



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΕΧΘΚΑ

Αγαπητά μέλη της ΕΕΧΘΚΑ, αγαπητοί συνάδελφοι

Η επιστημονική και επαγγελματική μας Εταιρεία συνεχίζει απρόσκοπτα τη δραστηριότητά της, παρά τις αντίξοες συνθήκες που επικράτησαν τους τελευταίους 14 μήνες λόγω της πανδημίας COVID-19. Παρά τον αιφνιδιασμό που δεχθήκαμε καταφέραμε να σταθούμε όρθιοι, διοργανώνοντας με επιτυχία το 1^ο διαδικτυακό συνέδριο στην Ελλάδα με λειτουργία πολλαπλών παράλληλων αιθουσών και να ψηφίσουμε τον εκσυγχρονισμό του καταστατικού λειτουργίας, επιτυχία η οποία «χρεώνεται» στον πρώην Πρόεδρο κ. Χριστόφορο Κωτούλα. Η τωρινή διοίκηση προσπαθεί να συνεχίσει το έργο των δύο προηγούμενων διοικήσεων, έτσι ώστε η Εταιρεία μας να αποκτήσει επιτέλους τη δική της στέγη. Η πραγματική στέγη θα τοποθετήσει την ΕΕΧΘΚΑ ως μια από τις κορυφαίες επιστημονικές εταιρείες της χώρας, με σταθερή γραμματειακή υποστήριξη, άριστη οργάνωση, λειτουργία και υποδομές σε δικό της μόνιμο χώρο. Εύχομαι να είμαι σε θέση να σας ανακοινώσω ευχάριστα νέα στο επόμενο newsletter, παρά τα προβλήματα που δημιουργεί η πανδημία στις δημόσιες υπηρεσίες, οι οποίες αποτελούν σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα στην επίτευξη των επιδιώξεων μας.

Η Εταιρεία μας οργανώνει webinar στα μέσα Ιουνίου με θέμα τα νεότερα δεδομένα για τη στοχευμένη επικουρική θεραπεία στα πρώιμα στάδια του μη μικροκυτταρικού καρκινώματος του πνεύμονα, οι λεπτομέρειες της οποίας θα σας αποσταλούν με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο σύντομα. Η Εταιρεία, σε συνεργασία με την Πανεπιστημιακή Κλινική Χειρουργικής Θώρακα-Καρδιάς του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, διοργανώνουν το 12^ο Συμπόσιο των Ομάδων Εργασίας στην Αλεξανδρούπολη στο χρονικό διάστημα 25-26 Ιουνίου 2021. Στο συμπόσιο, το οποίο θα έχει υβριδική μορφή, θα γίνει έκτακτη γενική συνέλευση με θέμα την αναθεώρηση και εκσυγχρονισμό του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας της Εταιρείας, την εισδοχή νέων μελών και την αποδοχή της αγοράς στέγης για την Εταιρεία μας.

Η ΕΕΧΘΚΑ συνδιοργανώνει με την Εταιρεία Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος την «συνάντηση Πνευμονολόγων-Θωρακοχειρουργών» με θέμα τον καρκίνο του πνεύμονα την 11η Σεπτεμβρίου 2021 (<https://pulmonology21.hcds.gr/karkinos-toy-pneymona/>). Τον ερχόμενο Οκτώβριο (9-10 Οκτωβρίου) οργανώνεται ταυτόχρονα σε Βόλο και Λάρισα η εκδήλωση ενημέρωσης του κοινού με τίτλο «Βήματα καρδιάς και ανάσες ζωής», η οποία θα αποτελεί εφεξής τη φθινοπωρινή εκδήλωση της Εταιρείας μας. Η εκδήλωση θα οργανώνεται σε τόπο που θα αποφασίζεται κάθε φορά από το Διοικητικό Συμβούλιο.

Απευθυνόμενος σε όλους του Χειρουργούς Θώρακος-Καρδιάς που δραστηριοποιούνται στον Ελλαδικό χώρο, τους προτρέπω να γίνουν μέλη ή να επαναδραστηριοποιηθούν στην ΕΕΧΘΚΑ, παραμερίζοντας αμφιβολίες, αμφισβητήσεις και αντιπαραθέσεις του παρελθόντος, έτσι ώστε να ισχυροποιήσουμε περαιτέρω την Εταιρεία μας με ευρεία συμμετοχή σε αυτή. Μια ισχυρή και ευρύθμως λειτουργούσα Εταιρεία των Χειρουργών Θώρακος-Καρδιάς της πατρίδας μας μόνο οφέλη μπορεί να προσφέρει σε όλους μας. Στην ερώτηση «τι μου προσφέρει η ΕΕΧΘΚΑ έτσι ώστε να γίνω ή να παραμείνω μέλος της;», η απάντηση είναι απλή: Προσφέρει διαπραγματευτική ισχύ στην προάσπιση των επαγγελματικών συμφερόντων της ειδικότητας Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς στα θεσμικά όργανα της πολιτείας, επιστημονική κατάρτιση και διάλογο, βήμα στους νέους συναδέλφους (ειδικούς και ειδικευόμενους), δυνατότητα ένταξης στις Ομάδες Εργασίας και συμμετοχής στις δραστηριότητες της Εταιρείας, σύνδεση των διαφόρων γενεών Χειρουργών Θώρακος μεταξύ τους και γνωριμία των νεότερων με τους παλαιότερους, δυνατότητες εκπαίδευσης και χορηγιών για μετεκπαιδεύσεις ή επιστημονικά ταξίδια, διασύνδεση με άλλες επιστημονικές Εταιρείες, κ.ά. Επισημαίνω τέλος ότι η ΕΕΧΘΚΑ ανήκει σε όλους τους Χειρουργούς Θώρακος-Καρδιάς, ανεξαρτήτως του τίτλου που φέρουν, του χώρου στον οποίο δραστηριοποιούνται και της κατεύθυνσης άσκησης της χειρουργικής.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
Χριστόφορος Ν. Φορούλης

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΚΔΟΣΗΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η πανδημία εκτός των άλλων τροποποίησε τον τρόπο επικοινωνίας μεταξύ μας. Η εφημερίδα της Εταιρείας μας είναι ανοιχτή σε όλους για αρθρογραφία. Ελπίζω να μας δοθεί η ευκαιρία να βρεθούμε από κοντά στην Αλεξανδρούπολη στο Συμπόσιο των Ομάδων Εργασίας που θα είναι και η πρώτη ανοιχτή συνάντηση των μελών της Εταιρείας μας. Η ανταλλαγή απόψεων πάντα βοηθά στην εξέλιξη. Εκ μέρους της συντακτικής επιτροπής, εκφράζω την διάθεση να μας προτείνετε νέες ιδέες για την βελτίωση της.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
Κοσμάς Ηλιάδης

Σημείωμα Προέδρου 12^{ου} Συμποσίου Ομάδων Εργασίας

Αγαπητοί συνάδελφοι,

καθώς ολοκληρώθηκε το επιστημονικό πρόγραμμα του Συμποσίου των Ομάδων Εργασίας της Εταιρίας μας, προχωράμε στην τελική ευθεία της διοργάνωσης. Η σταδιακή άρση των απαγορεύσεων λόγω του Covid-19 φαίνεται ότι θα μας επιτρέψει να συναντηθούμε και από κοντά, μετά από σχεδόν 18 μήνες περιορισμών. Το επιστημονικό πρόγραμμα που επιμελήθηκαν τα Προεδρεία των Ομάδων Εργασίας άπτεται σημαντικών θεμάτων και σύγχρονων προβληματισμών σε όλους τους τομείς της ειδικότητας μας και αποτελεί εγγύηση για ένα γόνιμο Επιστημονικό Συμπόσιο υψηλού επιπέδου. Ως τοπική Οργανωτική Επιτροπή από την πλευρά μας, εγγυόμαστε την όσο το δυνατόν ευχάριστη παραμονή των συμμετεχόντων σε ένα φιλικό περιβάλλον. Το τέλος Ιουνίου είναι ιδανική εποχή για να επισκεφτεί κανείς την φιλόξενη Αλεξανδρούπολη και να γνωρίσει τις γραφικές ομορφιές της. Το Συμπόσιο θα λάβει χώρα στο ξενοδοχείο Astir το οποίο βρίσκεται μέσα στην πόλη και πάνω στη θάλασσα. Σε συνεννόηση με την διεύθυνση του ξενοδοχείου έχουμε εξασφαλίσει εκπτωτικές τιμές για όλες τις κατηγορίες δωματίων, για τους συμμετέχοντες. Θα πρέπει όμως κατά την κράτηση του δωματίου να δηλώσετε ότι θα παρακολουθήσετε το Συμπόσιο.

