία ασθενούς με λαγονομηριαία φλεβική θρόμβωση δεξιά, όπου φαίνεται Ca στο δεξιό πνεύμονα που δεν ήταν έως τότε γνωστό.



Εικόνα 2. CT που δείχνει Ca ενδομητρίου σε ασθενή που είχε ως πρώτη εκδήλωση τη λαγονομηριαία φλεβική θρόμβωση αριστερά.

(πρωτεΐνη C, πρωτεΐνη S, αντιθρομβίνη III) προ της έναρξης της αντιπηκτικής αγωγής. Για τους υπόλοιπους ο έλεγχος ανεβλήθη για αργότερα, μετά το πέρας της αντιπηκτικής αγωγής.

Σχετικά με την αρχική αντιπηκτική αγωγή δεν υπήρξε η ίδια αντιμετώπιση, αλλά χρησιμοποιήθηκαν κλασική ηπαρίνη (UFH), μικρού μοριακού βάρους ηπαρίνη (LMWH) ή πεντασακχαρίτης (fondaparinux). Πιο συγκεκριμένα, 45 ασθενείς (25,5%) έλαβαν ενδοφλέβιο ηπαρίνη με ρύθμιση της δοσολογίας αναλόγως του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης. 115 ασθενείς (65,3%) έλαβαν υποδορίως μικρού μοριακού βάρους ηπαρίνη (ενοξαπαρίνη). Μικρότερος ήταν ο αριθμός των ασθενών (16 ή 9,1%) που έλαβαν υποδορίως fondaparinux σε θεραπευτική δόση 7,5mg ημερησίως (ή 10mg ημερησίως εκείνοι που ξεπερνούσαν τα 100 κιλόγραμμα σωματικού βάρους.). Η χρήση του πεντασακχαρίτη έγινε κυρίως στους ασθενείς που κατά την εισαγωγή τους παρουσίαζαν σχετικά χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων (περί τις 100.000/μl).

Μετά τη δεύτερη ημέρα της νοσηλείας, στους 157 από τους ασθενείς μας (89,2%) χορηγήθηκε ασενοκουμαρόλη (Sintrom), παράλληλα με το ενέσιμο αντιπηκτικό και με παράλληλη παρακολούθηση του INR. Όταν το INR έφτασε σε θεραπευτικά επίπεδα (μεταξύ 2 και 3) διακόπηκε το ενέσιμο αντιπηκτικό και για τον υπόλοιπο χρόνο της θεραπείας (6 μήνες επί θρομβώσεως χωρίς Π. Ε. και 1 έτος επί Π. Ε.) οι ασθενείς έλαβαν από του στόματος αντιπηκτικά. Στους υπόλοιπους 19 ασθενείς,

που ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 80 ετών και παρουσίαζαν κινητικές δυσκολίες (επομένως δυσχέρεια στη διεξαγωγή των τακτικών μετρήσεων του χρόνου προθρομβίνης μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο), συνεχίστηκε η υποδόρια μικρού μοριακού βάρους ηπαρίνη για όλο το χρονικό διάστημα της θεραπείας, η οποία ήταν η ίδια όπως και στην περίπτωση της από του στόματος αγωγής. Όλοι οι ασθενείς παρέμειναν κλινήρεις για 6 ημέρες, ενώ για την κινητοποίηση των ασθενών με φλεβική θρόμβωση των κάτω άκρων την έβδομη ημέρα εφαρμόστηκε πρώτα ελαστική κάλτσα. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 8 ημέρες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η έγκαιρη διάγνωση και έναρξη της θεραπείας για την πάθηση φαίνεται πως ήταν πολύ σημαντική για την καλή έκβαση της πορείας της νόσου. Όλοι οι ασθενείς εξήλθαν με βελτίωση τόσο της κλινικής εικόνας, όσο και των απεικονιστικών ευρημάτων στον επανέλεγχο (υπερηχογράφημα Duplex στους ασθενείς με μόνο θρόμβωση και CT πνευμόνων στις περιπτώσεις πνευμονικής εμβολής). Δε σημειώθηκε κανένας θάνατος στους ασθενείς αυτούς, ενώ δεν υπήρξαν άλλες επιπλοκές. Σε μία περίπτωση, λόγω της έντονης τάσης του οιδήματος στη γαστροκνημία, έγιναν σχάσεις στα διαμερίσματα της κνήμης, οι οποίες συγκλείστηκαν προ της εξόδου του ασθενούς.

Ο κλινικοεργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγ-

Πίνακας 1. Τα αποτελέσματά μας αναλυτικά

Εντόπιση της θρόμβωσης	Αριθμός ασθενών	Π. Ε.	Ca
Θρόμβωση στις λαγόνιες-μηριαίες φλέβες	97	18	14
Θρόμβωση στις ιγνυακές φλέβες	50	11	10
Θρόμβωση στις φλέβες της γαστροκνημίας	3	-	1
Θρόμβωση στα άνω άκρα	26	2	2

Όπου Π.Ε.: πνευμονική εμβολή και Ca: κακοήθης νεοπλασία

χος στους 176 ασθενείς ανέδειξε σημαντικό ποσοστό πνευμονικής εμβολής. Η CT πνευμόνων έδειξε ότι 31 από τους ασθενείς αυτούς είχαν πνευμονική εμβολή, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις (23 στις 31) ήταν τελείως ασυμπτωματική. Στους ασθενείς αυτούς έγινε παρακολούθηση των αερίων αίματος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, η οποία πιστοποιήθηκε με επαναληπτική spiral CT λίγο πριν από την έξοδό τους. Η διάρκεια της θεραπείας στις περιπτώσεις αυτές ήταν ένα έτος.

Ο προσδιορισμός καρκινικών δεικτών, οι ακτινογραφίες θώρακος και CT πνευμόνων άνω και κάτω κοιλίας ανέδειξαν την ύπαρξη κακοήθων νεοπλασμάτων, μη γνωστών έως τότε σε 27 περιπτώσεις (15,3%). Οι νεοπλασίες που διαγνώστηκαν ήταν Ca πνεύμονος (Εικόνα 1), διάφοροι όγκοι του γαστρεντερικού συστήματος, όγκοι των έσω και έξω γεννητικών οργάνων (Εικόνα 2), σαρκώματα και σε μία περίπτωση Ca θυρεοειδούς αδένος.

Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι το εύρημα στις πνευμονικής εμβολής στην υπολογιστική τομογραφία συνδυάστηκε με τη διάγνωση όγκου σε 5 περιπτώσεις ασθενών (2,8% επί του συνόλου ή 18,5% επί των διαγνωσθέντων με όγκο ασθενών). Τα ευρήματά μας σε σχέση με την εντόπιση της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης φαίνονται στον Πίνακα 1.

Από τη μελέτη αυτού του πίνακα προκύπτει ότι στην περίπτωση των λαγονομηριαίων θρομβώσεων είχαμε 18,5% πνευμονική εμβολή και 14,4% νεοπλασίες, ενώ στην περίπτωση των θρομβώσεων ιγνυακής φλεβός είχαμε 22% πνευμονικές εμβολές (όλες ασυμπτωματικές) και 20% διάγνωση κακοήθων όγκων. Αυτό το εύρημα μάς οδηγεί στη θεώρηση ότι η θρόμβωση της ιγνυακής φλέβας δεν είναι μικρότερης σημασίας, συγκρινόμενη με τις άλλες φλεβικές θρομβώσεις του λαγονομηριαίου άξονα.

Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι αναλόγως της θέσης και της έκτασης της κακοήθους νόσου που εντοπίστηκε, εκλήθη κάθε φορά ο ειδικός κατά περίπτωση συνάδελφος (γενικός χειρουργός, θωρακοχειρουργός, ογκολόγος), για να δώσει τη συμβουλή του στην πρώτη αντιμετώπιση και να προγραμματίσει τον περαιτέρω έλεγχο και θεραπεία του ασθενούς. Οι ασθενείς που λάμβαναν από του στόματος αντιπηκτική αγωγή και έπρεπε να χειρουργηθούν τη διέκοψαν για το χρονικό διάστημα της επέμβασης και καλύφθηκαν με ηπαρίνη μικρού μοριακού βάρους. Μετά τη χειρουργική επέμβαση επέστρεψαν στην από του στόματος αγωγή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Είναι γνωστό πως ο καρκίνος είναι ένας προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου για φλεβική θρόμβωση^{2,3}. Ακολουθώντας μια κλασική ταξινόμηση του κινδύνου θρομβοεμβολικής νόσου από τον Verstraete⁴ (1997), οι νοσηλεύμενοι ασθενείς με κακοήθη νόσο είναι μέσου κινδύνου (κίνδυνος για λαγονομηριαία φλεβική θρόμβωση 2-4% και κίνδυνος για πνευμονική εμβολή 0,2-0,5%). Σε περίπτωση όμως μείζονος χειρουργικής επεμβάσεως για τον καρκίνο οι ασθενείς αυτοί μετατρέπονται σε υψηλού κινδύνου (λαγονομηριαία φλεβική θρόμβωση 10-20% και πνευμονική εμβολή 1-5%). Στο υλικό μας, όπως έχουμε ήδη αναφερθεί, είχαμε σε 15,3% των ασθενών διάγνωση κακοήθειας. Εάν προσθέταμε και τους 21 ασθενείς με τη γνωστή κακοήθεια, τότε θα είχαμε μία αναλογία 24,3% (περίπου 1 σε κάθε 4 ασθενείς).

Η ερμηνεία του φαινομένου είναι σύνθετη και έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες^{5,6}. Κυριότερες αιτίες φαίνεται να είναι:

1. η πίεση που δέχονται τα φλεβικά δίκτυα από τους

- όγκους, ιδιαίτερα όταν αυτοί εντοπίζονται στην πύελο.
2. η ακινητοποίηση στην οποία υποβάλλονται συχνά οι ασθενείς αυτοί και οι μείζονες επεμβάσεις που απαιτούνται για τη θεραπεία τους.
 3. παράγοντες και ουσίες παραγόμενες από τους όγκους (ινωδογόνο και παράγοντες VII, VIII, IX και XII) προάγουν την πηκτικότητα του αίματος και αναστέλλουν την ινωδογονόλυση (παρνεοπλασματικά σύνδρομα).

Το γεγονός αυτό οδηγεί αρκετούς συγγραφείς στο να προτείνουν μεθοδολογίες διερεύνησης των ασθενών που νοσηλεύονται για φλεβοθρόμβωση. Σε μία σειρά, οι Oktar και συν. (2007) πρότειναν μία διερεύνηση βασισμένη στους υπερήχους σώματος¹. Μια διερεύνηση με υπερηχογραφικό έλεγχο έχει το πλεονέκτημα του μικρότερου κόστους, αλλά η ευρεθείσα στο υλικό μας αναλογία διάγνωσης κακοηθειών είναι σαφώς μεγαλύτερη ($p < 0,05$). Παρά το μεγαλύτερο κόστος της ελικοειδούς υπολογιστικής τομογραφίας, το όφελος για τον ασθενή είναι σαφώς μεγαλύτερο, καθώς είναι δυσκολότερο κάποια νεοπλασία να διαλάθει της διάγνωσης. Την πλεονεκτική αυτή θέση της spiral CT υποστηρίζουν και άλλες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία⁷.

Άλλοι συγγραφείς προτείνουν ότι η τιμή των δ-διμερών (d-dimers) είναι ενδεικτική της ύπαρξης καρκίνου, όταν είναι ιδιαίτερα αυξημένη⁸. Η δική μας εμπειρία έδειξε ότι δε μπορούμε να βγάλουμε ασφαλή συμπεράσματα από την τιμή των d-dimers, ούτε για πνευμονική εμβολή, ούτε για κακοήθεια, καθώς η τιμή τους επηρεάζεται από πολλές καταστάσεις (φλεγμονές, αιμορραγίες).

Τα αποτελέσματά μας έδειξαν επίσης ότι οι φλεβικές θρομβώσεις στην ιγνυακή φλέβα και τις φλέβες των άνω άκρων δεν είναι άμοιρες κινδύνου για πνευμονική εμβολή και σαφώς μπορεί να υποκρύπτουν κάποια νεοπλασία. Σε κάποιες μελέτες υποστηρίζεται μάλιστα πως οι θρομβώσεις στα άνω άκρα υποκρύπτουν μεγαλύτερα ποσοστά νεοπλασίας από ό,τι εκείνες των κάτω άκρων⁹. Στη δική μας μελέτη δε μπορούμε να υποστηρίξουμε κάτι τέτοιο, καθώς η αναλογία διάγνωσης καρκίνου στις θρομβώσεις των άνω άκρων ήταν μόλις 7,6%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Συμπερασματικά θα μπορούσε να υποστηριχτεί πως όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύονται με φλεβική θρόμβωση θα πρέπει να υποβάλλονται σε ενδελεχή κλινικοεργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο με CT θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας με σκοπό την ανεύρεση τυχόν άγνωστης έως τότε κακοήθειας. Η διάγνωση αυτή, όταν γίνεται γρήγορα, αποτελεί και μια προϋπόθεση

για την έγκαιρη έναρξη θεραπείας και την καλύτερη έκβαση της νόσου.

Αυτή η διαπίστωση μπορεί να δικαιολογήσει και τη μεγαλύτερη προσπάθεια από πλευράς των θεραπόντων ιατρών και το σχετικά αυξημένο κόστος.

ABSTRACT

Deep vein thrombosis as a first manifestation of occult malignancies: a three years experience

Kastrisios G, Goulas S, Papacharalambous G, Skourtis G, Makris S, Psyllas A, Antoniou I, Maltezos Ch.

Vascular Surgery Clinic of KAT General Hospital

Background: It is well known that the incidence of deep vein thrombosis is high in patients with cancer. On the other hand the wide availability of the spiral CT scan made easier the diagnosis of occult malignancies in patients hospitalised for DVT.

Aims: In this study we shall present the screening methods of our Clinic for the diagnosis of either pulmonary embolism or cancer in patients hospitalised for deep vein thrombosis.

Methods: In the last three years (2005-2007) 176 patients without known malignancy were referred to our Clinic suffering from idiopathic DVT or DVT of known traumatic etiology. 97 patients (55.1%) had a proximal thrombosis, while 53 (30.1%) had a distal venous thrombosis in the lower limb. The diagnosis was established always by ultrasound. The investigation of the patients contained the medical history, blood tests, chest X-ray as well as a spiral CT scan of the chest and the abdomen .

Results: In 31 (17.6%) patients a pulmonary embolism was diagnosed. In 27 (15.3%) patients an occult malignancy was found. The percentage of occult cancer in the patients with thrombosis of the popliteal vein was higher compared to the patients with proximal vein thrombosis (20% and 14.4% respectively). The patients with popliteal DVT had also a high percentage of asymptomatic pulmonary embolism .

Conclusions: The above mentioned frequencies showed us that such an investigation should be made in all cases and that spiral CT scan is sensitive and cost-

effective. The patients derive a great benefit from the early diagnosis and treatment.

Key words: *Deep vein thrombosis (DVT), pulmonary embolism (PE), occult malignancies, spiral CT scan.*

Διεύθυνση αλληλογραφίας

Σωτήριος Χ. Γούλας, Ιατρός
Δημοκρατίας 19, 153 43, Αγία Παρασκευή
Τηλ. 210 7794564, 210 6280243, 6977 153961
e-mail: sotos_gama@yahoo.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Oktar GL, Ergul EG, Kiziltepe U. Occult malignancy in patients with venous thromboembolism: risk indicators and a diagnostic screening strategy. *Phlebology*. 2007; 22(2):75-9.
2. Bastounis EA, Karayiannakis AJ, Makri GG, Alexiou D, Papalambros EL. The incidence of occult cancer in patients with deep venous thrombosis: a prospective study. *J Intern*

3. Montreal M, Lafoz E, Casals A, Inaraja L, Montserrat E, Callejas JM, Martorell A. Occult cancer in patients with deep venous thrombosis. A systematic approach. *Cancer*. 1991 Jan 15; 67(2):541-5.
4. Verstraete M. Prophylaxis of venous thromboembolism. *BMJ* 1997 Jan 11; 314(7074):123-125.
5. Moser KM. Venous thromboembolism. *Am Rev Respir Dis*. 1990, 141:235. 1990.
6. Ahmed Z, Mohyuddin Z. Deep vein thrombosis as a predictor of cancer. *Angiology*. 1996 Mar; 47(3):261-5.
7. Bierry G, Holl N, Kellner F, Riehm S, Roedlich MN, Greget M, Veillon F. Venous thromboembolism and occult malignancy: simultaneous detection during pulmonary CT angiography with CT venography. *AJR Am J Roentgenol*. 2008 Sep; 191(3):885-9.
8. Schutgens RE, Beckers MM, Haas FJ, Biesma DA. The predictive value of D-dimer measurement for cancer in patients with deep vein thrombosis. *Haematologica*. 2005 Feb; 90(2):214-9.
9. Girolami A, Prandoni P, Zanon E, Bagatella P, Girolami B. Venous thromboses of upper limbs are more frequently associated with occult cancer as compared with those of lower limbs. *Blood Coag Fibrinolysis*. 1999. Dec; 10(8):455-7.



ΚΑΤΡΑΚΗ ΒΑΣΩ
(1914-1988)
«Άνεργος στο μου-
ράγιο», 1950,
13x9 εκ.
ΞΥΛΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ενδαγγειακή αντιμετώπιση εκτεταμένων ελκών αρτηριακής και φλεβικής αιτιολογίας σε ασθενή υψηλού κινδύνου

Δ. Χριστόπουλος, Γ. Πιτούλιας, Μ. Ταχτσή, Ι. Βλαχάκης, Π. Φύκατας,
Δ. Παπαδημητρίου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο συμπίεσης της αριστεράς λαγόνιου φλέβας, ή σύνδρομο May-Thurner/Cockett, είναι σχετικά σπάνιο και εκδηλώνεται με συμπτωματολογία φλεβικής στάσης ή θρόμβωσης. Παρουσιάζεται ασθενής 72 ετών υπέρτασική και παχύσαρκη, με εκτεταμένα υποτροπιάζοντα έλκη από 30ετίας παρά τη συντηρητική αγωγή και τις πολλαπλές αυτομεταμοσχεύσεις δέρματος. Η τελευταία υποτροπή έγινε μετά από επεισόδιο οξείας λεμφαγγειίτιδος. Κατά τη διερεύνηση, διαγνώστηκε το σύνδρομο συμπίεσης της αριστεράς λαγόνιου φλέβας, καθώς και πλήρης απόφραξη της αριστεράς ιγνυακής αρτηρίας. Και οι δύο παθήσεις αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με ενδαγγειακές τεχνικές. Τα έλκη επουλώθηκαν πλήρως μετά από αυτομεταμόσχευση δέρματος.

Όροι ευρητηρίου: Σύνδρομο συμπίεσης της αριστεράς λαγόνιου φλέβας, ενδαγγειακή αποκατάσταση, υπενδοθηλιακή αγγειοπλαστική.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες η ανάπτυξη των ενδαγγειακών τεχνικών αντικατέστησε τη θεραπευτική προσέγγιση σε σημαντικό αριθμό ασθενών. Ανάλογα με τη βαρύτητα των βλαβών, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι ισότιμα ή υποδεέστερα της κλασικής χειρουργικής, επιτυγχάνονται όμως με σημαντικά μικρότερη νοσηρότητα και θνητότητα, πράγμα που μας δίνει τη δυνατότητα να θεραπεύουμε ασθενείς υψηλού κινδύνου με σημαντικά λιγότερες επιπλοκές.

Τα τελευταία χρόνια, πέρα από τις καθιερωμένες ενδαγγειακές τεχνικές, η ανάπτυξη της υπενδοθηλιακής αγγειοπλαστικής στις αρτηρίες¹⁻³ και της αγγειοπλαστικής στις κεντρικές φλέβες⁴ έχουν επεκτείνει σημαντικά τις θεραπευτικές μας δυνατότητες.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Πρόκειται για ασθενή 72 ετών, παχύσαρκη (ύψος 150cm, βάρος 82kg, BMI 36,4),



Εικόνα 1. Εκτεταμένα σπηπικά έλκη αριστεράς κνήμης πριν (A) και μετά (B) από ενδαγγειακή θεραπεία και αυτομεταμόσχευση δέρματος. Παρατηρήστε την υποχώρηση του οιδήματος.

υπερτασική με εκτεταμένα έλκη που καλύπτουν το κατώτερο ήμισυ της αριστεράς κνήμης (εικόνα 1α).

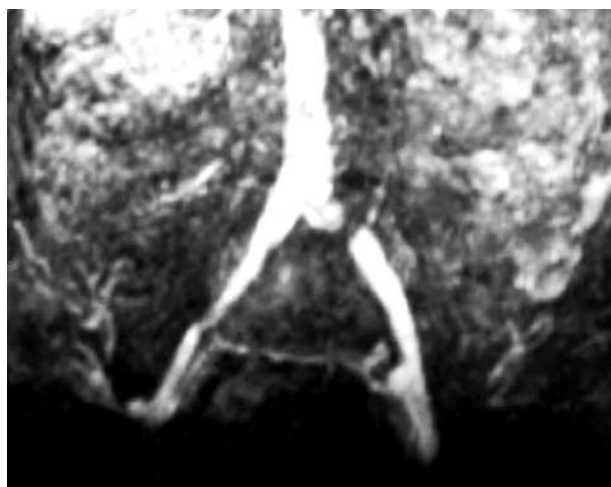
Στο ιστορικό της αναφέρονται έλκη κνημών από 30ετίας που αντιμετωπιζόνταν συντηρητικά. Αναφέρονται αυτομεταμοσχεύσεις δέρματος, 4 φορές συνολικά, διότι τα έλκη υποτροπιάζαν. Η τελευταία επιτυχής μεταμόσχευση είχε γίνει προ 12ετίας. Έκτοτε η ασθενής έφερε ελαστικά ποδιά και τα έλκη δεν υποτροπιάζαν. Δεν υπάρχει ιστορικό διαλείπουσας χωλότητας ή εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης.

