



ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΚΔΟΣΗΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι,

Κατά το τρίμηνο που μεσολάβησε από τον παρελθόντα Σεπτέμβριο ξεχωρίζω δύο σημαντικές επιστημονικές συναντήσεις, που καίτοι διεξήχθησαν εντός του Ελλαδικού χώρου, είχαν επίπεδο διεθνούς συνεδρίου. Με χρονολογική σειρά και διαφορά μόλις μίας εβδομάδας, τα γεγονότα αυτά ήταν: 1. το Καρδιοχειρουργικό Συνέδριο του Ιπποκρατείου, που οργανώθηκε για πρώτη φορά στην ιστορία αυτής της σημαντικής σε έργο κλινικής, στην οποία θήτευσαν εμβληματικοί χειρουργοί (Ανδριτσάκης, Χλαπουτάκης και πλείστοι όσοι άλλοι μεταγενέστεροι), που τίμησαν το όνομα της ειδικότητάς μας. Η θεματολογία του ήταν πλήρης, η συμμετοχή εντυπωσιακή και η προώθηση της καινοτομίας αξιοθαύμαστη. Οφείλω να αναγνωρίσω ότι ήταν αντάξιο οργανωτικά και διοικητικά Πανελληνίου Συνεδρίου. 2. Το masterclass Θωρακοχειρουργικής, που οργανώνεται κατ'έτος από την Πανεπιστημιακή Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική του ΑΠΘ στο Τελλόγλειο, με ψυχή και κινητήριο δύναμη τον Πρόεδρο της Ακαδημίας της ΕΕΧΘΚΑ Καθηγητή Χ.Φορούλη, πρώην Πρόεδρο της ΕΕΧΘΚΑ. Το masterclass αυτό έχει συγκεκριμένη θεματική σε κάποιο αντικείμενο της ειδικότητάς μας, με χαρακτήρα εμβάθυνσης και διεξοδικής διαπραγμάτευσης του επίδικου αντικειμένου. Φέτος, ήταν αφιερωμένο στις παθήσεις του υπεζωκότα (καλοήθειες και κακοήθειες), τις οποίες διεξήλθε από όλες τις απόψεις, ώστε να προκύψει πλήρης και ολοκληρωμένη γνώση.

Παράλληλα, να επισημάνω ότι συνεχίζονται τα μαθήματα της Ακαδημίας με υψηλότατο επίπεδο και θεωρώ πως είναι δώρο και ευλογία για τους νέους γιατρούς να έχουν την τύχη να αποκομίζουν έτοιμη γνώση και εμπειρία από ικανούς και ενημερωμένους γιατρούς. Είναι κρίμα που αρκετοί νέοι γιατροί δεν παρακολουθούν τα μαθήματα και στη συνέχεια ζητούν από τις κλινικές τους διοργάνωση μαθημάτων, τη στιγμή που η θεματολογία της Ακαδημίας είναι εμπεριστατωμένη και εξαντλητική. Προσωπικά ζηλεύω, γιατί στην εποχή που ήμουν ειδικευόμενος, δεν είχαμε τη δυνατότητα τόσο εύκολης πρόσβασης στη γνώση και την εμπειρία. Είναι μάλλον φαινόμενο της εποχής η ευκολία πρόσβασης να πληρώνεται με απαξίωση και αδιαφορία.

Να κλείσω το σημείωμά μου αναφερόμενος στη συνάντηση που διεξήχθη στο ξενοδοχείο Crown Plaza την Δευτέρα 15 Δεκεμβρίου για τη διαμόρφωση της στρατηγικής στην έγκαιρη διάγνωση του πνευμονικού καρκίνου στην Ελλάδα, με διοργανωτές το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του ΕΚΠΑ σε συνεργασία με την ΕΛΛΟΚ. Στο δημόσιο αυτό διάλογο συμμετείχαν εκπρόσωποι επιστημονικών Εταιρειών (Ογκολογικής, Πνευμονολογικής, Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Ακτινολογικής κλπ) με σκοπό να διαμορφωθεί το «μονοπάτι» για τον προσυμπτωματικό έλεγχο στον πνευμονικό καρκίνο. Αντηλλάγησαν γόνιμες απόψεις και προβληματισμοί και διαμορφώθηκαν θέσεις και απόψεις για το επίκαιρο αυτό θέμα που απασχολεί πολλές κοινωνίες στο δυτικό – και όχι μόνο – κόσμο.

Εν κατακλείδι, εύχομαι σε όλους τους αποδέκτες του Newsletter μια γόνιμη και εποικοδομητική χρονιά σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο και στην Εταιρεία να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες και να υλοποιεί δράσεις προς όφελος των μελών της και του κοινωνικού συνόλου με πρόσημο πάντοτε την προάσπιση των επιστημονικών και ανθρωπιστικών αξιών και την εξύψωση της ηθικής και της δεοντολογίας σε έναν κόσμο εικονικής πραγματικότητας, εντυπωσιοθηρίας και απουσίας ηθικών αναστολών.

Χαράλαμπος Ζήσης

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΕΧΘΚΑ

Αξιότιμοι συνάδελφοι και μέλη της ΕΕΧΘΚΑ,

Σας παραθέτουμε το 4^ο και τελευταίο NEWSLETTER για το έτος 2025 που καταγράφει σκέψεις και γεγονότα που έλαβαν χώρα το τελευταίο τρίμηνο του έτους που ετοιμάζεται να περάσει στην ιστορία. Το διάστημα αυτό διοργανώθηκαν πάρα πολλά συνέδρια, ημερίδες και συμπόσια στον χώρο της Καρδιολογίας , πνευμονολογίας αλλά βέβαια και της δικιάς μας ειδικότητας. Ο μεγάλος αριθμός των εκδηλώσεων έχει κουράσει το κοινό από την άλλη μεριά όμως παρατηρείται σημαντική-μεγάλη συμμετοχή στα περισσότερα συνέδρια και το γεγονός αυτό υποδηλώνει το μεγάλο ενδιαφέρον στη παρακολούθηση των εξελίξεων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο χώρος των δομικών παθήσεων της καρδιάς που αλλάζει σχεδόν κάθε τρία χρόνια.

Από τις εκδηλώσεις που έγιναν ξεχώρισε το masterclass θωρακοχειρουργικής υπό τον καθηγητή κ. Φορούλη, το 1^ο ετήσιο Συνέδριο Καρδιοχειρουργικού Τμήματος του Ιπποκρατείου υπό τον κ. Μπαικούση, η διημερίδα «Καρδιοχειρουργική 2025» υπό τον κ. Κωτούλα, το 4th Athens Cardiovascular Symposium υπό των καθηγητών κκ Γερουλάκο και Αγγουρά καθώς και η έναρξη του νέου (3^{ου}) κύκλου μαθημάτων εξωσωματικής κυκλοφορίας με την εποπτεία και οργάνωση του κ. Κωτούλα και του Πανελληνίου Συλλόγου Ειδικών Εξωσωματικής Κυκλοφορίας. Στις παραπάνω εκδηλώσεις συμμετείχε η Εταιρία μας συνδιοργανωτικά και ενεργά. Δεν θα αναφερθούμε στις εκδηλώσεις των άλλων ειδικοτήτων που ήταν πάρα πολλές τόσο στην Αθήνα όσο και σε όλη τη χώρα.

Όλες οι εκδηλώσεις αυτές σημείωσαν μεγάλη επιτυχία με μεγάλη συμμετοχή κοινού αλλά και γόνιμες συζητήσεις, σκέψεις, γνώσεις και συμπεράσματα. Οι νόμοι αποτυπώνουν τους τρόπους διαχείρισης των διάφορων θεμάτων που μας απασχολούν αφού προηγούμενα έχουν γίνει συνείδηση σε ανθρώπους που βρίσκονται σε θέσεις κλειδιά. Οι χώροι για να γίνουν τέτοιες διεργασίες είναι τα αμφιθέατρα και οι συνεδριακές αίθουσες.

Ας κρατήσουμε όλοι από τώρα τις ενδιαφέρουσες ημερομηνίες για το έτος 2026. Το 16ο Συμπόσιο των ομάδων εργασίας που θα γίνουν στην Κρήτη, 24-25 Απριλίου, το 34ο ESTS που θα γίνει 7-9 Ιουνίου στην Αθήνα καθώς και το μεγάλο μας συνέδριο που θα πραγματοποιηθεί 19-21 Νοεμβρίου.

Μέχρι τότε εύχομαι σε όλους Χαρούμενα Χριστούγεννα, ευτυχισμένο το νέο έτος 2026 με υγεία και άφθονη όρεξη για δημιουργικότητα και επικοινωνία!

