

**Ένωση
Επαγγελματιών
Ακτινολόγων
Απεικονιστών
Ελλάδος**



**20 Μόρια Συνεχιζόμενης
Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD Credits)**

6ο Συνέδριο

Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής
Εκπαίδευσης στην Ακτινοδιαγνωστική

06-08 Οκτωβρίου 2017
Αθήνα - Πολεμικό Μουσείο

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ:

**Theotokis Travel
Congresses**

 **Lufthansa** City Center

Πλατεία Ελευθερωτών 4, 15232 Χαλάνδρι
Τηλ: 210 68 52 892 | Fax: 214 41 21 470
email: info@theotokistravel.gr
www.theotokistravel.gr



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Χαιρετισμός Προέδρου	σελ 3
Διοικητικό Συμβούλιο Ένωσης Επαγγελματιών Ακτινολόγων Απεικονιστών Ελλάδος	σελ. 4
Οργανωτική Επιτροπή	σελ. 4
Γενικές Πληροφορίες	σελ. 5
Χορηγοί - Εκθέτες	σελ. 6

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Παρασκευή 06 Οκτωβρίου 2017	σελ. 7
Σάββατο 07 Οκτωβρίου 2017	σελ. 10
Κυριακή 08 Οκτωβρίου 2017	σελ. 16
Προφορικές Ανακοινώσεις.....	σελ. 20
Αναρτημένες Ανακοινώσεις (Poster).....	σελ. 39

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά σας καλωσορίζω στο **6^ο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης στην Ακτινοδιαγνωστική**.

Η **Ένωση Επαγγελματιών Ακτινολόγων Απεικονιστών Ελλάδος** είναι ο αναγνωρισμένος εκπρόσωπος των Ελλήνων Ακτινολόγων στην Ευρωπαϊκή Ένωση, UEMS και σε άλλους αντίστοιχους διεθνείς οργανισμούς και αποτελεί το αρμόδιο όργανο των ειδικευμένων ακτινολόγων που συμβάλλει στην εκπαίδευσή τους σε συνεργασία με τις αντίστοιχες επιστημονικές εταιρείες, ενώ σε συνεργασία με το αντίστοιχο τμήμα της ειδικότητας της UEMS προτείνει πρότυπα για την πρακτική υψηλής υγειονομικής περιθάλψης και υποβάλλει προτάσεις για την προάσπιση των δικαιωμάτων των Ακτινολόγων σε διεθνές και εθνικό επίπεδο.

Η **Ένωση Επαγγελματιών Ακτινολόγων Απεικονιστών Ελλάδος** επαναδραστηριοποιείται και προσκαλεί όλους τους Έλληνες Ακτινολόγους να γίνουν μέλη της, ώστε από κοινού να αντιμετωπίσουμε τις δυσκολίες της καθημερινότητας στον τομέα μας αλλά και τις προκλήσεις του μέλλοντος, με στόχο την πιο αποτελεσματική άσκηση της ειδικότητάς μας και τελικά την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών.

Στα πλαίσια αυτής της δράσης λειτουργεί νέο site **www.enosiaktinologon.gr** καθώς και σελίδα στο facebook **Ένωση Ακτινολόγων**, όπου καλείστε όλοι να εκφράζετε τις απόψεις και τους προβληματισμούς σας αλλά και τα αιτήματά σας, προκειμένου η ενημέρωσή μας να είναι τακτική, η σχέση μας διαρκής και τελικά η παρουσία μας ως εκπροσώπων σας χρήσιμη και αποτελεσματική.

Στόχος του Συνεδρίου είναι να συζητηθούν όλα τα επαγγελματικά ζητήματα που απασχολούν σήμερα τον σύγχρονο ακτινολόγο με τη συμμετοχή φορέων της Πολιτείας, αλλά και η ενημέρωση για τις επιστημονικές εξελίξεις μέσα από συνεδρίες που αφορούν σε όλα τα συστήματα με τη συμμετοχή έγκριτων Επιστημόνων στον τομέα της Υγείας.

Το πρόγραμμα του Συνεδρίου είναι αποτέλεσμα ομαδικής δουλειάς και ευχαριστώ θερμά για τη συμβολή τους σε αυτό όλα τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής.

Η επιτυχία του Συνεδρίου εξαρτάται από την ενεργό συμμετοχή όλων σε αυτό.

Σας προσκαλώ να το παρακολουθήσετε μαζί μας και να σταθείτε δίπλα μας, δίνοντάς μας ώθηση για μελλοντικές δράσεις με σκοπό τη δυναμική παρουσία μας και την επίτευξη των στόχων μας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Πολυτίμη Λεονάρδου
Πρόεδρος της ΕΕΑΕ
και του Συνεδρίου



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος:	ΛΕΟΝΑΡΔΟΥ ΠΟΛΥΤΙΜΗ
Αντιπρόεδρος	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Γεν. Γραμματέας:	ΜΠΕΝΑΚΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ
Ειδ. Γραμματέας:	ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Ταμίας:	ΤΣΑΝΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ
Μέλη:	ΚΟΚΚΙΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
	ΤΑΒΕΡΝΑΡΑΚΗ ΚΥΡΙΑΚΗ
	ΤΑΤΑΡΙΔΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
	ΤΣΑΓΚΑΤΑΚΗΣ ΜΙΧΑΛΗΣ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΑΡΧΟΝΤΑΚΗΣ ΕΥΤΥΧΙΟΣ	ΝΑΤΣΙΚΑ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ
ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ ΡΩΞΑΝΗ	ΝΙΚΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
ΖΑΝΝΕΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΘΑΝΟΣ ΛΟΥΚΑΣ	ΠΙΚΟΥΛΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ	ΣΑΜΑΡΑ ΧΡΥΣΟΥΛΑ
ΚΟΚΚΙΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	ΤΑΒΕΡΝΑΡΑΚΗ ΚΥΡΙΑΚΗ
ΚΟΚΚΙΝΟΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ	ΤΑΤΑΡΙΔΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
ΛΕΟΝΑΡΔΟΥ ΠΟΛΥΤΙΜΗ	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	ΤΣΑΓΚΑΤΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ
ΜΠΕΝΑΚΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ	ΤΣΑΝΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

**6ο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης
στην Ακτινοδιαγνωστική**

**Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, σύμφωνα με τα κριτήρια της EACCME-UEMS,
χορηγεί 20 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits)**

ΤΟΠΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
ΠΟΛΕΜΙΚΟ ΜΟΥΣΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
06-08 Οκτωβρίου 2017

ΔΙΟΡΓΑΝΩΤΗΣ
ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Π. Κυριακού 21, Αθήνα 115 21
Τηλ: 210 64 51 489
www.enosiaktinologon.gr

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

**Theotokis Travel & Congresses
Lufthansa City Center**

Πλατεία Ελευθερωτών 4, Χαλάνδρι
Αθήνα 152 32

Τηλ: 210 68 52 892, Fax: 214 4121470

Email: congress@theotokistravel.gr

www.theotokistravel.gr

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ειδικευμένοι Ακτινολόγοι	70 €
Ειδικευόμενοι Ακτινολόγοι	30 €
Ακτινοφυσικοί	30 €
Τεχνολόγοι	30 €
Νοσηλεύτες	Δωρεάν
Φοιτητές	Δωρεάν



ΧΟΡΗΓΟΙ - ΕΚΘΕΤΕΣ

AGFA HealthCare

BAYER HELLAS

PAPAPOSTOLOU

PHILIPS HELLAS

SIEMENS

PROTON – TOSHIBA MEDICAL

GE Healthcare

PAPOUDIS

Leriva Imaging

FUJIFILM HELLAS

Παρασκευή 06 Οκτωβρίου 2017

Ώρα: 11.40-12.40 **ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ**

Ώρα: 12:40 – 14:10 **Αίθουσα Α**

Επεμβατική Ακτινολογία

Πρόεδροι: Α. Κελέκης, Ε. Αρχοντάκης

1. Τραύμα – εμβολισμός
2. Αγγειοπλαστική καρωτίδων
3. Επεμβατικά σε παθήσεις του Κ.Ν.Σ.
4. Επεμβατικά σε παθήσεις σπονδυλικής στήλης
5. Επεμβατικά σε παθήσεις περιφερικού σκελετού
Συζήτηση

Δ. Τζώρτζης
Ν. Ζάννες
Μ. Καρύγιαννης
Α. Κελέκης
Δ. Φιλιπιάδης

Ώρα: 13:00 – 14:00 **Αίθουσα Β**

Συνάντηση Ελληνικής Εταιρείας Μυοσκελετικής Ακτινολογίας

Ώρα: 14:10 – 14:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

Ώρα: 14:30 – 16:00 **Αίθουσα Α**

Μυοσκελετικό

Πρόεδροι: Α. Καραντάνας, Μ. Βλυχού

1. Σπονδυλική στήλη – Εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Πως τις σχολιάζω;
2. Ώμος – Τενόντιο πέταλο. Μέχρι που φτάνουν οι υπέρηχοι;
3. Ισχίο – Οστικό οίδημα. Τι σημαίνει;
4. Γόνατο – Σήμα στον μηνίσκο. Πως το διαχειρίζομαι;
5. Ποδοκνημική – Σύνδεσμοι και τένοντες. Πως αστοχούν;
Συζήτηση