Τρεις μήνες προ της εισαγωγής της, η ασθενής παρουσίασε οξύ οίδημα κνημών, λόγω οξείας λεμφαγγειίτιδος. Η φλεγμονή είχε σαν αποτέλεσμα τη νέκρωση της επιδερμίδος στο κατώτερο ήμισυ της αριστεράς κνήμης και τη δημιουργία του εκτεταμένου έλκους.

Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε απουσία σφύξεων και δείκτες πίεσεως 0,8 δεξιά και 0,4 αριστερά, στο εξελκωμένο κάτω άκρο. Λοιπός εργαστηριακός έλεγχος χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα πλην λευκοκυττάρωσης. Καλλιέργειες από τα έλκη ανέδειξαν *Klebsiella* και *E.coli*.

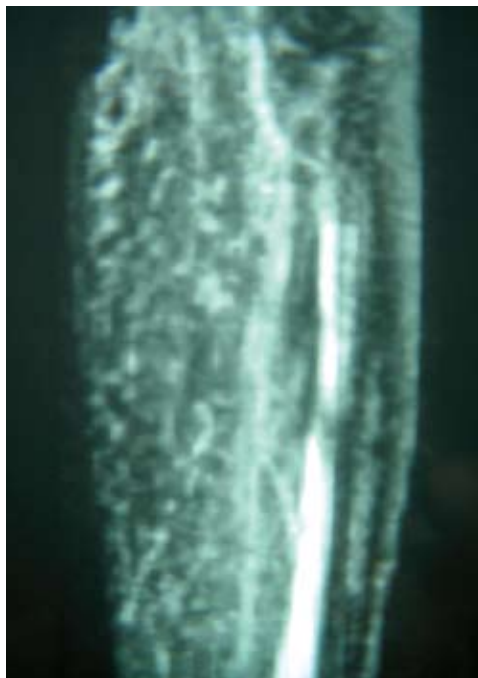
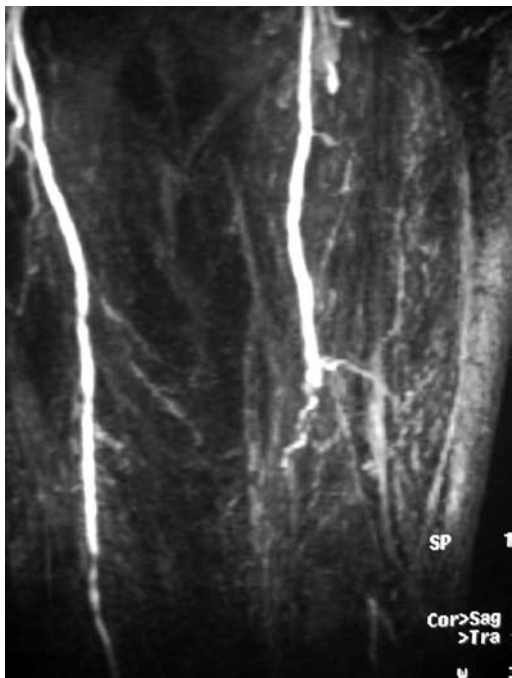
Η μαγνητική φλεβογραφία ανέδειξε δακτυλιοειδή στένωση της αριστεράς κοινής λαγόνιου φλέβας (εικόνα 2) και η μαγνητική αρτηριογραφία απόφραξη της αριστεράς ιγνυακής αρτηρίας από τον πόρο των προσαγωγών μέχρι το ύψος του γόνατος (εικόνα 3).

Αρχικά, έγινε συντηρητική αγωγή με κλινοστατισμό σε ανάρροπο θέση των σκελών, τοπική περιποίηση των ελκών και ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών (*ciproxacin* και κατόπιν *amicacin*, σύμφωνα με τις καλλιέργειες). Μετά την ολοκλήρωση των διαγνωστικών εξετάσεων



Εικόνα 2. Μαγνητική φλεβογραφία που αναδεικνύει τη δακτυλιοειδή στένωση της αριστεράς κοινής λαγόνιου φλέβας.

και τη βελτίωση της γενικής κατάστασης, η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου έγινε καθετηριασμός της επιπολής μηριαίας αρτηρίας, μετά από παρασκευή του αγγείου στο άνω τριτημόριο του μηρού και διενεργήθηκε αγγειογραφία, η οποία ανέδειξε την απόφραξη της αριστεράς ιγνυακής αρτηρίας από τον πόρο των προσαγωγών μέχρι το ύψος του γόνατος (εικόνα 4). Χρησιμοποιώντας υδρόφιλο οδηγό σύρμα (Terumo), έγινε διαχωρισμός σε όλο το μήκος της απόφραξης. Το σύρμα επανήλθε στον αυλό στην ιγνυακή αρτηρία κάτωθεν του γόνατος. Επακολούθησε διαστολή με μπαλόνι 6mm. Αρτηριογραφικός έλεγχος έδειξε πλήρη βατότητα της ιγνυακής αρτηρίας καθώς και της περονιαίας και



Εικόνα 3. Μαγνητική αγγειογραφία που αναδεικνύει την απόφραξη της αριστεράς λαγονίου φλέβας από τον πόρο των προσαγωγών μέχρι το ύψος του γόνατος.

οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας (εικόνα 5).

Η μηριαία φλέβα παρακεντήθηκε στη βουβωνική περιοχή και έγινε φλεβογραφία η οποία ανέδειξε μερική απόφραξη της αριστεράς λαγονίου φλέβας και ανάπτυξη παράπλευρου δικτύου (εικόνα 6). Έγινε διεκβολή υδρόφιλου οδηγού σύρματος προς την κάτω κοίλη φλέβα και ακολούθησε αγγειοδιαστολή με μπαλόνι και νάρθηκα (Baloon expandable stainless steel stent omnilink 10/38). Φλεβογραφικός έλεγχος έδειξε ικανοποιητική βεβαιότητα της κοινής λαγονίου και «εξαφάνιση» του παράπλευρου δικτύου (εικόνα 7).

Μετά τις ενδαγγειακές παρεμβάσεις υπήρξε βελτίωση του κνημοβραχιόνιου δείκτη πίεσεως από 0,4 σε 0,9 και θεαματική υποχώρηση του οιδήματος. Το έλκος άρχισε να σαρκοφυεί και όταν η τοπική κατάσταση κρίθηκε ικανοποιητική έγιναν αυτομεταμοσχεύσεις δέρματος. Η επούλωση των ελκών ήταν πλήρης (εικόνα 1β).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το σύνδρομο συμπίεσης της αριστεράς λαγονίου φλέβας αναφέρεται για πρώτη φορά το 1908 από τον Mc Murrich⁵. Ωστόσο, η πλήρης περιγραφή του συνδρόμου έγινε από τους May και Thurner⁶ και κυρίως τον Cockett⁷.

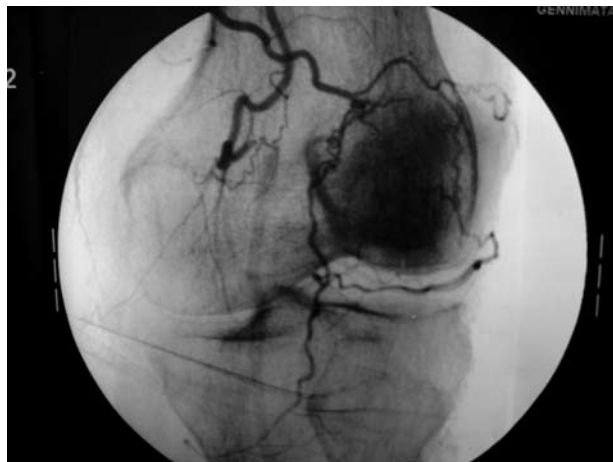
Εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες 20-30 ετών και είναι σχετικά σπάνιο⁸. Συνήθως η στένωση στην κεντρι-

κή μοίρα της αριστεράς λαγονίου φλέβας προκαλείται από τη συμπίεσή της από τη δεξιά λαγονία αρτηρία και προκαλεί βλάβες τοπικά (διαφραγμάτια, υμμένα), που εκτός από τη στένωση μπορεί να προκαλέσουν θρόμβωση της φλέβας^{8,9}. Σε ποσοστό 15%, εμφανίζεται και στένωση της αριστεράς έξω λαγονίου φλέβας και σπανιότερα στένωση των δεξιών λαγονίων φλεβών¹⁰. Καλοήθεις ή κακοήθεις όγκοι, κύστεις, ανευρύσματα ή οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση μπορεί επίσης να συμπίεσουν τη φλέβα και απαιτείται διαφοροδιάγνωση⁸.

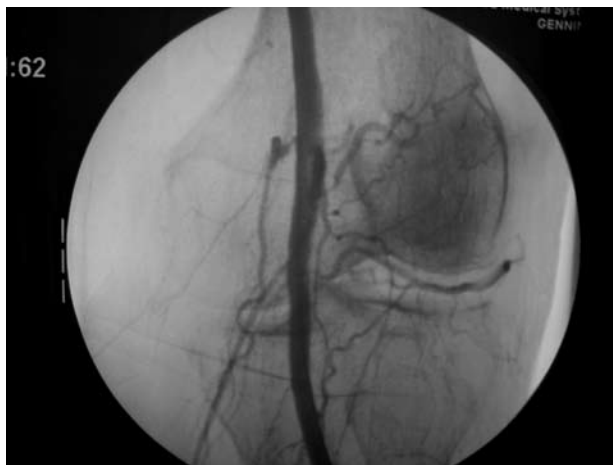
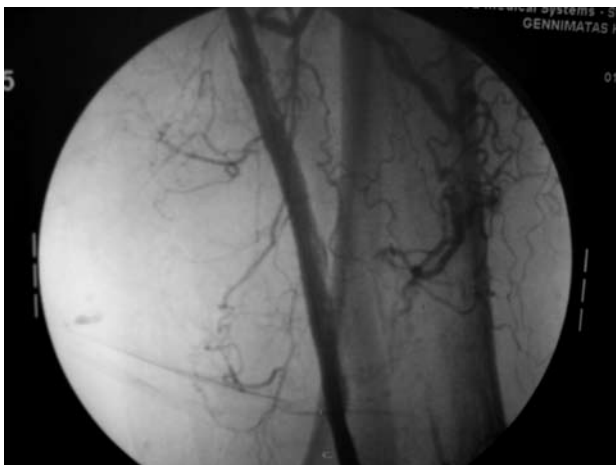
Η αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι επεμβατική¹¹. Έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφορες μέθοδοι, όπως η ενδοφλεβεκτομή με εκτομή δακτυλίων και υμενίων και σύγκλιση με φλεβικό εμφύσημα, τοπική συμφυσίωση ή/και απελευθέρωση της φλέβας με διατομή της δεξιάς λαγονίου αρτηρίας και επανασυρραφή της πίσω από τη φλέβα, φλεβική θρομβεκτομή ή διασταυρούμενη φλεβική παράκαμψη¹¹⁻¹⁴.

Τα τελευταία χρόνια η ενδαγγειακή αντιμετώπιση με αγγειοδιαστολή και τοποθέτηση ενδονάρθηκα προτείνεται σαν μέθοδος εκλογής για την αντιμετώπιση του συνδρόμου, διότι συνδυάζει ένα καλό αποτέλεσμα με ελάχιστη επιβάρυνση του ασθενούς^{4,8,15}.

Στην περίπτωση που περιγράψουμε, δεν υπήρξε θρόμβωση, οπότε επιλέξαμε ενδονάρθηκα (stent) μικρού μήκους (38mm) επαρκή για να καλύψει τη βλάβη και διαμέτρου 10mm, ώστε να εξασφαλιστεί η διάνοι-



Εικόνα 4. Διεγχειρητική αγγειογραφία που αναδεικνύει την απόφραξη της αριστεράς ιγνυακής αρτηρίας από τον πόρο των προσαγωγών μέχρι το ύψος του γόνατος. Διακρίνεται αμυδρά σκιαγράφιση της περιφερικής ιγνυακής αρτηρίας.



Εικόνα 5. Διεγχειρητική αγγειογραφία που αναδεικνύει τη διάνοιξη της αποφραγμένης ιγνυακής αρτηρίας μετά από υπενδοθηλιακή αγγειοπλαστική.

ξη της φλέβας χωρίς κίνδυνο ρήξεως. Το stent ήταν «φορτωμένο» σε μπαλόνι έτσι ώστε κατά τη διάνοιξή του να προσκολληθεί στα τοιχώματα της φλέβας και να μη διαφύγει κεντρικά. Ακτινολογικά, εκτός από την αποκατάσταση της βατότητας της λαγονίου φλέβας, «εξαφανίστηκε» η παράπλευρη φλεβική κυκλοφορία (εικόνα 7). Η κλινική βελτίωση ήταν άμεση, με πλήρη υποχώρηση του οιδήματος. Βέβαια, η αιτιολογία του έλκους, παρότι πιθανότατα ήταν μόνο φλεβική προ 30ετίας, έγινε και αρτηριακή τα τελευταία χρόνια, λόγω αθηροσκληρωτικής απόφραξης της ιγνυακής αρτηρίας. Κλασική παρακαμπτήριος μηροϊγνυακή παράκαμψη θα έπρεπε να γίνει σε ένα δυνητικά σπητικό περιβάλλον,

με χρήση της μείζονος σαφηνούς, αν ήταν κατάλληλη. Κλασική ενδαγγειακή αποκατάσταση ήταν αδύνατη, διότι η απόφραξη της κεντρικής ιγνυακής αρτηρίας ήταν πλήρης. Έτσι, επελέγη η υπενδοθηλιακή αγγειοπλαστική, της οποίας τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά τόσο ακτινολογικά όσο και κλινικά (εικόνα 5).

Η τεχνική της υπενδοθηλιακής αγγειοπλαστικής εισήχθη από τον Bolia το 1989¹ και συνιστάται κυρίως σε ασθενείς όπου δεν μπορούν ή δεν ενδείκνυται να εφαρμοστούν οι «κλασικές» χειρουργικές ή ενδαγγειακές μέθοδοι. Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες μελέτες, σε ασθενείς με κρίσιμη ισχαιμία η πρωτογενής βατότητα ήταν 45-55% στους 12 μήνες και 25-40% στους 36



Εικόνα 6. Διεγχειρητική φλεβογραφία που αναδεικνύει τη δακτυλιοειδή στένωση της αριστεράς κοινής λαγονίου φλέβας και παράπλευρο δίκτυο.



Εικόνα 7. Διεγχειρητική φλεβογραφία που αναδεικνύει τη διάνοιξη της αριστεράς κοινής λαγονίου φλέβας, μετά από αγγειοδιαστολή και τοποθέτηση ενδονάρθηκος (stent) και την «εξαφάνιση» του παράπλευρου δικτύου.

μήνες. Η δευτερογενής βατότητα ήταν 66-76% στους 12 μήνες και 50-66% στους 36 μήνες. Διάσωση σκέλους επιτεύχθηκε στο 75% των ασθενών με μέση παρακολούθηση 36 μηνών²⁻³.

Συμπερασματικά, χάρη στις νεότερες ενδαγγειακές παρεμβάσεις τόσο στις αρτηρίες όσο και στις φλέβες επιτεύχθηκε ένα καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα με ελάχιστη επιβάρυνση μιας παχύσαρκης ηλικιωμένης ασθενούς.

ABSTRACT

Endovascular treatment of leg ulcers due to arterial and venous disease in a high risk patient

Christopoulos D, Pitoulias G, Tachtsi M, Vlachakis G, Fykatas P, Papadimitriou D

B' Surgical Department, Vascular Unit, University of Thessaloniki, "G. Gennimatas" General Hospital, Thessaloniki, Greece.

The left iliac vein compression syndrome, or May-Thurner/Cockett syndrome, is a relatively rare condition expressed with symptoms of venous stasis or thrombosis.

We present a case of a 72 years old overweight and hypertensive patient admitted with extensive leg ulcers after bilateral acute cellulitis not responding to outpatient treatment. There was history of recurrent

leg ulcers since 30 years, treated conservatively and with skin transplants several times. Complete occlusion of the left popliteal artery and compression of the left common iliac vein was revealed. The occlusion of the popliteal artery was treated successfully with subintimal angioplasty and the common iliac vein compression with angioplasty and stenting. Edema recovered, the condition of the ulcers improved and complete healing was achieved after skin autotransplantations.

Key words: Left Iliac vein compression syndrome, endovascular treatment, subintimal angioplasty.

Διεύθυνση αλληλογραφίας

Δ. Χριστόπουλος
Μητροπόλεως 18, 59 624 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310-344891, 6945-973255
E-mail: dechrist@otenet.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bolia A, Brennan J, Bell PR. Recanalisation of femoro-popliteal occlusions: improving success rate by subintimal recanalisation. *Clin Radiol* 1989; 40(3):325.
2. Scott EC, Biuckians A, Light RE, Burgess J, Meier GH, Panneton JM. Subintimal angioplasty: our experience in the treatment of 506 infrainguinal arterial occlusions. *J Vasc Surg* 2008; 48:878-84.
3. Alexandrescu V, Humbermont G, Phillips Y, Guillaumie

- B, et al. Combined primary subintimal and endoluminal angioplasty for ischemic inferior limb ulcers in diabetic patients: 5-year practice in a multidisciplinary "diabetic-foot" service. Eur J Vasc Endovasc Surg 2009. In press.
4. Neglen P, Hollis KC, Olivier J, Raju S. Stenting of the venous outflow in chronic venous disease: Long term stent related outcome, clinical and hemodynamic result. J Vasc Surg 2007; 46:979-90.
 5. Mc Murrich JP. The occurrence of congenital adhesions in the common iliac vein and their relation to thrombosis of the femoral and iliac veins. Am J Med Sci 1908; 135:342-26.
 6. May R, Thurner J. The cause of the predominantly sinistral occurrence of thrombosis of the pelvic veins. Angiology 1957; 8:419-28.
 7. Cockett FB, Thomas ML. The iliac compression syndrome. Br J Surg 1965; 52:816-21.
 8. Neglen P, Raju S. Endovascular treatment of chronic occlusions of the iliac veins and the inferior vena cava. In Rutherford RR: Vascular Surgery, Elsevier Saunders 2005; 2321-32.
 9. Negus D, Fletcher EWL, Cockett FB, Thomas ML. Compression and band formation at the mouth of the left common iliac vein. Br J Surg 1968; 55:369-74.
 10. Neglen P, Berry MA, Raju S. Endovascular surgery in the treatment of chronic primary and post-thrombotic iliac vein obstruction. Eur J Vasc Endovasc Surg 2000; 20:560-71.
 11. Glovinszki P, Cho JS. Surgical treatment of chronic deep venous obstruction. In Rutherford RR: Vascular Surgery, Elsevier Saunders, 2005; 2303-2320.
 12. Dale A. The swollen leg. Current problems in Surgery. September 1973.
 13. Akers DL, Creado B, Hewitt RL. Iliac vein compression syndrome: Case report and review of the literature. J Vasc Surg 1996; 24:477-81.
 14. Alimi VS, Di Mauro P, Fabre D, Juhan C. Iliac vein reconstruction to treat acute and chronic venous occlusive disease. J Vasc Surg 1997; 25:673-81.
 15. Raju S, Owen S, Neglen P. The impact of iliac venous stents in the management of chronic venous insufficiency. J Vasc Surg 2002; 35:8-15.



Βασιλείου Σπύρος
(1902-1985)
«Το Γαλαξίδι», 1951,
15,4x12,4 εκ.
ΞΥΛΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**Φλεβικά ανευρύσματα κάτω άκρων
μια σπάνια κλινική οντότητα:
παρουσίαση περίπτωσης****Δ. Παπαδημητρίου, Μ. Ταχτοή, Γ. Πιούλιας, Σ. Ατματζίδης, Π. Φύκατας,
Δ. Χριστόπουλος****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Σκοπός: Τα φλεβικά ανευρύσματα είναι σπάνια και συνοδεύονται από επιπλοκές και κυρίως θρόμβωση και Πνευμονική Εμβολή (Π.Ε.). Παρουσιάζουμε ασθενή με αμφοτερόπλευρα φλεβικά ανευρύσματα των κάτω άκρων, ο οποίος αντιμετωπίστηκε επιτυχώς χειρουργικά.

Υλικό-μέθοδος: Ασθενής 24 ετών προσέρχεται με κίρσους των κάτω άκρων αμφοτερόπλευρα. Η απεικονιστική διερεύνηση κατέδειξε μερική θρόμβωση της κάτω κοίλης φλέβας και φλεβικά ανευρύσματα της αριστερής ιγνυακής και κνημιαίας φλέβας και της δεξιάς ελάσσονος σαφηνούς φλέβας. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με εκτομή και πλάγια φλεβοραφή του ανευρύσματος της ιγνυακής φλέβας και εκτομή και απολίνωση των ανευρυσμάτων της δεξιάς κνημιαίας και της αριστερής ελάσσονος σαφηνούς φλέβας. Το αποτέλεσμα υπήρξε και εξακολουθεί να είναι άριστο.

