

**ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΟΣΤΙΝ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ**

X. Δελανδής, Β. Κυριάκος, Μ. Αρβανίτη, Ι. Παπαγιάννη, Ι. Δουλδής, Ν. Βαζιλειάνος, Β. Παπαγιάννης

Ακτινολογία Εργαστήριο Γ. Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ο γιγαντοκυτταρικός όγκος των οστών αποτελεί το 3-8% των πρωτοπαθών οστικών όγκων. Σε ποσοστό 80% είναι καλοήγητος και προβάλλει κυρίως νεαρά άτομα. Το περιφερικό όριο του μέρους οστού και το εγκύλι τρίγων της κνήμης αποτελούν την συνθετικότερη θέση εντοπισμού του.

**Σκοπός** της εργασίας μας είναι να παρουσιάσουμε την απεικονιστική συμπεριφορά του γιγαντοκυτταρικού όγκου με την αξονική και μαγνητική τομογραφία και να αναδείξουμε τον ρόλο τους στην διαφορική του διάγνωση από άλλους οστικούς όγκους.

**Υλικό - Μέθοδος:** Συνολικά εξετάστηκαν 10 ασθενείς (6♂ και 4 ♀) ηλικίας 16-46 ετών με γιγαντοκυτταρικό οστικό όγκο.

Σε 2 ασθενείς διαγνωστήκαν μόνο αξονική τομογραφία, σε 3 μόνο μαγνητική τομογραφία, ενώ οι υπόλοιποι 5 υποβλήθηκαν και σε μαγνητική και αξονική τομογραφία. Σε όλους τους ασθενείς είχε προηγηθεί έλεγχος με απλή ακτινογραφία.

Η εξέταση έγινε με μαγνητικό τομογράφο Siemens Expert plus T1 και αξονικό τομογράφο Philips plus 3000.

Με την αξονική τομογράφο ελήφθησαν τομές μετά την iv κήληση οσκατοκίτι.

Με τον μαγνητικό τομογράφο ελήφθησαν εγκάρσιες τομές με επιβάρυνση της T1 και T2 παράμετρου καθώς και εγκάρσιες τομές μετά την ενδοφλέβια κήληση οσκατοκίτι μόνου και επιβάρυνση της T1 παράμετρου. Επίσης ελήφθησαν τομές με τον STIR ακολουθία.

**Αποτελέσματα:** Σε 2 ασθενείς ο όγκος εντοπίστηκε στο κάτω άκρο της κνήμης, σε 5 ασθενείς στο εγκύλι τρίγων της κνήμης, σε 1 ασθενή στο άνω άκρο της περσικής, σε 1 ασθενή στην βία του 2<sup>ου</sup> μεταποστίου και τέλος, σε 1 ασθενή ο γιγαντοκυτταρικός όγκος εντοπίστηκε στην κροτάλη. Η διάγνωση κρίθηκε οριστική στην περίπτωση που στάθηκε στην επίσημη. Ο όγκος σε όλες τις περιπτώσεις βρισκόταν σε επαφή με την εγκύλια επιφάνεια του οστού αλλά δεν εμφάνιζε επίδραση στην επί ελάφυνση. Σε 9 από τους 10 ασθενείς ο όγκος εμφάνισε διακεκοπεί βίση. Με την αξονική τομογραφία αναδείχθηκαν με σαφήνεια τα οσκληρωτικά όρια του όγκου, η διάτρηση του οστού καθώς και οι κατά τόπους διαστολές του φλοιού.

Με την μαγνητική τομογραφία όλες οι βλάβες εμφάνισαν εγκύλιό σήμα στις T1 ακολουθίες και αναμετρική ή/και υπερμετρική σήμα με την κήληση οσκατοκίτι. Στις T2 ακολουθίες αναδείχθηκαν η διαμεταμεταστούση του όγκου με ηερική/σχηματική και υερική σήματα. Σε 1 αξονική διαπιστώθηκε επίθεση του όγκου και στο παρακείμενο μυϊκό μέρος.

**Συμπεράσματα:** πιστεύουμε πως η αξονική και η μαγνητική τομογραφία μπορούν με σαφήνεια να αναδείξουν την βίση του γιγαντοκυτταρικού όγκου, την κατάσταση του οστού φλοιού, την κατάσταση των περί μολικών μαρίων καθώς και το πρότυπο εμπλοκώσεως μετά την iv κήληση οσκατοκίτι.