Κ. Πίκουλας
Α. Πλάγου
Ε. Βασσάλου
Γ. Μαντζικόπουλος
Γ. Δελήμπασης



Ώρα: 14:30 – 16:00 Αίθουσα Β

Προφορικές Ανακοινώσεις

Πρόεδροι: Σ. Καρβέλας, Σ. Λαφογιάννη

- 1. ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΥΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΠΑΛΜΙΚΩΝ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΛΥΜΜΑ ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΓΟΝΥ ΑΡΘΡΩΣΕΩΣ**
Χ. Κελέσσης, Δ.Κ. Φιλιππιάδης, Α. Μαζιώτη, Β. Μπαρμπαρούση, Η. Μπρούντζος, Ν. Κελέκης, Α. Κελέκης
Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- 2. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΣ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΜΙΚΡΟΚΥΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΚΚ ΣΕ ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ**
Χ. Κελέσσης, Δ.Κ. Φιλιππιάδης, Σ. Σπηλιόπουλος, Χ. Κωνσταντός, Κ. Παλιαλέξης, Α. Κελέκης, Η. Μπρούντζος, Ν. Κελέκης
Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- 3. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΣ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΜΙΚΡΟΚΥΜΑΤΩΝ ΥΠΟ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΥΤ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΦΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ**
Χ. Κελέσσης, Δ.Κ. Φιλιππιάδης, Γ. Βελονάκης, Λ. Ρέππας, Α. Κελέκης, Η. Μπρούντζος, Ν. Κελέκης
Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- 4. ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ: ΟΧΤΩ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ. ΕΙΝΑΙ ΥΨΗΛΗ Ή ΟΧΙ;**
Π. Ηλιόπουλος, Σ. Πατσιλινάκος, Χ. Τριαντοπούλου, Β. Τσαπάκη
Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας
- 5. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΠΟ Α.Τ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΞΗΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**
Β. Καράμπελας, Ν. Σιδηροπούλου, Σ. Αραποστάθνη, Π. Φιλιπούσης, Κ. Ταβερναράκη, Ε. Γεράρδος, Α. Παπαθεοδωροπούλου,
Π. Γεωργακοπούλου, Λ. Θάνος
ΓΝΝΘΑ «ΣΩΤΗΡΙΑ», Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας
- 6. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗΣ ΜΕ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ (RFA) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΥΣΤΕΩΝ ΝΕΦΡΩΝ**
Π. Γεωργακοπούλου, Σ. Αραποστάθνη, Ν. Σιδηροπούλου, Π. Φιλιπούσης, Κ. Ταβερναράκη,
Β. Καράμπελας, Α. Παπαθεοδωροπούλου, Ε. Γεράρδος, Λ. Θάνος
Τμήμα Ιατρικής απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- 7. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΟ CT**
Ι. Μπτράκος, Ι. Πούλος, Α. Νικολόπουλος, Π. Νικολαράκος
Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν. Άργους
- 8. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΠΛΗΣ ΚΑΙ ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ (CEUS) ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΣΤΙΑΚΗΣ ΟΖΩΔΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ.**
Α. Γαλάνη, Π. Χαλκιά, Ν. Πολυκάρπου, Μ. Φασούλα, Σ. Γρέττου, Ο. Πασκοβίτη, Σ. Κοκκινόπουλος, Α. Γαλλή, Ε. Σκουφά,
Π. Δήμας, Ε. Χριστοδουλάκη, Ε.Σ. Αντύπα
Κέντρο Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

9. Η ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΜΕ ΠΟΛΥΦΑΣΙΚΗ, ΠΟΛΥΤΟΜΙΚΗ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΟ ΝΕΦΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΠΡΟΟΔΟ)

Μαρία Μηλάτου¹, Σάββας Στοκίδης¹, Σπύρος Καρύδης¹, Μυραΐνη Στασινοπούλου¹, Κων/νος Δεληβελιώτης¹,
Ευθύμιος Ανδριώτης¹

¹ Τμήμα Νεώτερων Απεικονιστικών Μεθόδων Τομογραφίας Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

² Ουρολογική Κλινική Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

10. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΛΟΓΙΣΜΙΚΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κ. Χατζηπαπάς¹, Β. Τσαπάκη², Ν. Λάμα², Δ. Φαγκρέζος², Χ. Τριαντοπούλου², Π. Μανιάτης²

¹ Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών

² Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας

Ώρα: 16:00 – 16:20 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

Ώρα: 16:20 – 17:50 Αίθουσα Α

Επαγγελματικά θέματα 1 - Η θέση του ακτινολόγου στην σημερινή πραγματικότητα

Πρόεδροι: Κ. Στριγγάρης, Ν. Μπατάκης

1. Η εκπαίδευση στην ακτινολογία – νέο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και η διαδικασία αξιολόγησης εκπαιδευτικών κέντρων και ιατρών.
Εξετάσεις για τη λήψη ειδικότητας
2. Ο ακτινολόγος στο ελεύθερο επάγγελμα: δυσκολίες και προοπτικές
3. Το γνωστικό αντικείμενο του σύγχρονου ακτινολόγου όπως διαμορφώνεται με την αλματώδη πρόοδο της τεχνολογίας. Ανάγκες για εκπαίδευση στις νέες τεχνολογίες και εφαρμογή στην κλινική πράξη
4. Προοπτική του ακτινολόγου στο εξωτερικό

Κ. Στριγγάρης

Β. Μουστάκας

Σ. Μπενάκης

Μ. Τριανταφύλλου

Ώρα: 18.30

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

Εναρκτήριο ομιλία:

«Η Οθωμανική περίοδος στη Θεσσαλονίκη
Περιήγηση στα Οθωμανικά μνημεία της Θεσσαλονίκης»

Ομιλητής:

Ιωάννης Τσιτουρίδης



Σάββατο 07 Οκτωβρίου 2017

Ώρα: 09:00 – 10:30 Αίθουσα Α

Ογκολογική απεικόνιση

Πρόεδροι: Ι. Μπεχράκης, Γ. Κωτούλας

1. Κριτήρια ανταπόκρισης στην θεραπεία ογκολογικών ασθενών
2. Ο ρόλος του ακτινολόγου στην υβριδική απεικόνιση
3. Προεγχειρητική σταδιοποίηση του καρκίνου του ορθού
4. Λέμφωμα – Μελέτη με PET-CT
5. Μελάνωμα
Συζήτηση

Μ. Στασινοπούλου
Ρ. Ευθυμιάδου
Σ. Γκουρτσογιάννη
Β. Φιλιππή
Ευθ. Ανδριώτης

Ώρα: 09:45 – 10:30 Αίθουσα Β

Συνάντηση Ελληνικής Εταιρείας Νανοτεχνολογίας στις Επιστήμες Υγείας – ΕΛΕΝΕΠΥ

Ώρα: 10:30 – 12:20 Αίθουσα Β

Φροντιστήριο Υπερήχων

Αγγεία άνω-κάτω άκρων

Ενδείξεις και εφαρμογές της έγχρωμης Doppler υπερηχοτομογραφίας

Πρόεδροι: Ε.Σ. Αντύπα, Γ. Αναστόπουλος

Εισηγήσεις:

1. Αρτηρίες και φλέβες άνω άκρων Α. Τσιγκίνη
2. Αρτηρίες κάτω άκρων Γ. Κυριακοπούλου
3. Φλέβες κάτω άκρων Β. Μπιζιμη

Εκπαιδευτές:

- Α. Τσιγκίνη
Γ. Κυριακοπούλου
Β. Μπιζιμη
Χ. Μπιρπανάγος
Α. Μπουρνάζος

Ώρα: 10:50 – 12:20 Αίθουσα Α

Επαγγελματικά θέματα 2- Μείζονα Επαγγελματικά Θέματα

Πρόεδροι: Ε. Ευσταθόπουλος, Δ. Παπανδρέου

1. Αδειοδοτήσεις-Άδεια σκοπιμότητας-Ειδική Ακτινολογική Άδεια - Άδεια λειτουργίας
2. Αστική ευθύνη του ακτινολόγου στη διάγνωση
3. Ο ρόλος του Ακτινοφυσικού Ιατρικής στο Απεικονιστικό Τμήμα: Νέα δεδομένα
4. Ακτινοπροστασία: Η νέα Ευρωπαϊκή νομοθεσία και ο ρόλος των ειδικών προγραμμάτων συλλογής δόσης ασθενών

Α. Ασημακόπουλος

Σ. Βλαχόπουλος

Β. Τσαπάκη

Μ. Παφίτη

Ώρα: 12:20 – 12:40 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

Ώρα: 12:40 – 14:10 Αίθουσα Α

Παιδοακτινολογία

Πρόεδροι: Ε. Αλεξοπούλου, Σ. Δευτεραίος

1. Ολόσωμη μαγνητική τομογραφία στα παιδιά (WBMRI)
2. Βασικές αρχές ακτινοπροστασίας στην παιδοακτινολογία
3. Προχωρώντας την υπερηχογραφική διάγνωση ένα βήμα μπροστά
4. Επεμβατικές τεχνικές στον αξονικό τομογράφο παιδιατρικού νοσοκομείου
Συζήτηση

Γ. Παπαϊωάννου

Μ. Ραϊσάκη

Μ. Βακάκη

Ι. Νίκας



Ώρα: 13:00 – 15:00 Αίθουσα Β

Προφορικές Ανακοινώσεις

Πρόεδροι: Γ. Ζώης, Ι. Σταϊκίδου

11. **ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ Η1Ν1 ΤΗΣ ΙΝΦΛΟΥΕΝΤΖΑΣ (ΤΥΠΟΥ Α). ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ**
Μ. Λελεγιάννη, Φ. Σαράφης, Α. Δημουλάς, Π. Δρακονταειδής, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»
12. **ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ ΚΛΕΙΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ**
Μ. Λελεγιάννη, Φ. Σαράφης, Α. Δημουλάς, Π. Δρακονταειδής, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»
13. **ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ (ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ WEGENER).**
Μ. Λελεγιάννη, Φ. Σαράφης, Α. Δημουλάς, Π. Δρακονταειδής, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»
14. **ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΕΥΚΡΙΝΕΙΑΣ (HR-CT) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑΚΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΣΗ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**
Μ. Λελεγιάννη, Φ. Σαράφης, Α. Δημουλάς, Π. Δρακονταειδής, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»
15. **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΕΙΛΕΪΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN ΜΕ ΤΗΝ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΕΝΤΕΡΟΓΡΑΦΙΑ (MRE)**
Α. Δημουλάς, Δ. Καραζιώγας, Ι. Πετμεζάρης, Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάννη, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»
16. **ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ**
Α. Δημουλάς, Δ. Καραζιώγας, Ι. Πετμεζάρης, Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάννη, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»
17. **ΠΑΡΑΕΔΡΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ PARKS, ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΠΥΕΛΟΥ**
Α. Δημουλάς, Δ. Καραζιώγας, Ι. Πετμεζάρης, Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάννη, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»
18. **ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑ: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ**
Α. Δημουλάς, Δ. Καραζιώγας, Ι. Πετμεζάρης, Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάννη, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»
19. **ΒΙΟΨΙΕΣ ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΤΕΜΑΧΙΟΥ ΑΠΟ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ**
Ιωάννης Πετμεζάρης, Μαρία Λελεγιάννη, Απόστολος Δημουλάς, Παύλος Δρακονταειδής, Αμαλία Σωτηριάδου, Χριστιάνα Χάβαρη, Φίλιππος Σαράφης, Μελομένη Κοσμίδου
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

20. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΔΙΚΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ: ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΟΔΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Ιωάννης Πετμεζάρης, Μαρία Λελεγιάννη, Απόστολος Δημουλάς, Παύλος Δρακονταειδής, Αμαλία Σωτηριάδου, Χριστιάνα Χάβαρη, Μελπομένη Κοσμίδου, Φίλιππος Σαράφης
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

21. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ιωάννης Πετμεζάρης, Μαρία Λελεγιάννη, Απόστολος Δημουλάς, Παύλος Δρακονταειδής, Αμαλία Σωτηριάδου, Χριστιάνα Χάβαρη, Μελπομένη Κοσμίδου, Φίλιππος Σαράφης
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

22. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ιωάννης Πετμεζάρης, Μαρία Λελεγιάννη, Απόστολος Δημουλάς, Παύλος Δρακονταειδής, Αμαλία Σωτηριάδου, Χριστιάνα Χάβαρη, Μελπομένη Κοσμίδου, Φίλιππος Σαράφης
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

23. ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ (VON MEYENBURG): ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάννη, Ι. Πετμεζάρης, Α. Δημουλάς, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

24. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑΣ

Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάννη, Ι. Πετμεζάρης, Α. Δημουλάς, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

25. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΣΤΙΑΚΗΣ ΟΖΩΔΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΜΕ ΗΠΑΤΟΧΟΛΙΚΟ ΣΚΙΑΣΤΙΚΟ ΣΤΗΝ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ

Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάννη, Ι. Πετμεζάρης, Α. Δημουλάς, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

26. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΚΥΣΤΕΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΣΤΕΟΟΥΡΗΤΗΡΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ορτανσία Δορυφόρου¹, Βίκυ Ατσάλη²

¹ Ακτινοδιαγνώστρια Σμχος, Δ/ντρια Εργ. Υπερηχοτομογραφίας, 251 Γεν. Νοσ. Αεροπορίας

² Ακτινοδιαγνώστρια, Άμισθη Επιστημονική Συνεργάτης, 251 Γεν. Νοσ. Αεροπορίας, Ιδιωτικό Ιατρείο Περιστέρου

27. ΣΠΑΝΙΑ ΗΠΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ

Β. Γρηγοράκη, Β. Δερμεντζόγλου, Π. Γαλήνα, Β. Σκάρπας, Μ. Ζαρίφη, Ν. Αμπζιανίτζε
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»



Ώρα: 14:30 – 16:00 Αίθουσα Α

Μαστός

Πρόεδροι: Π. Λεονάρδου, Β. Ταταρίδας

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Τομοσυνθετική μελέτη μαστών. Η θέση της στον έλεγχο γενικού πληθυσμού | Κ. Συργιάννης |
| 2. Η σημερινή θέση του υπερηχογραφήματος στην προληπτική και διαγνωστική προσέγγιση των παθήσεων του μαστού | Π. Χατζηλύρα
Χ. Γερανού |
| 3. Βιοψίες μαστού. Ενδείξεις και τεχνικές | |
| 4. Κατευθυντήριες οδηγίες για διασφάλιση ποιότητας προληπτικού ελέγχου διάγνωσης καρκίνου του μαστού | Π. Λεονάρδου |
| 5. Ευρωπαϊκές Οδηγίες για σύσταση και λειτουργία κέντρων μαστού.
Η ελληνική πραγματικότητα
Συζήτηση | Β. Βενιζέλος |

Ώρα: 16:00 – 16:20 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

Ώρα: 16:20 – 17:50 Αίθουσα Α

Καρδιά – Αγγεία

Πρόεδροι: Κ. Λυμπερόπουλος, Ε. Μαστοράκου

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Αξονική-μαγνητική τομογραφία. Τεχνική εξέτασης και φυσιολογική ανατομία καρδιάς και στεφανιαίων αγγείων | Χ. Μουρμούρης |
| 2. Η υπολογιστική τομογραφία καρδιάς στη διερεύνηση της στεφανιαίας νόσου – Δυνατότητες και ενδείξεις | Σ. Καμπανάρου |
| 3. Η μαγνητική τομογραφία στην διερεύνηση της μη ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας | Α. Γυφτόπουλος |
| 4. Ογκόμορφες βλάβες καρδιάς: προσέγγιση με πολλαπλές απεικονιστικές μεθόδους
Συζήτηση | Α. Καλλιφατίδης |

Ώρα: 17:50 – 18:10 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

Ώρα: 18:10 – 19:40 Αίθουσα Α

Επαγγελματικά θέματα 3

Σχέσεις ΕΟΠΥΥ με ελεύθερους επαγγελματίες ακτινολόγους. Οικονομικά θέματα

Πρόεδροι: Δ. Τριανταφύλλου, Μ. Ψαλτάκος

1. Σχέσεις παρόχων πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τον ΕΟΠΥΥ.

Υπάρχει πρόταση για ρεαλιστικότερη αντιμετώπιση των εργαστηριακών
ιατρών

Μ. Ψαλτάκος

2. Οι ακτινολόγοι ως πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον ΕΟΠΥΥ
τι προσφέρουν και ποιά προβλήματα αντιμετωπίζουν

Δ. Παπανδρέου

3. Ενημέρωση εκ μέρους του ΕΟΠΥΥ για την πορεία εκτέλεσης
του προϋπολογισμού, το χρονοδιάγραμμα αποπληρωμής των ληξιπρόθεσμων
και μη οφειλών και τις προοπτικές βελτίωσης των αμοιβών των ακτινολογικών
εξετάσεων

Π. Γεωργακόπουλος



Κυριακή 08 Οκτωβρίου 2017

Ώρα: 09:00 – 10:30 Αίθουσα Α

**ΚΝΣ – Κεφαλή Τράχηλος
Γλοιώματα**

Πρόεδροι: Χ. Σαμαρά, Δ. Κεχαγιάς

- | | |
|---|-------------|
| 1. Ταξινόμηση | Κ. Βαράκη |
| 2. Βασική απεικόνιση | Π. Τούλας |
| 3. Νεότερες απεικονιστικές τεχνικές | Ε. Καψαλάκη |
| 4. Απεικόνιση μετά την θεραπεία
Συζήτηση | Ε. Παπαδάκη |

Ώρα: 09:00 – 10:30 Αίθουσα Β

Προφορικές Ανακοινώσεις

Πρόεδροι: Σ. Καββαδίας, Δ. Χονδρός

28. CASE REPORT: ΣΠΛΗΝΟΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΣΥΝΤΗΞΗ

Φ. Λυσιώτης, Μαρκόπουλος Τ., Ι. Παπαδόπουλος, Σ. Ράπη, Π. Λεονάρδου
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Σισμανογλείου Γενικού Περιφερικού Νοσοκομείου Αθηνών. Διευθυντής Αναστόπουλος Ιωάννης

29. Η DOPPLER Υ/Γ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΟΣΧΕΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΣΤΗΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΨΗΛΑΦΗΤΩΝ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΚΙΡΣΟΚΗΛΩΝ

Φ. Λυσιώτης, Μαρκόπουλος Τ., Μ. Παπακωνσταντίνου, Π. Λεονάρδου
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Σισμανογλείου Γενικού Περιφερικού Νοσοκομείου Αθηνών. Διευθυντής Αναστόπουλος Ιωάννης

30. ΙΩΔΙΟΥΧΑ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΣΑ, ΑΠΟ ΤΟ ΧΘΕΣ ΣΤΟ ΣΗΜΕΡΑ. ΜΥΘΟΣ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Φ. Λυσιώτης, Ν. Τραϊανός, Μ. Παπακωνσταντίνου, Π. Λεονάρδου
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Σισμανογλείου Γενικού Περιφερικού Νοσοκομείου Αθηνών. Διευθυντής Αναστόπουλος Ιωάννης

31. Η ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΘΞΕΟΣ ΑΛΓΟΥΣ ΔΕΞΙΟΥ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΒΟΘΡΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Φ. Λυσιώτης, Ν. Τραϊανός, Α. Πενήντα, Π. Λεονάρδου
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Σισμανογλείου Γενικού Περιφερικού Νοσοκομείου Αθηνών. Διευθυντής Αναστόπουλος Ιωάννης

32. Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Φ. Λυσιώτης, Ν. Τραϊανός, Α. Πενήντα, Π. Λεονάρδου
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Σισμανογλείου Γενικού Περιφερικού Νοσοκομείου Αθηνών. Διευθυντής Αναστόπουλος Ιωάννης

33. ΤΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ INFLUENZA A ΣΤΗΝ CT ΘΩΡΑΚΟΣ

A. Παπαθεοδωροπούλου, Κ. Ταβερναράκη, Ε. Γεράρδος, Ι. Θάνου, Π. Γεωργακοπούλου, Ν. Σιδηροπούλου, Σ. Αραποστάθη, Π. Φιλιπούσης, Λ. Θάνος
Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

34. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ (NSCLC)

A. Παπαθεοδωροπούλου, Κ. Ταβερναράκη, Ε. Γεράρδος, Ι. Θάνου, Π. Γεωργακοπούλου, Ν. Σιδηροπούλου, Σ. Αραποστάθη, Π. Φιλιπούσης, Λ. Θάνος
Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

35. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΣ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΟΞΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΜΕ ΣΥΡΜΑΤΙΝΑ ΑΓΚΙΣΤΡΑ ΥΠΟ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΞΟΝΙΚΟΥ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ

Κ. Μπόκιου¹, Ε. Ανδριώτης¹, Μ. Στασινοπούλου¹, Α. Δούντσας², Κ. Δελβελιώτης¹, Μ. Μπλάτου¹, Ν. Κρητικός
¹ Τμήμα Αξονικού Τομογράφου
² Θωρακοχειρουργική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

36. ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ.

Ειρ. Γεωργίου¹, Μ. Μπλάτου¹, Κ. Μπόκιου¹, Α. Σουλτάτος¹, Κ. Ψαρράς¹, Ν. Κρητικός¹, Α. Δημητρουλάκου¹, Ν. Αρνογιαννάκη², Ρ. Αγγελάτου¹
¹ Τμήμα Διαγνωστικής Μαστού, ΓΑΘΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα
² Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΑΘΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

37. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΘΗΛΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ειρ. Γεωργίου, Μ. Μπλάτου, Ν. Κρητικός, Κ. Μπόκιου, Κ. Ψαρράς, Α. Σουλτάτος, Ρ. Αγγελάτου
Τμήμα Διαγνωστικής Μαστού, ΓΑΘΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

38. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΥΨΗΛΗΣ ΕΥΚΡΙΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΟΡΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (DCIS)

Ειρ. Γεωργίου¹, Κ. Ψαρράς¹, Κ. Μπόκιου¹, Μ. Μπλάτου¹, Α. Σουλτάτος¹, Ν. Κρητικός¹, Δ. Δασκαλοπούλου², Ρ. Αγγελάτου¹
¹ Τμήμα Διαγνωστικής Μαστού, ΓΑΘΝΑ «Αγ. Σάββας», Αθήνα
² Κυτταρολογικό Τμήμα, ΓΑΘΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

39. ΣΥΣΤΗΜΑ ΒΙΟΨΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ BLES ΩΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΜΗ ΨΗΛΑΦΗΤΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ειρ. Γεωργίου¹, Κ. Μπόκιου¹, Μ. Μπλάτου¹, Α. Εμμανουιλίδου¹, Κ. Ψαρράς¹, Ν. Αρνογιαννάκη², Ρ. Αγγελάτου¹
¹ Τμήμα Διαγνωστικής Μαστού, ΓΑΘΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα
² Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΑΘΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα



Ώρα: 10:30 – 12:20 Αίθουσα Β

**Φροντιστήριο Υπερήχων
Μυοσκελετικό
Υπερηχοτομογραφία άνω άκρου. Πως, πότε και γιατί**

Πρόεδροι: Ε.Σ. Αντύπα, Λ. Λιβιεράτος

Εισηγήσεις:

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| 1. Ώμος | Π. Μπρέστας |
| 2. Αγκώνας | Ε. Παντελεάκου |
| 3. Καρπός και άκρα χείρα | Μ. Γκαγκανάσιου |