Σας περιμένουμε όλους στις 25 και 26 Ιουνίου στην πόλη μας για ένα γόνιμο και ευχάριστο τριήμερο.

Με φιλικούς χαιρετισμούς
Δημήτριος Μικρούλης
Καθηγητής Χειρουργικής Καρδιάς-Θώρακα ΔΠΘ
Διευθυντής Πανεπιστημιακής Χειρουργικής Κλινικής
Καρδιάς-Θώρακα Π. Γ. Ν. Αλεξανδρούπολης
Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής 12^{ου} Συμποσίου
Ομάδων Εργασίας ΕΕΧΘΑ

Τα Νέα της ΕΕΧΘΚΑ

Σημαντική απώλεια από τους κόλπους της Θωρακοχειρουργικής αποτελεί ο θάνατος του συναδέλφου Μιχάλη Γεραζούνη. Διετέλεσε για πολλά χρόνια Διευθυντής στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Ο Άγιος Παντελεήμωνας». Στο επόμενο newsletter θα συμπεριληφθεί αναφορά στο έργο του από τον διάδοχό του στο νοσοκομείο κ. Νίκο Τζατζαδάκη.

Στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης διορίστηκε ο κ. Δήμος Καραγγέλης ως επίκουρος καθηγητής καρδιοχειρουργικής. Του ευχόμαστε καλή επιτυχία στο έργο του.

Αφιέρωμα στους Ιατρούς και την Ιατρική στα χρόνια της Επανάστασης του 1821.

Μέρος 2ο Οι Εμπειρικοί : Γιατροί & Μαχητές

Δημήτριος Δουγένης, Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Χριστίνα Γιαννακάκη, Εκπαιδευτικός, MSc., Cognitive Science

Ελονοσία, δυσεντερία, χολέρα, διφθερίτιδα, πανούκλα και ευλογιά προκάλεσαν περισσότερους θανάτους απ’ όσους οι μάχες. Η θεραπεία βασιζόταν σε

μεθόδους - μεταξύ αυτών υποκλυσμοί, και βδέλλες για αφαίμαξη. Η πρόληψη για την ευλογιά γινόταν με εμπειρικό εμβολιασμό, τον ευλογιασμό (πρόδρομο του «Δαμαλισμού»), για τον οποίο διαβάζουμε ότι γυναίκες έπαιρναν πύον από ελαφράς μορφής ευλογιά ασθενούς, και το έκλειναν ερμητικά σε μπουκαλάκι που το κρατούσαν στον κόλπο τους για να διατηρείται θερμό. Εμβολίαζαν στο μέτωπο, το πηγούνι, τα μάγουλα, την παλάμη και τα πόδια, κι ακολουθούσε κυστηρή δίαιτα για 40 ημέρες. Η θνητότητα από τον εμβολιασμό αυτό κυμαινόταν σε 1-2 στα 300!

«Σπανιώτατοι ήσαν και περιοδικοί ανεφέροντο επιστήμονες ιατροί, ανθ’ ων, οφείλομεν ειπείν εμπειρικοί τίνες χειρουργοι ως εν Πελοποννήσω ο Παναγιώτης. Ιατράκος και εν τη Ανατολική Ελλάδι, ο εκ της Αταλάντης αιχμάλωτος Τούρκος Κούρταλης, παρά τούτοις δε και τίνες μυστηριώδη τινα κατά παράδοσιν γνωρίζοντες φάρμακα εκ χόρτων και άλλων συνθέσεων κατά πολύ ωφέλιμοι εγίνοντο». (Φιλήμων †., Δοκίμιον Ιστορικών περί Ελληνικής Επαναστάσεως Γ’, λθ’-μ’.)

Βεβαίως, οι περισσότεροι πρακτικοί γιατροί είχαν μάθει την τέχνη από γενιά σε γενιά. Υπήρχαν , όμως, πολλοί που μαθήτευσαν σε ειδικές σχολές. Τον 19^ο αιώνα, συγκεκριμένα , έχουμε στην Κέρκυρα το «πατρίω ζήλω και αόκνω επιμελεία Ιωάννου Καποδιστρίου τότε αρχιγραμματέως της Επικρατείας, και άλλοτε ενός των ολίγων μεν, πλην ικανών της Ιπποκρατείου επιστήμης θεραπόντων» «Ιατρικό Κολέγιο», ενώ η «Νέα Ιόνιος Ακαδημία» λειτούργησε, ως ανωτέρα Ιατρική Σχολή από το 1824 ως το 1827. «Πρακτική Ιατρική Σχολή» λειτούργησε στην Ήπειρο και στον Μυστρά, αλλά και «Σχολείο Επιστημών και Ιατρικής» στην Αθήνα.

Για πρακτικούς γιατρούς του Αγώνα έγραψε ο Γάλλος Φιλέλληνας επιστήμων γιατρός, διπλωμάτης και ιστορικός Rouqueville, ότι : «μπορούν να εκπλήξουν και τους πιο ικανούς χειρουργούς. Διακρίνονται προ πάντων στις περιεσφιγμένες κήλες ή στις κήλες που έγιναν ενοχλητικές εξαιτίας του βάρους των. Άλλοι ξέρουν να χειρουργούν τον καταρράκτη διά πίεσεως και οι πιο ικανοί χρησιμοποιούν λιθοτομία. Αναφέρω πράγματα που είδα. Οι αμαθείς χειρουργοί του Ζαγορίου δεν δημιουργούν περισσότερα θύματα από όσα πολλοί σημερινοί πτυχιούχοι επιστήμονες».

185 καταγεγραμμένοι εμπειρικοί γιατροί έδρασαν στις μάχες. Αρκετοί ήταν ιερωμένοι και μοναχοί - μεταξύ τους, ο Ηγούμενος της Μονής Κανδύλας Καλλίνικος, και ο Ηγούμενος της Μονής του Κάτω Αγίου Γεωργίου Άργους Δανιήλ, καθώς και ο Ηγούμενος της Μονής Φανερωμένης της Σαλαμίνας Γρηγόριος, που μετέτρεψαν τις Μονές σε Νοσοκομείο, και θεωρούνταν άριστοι πρακτικοί χειρουργοί.

Μερικές, μόνο, χαρακτηριστικές περιπτώσεις εμπειρικών γιατρών-μαχητών αναφέρονται εδώ*:

Ο **Χρήστος Νικολαϊδης** από τον Πολύγυρο της Χαλκιδικής, που ήτανε γιος πλούσιου γαιοκτήμονα κι ήλθε με χρήματα να ενισχύσει τον αγώνα στον Μωριά, υπηρέτησε «αμισθί, οτέ μεν εις το οποίον απετέλουν μέρος, οτέ δε εις τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία, εις το Ναυτικόν και εις τους πολίτας εν γένει (Γενικά Αρχεία Κράτους).

