

Σχόλος της εργασίας είναι η παρουσίαση ενδείξεων «ροττόκκος
κραποπαθός υπέρπασΚ» ρεοιομύ (ΠΥΠ19), σε μία ΤWRKO 57 ετών με
ιστοικό εχίμντο; έλκος βολβού 12δακτύλου, αποφαρμακτική

5
πνευμονοπαθείας, που στην διερεύνηση της ελκοπαθείας διεπιστώθη
υπερασβεστιαμία και υψηλές τιμές παραθормόνης. Σπινθηρογράφημα
παραθυρεοειδών, τον Νοέμβριο 94, με Τc-99m και Tl-201 (με αφαιρετική
μέθοδο), απέδειξε εικόνα, διάγνυτο υπερπλασίας 4 παραθυρεοειδών αδένων. Η
ασθενής με ασβεστίο 13.4mg%, υπεβλήθη σε ολική παραθυρεοειδεκτομή, ολική
θυρεοειδεκτομή (λόγω συνπαρουσιασ πολυζώδους βρογχοκήλης) και
αυτομεταμόσχευση του ενός στο αριστερό αντιβράχιο. Η ασθενής είχε
μετεγχειρητική πορεία άριστη αλλά εμμένουσες υψηλές τιμές ασβεστίου μέχρι
και την 3η μετεγχειρητική ημέρα (12.0-12.6 mg%). Η ασθενής εξήλθε με
εμμένουσα υπερασβεστιαμία και προγραμματίστηκε για δυναμικό
σπινθηρογράφημα τραχήλου με Tl-201 και Τc 99m όπου δεν διαπιστώθηκε
κάποιο εύρημα, στο δε σπινθηρογράφημα θώρακος με Tl-201 διαπιστώθηκε
εστία εκλεκτικής καθήλωσης του ραδιοφάρμακου υπέρ την αριστερά κοιλία της
καρδιάς στο ύψος του τόξου της αορτής.

Η ασθενής συνέχισε την συντηρητική αγωγή της υπερασβεστιαμίας και
ακολούθως σε γενομένη επανεισαγωγή με ασβέστιο 12.5mg% και υψηλές τιμές
παραθормόνης (271 pg/ml), υπεβλήθη σε σπινθηρογράφημα θώρακος-
τραχήλου με χορήγηση 15mCi Tc-99mibi, όπου παρατηρήθηκε εκλεκτική
καθήλωση ραδιοφάρμακου στο μεσοθωράκιο αριστερά, που στην πλάγια όψη
εντοπίστηκε στο πρόσθιο ημιθώρακιο. Η αξονική τομογραφία θώρακος
ανέδειξε αδένωμα του παραθυρεοειδούς στην ίδια θέση. Η
ασθενής υπεβλήθη σε μέση στεφανοτομή και αφαίρεση του έκτοπου 5ου
παραθυρεοειδούς αδένου από το θυμικό λίπος του αρ.λοβού του θύμου αδένου.
Η ασθενής είχε άριστη μετεγχειρητική πορεία, και εξήλθε μετά από 4ήμερο με
Φυσιολογικές τιμές ασβεστίου 8.3 mg%.

Η γνώση της εμβρυολογίας-ανατομίας των παραθυρεοειδών αδένων, όσον
αφορά την ιδιαιτερότητα της παρουσίας αυτών μακράν του τραχήλου, καθώς
και της φυσιολογίας του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού, ο σσατός
πλήρης προεγχειρητικός διαγνωστικός ατεκτονιστικός έλεγχος της ανατομικής
περιοχής τραχήλου και μεσοθωρακίου (όπως το σπινθηρογράφημα με Τc-
99mibi), αποτελεί τον ακρογωνίο λίθο της αντιμετώπισης του ΠΥΠΘ,
ιδιαίτερος λόγω της πρόληψης μίας επανεγχειρήσεως και των κινδύνων που
εγκυμονεί, ως και τον εκ της εμμένουσας υπερασβεστιαμίας επιπλοκών

Α Τακούδας Α.Γάκης, Β. Παπανικολάου, Γ. Γιβριος Α. Παπαγιάννης
ά. Βροχιδής Α. Μπελεζή, Α. Μέμμος Α. Αντωνιάδης

Χειρ/κή Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Α.Π.Θ, Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν.Θ.