Εκπαιδευτές:

Π. Μπρέστας
Ε. Παντελεάκου
Μ. Γκαγκανάσιου
Α. Πλάγου

Ώρα: 10:50 – 12:20 Αίθουσα Α

Πεπτικό - Ουροποιητικό

Πρόεδροι: Μ. Τσαγκατάκης, Χ. Τριαντοπούλου

- | | |
|--|------------------|
| 1. Οξεία κοιλία. Απεικόνιση με αξονική τομογραφία | Αικ. Ταβερναράκη |
| 2. Παροχέτευση και ενδοπροσθέσεις χοληφόρων. Ενδείξεις, περιορισμοί, πιθανές επιπλοκές | Γ. Παπαγεωργίου |
| 3. Ο ρόλος της τεχνικής θερμοκαυτηριασμού με ραδιοκύματα (RF ablation) και μικροκύματα (MW ablation) στη θεραπεία των ανεγχείρητων νεοπλασιών του ήπατος | Ι. Παπαηλιού |
| 4. Τυχαίο εύρημα στον έλεγχο νεφρών και επινεφριδίων | Δ. Λογγίτση |
| 5. Εφαρμογές σκιαγραφικών υπερήχων στο ουροποιητικό σύστημα
Συζήτηση | Δ. Κόκκινος |

Ώρα: 12:20 – 12:40 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

Ώρα: 12:40 – 14:10 Αίθουσα Α

Αναπνευστικό

Πρόεδροι: Α. Χατζιωάννου, Λ. Θάνος

1. Low dose CT θώρακος. Πότε και γιατί
2. Βασική ερμηνεία των απεικονιστικών προτύπων (patterns) στην HRCT θώρακος. Τι πρέπει να γνωρίζει ο κάθε ακτινολόγος
3. Διάμεσες πνευμονίες. Απεικόνιση με HRCT
4. Νέα TNM σταδιοποίηση καρκίνου πνεύμονα. Τι έχει αλλάξει
5. Επεμβατική ακτινολογία και καρκίνος πνεύμονα
Συζήτηση

Φ. Λάσπας

Οδ. Ρωμανός

Π. Φιλιπούσης

Κ. Ταβερναράκη

Λ. Θάνος

Ώρα: 14:10 – 15:00

Συζήτηση - Συμπεράσματα Κλείσιμο Συνεδρίου



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

1. ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΥΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΠΑΛΜΙΚΩΝ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΛΥΜΜΑ ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΓΟΝΥ ΑΡΘΡΩΣΕΩΣ

Χ. Κελέσης, Δ.Κ. Φιλιπιάδης, Α. Μαζιώτη, Β. Μπαρμπαρούση, Η. Μπρούντζος, Ν. Κελέκης, Α. Κελέκης
Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Σκοπός: Προοπτική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ενδαρθρικής νευρόλυσης με χρήση παλμικών ραδιοσυχνοτήτων (PRF – Pulsed RF) σε ασθενείς με χρόνια άλγος οστεοαρθρίτιδος της κατά γόνυ άρθρωσης, που δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στη συντηρητική αντιμετώπιση.

Υλικά και Μέθοδοι: Σε μία περίοδο 30 μηνών το PRF εφαρμόστηκε σε 53 περιπτώσεις με οστεοαρθρίτιδα γόνατος (45 ασθενείς – 8/45 αμφοτερόπλευρα). Υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση και προσθιοπλάγια διαδερμική προσπέλαση, έγινε παρακέντηση της άρθρωσης με ομοαξιακή βελόνα 20G/10 εκ. Δια αυτής προωθήθηκε ενδαρθρικάτο ηλεκτόδιο των ραδιοσυχνοτήτων (ενεργού άκρου 1 εκ.) και πραγματοποιήθηκε συνεδρία νευρόλυσης με PRF (1,200 παλμοί στα 50V με διάρκεια 10 ms και κενά μεσοδιαστήματα των 480 ms). Επακολούθησε η ενδαρθρική έγχυση διαλύματος υαλουρονικού οξέος. Ο πόνος πριν καθώς και μία εβδομάδα, 1, 6 και 12 μήνες μετά την επέμβαση, αξιολογήθηκε με βαθμονομημένα διαγράμματα πόνου NVS (Numeric Visual Scale – 0 έως 10).

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος του πόνου πριν το PRF ήταν 8.19 ± 1.4 σε μονάδες NVS. Αυτός μειώθηκε σε έναν μέσο όρο 2.47 ± 2.5 μονάδων NVS μία εβδομάδα μετά, 2.55 ± 2.6 στον ένα μήνα, 3.1 ± 2.8 στους 6 μήνες και 5.02 ± 3.09 στους 12 μήνες της μετεπεμβατικής παρακολούθησης ($p < 0.01$). Η κινητικότητα βελτιώθηκε σε 47/53 περιπτώσεις (88.6%). Δεν παρατηρήθηκε καμία επίπλοκή.

Συμπέρασμα: Η νευρόλυση με χρήση παλμικών ραδιοσυχνοτήτων (PRF) φαίνεται ότι είναι μία αποτελεσματική και ασφαλής τεχνική παρηγορητικής αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα γόνατος, ενώ το θεραπευτικό αποτέλεσμα διαρκεί περισσότερο από την απλή έγχυση διαλύματος υαλουρονικού οξέος. Μετά έτους βέβαια φαίνεται ότι χρειάζεται επανάληψη της μεθόδου.

2. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΣ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΜΙΚΡΟΚΥΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΚΚ ΣΕ ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ

Χ. Κελέσης, Δ.Κ. Φιλιπιάδης, Σ. Σπηλιόπουλος, Χ. Κωνσάντος, Κ. Παλιαλέξης, Α. Κελέκης, Η. Μπρούντζος, Ν. Κελέκης
Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Σκοπός: Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας - ασφάλειας του διαδερμικού θερμοκαυτηριασμού με μικροκύματα, υπό καθοδήγηση Υπολογιστικής Τομογραφίας, αλλοιώσεων Ηπατοκυτταρικού Καρκίνου (ΗΚΚ) που εντοπίζονται σε δύσκολα σημεία.

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη σε 26 ασθενείς με 36 αλλοιώσεις ΗΚΚ σε δύσκολα σημεία του ηπατικού παρεγχύματος (θόλος, υποκάψια, πλησίον της καρδιάς –του διαφράγματος– της ηπατικής πύλης, εξωφυτικές βλάβες) που υποβλήθηκαν σε, υπό ΥΤ καθοδήγηση, διαδερμικό θερμοκαυτηριασμό με μικροκύματα, σε ένα κέντρο από τον Ιανουάριο του 2011. Χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικά συστήματα μικροκυμάτων (και τα δύο λειτουργούντα στα 2.45GHz): AMICA και Acculis MWA System. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών (ηλικία, φύλο), το μέγεθος της βλάβης και η εντόπισή της καθώς τεχνικές λεπτομέρειες. Αξιολογήθηκε η τεχνική επιτυχία, το θεραπευτικό αποτέλεσμα και το ποσοστό επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Σε αυτή την αναδρομική μελέτη οι βλάβες που αντιμετωπίστηκαν εντοπίζονται στο θόλο του ήπατος ($n=14$), υποκάψια ($n=16$), πλησίον της καρδιάς ($n=2$) ή της ηπατικής πύλης ($n=2$), ενώ δύο ήταν εξωφυτικές ($n=2$). Η μέση διάμετρος των όγκων ήταν 3.30 εκ. (εύρος 1.4–5 εκ.). Σε 3/26 ασθενείς λόγω του μεγέθους του όγκου (διάμετρος > 4 εκ.) πραγματοποιήθηκε επιπλέον συνεδρία χημειοεμβολισμού (DEB-TACE). Το ποσοστό τεχνικής επιτυχίας ήταν 100%, ενώ πλήρης μετεπεμβατική ανταπόκριση παρατηρήθηκε σε 33/36 αλλοιώσεις (91.6%). Το συνολικό ποσοστό επιβίωσης ήταν 92.3% σε διάστημα 24 μηνών μετεπεμβατικής

παρακολούθησης. Δεν υπήρξαν σοβαρές επιπλοκές. Δύο περιπτώσεις μικρού πνευμοθώρακα και δύο περιπτώσεις υποκαψίου αιματώματος αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά χωρίς περαιτέρω επεμβάσεις.

Συμπέρασμα: Ο διαδερμικός θερμοκαυτηριασμός με μικροκύματα, υπό καθοδήγηση Υπολογιστικής Τομογραφίας, αλλοιώσεων Ηπατοκυτταρικού Καρκίνου (ΗΚΚ) που εντοπίζονται σε δύσκολα σημεία (θόλος, υποκάψια, πλησίον της καρδιάς –του διαφράγματος– της ηπατικής πύλης, εξωφυτικές βλάβες) είναι μέθοδος που μπορεί να εφαρμοστεί με υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας και ασφάλειας.

3. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΣ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΜΙΚΡΟΚΥΜΑΤΩΝ ΥΠΟ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΥΤ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΦΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ

Χ. Κελέσης, Δ.Κ. Φιλιπιάδης, Γ. Βελονάκης, Λ. Ρέππας, Α. Κελέκης, Η. Μπρούντζος, Ν. Κελέκης
Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Σκοπός: Μικρές με μέσου μεγέθους χωροκατακτητικές βλάβες στους νεφρούς αναγνωρίζονται όλο και πιο συχνά ως τυχαίο εύρημα σε απεικονιστικούς ελέγχους, με τη θεραπευτική τους προσέγγιση να απαιτεί τη διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας, μειώνοντας ταυτόχρονα την περιεπεμβατική νοσηρότητα. Ο διαδερμικός θερμοκαυτηριασμός είναι μία ελάχιστα επεμβατική μέθοδος που συνεχώς εξελίσσεται. Σκοπός της μελέτης είναι η ανάλυση της τεχνικής (feasibility), της ασφάλειας και της μεσοπρόθεσμης αποτελεσματικότητας του διαδερμικού θερμοκαυτηριασμού με μικροκύματα, στη θεραπευτική αντιμετώπιση του Νεφροκυτταρικού Καρκινώματος, χρησιμοποιώντας σύστημα μικροκυμάτων υψηλής ισχύος.