Ο **Νικόλαος Θεοφιλόπουλος** από τη Βυτίνα της Γορτυνίας, που έκανε θεραπευτήριο το σπίτι του «θεραπεύων πληγωθέντας, τους εν ταις διαφόροις μάχαις ιδίοις αυτού αναλώμασι και βοτάνοις κατά τας διαφόρους διαταγάς των οπλαρχηγών. Περιπλέον δε εμού του γενικού Αρχηγού Θ. Κολοκοτρώνη και ημών των υποφαινομένων, ώστε καθ’ όλον το διάστημα της του ιερού αγώνος μας πενταετίας, δεν έλαβε πόθεν οβολόν δια τας απείρους του εκδουλεύσεις και έξοδα». (Θ. Κολοκοτρώνης, Καν. Δεληγιάννης και Δημ. Πλαπούτας)_

Ο **Παναγιώτης Γιατράκος** από την Άρνα Λακωνίας που ίδρυσε στη Σπάρτη «Σχολείον Ιατροχειρουργικής», και ήταν στρατιωτική και πολιτική ηγετική μορφή ς Επανάστασης. Πολέμησε στην πολιορκία της Τριπολιτσάς_επικεφαλής στρατιωτικού σώματος, καθώς και στην πολιορκία του Ναυπλίου και του

Ακροκορίνθου. Έγινε μέλος της Πελοποννησιακής Γερουσίας που συγκρότησε η συνέλευση του Άργους ως «Προσωρινή Διοίκηση» το 1821 , διακρίθηκε στις επιχειρήσεις της Ηπείρου και της Πελοποννήσου, το 1822, ήταν Φρούραρχος στην Β΄ Εθνική Συνέλευση στο Άστρος το 1823, και πολέμησε, επικεφαλής στρατιωκών σωμάτων, κατά την εισβολή του Ιμπραήμ αλλά και σε όλη τη διάρκεια του αγώνα, ως την Απελευθέρωση.

Ο Πέτρος Στεφανίτσης από τη Λευκάδα, που πήρε μέρος σε αποστολές σε όλες τις πολιορκίες του Μεσολογγίου - τραυματίστηκε στην Έξοδο στις10 Απριλίου 1826 -, και συμμετείχε τρεις φορές στην άμυνα των πολιορκούμενων στην Ακρόπολη των Αθηνών. Στη συνέχεια, πρόσφερε χωρίς μισθό τις υπηρεσίες του στο Νοσοκομείο Ναυπλίου ώσπου διορίστηκε Διευθυντής του, από τον Κυβερνήτη Καποδίστρια, στην ελεύθερη πρωτεύουσα του νεοσύστατου ελληνικού κράτους.

Η Βαυαρική κυβέρνηση θα τον κατατάξει τιμητικά στη Βασιλική Φάλαγγα, χωρίς μισθό ή σύνταξη. Το 1835 θα συστηθεί το «Θεωρητικό Σχολείον περί Χειρουργίας, Φαρμακοποιίας και Μαιευτικής», για να εκπαιδευτούν «τόσον οι ήδη εμπειρικώς μετερχόμενοι autάς τας επιστήμας όσον και οι μέλλοντες εις το εξής να επαγγέλωνται autάς». Θα αποκτήσει άδεια ασκήσεως της ιατρικής και θα αναπτύξει έντονη επαγγελματική και κοινωνική δράση. Μεταξύ άλλων, θα γίνει μέλος της ελληνικής Αρχαιολογικής Εταιρείας και της Φιλεκπαιδευτικής Εταιρείας, και, θα εκδώσει τετράτομη την αλληλογραφία του Καποδίστρια. Θα συμμετάσχει οικονομικά στην οικοδόμηση του Πανεπιστημίου (1837), και θα κληροδοτήσει την ακίνητη και κινητή περιουσία του στη Ριζάρειο Εκκλησιαστική Σχολή για να σπουδάζουν ετησίως τρεις άποροι Επτανήσιοι.

Μονή – Νοσοκομείο, μα και στρατόπεδο της Επανάστασης, ήταν η Μονή Παναγίας Μαλεβής στην Αρκαδία. Η μονή Παμμεγίστων Ταξιαρχών Αιγιαλείας , - με τους μάχιμους καλόγηρους μνημένους στη Φιλική Εταιρεία και καταταγμένους στρατιώτες -, και το μοναστήρι της Πεπελενίτσας, πρόχειρο νοσοκομείο. Περίθαλψη τραυματιών γινόταν και στην Μονή Φανερωμένης Σαλαμίνας, αλλά και σε κάθε Μονή και μοναστήρι, που ήταν ορμητήρια και καταφύγια μαζί.



Παμμεγίστων Ταξιαρχών



Μονή Πεπελενίτσας

Ακολουθεί το τρίτο μέρος του Αφιέρωματος, με τίτλο:
Οι Επιστήμονες Ιατροί της Επανάστασης ως την λειτουργία του Πανεπιστημίου Αθηνών.
*Το Αφιέρωμα αναπτύσσεται στο 3^ο φύλλο «Έλληνες Ιατροί & Ιατρική Επιστήμη από Αλώσεως: Στα χρόνια της Επανάστασης»
Για την Διεθνή Εταιρεία Καρδιοθωρακοχειρουργών της Ελληνικής Επιστημονικής Διασποράς
(World Society of the Hellenic Cardiothoracic Diaspora)

Η αξία της θωρακοσκοπικής επέμβασης σε μη διασωληνωμένους ασθενείς – NIVATS
Επισκληρίδιος ή παρασπονδυλικός καθετήρας;
Αναισθησιολογική θεώρηση

Καπεζάνος Αθανάσιος¹, Κωλέτσης Ευστράτιος² · Κοσμάς Ηλιάδης³

1. Επιμελητής Αναισθησιολογίας, 2. Αν. Καθ Θωρακοχειρουργικής
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών 3. Διευθυντης Θωρακοχειρουργικής κλινικής Δ.Θ.Κ.Α Υγεία

Ανάμεσα στους ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις του θώρακα, είναι συχνό πρόβλημα οι μειωμένες αναπνευστικές εφεδρείες, σε βαθμό μάλιστα που η κλασική αναισθησιολογική προσέγγιση (γενική αναισθησία και χρήση ενδοτραχειακού σωλήνα διπλού αυλού ή ενδοβρογχικού αποκλειστή) είναι αποτρεπτική. Την λύση δίνουν κυρίως τεχνικές περιοχικής αναισθησίας υπό/άνευ ήπιας καταστολής (Consious Sedation). Οι δύο πιο δημοφιλείς τεχνικές είναι: η θωρακική επισκληρίδιος και ο θωρακικός παρασπονδυλικός αποκλεισμός.

Η θωρακική επισκληριδιός (TEA) αποτελεί μία προσέγγιση σε τέτοιους ασθενείς. Λαμβάνοντας πάντα υπόψιν όμως τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να προκληθούν κατά την προσπέλαση, τις απαιτήσεις monitoring κατά την μετεγχειρητική νοσηλεία και φυσικά τους περιορισμούς- αντενδείξεις με τα αντι-αιμοπεταλιακά σκευάσματα, κατά την τοποθέτηση και την αφαίρεση του καθετήρα ^{.1,2}

Ο παρασπονδυλικός αποκλεισμός (PVB), τοποθετείται πλέον με την χρήση των υπερήχων και σε συνδυασμό με την εξέλιξη των τοπικών αναισθητικών, είναι ίσως ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος για να προσεγγίσουμε με ασφάλεια περιστατικά ιδιαίτερης βαρύτητας και επικινδυνότητας. Η τεχνική εφαρμόστηκε πρώτη φορά το 1905 από τον Hugo Sellheim ως μέθοδος αναλγησίας σε περιστατικά γενικής χειρουργικής. Τα χρόνια που ακολούθησαν έγινε αρκετά δημοφιλής και το 1979 πραγματοποιήθηκε ο πρώτος θωρακικός παρασπονδυλικός αποκλεισμός (TPVB) με εγκατάσταση καθετήρα από τους Eason & Wyatt.^{3,4} Σήμερα με την χρήση υπερήχου αποτελεί μια ασφαλή τεχνική αναισθησίας. ⁵