Συμπέρασμα: Τα φλεβικά ανευρύσματα των κάτω άκρων πρέπει να αντιμετωπίζονται χειρουργικά εφόσον διαγνωστούν, διότι επιπλέκονται σε σημαντικό ποσοστό από φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή.

Όροι ευρετηρίου: φλεβικά ανευρύσματα κάτω άκρων, φλεβική θρόμβωση, πνευμονική εμβολή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα φλεβικά ανευρύσματα των κάτω άκρων, αποτελούν μια σπάνια κλινική οντότητα. Διαγιγνώσκονται δύσκολα και αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως, μπορεί να αποτελέσουν αιτία επιπλοκών, ιδίως πνευμονικής εμβολής^{1,2,3,4}.

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι συνήθως ασυμπτωματικοί, ενώ συχνά η πνευμονική εμβολή και το μεταθρομβωτικό σύνδρομο αποτελούν την πρώτη εκδήλωση της πάθησής τους³.

Αναφέρουμε την εμπειρία μας στην αντιμετώπιση ασθενούς με φλεβικά ανευ-



Εικόνα 1. Αξονική Τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου: ήπια διάταση του αυλού της κάτω κοιλίας φλέβας, με πιθανή παρουσία ενδοαυλικού θρόμβου, κάτωθεν της έκφυσης των νεφρικών αγγείων.

ρύσματα της ελάσσονος σαφηνούς φλέβας στο δεξιό κάτω άκρο και της ιγνυακής και κνημιαίας φλέβας στο αριστερό.

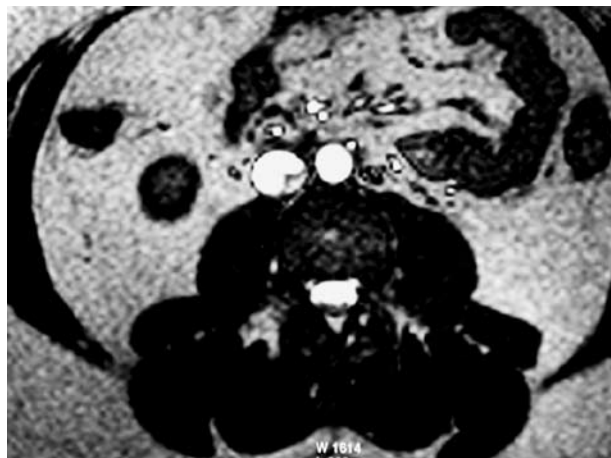
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ασθενής, άνδρας ηλικίας 24 ετών, προσέρχεται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία με κίρσους και ήπια οιδήματα κάτω άκρων άμφω, οι οποίοι, όπως αναφέρεται, εμφανίστηκαν προ 3ετίας. Λόγω του νεαρού της ηλικίας του ασθενούς, αποφασίζεται να πραγματοποιηθεί ενδελεχής διερεύνηση του φλεβικού συστήματος, προκειμένου να αποκλειστεί συνύπαρξη άλλης παθολογικής κατάστασης. Ο ασθενής υποβάλλεται σε Αξονική Τομογραφία άνω - κάτω κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, όπου διαπιστώνεται ήπια διάταση του αυλού της κάτω κοιλίας φλέβας, με πιθανή παρουσία ενδοαυλικού θρόμβου, κάτωθεν της έκφυσης των νεφρικών φλεβών (Εικόνα 1).

Ο έλεγχος για θρομβοφιλία απέβη αρνητικός.

Λόγω του ευρήματος αυτού, ο ασθενής υποβάλλεται σε Μαγνητική Τομογραφία και Μαγνητική Φλεβογραφία κάτω άκρων, όπου διαπιστώνονται τα εξής:

1. Εικόνα μερικής θρόμβωσης της κάτω κοιλίας φλέβας 6 εκ. κάτωθεν των νεφρικών φλεβών και σε μήκος 4 εκ. (Εικόνα 2).
2. Διάταση του επιπολής φλεβικού δικτύου της δεξιάς κνήμης. Στην περιοχή της σαφνοϊγνυακής συμβολής, απεικονίζονται δύο φλεβικά ανευρύσματα,



Εικόνα 2. Μαγνητική Τομογραφία: Εικόνα μερικής θρόμβωσης της κάτω κοιλίας φλέβας.

διαμέτρου 3,5-4 εκ. περίπου, με πιθανή παρουσία θρόμβου εντός του αυλού τους (Εικόνα 3).

3. Διάταση του επιπολής φλεβικού δικτύου αριστερά με παρουσία φλεβικών ανευρυσμάτων στη σαφνοϊγνυακή συμβολή σύστοιχα, διαμέτρου 1,5-2 εκ. και πιθανή παρουσία θρόμβου εντός του αυλού των ανευρυσμάτων, ο οποίος επεκτείνεται μέχρι το τελικό όριο της σαφηνούς, προ της εκβολής της στην ιγνυακή φλέβα (Εικόνα 4).

Αποφασίζεται και εκτελείται χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να πραγματοποιηθεί εκτομή των φλεβικών ανευρυσμάτων.

Υπό γενική αναισθησία και τον ασθενή σε πρηνή θέση, εκτελείται τομή τύπου S στην ιγνυακή χώρα του δεξιού σκέλους. Μετά τη διατομή της περιτονίας, ανευρίσκεται διπλό ανεύρυσμα της ελάσσονος σαφηνούς φλέβας (Σχήμα 1).

Παρασκευάζεται και απολινώνεται κεντρικά στο ύψος της σαφνοϊγνυακής συμβολής και περιφερικά στο υγιές τμήμα της ελάσσονος σαφηνούς φλέβας (ΕΣΦ) (Σχήμα 2).

Με τον ίδιο τρόπο εκτελείται τομή τύπου S στην αριστερή ιγνυακή χώρα. Μετά τη διατομή της περιτονίας, ανευρίσκεται η ΕΣΦ ήπια διατεταμένη και η ιγνυακή φλέβα κάτωθεν της συμβολής, ανευρυσματική και σαθρή. Εντός του ανευρυσματικού φλεβικού τοιχώματος καταλήγουν οι δύο κνημιαίες φλέβες, η μία ανευρυσματική και η άλλη φυσιολογική (Σχήμα 3).



Εικόνα 3. Μαγνητική Φλεβογραφία δεξιού κάτω άκρου: Διάταση του επιπολής φλεβικού δικτύου της δεξιάς κνήμης. Στην περιοχή της σαφηνοϊγνυακής συμβολής σύστοιχα, απεικονίζονται δύο φλεβικά ανευρύσματα, διαμέτρου 3,5-4 εκ. περίπου, με πιθανή παρουσία θρόμβου εντός του αυλού τους.



Εικόνα 4. Μαγνητική Φλεβογραφία αριστερού κάτω άκρου: Διάταση του επιπολής φλεβικού δικτύου αριστερά με παρουσία φλεβικών ανευρυσμάτων στην σαφηνοϊγνυακή συμβολή σύστοιχα, διαμέτρου 1,5-2 εκ. και πιθανή παρουσία θρόμβου εντός του αυλού των ανευρυσμάτων, ο οποίος επεκτείνεται μέχρι το τελικό όριο της σαφηνούς, προ της εκβολής της στην ιγνυακή φλέβα.

Αποφασίζεται και εκτελείται τμηματική εκτομή του ανευρυσματικού φλεβικού τοιχώματος του στελέχους της ιγνυακής φλέβας με διατήρηση του φυσιολογικού εν τω βάθει φλεβικού κλάδου, ώστε να διατηρηθεί η φλεβική ροή μέσω αυτού και ακολουθεί πλάγια φλεβοραφή (επιμήκης συρραφή του φλεβικού τοιχώματος με συνεχές ράμμα 5-0). Στη συνέχεια, εκτέμνεται το ανεύρυσμα της κνημιαίας φλέβας και απολινώνονται η κνημιαία φλέβα περιφερικά και η ελάσων σαφηνής φλέβα (Σχήμα 4).

Εκτελείται επιμελής αιμόσταση και σύγκλειση κατά την ανατομική τάξη, με τοποθέτηση παροχέτευσης κενού αριστερά.

Μετεγχειρητικά, ο ασθενής καλύφθηκε με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους 100 IUx2 αρχικά και στη συνέχεια 100 IUx1 για 10 ημέρες, σε συνδυασμό με χρήση ελαστικών ποδείων, με άριστη μετεγχειρητική πορεία.

Τα παρασκευάσματα αποστέλλονται για ιστοπαθολογική εξέταση, η οποία επιβεβαιώνει τη διεγχειρητική διάγνωση, σύμφωνα με την οποία, παρατηρείται ελάττωση των λείων μυϊκών κυττάρων του μέσου χιτώνα με αύξηση του ινώδους συνδετικού ιστού και πάχυνση του έσω χιτώνα των ανευρυσματικών φλεβών. Ο ασθενής 4 μήνες μετά την επέμβαση είναι σε άριστη κατάσταση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

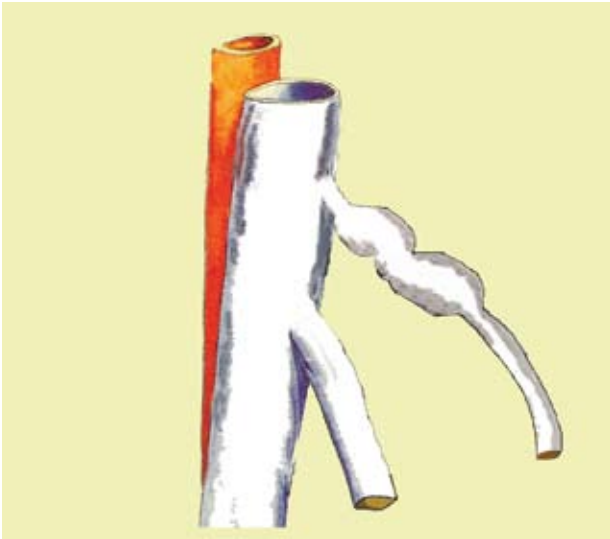
Τα φλεβικά ανευρύσματα αποτελούν ιδιαίτερα σπάνια κλινική οντότητα. Το 1968, οι May and Nissel περιέγραψαν για πρώτη φορά ανεύρυσμα ιγνυακής φλέβας με οίδημα του κάτω άκρου και έκτοτε έχουν περιγραφεί στην παγκόσμια βιβλιογραφία συνολικά 117 περιπτώσεις³.

Ο ορισμός του φλεβικού ανευρύσματος, αποτελεί αντικείμενο συζήτησης σε όλη τη βιβλιογραφία^{1,3}. Ως φλεβικό ανεύρυσμα ορίζεται μια εντοπισμένη διάταση της φλέβας, χωρίς να συνυπάρχει κίρσος, ψευδοανεύρυσμα ή αρτηριοφλεβική επικοινωνία. Φαίνεται πως προηγείται μια σταδιακή διάταση της φλέβας πριν τον σχηματισμό του ανευρύσματος. Στη βιβλιογραφία δεν αναφέρονται σαφή κριτήρια σχετικά με τη διάμετρο της φλέβας ώστε να χαρακτηριστεί ως ανευρυσματική³. Για την ιγνυακή φλέβα (της οποίας η φυσιολογική διάμετρος είναι 5-7χιλ.) αναφέρεται ότι η διάμετρος της πρέπει να είναι μεγαλύτερη από το τριπλάσιο της φυσιολογικής (>20χιλ) για να χαρακτηριστεί ως ανευρυσματική^{1,2,3,4}.

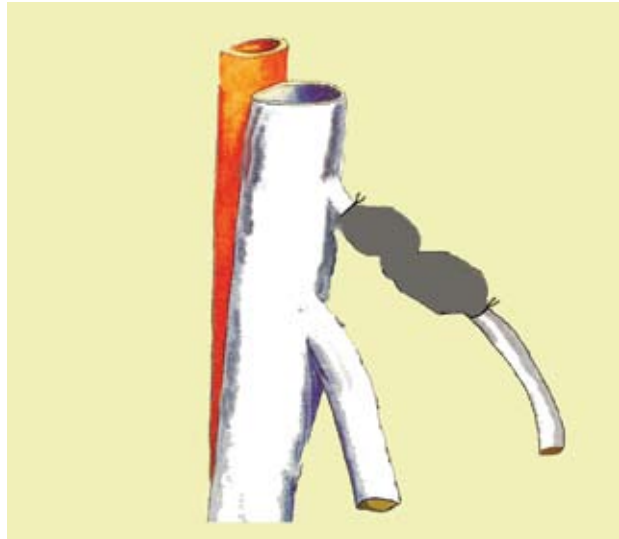
Η αιτιολογία των φλεβικών ανευρυσμάτων είναι άγνωστη. Ενοχοποιούνται τραυματισμοί, φλεγμονές, συγγενής εξασθένηση του φλεβικού τοιχώματος^{1,4,5}, ενώ η φλεβική υπέρταση δε φαίνεται να εμπλέκεται στην αιτιολογία της νόσου, μιας και τα περισσότερα ανευρύσματα αναπτύσσονται σε συστήματα χαμηλής πίεσης¹. Αναφέρεται ότι τα φλεβικά ανευρύσματα των άνω άκρων είναι τα πιο συχνά εμφανιζόμενα, ενώ συχνά είναι και τα ανευρύσματα της έσω σφαγιτίδας². Συχνά τα φλεβικά ανευρύσματα των κάτω άκρων συνυπάρχουν με κίρσους.

Τα πιο συχνά αναφερόμενα ιστοπαθολογικά ευρήματα περιλαμβάνουν την πάχυνση του έσω χιτώνα της φλέβας με σημαντική ελάττωση των λείων μυϊκών κυττάρων του μέσου χιτώνα και αύξηση του ινώδους συνδετικού ιστού^{2,3}. Μορφολογικά, τα φλεβικά ανευρύσματα που έχουν περιγραφεί είναι σακοειδή στο 75% των ασθενών, ατρακτοειδή στο 20% και ασαφούς μορφολογίας στο 5%³.

Τα περισσότερα ανευρύσματα των ιγνυακών φλεβών



Σχήμα 1. Διπλό ανεύρυσμα της ελάσσονος σαφηνούς φλέβας στο δεξιό σκέλος.



Σχήμα 2. Απολίνωση κεντρικά στο ύψος της σαφηνοϊγνυακής συμβολής και περιφερικά στο υγιές τμήμα της ΕΣΦ.

πρωτοεμφανίζονται έχοντας επιπλακεί από θρόμβωση, με οίδημα του άκρου ή μεταθρομβωτικό σύνδρομο (55%) ή με πνευμονική εμβολή (45%). Δεν είναι σπάνιο όμως να εμφανιστούν σαν μάζα στον ιγνυακό βόθρο (26%)^{2,3,4,5}. Ρήξη φλεβικών ανευρυσμάτων δεν περιγράφεται³. Τα φλεβικά ανευρύσματα πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν από βουβωνικές κήλες ή μηροκήλες ή ακόμη από λεμφαδενοπάθεια². Στη διάγνωση συμβάλλουν η Υπερηχοτομογραφία με έγχρωμο Doppler, η Αξονική και η Μαγνητική Τομογραφία και φυσικά η Φλεβογραφία, η οποία είναι αναγκαία προεγχειρητικά για το σχεδιασμό της χειρουργικής επέμβασης^{1,2,3,4,5}. Δεδομένου ότι τα φλεβικά ανευρύσματα σχετίζονται με υψηλά ποσοστά φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής, είναι απαραίτητη η χειρουργική τους αντιμετώπιση, μιας και η μακροχρόνια συντηρητική αντιμετώπιση με αντιπηκτικά δεν προσφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα^{1,2,3,4,5}.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που έχουν περιγραφεί περιλαμβάνουν την εκτομή του φλεβικού ανευρύσματος. Αν αυτό εντοπίζεται στο επιπολής σύστημα, η εκτομή είναι αρκετή. Εφόσον όμως αφορούν στο εν τω βάθει, είναι αναγκαία η αποκατάσταση της συνέχειας της φλεβικής ροής, είτε με τελικοτελική αναστόμωση, είτε με παράθεση φλεβικού μοσχεύματος ή με εκτομή και πλάγια φλεβοραφή^{2,3,4}.

Η μακροπρόθεσμη βατότητα μετά χειρουργική επέμβαση κυμαίνεται από 40%- 93% ανάλογα με τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης. Καλύτερη βατότητα εξασφαλίζεται με την τεχνική της εκτομής και της πλάγιας

φλεβοραφής. Οι πιο περίπλοκες επεμβάσεις, στις οποίες είναι απαραίτητη η αποκατάσταση της βατότητας με παράθεση φλεβικού μοσχεύματος, έχουν αναφερόμενη βατότητα 40% - 50%².

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως το σύνδρομο Klippel-Trenaunay συνοδεύεται από επεισόδια θρομβοεμβολισμού σε υψηλό ποσοστό και κάποιες περιπτώσεις οφείλονται σε εγκατεστημένα φλεβικά ανευρύσματα².

Συμπερασματικά, τα φλεβικά ανευρύσματα ιδίως της ιγνυακής φλέβας, αποτελούν σπάνια μεν, θεραπεύσιμη δε, κλινική οντότητα, η οποία μπορεί να αποτελέσει αιτία υποτροπιάζουσας πνευμονικής εμβολής αν δεν αντιμετωπιστεί⁴.

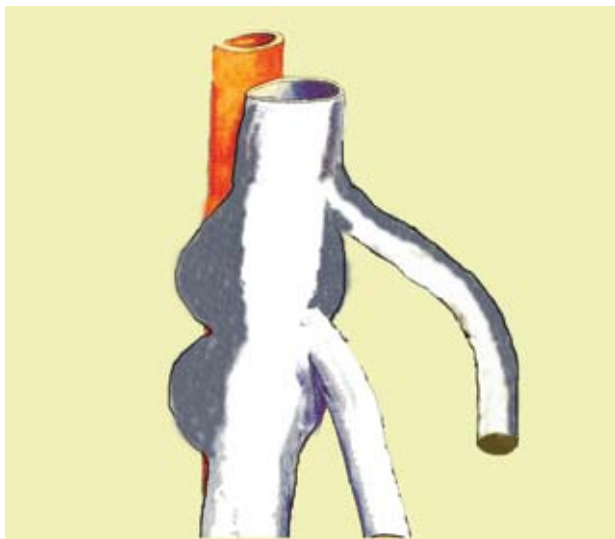
ABSTRACT

Venus aneurysms of the lower limb a rare clinical disease. Case analysis

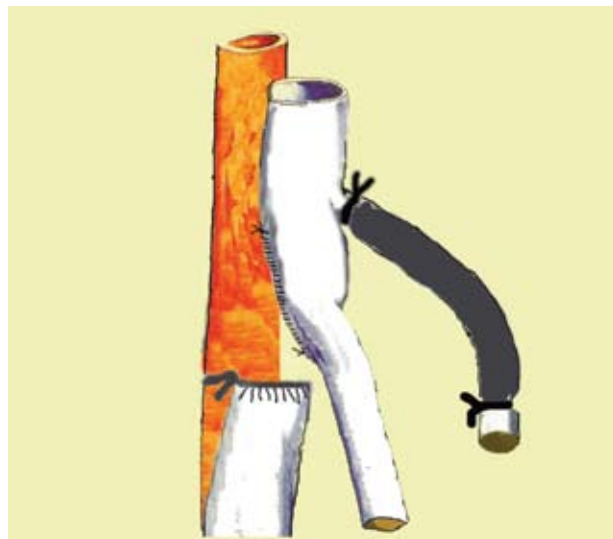
Papadimitriou D., Tachtsi M., Pitoulis G., Atmatzidis S., Fikatas P., Christopoulos D.

B´ Surgical Department, Vascular Unit, University of Thessaloniki "G. Gennimatas" General Hospital Thessaloniki, Greece

Aim: *Venus aneurysms are rare and are accompanied by implications mostly thrombosis and pulmonary embolism. We are presenting a patient with ambi-*



Σχήμα 3. Ελάσσων σαφηνής φλέβα αριστερά ήπια διατεταμένη και η ιγνυακή φλέβα κάτωθεν της συμβολής, ανευρυσματική και σαθρή. Εντός του ανευρυσματικού φλεβικού τοιχώματος καταλήγει ένας εν τω βάθει κλάδος φυσιολογικός και ένας ανευρυσματικός.



Σχήμα 4. Τμηματική εκτομή του ανευρυσματικού φλεβικού τοιχώματος αριστερά, με διατήρηση του φυσιολογικού εν τω βάθει φλεβικού κλάδου και επιμήκης συρραφή του φλεβικού τοιχώματος με συνεχές ράμμα 5-0. Απολίνωση της ελάσσονος σαφηνούς φλέβας και του ανευρυσματικού κνημιαίου στελέχους.

lateral venus aneurysms of the lower limb that was surgically treated with great success.

Patient and method: 24 year - old male patient presents with bilateral varix of the lower limb. The imaging procedure indicated partial thrombosis of the inferior vena cava and venus aneurysms of the left popliteal and tibial vein and of the right small saphenous vein. The patient was treated with resection and lateral venisuture of the aneurysm of the popliteal vein and resection and ligation of the aneurysms of the right tibial and left small saphenous vein. The result was excellent and it still remains.