Υλικά και Μέθοδοι: Η έρευνα στη βάση δεδομένων του τμήματός μας αναγνώρισε 48 ασθενείς με μονήρη αλλοίωση νεφροκυτταρικού καρκινώματος (αποτέλεσμα βιοψίας), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε διαδερμικό θερμοκαυτηριασμό με μικροκύματα, χρησιμοποιώντας σύστημα μικροκυμάτων υψηλής ισχύος. Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί (προηγηθείσα συνεδρία) σε διαδερμική βιοψία με τη χρήση ημιαυτόματου συστήματος βιοψιών 18G. Η μετεπεμβατική παρακολούθηση έγινε είτε με υπολογιστική τομογραφία μετά ενδοφλέβιου σκιαγραφικού είτε με μαγνητική τομογραφία. Αξιολογήθηκαν οι ασθενείς, τα χαρακτηριστικά του όγκου, η τεχνική του θερμοκαυτηριασμού με μικροκύματα, οι επιπλοκές και οι υποτροπές της νόσου.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 74 έτη (άνδρες-γυναίκες: 31-17). Το μέσο μέγεθος των αλλοιώσεων ήταν 3.1 εκ. (εύρος 2.0-4.3 εκ). Η ζετής επιβίωση ήταν 95.8% (46/48). Δύο ασθενείς απεβίωσαν στην περίοδο των 3 ετών από αίτια που δεν σχετίζονται με το νεφροκυτταρικό καρκίνο ή το διαδερμικό θερμοκαυτηριασμό. Μικρές επιπλοκές συμπεριλαμβανομένου του αιματώματος παρατηρήθηκαν στο 3% (6/48) των περιπτώσεων και αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Τοπική υποτροπή παρατηρήθηκε στο 6.25% (3/48) των περιπτώσεων με επανάληψη της μεθόδου στις 2/3 και συνολικό κλινικά επιτυχές αποτέλεσμα στο 97.9% (47/48) των αλλοιώσεων.

Συμπέρασμα: Ο διαδερμικός θερμοκαυτηριασμός χρησιμοποιώντας σύστημα μικροκυμάτων υψηλής ισχύος είναι μέθοδος τεχνικά εύκολη, ασφαλής και αποτελεσματική στη θεραπεία των μικρού-μέσου μεγέθους νεφροκυτταρικών καρκινωμάτων.

4. ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ: ΟΧΤΩ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ. ΕΙΝΑΙ ΥΨΗΛΗ Ή ΟΧΙ;

Π. Ηλιόπουλος, Σ. Πατσιλινάκος, Χ. Τριαντοπούλου, Β. Τσαπάκη
Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας

Σκοπός της μελέτης: Ο σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η ανάλυση των τεχνικών παραμέτρων δόσης ακτινοβολίας των ασθενών κατά τη διάρκεια Στεφανιογραφίας (CA) και Αγγειοπλαστικής (PCI) για το χρονικό διάστημα 2009-2016, η διερεύνηση τάσεων και τέλος η σύγκριση των αποτελεσμάτων με την εθνική και παγκόσμια βιβλιογραφία, καθώς και μετά καθορισμένα διαγνωστικά επίπεδα αναφοράς.

Υλικά και μέθοδοι: Οι επεμβατικές διαδικασίες πραγματοποιήθηκαν στο ψηφιακό αγγειογράφο του Νοσοκομείου (Philips Integris Allura Xper FD20). Τις επεμβατικές πράξεις τις πραγματοποίησαν 2 επεμβατικοί καρδιολόγοι με εμπειρία άνω των δέκα ετών. Τα τεχνικά στοιχεία των ασθενών που συλλέχθηκαν ήταν Γινόμενο Δόσης Επιφανείας (ΓΔΕ), ο χρόνος ακτινοσκόπησης (Τ), ο αριθμός εικόνων (Ε), το Reference Air-kerma (Ka, r) και η Μέγιστη Δόση Δέρματος (ΜΔ).



Αποτελέσματα: Σχετικά με τον αριθμό των εικόνων το 98,2% των CA διαδικασιών και το 60% των PCI ήταν κάτω από τα ελληνικά επίπεδα. Όσον αφορά στο ΓΔΕ, το 87% των CA και το 69% των PCI διαδικασιών είναι κάτω από τα Ελληνικά Διαγνωστικά Επίπεδα Αναφοράς. Η Μέγιστη Δόση Δέρματος (ΜΔ), στο 87% των PCI και στο 100% των CA διαδικασιών ήταν κάτω από το όριο των 2 Gy για άμεσα αποτελέσματα. Τέλος, ο χρόνος ακτινοσκόπησης στο 81,8% των CA και στο 68% των PCI διαδικασιών ήταν κάτω από τα Ελληνικά Διαγνωστικά Επίπεδα Αναφοράς.

Συμπεράσματα: Οι δόσεις ακτινοβολίας των ασθενών είναι χαμηλότερες από τα Ελληνικά και Διεθνή επίπεδα δόσεων. Στα 8 χρόνια δοσιμέτρησης των ασθενών του Τμήματος κανένας ασθενής δεν εμφάνισε κάποιο αποτέλεσμα στο δέρμα λόγω ακτινοβολίας.

5. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΠΟ Α.Τ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΞΗΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Β. Καραμπέλας, Ν. Σιδηροπούλου, Σ. Αραποστάθνη, Π. Φιλιπούσης, Κ. Ταβερναράκη, Ε. Γεράρδος, Α. Παπαθεοδωροπούλου, Π. Γεωργακοπούλου, Λ. Θάνος

ΓΝΝΘΑ «ΣΩΤΗΡΙΑ», Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας

Σκοπός: Η αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της διαδερμικής παροχέτευσης πνευμονικών αποστημάτων υπό CT καθοδήγηση, σε αναλογία με τα ποσοστά επιτυχίας έναντι των επιπλοκών.

Μέθοδος: Η αναδρομική μας μελέτη πραγματοποιήθηκε στο τμήμα αξονικού τομογράφου και επεμβατικής ακτινολογίας του Νοσοκομείου Σωτηρία, από 1/01/2014 έως 1/01/2017. Μελετήθηκαν 60 ασθενείς με πνευμονικά αποστήματα, των οποίων η αντιμικροβιακή θεραπεία που έλαβαν, δεν απέδωσε. Στη συνέχεια, αντιμετωπίστηκαν με διαδερμική παροχέτευση υπό CT καθοδήγηση. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τοποθετήθηκε παροχετευτικός σωλήνας με τεχνική Trocar.

Αποτελέσματα: Σε 54 ασθενείς τα πνευμονικά αποστήματα παροχετεύτηκαν πλήρως, χωρίς υπολειμματικές κοιλότητες.

Σε 6 ασθενείς σχηματίστηκε υπολειμματική κοιλότητα και πραγματοποιήθηκε χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης της.

Τα ποσοστά επιτυχίας της διαδερμικής παροχέτευσης του πνευμονικού αποστήματος (54/60) ήταν 90%.

6/60 (10%) ανέπτυξαν μικρής έκτασης πνευμοθώρακα που αντιμετωπίστηκε με αναρρόφηση αυτού.

Στη συνέχεια, οι ασθενείς αυτοί τέθηκαν υπό παρακολούθηση με ακτινογραφίες θώρακος, χωρίς ωστόσο να διαπιστωθεί κάποια άλλη επιπλοκή. Δεν υπήρχε θνησιμότητα στους ασθενείς.

Συμπέρασμα: Η διαδερμική παροχέτευση υπό CT καθοδήγηση, αποτελεί μία χρήσιμη και ασφαλή μέθοδο αντιμετώπισης ασθενών με πνευμονικά αποστήματα, που δεν ανταποκρίνονται επιτυχώς στην αντιμικροβιακή θεραπεία. Η μέθοδος θα πρέπει να θεωρείται πολύτιμη και εναλλακτική έναντι μιας χειρουργικής επέμβασης.

6. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗΣ ΜΕ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ (RFA) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΥΣΤΕΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Π. Γεωργακοπούλου, Σ. Αραποστάθνη, Ν. Σιδηροπούλου, Π. Φιλιπούσης, Κ. Ταβερναράκη, Β. Καραμπέλας, Α. Παπαθεοδωροπούλου, Ε. Γεράρδος, Λ. Θάνος

Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Σκοπός: Η θεραπευτική αντιμετώπιση κύστεων νεφρού με RFA

Υλικό: Το τελευταίο εξάμηνο αντιμετωπίστηκαν στο τμήμα μας 15 κύστεις νεφρών, διαστάσεων 6-12 cm. Χρησιμοποιήθηκε ειδικό πλεκτρόδιο εκπομπής ραδιοσυχνότητας {διπλού αυλού}.

Οι ασθενείς ήταν 9 άνδρες και 6 γυναίκες ηλικίας 35-75 ετών.

Η προεπεμβατική διαδικασία περιλαμβάνει ½ πεθιδίνη και 1 Iexotanil, μια ώρα πριν την επέμβαση.

Ο χρόνος θερμοκαυτηρίασης ήταν 8-15 λεπτά.

Αποτελέσματα: Πλήρης παροχέτευση όλων των κύστεων. Χωρίς υποτροπή στον επανέλεγχο των 6 μηνών, πλην μιας κύστης που επανελέγχεται στο ήμισυ της διαμέτρου {από 12 σε 6 < cm}.

Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές.

Το 1/3 περίπου των ασθενών ανέφερε ήπιο πόνο κατά τη διάρκεια της θερμοκαυτηρίασης.

Συμπέρασμα: Η θερμοκαυτηρίαση των κύστεων με χρήση του ειδικού ηλεκτροδίου αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο για την αντιμετώπισή τους.

7. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΟ CT

Ι. Μπιδράκος, Ι. Πούλος, Α. Νικολόπουλος, Π. Νικολαράκος

Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν. Άργους

Σκοπός: Η ανάδειξη της αποτελεσματικής αντιμετώπισης ενδοκοιλιακών αποστημάτων με διαδερμική παροχέτευση υπό CT.

Υλικό και Μέθοδος: Σε χρονικό διάστημα 7 μηνών προσήλθαν στο τμήμα μας 12 ασθενείς με ενδοκοιλιακά αποστήματα για διεργεία διαδερμικής παροχέτευσης αυτών. Τρεις από αυτούς είχαν νεφρικά αποστήματα, μεγίστης διαμέτρου από 4,4 έως 6,1 εκ. και εννέα με ενδοπεριτοναϊκά αποστήματα, μεγίστης διαμέτρου από 5,5 έως 9,3 εκ. Πραγματοποιήθηκε αντισηψία, τοπική αναισθησία και τοποθετήθηκε διαδερμικά, με την τεχνική Seldinger υπό CT καθοδήγηση, καθετήρας παροχέτευσης rig-tail διαμέτρου 8F. Σε δύο από τους ασθενείς με ενδοπεριτοναϊκά αποστήματα τοποθετήθηκαν δύο καθετήρες. Ελήφθη υλικό που αποστάλθηκε για καλλιέργεια ενώ συνεστήθη κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση για την εξέλιξη της πορείας των ασθενών.

Αποτελέσματα: Σε 11 ασθενείς (91%) είχαμε πλήρη παροχέτευση των κοιλιακών αποστημάτων, ενώ μερική παροχέτευση είχαμε σε έναν ασθενή (9%) όπου και χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί χειρουργική επέμβαση. Ο καθετήρας παρέμεινε στους ασθενείς από 2 έως 13 ημέρες. Δεν παρατηρήθηκαν μείζονες ή ελάσσονες επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Η διαδερμική παροχέτευση κοιλιακών αποστημάτων αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης.

8. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΠΛΗΣ ΚΑΙ ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ (CEUS) ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΣΤΙΑΚΗΣ ΟΖΩΔΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ

Α. Γαλάνη, Π. Χαλκιά, Ν. Πολυκάρπου, Μ. Φασούλα, Σ. Γρέττου, Ο. Πασκοβίτη, Σ. Κοκκινόπουλος, Α. Γαλλή, Ε. Σκουφά,

Π. Δήμας, Ε. Χριστοδουλάκη, Ε.Σ. Αντύπα

Κέντρο Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Σκοπός: Η συχνότητα ανάδειξης των παθολογικών χαρακτηριστικών της FNH στην απλή και ενισχυμένη υπερηχοτομογραφία και η συσχέτιση με το μέγεθος της βλάβης.

Υλικό και Μέθοδος: Εξετάσθηκαν υπερηχοτομογραφικά προ και μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού (Sonovue) 24 γνωστές περιπτώσεις FNH (21 ασθενείς). Οι βλάβες κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο κατηγορίες ανάλογα με το μέγεθός τους και αξιολογήθηκε η συχνότητα εμφάνισης των απεικονιστικών ευρημάτων στις δύο ομάδες.

Αποτελέσματα: Στις βλάβες <3,5 εκ. τα συχνότερα χαρακτηριστικά είναι η υπόηχη απεικόνιση (100%), η ενίσχυση στην πρώιμη αρτηριακή φάση, η ομότιμη ενίσχυση στην καθυστερημένη αρτηριακή φάση και η κατακράτηση του σκιαγραφικού κατά την πυλαία φάση (100%). Το σημείο του τροχού και η κεντρόφυγος ενίσχυση αναδείχθηκαν στο 71,4% αυτών των βλαβών. Στις βλάβες >3,5 εκ. τα συχνότερα χαρακτηριστικά είναι η ανάδειξη κεντρικής αγγείωσης και της τροφοφόρου αρτηρίας (80%), καθώς και η ενίσχυση στην πρώιμη αρτηριακή φάση. Κεντρική ουλή αναδείχθηκε σε 20% των FNH > 3,5 εκ.

Συμπεράσματα: Η CEUS μπορεί αξιόπιστα να αναδείξει τα καλοήγη χαρακτηριστικά της FNH σε όλες τις περιπτώσεις και σε μικρές βλάβες μπορεί με συχνότητα 70% να αναδείξει τα ειδικά χαρακτηριστικά των αλλοιώσεων. FNH > 3,5 εκ. χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.



9. Η ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΜΕ ΠΟΛΥΦΑΣΙΚΗ, ΠΟΛΥΤΟΜΙΚΗ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΟ ΝΕΦΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΠΡΟΟΔΟ)

Μαρία Μηλάτου¹, Σάββας Στοκίδης², Σπύρος Καρύδης¹, Μυρσίνη Στασινοπούλου¹, Κων/νος Δεληβελιώτης¹, Ευθύμιος Ανδριώτης¹

¹ Τμήμα Νεώτερων Απεικονιστικών Μεθόδων Τομογραφίας Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

² Ουρολογική Κλινική Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετήσουμε κατά πόσον η μέτρηση της σκιαγραφικής ενίσχυσης σε HU στην πολυφασική, Πολυτομική Αξονική Τομογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός δείκτης για τον βαθμό κακοήθειας και για την πρόγνωση του ΝΚΚ, και εάν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη κλινική πράξη ως νέα προστιθέμενη παράμετρος στα διαθέσιμα νομογράμματα.

Υλικό και Μέθοδος: Από το 2012 μέχρι και σήμερα έχουν ελεγχθεί 38 ασθενείς και των δύο φύλων, ηλικίας 40-85 ετών, οι οποίοι έχουν χειρουργηθεί στην ουρολογική κλινική του νοσοκομείου μας και έπασχαν από ΝΚΚ, εντοπισμένο, μεταστατικό, ή με υποτροπή.

Αποκλείστηκαν από την μελέτη ασθενείς: α) με ιστορικό άλλης κακοήθειας, β) ενεργού λοίμωξης, γ) ανοσοκατασταλμένοι.

Κάθε ασθενής υποβάλλεται σε έλεγχο κατά την διάγνωση, με Πολυτομική Αξονική Τομογραφία. Ακολουθούν δύο επανεξετάσεις ανά έτος. Ασθενείς που υποτροπιάζουν επανελέγχονται με Α.Τ. ανά 3μηνο.

Παρακολουθούνται οι 3 φάσεις της σάρωσης και μετράται η πυκνότητα της βλάβης σε HU:

1) Προ έκχυσης σκιαγραφικού

2) Φλοιομυελώδης Φάση: 20 -30s

3) Νεφρογραφική Φάση: 30-80s (+50s)

Συμπέρασμα: Με τα έως τώρα αποτελέσματά μας καταδεικνύεται ότι υπάρχει συχνά σχέση της σκιαγραφικής ενίσχυσης της βλάβης, με τον βαθμό κακοήθειας του όγκου στο ιστολογικό παρασκεύασμα μετά το χειρουργείο, η έκταση της οποίας καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση.

10. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΛΟΓΙΣΜΙΚΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κ. Χατζηπαπιάς¹, Β. Τσαπάκης², Ν. Λάμας², Δ. Φαγκρέζος², Χ. Τριαντοπούλου², Π. Μανιάτης²

¹ Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών

² Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας

Σκοπός: Στην ερευνητική αυτή εργασία, αξιολογήθηκαν οι δυνατότητες ενός ειδικού λογισμικού καταγραφής τεχνικών παραμέτρων εξετάσεων Υπολογιστικής Τομογραφίας (data tracking software, DOSE, Qaelum, Belgium). Μελετήθηκαν πρακτικά θέματα και προβλήματα κατά τη χρήση του και αξιολογήθηκε το προσωπικό σε καθημερινή βάση, όπως και πιθανές βελτιώσεις για πιο αποδοτική εφαρμογή ακτινοδιαγνωστικών πρωτοκόλλων.

Υλικό και Μέθοδοι: Το λογισμικό είναι συνδεδεμένο με έναν Αξονικό Υπολογιστικό Τομογράφο 64 τομών (Philips Brilliance 64 CT scanner, Philips Systems, the Netherlands). Έγινε στατιστική ανάλυση όλων των δεδομένων από 6010 εξετάσεις. Οι δόσεις σε κάθε όργανο αξιολογήθηκαν, με βάση την εκτίμηση δόσης που παρέχεται από το λογισμικό.

Αποτελέσματα: Το σύστημα παρέχει πληροφορίες για κλινικά και τεχνικά δεδομένα. Οι δόσεις εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν στο Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας ήταν συγκρίσιμες με εθνικά και διεθνή δεδομένα. Τα διαγνωστικά επίπεδα αναφοράς για τις εξετάσεις θώρακος, κοιλίας και θώρακος-κοιλίας-πυέλου καθορίστηκαν στα 11, 15 και 15mGy (CTDIvol) και 390, 710, 1510mGy-cm (DLP), αντιστοίχως. Τα δεδομένα δόσης των οργάνων αποδεικνύονται ως ένα οργανικό και υποστηρικτικό εργαλείο.

Συμπεράσματα: Το λογισμικό καταγραφής τεχνικών παραμέτρων εξετάσεων Υπολογιστικής Τομογραφίας είναι ένα πολύ εξειδικευμένο σύστημα με φιλική προς το χρήστη επιφάνεια εργασίας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επίβλεψη εξεταζομένων και προσωπικού. Παρέχει επίσης πληροφορίες για τις χρονικές περιόδους όπου το εκάστοτε μηχάνημα χρησιμοποιείται ή όχι, διευκολύνοντας ακόμη και τον προγραμματισμό ελέγχων ποιότητας και καλής λειτουργίας ή εργασιών προγραμματισμένης συντήρησης. Εντοπίστηκαν λάθη πρακτικών, για τα οποία έγιναν οι απαραίτητες διορθωτικές κινήσεις, σε συνεργασία με το προσωπικό.

ΣΑΒΒΑΤΟ

11. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ Η1Ν1 ΤΗΣ ΙΝΦΛΟΥΕΝΤΖΑΣ (ΤΥΠΟΥ Α). ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΆΛΛΕΣ ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Μ. Λελεγιάννη, Φ. Σαράφης, Α. Δημουλάς, Π. Δρακονταειδής, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Σκοπός της μελέτης: Ο ιός Η1Ν1 της ινφλουέντζας (τύπου Α) είναι μία εξαιρετικά μεταδοτική λοίμωξη του αναπνευστικού. Μπορεί να παρουσιαστεί είτε με τα συμπτώματα της απλής γρίπης είτε σε ορισμένες περιπτώσεις με πολύ σοβαρές εκδηλώσεις ακόμα και σε νέους και υγιείς ανθρώπους. Σκοπός της εργασίας μας είναι να παρουσιαστούν τα απεικονιστικά ευρήματα που βοηθάνε στη διάγνωση αλλά και τη διαφορική διάγνωση αυτού του τύπου της γρίπης από άλλες λοιμώξεις του αναπνευστικού.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζονται 16 περιστατικά τα οποία υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία πνευμόνων την τελευταία τριετία στο ακτινολογικό εργαστήριο του Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου».

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 38,4 έτη. 8 (50 %) από αυτούς είχαν συνυπάρχουσες αναπνευστικές ή καρδιαγγειακές παθήσεις, 6 (37,5%) από αυτούς νοσηλεύτηκαν σε μονάδα εντατικής θεραπείας, 3 (18,75%) κατέληξαν. Το πιο συχνό απεικονιστικό εύρημα ήταν η ατελεκτασία στο 37,5% των ασθενών, με τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην μονάδα εντατικής θεραπείας να παρουσιάζουν συμμετοχή δύο ή περισσότερων τμημάτων του πνεύμονα.

Συμπεράσματα: Το πιο συχνό απεικονιστικό εύρημα σε ασθενείς που νοσούν από Η1Ν1 είναι η ατελεκτασία, ενώ παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε μονάδα εντατικής θεραπείας εμφάνισαν προσβολή δύο ή περισσότερων πνευμονικών τμημάτων.

12. ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ ΚΛΕΙΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μ. Λελεγιάννη, Φ. Σαράφης, Α. Δημουλάς, Π. Δρακονταειδής, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Σκοπός της μελέτης: Τα αμαρτώματα είναι δομές που περιέχουν σε αποδιοργάνωση στοιχεία συνδετικού ιστού που ανευρίσκονται φυσιολογικά στους πνεύμονες και τους βρόγχους. Αντιπροσωπεύουν το 75% των καλοήθων όγκων του πνεύμονα. Σκοπός της εργασίας είναι να αναδειχθούν τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά του αμαρτώματος και να διακριθούν τα σημεία που θα βοηθήσουν στη διαφοροδιάγνωση από παθήσεις όπως ο καρκίνος του πνεύμονα.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης. Μελετήθηκαν 30 ιστολογικά επιβεβαιωμένα περιστατικά κατόπιν βιοψίας ή χειρουργικής εξαίρεσης που υπεβλήθησαν αρχικά σε αξονική τομογραφία ή αξονική τομογραφία υψηλής ευκρίνειας. Έγιναν μετρήσεις των πυκνοτήτων σε μονάδες Hounsfield (HU) και αναζητήθηκε η παρουσία λίπους.