Μελέτες καθώς και μετα-ανάλυση τονίζουν το σημαντικό πλεονέκτημα σε μεγάλο εύρος θωρακοσκοπικών επεμβάσεων ανάμεσα σε μη διασωληνωμένους (NIVATS) και διασωληνωμένους ασθενείς (VATS).⁶ Αναφέροντας μείωση στον χρόνο νοσηλείας, ταχύτερη αφαίρεση θωρακικού σωλήνα, μικρότερα ποσοστά υπότασης, ναυτίας και εμετών.^{7,8,9}

Οι θωρακοσκοπικές επεμβάσεις σε μη διασωληνωμένους ασθενείς (NIVATS) είναι η κατεύθυνση που θα πρέπει να ακολουθήσουμε σε ασθενείς, των οποίων η κλασική προσέγγιση είναι αδύνατη. Ο παρασπονδυλικός αποκλεισμός είναι μια εύκολη τεχνική αποκλεισμού με μειωμένα ποσοστά συμβαμάτων, που δίνει λύση στους ασθενείς με αυξημένη νοσηρότητα

Βιβλιογραφία

1. R.SCHERER,M.SCHMUTZLER et al,Complications related to thoracic epidural analgesia: a prospective study in 1071 surgical patients,Acta Anaesthesiologica Scandinavica/Volumen 37, Issue 4/ p.370-374, <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.1993.tb03731.x> [PubMed]

2. Ralf U. scherer, Reiner M. Giebler, Risks and complications of thoracic epidural anasthesia, Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology/ Volume 13/Issue 1/Apr 1999/p.101-109 <http://doi.org/10.1053/bean.1999.0010> [PubMed]

3. Eason MJ, Wyatt R. Paravertebral thoracic block-a reappraisal. *Anaesthesia* 1979;34:638-42. [PubMed]

4. Manoj K. Karmakar,F.R.C.A. Thoracic Paravertebral Block Anesthesiology Sept.2001/Vol.95/p.771-780 review article <http://doi.org/10.1097/00000542-200109000-00033> [pubs.asahq.org]

5. Riain Seosamn C. ,Donnell Brian et al/ Thoracic Paravertebral Block Using Real-Time Ultrasound Guidance/ Anesthesia & Analgesia: Jan.2010/ Volumen 110/Issue 1/ p 248-251 doi:10.1213/ANE.0b013e3181c35906

6. Yeung JHY, Gates S. et al / Paravertebral Block versus thoracic epidural for patients undergoing thoracotomy/ Review 14 studies/ Cochrane Database Syst Rev.2016 Feb 21;2(2):CD009121. Doi: 10.1002/14651858.CD009121.pub2. [PubMed]

7. Wenfei Xue, Guochen Duan et al/Comparison of non-intubated and intubated video-assisted thoracoscopic surgeries of major pulmonary resections for lung cancer/a meta-analysis/ World J Surg Oncol.2021 Mar 23;19(1):87. doi:10.1186/s12957-021-02181-x. [PubMed]

8. Ming-Hui Hung, Hsao-Hsun Hsu et al/Nonintubated thoracoscopic surgery:state of art and future directions/J Thorac Dis.2014 Jan;6(1):2-9 doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2014.01.16 [PubMed]

9. Isabella Metelmann, Johannes Broschewitz et al/Procedural timew in early non-intubated VATS program- a propensity score analysis/BMC Anesthesiol. 2021 Feb 11;21(1):44. doi: 10.1186/s12871-021-01270-4 [PubMed]

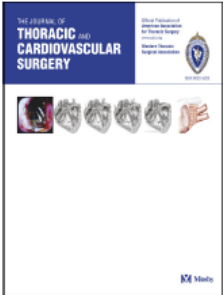
ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΑΟΡΤΗΣ ΤΥΠΟΥ Α

ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΠΑΤΤΑΚΟΣ
Καρδιοχειρουργός, Β΄ Καρδιοχειρουργική Κλινική
Αν. Διευθυντής, Τμήμα Διαδερμικών Βαλβίδων
Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ
<https://www.pattakos.com>

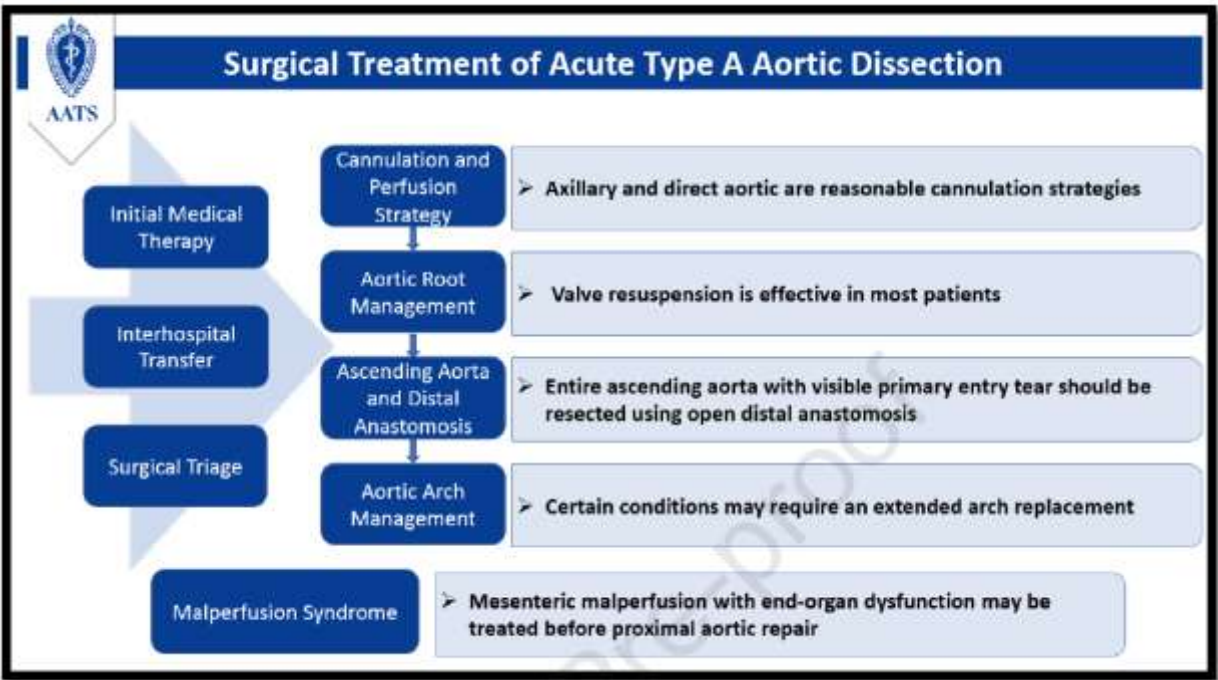
Journal Pre-proof

2021 The American Association for Thoracic Surgery (AATS) Expert Consensus Document: Surgical Treatment of Acute Type A Aortic Dissection

S. Christopher Malaisrie, MD, (Co-Chair), Wilson Y. Szeto, MD, (Co-Chair), Monika Halas, MD, Leonard N. Girardi, MD, (AATS Board), Joseph S. Coselli, MD, (AATS Past President), Thoralf M. Sundt, III, MD, (AATS Past President), Edward P. Chen, MD, Michael P. Fischbein, MD, PhD, Thomas G. Gleason, MD, Yutaka Okita, MD, Maral Ouzounian, MD, PhD, Himanshu J. Patel, MD, Eric E. Roselli, MD, Malakh L. Shrestha, MD, PhD, Lars G. Svensson, MD, PhD, Marc R. Moon, MD, (AATS President), AATS Clinical Practice Standards Committee:Adult Cardiac Surgery



Malaisrie SC, Szeto WY, Halas M, Girardi LN, Coselli JS, Sundt III TM, Chen EP, Fischbein MP, Gleason TG, Okita Y, Ouzounian M, Patel HJ, Roselli EE, Shrestha ML, Svensson LG, Moon MR, AATS Clinical Practice Standards Committee:Adult Cardiac Surgery, 2021 The American Association for Thoracic Surgery (AATS) Expert Consensus Document: Surgical Treatment of Acute Type A Aortic Dissection, The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery (2021), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2021.04.053>



Με αυτό το Expert Consensus Document οι χειρουργοί αορτής του AATS (American Association for Thoracic Surgery) εξηγούν τα βασικά πρωτόκολλα που προτείνουν να εφαρμοστούν για την καλύτερη έκβαση των επεμβάσεων για τον διαχωρισμό αορτής τύπου A (ανιούσης αορτής).

ΑΡΧΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Προτείνεται η αγωγή με Β-αναστολέα σε ασθενής με οξύ διαχωρισμό τύπου A που δεν έχουν σοβαρή ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας. Οι ανταγωνιστές ασβεστίου είναι μια πιθανή εναλλακτική θεραπεία για κάποιους ασθενείς. Όταν χρειάζονται πολλαπλά φάρμακα για έλεγχο της πίεσης προτείνεται να χρησιμοποιηθούν φάρμακα που κάνουν αγγειοδιαστολή. Σε υποτασικούς ασθενείς προτείνεται η χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών μέχρι να ανέβει η συστολική πίεση στο 90mmHg.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Επείγον χειρουργείο προτείνεται για ασθενείς με οξύ διαχωρισμό τύπου A. Επέμβαση προτείνεται για ασθενείς με ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα στην ανιούσα αορτή που έχει ένα από τα εξής χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου: διάμετρος αορτής άνω των 50 χιλ., πάχος αιματώματος άνω των 11 χιλ., περικαρδιακή συλλογή, ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας, ελκώδη μορφή.

Μη-χειρουργική αντιμετώπιση προτείνεται για ασθενείς με ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα ανιούσης αορτής σε ασθενείς με πολλαπλές συννοσηρότητες όταν το αιμάτωμα δεν έχει κάποιο από τα χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου.

Το χειρουργείο είναι αποτελεσματική θεραπεία για ασθενείς με οξύ διαχωρισμό και υποάρδευση εγκεφάλου.

Η μη-χειρουργική θεραπεία είναι λογική επιλογή για διαχωρισμούς αορτικής ρίζας που προκλήθηκαν από κατετήρα (π.χ. κατά την διάρκεια στεφανιογραφίας. Και μόνο αν ο διαχωρισμός είναι περιορισμένος στην αορτική ρίζα.)

Θεραπεία μόνο με ενδοαγγειακό stent (TEVAR) μπορεί να είναι λογική επιλογή σε ασθενείς με retrograde τύπου A διαχωρισμό (το αρχικό entry tear είναι στην κατιούσα θωρακική αορτή).

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Η δεξιά μασχαλιαία αρτηρία και ο αληθής αυλός της ανιούσης (που θα παρακεντηθεί με καθοδήγηση υπερήχου) είναι τα προτεινόμενα σημεία αρτηριακής πρόσβασης για την εξωσωματική (ένδειξη IIa). Η χρήση μηριαίας αρτηρίας για την εξωσωματική είναι μπορεί να είναι λογική σε ορισμένες περιπτώσεις (αλλά παίρνει χειρότερο recommendation IIb). Προτείνεται η χρήση antegrade ή retrograde αιμάτωσης του εγκεφάλου κατά την διάρκεια της παύσης της κυκλοφορίας (circulatory arrest). Αν χρειαστεί αντικατάσταση αορτικού τόξου τότε προτείνεται antegrade αιμάτωση του εγκεφάλου με βαθιά ή μέτρια υποθερμία.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΡΙΖΑΣ

Resuspension της αορτικής βαλβίδας προτείνεται για τους περισσότερους ασθενείς με οξύ διαχωρισμό αορτής τύπου A. Αντικατάσταση αορτικής ρίζας προτείνεται για ασθενείς με ανεύρυσμα αορτικής ρίζας ή σε περιπτώσεις που το αρχικό entry tear ήταν στην αορτική ρίζα. Η αντικατάσταση της αορτικής ρίζας είναι λογική επιλογή σε ασθενείς με διαχωρισμό αορτής που πάσχουν από σύνδρομο Marfan ή άλλη κληρονομική αορτική πάθηση. Αντικατάσταση αορτικής ρίζας χωρίς αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας προτείνεται μόνο σε ελάχιστους και καλά επιλεγμένους ασθενείς (ένδειξη IIb). Αορτοστεφανιαία παράκαμψη συνιστάται για ασθενείς που συνεχίζουν να έχουν ισχαιμία στεφανιαίων μετά από την αντικατάσταση της ανιούσης αορτής.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΙΟΥΣΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Προτείνεται η παύση της κυκλοφορίας για να μπορεί να γίνει ανοιχτή αναστόμωση της αορτής (circulatory arrest with open distal anastomosis). Η έκταση της εκτομής της αορτής πρέπει να περιλαμβάνει ολόκληρη την ανιούσα και το αρχικό entry tear.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ

Η αντικατάσταση του αορτικού τόξου είναι λογική επιλογή σε ασθενείς με entry tear στο τόξο ή υποάρδευση εγκεφάλου ή ανεύρυσμα αορτικού τόξου (ένδειξη IIa). Η χρήση του frozen elephant trunk μπορεί να είναι λογική επιλογή για καλύτερη μακροπρόθεσμο aortic remodeling (IIb).