Π. Δεδεηλίας

ΤΑ ΝΕΑ ΤΗΣ ΕΕΧΘΚΑ

ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ & ΑΓΓΕΙΩΝ

Το 16ο Συμπόσιο Ομάδων Εργασίας της ΕΕΧΘΚΑ θα οργανωθεί στην Κρήτη, 24-25 Απριλίου 2026

34th ESTS MEETING 2026

Το 34^ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Χειρουργών Θώρακος, θα πραγματοποιηθεί 7-9 Ιουνίου 2026, στην Αθήνα

16ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΕΧΘΚΑ

Το 16ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Θώρακος Καρδιάς Αγγείων θα πραγματοποιηθεί στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών από 19 έως 21 Νοεμβρίου 2026.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΛΟΚΗΣ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗΣ (3D) ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΥΠΩΣΗΣ

Φίλιππος-Πασχάλης Ρόρρης, Μελέτιος Κανάκης
Ωνάσειο Νοσοκομείο

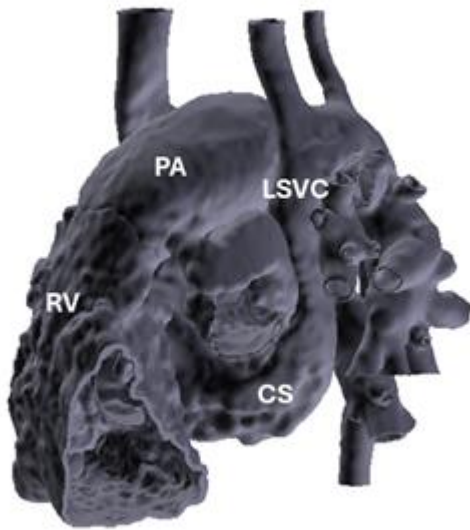
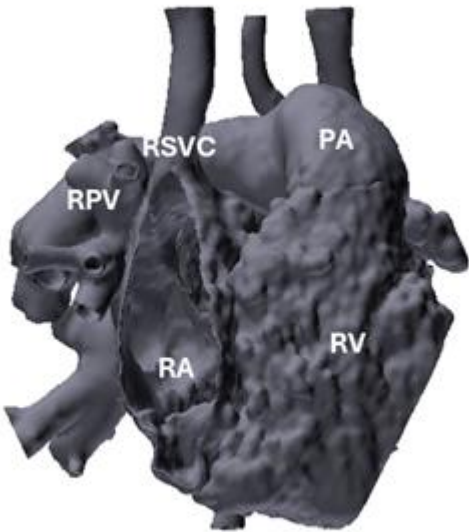
Πρόσφατα χρειάστηκε να αντιμετωπίσουμε έναν παιδιατρικό ασθενή με μεσοκοιλιακή επικοινωνία τύπου ανωτέρου ελλείμματος φλεβώδους κόλπου με μερική ανώμαλη εκβολή των πνευμονικών φλεβών. Προς έκπληξή μας, στην προεγχειρητική υπολογιστική τομογραφία, βρεθήκαμε αντιμέτωποι με σύμπλοκη και σπάνια ανατομία της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων. Λόγω της δυσκολίας στην κατανόηση της ανατομίας αλλά και της υποκείμενης παθολογίας, χρειάστηκε να ζητήσουμε την τρισδιάστατη (3D) απεικόνιση της αξονικής τομογραφίας και κατόπιν την 3D εκτύπωση του μοντέλου σε πραγματικό μέγεθος. Παραθέτουμε εικόνα από το 3D μοντέλο το οποίο στη συνέχεια εκτυπώθηκε και χρησιμοποιήθηκε αρχικά για την κατανόηση της ανατομίας και στη συνέχεια για την βέλτιστη χειρουργική προσέγγιση της παθολογίας (Εικόνα 1).

Συνοψίζοντας, η ασθενής είχε αριστερό ισομερισμό με ανατομικά δύο ωτία αριστερής μορφολογίας, μεσοκαρδία και διακοπή της κάτω κοίλης υποδιαφραγματικά, χωρίς αυτή να εκβάλει στον δεξιό κόλπο. Οι δεξιές πνευμονικές φλέβες εξέβαλαν στην συμβολή της δεξιάς άνω κοίλης φλέβας με τον δεξιό κόλπο και ενδοκαρδιακά υπήρχε μεσοκοιλιακή επικοινωνία τύπου ανωτέρου ελλείμματος του φλεβώδους κόλπου. Επιπροσθέτως, είχε αναπτυχθεί έντονα το φλεβικό δίκτυο της ημιαζύγου, η οποία ανέκαμπτε πάνω από την αριστερή πνευμονική αρτηρία για να συναντήσει την αριστερή άνω κοίλη φλέβα η οποία συνέχιζε στον στεφανιαίο κόλπο και παροχέτευε φλεβικά τον κορμό και τα σπλάχνα κάτωθεν του διαφράγματος με εξαίρεση το ήπαρ (Εικόνα 2). Οι ηπατικές φλέβες με ένα βραχύ υπερδιαφραγματικό στέλεχος εξέβαλαν στον στεφανιαίο κόλπο.

Το παιδί υπεβλήθη σε χειρουργική διόρθωση με μέση στερνοτομή και η μετεγχειρητική του πορεία ήταν ανεπίπλεκτη. Η τρισδιάστατη απεικόνιση ήταν καθοριστική στην βέλτιστη αντιμετώπιση της καρδιοπάθειας.

Εικόνα 1: Πρόσθια 3D απεικόνιση της καρδιάς.

Εικόνα 2: Πλάγια 3D αριστερή απεικόνιση της καρδιάς.



ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ 2025

Νίκος Γ. Μπαϊκούσης MD, MSc, PhD
Καρδιοχειρουργός,
Συντονιστής Διευθυντής Καρδιοχειρουργικού Τμήματος,
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Αθηνών

Με χαρά σας κοινοποιώ περιληπτικά τα πεπραγμένα του συνεδρίου “Σύγχρονη Καρδιοχειρουργική 2025” που διοργάνωσε το Καρδιοχειρουργικό Τμήμα του Γ. Ν. Αθηνών “Ιπποκράτειο” σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Χειρουργών Θώρακος-Καρδιάς-Αγγείων. Το συνέδριο πραγματοποιήθηκε στις 5 και 6 Δεκεμβρίου στο κεντρικό αμφιθέατρο του Ιπποκρατείου. Το διήμερο αυτό συνέδριο είναι το πρώτο που διοργάνωσε το Καρδιοχειρουργικό Τμήμα του Νοσοκομείου παρόλο που λειτουργεί 60 και πλέον έτη και ιστορικά είναι η πρώτη καρδιοχειρουργική κλινική που λειτούργησε στην Ελλάδα με ΦΕΚ του 1964. Συμπληρώθηκαν 17 ώρες επιστημονικού προγράμματος και το συνέδριο μοριοδοτήθηκε με 14 CME από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Το πρόγραμμα περιέλαβε 60 εισηγήσεις, με 40 προέδρους και 60 σχολιαστές. Περισσότεροι από 260 συνάδελφοι παρακολούθησαν το συνέδριο δια ζώσης με περισσότερες από 600 προεγγραφές ενώ υπήρχαν και εκατοντάδες “διαδικτυακοί” σύνεδροι. Παρόντες ήταν Διευθυντές Τμημάτων, Καθηγητές του ΕΚΠΑ, του ΑΠΘ, του Πανεπιστημίου Πατρών, Ομότιμοι Καθηγητές και πολλοί ακόμα αξιόλογοι Ιατροί και συνεργάτες των περισσότερων Καρδιολογικών και Καρδιοχειρουργικών Κλινικών της Ελλάδος, Πανεπιστημιακών, Στρατιωτικών, Δημοσίων και Ιδιωτικών.

Στο συνέδριο συζητήθηκαν αρχικά θέματα εξωσωματικής κυκλοφορίας με ομιλητές χειριστές εξωσωματικής και καρδιοχειρουργούς. Η καρδιοπληγία, η μίνι εξωσωματική, η εξωσωματική κατά τις ενδοσκοπικές επεμβάσεις και η χρήση του DO2 αναλύθηκαν σε βάθος. Στη συνέχεια, έμφαση δόθηκε στην σημασία της ανάνηψης στην καρδιοχειρουργική μονάδα, στο βαθμό ετοιμότητας που πρέπει να υπάρχει στη μονάδα, τη σημασία του σεμιναρίου CALS και την αναγκαιότητα παρακολούθησης του από όλους, Ιατρούς & Νοσηλευτές. Στο τραπέζι των αρρυθμιών, επιστήμονες εγνωσμένης αξίας ανέλυσαν τις αρρυθμιολογικές επιπλοκές μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση. Ακολούθησε τραπέζι με θέμα την στεφανιαία νόσο και τις σύγχρονες θεραπευτικές στρατηγικές με εισηγητές επεμβατικούς καρδιολόγους και καρδιοχειρουργούς. Περί μιτροειδούς βαλβίδας, πέρα από τις κατευθυντήριες οδηγίες και τις διαγνωστικές τεχνικές, έμφαση εδόθη στην αντιμετώπιση της στένωσης της βαλβίδας που δεν είναι πλέον τόσο σπάνια μετά την άφιξη στη χώρα μας αλλοδαπών, Ασιατών κτλ, στο MAC που αποτελεί ιδιαίτερο χειρουργικό challenging, καθώς και στην επιδιόρθωση της ανεπαρκούς μιτροειδούς θωρακοσκοπικά και ενδοσκοπικά.