Conclusion: Venous aneurysms of the lower limb must be treated surgically when they are diagnosed, because they are implicated in a great percentage by vein thrombosis and pulmonary embolism.

Key words: venous aneurysms of the lower limb, vein thrombosis, pulmonary embolism.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Herrera LJ, Davis JW, Livesay JJ. Popliteal vein aneurysm presenting as a popliteal mass. Tex Heart Inst J. 2006; 33(2):246-8. Houston, Texas, USA.
- Gillespie DL, Villavicencio JL, Gallagher C, Chang A, Hamelink JK, Fiala LA, O'Donnell SD, Jackson MR, Pikoulis E, Rich NM. Presentation and management of venous aneurysms. J Vasc Surg. 1997 Nov; 26(5):845-52. Washington, USA.
- Sessa C, Nicolini P, Perrin M, Farah I, Magne JL, Guidicelli H. Management of symptomatic and asymptomatic popliteal venous aneurysms: a retrospective analysis of 25 patients and review of the literature. J Vasc Surg. 2000 Nov; 32(5):902-12. Grenoble, France.
- Russell DA, Robinson GJ, Johnson BF. Popliteal Venous Aneurysm: A Rare Cause of Recurrent Pulmonary Emboli and Limb Swelling. Cardiovasc Intervent Radiol. 2008 Mar 26. West Yorkshire, UK.
- Williamson JM, Dalton RS, Chester JF. Popliteal venous aneurysm causing pulmonary embolism and paradoxical embolisation in a patient with antiphospholipid syndrome. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2008 Aug; 36(2):227-9. Somerset, UK.

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**Αντιμετώπιση όγκων καρωτιδικού σωματίου
στη ΝοτιοΔυτική Ελλάδα:
περιγραφή τριών περιπτώσεων**

Σ.Κ. Κάκκος¹, Ι.Α. Τσολάκης¹, Π. Ζαμπάκης², Β. Αργεϊτός¹, Σ. Παπαδούλας¹,
Γ. Λαμπρόπουλος¹, Ν.Σ. Μαστρονικολής³

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Να περιγραφεί η κλινική εικόνα και η αντιμετώπιση των όγκων καρωτιδικού σωματίου στην περιοχή μας.

Υλικό και μέθοδος: Τρεις ασθενείς με τέσσερις όγκους καρωτιδικού σωματίου συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα μελέτη. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αξονική αγγειογραφία καρωτίδων.

Αποτελέσματα: Η αξονική αγγειογραφία παρείχε όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες για την ασφαλή αντιμετώπιση του ΟΚΣ, συμπεριλαμβανομένης της ακριβούς πρόβλεψης της σχέσης αυτού με την έσω καρωτίδα. Όλοι οι ΟΚΣ ήταν καλοήθεις, μικρού προς μέτριου μεγέθους, και αφαιρέθηκαν πλήρως, με επιτυχία και χωρίς σημαντική δυσκολία ή μόνιμες επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Παρά την απουσία κλασικής αγγειογραφικής μελέτης ή άλλων επικουρικών μεθόδων, η εκτομή όλων των όγκων ήταν επιτυχής στη μικρή αυτή σειρά ασθενών.

Όροι ευρετηρίου: όγκοι καρωτιδικού σωματίου, ταξινόμηση κατά Shamblyn, αξονική αγγειογραφία καρωτίδων, χειρουργική αφαίρεση ΟΚΣ.

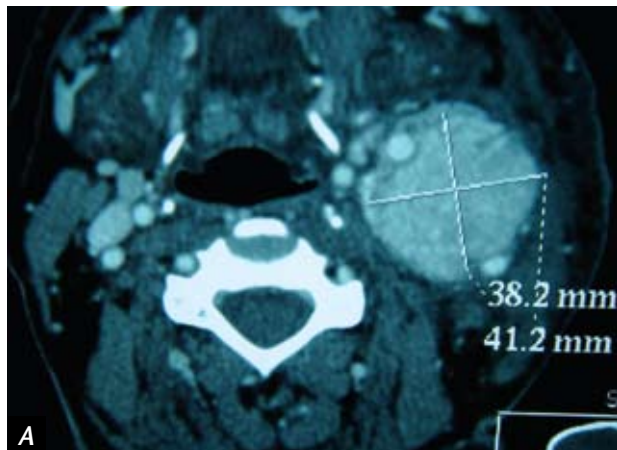
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όγκος του καρωτιδικού σωματίου (ΟΚΣ) είναι σπάνιος, με αποτέλεσμα και οι πιο έμπειροι αγγειοχειρουργοί κέντρων αναφοράς να μην έχουν αντιμετωπίσει μεγάλο αριθμό όγκων αυτού του είδους. Επιπλέον, η εκτομή των ΟΚΣ είναι συχνά δύσκολη, λόγω της αγγειοβρίθειάς τους, με ανάγκη απολίνωσης ή εμβολισμού τροφοφόρων αγγείων από την έξω (αλλά ενίοτε και την έσω καρωτίδα). Ενίοτε οι ΟΚΣ περιβρογχίζουν πλήρως την έσω καρωτίδα, γεγονός που συνήθως καθιστά αδύνατη τη διατήρηση αυτής και αναγκαία την en block αφαίρεσή τους και παράθεση μοσχεύματος, επέμβαση που μπορεί να επιπλακεί με ισχαιμικό αγγειακό

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

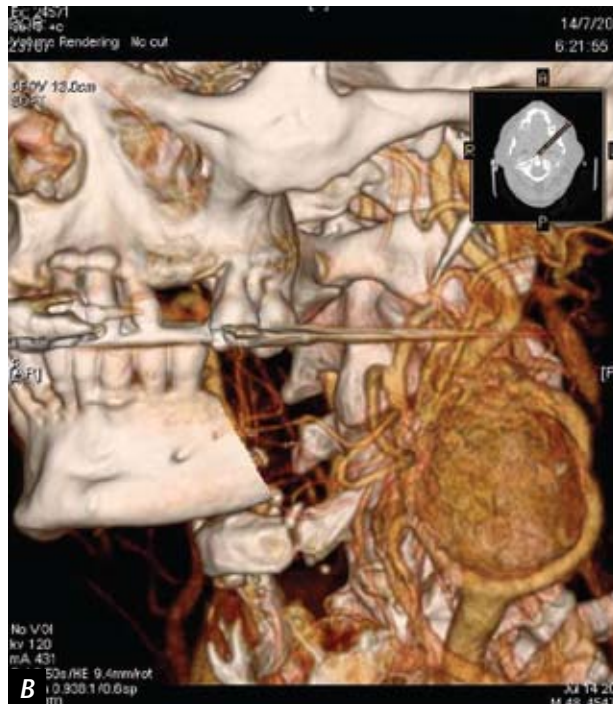
²Κλινικό Εργαστήριο Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Πατρών

³Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών



Εικόνα 1. Αξονική αγγειογραφία όγκου καρωτιδικού σωμάτιου διαστάσεων 38x41x37,5 χιλιοστών.

A) Εγκάρσια τομή στο ύψος του καρωτιδικού βολβού αναδεικνύει την αγγειοβριθή μάζα που απωθεί την έσω καρωτίδα οπισθίως και την έξω καρωτίδα προσθίως. **B)** Η τριδιάστατη ανασύνθεση αναδεικνύει καλύτερα τη σχέση του όγκου με τα αγγεία.



εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο Shamblin από την Mayo Clinic της πολιτείας Minnesota των ΗΠΑ περιέγραψε το 1972 την ομώνυμη σταδιοποίηση του ΟΚΣ, που είναι στην ουσία της μία διαβάθμιση της σχέσης του ΟΚΣ με την έσω καρωτίδα¹.

Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή, όγκοι ομάδας (σταδίου) 1 δύναται να εκταμούν χωρίς σημαντικό τραυματισμό του τοιχώματος του αγγείου ή της κάψας του όγκου. Όγκοι ομάδας (σταδίου) 2 περιβρογχίζουν μερικώς την αρτηρία και συμφύονται πιο στερέα με τον έξω χιτών της, αλλά δύναται να εκταμούν χωρίς σύγχρονη εκτομή και της αρτηρίας. Όγκοι ομάδας (σταδίου) 3 περιβρογχίζουν πλήρως την αρτηρία και για να αντιμετωπιστούν σωστά συνήθως απαιτείται εκτομή της προσβεβλημένης αρτηρίας^{2,3}.

Ένα επιπλέον συχνό πρόβλημα, σχετιζόμενο με την εκτομή των ΟΚΣ, είναι η κάκωση κρανιακών νεύρων, με συχνότητα που σε μερικές σειρές υπερβαίνει το 40-50%³⁻⁵. Η επιπλοκή αυτή συχνά είναι μόνιμη και δεν μπορεί να αποφευχθεί, επειδή σε πολλές περιπτώσεις ο όγκος έχει ήδη περιβρογχίσει ένα ή περισσότερα κρανιακά νεύρα (εγκεφαλικές συζυγίες VII-XII) και κατά συνέπεια η διατήρηση αυτών είναι αδύνατη. Ακόμη και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, είναι συνήθως θέμα χρόνου για το πότε ο ίδιος ο ΟΚΣ θα προκαλέσει πάρεση ή παράλυση των κρανιακών νεύρων.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιαστεί

η εμπειρία μας στην εκτομή του σπάνιου αυτού όγκου.

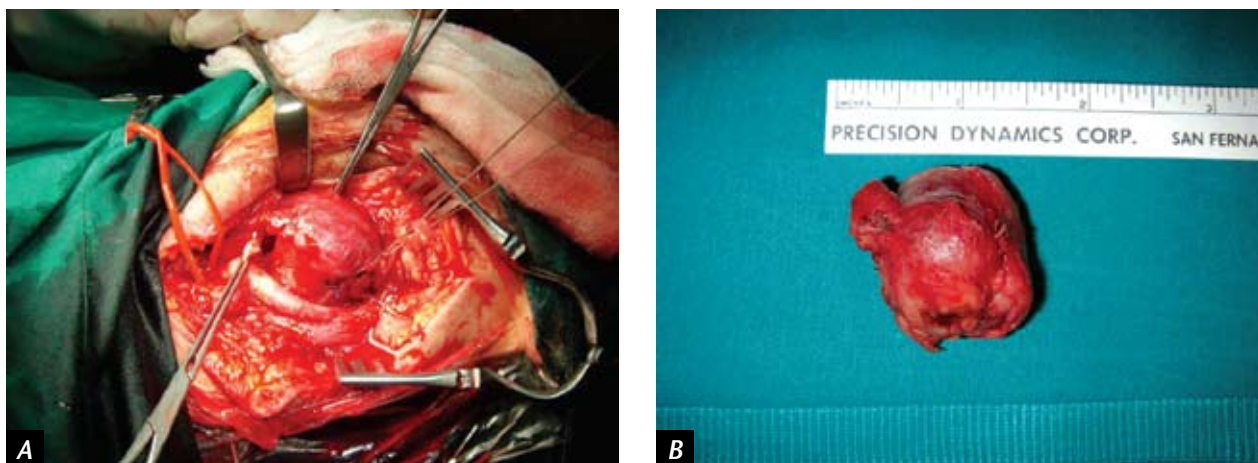
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Περίπτωση 1^η

Ασθενής ηλικίας 48 ετών υποβλήθηκε σε επέμβαση αφαίρεσης υποτειθέμενης βραγχιακής κύστης αριστερής τραχηλικής χώρας, διόγκωση η οποία ήταν γνωστή για 10 χρόνια και προοδευτικά αυξανόταν σε μέγεθος. Η FNA αυτής ήταν αρνητική. Το ατομικό αναμνηστικό περιλάμβανε σιδηροπενική αναιμία λόγω αιμορροΐδων. Κατά την παρασκευή της μάζας, διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής είχε έναν αγγειοβριθή και συμπαγή όγκο που εντοπιζόταν στο διχασμό της καρωτίδας, ευρήματα συμβατά με ΟΚΣ. Λόγω του ότι η εκτομή του όγκου κρίθηκε μη ασφαλής χωρίς τη διενέργεια περαιτέρω απεικονιστικών εξετάσεων, έγινε σύγκλιση του τραύματος. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αξονική



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

τομογραφία καρωτίδων (CTA) η οποία επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση, αναδεικνύοντας την ύπαρξη ΟΚΣ διαστάσεων 38x41x37,5 χιλιοστών, κατηγορίας 1 κατά Shamblyn (Εικόνα 1α-1β).

Ο ΟΚΣ αφαιρέθηκε μετά από δύο εβδομάδες με διατήρηση της έσω καρωτίδας και συνοδού απολίνωσης της έξω καρωτίδας (Εικόνα 2). Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς κάκωση κρανιακού νεύρου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε καλοήγη ΟΚΣ διαστάσεων 3.5x3.5x2.3 εκ. με υγιή τα όρια της εκτομής. Τα νεοπλασματικά κύτταρα εξέφρασαν χρωμογρανίνη, συναπτοφυσίνη, CD15 και βιμεντίνη.

Περίπτωση 2^η

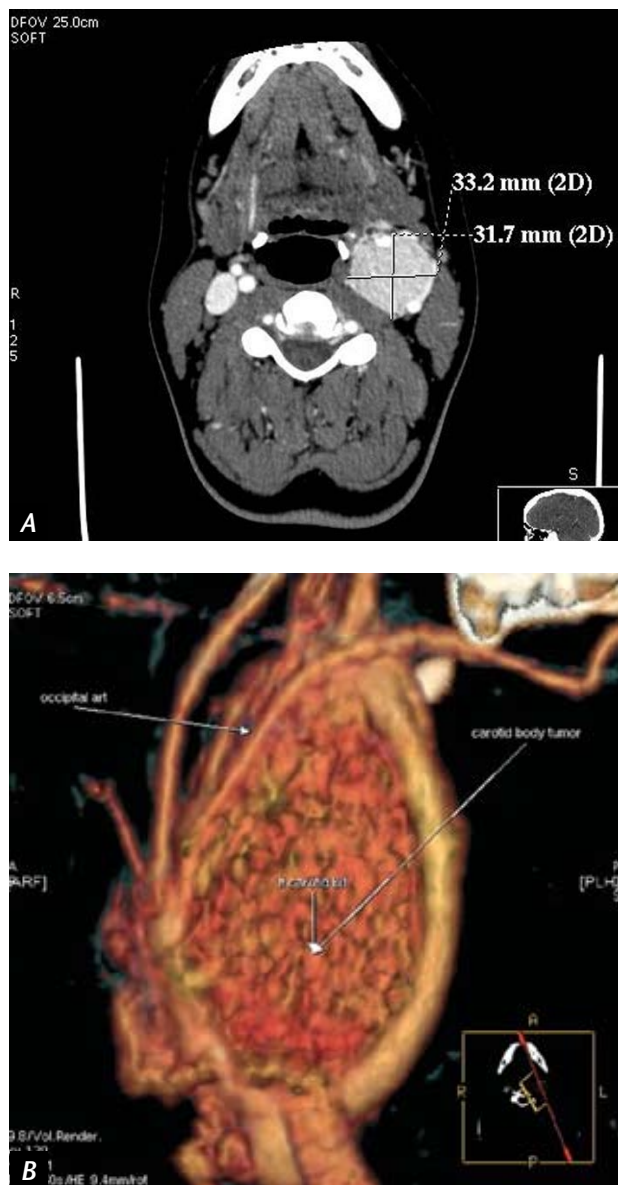
Ασθενής ηλικίας 19 ετών προσήλθε με ασυμπτωματική διόγκωση αριστερής τραχηλικής χώρας από έτους. Το ατομικό ιστορικό περιλάμβανε νόσο Hashimoto και πολυκυστικές ωοθήκες. Η αξονική αγγειογραφία καρωτίδων ανέδειξε την ύπαρξη ΟΚΣ διαστάσεων 3.3x3.2x4.2 εκ. κατηγορίας 1 κατά Shamblyn (Εικόνα 3α-3β). Ο ΟΚΣ αφαιρέθηκε πλήρως με διατήρηση της έσω καρωτίδας και συνοδό απολίνωση της έξω καρωτίδας. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς κάκωση κρανιακού νεύρου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε καλοήγη ΟΚΣ διαστάσεων 3.5x3.5x2.3 εκ. με υγιή τα όρια της εκτομής. Τα νεοπλασματικά κύτταρα εξέφρασαν χρωμογρανίνη, συναπτοφυσίνη, NSE, βιμεντίνη και εστιακά στους S-100. Ο δείκτης κυτταρικού

πολλαπλασιασμού Ki-67 ήταν περίπου 3%.

Περίπτωση 3^η και 4^η

Ασθενής ηλικίας 57 ετών προσήλθε με ψηλαφητή μάζα αριστερής πλάγιας τραχηλικής χώρας, ασυμπτωματικής, τυχαίο εύρημα σε φυσική εξέταση για άτυπο άλγος της σύστοιχης ζυγωματικής χώρας. Το ατομικό ιστορικό περιλάμβανε ιδιοπαθή υπέρταση. Το οικογενειακό ιστορικό ήταν θετικό για ΟΚΣ σε δύο συγγενείς πρώτου βαθμού. Η CTA καρωτίδων ανέδειξε αμφοτερόπλευρο ΟΚΣ διαστάσεων 2,7x2,5x2,0 εκ. στα αριστερά και 1,5x1,4 x1,0 εκ. στα δεξιά, κατηγορίας 1 κατά Shamblyn (Εικόνα 4α-4β). Ο έλεγχος κατεχολαμινών ορού ήταν αρνητικός για φαιοχρωμοκύττωμα.

Ο ΟΚΣ αφαιρέθηκε πλήρως μετά από κινητοποίηση του υπογλώσσου νεύρου το οποίο πιεζόταν από τον όγκο, με διατήρηση της έσω και έξω καρωτίδας (Εικόνα 5). Διεγχειρητικά έγινε χρήση νευροδιεγέρτη. Η επέμβαση επεπλάκη από προσωρινή πάρεση του υπογλώσσου νεύρου, αλλά κατά τα άλλα η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 3η μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε καλοήγη ΟΚΣ διαστάσεων 2x2x1,5 εκ. με υγιή τα όρια της εκτομής. Τα νεοπλασματικά κύτταρα εξέφρασαν χρωμογρανίνη και συναπτοφυσίνη. Ο ασθενής θα προγραμματισθεί για εκτομή του ετερόπλευρου όγκου.



Εικόνα 3. Αξονική αγγειογραφία όγκου καρωτιδικού σωματίου διαστάσεων 3.3x3.2x4.2 εκ.

A) Εγκάρσια τομή στο ύψος του καρωτιδικού βολβού αναδεικνύει την αγγειοβριθή μάζα που απωθεί την έσω καρωτίδα οπισθίως και την έξω καρωτίδα προσθίως.

B) Η τρισδιάστατη ανασύνθεση αναδεικνύει καλύτερα τη σχέση του όγκου με τα αγγεία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα σειρά περιγράφεται η κλινική εικόνα, η διερεύνηση και η αντιμετώπιση τεσσάρων όγκων καρωτιδικού σωματίου στην περιοχή μας. Οι όγκοι αυτοί είναι σπανιότατοι και συνήθως τα μεγάλα κέντρα του εξωτερικού αντιμετωπίζουν λιγότερους από 2-3

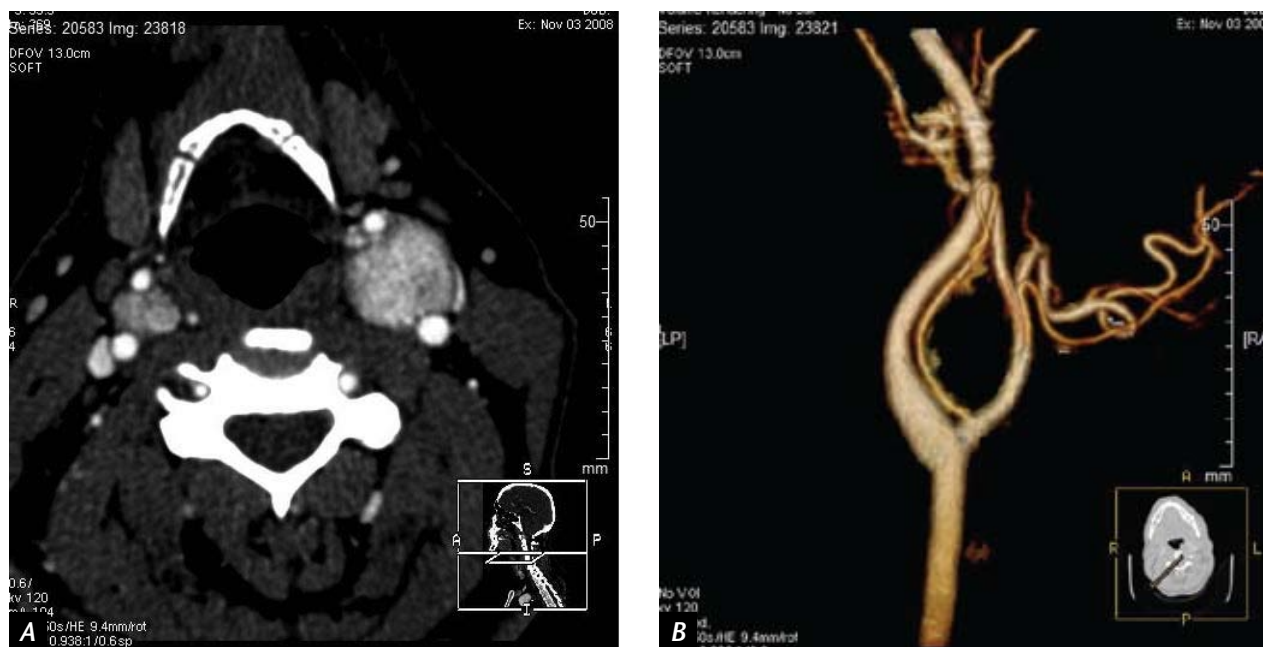
κάθε χρόνο^{2,3,6}. Κατά συνέπεια λίγοι αγγειοχειρουργοί, κυρίως από κέντρα αναφοράς, είναι εξοικειωμένοι με την αντιμετώπισή τους. Αντίστοιχη είναι και η εμπειρία μερικών από τα Ελληνικά κέντρα, σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία⁷⁻¹⁰, με αντιμετώπιση περίπου ενός ΟΚΣ ανά έτος για κάθε ένα από αυτά.