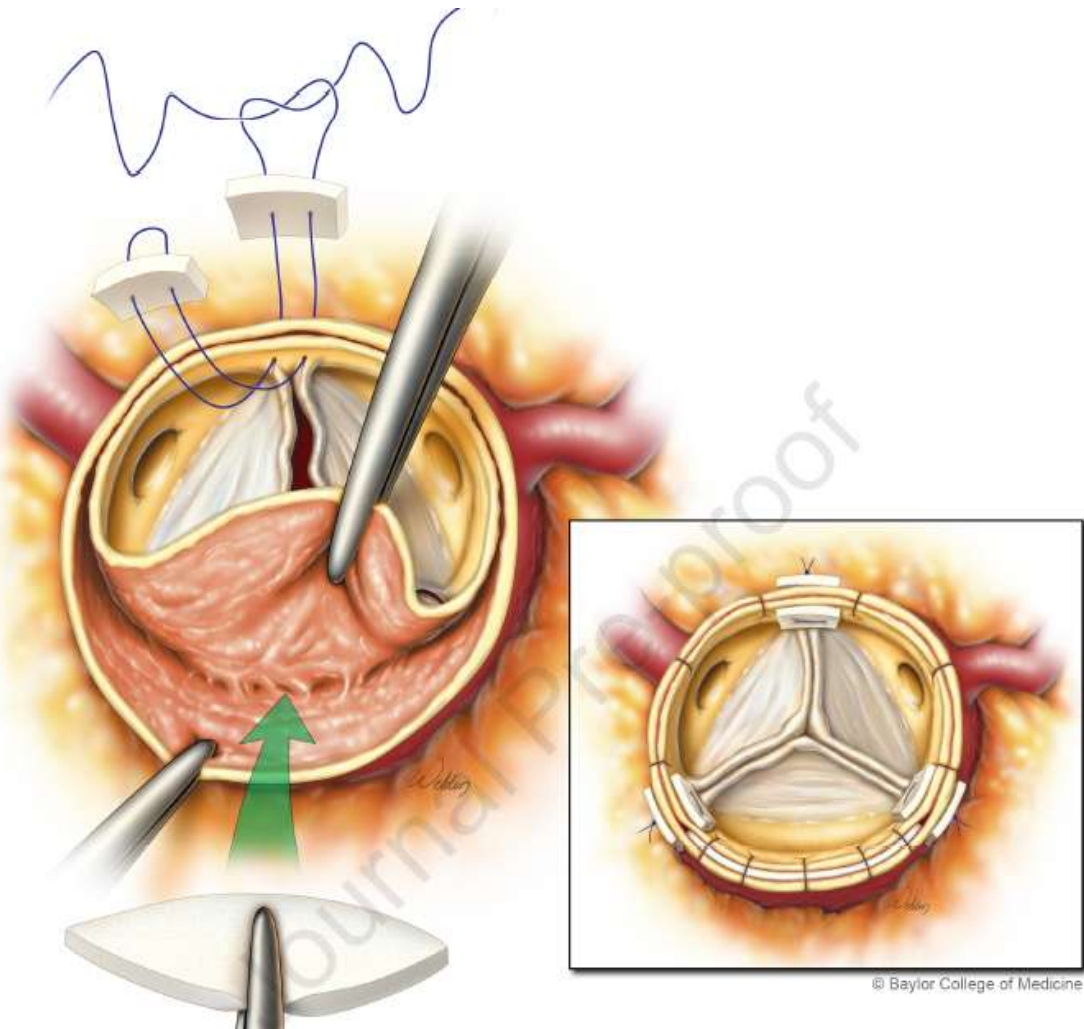
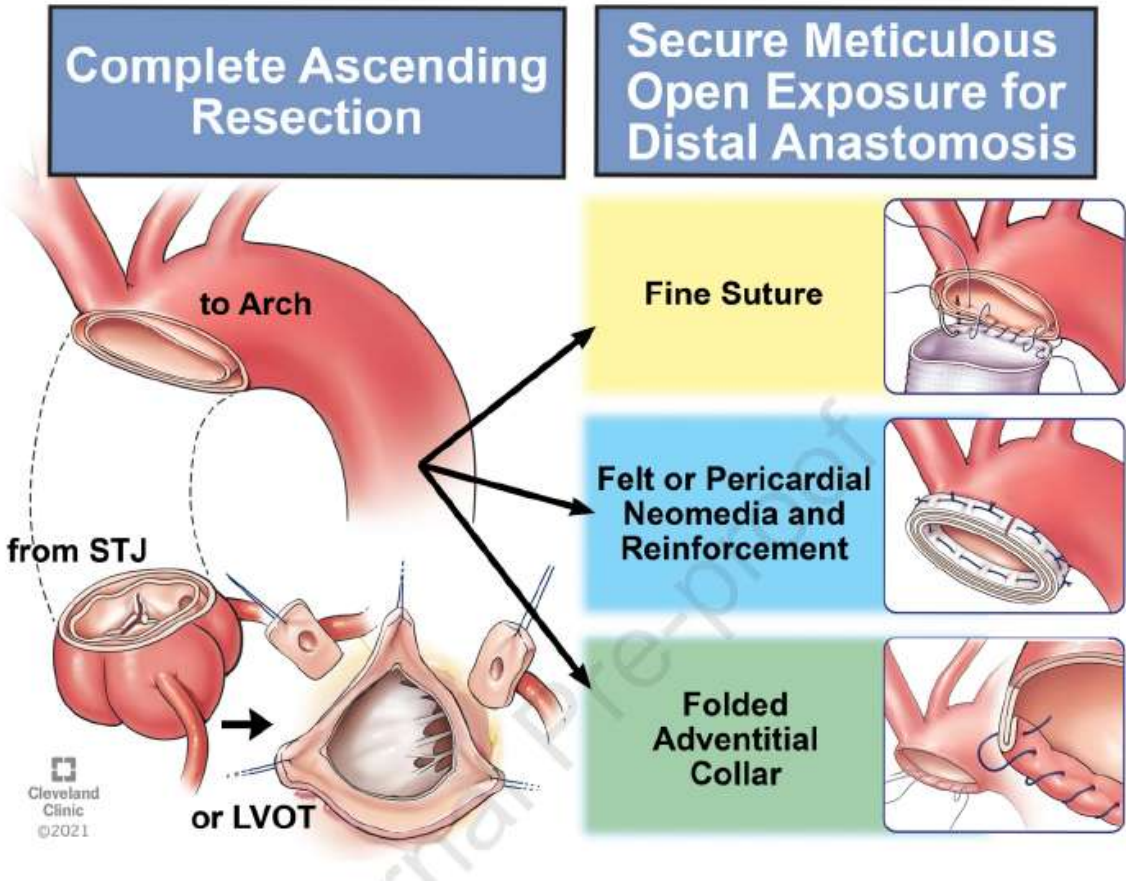
Αντικατάσταση του αορτικού τόξου μπορεί να είναι λογική επιλογή για ασθενείς με Marfan ή άλλη κληρονομική πάθηση της αορτής(IIb).

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΑΡΔΕΥΣΗΣ

Είναι λογική επιλογή το να καθυστερήσει το χειρουργείο της αορτής για να αντιμετωπιστεί πρώτα η ισχαιμία εντέρου (IIa).

Ενδοαγγειακό stent (TEVAR) στην κατιούσα, fenestration του flap, και stent στην κοιλιακή αρτηρία και την άνω μεσεντέριο είναι λογικές επιλογές για αντιμετώπιση της ισχαιμίας εντέρου. (IIa)

Μπορεί να είναι λογικό σε κάποιες περιπτώσεις να γίνει επαναγγείωση του κάτω άκρου πριν την επέμβαση αορτής.



Πώς μπορεί να καταπολεμηθεί το φακελάκι.

Αγαπητοί συνάδελφοι:

Από καιρού σε καιρό διαβάζουμε στις εφημερίδες ή ακούμε από τις τηλεοράσεις ότι ένας γιατρός, που εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο και ασκεί συνήθως κάποια από τις χειρουργικές ειδικότητες, οδηγήθηκε στον εισαγγελέα με τη βαριά κατηγορία του χρηματισμού. Πιστεύω πως όλοι συμφωνούμε ότι αυτό το φαινόμενο πρέπει οπωσδήποτε να εκλείψει. Τούτο ισχύει ιδιαίτερα σήμερα, οπότε, μετά την ενδεκαετή κρίση της παρ’ ολίγον πτώχευσης και της πανδημίας, από την οποία πιστεύουμε ότι πέρασε η χώρα μας, οφείλουμε να εισέλθουμε σε περίοδο διαφάνειας. Επ’ αυτού του θέματος θέλω να καταθέσω την πρότασή μου. Θεωρώ όμως χρήσιμο να φέρω προηγουμένως ένα παράδειγμα από την εκπαίδευση, στην οποία υποβλήθήκαμε τα περισσότερα από τα μέλη της εταιρείας μας.

Σε όλα τα πιστοποιημένα εκπαιδευτικά κέντρα της ειδικότητάς μας στις ΗΠΑ αλλά και σε ορισμένες κλινικές τής χώρας μας διοργανώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα επιστημονικές συναντήσεις για τη θνητότητα και τη νοσηρότητα. Είναι οι γνωστές μας mortality and morbidity conferences. Σε αυτές τις συναντήσεις, οι οποίες, σημειωτέον, είναι οι πιο διδακτικές δραστηριότητες τόσο για τους εκπαιδευομένους όσο και για τους εκπαιδευτές, συζητούνται οι θάνατοι και οι επιπλοκές, που σημειώθηκαν σε ασθενείς τού κέντρου, και αναλύονται λεπτομερώς τα αίτια, που οδήγησαν τους συγκεκριμένους αρρώστους στον θάνατο ή την επιπλοκή. Κυρίως όμως επιδιώκεται να αντληθούν συμπεράσματα, ώστε στο μέλλον να αποφευχθούν άλλα παρόμοια, δυσάρεστα αποτελέσματα.

Φρονώ ότι κατ’ αναλογίαν πρέπει να βρούμε τρόπους, ώστε στο μέλλον να αποφευχθούν άλλα φαινόμενα χρηματισμού των γιατρών. Δεν υπονοώ ότι ο χρηματισμός ενός γιατρού έχει την ίδια βαρύτητα με την απώλεια της ζωής ενός ασθενούς. Όμως δεν παύει να αποτελεί βαρύτατο πλήγμα στο κύρος τού ιατρικού επαγγέλματος αλλά και όλων των λειτουργών του. Διότι ο πολίτης εύκολα καταλήγει στο λανθασμένο συμπέρασμα πως «όλοι τα ίδια κάνουν».