Στην τελετή έναρξης με γεμάτο το αμφιθέατρο, παρουσιάστηκε η ιστορία του Καρδιοχειρουργικού Τμήματος, τιμήθηκε για την πολύχρονη προσφορά του ο καρδιοχειρουργός Εμμανουήλ Χλαπουτάκης ως ένας εκ των θεμελιωτών της καρδιοχειρουργικής ενώ χαιρετισμό απηύθυναν πρόσωπα με θεσμικό ρόλο. Η δεύτερη ημέρα του συνεδρίου άρχισε με ένα σημαντικό θέμα, την ενδοκαρδίτιδα. Ήταν μια συνάντηση μικροβιολόγων, παθολογοανατόμων, λοιμωξιολόγων, καρδιολόγων και καρδιοχειρουργών. Όλες αυτές οι ειδικότητες πρέπει να συνεργαστούν ως “ομάδα ενδοκαρδίτιδας” για την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών με ενδοκαρδίτιδα. Οι επεμβατικές και χειρουργικές τεχνικές στις παθήσεις της αορτικής βαλβίδας συζητήθηκαν σε ένα άκρως ενδιαφέρον τραπέζι με ειδήμονες καρδιολόγους και χειρουργούς. Η επιδιόρθωση της ανεπαρκούς αορτικής βαλβίδας αποτελεί καινοτομία και η γνώση των τεχνικών επιδιόρθωσης είναι επιβεβλημένη.

Ακολούθησε κοινή τράπεζα επεμβατικών ακτινολόγων, αγγειοχειρουργών και καρδιοχειρουργών για την αντιμετώπιση των παθήσεων της αορτής «ως όργανο». Ήταν ένα τραπέζι υψηλής επιστημονικής αξίας στο οποίο συζητήθηκαν οι τελευταίες εξελίξεις και οι καινοτόμες θεραπευτικές τεχνικές των παθήσεων ολόκληρης της αορτής. Στο τέλος παρουσιάστηκαν 4 ενδιαφέροντα καρδιοχειρουργικά περιστατικά από 4 ειδικευόμενους καρδιοχειρουργικής.

Η Οργανωτική Επιτροπή και εγώ προσωπικά ως Πρόεδρος αυτού του συνεδρίου και ως Συντονιστής Διευθυντής του Καρδιοχειρουργικού Τμήματος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους συμμετέχοντες στο Επιστημονικό αυτό διήμερο και ελπίζουμε ότι όλοι προσθέσαμε λίγη ακόμα γνώση στη φαρέτρα μας.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ



ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ



1^ο Ετήσιο Συνέδριο

Καρδιοχειρουργικού Τμήματος

Ιπποκρατείου Αθηνών

«ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ 2025»

5-6 Δεκεμβρίου 2025

Αμφιθέατρο / Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

Υπό την Αιγίδα



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ

PCO / INVENTICS A.E. / MEDEVENTS.GR / T. 2310 474 400 / E. INFO@MEDEVENTS.GR / W. WWW.MEDEVENTS.GR

GNT0 LICENSE: 0933E60000074600

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
από την Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική του ΑΠΘ

Χριστόφορος Ν. Φορούλης
Καθηγητής Θωρακοχειρουργικής ΑΠΘ

Το 1ο Σεμινάριο διοργανώθηκε το Δεκέμβριο του 2017 και έκτοτε διοργανώνεται ανελλιπώς κάθε χρόνο την ίδια περίοδο, με εξαίρεση την χρονιά της κρίσης της πανδημίας COVID-19 και την χρονιά του 14ου Πανελληνίου Συνεδρίου Χειρουργών Θώρακος - Καρδίας - Αγγείων στη Θεσσαλονίκη το 2022, λόγω μεγάλης εγγύτητας των εκδηλώσεων. Σκοπός του σεμιναρίου είναι η εξαντλητική παρουσίαση και συζήτηση θεμάτων θωρακοχειρουργικής, που είτε απασχολούν την καθημερινότητα, είτε αφορούν νεότερα δεδομένα, τεχνολογίες και τεχνικές που «εισβάλλουν» στην καθημερινότητά μας, είτε θέματα για τα οποία η κοινότητα των θωρακοχειρουργών δεν έχει ξεκάθαρες τοποθετήσεις ή απαντήσεις. Στην τελευταία περίπτωση ήταν ενταγμένο το θέμα του φετινού σεμιναρίου, το οποίο έλαβε χώρα την 12η Δεκεμβρίου 2025 στο Τελλόγλειο Ίδρυμα Τεχνών του ΑΠΘ, με θέμα τα “νεοπλάσματα του υπεζωκότα” (Εικόνα 1). Το Τελλόγλειο Ίδρυμα Τεχνών του ΑΠΘ (Εικόνα 2) αποτελεί ένα κόσμημα του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου και ένα ιδανικό τόπο για επιστημονικές εκδηλώσεις μικρών κοινοτήτων, όπως είναι οι Χειρουργοί Θώρακος-Καρδίας.

Εικόνα 1



Εικόνα 2



Τα νεοπλάσματα του υπεζωκότα διακρίνονται ως γνωστόν σε δευτεροπαθή, τα οποία είναι και τα συχνότερα, και τα πρωτοπαθή, τα οποία αποτελούν σχετικά σπάνια νεοπλάσματα. Τα κυριότερα πρωτοπαθή νεοπλάσματα του υπεζωκότα είναι το μεσοθηλιώμα του υπεζωκότα, οι μονήρεις ινώδεις όγκοι και τα πρωτοπαθή λεμφώματα του υπεζωκότα. Στο σεμινάριο έγινε εκτεταμένη παρουσίαση του μεσοθηλιώματος και των μονήρων ινωδών όγκων. Η ιστολογική ταξινόμηση του μεσοθηλιώματος κατά WHO παρουσιάστηκε ενδελεχώς και εν συνεχεία έγινε παρουσίαση της νεότερης σταδιοποίησης, της οντότητας “Metsovo Lung”, της ακτινολογικής εικόνας, του σημαντικού ρόλου του σπινθηρογραφήματος ποζιτρονίων στην αρχική σταδιοποίηση και επανασταδιοποίηση του μεσοθηλιώματος από ομιλητές με ιδιαίτερη γνώση των αντικειμένων. Όλα τα νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση της κακοήθους υπεζωκοτικής συλλογής, είτε οφείλεται σε μεσοθηλιώμα, είτε σε δευτεροπαθή επένεμψη του υπεζωκότα παρουσιάστηκαν από καθηγητή της πνευμονολογίας του ΑΠΘ, όπου τονίστηκε η σημασία της ύπαρξης παγιδευμένου πνεύμονα ή όχι στην επιλογή του τρόπου αντιμετώπισης. Ακολούθησε συζήτηση επί της εμπειρίας με τους indwelling καθετήρες στην αντιμετώπιση της νεοπλασματικής υπεζωκοτικής συλλογής που συνοδεύεται από παγίδευση του πνεύμονα.

Θωρακοχειρουργοί με ξεχωριστή εμπειρία επί της χειρουργικής του μεσοθηλιώματος του υπεζωκότα, μαζί με παθολόγους ογκολόγους και ακτινοθεραπευτές, προσπάθησαν να διαλευκάνουν το πρόβλημα της θεραπευτικής αντιμετώπισης του μεσοθηλιώματος του υπεζωκότα, υπό το πρίσμα των μελετών MARS1, MARS2 και mesoVATS, σε συνδυασμό με την κλασσική χημειοθεραπεία, την ανοσοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία και την ενδοθωρακική υπερθερμική χημειοθεραπεία (HITOC). Η εμπειρία Έλληνα θωρακοχειρουργού της διασποράς, ο οποίος υπηρετεί σε κέντρο μεσοθηλιώματος στο Ηνωμένο Βασίλειο, βοήθησε σημαντικά στη διαλεύκανση του ρόλου της χειρουργικής στο μεσοθηλιώμα του υπεζωκότα, όπου φαίνεται ότι η εξωυπεζωκοτική πνευμονεκτομή δεν έχει πλέον θέση. Ακολούθησε σχολιασμός και συζήτηση με έμπειρους θωρακοχειρουργούς που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα, με ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών.