Αποτελέσματα: Από τα 30 περιστατικά, τα 29 (96,67%) εμφανίζονται ως μονήρης πνευμονικός όζος, 8 (26,67%) παρουσίασαν αποπιτανώσεις, 10 (33,34%) εμφάνισαν συρροή λίπους και 1 (3,34%) εμφανίζεται ως ενδοβρογχικός όζος. Ορισμένα περιστατικά με πυκνότητες μόνο μαλακών μορίων δημιούργησαν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα και προχωρήσαμε σε βιοψία.

Συμπέρασμα: Είναι πολύ σημαντική για τον ακτινολόγο η κατανόηση και η γνώση των απεικονιστικών προτύπων του αμαρτώματος του πνεύμονα για τη διαφοροδιάγνωση και για την περαιτέρω διαχείριση του περιστατικού.

13. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ (ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ WEGENER)

Μ. Λελεγιάννη, Φ. Σαράφης, Α. Δημουλάς, Π. Δρακονταειδής, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Σκοπός της μελέτης: Η κοκκιωματώση Wegener είναι μία χρόνια φλεγμονώδης πάθηση, αγνώστου αιτιολογίας. Είναι πολυσυστηματική και προσβάλλει πολλαπλά όργανα με τους πνεύμονες να συμμετέχουν στο 90% των περιπτώσεων. Σε ορισμένες περιπτώσεις

όμως η προσβολή του κατώτερου αναπνευστικού μπορεί να είναι η μόνη εκδήλωση της νόσου. Η πνευμονική νόσος που σχετίζεται με την κοκκιωμάτωση Wegener χαρακτηρίζεται από κοκκιωματώδη φλεγμονή και νεκρωτική αγγειίτιδα. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάλυση και η περιγραφή των ειδικών απεικονιστικών σημείων της νόσου Wegener στους πνεύμονες.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης. Μελετήθηκαν με αξονική τομογραφία 8 περιστατικά πνευμονικής προσβολής από κοκκιωμάτωση Wegener.

Αποτελέσματα: Από τα 8 περιστατικά, 6 (75%) παρουσίασαν πολλαπλά διάσπαρτα πνευμονικά οζίδια, 4 (50%) εμφάνισαν κοιλοποιημένες μάζες, 1 (12,5%) μονήρη όζο, 6 (75%) πυκνώσεις αεροχώρων και 6 (75%) σκιάσεις θολής υάλου. Οι βλάβες ήταν είτε μεμονωμένες είτε σε συνδυασμό.

Συμπέρασμα: Είναι πολύ σημαντική για τον ακτινολόγο η κατανόηση και η γνώση των απεικονιστικών προτύπων της νόσου καθώς η διαφοροδιάγνωση από άλλες παθήσεις με παρόμοια απεικόνιση είναι δύσκολη.

14. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΕΥΚΡΙΝΕΙΑΣ (HR-CT) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑΚΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΣΗ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μ. Λελεγιάνη, Φ. Σαράφης, Α. Δημουλάς, Π. Δρακονταειδής, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου

Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Σκοπός της μελέτης: Η λεμφαγγειακή διασπορά στους πνεύμονες είναι μία από τις συχνότερες δευτεροπαθείς εντοπίσεις σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και συγκεκριμένα σε ποσοστό 24%. Η οντότητα αυτή θα πρέπει να διακριθεί από άλλες νόσους με παρόμοια απεικονιστικά ευρήματα. Η αξονική τομογραφία υψηλής ευκρίνειας είναι η εξεταση εκλογής, παρουσιάζοντας την καλύτερη διαγνωστική ακρίβεια. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή των ειδικών απεικονιστικών σημείων που θα συμβάλλουν στην ακριβή διάγνωση.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 12 ιστολογικά εξακριβωμένα περιστατικά λεμφαγγειακής καρκινωμάτωσης από ασθενείς με πρωτοπαθές καρκίνο του μαστού.

Αποτελέσματα: Αναλύονται τα επιμέρους απεικονιστικά ευρήματα αυτών των περιστατικών στην HRCT καθώς παρουσιάζονται και επισημαίνονται τα απεικονιστικά ευρήματα από παθήσεις που δημιουργούν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα.

Συμπέρασμα: Η έγκαιρη διάγνωση είναι πολύ σημαντική για το σχεδιασμό της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης καθώς η πλειονότητα αυτών των ασθενών παρουσιάζουν κατά κύριο λόγο μη ειδικά συμπτώματα ή είναι ασυμπτωματικοί. Επιπλέον, το 50% αυτών των ασθενών παρουσιάζουν φυσιολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος. Ο ακτινολόγος πρέπει να γνωρίζει τα επιμέρους χαρακτηριστικά της νόσου αυτής καθώς και των παθήσεων που εμπλέκονται στην διαφορική διάγνωση.

15. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΕΙΛΕΪΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN ΜΕ ΤΗΝ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΕΝΤΕΡΟΓΡΑΦΙΑ (MRE)

Α. Δημουλάς, Δ. Καραζιώγας, Ι. Πετμεζάρης, Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάνη, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής

Ακτινοδιαγνωστικό τμήμα ΓΝ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός της μελέτης: Σκοπός της μελέτης είναι ο καθορισμός της ακρίβειας της μαγνητικής εντερογραφίας στην διάγνωση και τη διαφοροδιάγνωση της τελικής ειλεΐτιδας σε παιδιά με υποψία νόσου του Crohn. Επιπρόσθετα, θα αξιολογηθεί ο ρόλος της μαγνητικής εντερογραφίας στην παρακολούθηση (follow-up) των ασθενών με διαγνωσμένη νόσο του Crohn.

Υλικό και μέθοδοι: Συμπεριελήφθησαν 34 ασθενείς ηλικίας έως 16 ετών, με διαγνωσμένη νόσο του Crohn ή επί υποψίας της νόσου, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε μαγνητική εντερογραφία από τον Ιανουάριο του 2015 έως τον Δεκέμβριο του 2016. Οι παράμετροι που αξιολογήθηκαν είναι: το πάχος του τοιχώματος του εντέρου, το σήμα του τοιχώματος του εντέρου και του πέριξ αυτού λίπους στις T2WI ακολουθίες, ο βαθμός και το πρότυπο εμπλουτισμού του τοιχώματος, το μήκος και ο αριθμός των παθολογικών τμημάτων του εντέρου, τα στοιχεία φλεγμονής του μεσεντερίου και η παρουσία διογκωμένων μεσεντερίων λεμφαδένων.

Αποτελέσματα/Συμπεράσματα: Επί συνόλου 24 ασθενών με υποψία νόσου του Crohn, 14 διαγνώστηκαν με τη νόσο και επιβεβαιώθηκαν ιστολογικά, 4 διαγνώστηκαν με άλλες παθολογικές οντότητες και 6 συνεκτιμήθηκαν με τις λοιπές κλινικοεργαστηριακές εξετάσεις, καθώς δεν ακολούθησε ιστολογική επιβεβαίωση των ευρημάτων. Συμπερασματικά, σε παιδιά με υποψία νόσου του

Χρονη η μαγνητική εντερογραφία εμφανίζει υψηλή ειδικότητα και θετική προγνωστική αξία, ενώ έχει καθιερωθεί ως εξέταση εκλογής για την παρακολούθηση και επανεκτίμηση της νόσου.

16. ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Α. Δημουλάς, Δ. Καραζιώγας, Ι. Πετμεζάρης, Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάννη, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό τμήμα ΓΝ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός της μελέτης: Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να αναδείξουμε την εντόπιση, τα μορφολογικά χαρακτηριστικά των πλέον ευμεγεθών πολυπόδων και τυχόν επιπλοκών. Στις επιπλοκές συγκαταλέγονται η ψευδοσπόφραξη, ο εγκολεασμός και η συστροφή.

Υλικό και μέθοδοι: Σε αυτή την αναδρομική πληθυσμιακή μελέτη, αξιολογήθηκε μια διαδοχική ομάδα 173 ασθενών που υποβλήθηκαν σε αξονική κολονοσκόπηση από το 2015 έως και το 2017. Κάθε ασθενής ήταν σε διατροφή με χαμηλή περιεκτικότητα σε ίνες και του χορηγήθηκαν καθαρτικά την ημέρα πριν την εξέταση. Δύο ώρες πριν την εξέταση χορηγήθηκαν σε κάθε ασθενή 200 ml γαστρογραφίνης *regos* και 20 λεπτά πριν την έναρξη της εξέτασης χορηγήθηκε *Buscoran* ενδοφλεβίως. Όλες οι εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με τον πολυτομικό αξονικό PhilipsBrilianceiCT 256 και ελήφθησαν τομές σε πρηνείς και ύπτιες θέσεις, πριν και μετά την ενδοφλέβια χορήγηση 100 ml σκιαγραφικής ουσίας.

Αποτελέσματα/Συμπεράσματα: Σε 13 από τους ασθενείς η εξέταση δεν ήταν διαγνωστική, λόγω ατελούς προετοιμασίας. 67 (από τους 160) ασθενείς δεν είχαν πολύποδες, 70 ασθενείς είχαν έως 2 πολύποδες ή ψευδοπολύποδες και 23 ασθενείς εμφάνισαν >από 3 πολύποδες. Σε 5 από τους 23 ασθενείς οι πολύποδες ήταν έμμοιοι ενώ στους υπόλοιπους ήταν άμμοιοι ή ψευδοπολύποδες. Οι πολύποδες κυμαίνονται σε μέγεθος από 5 έως 16 mm και εδράζονται κυρίως στο σιγμοειδές (45), στο κατión (32), στο εγκάρσιο (18), στο ορθό (4) και το ανίον (2).

Η Οικογενής Πολυποδίαση είναι μια ξεχωριστή παθολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλαπλών πολυπόδων στο παχύ έντερο. Παρότι η Αξονική Κολονοσκόπηση δεν είναι η εξέταση πρώτης γραμμής, αν και εμφανίζει υψηλή ειδικότητα και ευαισθησία για την διάγνωση της οικογενούς πολυποδίασης, υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις στις οποίες η αδυναμία διενέργειας μιας κολονοσκόπησης την καθιστά πραγματικά αναγκαία.

17. ΠΑΡΑΕΔΡΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ PARKS, ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΠΥΕΛΟΥ

Α. Δημουλάς, Δ. Καραζιώγας, Ι. Πετμεζάρης, Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάννη, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό τμήμα ΓΝ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός της μελέτης: Σκοπός μας είναι να αναλύσουμε τον ρόλο της Μαγνητικής Τομογραφίας Πυέλου στην αξιολόγηση και ταξινόμηση των παραεδρικών συριγγίων και επιπλέον, την προεγχειρητική και μετεγχειρητική χρησιμότητα της μεθόδου.