Η εταιρεία μας έχει πολλούς τρόπους να αντιδράσει σε αυτό το εξαιρετικά δυσάρεστο γεγονός. Μπορεί να το αγνοήσει τελείως με τη δικαιολογία ότι «δεν την αφορά». Μπορεί να κρύψει το κεφάλι της στην άμμο και να δηλώσει το τετριμμένο «Η μέγιστη πλειονότητα των μελών μας ασκεί ευσυνειδήτως το ιατρικό λειτούργημα και καταδικάζει τα φαινόμενα χρηματισμού ορισμένων ασυνείδητων συναδέλφων». Έχω όμως τη γνώμη ότι πρέπει να ενεργήσει κατά τρόπον ανάλογο των συναντήσεων για τη θνητότητα και τη νοσηρότητα. Να μελετήσει, δηλαδή, με ιατροδικαστική σχολαστικότητα το φαινόμενο του χρηματισμού των γιατρών και να δώσει απαντήσεις σε δύο αμείλικτα ερωτήματα: Ποια είναι τα αίτια τού χρηματισμού τών γιατρών; Πώς μπορούν να εξαλειφθούν παρόμοια απαράδεκτα φαινόμενα στο μέλλον; Εάν δεν δώσουμε πειστικές απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα, πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι να διαβάσουμε ή να ακούσουμε ξανά, μετά από μερικούς μήνες ή χρόνια ή ίσως και εβδομάδες, ότι «ένας εξηντατριάχρονος χειρουργός συνελήφθη χρηματιζόμενος και οδηγήθηκε με χειροπέδες στο αστυνομικό τμήμα». Έτσι αφήνομε το πρόβλημα να διαιωνίζεται και το κύρος των γιατρών να καταβαρυνώνεται συνεχώς.

Για να δώσω έναυσμα στη συζήτηση εκφέρω την προσωπική μου γνώμη. Στο πρώτο ερώτημα απαντώ περιληπτικώς: Τα αίτια του χρηματισμού είναι δύο. Πρώτον, οι χαμηλές ιατρικές αμοιβές. Χωρίς καμία διάθεση να μειώσω την αξία και την κοινωνική συνεισφορά άλλων επαγγελματικών δραστηριοτήτων, πιστεύω ότι μία σύγκριση του μισθού διευθυντή καρδιοχειρουργικής κλινικής τού ΕΣΥ, που βρίσκεται στα τελευταία χρόνια της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας, με τον μισθό πρωτοδιοριζόμενου ειρηνοδίκη ή δασκάλου ή καθαρίστριας τού νοσοκομείου ή υπαλλήλου της ΔΕΗ, που ασχολείται μόνον με τη μέτρηση του καταναλισκόμενου ηλεκτρικού ρεύματος από τους καταναλωτές, πείθει κάθε καλόπιστον κριτή ότι οι ιατρικές αμοιβές στη χώρα μας είναι απαράδεκτως χαμηλές ακόμη και για τα ελληνικά οικονομικά δεδομένα. Ως δεύτερον λόγο διατήρησης της διαφθοράς θεωρώ τον εθισμό σε αυτήν, τόσο των γιατρών όσο και του κοινού. Ο εθισμός οφείλεται στη μακροχρόνια και συχνή επανάληψη του φαινομένου.

Στο δεύτερο ερώτημα απαντώ: Για εξάλειψη αυτής της διαφθοράς δεν αρκεί μόνον η καταστολή, η οποία εφαρμόζεται εξ άλλου στη χώρα μας κατά τις τελευταίες δεκαετίες με επιβολή ποινών χωρίς αποτέλεσμα. Θεωρώ ότι είναι απαραίτητη και η πρόληψη. Σε συνέντευξή του, που δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα Καθημερινή προ μερικών ετών, ο καθηγητής τού Harvard J. Robinson υποστηρίζει ότι για εξάλειψη της διαφθοράς απαιτείται η εφαρμογή «σωστών κινήτρων» και αναφέρει ως παραδείγματα δύο χώρες, τις ΗΠΑ και την Αυστραλία, οι οποίες έχουν θεσπίσει σωστά κίνητρα με αποτέλεσμα να μην παρατηρείται σε αυτές τις χώρες χρηματισμός των γιατρών. Τέτοιο κίνητρο είναι η σύνδεση των αποδοχών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες τού γιατρού. Είναι γνωστό ότι στις ΗΠΑ ο ασθενής, που θέλει να εξετασθεί ή να χειρουργηθεί σε ένα νοσοκομείο, επιλέγει ελεύθερα τον γιατρό του και πληρώνει την καθοριζόμενη από το νοσοκομείο ιατρική αμοιβή. Στη σύμβαση μεταξύ νοσοκομείου και γιατρού, η οποία υπογράφεται κατά την πρόσληψη του γιατρού από το νοσοκομείο, προβλέπεται ότι οιαδήποτε οικονομική διαπραγμάτευση μεταξύ γιατρού και ασθενούς είναι αδιανόητη. Και αν πραγματοποιηθεί, συνεπάγεται εκτός από τη λύση της σύμβασης και άλλες εξοντωτικές ποινές για τον γιατρό. Το ασφαλιστικό ταμείο τού ασθενούς καταβάλλει τις προκαθορισμένες ιατρικές αμοιβές όχι στον γιατρό αλλά στο Νοσοκομείο, το οποίο τις αποδίδει στον θεράποντα γιατρό. Έτσι ο χειρουργός αμείβεται ανάλογα με τις παρασχεθείσες υπηρεσίες του. Για παράδειγμα, ο χειρουργός, που τον επέλεξαν δέκα ασθενείς, τους οποίους και χειρούργησε, έχει πενταπλάσιες αποδοχές από τον

συνάδελφό του, που χειρούργησε δύο ασθενείς. Φυσικά πληρώνει και ανάλογους φόρους. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται απολύτως η ελεύθερη επιλογή γιατρού εκ μέρους τού ασθενούς, οι αποδοχές τού γιατρού συνδέονται με τις υπηρεσίες, που αυτός παρέχει, εξοβελίζεται το φακελάκι είτε ως «μπαξίσι» είτε ως εκβιασμός, εκμηδενίζεται η πιθανότητα φοροδιαφυγής τού γιατρού, και κυρίως παραμένει στο βάθρο που της αρμόζει, η σχέση αλληλοεκτίμησης και αλληλοσεβασμού μεταξύ θεράποντος γιατρού και ασθενούς, η οποία τείνει να καταστεί είδος εν ανεπαρκεία στη χώρα μας.

Αν θέλουμε να ξεριζωθεί ο χρηματισμός των γιατρών, που αποτελεί στίγμα για την ελληνική κοινωνία και ιδιαίτερα για την ιατρική μας κοινότητα, νομίζω ότι πρέπει να συνδυάσουμε και εμείς την πρόληψη με την αυστηρή καταστολή. Η σύνδεση των αποδοχών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες τού γιατρού είναι ένα δίκαιο προληπτικό μέτρο, το οποίο αν συνδυαστεί με επιβολή εξοντωτικών ποινών για τους παραβάτες, είναι άκρως αποτελεσματικό. Η αποτελεσματικότητά του αποδεικνύεται συνεχώς στις χώρες, όπου εφαρμόζεται.