Στο τελευταίο τμήμα του προγράμματος συζητήθηκε ο μονήρης ινώδης όγκος του υπεζωκότα και η κατηγοριοποίησή του σε χαμηλού, ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου υποτροπής, ανάλογα με τα δεδομένα που βλέπει και μας περιγράφει ο παθολογοανατόμος. Παρουσιάστηκε η εμπειρία από σειρά 9 περιστατικών Έλληνα θωρακοχειρουργού, με άφθονο φωτογραφικό υλικό και τονίστηκαν τα σημεία που έχουν ιδιαίτερη σημασία στη χειρουργική αντιμετώπιση των πολλές φορές τεράστιου μεγέθους, μονήρων ινωδών όγκων του υπεζωκότα. Ο επικουρικός ρόλος της ακτινοθεραπείας και ο ρόλος της συστηματικής θεραπείας σε ανεγχείρητες περιπτώσεις ή σε υποτροπές παρουσιάστηκαν και συζητήθηκαν με έμπειρους παθολόγους-ογκολόγους από το Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και με καθηγήτρια ακτινοθεραπευτικής από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ. Η παρουσίαση χειρουργικής εμπειρίας επί των σπανίων μονήρων ινωδών όγκων του υπεζωκότα, σε συνδυασμό με τη συζήτηση επί των επικουρικών θεραπειών, έδωσε μια καλή απάντηση στα ερωτήματα που μπορεί να προκύψουν για τον κλινικό γιατρό και τον θωρακοχειρουργό στην καθημερινότητα.

Ενδιαφέρον σημείο του σημερινού Σεμιναρίου ήταν η παρουσία πολλών προπτυχιακών φοιτητών του Τμήματος Ιατρικής, οι οποίοι δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την Θωρακοχειρουργική. Μετά τη λήψη του Σεμιναρίου ακολούθησε γεύμα σε κοντινό εστιατόριο, όπου οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να συζητήσουν περαιτέρω για τα νεοπλάσματα του υπεζωκότα, να χαλαρώσουν και να συσφίξουν περαιτέρω τις σχέσεις τους.

Το Σεμινάριο Εξειδικευμένης Θωρακοχειρουργικής αποτελεί από το 2024 και μάθημα της Ακαδημίας Χειρουργικής Θώρακος-Καρδίας (Εικόνα 3), με δυνατότητα παρακολούθησης τόσο δια ζώσης όσο και διαδικτυακά. Οι ομιλίες και η συζήτηση μπορούν να βρεθούν στην ιστοσελίδα <https://www.livemedia.gr/7thoracic> για όσους επιθυμούν να δουν το Σεμινάριο εκ των υστέρων ή ενδιαφέρονται να παρακολουθήσουν κάποια συγκεκριμένη ομιλία.

Εικόνα 3



ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΜΗΜΑΤΕΚΤΟΜΗ ΩΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΕΚΛΟΓΗΣ

Χαράλαμπος Ζήσης
Αντιπρόεδρος ΕΕΧΘΚΑ

Οι ανατομικές τμηματεκτομές έχουν εισέλθει δυναμικά στο πεδίο της ογκολογικής χειρουργικής στον καρκίνο του πνεύμονα. Αφορμή για την καθιέρωσή τους υπήρξαν έγκυρες δημοσιεύσεις μελετών μη κατωτερότητας σε κορυφαία ιατρικά περιοδικά, που τεκμηρίωσαν επαρκώς την ένδειξη διενέργειας ανατομικών τμηματεκτομών σε περιφερικούς μη μικροκυτταρικούς καρκίνους πνεύμονα μεγέθους μικρότερου των 2εκ με αρνητικούς λεμφαδένες (Segmentectomy versus lobectomy in small-sized peripheral non-small-cell lung cancer (JCOG0802/WJOG4607L): a multicentre, open-label, phase 3, randomised, controlled, non-inferiority trial, Lancet 2022 Apr 23;399(10335):1607-1617).

Πολλοί χειρουργοί έσπευσαν να υιοθετήσουν αυτή την πρακτική χειρουργικής διαχείρισης των ογκολογικών ασθενών, η οποία παλαιότερα επιφυλασσόταν σε περιπτώσεις περιορισμένων αναπνευστικών εφεδρειών ως συμβιβαστική λύση έναντι της λοβεκτομής. Η σημασία που αποδίδεται στις τμηματεκτομές καταδεικνύεται από την πληθώρα courses – workshops, που διοργανώνονται για την εκπαίδευση των ανά τον κόσμο θωρακοχειρουργών στις τμηματεκτομές. Πέραν του ότι – ειδικά κάποιες από αυτές – συνιστούν χειρουργική πρόκληση, είναι σκόπιμο να δούμε το πότε, το πώς και το γιατί.

Ανακύπτουν πολλά ερωτήματα που χρειάζεται να συνεκτιμηθούν κατά την επιλογή της βέλτιστης θεραπευτικής απόφασης: Είναι το μέγεθος αυτό που αρχικώς εκτιμήθηκε; Πόση είναι η πρόσληψη της βλάβης στο PET; Μπορεί να εξαιρεθεί με ασφαλή όρια εκτομής; Μήπως υπάρχει έτερη εστία στον ίδιο λοβό; Υπάρχει STAS; Η ταχεία βιοψία είναι ασφαλής (ή εφικτή) ως προς το να καταδείξει διήθηση λεφαδένων; Η τελική ιστολογική θα δικαιώσει την επιλογή μας; Είναι το όφελος που προκύπτει ως προς τις αναπνευστικές εφεδρείες σημαντικό ή η διαφορά αποβαίνει αμελητέα;

Από πολλούς αμφισβητείται η ισοδυναμία τμηματεκτομής-λοβεκτομής στον πραγματικό κόσμο, μακράν του εξωραϊσμού των δημοσιεύσεων (Real-world outcomes of lobectomy, segmentectomy and wedge resection for the treatment of stage c-IA lung carcinoma. Eur J Cardiothorac Surg 2024 Jul 1;66(1):ezae251)

Εποικοδομητική συμβολή στη συζήτηση ελπίζουμε να υπάρξει με τη δημοσίευση αναδρομικής σειράς από τη Θωρακοχειρουργική Κλινική του ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», που μελέτησε αναδρομικά τις διενεργηθείσες ανατομικές τμηματεκτομές σε σχέση με το ποσοστό υποτροπής:

«Risk Factors for Recurrence of Non-Small-Cell Lung Cancer After Anatomical Segmentectomy. Ann Surg Oncol 2025 Dec 11»

Σε σειρά 180 ασθενών καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την υποτροπή, όταν το μέγεθος υπερβαίνει το 1.5 εκ. και όταν υφίσταται παθολογοανατομικά άνοδος σταδίου (upstaging) λόγω διήθησης λεμφαδένων.

Η υποτροπή παραμένει πολυπαραμετρική συνισταμένη πλήθους παραγόντων και σε πολλές πρόσφατες σειρές έχουν αναγνωριστεί διαφορετικές εκδοχές της πραγματικότητας που καθιστούν το τοπίο μάλλον πιο δύσβατο (ενδεικτικά: χαμηλή DLCO και πτωχή διαφοροποίηση, λεμφαγγεικά και αγγειακά έμβολα, διήθηση αγγείων ή/και λεμφαγγείων, υπεζωκοτική διήθηση κοκ).

Τα ζητήματα παραμένουν ανοικτά, οι απαντήσεις δεν είναι μονοσήμαντες και τα ανωτέρω εξετέθησαν σαν τροφή για σκέψη και προβληματισμό σε μια εποχή που οργιάζει (και ο χειρουργικός) λαϊκισμός, που υπόσχεται εύκολες λύσεις.

TO NEO ENIAIO EYΡΩΠΑΪΚΟ BOARD ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΩΡΑΚΟΣ (UEBTS)

Νικόλαος Α. Δεσιμόνας, MD, MSc, PhD
ESTS Regent for Greece

Πρόσφατα η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Χειρουργών Θώρακος (European Society of Thoracic Surgeons - ESTS) ανακοίνωσε τη σύσταση της πιστοποίησης του Ενιαίου Board της Χειρουργικής Θώρακος (Unified European Board of Thoracic Surgery - UEBTS). Το UEBTS δημιουργήθηκε με συλλογική πρωτοβουλία: (α) της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ειδικευμένων Ιατρών (European Union of Medical Specialists - UEMS), (β) της Ευρωπαϊκής Ένωσης Καρδιο-Θωρακικής Χειρουργικής (European Association for Cardio-Thoracic Surgery - EACTS) και (γ) της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Χειρουργών Θώρακος (European Society of Thoracic Surgeons - ESTS).