**Η ΥΠΑΡΞΗ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΡΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΡΗ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΑΠΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΚΑΙ Δ**

Γ. Ίγερφο<sup>1</sup>, Δ. Βρασιλάς<sup>2</sup>, Β. Παναγιωτοπούλου<sup>1</sup>, Ι. Φούρας<sup>1</sup>, Ν. Αλιφανίδης<sup>1</sup>, Δ. Γεωργιάδης<sup>1</sup>, Α. Νήσιος<sup>1</sup>, Δ. Καραβώσης<sup>1</sup>, Ε. Αγγελιδάκης<sup>1</sup>, Θ. Βασιλειάδης<sup>1</sup>, Ι. Γουλής<sup>1</sup>, Ε. Κωτίνας<sup>1</sup>, Γ. Μουσιανός<sup>1</sup>, Κ. Παπασιώρος<sup>1</sup>, Γ. Τσιουφάς<sup>1</sup>, Ν. Ουρουνάκης<sup>1</sup>, Π. Αγγελόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Τσιουφάς<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Δ' Παθολογική Κλινική, <sup>3</sup>Ανατομολογικό Τμήμα, <sup>4</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, <sup>5</sup>Πνευμονολογία, <sup>6</sup>Νεφρολογία, <sup>7</sup>Αρτηρολογία Πανεπιστημίου, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Οι λίμπες ηπατικών μεταμοσχεύσεων με κίρρωση από ηπατίτιδα από πολυαιτία, όπως χημειοθεραπεία ασθενών επιβίωση σε σχέση με τους μεταμοσχευόμενους. Ωστόσο, η επίδραση επιβίωση των ασθενών με ηπατίτιδα Β & Δ στους ασθενείς διαπιστώθηκε και ηπατοκυτταρικός καρκίνος (ΗΚΚ) δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

**Σκοπός:** Η μελέτη της επίδρασης επιβίωσης των λιπών ηπατικών μεταμοσχεύσεων των, εκτός από ηπατίτιδα Β & Δ, έχουν διαγνωσθεί και με ΗΚΚ.

**Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 231 δε στα μεταμοσχεύσεις (λίμπες [μόνο] ενήλικων, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από το 1990 έως το 2007. Τριάντεξι ασθενείς (15,6%) είχαν ηπατίτιδα Β & Δ. Ενώ λίμπες απείχαν από την άμεση μεταγενετική περίοδο. Οι υπόλοιποι 27 αποτέλεσαν την ομάδα μελέτης. Η άμεση παρακολούθηση ενήλικε σε 1515 ημέρες.

**Αποτελέσματα:** Η μέση καλύτερη επιβίωση των λιπών ήταν 3760 ημέρες (95% ΔΕ: 3013, 4507). Σε εί ασθενείς (22,2%) διαπιστώθηκε η ύπαρξη ΗΚΚ. Η μέση καλύτερη επιβίωση ήταν 3011 ημέρες (95% ΔΕ: 2344, 3679) και 4034 ημέρες (95% ΔΕ: 3052, 5070) για λίμπες χωρίς και με ΗΚΚ αντίστοιχα. Οξεία κυτταρική απόρριψη παρατηρήθηκε στο 14,3% και 16,7% στους λίμπες χωρίς και με ΗΚΚ αντίστοιχα (p=0,659). Μικροβιακές λομώξεις παρατηρήθηκαν στο 61,9% και 33,3% στους λίμπες χωρίς και με ΗΚΚ αντίστοιχα (p=0,219). Δεν παρατηρήθηκε υποτροπή του ΗΚΚ σε κανένα από τους εί λίμπες.

**Συμπεράσματα:** Η μέση καλύτερη επιβίωση ύπερα από μεταμοσχεύση για ηπατίτιδα Β & Δ και ΗΚΚ ύπερα το 11 έτα. Είναι δύσκολο να ελεγχθεί η βελτιστοποιημένη επιβίωση των ασθενών αυτών. Πάντων να ενδεδειχθεί ο αυξημένος αριθμός έτατων έπιλόσης των μικροβιακών λομώξεων που παρατηρούνται στους λίμπες χωρίς ΗΚΚ.