Εξ όσων γνωρίζω, τέτοια πρόταση δεν έχει διατυπωθεί δημοσίως στη χώρα μας μέχρι σήμερα. Και δεν πρέπει να αναμένεται ότι μπορεί να διατυπωθεί στο μέλλον ούτε από κόμματα ούτε από πολιτικούς. Η κοινή λογική λέει ότι τέτοια πρόταση μπορεί να προέλθει μόνον από ευαισθητοποιημένους γιατρούς. Γιατί όχι από την εταιρεία μας;

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,
Θεοδόσιος Δόσιος

ΒΡΑΧΕΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Yang M-Z, Hou X, Li J-B, Cai J-S, Yang J, Li S et al. Impact of L4 lymph node dissection on long-term survival in left-side operable non-small-cell lung cancer: a propensity score matching study. Eur J Cardiothorac Surg 2020; doi:10.1093/ejcts/ezaa008.

Μαδούρος Νικόλαος, Κωλέτσης Ευστράτιος, Ηλιάδης Κοσμάς.

Από το 1990 η λοβεκτομή συνδυαζόμενη με συστηματικό λεμφαδενικό καθαρισμό του μεσοθωρακίου (MLND) έχει γίνει η επικρατούσα αποδεκτή θεραπευτική επιλογή των ασθενών με μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα (NSCLC) στοχεύοντας την ακριβή σταδιοποίηση και την καλύτερη επιβίωση τους. Παρ’ όλα αυτά δεν είναι στοιχειοθετημένη η έκταση του λεμφαδενικού καθαρισμού. Επειδή στο NSCLC του αριστερού πνεύμονα οι κατώτεροι παρατραχειακοί λεμφαδένες είναι πιο δύσκολοι στην προσπέλαση (εξαιτίας της πνευμονικής αρτηρίας του αορτικού τόξου και του αριστερού παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου) και με περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, δεν εκτελείται συχνά λεμφαδενικός καθαρισμός αριστερά στη θέση 4 (L4 LND). Αυτό έχει οδηγήσει να μην υπάρχουν αρκετά δεδομένα για να προστεθεί στα επίσημα guidelines ο L4 λεμφαδενικός καθαρισμός.

Αυτή η μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση της αξίας του λεμφαδενικού καθαρισμού L4 σε αριστερό NSCLC.

Υλικό: Αναδρομική μελέτη ενός κέντρου (Sun Yat-sen University Cancer Center) μεταξύ Ιανουαρίου 2001 και Δεκεμβρίου2014, σε μια σειρά 5346 ασθενών με εγχειρήσιμο NSCLC.

Συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη ασθενείς με τα εξής χαρακτηριστικά:

- i. Πρωτοπαθές NSCLC αριστερού πνεύμονα
- ii. Υποβλήθηκαν σε πνευμονική εκτομή σε συνδυασμό με λεμφαδενικό καθαρισμό μεσοθωρακίου (MLND)
- iii. Το παθολογοανατομικό στάδιο του όγκου είναι T1-4 NO-2 MO
- iv. Υποβλήθηκαν σε Ro εκτομή

Δεν συμπεριλήφθηκαν ασθενείς: με συνυπάρχον καρκίνο ή ιστορικό πρωτοπαθούς κακοήθειας, ή που υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική εισαγωγική θεραπεία και ασθενείς που πέθαναν σε διάρκεια 30 ημερών από το χειρουργείο ή κατά τη νοσηλεία τους.

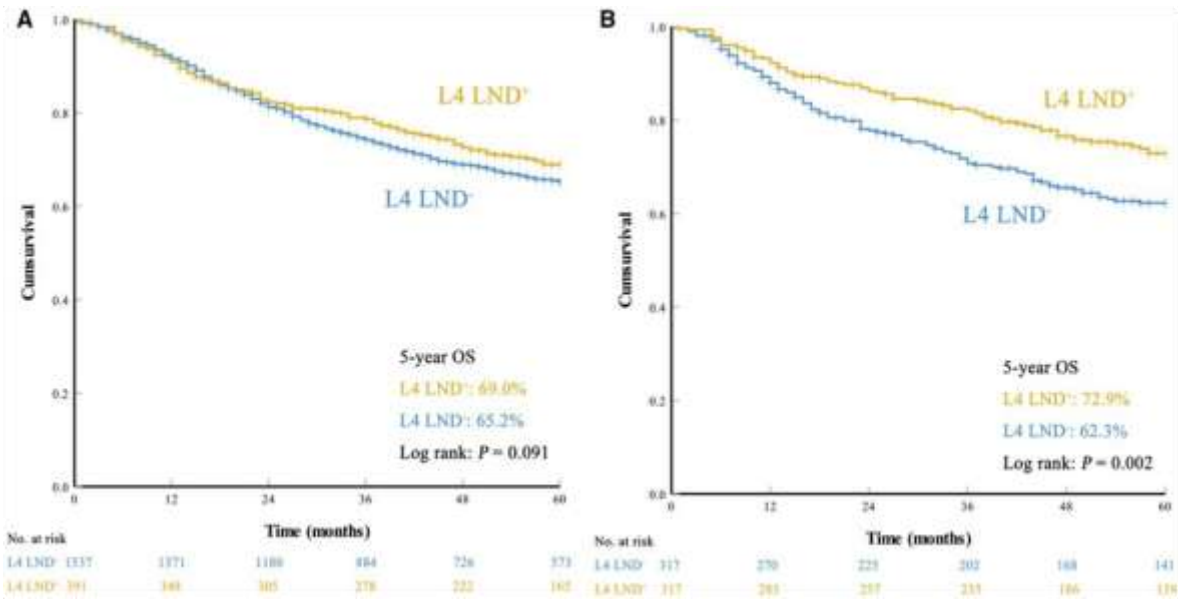
Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό L4 (L4 LND⁻) και με λεμφαδενικό καθαρισμό (L4 LND⁺).

Συμπεριλήφθηκαν τελικά 1929 ασθενείς εκ των οποίων 1538 δεν είχαν υποβληθεί σε λεμφαδενικό καθαρισμό L4 (L4 LND⁻) και 391 υποβλήθηκαν σε λεμφαδενικό καθαρισμό L4 (L4 LND⁺).

Από τους ασθενείς που είχαν λεμφαδενικό καθαρισμό θέσης 4 αριστερά, οι 82,2% υποβλήθηκαν σε ανοιχτή θωρακοτομή ενώ μόνο το 17,8% σε VATS. Το γεγονός αυτό ενισχύει την παρατήρηση ότι η ανάγκη για λεμφαδενικό καθαρισμό θέσης 4 αριστερά μπορεί να κάνει αναγκαία την επιλογή ανοιχτής χειρουργικής. Έπειτα από την εφαρμογή πρωτοκόλλου (propensity score match) για την εξάλειψη της πιθανότητας μεροληπτικής επιλογής δημιουργήθηκαν δύο ομάδες από 317 ασθενείς η καθεμία.

Αποτελέσματα:

- Η 5 ετής επιβίωση στην ομάδα L4 LND⁺ ομάδα ήταν 72,9% ενώ στην ομάδα L4 LND⁻ 62,3% p=0,002 (εικόνα 1B).
- Ο L4 LND μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση παρέμενε ανεξάρτητος θετικός προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης.
- Σε όγκους του αριστερού άνω λοβού η 5 ετής επιβίωση με L4 LND⁺ είναι 71,7% ενώ σε L4 LND⁻ 59,9% p=0,006 (εικόνα 2A) και παραμένει ανεξάρτητος θετικός προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση.
- Σε όγκους του αριστερού κάτω λοβού η 5 ετής επιβίωση στην ομάδας L4 LND⁺ ήταν 75,1% ενώ στην ομάδα L4 LND⁻ 67,3% p=0,16 (εικόνα 2B).
- Το ποσοστό L4 LNM (Lymph Node Metastasis) για LUL και LLL όγκους ήταν 12,4% και 10,6% αντίστοιχα.



Εικόνα 1.

Η 5 ετής επιβίωση πριν (Α) και μετά (Β) από εφαρμογή propensity score match (PSM) σε ασθενείς με (LND⁺) και χωρίς (LND⁻) λεμφαδενικό καθαρισμό θέσης 4 αριστερά.