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

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

Τις τελευταίες δεκαετίες, η διαγνωστική προσπέλαση των ΟΚΣ έχει διευκολυνθεί από την ύπαρξη πολλαπλών απεικονιστικών μεθόδων (υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία και μαγνητική τομογραφία)², που έχουν ουσιαστικά παρεκτοπίσει την προεγχειρητική κλασική αγγειογραφία.

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



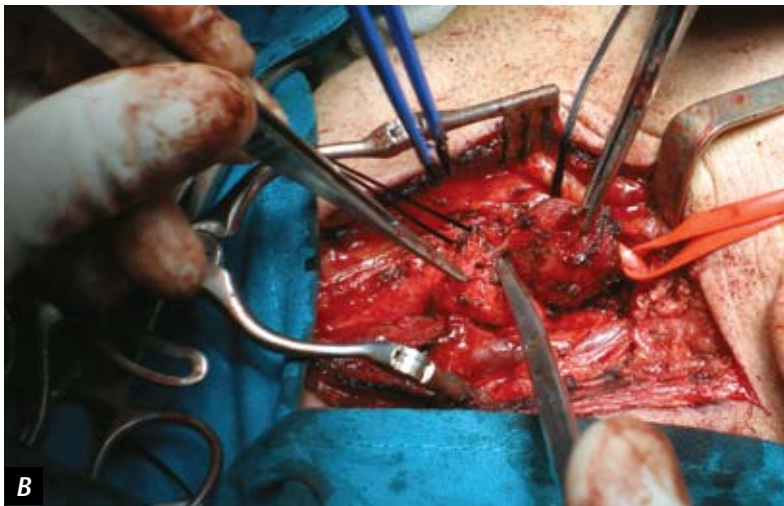
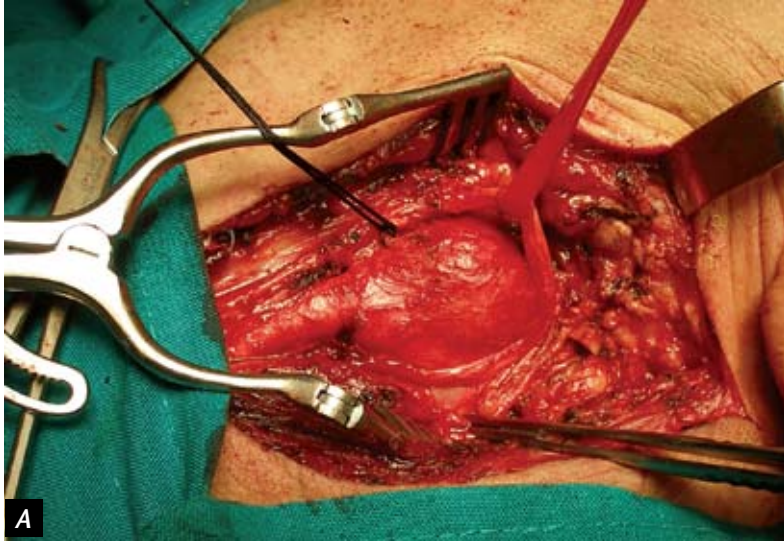
Εικόνα 4. Αξονική αγγειογραφία όγκων καρωτιδικών σωμάτων διαστάσεων 2,7x2,5x2,0 εκ. στα αριστερά και 1,5x1,4 x1,0 εκ. στα δεξιά.

A) Εγκάρσια τομή στο ύψος του καρωτιδικού βολβού αναδεικνύει τις αγγειοβριθείς μάζες που απωθούν την έσω καρωτίδα οπισθίως και την έξω καρωτίδα προσθίως. **B)** Η τρισδιάστατη ανασύνθεση, με τεχνητή αφαίρεση του όγκου, αναδεικνύει την τροφοφόρο αρτηρία (ανιούσα φαρυγγική), με τη χαρακτηριστική μορφολογία δίκην «καμπάνας» στον αριστερό καρωτιδικό βολβό.

Η εκτομή των ΟΚΣ στην παρούσα σειρά ήταν σχετικά απλή, όπως διαφαίνεται από την περιγραφή των περιπτώσεων. Εντούτοις, η στρατηγική αντιμετώπισης των μεγάλων σε μέγεθος, με κεντρική επέκταση ή προχωρημένων τοπικά ΟΚΣ έχει εξελιχθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια². Σχετικός αλγόριθμος παρουσιάζεται στην εικόνα 6. Η εκτομή μεγάλων ΟΚΣ (διαμέτρου άνω των 5 εκ.) ή Shamblin 2-3 διευκολύνεται από τη διενέργεια προεγχειρητικού εμβολισμού¹². Ο εμβολισμός μπορεί να γίνει είτε με ενδοαρτηριακή έγχυση μικροσωματίων, είτε με την απευθείας ενδο-ογκική έγχυση όνυχα¹³. Σε έμπειρα χέρια, το ποσοστό επιπλοκών από τον εμβολισμό είναι πολύ μικρό¹⁴. Απεξάρθρωση της κάτω γνάθου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, πριν την εκτομή του ΟΚΣ, έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για τη διευκόλυνση μεγάλων ΟΚΣ (διαμέτρου άνω των 5 εκ.), όγκων Shamblin 2-3 ή με κεντρική επέκταση¹⁵. Διεγχειρητική ηλεκτροεγκεφαλογραφική παρακολούθηση, η οποία έχει ευρεία εφαρμογή στη χειρουργική των καρωτίδων τις τελευταίες δεκαετίες¹⁶, χρησιμοποιείται επίσης σε ΟΚΣ Shamblin 2 ή 3, με σκοπό την τοποθέτηση shunt σε περίπτωση ανίχνευσης εγκεφαλικής ισχαιμίας κατά τη διάρκεια εκτομής της έσω καρωτίδας

μετά του ΟΚΣ και πρόληψη κλινικά έκδηλου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου². Στην παρούσα σειρά, οι ΟΚΣ ήταν μικροί και δεν απαιτήθηκε να χρησιμοποιηθούν οι πιο πάνω μέθοδοι. Τέλος, για να προληφθεί κάκωση κρανιακών νεύρων, ο όγκος εκτέμνεται με τη χρήση διπολικής διαθερμίας¹⁷.

Στην παρούσα σειρά, οι ΟΚΣ αφαιρέθηκαν χωρίς δυσκολία διαμέσου επιμήκου πρόσθιου τραχηλικής τομής κατά μήκος του πρόσθιου χείλους του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός. Διάφορες χειρουργικές τεχνικές έχουν εφαρμοστεί στην εκτομή των ΟΚΣ^{3,6}. Στην περίπτωση μεγάλων ΟΚΣ, η συνήθης επιμήκης τομή κατά μήκος του πρόσθιου χείλους του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός θα πρέπει να μετατρέπεται σε τομή δίκην T³. Στην περίπτωση αυτή, όπως και σε περίπτωση που χρησιμοποιηθεί απεξάρθρωση της κάτω γνάθου, συνιστάται ρινοτραχειακή διασωλήνωση. Η έξω καρωτίδα απολινώθηκε στις περισσότερες περιπτώσεις στη σειρά μας, τεχνική που διευκολύνει την εκτομή των ΟΚΣ³. Η εκτομή των ΟΚΣ στη σειρά μας, επιτελέστηκε συνήθως κατά την ουροκεφαλαία κατεύθυνση, εκτός της τελευταίας περίπτωσης, όπου η παρασκευή έγινε κατά την κεφαλουραία κατεύθυνση⁶.



Εικόνα 5. Φωτογραφία του εγχειρητικού πεδίου της εκτομής του όγκου του καρωτιδικού σωματίου. Αρχικά δίνεται η εντύπωση ότι ο όγκος συνδέεται με την έσω και έξω καρωτίδα (A), αλλά με επιμελή παρασκευή και αιμόσταση χρησιμοποιώντας διπολική διαθερμία και τα δύο αυτά αγγεία διατηρήθηκαν ανέπαφα κατά την κινητοποίηση του όγκου. Αναδεικνύεται επίσης το τροφοφόρο αγγείο του όγκου (κορυφή του ψαλιδιού) (B).

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

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

ABSTRACT

Management of carotid body tumors in South – Western Greece: a study of three cases.

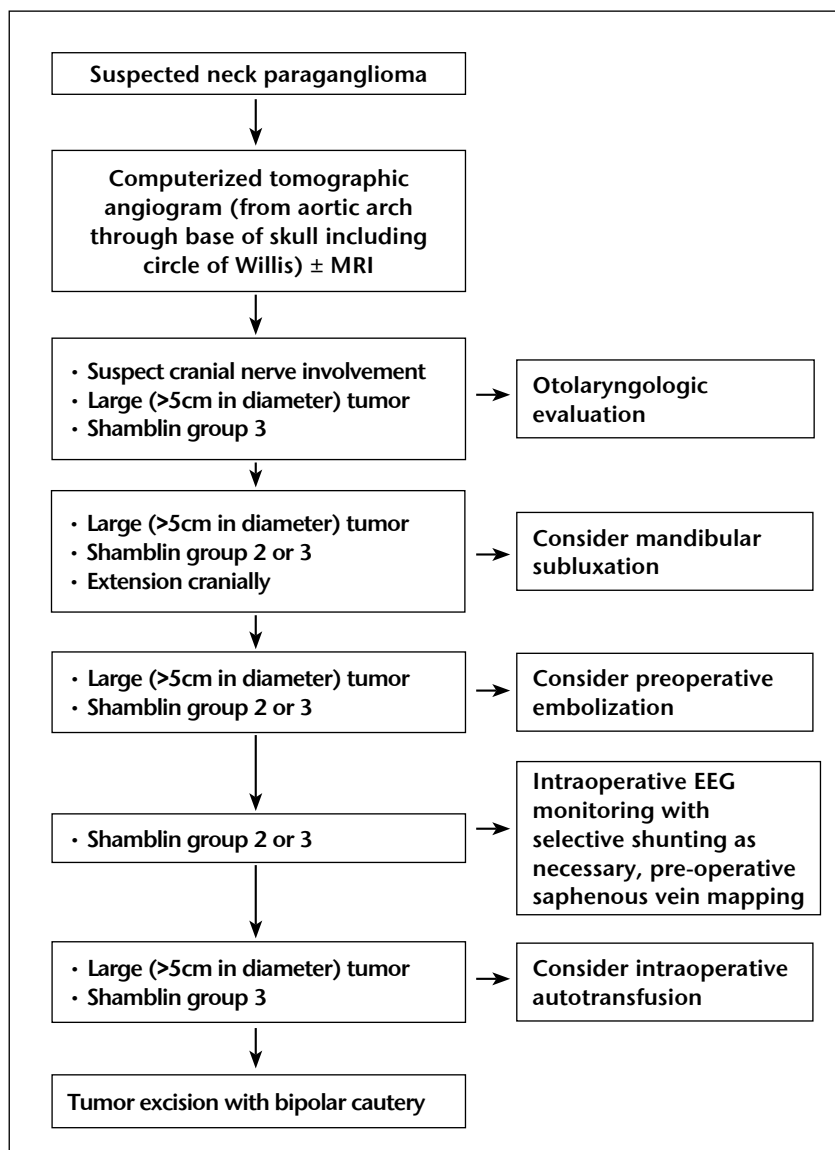
Kakkos K.S.¹, Tsolakis A.I.¹, Zambakis P.², Argitis V.¹, Papadoulas S.¹, Lampropoulos G.¹, Mastronikolis S.N.³

¹Vascular Surgery Unit, University of Patras

²Clinical Laboratory of Radiology, University of Patras

³Ear, Nose and Throat Clinic, University of Patras

Aim: To study the clinical presentation and management of carotid body tumours in our geographical



Εικόνα 6. Προτεινόμενος αλγόριθμος αντιμετώπισης όγκων καρωτιδικού σωματίου (αναδημοσίευση από τη βιβλιογραφική αναφορά Νο 2).

area.

Patients and methods: Three patients with four carotid body tumours are included in the present report. All patients underwent carotid computerized tomographic angiography (CTA).

Results: Carotid CTA provided all the necessary details to ensure safe tumour excision, including the accurate prediction of the carotid artery involvement by the tumour. All tumours were benign, small to medium size, and were completely resected, successfully and without significant difficulty or permanent sequelae.

Conclusions: Despite the omission of arteriography or other adjuvant methods, all tumors were successfully

resected in our small series of patients.

Key words: carotid body tumours, carotid computerized tomographic angiography, Shamblin's classification, resection of carotid body tumours.

Διεύθυνση αλληλογραφίας

Ιωάννης Α. Τσολάκης, Αν. Καθηγητής και Διευθυντής
Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας, 26504 Ρίο, Πάτρα
Τηλ: 2610-999360
Φαξ: 2610-999360
E-mail: itsolak@med.upatras.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Shamblin WR, ReMine WH, Sheps SG, Harrison EG, Jr. Carotid body tumor (chemodectoma). Clinicopathologic analysis of ninety cases. *Am J Surg* 1971; 122:732-9.
2. Kakkos SK, Reddy DJ, Shepard AD, Lin JC, Nypaver TJ, Weaver MR. Contemporary presentation and evolution of management of 41 neck paragangliomas. *J Vasc Surg* 2009; in press.
3. Hallett JW, Jr., Nora JD, Hollier LH, Cherry KJ, Jr., Pairolero PC. Trends in neurovascular complications of surgical management for carotid body and cervical paragangliomas: a fifty-year experience with 153 tumors. *J Vasc Surg* 1988; 7:284-91.
4. Kasper GC, Welling RE, Wladis AR, et al. A multidisciplinary approach to carotid paragangliomas. *Vasc Endovascular Surg* 2006; 40:467-74.
5. Luna-Ortiz K, Rascon-Ortiz M, Villavicencio-Valencia V, Granados-Garcia M, Herrera-Gomez A. Carotid body tumors: review of a 20-year experience. *Oral Oncol* 2005; 41:56-61.
6. van der Bogt KEA, Vrancken Peeters M-PFM, van Baalen JM, Hamming JF. Resection of carotid body tumors: results of an evolving surgical technique. *Ann Surg* 2008; 247:877-84.
7. Liapis CD, Evangelidakis EL, Papavassiliou VG, et al. Role of malignancy and preoperative embolization in the management of carotid body tumors. *World J Surg* 2000; 24:1526-30.
8. Bakoyiannis KCN, Georgopoulos SE, Klonaris CN, et al. Surgical treatment of carotid body tumors without embolization. *Int Angiol* 2006; 25:40-5.
9. Bastounis E, Maltezos C, Pikoulis E, Leppäniemi AK, Klonaris C, Papalambros E. Surgical treatment of carotid body tumours. *Eur J Surg* 1999; 165:198-202.
10. Antonitsis P, Saratzis N, Velissaris I, et al. Management of cervical paragangliomas: review of a 15-year experience. *Langenbecks Arch Surg* 2006; 391:396-402.
11. Vlahos L, Papatthanasiou M, Gouliamos A, Dimakakos P, Papavassiliou C. Digital subtraction angiography in the evaluation of chemodectomas. *Radiologe* 1988; 28:233-5.
12. Smith RF, Shetty PC, Reddy DJ. Surgical treatment of carotid paragangliomas presenting unusual technical difficulties. The value of preoperative embolization. *J Vasc Surg* 1988; 7:631-7.
13. El Hammady MS, Farhat H, Ziayee H, Aziz-Sultan MA. Direct percutaneous embolization of a carotid body tumor with Onyx. *J Neurosurg* 2009; 110:124-7.
14. Krishnamoorthy T, Gupta AK, Rajan JE, Thomas B. Stroke from delayed embolization of polymerized glue following percutaneous direct injection of a carotid body tumor. *Korean J Radiol* 2007; 8:249-53.
15. Dossa C, Shepard AD, Wolford DG, Reddy DJ, Ernst CB. Distal internal carotid exposure: a simplified technique for temporary mandibular subluxation. *J Vasc Surg* 1990; 12:319-25.
16. Marshall BM, Lougheed WM. The use of electroencephalographic monitoring during carotid endarterectomy, as an indicator for the application of a temporary by-pass. *Can Anaesth Soc J* 1969; 16:331-5.
17. Petty PG, Edsall G. Alternating-current electrocoagulation with bipolar electrodes. *J Neurosurg* 1967; 26:399-405.
18. Krupski WC, Effeney DJ, Stoney RJ, Ehrenfeld WK. Carotid body tumours. *Aust N Z J Surg* 1983; 53:539-43.
19. Dickinson PH, Griffin SM, Guy AJ, McNeill IF. Carotid body tumour: 30 years experience. *Br J Surg* 1986; 73:14-6.
20. Wang SJ, Wang MB, Barauskas TM, Calcaterra TC. Surgical management of carotid body tumors. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 123:202-6.
21. Litle VR, Reilly LM, Ramos TK. Preoperative embolization of carotid body tumors: when is it appropriate? *Ann Vasc Surg* 1996; 10:464-8.
22. Sajid MS, Hamilton G, Baker DM. A multicenter review of carotid body tumour management. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 34:127-30.
23. Patetsios P, Gable DR, Garrett WV, et al. Management of carotid body paragangliomas and review of a 30-year experience. *Ann Vasc Surg* 2002; 16:331-8.
24. Bishop GB, Jr., Urist MM, el Gammal T, Peters GE, Maddox WA. Paragangliomas of the neck. *Arch Surg* 1992; 127:1441-5.

Επαγγελματικός Προσανατολισμός στην Ιατρική: Εφαρμογή στην Αγγειοχειρουργική

Γεωργόπουλος Γ. Δημήτρης-Σόλων¹, Τσαγκαράκης Μανώλης²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Επαγγελματικός Προσανατολισμός στο σχολείο μπορεί να λειτουργήσει ως όχημα που θα εισαγάγει το παιδί στη διαδικασία της αυτογνωσίας και της ψυχοκοινωνικής συγκρότησης. Η μαθητεία του σε ένα αυθεντικό περιβάλλον εργασίας φέρνει τον νέο κοντά στην πραγματικότητα, εμπλουτίζει την εμπειρία του και ενισχύει την πολύπλευρη ανάπτυξη του.

Ενα Πρόγραμμα Επαγγελματικού Προσανατολισμού στην Ιατρική, που είχε διάρκεια λίγων εβδομάδων μέχρι τρεις μήνες, καθιερώθηκε σε τρία Νοσοκομεία της Αθήνας, από το 1986 μέχρι το 2006, στο Ελπίς, το Υγεία και το Κωνσταντοπούλειο-Αγία Όλγα. Τριάντα ένα μαθητές του Κολλεγίου Αθηνών έλαβαν μέρος, κατά την διάρκεια των καλοκαιρινών τους διακοπών και είχαν μια πολύ καλή εμπειρία, όχι μόνο ως παρατηρητές, αλλά και ως συμμετέχοντες - κάτω από επιτήρηση - στο καθημερινό μας πρόγραμμα. Το Πρόγραμμα αξιολογήθηκε όχι μόνο από τον οργανωτή αλλά και από τα ίδια τα παιδιά, που κατέθεσαν γραπτές εκθέσεις μετά το πέρας του προγράμματος, αλλά και αρκετά χρόνια αργότερα. Παρουσιάζεται μία ολοκληρωμένη εικόνα πληροφοριών και μία πρόταση για το αύριο για όλους εκείνους που θα ήθελαν να προωθήσουν παρόμοια Προγράμματα, χωρίς τις δικές μας ατέλειες και παραλήψεις.

¹Δρας Ιατρικής Παν/μίων

Βόννης και Αθηνών

²Ψυχολόγος -

Ψυχοθεραπευτής,

Υπεύθυνος Τμήματος

Συμβουλευτικής

και Επαγγελματικού

Προσανατολισμού Λυκείου

Κολλεγίου Αθηνών

(1985-2000)

Εισαγωγή

“Αν κάποιος επιλέξει ένα επάγγελμα για το χρήμα ή τη δόξα και όχι επειδή σκοπεύει να του δοθεί με πάθος, τότε έχει χάσει τη ζωή του”.

Ελένη Γλύκατζη-Αρβελέρ, Περιοδικό Madame Figaro, 1999

Παλαιότερα - πριν από 60 χρόνια - οι πληροφορίες για το μελλοντικό επάγγελμα

έφταναν συνήθως στους νέους από την οικογένεια, τους συγγενείς και τους φίλους, ενώ συχνά για την απόφαση της επιλογής του επαγγέλματος - χωρίς να προηγηθεί κάποια εκτίμηση - γινόταν επίκληση της "κλίσης" του νέου/ας.