**ΗΠΑΡ**
**Η ΠΟΛΥ ΠΡΩΙΜΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΔΕ ΣΥΝΔΕΥΕΤΑΙ ΑΠΑΡΑΓΓΗΤΑ ΑΠΟ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΖΩΝ**

Β. Παναγιωτοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Βρασιλάς<sup>1</sup>, Γ. Ίγερφο<sup>1</sup>, Δ. Γεωργιάδης<sup>1</sup>, Α. Φούρας<sup>1</sup>, Ν. Αλιφανίδης<sup>1</sup>, Α. Νήσιος<sup>1</sup>, Δ. Καραβώσης<sup>1</sup>, Ε. Αγγελιδάκης<sup>1</sup>, Β. Βασιλειάδης<sup>1</sup>, Ι. Γουλής<sup>1</sup>, Ε. Αγγελόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Κωτίνας<sup>1</sup>, Ν. Ουρουνάκης<sup>1</sup>, Γ. Τσιουφάς<sup>1</sup>, Τ. Αγγελόπουλος<sup>1</sup>, Α. Τσιουφάκης<sup>1</sup>, Δ. Τσιουφάκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, <sup>2</sup>Β' και Δ' Παθολογική Κλινική, <sup>3</sup>Ανατομολογικό Τμήμα, <sup>4</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, <sup>5</sup>Πνευμονολογία, <sup>6</sup>Νεφρολογία, <sup>7</sup>Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Ένα από τα σημαντικότερα εργαστηριακά ευρήματα της θρόμβωσης της ηπατικής αρτηρίας (ΗΠΑ) είναι η αύξηση των τρανσαμιναζών. Περισσότερο από 35% των λιπών ηπατικών μεταμοσχεύσεων με καλύτερη ΗΠΑ (μέτα την 30η μεταγενετική ημέρα) δεν παρουσιάζουν τρανομοσχεύση. Ωστόσο, η αύξηση των τρανομοσχεύσεων μετά από πολύ πρώιμη ΗΠΑ (μέτα στις πρώτες 48 μεταγενετικές ώρες) δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

**Σκοπός:** Η μελέτη της διακρίσεως των τρανομοσχεύσεων μετά από πολύ πρώιμη ΗΠΑ κατά τη μεταμοσχεύση ήπατος.

**Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 231 δε στα μεταμοσχεύσεις ήπατος (μόνο) ενήλικων, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από το 1990 έως το 2007. Δεκατέξι (6,49%) ασθενείς διαγνώστηκαν με πολύ πρώιμη ΗΠΑ, είτε με τη χρήση Doppler είτε με τη χρήση παρακένσεως αξονικής τομογραφίας. Τμή ΑΣΤ > 800 IU/L με τη δεύτερη μεταγενετική ημέρα προέβλεπε πρώιμη απόλυση του ηπατικού μεταμοσχεύματος (μέτα στις πρώτες 90 μεταγενετικές ημέρες) με 90% ευαισθησία και 100% ειδικότητα (p=0,940, p=0,005). Ενώ ασθενείς (εργασία Α) έπαιρσαν τον ουδό αυτό, ενώ οι υπόλοιποι εί (εργασία Β) δεν τον έπαιρσαν.

**Αποτελέσματα:** Όλα τα μεταμοσχεύματα με πολύ πρώιμη ΗΠΑ τελικά απώλεθησαν, οδηγώντας είτε σε επανομοσχεύσεις είτε σε θάνατο του λίμπη. Η μέση επιβίωση ποσειότητας ήταν 32,78 ± 22,82 ημέρες και 221,17 ± 171,80 ημέρες για τις ομάδες Α & Β αντίστοιχα (p=0,0006). Η μέση ημής βίση ή το δεύτερη μεταγενετική ημέρα ήταν 2688 ± 1226,18 και 375 ± 149,65 IU/L για τις ομάδες Α & Β αντίστοιχα (p=0,001).

**Συμπεράσματα:** Η πολύ πρώιμη ΗΠΑ μετά από μεταμοσχεύση ήπατος έχει δύο κλινικές εκβίσεις. Η πρώτη παρουσιάζεται με εκτετατωμαχημένη μεταγενετική τρανομοσχεύση και οδηγεί σε ταχεία απόλυση του μεταμοσχεύματος. Η δεύτερη εμφάνιζεται με ήπια αύξηση των τρανομοσχεύσεων και οδηγεί σε επιβραδυνόμενη απόλυση του μεταμοσχεύματος.