Κάθε χρόνο, η ESTS θα δίνει την ευκαιρία στους Θωρακοχειρουργούς να συμμετέχουν στις νέες εξετάσεις αυτές εξετάσεις πιστοποίησης. Το UEBTS παρέχει δύο επίπεδα πιστοποίησης, ήτοι το Επίπεδο 1 (Level 1 - Membership) και το Επίπεδο 2 (Level 2 - Fellowship). Η απόκτηση της πιστοποίησης αυτής αποτελεί ένα αναγνωρισμένο προσόν υψηλοτάτου επιπέδου που έχει αναπτυχθεί με σκοπό την προώθηση της παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας προς τους θωρακοχειρουργικούς ασθενείς. Μελλοντικά, ενδέχεται να καταστεί και απαραίτητο προσόν για ορισμένες θέσεις εργασίας Χειρουργών Θώρακος.

Η ESTS καλεί τους υποψηφίους να δοκιμάσουν τις γνώσεις τους, την κρίση τους, την κλινική τους πρακτική και τη γενικότερη κλινική διαχείριση (clinical management) της Χειρουργικής Θώρακος μέσω του νέου συνδυασμένου εκπαιδευτικού προγράμματος (syllabus) που παρέχει η ίδια η Εταιρεία και, εν τέλει, να συμμετάσχουν στις εξετάσεις για την απόκτηση της πολύτιμης πιστοποίησης του UEBTS.

Το UEBTS θέτει λοιπόν ένα νέο πρότυπο για την αριστεία στην πιστοποίηση της Χειρουργικής Θώρακος. Η ενημέρωση για τις αιτήσεις με σκοπό τη συμμετοχή σε αυτές τις εξετάσεις πιστοποίησης θα ευρίσκεται στην Ιστοσελίδα της ESTS www.ests.org. Συνήθως η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέχρι την 1η Μαΐου εκάστου έτους, με την επιφύλαξη της προσφυγής του υποψηφίου στην πιο πρόσφατη ενημέρωση από την ανωτέρω Ιστοσελίδα.

Πιο συγκεκριμένα, η γραπτή εξέταση του Επιπέδου 1 (Level 1) προβλέπεται, επί του παρόντος, να αφορά ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, 180 στον αριθμό, οι οποίες θα πρέπει να απαντηθούν σε χρονικό διάστημα 4 ωρών. Η προφορική εξέταση προβλέπεται, επί του παρόντος, να διεξάγεται στα πλαίσια του Ετήσιου Συνεδρίου (Annual European Conference) της ESTS και συγκεκριμένα μία μέρα πριν την έναρξή του.

Υπενθυμίζεται ότι το επόμενο Ετήσιο Ευρωπαϊκό Συνέδριο της ESTS πρόκειται να λάβει χώρα στην Ελλάδα, στην Αθήνα, από τις 7 έως τις 9 Ιουνίου του 2026 και πιθανώς να διευκολυνθούν έτσι οι Έλληνες υποψήφιοι για το UEBTS.

DRGS “ΠΕΔΙΟΝ ΔΟΞΗΣ ΛΑΜΠΡΟ”

Βασίλειος Πάτρης, Λουκία Αλεξοπούλου Προυνιά, Μιχάλης Αργυρίου

Η εφαρμογή των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (DRGs) ως μοντέλου χρηματοδότησης στα νοσοκομεία έχει, παρά τα πλεονεκτήματά της, μια σειρά από σημαντικά μειονεκτήματα. Η καθολική εφαρμογή τους στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στη χώρα μας από τον Ιανουάριο του 2026 οφείλει να αντιπαρέλθει τα μειονεκτήματα που έχουν καταγραφεί στις χώρες που έχουν εφαρμοσθεί.

Τα κυριότερα μειονεκτήματα κατηγοριοποιημένα:

A. Κίνδυνοι για την Ποιότητα της Φροντίδας

- "Πρόωρα" εξιτήρια** (“blutige Entlassung”): Το μεγαλύτερο και πιο συζητημένο μειονέκτημα. Για να ελαχιστοποιηθεί το κόστος ανά περίπτωση, υπάρχει ισχυρό κίνητρο για τα νοσοκομεία να δίνουν εξιτήρια στους ασθενείς όσο το δυνατόν νωρίτερα, ακόμη και αν δεν είναι πλήρως “θεραπευμένοι” οι ασθενείς. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένες επανεισαγωγές, αλλά και επιπλοκές καθώς και σε δυσαρέσκεια των ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Η εμπειρία από την εφαρμογή αυτού του μέτρου στη Γερμανία και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες δείχνει ότι τα νοσοκομεία, στην προσπάθεια συμπίεσης του κόστους προκειμένου να εξασφαλίσουν υψηλότερη βαθμολόγηση οπότε και χρηματοδότηση, προχωρούν σε πρόωρα εξιτήρια. Με αυτή την πρακτική συχνά ο ασθενής επανεισάγεται λόγω επιπλοκών με νέα διάγνωση αυξάνοντας τα κέρδη στο νοσοκομείο. Ταυτόχρονα τα νοσοκομεία προσανατολίζονται σε παθήσεις που εξασφαλίζουν υψηλή χρηματοδότηση και αποφέρουν μεγαλύτερο κέρδος.

- Υπερβολική Συμπίεση της Φροντίδας:** Η αντιμετώπιση μπορεί να "συμπιέζεται" στο ελάχιστο απαραίτητο για να καλυφθεί το DRG, με κίνδυνο να μην λαμβάνονται υπόψη όλες οι ατομικές ανάγκες του ασθενή. Μπορεί να μειωθεί ο χρόνος που αφιερώνει το προσωπικό ή να παραλειφθούν ορισμένες θεραπείες αν και απαραίτητες.

- Skimming και Dumping:**

Skimming : Τα νοσοκομεία μπορεί να επιλέγουν να νοσηλεύσουν ασθενείς με λιγότερο σοβαρές παθήσεις (προσοδοφόρες επεμβάσεις) που είναι πιο κερδοφόρες στο πλαίσιο των DRGs, αποφεύγοντας ασθενείς με πολύπλοκες ή δαπανηρές παθήσεις.

Dumping: Μπορεί να αποθαρρύνεται η νοσηλεία ασθενών με πολλαπλά συνοσηρότητες που κάνουν την περίπτωσή τους απρόβλεπτη και πιθανά ιδιαίτερα δαπανηρή.

B. Διοικητικά και Οικονομικά Προβλήματα

- Αύξηση Διοικητικού έργου:** Το σύστημα απαιτεί τεράστια γραφειοκρατία και λεπτομερή κωδικοποίηση κάθε περίπτωσης. Ιατροί και διοικητικό προσωπικό πρέπει να αφιερώνουν σημαντικό χρόνο στη τεκμηρίωση και τη κωδικοποίηση, χρόνος που αφαιρείται από την άμεση φροντίδα των ασθενών. Στην Ελλάδα έχει γίνει προσπάθεια επιλογής του λιγότερο γραφειοκρατικού μοντέλου αλλά παρόλα αυτά το εφαρμοζόμενο μοντέλο απαιτεί ικανό χρόνο για την συμπλήρωση του.

- "Upcoding" ή "Κωδικοποίηση Δημιουργίας Εσόδων":** Επειδή η πληρωμή εξαρτάται από τον κωδικό, τα νοσοκομεία έχουν κίνητρο να "αναβαθμίζουν" τη διάγνωση ή να καταγράφουν περισσότερες συνοσηρότητες, ώστε ο ασθενής να εντάσσεται σε ένα DRG με υψηλότερη αμοιβή. Το φαινόμενο αυτό έχει παρατηρηθεί και στα μοντέλα διαστρωμάτωσης κινδύνου σε όλες τις χώρες. Το φαινόμενο αυτό είναι αδύνατο στις οικονομικές υπηρεσίες και στους ασφαλιστικούς φορείς να το εντοπίσουν και να το αποτρέψουν.

- Αστάθεια στην χρηματοδότηση των Νοσοκομείων:** Η χρηματοδότηση βασίζεται σε μέσους όρους. Για ασθενείς που απαιτούν εξαιρετικά ακριβές θεραπείες ή έχουν πολύ σπάνιες παθήσεις, η πληρωμή μέσω DRG μπορεί να μην καλύπτει ούτε κλάσμα του πραγματικού κόστους, δημιουργώντας οικονομικές απώλειες για το νοσοκομείο.

- Κίνδυνος γεωγραφικών ανισοτήτων**

Νοσοκομεία και κλινικές με ελλιπή στελέχωση και υποδομές, άρα και δυνατότητες, καθώς και αυτά που παρουσιάζουν μειωμένη πληρότητα αφού μαζί με τα λειτουργικά έξοδα αλλά και το μισθολογικό κόστος θα εμφανίζουν και συνολικά υψηλό λειτουργικό κόστος. Στην κατηγορία αυτή είναι αρκετά περιφερειακά νοσοκομεία που μοιραία θα οδηγηθούν σε “λουκέτο”.