Μελετήσαμε τους φακέλους 162 ασθενών με Δευτεροπαθή
Υπερπαραθυρεοειδισμό (ΥΠΠΘ), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ολική
παραθυρεοειδεκτομή και αυτομεταμόσχευση παραθυρεοειδικού ιστού.
Σε 24 ασθενείς η εμφύτευση του παραθυρεοειδικού ιστού που έγινε σε
βραχιονοκερκαδικό μυ του αντιβραχίου, σε 129 στον υποδόριο λιπώδη
ιστό του κοιλιακού τοιχώματος και στους υπολοίπους 9 δεν έγινε
εμφύτευση, γιατί βρέθηκαν 3 μόνο παραθυρεοειδείς αδένες. Σε
κανένα από την τελευταία αυτή ομάδα ασθενών δεν παρατηρήθηκε
υποτροπή του ΥΠΠΘ 4 μέχρι 36 μήνες μετά την εμφύτευση (Διάμεσος
24 μήν). Υπεράριθμος πέμπος παραθυρεοειδής βρέθηκε μία φορά
στην πρώτη επέμβαση μέσα στο θύμο και μία φορά μέσα στο
μεσοθωράκιο δυο χρόνια μετά την ολική παραθυρεοειδεκτομή.
Υποτροπή υπολειπόμενου παραθυρεοειδικού ιστού ή υπεράριθμου
αδένου στον τραχήλο επιβεβαιώθηκε χειρουργικά σε 5 ασθενείς (3%).
55 μέχρι 120 μήνες (Διάμεσος 107 μην.) μετά την πρώτη ολική
παραθυρεοειδεκτομή. Υποτροπή του ΥΠΠΘ εμφάνισαν 9 ασθενείς με
εμφύτευμα στο αντιβράχιο (37,5%) και 13 με εμφύτευμα στο υποδόριο
του κοιλιακού τοιχώματος (10%). Οι επανεπεμβάσεις αυτές
συνοδεύονται από μηδενική θνητότητα και μη άξια λόγω νοσηρότητα
Σε δύο ασθενείς παρά την εκτομή των εμφυτευμάτων, 4 και 6 χρόνια
αντίστοιχα μετά την ολική παραθυρεοειδεκτομή, παραμένουν τιμές
iPTH 200pg/ml και δεν μπορούσαμε με απεικονιστικές μεθόδους να
εντοπίσουμε τη θέση της υποτροπής Σάραντα οκτώ ασθενείς με ολική
παραθυρεοειδεκτομή και εμφύτευμα στο υποδόριο υποβλήθηκαν σε
νεφρική μεταμόσχευση. Σε 3 μόνο απ'αυτούς το εμφύτευμα
υποτροπίασε και μάλιστα Ιθμήνες μετά την επανένταξή τους στον
τεχντό νεφρό, λόγω απώλειας του μοσχεύματος

Συμπεραίνεται ότι η υποτροπή στον τραχήλο μπορεί να οφείλεται
σε υπολειμματικό παραθυρεοειδικό ιστό από την πρώτη επέμβαση, ότι
τα εμφυτεύματα στο υποδόριο λίπος παρουσιάζουν μικρότερο αριθμό
υποτροπών σε σχέση με εκείνα, που εμφυτεύονται στους μύες του
αντιβραχίου και, επιπλέον, η εκτομή τους είναι ευχερής και
αποτελεσματική.

A259

ΕΝΤΟΠΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Ι. Γκρινιάτσος, Γ. Οικονόμου

Γ' Χειρουργική Κλινική, Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο,
*Νοσοκομείο "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ", Αθήνα.

Τα αδενώματα των παραθυρεοειδών αδένων αποτελούν
τη συχνότερη αιτία του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού. Σε
ποσοστό 10%, παρά τον ενδελεγή προεγχειρητικό και
διεγχειρητικό έλεγχο, η ανεύρεση της ακριβούς θέσης του
υπερλειπόμενου αδένου είναι αδύνατη. Αυτό έχει σαν συνέπεια
την εμφάνιση των συμπτωμάτων ή την υποτροπή του
υπερπαραθυρεοειδισμού, παρά τη χειρουργική αντιμετώπιση.

Περιγράφουμε περίπτωση ασθενούς που εμφάνισε
παθολογικό κάταγμα ως αποτέλεσμα εκσημασμένης
οστεοπόρωσης και κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο διαπιστώθηκε
υπερασβεστιαμία. Η διερεύνηση της ασθενούς ανέδειξε μονήρες
αδένωμα παραθυρεοειδούς.