Σήμερα, με την πληθώρα των γνώσεων και πληροφοριών, αλλά και με την ύπαρξη των ειδικών επιστημόνων, η απόφαση για το μελλοντικό επάγγελμα των νέων στηρίζεται πάνω σε πιο γερές βάσεις απ' ό,τι στο παρελθόν και οι νέοι/νέες μας καλούνται να αποφασίσουν με το τι θα ασχοληθούν στη ζωή τους, με το πώς θα αυξήσουν τις γνώσεις τους, αλλά και με ποια προσόντα θα εξοικονομήσουν τα προς το ζην.

Είναι αλήθεια ότι άλλο πράγμα είναι το τι μου αρέσει να κάνω ή να μάθω ή το πώς θα βελτιώσω το επίπεδο των γνώσεών μου και της μόρφωσής μου και άλλο πράγμα είναι με ποια εφόδια και με ποια προσόντα θα αποκτήσω την οικονομική μου ανεξαρτησία, δηλαδή με ποιο επάγγελμα θα ασχοληθώ. Οι συνθήκες της ζωής απαιτούν, τις περισσότερες φορές, ένα συνδυασμό των προσωπικών ενδιαφερόντων με τα προσόντα και τα εφόδια που απαιτούνται για όποιο επάγγελμα επιλέξει κανείς.

Παλαιότερα, πολλοί από εμάς - για διαφορετικούς λόγους ο καθένας, που δεν είχαν οπωσδήποτε σχέση με την πληροφόρηση - ακολουθήσαμε το επάγγελμα του πατέρα, της μητέρας ή όποιο μας επηρέασαν με τον άλφα ή τον βήτα τρόπο οι γονείς, οι συγγενείς και οι φίλοι.

Πιστεύουμε ότι κάθε νέος και νέα θα πρέπει να επιλέγει το επάγγελμά του/της μετά από εμπειρισταμένο κατατοπισμό και μελέτη των γενικών συνθηκών και ειδικότερα των συνθηκών της αγοράς εργασίας.

Προκειμένου όμως να φτάσει κανείς στη σωστή επιλογή ή ορθότερα στην επιλογή που ταιριάζει στο χαρακτήρα του και την προσωπικότητά του, απαιτείται να ασχοληθεί με το θέμα. Η έγκαιρη έναρξη της απασχόλησής του και της μελέτης για το θέμα αυτό πρέπει να γίνει χωρίς προκαταλήψεις, με προσωπικό κατατοπισμό και με προσωπική συλλογή πληροφοριών. Ο έγκαιρος κατατοπισμός έχει να κάνει και με την πληθώρα των γνώσεων, των πληροφοριών και των ιδιαιτεροτήτων κάθε επαγγέλματος και τέχνης, η κατάκτηση των οποίων απαιτεί χρόνο και επιμονή. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθούν οι έννοιες του ερασιτεχνισμού και του επαγγελματισμού, που σημαίνουν, όπως είναι γνωστό, διαφορετικά πράγματα. Ο επαγγελματισμός απαιτεί πολλές γνώσεις, σύστημα, μέθοδο, επιμονή και πάθος.

Οι απόψεις μας αυτές ήταν το γόνιμο έδαφος πάνω στο οποίο ήρθε και ευδοκίμησε η πρόταση του

Γραφείου Επαγγελματικού Προσανατολισμού του Κολλεγίου Αθηνών, το 1986, για να χρησιμοποιηθεί το Αγγειοχειρουργικό Τμήμα στο Ελπίς και αργότερα το Υγεία και κατόπιν το Κωνσταντοπούλειο-Αγία Όλγα για τον κατατοπισμό των τελειόφοιτων του Λυκείου στα θέματα της Ιατρικής.

Το άρθρο αυτό παρουσιάζει μια ολοκληρωμένη εικόνα πληροφοριών για όλους εκείνους που θα ήθελαν να προωθήσουν παρόμοια Προγράμματα χωρίς τις δικές μας ατέλειες και παραλείψεις.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ

«Το να μαθαίνει κανείς σ' έναν κόσμο ασταθή και αβέβαιο να προσανατολίζεται στο επάγγελμα ισοδυναμεί με το να μαθαίνει να προσανατολίζεται στη ζωή».

Η επιλογή επαγγελματικής δραστηριότητας και γενικότερα η διαμόρφωση των επαγγελματικών στόχων είναι πράξεις που δεν αφορούν μια συγκεκριμένη ηλικία. Είναι γεγονότα ευρύτερης σημασίας, συμβαίνουν σε οποιαδήποτε περίοδο της ζωής μας και υποδηλώνουν μία βαθύτερη ανάγκη μας: να ξεχωρίσουμε ως άτομα, κατ' αρχήν μέσα στο οικογενειακό και αργότερα στο κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο είμαστε ενταγμένοι. Αν μάλιστα λάβουμε υπόψη ότι τα μέλη μιας οικογένειας βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση λόγου, συναισθήματος και συμπεριφοράς, ο επαγγελματικός προσανατολισμός του νέου ανθρώπου (παιδιού-εφήβου) σηματοδοτεί διεργασίες που αφορούν ολόκληρη την οικογένεια.

Στις παραδοσιακές κοινωνίες, αγροτικές και ημιαστικές, τα επαγγέλματα σε μεγάλο βαθμό περνούσαν κληρονομικά από τη μια γενιά στην άλλη. Οι ανάγκες και οι ρόλοι λειτουργούσαν με τρόπους προσδιοριζόμενους εν πολλοίς από το εκτεταμένο οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό σύστημα και στόχευαν στη διασφάλιση της βιολογικής επιβίωσης των μελών της οικογένειας και της κοινότητας. Σε μία κοινωνία στην οποία υπερίσχυε ο αγώνας για την επιβίωση, οι επαγγελματικές επιλογές είχαν τη σφραγίδα μιας εκ των έξω επιβαλλόμενης αναγκαιότητας, που πολύ απέχει από αυτό που εμείς θεωρούμε προσωπική απόφαση. Έτσι, ο γιος, συνήθως ο μεγαλύτερος, έπαιρνε στα χέρια του τη γη και συνέχιζε την αγροτική παράδοση της οικογένειας. Στο εμπόριο ή στην τέχνη η διαδοχή γινόταν εξίσου άμεσα, αν ο πατέρας ή κάποιος σημαντικός συγγενής ήταν έμπορος ή τεχνίτης. Αν πάλι το παιδί ήταν για τα γράμματα, όλο το οικογενειακό σύστημα βοηθούσε, καθένας όπως μπορούσε από τη μεριά του, για να ανοίξει ο δρόμος των σπουδών στο Πανεπιστήμιο. Η έλλειψη οικονομικών πόρων, η λειτουργία ενός κοινά αποδεκτού σχεδίου

επαγγελματικής αποκατάστασης απάλλασαν τα άτομα και τις οικογένειες από το πρόβλημα της επιλογής. Στη σύγχρονη βιομηχανική και μεταβιομηχανική κοινωνία η κατάσταση είναι διαφορετική. Οι γονείς συνήθως δεν παρέχουν πληροφόρηση γενικά για τα επαγγέλματα και ειδικότερα για το δικό τους επάγγελμα. Ανησυχώντας μήπως επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά το παιδί τους στο θέμα αυτό, τηρούν ουδέτερη στάση. Αναφέρουμε χαρακτηριστικά ότι παιδιά ηλικίας 15 ετών απαντούν κατά 70% σε σχετική ερώτηση ότι οι γονείς τους δεν παίρνουν θέση στο κρίσιμο ζήτημα επιλογής των σπουδών τους. Στις σύγχρονες αυτές κοινωνίες, στις οποίες ανήκει και η δική μας, αναπτύσσεται ένα ευρύ φάσμα επαγγελμάτων, που το ένα γεννά το άλλο, δημιουργώντας έτσι μια ατελείωτη σειρά ειδικοτήτων. Η τοποθέτηση του γονέα σχετικά με ποιο επάγγελμα θα ταίριαζε στο παιδί του αποτελεί θέμα μείζονος προβληματισμού, λόγω ακριβώς της εμφανιζόμενης πολυπλοκότητας του θέματος. Η γνώμη ωστόσο του πατέρα και της μητέρας, όχι μόνο δε συνιστά καταναγκασμό για το παιδί, αλλά, αντίθετα, σημείο αναφοράς, του οποίου η αποδοχή ή η απόρριψη εναπόκειται στην απόφαση που θα πάρει το ίδιο.

Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι, ενώ η κοινωνική και οικονομική εξέλιξη του σύγχρονου κόσμου, αλλά και οι επιδράσεις που το φαινόμενο αυτό έχει πάνω στην οικογένεια, αποσειούν τους καταναγκασμούς ενός εκ των έξω επιβαλλόμενου σχεδίου επαγγελματικής απασχόλησης, προβάλλουν συγχρόνως ένα νέο καθήκον: την ανάληψη προσωπικής ευθύνης για το επάγγελμα. Αυτό που σήμερα αναμένεται, τόσο από τον εργάτη ή τον υπάλληλο, όσο και από τον επιστήμονα ή τον ερευνητή, είναι η προσωπική δέσμευση με το επάγγελμα που οι ίδιοι επιλέγουν και ασκούν. Οι εργαζόμενοι σε όλες τις ειδικότητες εκπαιδεύονται ανάλογα στο να εφευρίσκουν νέο εξοπλισμό και νέες μεθόδους και κυρίως εκπαιδεύονται στο να δημιουργούν νέα γνώση.

Σήμερα, σε όλα σχεδόν τα επίπεδα εργασίας προβάλλεται ως αναγκαίο ζητούμενο η ικανότητα ανασύνθεσης τόσο της υπάρχουσας όσο και της εισερχόμενης πληροφορίας, ώστε να παράγεται από τον εργαζόμενο μία νέα πληροφορία. Η διαφορά έγκειται στο ότι σε κάποια περιβάλλοντα εργασίας το αίτημα αυτό δηλώνεται άμεσα, σε κάποια διατυπώνεται έμμεσα και σε κάποια άλλα καθόλου, όχι γιατί δεν υπάρχει, αλλά γιατί δεν έχει συνειδητοποιηθεί ακόμη ως αναγκαιότητα. Κάθε εργαζόμενος καλείται, στο βαθμό που μπορεί και ανάλογα με τις ικανότητες που διαθέτει, να δώσει κάτι από τον εαυτό του, κάτι από αυτό που ονομάζουμε δημιουργία. Η πρόσληψη σε μία εργασία, ακολουθεί συχνά μια διαδικασία που, ανάλογα με τις απαιτήσεις

της προσφερόμενης θέσης, διαρκεί ώρες και μερικές φορές και ημέρες. Τα τυπικά προσόντα του αιτούντος δεν αποτελούν πάντοτε το κυρίαρχο κριτήριο της πρόσληψης. Λαμβάνονται εξίσου υπόψη τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως, μεταξύ άλλων, η κοινωνικότητα, η δυνατότητα του ατόμου να καταλαβαίνει τον εαυτό του και τους άλλους, καθώς επίσης και η ικανότητά του να εκδηλώνεται αυθεντικά, να εκδηλώνει τα συναισθήματά του και να συνεργάζεται. Για να γεννηθεί όμως στον εργαζόμενο μια τέτοια διάθεση, χρειάζεται να έχει επιλέξει ο ίδιος το επάγγελμα που κατά κύριο λόγο θα τον κάνει, ασκώντας το, να αισθάνεται δημιουργικός και ευτυχισμένος άνθρωπος. Ζητούνται δηλαδή στοιχεία τα οποία έχουν να κάνουν με το κατά πόσον ο άνθρωπος είναι εξασκημένος στο να συνταιριάζει όχι μόνο τη λογική με τις πράξεις του αλλά και με τα συναισθήματά του. Πρόκειται για μια νέα συνθήκη που θα του επιτρέψει να αυτοοργανώνει τις εσωτερικές αντιθέσεις του και να διαφυλάσσει τα βασικά συστατικά της ταυτότητάς του, αφενός σε μια κουλτούρα που τείνει να εξομοιώνει τα πάντα και αφετέρου σε ένα περιβάλλον που διαρκώς μεταβάλλεται. Εξαιτίας αυτών των πολύπλοκων στοιχείων που συνυπάρχουν στην επιλογή της επαγγελματικής απασχόλησης, οι γονείς αισθάνονται ανεπαρκείς να συμβουλευθούν τα παιδιά τους σχετικά με το επάγγελμα που θα ακολουθήσουν. Ως εκ τούτου αναθέτουν το έργο αυτό στο σχολείο ή απευθύνονται στον ειδικό. Δάσκαλοι και ειδικοί αναλαμβάνουν στα πλαίσια του σχολείου να εισαγάγουν στοιχειωδώς τα παιδιά στις αχανείς γνώσεις των σύγχρονων επιστημών και κυρίως να τα προετοιμάσουν για την ψυχοκοινωνική επιβίωσή τους στον κόσμο της μεταβιομηχανικής κοινωνίας. Σήμερα, που η υγεία μας δεν κινδυνεύει όπως παλαιότερα και που η επιβίωση μπορεί να εξασφαλίζεται με μεγαλύτερη σιγουριά, το θέμα της ψυχοκοινωνικής ισορροπίας έρχεται πρώτο στην ιεράρχηση των αναγκών μας, ανατρέποντας τις προγενέστερες αντιλήψεις στο θέμα αυτό και μετατρέπεται στο σπουδαιότερο εφόδιο ζωής.

Ο Επαγγελματικός Προσανατολισμός στο σχολείο μπορεί να λειτουργήσει ως το όχημα που θα εισαγάγει το παιδί στη διαδικασία της αυτογνωσίας και της ψυχοκοινωνικής συγκρότησης. Το ότι ο επαγγελματικός προσανατολισμός θεωρείται ως συνεχής πορεία εναλλασσόμενων αποφάσεων, που διαρκεί ολόκληρη σχεδόν τη ζωή, μπορεί να αποτελέσει το εφαλτήριο για μια πολύ ουσιαστική συνειδητοποίηση: ότι η ζωή που ανοίγεται μπροστά στο νέο είναι ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο φαινόμενο, του οποίου η κινητικότητα είναι δυνατό να αντιμετωπισθεί όταν ο άνθρωπος θέτει στόχους που έχουν νόημα για τον ίδιο. Ένα άλλο ση-

μαντικό στοιχείο της ψυχοκοινωνικής συγκρότησης του νέου ανθρώπου είναι η ενεργοποίηση της διαδικασίας της διαφοροποίησης. Έργο του ειδικού στο σχολείο είναι να παρέχει τη βοήθειά του γι' αυτό τον σκοπό. Τα Προγράμματα Επαγγελματικού Προσανατολισμού δίνουν την ευκαιρία, όχι μόνο στα παιδιά να εισαχθούν μεθοδικά στη λειτουργία της διαφοροποίησης, αλλά και στους γονείς τους που, θέλοντας να ενημερωθούν, επισκέπτονται τους ειδικούς του σχολείου. Μία βασική ιδιότητα της ανθρώπινης προσωπικότητας είναι αυτή που αφορά στην αντίληψη διαμέσου της γνώσης των διάφορων ατομικών στοιχείων. Η αυτοοργανωτική αυτή ιδιότητα σύμφωνα με πρόσφατες βιολογικές έρευνες είναι σταθερή και προγραμματικά εγγεγραμμένη στα ανθρώπινα γονίδια. Δίνει ενότητα και ταυτότητα στις πολυάριθμες μεταβολές κατά την εσωτερική ανάπτυξη του ατόμου, καθώς επίσης και σε όλες εκείνες τις μεταβολές της συμπεριφοράς κατά την εξελικτική προσαρμογή του στο περιβάλλον.

Η τάση για διαφορετικότητα συνιστά την πιο σημαντική λειτουργία της αυτοοργάνωσης και είναι βασική προϋπόθεση για τη διαμόρφωση της ταυτότητας. Έχει την αφετηρία της στις αρχές της ζωής, όταν ο μονοκύτταρος εμβρυϊκός οργανισμός, καθώς διαφοροποιείται, πολλαπλασιάζεται με την κυτταρική διαίρεση της μίτωσης σε δισεκατομμύρια άλλα κύτταρα, που ποικίλλουν ως προς τη δομή και τη λειτουργία τους.

Μια ανάλογη διαδικασία διαφοροποίησης μπορούμε να παρακολουθήσουμε σε δύο επαναστατικές φάσεις της ζωής του παιδιού:

- α) στη φάση της σωματικής αυτονόμησης κατά τη νηπιακή ηλικία, όταν το παιδί συνειδητοποιεί την αυτονομία του σώματός του και ελέγχει τις σωματικές λειτουργίες του και
- β) στη φάση της ψυχονοητικής αυτονόμησης κατά την εφηβική ηλικία, όταν οι νέοι επιχειρούν να πάρουν απόσταση από την οικογένεια κατασκευάζοντας την ταυτότητά τους.

Άτομα με υψηλό βαθμό διαφοροποίησης εντάσσονται πιο ομαλά στο κοινωνικό σύνολο, συνεργάζονται και επικοινωνούν με μεγαλύτερη ευκολία στο πλαίσιο εργασίας.

Στο πλαίσιο της σύγχρονης καθημερινότητας, εκεί όπου βιώνουμε έναν διαρκή εποικισμό του εαυτού μας από πάσης φύσεως πρόσωπα, ιδέες, αξίες και εξομοιωτικά αγαθά της κατανάλωσης, η ανάγκη μας για διαφορετικότητα καθίσταται επιτακτική. Αν πρόκειται ωστόσο για τη συνειδητοποίηση των σωματικών ή νοητικών δεξιοτήτων, η διαφοροποίηση συνεχίζεται στο σχολείο και ολοκληρώνεται στη διάρκεια της μετέπειτα ζωής μέσα

στην κοινωνία. Η αρχή ωστόσο της διαφοροποίησης του παιδιού σηματοδοτείται ως συγκεκριμένο γεγονός μέσα στο όριο της οικογένειας. Ένα άτομο που τείνει να διαφοροποιηθεί, αρχίζει να ορίζει με καθαρότητα τους προσωπικούς του στόχους και να τους επιδιώκει προδιορίζοντας σιγά σιγά ποιος είναι και τι θέλει. Η διερεύνηση των επιλογών για τις σπουδές και την εργασία αποτελεί ένα κοινωνικά αποδεκτό ξεκίνημα προς αυτή την κατεύθυνση. Για να πραγματοποιηθεί όμως, χρειάζεται κατανόηση και συναισθηματική στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, συνθήκες δηλαδή που θα επιτρέψουν στο παιδί να επικεντρώσει την προσοχή του απερίσπαστα σε θέματα που αφορούν την προσωπική του πορεία.

Σύμφωνα με έρευνες γύρω από το θέμα αυτό, οι οικογένειες που βοηθούν στη διαφοροποίηση των παιδιών τους έχουν οι ίδιες επιτύχει ένα σημαντικό βαθμό ανεξαρτησίας και χαρακτηρίζονται

- α) από την αποτελεσματικότητα που διαθέτουν στην επίλυση των κοινών προβλημάτων
- β) από τη σαφήνεια στη χρησιμοποίηση των κωδικών επικοινωνίας
- γ) από την κατανομή και λειτουργικότητα των διάφορων ρόλων, ώστε να ενισχύεται η ατομική εξέλιξη των μελών της οικογένειας
- δ) από το ενδιαφέρον που επιδεικνύεται για τις ατομικές δραστηριότητες των μελών και
- ε) από την υποστήριξη των ιδιαιτεροτήτων του κάθε μέλους

Στο σχολείο, τα Προγράμματα που ασχολούνται με τον προσανατολισμό των σπουδών και του επαγγέλματος στοιχειοθετούν μια σιωπηρά συμφωνημένη πράξη μεταξύ πολιτείας και γονέων σχετικά με τη διαδικασία που οδηγεί στην ψυχοκοινωνική αυτονόμηση του εφήβου. Σήμερα είναι δυνατό να ενταχθούν οργανικά στο σχολείο νέες ειδικότητες επαγγελματιών που θα διεκπεραιώνουν αρτιότερα τα ήδη υπάρχοντα προγράμματα και θα προτείνουν σύγχρονες μεθόδους εφαρμογής τους. Η ενεργής συμμετοχή των γονέων στον Επαγγελματικό Προσανατολισμό του παιδιού τους, όπως τουλάχιστον έχει δείξει πολυετής εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων, βοηθά και διευκολύνει σε μεγάλο βαθμό το έργο του ειδικού.

Η εφαρμογή ωστόσο του Επαγγελματικού Προσανατολισμού στο σχολείο μπορεί να δημιουργεί νέες δυνατότητες και να ανοίγει την επικοινωνία του μαθητή με την κοινότητα: κοινωνικές σχέσεις, επαγγελματική και πολιτισμική εκπαίδευση και εμπειρία, αξίες, διερεύνηση και ανάδειξη προσωπικών ικανοτήτων πέρα από το γενικό νοητικό παράγοντα, που σήμερα καλλιεργείται ως το

σημαντικότερο αγαθό στο σχολείο. Η πολυμορφία και η πολυπλοκότητα της σύγχρονης κοινωνίας δε μας επιτρέπουν πλέον να αρκούμαστε σε μετρήσεις που μας δίνουν το μέγεθος κάποιων γενικών ικανοτήτων του μαθητή. Οι μετρήσεις αυτές εκτιμώμενες μονοδιάστατα μπορεί να μας οδηγήσουν σε αξιολόγηση περιορισμένης οπτικής, αφού δε μας παρέχουν στοιχεία για την εφευρετικότητα της σκέψης και τις εκδηλώσεις της συμπεριφοράς του νέου εκτός του σχολικού του περιβάλλοντος.