- Κίνδυνος για τα ασφαλιστικά ταμεία**

Η αναβάθμιση της κωδικοποίησης για την δημιουργία εσόδων (upcoding) τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα μοιραία θα οδηγήσει σε υπερκατανάλωση των υπηρεσιών υγείας σε κερδοφόρα DRGs και αναπόφευκτα σε υποχρηματοδότηση λόγω περιορισμένων πόρων.

- Αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών**

Η πολιτική των DRGs έχει τις ρίζες της σε αντίστοιχα μέτρα που έλαβαν πρώτα από όλους οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες στις ΗΠΑ προκειμένου να διατηρήσουν την κερδοφορία τους. Η απαίτηση των Νοσοκομείων (ιδιωτικών και δημόσιων) για πλήρη αποζημίωση των

προσφερόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς μοιραία οδηγεί σε οικονομική ασφυξία του ασφαλιστικού φορέα ο οποίος αναγκαστικά οφείλει να αυξήσει τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων.

Γ. Κλινικά και Ιατρικά Ζητήματα

- Αποθάρρυνση της Καινοτομίας:** Τα DRGs βασίζονται σε καθιερωμένες πρακτικές. Ένα νοσοκομείο μπορεί να αποθαρρύνεται από τη χρήση νέων, ακριβών τεχνολογιών ή θεραπειών, ακόμη κι αν αυτές προσφέρουν καλύτερα αποτελέσματα, γιατί το κόστος τους δεν θα ανταποκριθεί στην προκαθορισμένη πληρωμή. Ακόμη η διαδικασία έγκρισης νέων τεχνολογιών – θεραπειών είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα σε όλες τις χώρες του κόσμου.
- Παραβίαση της Ιατρικής Αυτονομίας:** Οι γιατροί μπορεί να αισθάνονται πιεσμένοι να λάβουν κλινικές αποφάσεις με βάση οικονομικούς παράγοντες (π.χ. επιλογή φαρμάκων ή επεμβάσεων) και όχι αποκλειστικά με βάση την βέλτιστη θεραπεία σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τον ασθενή.
- Δυσκολία στην Αντιμετώπιση Πολύπλοκων Περιπτώσεων:** Τα DRGs δυσκολεύονται να "αναλάβουν" ασθενείς με πολλαπλά χρόνια προβλήματα ή σπάνιες ασθένειες που δεν ταιριάζουν εύκολα σε μια τυποποιημένη κατηγορία. Αυτοί οι ασθενείς γίνονται οικονομικά "ανεπιθύμητοι" για το σύστημα.

Δ. Ζητήματα Ισότητας

- Ενίσχυση των Ανισοτήτων:** Μεγάλα τριτοβάθμια νοσοκομεία που τείνουν να νοσηλεύουν τους πιο βαριά ασθενείς, μπορεί να βρίσκονται σε μειονεκτική θέση έναντι μικρότερων κλινικών που αντιμετωπίζουν λιγότερο σοβαρά περιστατικά ασθενών. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε χρηματοπιστωτική αστάθεια για τα κέντρα υψηλής ειδικότητας.
- Δυσμενής μεταχείριση ηλικιωμένων και χρόνιων ασθενών:** Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν νομοτελειακά πολλαπλές συνοσηρότητες, κάνοντας την περίπτωσή τους πιο δαπανηρή και απρόβλεπτη. Το σύστημα DRG μπορεί να μην ανταμείβει επαρκώς τη φροντίδα τους, δημιουργώντας κίνητρο για τα νοσοκομεία να τους αποφεύγουν.

Συμπέρασμα

Υπάρχουν πολλοί προβληματισμοί για το πώς θα λειτουργήσει αποδοτικά ένα σύστημα δανεισμένο από άλλες χώρες, σε μια χώρα που παρουσιάζει μια σειρά από ιδιαιτερότητες στην οργάνωσή της, με πληθώρα ιατρών, έλλειψη νοσηλευτών, προβληματική οργάνωση, ιδιαίτερα αυξημένο ιδιωτικό τομέα σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, μεγάλη παραοικονομία, και μαζί έναν ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό ανασφάλιστων πολιτών στη χώρα μας (υπολογίζονται περίπου 2,5 εκατομμύρια).

Τα DRGs είναι ένα ισχυρό εργαλείο για τον έλεγχο των δαπανών, αλλά δεν είναι πανάκεια. Η επιτυχής εφαρμογή τους απαιτεί ισχυρά συστήματα επιτήρησης και ελέγχου για να μετριάσει τα ανωτέρω μειονεκτήματα. Η έμφαση πρέπει να μην τοποθετείται μόνο στην οικονομία, αλλά και στην ποιότητα των αποτελεσμάτων για τον ασθενή, ώστε να αποφεύγονται πρακτικές που θυσιάζουν τη φροντίδα στο βωμό της οικονομικής αποδοτικότητας.

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ERAS ΣΤΗ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Κοσμάς Τσακιρίδης, Τριανταφυλλοπούλου Κωνσταντίνα, Σταμάτης Αρίκας
Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική
Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

Η βελτιστοποίηση της περιεγχειρητικής φροντίδας αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα για τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών, τη συντόμευση του χρόνου νοσηλείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Το πρωτόκολλο ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) έχει αναπτυχθεί ως πολυπαραγοντική στρατηγική που περιλαμβάνει τεκμηριωμένα μέτρα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση.

Το πρωτόκολλο **Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)** αποτελεί μια ολοκληρωμένη, πολυπαραγοντική και επιστημονικά αποδεδειγμένη προσέγγιση της περιεγχειρητικής φροντίδας των χειρουργικών ασθενών. Στόχος είναι η **μείωση του χειρουργικού στρες, η ελαχιστοποίηση των επιπλοκών, η μείωση του χρόνου νοσηλείας και η βέλτιστη ανάρρωση και αποκατάσταση**. Το πρωτόκολλο περιλαμβάνει στοχευμένες παρεμβάσεις σε όλο το φάσμα της περιεγχειρητικής φροντίδας, από την προετοιμασία έως την μετεγχειρητική φάση. Εφαρμόζεται από ομάδες επαγγελματιών υγείας που αποτελούνται ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων (χειρουργοί, αναισθησιολόγοι, παθολόγοι κλπ), νοσηλευτές, διατροφολόγους, φυσιοθεραπευτές, φαρμακοποιούς και άλλους υγειονομικούς που παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε καθορισμένες φάσεις της νοσηλείας των ασθενών.

Η έννοια του ERAS εισήχθη υπό μορφή συστηματικών πρωτοκόλλων από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 και αρχικά εφαρμόστηκε στη χειρουργική του παχέος εντέρου. Από τότε έχει διαδοθεί σε πολλαπλές χειρουργικές ειδικότητες, μεταξύ των οποίων η Καρδιοχειρουργική και η Χειρουργική Θώρακος.

Χρησιμότητα του ERAS στη Θωρακοχειρουργική

Στη θωρακοχειρουργική, τα πρωτόκολλα ERAS αποσκοπούν στη βέλτιστη διαχείριση ασθενών που υποβάλλονται σε εκτομές πνευμονικού παρεγχύματος και άλλες επεμβάσεις του θώρακα. Οι βασικοί στόχοι τους περιλαμβάνουν:

- Μείωση του χρόνου νοσηλείας.
- Ταχεία ανάρρωση και αποκατάσταση των ασθενών.
- Ελαχιστοποίηση των μετεγχειρητικών επιπλοκών, ιδιαίτερα των λοιμώξεων και των επιπλοκών που σχετίζονται με την αναπνευστική λειτουργία.
- Ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου και κατάργηση της χρήσης οπιοειδών.
- Ταχύτερη επάνοδο των ασθενών στην καθημερινότητα.
- Μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών από την περιεγχειρητική διαχείριση και αποκατάσταση.

Συστηματικές ανασκοπήσεις δείχνουν ότι η εφαρμογή πρωτοκόλλων ERAS στη θωρακοχειρουργική σχετίζεται με **συνολική μείωση της νοσηρότητας**, βελτιωμένα μετεγχειρητικά αποτελέσματα και **μικρότερο χρόνο νοσηλείας**, χωρίς αύξηση της θνησιμότητας ή των επανεισαγωγών.

Το 2019 οι **ERAS Society** και η **European Society of Thoracic Surgeons (ESTS)** συνεργάστηκαν για να εκδώσουν ειδικές κατευθυντήριες οδηγίες για την **προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα** σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εκτομές πνεύμονα. Οι οδηγίες αυτές περιλαμβάνουν περίπου **45 συστάσεις**.