Παρουσιάζουμε τις σύγχρονες διαγνωστικές
(εντοπιστικές) μεθόδους για την ανεύρεση των αδενωμάτων
(υπερηχογράφημα, σπινθηρογράφημα, αξονική τομογραφία,
μαγνητική τομογραφία, αγγειογραφία, εκλεκτικός φλεβικός
καθετηριασμός, διεγχειρητικό υπερηχογράφημα, ταχεία
παθολογοανατομική εξέταση και υπολογισμός του c-AMP),
συγκρίνουμε την ευαισθησία, την ειδικότητα, τα πλεονεκτήματα
και τα μειονεκτήματα καθενιάς από αυτές, προτείνουμε
αλόγηθμο διερεύνησης ασθενούς με υπερπαραθυρεοειδισμό και
καθορίζουμε τις ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης του
πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού σε διάφορες υποομάδες
ασθενών, όπως αυτά προκύπτουν από την ανασκόπηση της
βιβλιογραφίας.

Τονίζουμε ότι, η προσεκτική χειρουργική διερεύνηση,
βασισμένη σε γνώσεις εμβρυολογίας των αδένων, αποτελεί μια
σπουδαία εντοπιστική μέθοδο.

A260

ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΟΥ ΑΔΕΝΑ

Ε. Παπαλάμπρος, Ε. Φελέκουρας, Α. Αλεξάνδρου, Σ. Γιαμπούρας,
Α. Καπόνης, Η. Μπασιούνης

Η χειρουργική παίζει σπουδαίο ρόλο στην θεραπεία των
παθήσεων του θυρεοειδούς αδένου. Αρκετοί όμως είναι οι
χειρουργοί που προτιμούν επεμβάσεις συντηρητικότερες από
την ολική θυρεοειδεκτομή. Η θέση μας όπως αυτή εκφράζεται
από το σύνολο των επεμβάσεων επί του θυρεοειδούς αδένου
την τελευταία 5ετία είναι: Η ολική θυρεοειδεκτομή είναι η
επέμβαση εκλογής και πρέπει να εφαρμόζεται όταν δεν
υπάρχουν αντενδείξεις.

ΥΛΙΚΟ: Στο χρονικό διάστημα 1990-1995 (5 έτη), 647 ασθενείς
υπεβλήθησαν σε ολική θυρεοειδεκτομή. Σε 19 ασθενείς (2.93%)
η επέμβαση ήταν επανεγχειρήση σε 17 λόγω υποτροπής
πολυζώδους βρογχοκήλης (είχε προηγηθεί λοβεκτομή και
ισθμεκτομή στους 7 και υφολική θυρεοειδεκτομή στους 10)
και 2 λόγω υποτροπής για καρκίνο του θυρεοειδούς.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι φάκελοι των ασθενών μελετήθηκαν για
νοσηρότητα (παράλυση λαρυγγικών νεύρων, υποπαραθυρεοειδισμό,
μετεγχειρητική αιμορραγία κλπ) και θνησιμότητα. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στους 19 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε
επανεγχειρήση η συχνότητα της κάκωσης των κάτω
λαρυγγικών νεύρων ήταν 0% και σε 2 ασθενείς (10,5%)
παρατηρήθηκε παροδικός υποπαραθυρεοειδισμός. Η
θνησιμότητα ήταν 0%. Στους 628 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε
ολική θυρεοειδεκτομή χωρίς προηγηθείσα επέμβαση η
θνησιμότητα ήταν 0%. Οι επιπλοκές (στο σύνολο των ασθενών
μας) έχουν ως εξής: 1) Παροδικός υποπαραθυρεοειδισμός
26 (4.01%). 2) Μόνιμος υποπαραθυρεοειδισμός 4 (0,61%). 3)
Μετεγχειρητική αιμορραγία 6(0,92%) (μόνο 1 μετά την
αποσωλήνωση του ασθενούς). 4) Μόνιμη κάκωση άνω
λαρυγγικού νεύρου (μονόπλευρα) 5 (0.77%). 5) Μόνιμη βλάβη
κάτω λαρυγγικού νεύρου 3 (0.46%) (1 άμφω , 1 μονόπλευρα).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το σύνολο των ως άνω αναφερομένων
επιπλοκών υποστηρίζει την άποψη μας ότι η ολική
θυρεοειδεκτομή είναι η επέμβαση εκλογής για τις παθήσεις
του θυρεοειδούς αδένου οποιαδήποτε και αν είναι η
πρωτοπαθής νόσος του αδένου. Η μόνη επιβάρυνση που έχουν
οι ασθενείς είναι η λήψη των φαρμάκων υποκατάστασης εφ'
όρου ζωής.