Έχει παρατηρηθεί, από τους ειδικούς μελετητές του θέματος, ότι η σύγχρονη πραγματικότητα μας οδηγεί στην ανάγκη προώθησης και ενίσχυσης ικανοτήτων οι οποίες έχουν περισσότερο ατομικό χαρακτήρα και απαιτούν δραστηριοποίηση του νέου έξω από την οικογένεια και το σχολείο, σε οργανωμένα δηλαδή πλαίσια, όπου αναπτύσσεται άμεσα η επαγγελματική δραστηριότητα. Ικανότητες όπως η κινητοποίηση του οργανισμού για την επίτευξη του στόχου, η αξιοποίηση της αντοχής, ο βαθμός αυτογνωσίας, η αποτελεσματικότητα στην επικοινωνία και τη συναλλαγή, αφορούν σε συμπεριφορές που αναδεικνύονται κυρίως κατά την αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον. Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι από τα σχολικά κιάλας χρόνια, ένα ευρύτατο φάσμα ποικίλων ιδιαιτεροτήτων μπορεί να ανθίσει μέσα σε ευρύτερα κοινωνικά πλαίσια, τα επαγγελματικά. Κατά την εφηβική ηλικία, το παιδί αναθεωρεί παλαιότερες αντιλήψεις για τον εαυτό του και συγχρόνως επιδιώκει να αναγνωρίσει τα ειδοποιά στοιχεία μιας διαμορφούμενης ταυτότητας. Αυτού του είδους οι αναζητήσεις, όταν πραγματοποιούνται με πληρότητα σε μια ηλικία τόσο ευαίσθητη ως προς τις βιωματικές εγγραφές, επηρεάζουν θετικά το συναισθηματικό κόσμο του εφήβου και κατ'επέκταση την εικόνα του εαυτού του και την αυτοεκτίμησή του. Η δημιουργία, στο χώρο εργασίας, πλαισίων επαγγελματικής απασχόλησης, που λειτουργούν συμπληρωματικά και σε συντονισμό με το σχολείο και την οικογένεια, έχει θετικό αποτέλεσμα για την κοινωνική και ακαδημαϊκή ανάπτυξη του παιδιού. Αυτή η πραγματικότητα, όπως είναι φανερό, δεν είναι δυνατόν να αναπαραχθεί ούτε προσομοιωτικά μέσα στη σχολική τάξη, με τη χρήση των εκπαιδευτικών δυνατοτήτων σύγχρονων τεχνικών μέσων, ούτε με τη μεταφορά στο σχολείο της απομίμησης ενός περιβάλλοντος επαγγέλματος, μετά από πρόσκληση του σχετικού επαγγελματία. Αντίθετα, η μαθητεία σε ένα αυθεντικό περιβάλλον εργασίας - χωρίς αυτό να σημαίνει ότι υποβαθμίζεται η συμβολή των άλλων πηγών πληροφόρησης για το επάγγελμα - φέρνει τον νέο κοντά στην πραγματικότητα, εμπλουτίζει την εμπειρία του και ενισχύει την πολύπλευρη ανάπτυξή του. Συνάμα παρέχεται στον επαγγελματία η δυνατότητα να λειτουργήσει

ως διδάσκαλος έργου, ο οποίος μάλιστα βρίσκεται στην πλεονεκτική θέση να δείχνει στον μαθητευόμενο του τρόπους με τους οποίους η γνώση γίνεται πράξη.

Επαγγελματικός Προσανατολισμός στην Ιατρική

Στα προλεγόμενα εκτέθηκαν οι απόψεις μας για την έννοια και τη σημασία του Επαγγελματικού Προσανατολισμού. Στις γραμμές που ακολουθούν παρουσιάζεται το Πρόγραμμά Επαγγελματικού Προσανατολισμού, όπως αυτό πραγματοποιήθηκε στα Νοσοκομεία Ελπίς, Υγεία και Κωνσταντοπούλειο-Αγία Όλγα. Το Πρόγραμμα παρακολούθησαν συνολικά 31 μαθητές από το Κολλέγιο Αθηνών, είκοσι αγόρια και έντεκα κορίτσια.

Την πρώτη μέρα της παρουσίας του μαθητή, ξεκινούσε και ο κατατοπισμός του/της για τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του, τα οποία προσαρμόζονταν ανάλογα με τις ικανότητες και δυνατότητές του. Ο μαθητής παραλάμβανε αμέσως την άσπρη μπλούζα με μια ταμπέλα με το όνομά του, καθώς και τον Ετήσιο Απολογισμό του Τμήματος, το ειδικό Έντυπο που χρησιμοποιούσε το Τμήμα για την επικοινωνία του με τον άρρωστο, τα τρία 16σέλιδα Ενημερωτικά Φυλλάδια για τις παθήσεις των αγγείων (Αρτηριακή Εγκεφαλική Αγγειοπάθεια, Παθήσεις των Φλεβών των Κάτω Άκρων, Αρτηριακή Αγγειοπάθεια), καθώς και όλα τα Έντυπα του Τμήματος. Στη συνέχεια οι μαθητές λάμβαναν μέρος στην καθημερινή δραστηριότητα του Αγγειοχειρουργικού Τμήματος σύμφωνα με το εβδομαδιαίο του Πρόγραμμα.

Η εκπαίδευση στο Αγγειοχειρουργικό Εξωτερικό Ιατρείο αφορούσε την επικοινωνία με τον άρρωστο και τη λήψη του ιστορικού του αρρώστου, την εξέτασή του και την καταγραφή των στοιχείων της πάθησής του στο ειδικό Έντυπο. Πριν από την είσοδο του στο Ιατρείο, ο ασθενής απαντούσε με ένα ναι/όχι σε ένα έντυπο με είκοσι ερωτήσεις για να καταγραφεί αν ο άρρωστος είχε πρόβλημα που αφορούσε την ορθοπεδική, την ψυχιατρική ή την αγγειοχειρουργική και να διευκολυνθεί με τον τρόπο αυτό η εξέτασή του. Ο μαθητής γινόταν έτσι κοινωνός μιας ολοκληρωμένης διαδικασίας και λάμβανε επιτόπου γνώση για τη λύση ή μη του προβλήματος. Στο Αγγειοχειρουργικό Εξωτερικό Ιατρείο, οι άρρωστοι μετά τη διάγνωση - υφίσταντο διάφορες επιπρόσθετες εξετάσεις π.χ. με τους υπερήχους ή προγραμματιζονταν η απεικόνιση των αγγείων τους στο Ακτινολογικό - είτε αναχωρούσαν για το σπίτι τους με φάρμακα, είτε αποστέλλονταν σε γιατρό άλλης ειδικότητας, είτε εισάγονταν στο Αγγειοχειρουργικό Τμήμα για διάγνωση ή θεραπεία και πιθανόν για μία αγγειοχειρουργική επέμβαση. Επίσης στο Εξωτερικό Ιατρείο ο μαθητής ερχόταν σε επαφή με

τη διαδικασία συμπλήρωσης από τον άρρωστο ειδικού Ερωτηματολογίου προκειμένου να εκτιμηθεί το επίπεδο της ικανοποίησής του από την πρώτη του εξέταση από το γιατρό.

Στο Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, ο μαθητής, με τη βοήθεια του επιμελητή του Τμήματος, μάθαινε να συμπληρώνει τα στοιχεία του Ιστορικού του αρρώστου, με βάση τις πληροφορίες που συνέλεξε ο επιμελητής κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασής του, που στη συνέχεια υπαγόρευε στο μαθητή για να καταγραφούν.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στους θαλάμους των ασθενών, με το διευθυντή, τους επιμελητές και τους βοηθούς ή τους επιμελητές και τους βοηθούς, οι μαθητές κατατοπίστηκαν για την αλλαγή των χειρουργικών τραυμάτων, τις ενδοφλέβιες και ενδομυϊκές ενέσεις, τη χορήγηση φαρμάκων από το στόμα, το είδος της τροφής κ.λπ. Αργότερα, υπό την επίβλεψη και την καθοδήγησή μας, πραγματοποίησαν μετρήσεις με το πιεσομανόμετρο και το ροόμετρο υπερήχων Doppler, αλλαγές τραυμάτων και ενδοφλέβιες και ενδομυϊκές ενέσεις. Πριν από την εγχείρηση, ο ασθενής προετοιμάζονταν και ο μαθητής μετείχε σε αυτή την προετοιμασία, το πλύσιμο, το ξύρισμα, τον υποκλεισμό, την υπογραφή του εγγράφου της Συγκατάθεσης για την εγχείρηση κ.λπ.

Στο Χειρουργείο, ο μαθητής κατατοπίστηκε αρχικά για τη λειτουργία του, τους χώρους του, πώς κυκλοφορεί κανείς, πώς πλένει σωστά τα χέρια του και πώς φορά το καπέλο, τη μάσκα, την αποστειρωμένη μπλούζα και τα γάντια, προκειμένου να αποφεύγονται οι μολύνσεις. Ανάλογα με την πρόοδο του κάθε μαθητή και τις δυνατότητές του, επιτράπηκε σε μερικούς και η συμμετοχή τους στις διάφορες εγχειρήσεις. Εκεί αντιλήφθηκε ο μαθητής ολόκληρη τη διαδικασία, τον τρόπο που πλένεται και σκεπάζεται με αποστειρωμένα ρούχα ο ασθενής, πώς γίνεται η αναισθησία του, γενική ή τοπική, από τους αναισθησιολόγους και τη νοσηλεύτρια της αναισθησιολογίας. Κατατοπίστηκε επίσης για το ότι ο χειρουργός, ανάλογα με τη βαρύτητα της εγχείρησης, έχει ένα, δύο ή και τρεις συνεργάτες και δεν μπορεί να διενεργήσει καμία εγχείρηση χωρίς την εργαλιοδότρια - νοσηλεύτρια του χειρουργείου και τη βοηθό της.

Μετά το πέρας του χειρουργείου, ο ασθενής μεταφέρεται για τη μετεγχειρητική παρακολούθηση στο χώρο που λέγεται Ανάνηψη, μέσα στο χειρουργείο και στη συνέχεια στο Αγγειοχειρουργικό Τμήμα ή στη Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης, ανάλογα με τα μετεγχειρητικά θέματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Ο μαθητής συμμετείχε στην καταγραφή των Ιατρικών Οδηγιών στο ειδικό Έντυπο του Τμήματος για τις πρώτες 24 ώρες μετά την εγχείρηση. Στη Μονάδα Εντατικής

Θεραπείας κατατοπίστηκε από τους γιατρούς της για τις διαδικασίες και τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται για να βοηθούν και να υποστηρίζουν τη λειτουργία των διαφόρων οργάνων του ασθενούς, είτε για να παρακολουθούν τα ζωτικά σημεία του αρρώστου.

Στο Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, ο μαθητής μετείχε των Συνεδριάσεων του Τμήματος, όπου μετέχουν ο διευθυντής, οι επιμελητές, οι ειδικευόμενοι, η προϊσταμένη, η γραμματέας και πολλές φορές και γιατροί άλλων ειδικοτήτων. Οι Συνεδριάσεις αυτές είτε αφορούσαν θέματα λειτουργίας της Κλινικής, είτε θέματα και προβλήματα των ασθενειών των αρρώστων, είτε αφορούσαν συναντήσεις με τους αρρώστους παρουσία των συγγενών τους, προκειμένου να αποφασιστεί η συντηρητική ή χειρουργική τους θεραπεία και να τους εξηγηθεί η θεραπευτική τακτική που θα ακολουθηθεί, για να την κάνουν αποδεκτή. Οι συνεδριάσεις αυτές είναι πολύ χρήσιμες διότι ο μαθητής αντιλαμβάνεται ότι το έργο του γιατρού έχει ιδιαιτερότητες και ότι άλλο πράγμα είναι να πείσει ο τεχνικός τον πελάτη του για τα θέματα της οικοδομής και άλλο πράγμα να πείσει κανείς τον άρρωστο να ακολουθήσει συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή και να δεχθεί να χειρουργηθεί. Μαθαίνει επίσης ο μαθητής, το πώς απαντάμε στις διάφορες απορίες και ερωτήσεις του αρρώστου στον οποίο οφείλουμε πλήρη κατατοπισμό, ώστε να έχει τη δυνατότητα να αποφασίσει για τη ζωή του με σχετική ελευθερία.

Πέρα από τη δραστηριότητα του Αγγειοχειρουργικού Τμήματος, οι μαθητές έλαβαν μέρος και σε ένα ευρύτερο κατατοπισμό της λειτουργίας του Νοσοκομείου και των διαφόρων άλλων Τμημάτων του, καθώς συμμετείχαν και στις Επιστημονικές Εκδηλώσεις στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου.

Μετά το πέρας του Προγράμματος παραδόθηκε σε κάθε ένα μαθητή ένα Πιστοποιητικό Παρακολούθησης, που αναφέρονταν στις δραστηριότητές του αλλά και στις κρίσεις μας για την απόδοσή του. Οι μαθητές, από την άλλη μεριά, συντάξαν μία Έκθεση των Δραστηριοτήτων τους, για το τι είδαν και τι αντιλήφθηκαν κατά την διάρκεια της συμμετοχής τους στο Πρόγραμμα, την οποία κατέθεσαν στο Σχολείο τους.

Το Πρόγραμμα στο Νοσοκομείο Υγεία κινήθηκε με τον ίδιο περίπου τρόπο, πιο διακριτικά και με τη βοήθεια και άλλων συναδέλφων σε Κλινικές και Εργαστήρια. Τον Οκτώβριο του 1996, το Πρόγραμμα συνεχίστηκε στο Κωνσταντοπούλειο - Αγία Όλγα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Η μακρόχρονη ενασχόλησή μας με την προσπάθεια

κατατοπισμού των μαθητών του Λυκείου στα θέματα της Ιατρικής μας επιτρέπει τα παρακάτω σχόλια και κρίσεις:

Το Πρόγραμμά μας παρακολούθησαν, για άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα (από δύο εβδομάδες μέχρι και τρεις μήνες), 31 μαθητές του Λυκείου του Κολλεγίου Αθηνών. Στο Αγγειοχειρουργικό Τμήμα του Νοσοκομείου Ελπίς προσήλθαν εικοσιτρείς, στο Υγεία πέντε και στο Κωνσταντοπούλειο - Αγ. Όλγα τρεις. Το Πρόγραμμα και οι δραστηριότητες των μαθητών ήταν προσαρμοσμένες στην επιθυμία, τα ενδιαφέροντα, τη συμμετοχικότητα, το αίσθημα ευθύνης κ.λπ. που έπρεπε να εκτιμηθούν για κάθε ένα παιδί ξεχωριστά, ώστε να του εμπιστευτούμε - κάτω από καθοδήγηση και επιτήρηση - ορισμένες δράσεις. Τα περισσότερα παιδιά δεν είχαν αποφασίσει με τι θα ασχοληθούν στο μέλλον. Προσήλθαν για να κατατοπιστούν και έτσι οι πληροφορίες μας και η τακτική μας έπρεπε να είναι τέτοια ώστε να μην τους επηρεάζει να ασχοληθούν οπωσδήποτε με την Ιατρική. Μερικά από τα παιδιά είχαν ήδη επιλέξει την Ιατρική και αυτό έγινε άμεσα αντιληπτό από τη συμπεριφορά τους, την προσφορά τους και την ενασχόλησή τους με τον άρρωστο και την ανταπόκριση που έδειξαν στα καθήκοντα που τους ανατέθηκαν. Άλλα παιδιά είτε δεν είχαν τις δυνατότητες είτε δεν είχαν το ενδιαφέρον και χρησιμοποίησαν απλά την ευκαιρία που τους έδωσε το Πρόγραμμα του Σχολείου τους να βρεθούν σε ένα πλαίσιο εργασίας.

Το ημερήσιο Πρόγραμμα του Λυκείου, όπως είναι γνωστό, έχει μεγάλες διαφορές από το πρόγραμμα και την καθημερινότητα ενός Τμήματος στο Νοσοκομείο και μάλιστα χειρουργικού. Σε ένα Χειρουργικό Τμήμα (π.χ. Αγγειοχειρουργικό), πέρα από τη συνήθη καθημερινότητα του Ιατρικού Τμήματος, συνυπάρχει και η πρόσθετη ενασχόληση με το χειρουργείο, πράγμα που σημαίνει ατέλειωτες ώρες, ώστε με τις διάφορες τεχνικές των χειρουργικών επεμβάσεων να επιτευχθεί η απομίμηση της σοφίας της φύσης και να δωθεί χειρουργική λύση στο πρόβλημα της υγείας του αρρώστου. Το Αγγειοχειρουργικό Τμήμα έχει όμως πρόσθετες απαιτήσεις, μιας και ασχολείται με ασθενείς μεγάλης ηλικίας και με προβλήματα πολλών οργάνων, όπως είναι η καρδιά, οι πνεύμονες, τα νεφρά κ.λπ. όπου και μια μικρή απόκλιση ή λάθος μπορεί να οδηγήσει σε καταστρεπτική για τη ζωή εξέλιξη.

Από την άλλη μεριά, η συνεχής συμμετοχή των μαθητών σε κάθε δραστηριότητα του Τμήματος, στις συζητήσεις της καθημερινότητας, στις συνεδριάσεις, στα θέματα δεοντολογίας και συμπεριφοράς απέναντι στον άρρωστο, στην προσπάθεια επηρεασμού του

ώστε να πεισθεί για να ακολουθήσει την πρόποσα θεραπεία και στον κατατοπισμό τους για τις χρονοβόρες και ψυχοθόρες διαδικασίες του υγειονομικού μας συστήματος έχουμε την εντύπωση ότι ερέθισε και ενεργοποίησε τη σκέψη των μαθητών για τα προβλήματα του ιατρικού επαγγέλματος και απογύμνωσε σε ένα βαθμό τη φαντασμαγορία της ιατρικής μπλούζας και το ιατρικό επάγγελμα.

Οι μαθητές, είδαν, αντιλήφθηκαν και πείστηκαν - νομίζουμε - ότι οι γιατροί είναι και αυτοί σαν τους άλλους συνανθρώπους μας, τίποτα το ιδιαίτερο ή ξεχωριστό - στελέχη της ίδιας κοινωνίας. Η βασική διαφορά του ιατρικού επαγγέλματος με τα άλλα έχει να κάνει και με τα πιθανά ιατρικά λάθη, που έχουν ιδιαίτερες επιπτώσεις στην ίδια τη ζωή, η οποία είναι αναντικατάστατη. Για το λόγο αυτό, οι απαιτήσεις των συνανθρώπων μας από τους γιατρούς είναι μεγάλες και τα λάθη τους έχουν νομικές συνέπειες. Από την άλλη μεριά, οι σπουδές για την ιατρική είναι πολύχρονες, η μετεκπαίδευση (ειδικότητα) απαιτεί πρόσθετα χρόνια μελέτης και σκληρής δουλειάς, ενώ η εξάσκηση του επαγγέλματος είναι χρονοβόρα και έχει μεγάλο ανταγωνισμό. Δεν έχει σχέση με ωράριο και το ιατρικό επάγγελμα δεν είναι το κατάλληλο για να αποκτήσει κανείς πολλά χρήματα.

Τα καλοκαιρινά Προγράμματα Επαγγελματικού Προσανατολισμού εμφανίζουν ορισμένα μειονεκτήματα, επειδή το χρονικό αυτό διάστημα είναι συνδεδεμένο με τις καλοκαιρινές διακοπές των μαθητών. Είναι αλήθεια ότι στον τόπο μας, οι καλοκαιρινές διακοπές των μαθητών διαρκούν μεγάλο χρονικό διάστημα. Πρόσθετο μειονέκτημα, ιδιαίτερα για το μήνα Αύγουστο, αποτελεί το πραγματικό γεγονός της μειωμένης προσέλευσης ασθενών στο Εξωτερικό Ιατρείο κάθε Νοσοκομείου, πράγμα που σημαίνει μειωμένες εισαγωγές ασθενών και κατ'επέκταση μειωμένο αριθμό εγχειρήσεων. Επιπρόσθετα, οι μήνες αυτοί του καλοκαιριού είναι το χρονικό διάστημα των καλοκαιρινών διακοπών του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού. Έτσι, τα θέματα αυτά, είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ενασχόλησή μας με τους μαθητές και ο κατατοπισμός τους να εμφανίζει κενά ή τουλάχιστον να μη γίνεται στο βαθμό που εμείς επιθυμούμε.