Οι συστάσεις καλύπτουν σημαντικά θέματα όπως:

- Προετοιμασία των ασθενών για το χειρουργείο** με εμπεριστατωμένη **ενημέρωση**, εκτίμηση της **θρέψης**, διάγνωση και αντιμετώπιση της **αναιμίας**,**προετοιμασία του αναπνευστικού**.
- Συστηματικές συστάσεις για διακοπή του **καπνίσματος** και της χρήσης **αλκοόλ**.
- Αποφυγή της αυστηρής προεγχειρητικής **νηστείας**.
- Αντιθρομβωτική και αντιβιοτική** προφύλαξη διεγχειρητικά.
- Πρόληψη υποθερμίας** και βελτιστοποίηση του περιβάλλοντος στο χειρουργείο.
- Διαχείριση των υγρών και εξάλλειψη της μετεγχειρηικής ναυτίας**.
- Τεχνικές αναισθησίας και αναλγησίας** που μειώνουν την χρήση οπιοειδών.
- Επιλογές ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών**(π.χ. VATS ή RATS) για καλύτερη μετεγχειρητική αποκατάσταση.
- Διαχείριση των παροχετεύσεων** (χρήση μίας παροχέτευσης, έγκαιρη αφαίρεση, χρήση φορητών ηλεκτρονικών συστημάτων παροχέτευσης)
- Άμεση **κινητοποίηση και φυσιοθεραπεία** των ασθενών μετεγχειρητικά

Η ενσωμάτωση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων με βάση αυτές τις οδηγίες έχει αποδειχθεί να βελτιώνει τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα και να συνδέεται με υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.

Εφαρμογή του ERAS στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, αν και οι γενικές συζητήσεις και εφαρμογές πρωτοκόλλων ERAS έχουν αυξηθεί σε διάφορους χειρουργικούς τομείς (ορθοπεδική, γενική χειρουργική), η **πρακτική εφαρμογή στη θωρακοχειρουργική** φαίνεται να είναι σχετικά πρόσφατη και σε φάση ανάπτυξης. Το κέντρο μας έχει παρουσιάσει αποτελέσματα από σειρά ασθενών στους οποίους εφαρμόστηκε το ERAS πρωτόκολλο σε ελάχιστα επεμβατική θωρακοχειρουργική. Τα αποτελέσματα ήταν εντυπωσιακά σχετικά με **το χρόνο νοσηλείας, τα μηδενικά ποσοστά θνησιμότητας και επανεισαγωγής καθώς και την εξάλειψη της χρήσης των οπιοειδών**. (meetings.ismics.org)

Παρόλο που δεν υπάρχουν επίσημες εθνικές οδηγίες ή ευρεία δημοσιευμένη σειρά δεδομένων από ελληνικά κέντρα μέχρι σήμερα, τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν την ανάγκη της ευρύτερης εφαρμογής του πρωτοκόλλου ERAS στη θωρακοχειρουργική στην Ελλάδα **παράλληλα με το διεθνές πλαίσιο**, ιδιαίτερα σε κέντρα που εφαρμόζουν ελάχιστα επεμβατικές και ρομποτικές τεχνικές.

Συμπεράσματα

Το ERAS αποτελεί έναν **βασικό πυλώνα της σύγχρονης περιεγχειρητικής φροντίδας**, ειδικά στη θωρακοχειρουργική όπου η μετεγχειρητική ανάκαμψη είναι κρίσιμη για τη λειτουργική επάνοδο του ασθενούς. Τα διεθνή δεδομένα δείχνουν σαφή οφέλη στη μείωση του χρόνου νοσηλείας, στη μείωση των επιπλοκών, τη συνολική βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων.

Στην Ελλάδα, αν και η εφαρμογή ERAS στη θωρακοχειρουργική είναι ακόμη σε φάση επέκτασης και τεκμηρίωσης, **υπάρχουν ενδείξεις ότι τα πρωτόκολλα αυτά αρχίζουν να ενσωματώνονται στην καθημερινή πρακτική και να παράγουν θετικά αποτελέσματα.**

Βιβλιογραφία

1. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery: A review. *JAMA*. 2017;318(5):471–480.
2. Ljungqvist O, Hubner M. Enhanced recovery after surgery—ERAS—principles, practice and feasibility in the elderly. *Aging Clin Exp Res*. 2018;30(3):249–252.
3. Batchelor TJP, Rasburn NJ, Abdelnour-Berchtold E, Brunelli A, Cerfolio RJ, Gonzalez M, et al. Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *Eur J Cardiothorac Surg*. 2019;55(1):91–115.
4. Batchelor TJP, Brunelli A, Cerfolio RJ, Gonzalez M, Khalil M, Olletti L, et al. Enhanced Recovery After Surgery guidelines for lung resection: 2023 update. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2023;63(2):ezad018.
5. Van Haren RM, Mehran RJ, Correa AM, Antonoff MB. Enhanced recovery pathways in thoracic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2018;54(4):573–581.
6. Li S, Zhou K, Che G, Yang M, Su Z. Enhanced recovery programs in lung cancer surgery: a meta-analysis. *World J Surg*. 2017;41(10):2546–2556.
7. Rogers LJ, Bleetman D, Messenger DE, Joshi NA, Woodford R, Rasburn NJ. The impact of enhanced recovery after surgery (ERAS) on outcomes following thoracic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Ann Thorac Surg*. 2018;106(3):908–914.
8. Petersen RH, Holbek BL, Hansen HJ, Kehlet H. Enhanced recovery after video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy: a randomized clinical trial. *Ann Thorac Surg*. 2016;102(3):935–942.
9. Martin LW, Sarosiek BM, Harrison MA, Hedrick TL, Isbell JM, Krantz SB, et al. Implementation of an enhanced recovery pathway for lung resection: a quality improvement initiative. *J Thorac Dis*. 2018;10(Suppl 4):S450–S458.
10. Batchelor TJP, Rasburn NJ. Anesthesia and analgesia in enhanced recovery after thoracic surgery. *Thorac Surg Clin*. 2019;29(3):285–296.
11. Baldini G, Carli F. Anesthetic and analgesic management in enhanced recovery programs. *Anesthesiol Clin*. 2015;33(1):107–123.
12. Senturk M. Acute and chronic pain after thoracotomy. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2014;27(1):1–6.
13. Agostini P, Cieslik H, Rathinam S, Bishay E, Kalkat M, Rajesh PB, et al. Postoperative pulmonary complications following thoracic surgery: are there any modifiable risk factors? *Thorax*. 2010;65(9):815–818.
14. Fearon KC, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CH, Lassen K, et al. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clin Nutr*. 2005;24(3):466–477.

ΚΑΛΥΨΗ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΑΝΩΝΥΜΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗΣ Ή ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΜΕ ΜΕΣΗ ΣΤΕΡΝΟΤΟΜΗ ΘΥΜΕΚΤΟΜΗΣ

Ο συνάδελφος καρδιοχειρουργός του Ιπποκρατείου Ηλίας Κουερίνης μας επέστησε την προσοχή σε άρθρο που έχει δημοσιεύσει σχετικά με την προστασία της αριστερής ανώνυμης φλέβας προς διαφύλαξη της ακεραιότητάς της σε περίπτωση επαναστερνοτομής. Επειδή η συγκεκριμένη αγγειακή δομή είναι επιρρεπής στο να υποστεί τρώση κατά τους χειρισμούς επαναδιάνοιξης του στέρνου λόγω του ινώδους ιστού και των συμφύσεων που έχουν αναπτυχθεί ως συνέπεια της αποσκελέτωσής της κατά την πρώτη επέμβαση, προτείνεται η προστατευτική της κάλυψη με μόσχευμα Dacron ή PTFE, που θα εξασφαλίσει την ακεραιότητά της και θα αποτελέσει οδηγό σημείο για τον χειρουργό κατά τους χειρισμούς προετοιμασίας του στέρνου στην περιοχή της σφαγιτιδικής εντομής για επαναδιάνοιξη. Η τεχνική τοποθέτησης του μοσχεύματος κυκλοτερώς περίξ της αριστερής ανωνύμου, κατά τον συγγραφέα, είναι απλή και σχετικώς εύκολη, χωρίς να εγκυμονεί κινδύνους λοίμωξης ή απόφραξης της φλέβας, κατά την ολοκλήρωση της πρώτης επέμβασης πριν τη σύγκλειση του στέρνου.



DOI: 10.1111/jocs.14346

SURGICAL TECHNIQUE

JOURNAL OF
CARDIAC SURGERY WILEY

Left innominate vein wrapping with Dacron sheath after thymectomy

Ilias A. Kouerinis MD, PhD^{1,2} | Mike Demosthenous MD, PhD² |
Grigorios Karagkiouzis MD² | Ioannis Karathanasis MD, PhD²

¹Department of Cardiothoracic Surgery, Northern General Hospital, Sheffield Teaching Hospitals, Sheffield, UK

²Department of Cardiothoracic Surgery, Hippokratio Hospital, Athens, Greece

Correspondence

Ilias A. Kouerinis, Department of Cardiothoracic Surgery, Northern General Hospital, Sheffield Teaching Hospitals, Block Q5, App 9 Herries Rd, Sheffield, S5 7AU, UK.
Email: ikouerinis@hotmail.com

Abstract

Background: Any type of radical thymectomy, open or thoracoscopic, always results in a skeletonized left innominate vein (LIV), which is highly expected to form adhesions to the posterior surface of the sternum. Therefore, in case of future sternotomy, the LIV remains highly exposed to trauma.

Methods: We describe a surgical technique that is expected to protect the innominate vein in case of future sternotomy.

Results: Our technique is not technically demanding, is easily reproducible, can be applied in both open and thoracoscopic procedures and does not significantly prolong the overall duration or cost of the procedure.

Conclusions: Our alternative is the only protective measure for the left innominate vein that can be applied in the first operation and in our opinion should be a standard part of the procedure.

KEYWORDS

Thymectomy, complications, bleeding, redo cardiac surgery, guidelines

1 | INTRODUCTION

The life expectancy of patients with radical thymectomy, especially for myasthenia gravis (MG), has been increased; therefore, a fair number of patients with previous thymectomy are now requiring cardiac surgery. Another group of patients, those with refractory MG after thymectomy, may also require resternotomy. In both groups, the retromanubrial space cannot be safely prepared, and the bare-fat left innominate vein (LIV) is at high risk of injury, despite the precautions taken on the part of the surgeon.¹

Current practice and guidelines for thymectomy do not take into consideration this serious complication and, moreover, do not make any suggestions with regard to the protection of the LIV in case of redo cardiac surgery. Our alternative fills this gap and renders the entry in future sternotomy much safer.

2 | TECHNIQUE

Preoperative measures in a patient with previous radical thymectomy should always include computerized tomography scans with contrast and/or magnetic resonance imaging.² These exams will demonstrate the relations of the underlying structures and vessels to the retrosternal space and facilitate the plan of surgery. Intraoperatively, the use of a micro oscillating saw is mandatory, but it cannot guarantee a safe re-entry, as injury of the LIV may occur at any time and in any way—direct injury from the saw, laceration of the vein by opening the spreader or by pulling the manubrium or after the completion of the splitting during the dissection of the vein from the posterior wall of the sternum. The fact that serious hemorrhage may take place in a very early stage of the operation renders this complication potentially fatal, especially for a cardiac patient who needs revascularization.

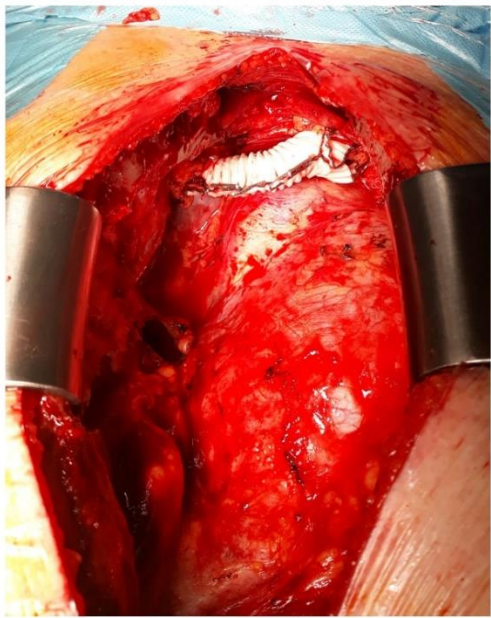


FIGURE 1 After the resection of the thymus gland, the skeletonized LIV is wrapped with a 14 mm Dacron graft. This sheath is expected to protect the vein from injury in case of redo cardiac surgery. LIV, left innominate vein

Our experience from three such cases showed that the use of femoral-femoral bypass before the commencement of sternal splitting renders the procedure safer, but in fact, it does not eliminate the overall risk of LIV injury. Femoral-femoral bypass reduces the bleeding in case of injury and simplifies the stitching of the tear, but a massive air lock may rapidly occur. To minimize the air going into the venous line of the circuit, the patient should be placed in the anti-trendelenburg position, but this maneuver will increase the bleeding from the tear as well.

For all the potentially catastrophic complications above, we introduce wrapping the LIV with a Dacron graft after the completion of thymectomy. A proper size Dacron graft (usually 14 mm) is chosen according to the dimensions of the LIV and is opened longitudinally. Afterwards, an adequate length of graft is wrapped around the body of the vessel. The edges of the graft are closed with large metallic clips, which will alert the surgeon when the micro oscillating saw or diathermy approach the vessel's sheath (Figure 1). In video assisted thoracic surgery (VATS) thymectomy the circumferential coverage of the innominate vein is technically demanding and may expose the innominate vein to injury during placement of the Dacron graft around it. Alternatively, the surgeon may just lay over a piece of polytetrafluoroethylene (PTFE) patch on top of the innominate vein avoiding also the use of metallic clips.

The efficacy of our proposed alternative, which complies to the general consensus of covering vulnerable structures with synthetic materials for protection in case of future reopening, has not been proven in practice, as none of our patients came back for cardiac surgery or rethymectomy. Nevertheless, none of them had any complications related to the Dacron sheath (eg infection or occlusion of the LIV).

3 | DISCUSSION

Any type of radical thymectomy, open or thoracoscopic, always results in a skeletonized LIV, which is highly expected to form adhesions to the posterior surface of the sternum. Therefore, in case of future sternotomy, the LIV remains highly exposed to trauma.^{1,3} The risk of injury of a skeletonized LIV after radical thymectomy is much higher compared to the risk after first time redo cardiac surgery (0,4%).⁴ Mahiraju⁵ has reported that a skeletonized LIV usually occurs following second- or third-time redo cardiac surgery. So reasonably, the risk of injury to the LIV following radical thymectomy should be considered as high as with those cardiac cases. Zielinski³ has reported his results in a group of patients who required repeat thymectomy for refractory MG, and he found that the risk of injury to the LIV was 23%. In two-thirds of these patients, the hemorrhage was severe.

From a pathologoanatomic point of view, following radical thymectomy, the LIV becomes fibrotic and inelastic and is not easily recognizable or dissectible from the dense retrosternal fibrotic tissue that develops after any sternotomy. These anatomic changes are the reason for the high incidence of trauma.

The chances of development of coronary artery disease after thymectomy for MG should be considered as higher than that of the general population, as the immunosuppressive agents administered promote endothelial damage and contribute to the development of intimal hyperplasia and progressive plaque build-up.⁶ Equally, the acceleration of coronary artery disease is considerable after thymectomy for thymoma when radiotherapy is administered.⁶

For all of the above, the need to protect the LIV after radical thymectomy is demanding, and several articles with different techniques for safe re-entry have been proposed.^{1,3} Our alternative is the only protective measure that can be applied in the first operation and in our opinion should be a standard part of the procedure.

4 | CONCLUSION

Our technique is not technically demanding, is easily reproducible, can be applied in both open and thoracoscopic procedures and does not significantly prolong the overall duration or cost of the procedure. Additionally, the surgeon is free to choose other materials of lower cost (eg PTFE) to reduce the cost even more. Pericardium could be used as a biological coverage but in authors' opinion this may be proved less protective. Therefore, we strongly suggest our alternative in all thymectomies, especially in young patients with prolonged life expectancy who present higher probability for future cardiac surgery.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

IAK: surgeon/concept design, MD: concept design, GK: critical revision of article, IK: concept design/critical revision of article.

REFERENCES

1. Kouerinis IA, Singh S, Komber M, Sarkar P. Sternotomy following minimally invasive thoracoscopic procedures: a word of caution. *J Card Surg.* 2012;27(2):163-165.

2. Cremer J, Teebken OE, Simon A, Hutzelmann A, Heller M, Haverich A. Thoracic computed tomography before redo coronary surgery. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1998;13(6):650-654.

3. Zieliński M, Kuzdzał J, Staniec B, et al. Extended rethymectomy in the treatment of refractory myasthenia gravis: original video-assisted technique of resternotomy and results of the treatment in 21 patients. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2004;3(2):376-380.

4. Imran Hamid U, Digney R, Soo L, Leung S, Graham AN. Incidence and outcome of re-entry injury in redo cardiac surgery: benefits of preoperative planning. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2015;47(5):819-823.

5. Machiraju VR. How to avoid problems in redo coronary artery bypass surgery. *J Card Surg.* 2004;19(4):284-290.

6. Kouerinis IA, Tolia M, Zagouri F, et al. Stage-II thymoma and emergency coronary artery bypass. To irradiate or not to irradiate to avoid radiation induced vascular injury? Case report and literature review. *J BUON.* 2017;22(6):1385-1389.

How to cite this article: Kouerinis IA, Demosthenous M, Karagkiouzis G, Karathanasis I. Left innominate vein wrapping with Dacron sheath after thymectomy. *J Card Surg.* 2019;34: 1639-1641. <https://doi.org/10.1111/jocs.14346>