Το Πρόγραμμά μας στο Νοσοκομείο Υγεία είχε περισσότερες δυσχέρειες, που έπρεπε να υπερνικηθούν. Πρώτα απ' όλα, έπρεπε να πεισθεί το Ίδρυμα για το Πρόγραμμα. Αυτό απαιτούσε συνεννοήσεις και διαδικασία ανταλλαγής επιστολών μεταξύ του Υπεύθυνου του Προγράμματος του Κολλεγίου Αθηνών και των Προέδρων του Κολλεγίου Αθηνών, του Υγεία και της Επιστημονικής Επιτροπής του Ιδρύματος. Η επιμονή στην ορθότητα

της ιδέας και του αμοιβαίου οφέλους υπερνίκησε τον οποιοδήποτε δισταγμό. Πρόσθετο βέβαια μειονέκτημα αποτέλεσε η μορφή του Ιδρύματος, στο οποίο προσφέρουν τις υπηρεσίες τους πολλοί γιατροί, διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι νοσηλεύουν τους προσωπικούς τους αρρώστους – πελάτες και έχουν διαφορετικό πρόγραμμα και διαφορετικό χρόνο παραμονής στο Ίδρυμα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Πρόσφατα μόνο, άρχισε και η ιδιωτική πρωτοβουλία, εκτός από τους απλούς συνεργάτες – γιατρούς, να οργανώνει Κλινικές με παραπλήσιο οργανόγραμμα με αυτές που υφίστανται στον κρατικό φορέα. Εκτός από αυτά, το Πρόγραμμα Επαγγελματικού Προσανατολισμού απαιτούσε από μέρος μας ξεχωριστές συναντήσεις και συνεννοήσεις με διαφορετικούς γιατρούς - συνεργάτες του Ιδρύματος για να πεισθούν για την αναγκαιότητα και το αμφοτερόπλευρο όφελός τους. Με τη βοήθεια ορισμένων ελεύθερων συνεργατών, αλλά και των νεότευκτων Τμημάτων, κατορθώθηκε η πραγματοποίηση των βασικών απαιτήσεων του Προγράμματός μας, με τη μέθοδο της περιφοράς των μαθητών από συνεργάτη σε συνεργάτη διαφορετικής ειδικότητας, σε καθημερινή βάση.

Ένα Πρόγραμμα Επαγγελματικού Προσανατολισμού στην ιδιωτική πρωτοβουλία δε θα πρέπει να διαφέρει από αυτό του κρατικού φορέα. Παρά ταύτα και εφόσον τα ιδιωτικά νοσοκομεία δεν έχουν ακόμη ολοκληρώσει την οργάνωσή τους στη μορφή των Τμημάτων ή Κλινικών του ΕΣΥ - και εδώ βέβαια δεν αναφερόμαστε στη νομική εκπροσώπησή τους - τα Προγράμματα Επαγγελματικού Προσανατολισμού θα πρέπει προς το παρόν να οργανώνονται μέσα στις ήδη υπαρκτές και οργανωμένες Κλινικές και Τμήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας ή των Πανεπιστημίων μας.

Απαραίτητη επίσης, κρίνουμε την καθιέρωση καθηκοντολόγιου των εκπαιδευόμενων μαθητών, ώστε να είναι γνωστά τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις τους, ενώ με αυτό τον τρόπο το πρόγραμμα θα είναι και νομικά καλυμμένο. Το επιθυμητό αυτό επίπεδο, για να επιτευχθεί, θα πρέπει πρώτα να τεθεί σε εφαρμογή ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού των Νοσοκομείων μας, που μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει πραγματικότητα. Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας είχε αποστείλει στις 9 Ιουνίου 1985 τον “Ενιαίο Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας της Ιατρικής Υπηρεσίας των Νοσοκομείων” στα Διοικητικά Συμβούλια όλων των Νοσοκομείων, προκειμένου να υποβάλλουν τις αντιπροτάσεις τους μέχρι την 30ή Ιουνίου 1986! Έκτοτε αγνοείται η τύχη του.

Από την άλλη μεριά, θα πρέπει να ειπωθεί ότι τα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα π.χ. το Υγεία έχουν καθιε-

ρώσει “Κανονισμό και Διαδικασία Εκπαίδευσης Τρίτων”, καθώς και την υποχρέωση των εκπαιδευομένων να είναι ασφαλισμένοι για πιθανό ατύχημα ή ασθένεια, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους. Οι εκπαιδευόμενοι μαθητές υπογράφουν επίσης μια Υπεύθυνη Δήλωση, ότι προσέρχονται οικειοθελώς και ότι δεν έχουν χρηματικές απαιτήσεις, αν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους απασχοληθούν σε κάποια μορφή εργασίας.

Δυό λόγια θα πρέπει να ειπωθούν και για τις Εκθέσεις που κατέθεσαν οι μαθητές μετά το πέρας του Προγράμματος. Οι Εκθέσεις αυτές - τρεις μέχρι δεκατέσσερις σελίδες η κάθε μία - ήταν άλλες περιληπτικές και άλλες λεπτομερείς, με στοιχεία από τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Δειγματοληπτικά, αντιγράφουμε ορισμένες χαρακτηριστικές εκφράσεις τους: «Ενθουσιάστηκα από τη συμμετοχή μου στις δραστηριότητες του Τμήματος και από το γεγονός ότι δεν ήμουν απλός παρατηρητής», «Αισθάνθηκα την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν, πράγμα που έπαιξε σημαντικό ρόλο για το χαρακτήρα μου και την προσωπικότητά μου», «Έμαθα να μετρώ την αρτηριακή πίεση, χρησιμοποίησα το ροόμετρο υπερήχων, έκανα ενέσεις ενδομυϊκές και ενδοφλέβιες, αλλαγές τραυμάτων, αιμοληψίες, συμπλήρωσα το Ιστορικό και τα διάφορα έντυπα του Τμήματος», «Πλύθηκα στο χειρουργείο, βοήθησα σε μικρές και μεγάλες εγχειρήσεις, έραψα το δέρμα, αφαίρεσα ράμματα και έδεσα επιδέσμους», «Παρακολούθησα στο Ακτινολογικό τη διενέργεια των αγγειογραφιών».

«Ήρθα αντιμέτωπος με την πραγματικότητα που μου κατέρριψε το μύθο της ιατρικής, ένα είδωλο που είχα δημιουργήσει στο μυαλό μου, μη έχοντας καμία επαφή με το επάγγελμα αυτό», «Διαπίστωσα την ανευθυνότητα των διαφόρων στελεχών του Νοσοκομείου, που κάνει ακόμα πιο δύσκολη τη δουλειά ενός σωστού γιατρού, καθώς και την ανεπάρκεια των μέσων που παρέχει το Κράτος», «Τέτοιου είδους Επαγγελματικός Προσανατολισμός δε θα πρέπει να περιορίζεται στα πλαίσια ενός σχολείου, αλλά να ακολουθηθεί από κάθε σχολείο στη χώρα μας. Μόνο έτσι θα δοθεί ευκαιρία σε όλους να γνωρίσουν από κοντά το αντικείμενο με το οποίο θα ήθελαν να ασχοληθούν, να μετρήσουν τις δυνατότητές τους σε αυτό και να προετοιμαστούν ψυχολογικά για τη μελλοντική τους απασχόληση. Έτσι καθένας θα έχει επιλέξει με τη θέλησή του την πορεία που θα ακολουθήσει στην υπόλοιπη του ζωή και δε θα ακολουθήσει κάτι λόγω ελλιπούς ενημέρωσης, το οποίο αργότερα θα ζημιώσει τον ίδιο και την κοινωνία».

Μετά από χρόνια (οκτώ μέχρι ένδεκα), ζητήθηκε από τους ίδιους μαθητές, οι περισσότεροι των οποίων

ήταν πτυχιούχοι Πανεπιστημίων (Βιολόγοι, Μηχανικοί, Γιατροί, Ψυχολόγοι, Οδοντίατροι κ.λπ.), να συντάξουν μια καινούργια Έκθεση για την «παλαιά» τους εμπειρία στο Νοσοκομείο. Οι εκτεταμένες Εκθέσεις τους (δύο μέχρι δέκα σελίδες) και οι πολύ θετικές απόψεις τους, δε μπορούν να περιληφθούν σε ένα άρθρο, ούτε υπό μορφή περίληψης. Αξίζει μόνο μία παράγραφος ενός παλαιού μαθητή :

«Δέκα χρόνια μετά, ομολογώ ότι ήταν η πολυτιμότερη εμπειρία της ζωής μου. Με γέμισε αυτοπεποίθηση και σιγουριά για τον εαυτό μου, όσο και για τις επιλογές μου. Δεν ήταν ένα απλό μέρος κάποιου Προγράμματος Επαγγελματικού Προσανατολισμού, ήταν η ουσία και η απάντηση στην ερώτηση του γιατί σπουδάζουμε και αγωνιζόμαστε σα μαθητές ή φοιτητές, ποιός ο σκοπός και ποιό το αποτέλεσμα. Άλλωστε πάντα οι μαθητές αναρωτιούνται τι κάνουν και για ποιό λόγο, χωρίς να παίρνουν κατάλληλη απάντηση, αφού μόνο οι ίδιοι μπορούν να απαντήσουν στα ερωτήματα που θέτουν, βιώνοντάς τα από μια διαφορετική οπτική γωνία».

Όλες αυτές οι Εκθέσεις, τα Πιστοποιητικά των μαθητών, διάφορα άρθρα: επικοινωνία γιατρού-αρρώστου, ο πληθωρισμός των γιατρών, συνεντεύξεις για το ιατρικό επάγγελμα, τα προβλήματα του Ε.Σ.Υ. κ.λπ., δημοσιεύθηκαν στην έκδοσή μας του 2000(5), όπου ο αναγνώστης παραπέμπεται για πληρέστερο κατατοπισμό. Η έκδοση αυτή, μετά από πρόταση του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου και απόφαση του υπουργού Παιδείας, διατέθηκε ατελώς σε 500 ανάτυπα στα Κέντρα Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού και στα γραφεία Επαγγελματικού Προσανατολισμού των Σχολείων.

Συμπερασματικά, θεωρούμε σημαντικό να επισημάσουμε την ανάγκη για τη δημιουργία:

1. Κανονισμού Παρακολούθησης Προγράμματος Επαγγελματικού Προσανατολισμού.
2. Εξασφάλιση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και νοσηλείας των μαθητών κατά τη διάρκεια του Προγράμματος.
3. Δημιουργία θέσεων για τους εκπαιδευόμενους με στοιχειώδη αμοιβή.
4. Υποχρεωτική εκχώρηση από τον Εκπαιδευτή Πιστοποιητικού Αξιολόγησης βασισμένο σε πραγματικά γεγονότα.
5. Υποχρεωτική συγγραφή από τους μαθητές Έκθεσης Πεπραγμένων και Κρίσεων του Προγράμματος Επαγγελματικού Προσανατολισμού.
6. Επέκταση του θεσμού σε όλες τις ιατρικές ειδικότητες.
7. Καθιέρωση Συμβουλευτικής και Γραφείων Επαγγελματικού Προσανατολισμού σε όλα τα

Σχολεία.

8. Δημιουργία στο Υπουργείο Παιδείας Κέντρου Αναφοράς Προγραμμάτων Επαγγελματικού Προσανατολισμού σε συνεργασία και με άλλα Υπουργεία (Βιομηχανίας, Υγείας, Εθνικής Αμύνης, Χωροταξίας και Περιβάλλοντος, κ.λπ.) και τα Πανεπιστήμια. Το Κέντρο αυτό θα συνδέει τα Γραφεία Επαγγελματικού Προσανατολισμού των Σχολείων και τα Ανώτερα και Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, όπου θα εκπαιδεύονται οι μελλοντικοί επαγγελματίες (γεωπόνοι, γιατροί, μηχανικοί, δικηγόροι κ.λπ.), προκειμένου να είναι κατάλληλοι για το ρόλο του εκπαιδευτή – εργοδιδάσκου, όπως αυτός προτείνεται παρακάτω.

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΥΡΙΟ: ΣΧΟΛΕΙΟ ΖΩΗΣ

«Μια νέα μορφή παιδαγωγικών-διδασκικών δραστηριοτήτων που δε θα υποκαταστήσουν το υπάρχον σχολείο, αλλά θα το συμπληρώσουν, είναι η εκπαίδευση των νέων στους χώρους της επαγγελματικής δραστηριότητας».

Στην παρούσα φάση της ογκούμενης τεχνολογικής ανάπτυξης, η αγωγή, ως έννοια καθολικής διάπλασης αλλά και ως πράξη παιδαγωγική, έχει πάψει να συνδέεται αποκλειστικά με την εκπαίδευση των νέων ανθρώπων. Εμφανίζεται ως μια γενικής φύσης αναγκαιότητα που, άλλοτε υπό τη μορφή απόκτησης των νέων γνώσεων και άλλοτε υπό τη μορφή αναθεώρησης παλαιότερων δεδομένων, μας ακολουθεί σε όλη τη διάρκεια της ζωής μας. Όλοι οι εργαζόμενοι, παρακινούμενοι από την ταχύτατη ροή της νέας πληροφορίας, αισθάνονται την υποχρέωση, εφόσον επιθυμούν, να παραμένουν στις δημιουργικές γραμμές του επαγγέλματός τους, να ενημερώνονται και να παρακολουθούν συστηματικά τις εξελίξεις. Εξαιτίας του γενικευτικού, από απόψεως χρονικής έκτασης, χαρακτήρα της, η εκπαίδευση αυτού του είδους, ανάλογα με το ποιος την επιδιώκει, σε ποια ηλικία και με ποιο σκοπό, εφαρμόζεται με διάφορες μορφές και σε ποικίλα πλαίσια: ενημερωτικά σεμινάρια στον επαγγελματικό χώρο του εργαζόμενου, ταχύρρυθμα δημόσια και ιδιωτικά προγράμματα εξειδίκευσης, προγράμματα σπουδών επιλογής πανεπιστημιακού επιπέδου κ.λπ.

Σήμερα, ορισμένα κρατικά ιδρύματα και πολλές ιδιωτικές επιχειρήσεις λειτουργούν εν μέρει και ως μηχανισμοί εκπαίδευσης. Διαπαιδαγωγούν το προσωπικό τους, επιστημονικό και μη αι το εισάγουν όχι μόνο σε μια συγκεκριμένη γνώση, αλλά και στην ευρύτερη ιδεολογία του συστήματός τους.

Το σχολείο, προκειμένου να συμβάλει, με όσο γίνεται μεγαλύτερη πληρότητα, αλλά και για να ανταποκριθεί

στο σύγχρονο αίτημα για μια πολυεπίπεδη ανάπτυξη της προσωπικότητας, σε συνάρτηση με την παράλληλη καλλιέργεια της νοημοσύνης, του συναισθήματος και του εμπειρικού βιώματος, αναζητά συνεργούς στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο, εκεί δηλαδή που θα επιτελείται στο εξής, με τη μία ή την άλλη μορφή, η διά βίου εκπαίδευση. Υπό την έννοια αυτή, ο μελλοντικός πολίτης θα είναι ένας υπό διαρκή εκπαίδευση εργαζόμενος. Η γνώση, ωστόσο και η πείρα του θα τον καθιστούν παράλληλα έναν «εν δυνάμει» εκπαιδευτή - εργοδιδάσκαλο για όσους από τους νέους θα απευθύνονται σε αυτές τις ιδιότητές του.

Ο ρόλος του εργοδιδάσκου μπορεί να διαμορφωθεί, ως προς το περιεχόμενο και το σκοπό, κατά τη διάρκεια των σπουδών στα ανώτερα και ανώτατα ιδρύματα, με την παρακολούθηση ορισμένων μαθημάτων επιλογής. Τα μαθήματα αυτά, θα μπορούσαν να έχουν ευρύτερο παιδαγωγικό περιεχόμενο ή ειδικότερα, να αναφέρονται σε θέματα της εξελικτικής, της παιδαγωγικής ή της εφαρμοσμένης ψυχολογίας, στην οποία υπάγεται και ο Επαγγελματικός Προσανατολισμός. Μηχανικοί του Πολυτεχνείου, ηλεκτρονικοί των Τ.Ε.Ι., γεωπόνοι, ναυτικοί πράκτορες, γιατροί και όποιοι άλλοι επαγγελματίες, θα μπορούν, όταν σπουδάζουν, να παρακολουθούν διάφορα κατ' επιλογήν μαθήματα από την ψυχολογία και την παιδαγωγική επιστήμη. Προετοιμασία τέτοιου είδους θα καθιστά τους μελλοντικούς επαγγελματίες περισσότερο αποτελεσματικούς στο ρόλο του εκπαιδευτή - εργοδιδάσκου.

ABSTRACT

Vocational Training in Medicine: A Vascular Surgery Example

Georgopoulos G. Dimitris-Solon¹, Tsagarakis Manolis²

¹Dr of Medicine at the University of Bonn and at the University of Athens.

²Psychologist - Psychotherapist, responsible of the Counseling and Vocational Training Department in the High School of the Athens College (1985 - 2000).

Vocational Training in high schools functions as a vehicle, introducing young people in the process of self-knowledge and phyco-social formation. Training in a real work enviroment brings them close to reality,

enriches their experience and supports their multilateral development. Vocational training in medicine was introduced in three Athenian hospitals during the years 1986-2006, in Elpis, Hygeia and Konstantopouleio-Agia Olga, in a Vascular Surgery disciplene. The duration of the Program was from a few weeks to three months. Thirtyone children from Athens College participated during their summer vacation and had a very good experience, not only observing, but also participating - under supervision - in our daily program. The Program was evaluated, not only by the initiator, but also by the young people who wrote reports, not only after its termination, but also years later. The experience gained, together with a proposal for the future, is presented, so that other disciplines of medicine can use this information and develop their own vocational training programs.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bowen M. Toward a differentiation of Self in one's family. Springer Verlag, New York, 1972.
2. Bruner J. Πράξεις Νοήματος. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1997.
3. Dellos R. Interactive Stories, Narratives, Family Beliefs and Therapy. Kernak Books, London, 1997.
4. Gardner H. Frames of Mind. The theory of Multiple Intelligences. Basic Books, New York, 1993.
5. Δ.Σ. Γ. Γεωργόπουλος, Μ. Τσαγκαράκης. Συμβουλευτική και Επαγγελματικός Προσανατολισμός στην Επιστήμη και Τέχνη της Ιατρικής. Η Προσπάθεια ενός Αγγειοχειρουργικού Τμήματος (1986-2000). Αθήνα, 2000.
6. Δ.Σ. Γ. Γεωργόπουλος. Παραγωγικότητα και Εκπαίδευση στην Αγγειοχειρουργική. Στοιχεία από δύο Αγγειοχειρουργικά Τμήματα. Αθήνα, 2004.
7. Δ.Σ. Γ. Γεωργόπουλος. Εκπαίδευση στην Αγγειοχειρουργική: Εικοσάχρονη πολυεπίπεδη παρέμβαση (1986-2005) στο Δ.Σ. Γ. Γεωργόπουλος, ΔΡ. Ν. Σταράμος (Επιμ.) Εκπαίδευση στην Αγγειοχειρουργική. Συνθήκες-Απόψεις-Προτάσεις Εκπαιδευτών-Εκπαιδευόμενων. Αθήνα, 2006.
8. Gergen JK. Ο κορεσμένος Εαυτός. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1997.
9. Goleman D. Η Συναισθηματική Νοημοσύνη. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.
10. L'Abate L, Ganahl G, Hansen CJ. Methods of Family Therapy. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1986.
11. Napier A, Whitaker C. Οικογένεια μαζί όμως αλλιώς. Κέδρος, Αθήνα, 1982.

Προσεχείς επιστημονικές συναντήσεις

Επιμέλεια: Β. Παπαβασιλείου

Multidisciplinary European Endovascular Therapy (M.E.E.T.)

18-21 Ιουνίου 2009
Τόπος: Cannes, French Riviera
Πληροφορίες: www.meetcongress.com
Τηλ: +33 491 09 7053
Φαξ: +33 496 15 3308

XVI World Meeting of the Union Internationale de Phlebologie (UIP)

31 Αυγούστου-4 Σεπτεμβρίου 2009
Τόπος: Principality of Monaco, Monaco
Πληροφορίες: www.aim-internationalgroup.com/2009/uip

XXIII Annual Meeting. The European Society for Vascular Surgery

3-6 Σεπτεμβρίου 2009
Τόπος: Radisson Plaza Hotel, Oslo, Norway.
Πληροφορίες: www.esvs.org

18th EUROCHAP (European Chapter Congress of the International Union of Angiology) joint with XIX MLAVS 2009 Annual Meeting of the Mediterranean League of Angiology and Vascular Surgery

19-22 Σεπτεμβρίου 2009
Τόπος: Palermo, Italy
Πληροφορίες: www.aimgroup.eu/2009/eurochap-mlavs

51st Annual World Congress of the International College of Angiology

22-24 Οκτωβρίου 2009
Τόπος: Beijing, China
Πληροφορίες: www.intlcollegeofangiology.org

7th International Congress on Vascular and Endovascular Surgery

25-26 Οκτωβρίου 2009

Τόπος: Beijing, China

Πληροφορίες: www.chinamed.com.cn/vascular

Asian Chapter Meeting of the International Union of Angiology

29-30 Οκτωβρίου 2009

Τόπος: Hyatt Regency, Tokyo, Japan

Πληροφορίες: www.iua-asianchapter2009.org

XXIV World Congress of the International Union of Angiology

21-25 Απριλίου 2010

Τόπος: Buenos Aires, Argentina

Πληροφορίες: www.iua2010.com.ar

19th EUROCHAP International Union of Angiology

24-25 Σεπτεμβρίου 2010

Τόπος: Maison de la Chimie, Paris

XXV World Congress of the International Union of Angiology

1-5 Ιουλίου 2012

Τόπος: Prague, Czech Republic