Υλικό και μέθοδοι: 37 ασθενείς, 25 άντρες και 12 γυναίκες με κλινικές ενδείξεις παραεδρικών συριγγίων παραπέμφθηκαν στο ακτινολογικό μας τμήμα, το 2016 και το 2017 μέχρι και σήμερα. Αυτή η μελέτη είναι μια αναδρομική αξιολόγηση των ευρημάτων τους. Όλα τα περιστατικά υπεβλήθησαν σε Μαγνητική Τομογραφία με πρωτόκολλο πυέλου. Επιπλέον, έγινε χειρουργική επιβεβαίωση της νόσου σε όλες τις περιπτώσεις.

Αποτελέσματα/Συμπεράσματα: Παρουσιάζεται η ανατομία της πυέλου, η παθοφυσιολογία, τα MR απεικονιστικά ευρήματα, η ταξινόμηση, η συσχέτιση με άλλες παθολογίες, το ποσοστό επανεμφάνισης και τα πλεονεκτήματα της πυελικής Μαγνητικής Τομογραφίας για τον χειρουργό. 5 από τους 37 (14%) ασθενείς παρουσίασαν επανεμφάνιση της νόσου, 18 από τους 37 (48%) είχαν συνυπάρχοντα αποστήματα, 5 από τους 37 (14%) είχαν φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και τέλος 10 από τους 37 ασθενείς (28%) δεν κατέστη δυνατό να ταξινομηθούν. Ενδιαφέρον είναι ότι στην μελέτη μας, τα συρίγγια εμφανίζονται κυρίως στους άντρες, σε ποσοστό 65%, ανεξαρτήτου ηλικίας. Η ταξινόμηση έγινε κατά Parks και συνεργάτες.

Η Μαγνητική Τομογραφία πυέλου είναι αναμφισβήτητη η πιο χρήσιμη διαδικασία όχι μόνο για την προεγχειρητική διαχείριση αλλά και την μετεγχειρητική αξιολόγηση των ασθενών. Παρέχει λεπτομερή εκτίμηση της νόσου με πληροφορίες που αφορούν κλινικά μη εμφανείς διαταραχές, ενώ μπορεί να οδηγήσει στην μείωση της υποτροπής των συριγγίων.



18. ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑ: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Α. Δημουλάς, Δ. Καραζιώγας, Ι. Πετμεζάρης, Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάννη, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό τμήμα ΓΝ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός της μελέτης: Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να παρουσιάσουμε 76 περιπτώσεις με κλινικά ευρήματα χρόνιας εκκολπωματίτιδας και τις ενδείξεις που οδήγησαν στην διενέργεια Αξονικής Κολονοσκόπησης.

Υλικό και μέθοδοι: Σε αυτή την αναδρομική πληθυσμιακή μελέτη, αξιολογήθηκε μια διαδοχική ομάδα ασθενών που υποβλήθηκαν σε αξονική κολονοσκόπηση από το 2015 έως και το 2017. Κάθε ασθενής ήταν σε διατροφή με χαμηλή περιεκτικότητα σε ίνες και του χορηγήθηκαν καθαρτικά την ημέρα πριν την εξέταση. Δύο ώρες πριν την εξέταση χορηγήθηκαν σε κάθε ασθενή 200 ml γαστρογραφίνης reposit και 20 λεπτά πριν την έναρξη της εξέτασης χορηγήθηκε Buscoran ενδοφλεβίως. Όλες οι εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με τον πολυτομικό αξονικό PhilipsBrilianceiCT 256 και ελήφθησαν τομές σε ηριχνείσ και ύπτιες θέσεις, πριν και μετά την ενδοφλέβια χορήγηση 100 ml σκιαγραφικής ουσίας.

Αποτελέσματα/Συμπεράσματα: 16 από τους 76 ασθενείς (21%) βρέθηκαν με μη ειδική πάχυνση του τοιχώματος με ομοιογενή εμπλουτισμό. Οι 5 από αυτούς τους 16 ασθενείς (31,25% και το 6,6% των συνολικών περιπτώσεων) βρέθηκαν με ασύμμετρη τοιχωματική πάχυνση, ενδεικτική διήθησης όγκου.

Η Χρόνια Εκκολπωματίτιδα είναι μια ξεχωριστή παθολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από συχνή ανάπτυξη χρόνιων αποφρακτικών συμπτωμάτων. Παρότι η Αξονική Κολονοσκόπηση δεν είναι η εξέταση πρώτης γραμμής για την διάγνωση της χρόνιας εκκολπωματίτιδας, υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις στις οποίες η αδυναμία διενέργειας μιας κολονοσκόπησης την καθιστά πραγματικά αναγκαία.

19. ΒΙΟΨΙΕΣ ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΤΕΜΑΧΙΟΥ ΑΠΟ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ

Ιωάννης Πετμεζάρης, Μαρία Λελεγιάννη, Απόστολος Δημουλάς, Παύλος Δρακονταειδής, Αμαλία Σωτηριάδου, Χριστιάνα Χάβαρη, Φίλιππος Σαράφης, Μελπομένη Κοσμίδου
Ακτινολογικό εργαστήριο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας είναι η αξιολόγηση και η συσχέτιση της τεχνικής του τρόπου διόδου με τα αποτελέσματα και τις επιπλοκές της διαδερμικής βιοψίας οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων, υπό την καθοδήγηση της αξονικής τομογραφίας.

Υλικό-Μέθοδος: Στην εργασία περιλαμβάνονται τα περιστατικά 45 ασθενών με οπισθοπεριτοναϊκή λεμφαδενοπάθεια, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε διαδερμική βιοψία υπό τον αξονικό τομογράφο σε χρονικό διάστημα 5 ετών. Το υλικό των βιοψιών πάρθηκε με βελόνα βιοψίας ιστοτεμαχίου 18 Gauge και μήκους συνήθως 16 εκ. ή 20 εκ., αναλόγως τον ασθενή. Κατεγράφησαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών και η ένδειξη της βιοψίας για κάθε ασθενή, η διαδικασία των βιοψιών και οι επιπλοκές, καθώς και τα αποτελέσματα της ιστοπαθολογικής ανάλυσης. Έπειτα, καταγράφηκε η διαχείριση και η εξέλιξη των περιστατικών αυτών.

Αποτελέσματα: Από τους 45 ασθενείς που μελετήσαμε, οι 37 εμφάνιζαν ευμεγέθεις λεμφαδενικές μάζες, ενώ οι 8 παρουσίαζαν μικρότερους λεμφαδένες. Από τους ασθενείς με τις ευμεγέθεις μάζες, στους 22 προτιμήθηκε η πρόσθια προσπέλαση της μάζας, ενώ στους 15 προτιμήθηκε η οπίσθια προσπέλαση αυτής. Αντιθέτως, στους ασθενείς με τους μικρούς λεμφαδένες, υπήρξε υπεροχή της οπίσθια προσπέλασης (7 περιστατικά) έναντι ενός μόνο περιστατικού όπου προτιμήθηκε η πρόσθια προσπέλαση. Σε 44 από τα 45 περιστατικά το δείγμα ήταν επαρκές, με σαφή ιστοπαθολογοανατομικά ευρήματα, ενώ σε ένα μόνο περιστατικό το δείγμα ήταν ανεπαρκές. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές σε κανένα από τα 45 περιστατικά.

Συμπεράσματα: Οι βιοψίες των οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων υπό την καθοδήγηση της αξονικής τομογραφίας αποτελούν την ελάχιστη επεμβατική διαδικασία, με σαφή ιστοπαθολογικά αποτελέσματα και ελάχιστες επιπλοκές.

20. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΔΙΚΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ: ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΟΔΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Ιωάννης Πετμεζάρης, Μαρία Λελεγιάνη, Απόστολος Δημουλάς, Παύλος Δρακονταειδής, Αμαλία Σωτηριάδου, Χριστιάνα Χάβαρη, Μελπομένη Κοσμίδου, Φίλιππος Σαράφης
Ακτινολογικό εργαστήριο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Οι εξεργασίες του μεσοθωρακίου αποτελούν συχνά μια διαγνωστική πρόκληση για τον ακτινολόγο. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει συνήθως τα πρωτοπαθή νεοπλασμάτα και τη λεμφαδενοπάθεια (αντιδραστικού τύπου ή μεταστατική). Η διαδερμική βιοψία αποτελεί μία ασφαλή εναλλακτική στην ανοικτή χειρουργική βιοψία, με εξίσου καλά αποτελέσματα και μικρότερο κίνδυνο επιπλοκών.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας είναι η αξιολόγηση και η συσχέτιση της τεχνικής του τρόπου διόδου με τα αποτελέσματα και τις επιπλοκές της διαδερμικής βιοψίας υποτροπιδικών βλαβών, υπό την καθοδήγηση της αξονικής τομογραφίας.

Υλικό-Μέθοδος: Στην εργασία περιλαμβάνονται τα περιστατικά 7 ασθενών με υποτροπιδικές βλάβες, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε διαδερμική βιοψία υπό τον αξονικό τομογράφο. Το υλικό των βιοψιών πάρθηκε με βελόνα βιοψίας ιστοτεμαχίου 18 Gauge και μήκους 16 εκ. Κατεγράφησαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών και των εξεργασιών, η διαδικασία των βιοψιών και οι επιπλοκές, καθώς και τα αποτελέσματα της ιστοπαθολογικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Η ιστοπαθολογική ανάλυση ήταν σαφής και διαγνωστική σε όλους τους ασθενείς. Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές και οι ασθενείς εξήλθαν την ίδια μέρα από το νοσοκομείο.

Συμπεράσματα: Οι βιοψίες των υποτροπιδικών λεμφαδένων υπό την καθοδήγηση της αξονικής τομογραφίας αποτελούν την ελάχιστη επεμβατική διαδικασία, με σαφή ιστοπαθολογικά αποτελέσματα και ελάχιστες επιπλοκές.

21. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ιωάννης Πετμεζάρης, Μαρία Λελεγιάνη, Απόστολος Δημουλάς, Παύλος Δρακονταειδής, Αμαλία Σωτηριάδου, Χριστιάνα Χάβαρη, Μελπομένη Κοσμίδου, Φίλιππος Σαράφης
Ακτινολογικό εργαστήριο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση αποτελεί σπάνια νόσο που χαρακτηρίζεται από την εναπόθεση κοκκιωματώδους ιστού στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, συνήθως γύρω από την αορτή και τα λαγόνια αγγεία, και σπανιότερα σε άλλες θέσεις όπως περιπαγκρεατικά, περιδωδεκαδακτυλικά, περινεφρικά και στην ελάσσονα πύελο.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας είναι η ανάδειξη του ρόλου της αξονικής και της μαγνητικής τομογραφίας στη διερεύνηση των ασθενών με οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση, καθώς και η μελέτη των απεικονιστικών ευρημάτων των ασθενών στην κάθε μέθοδο.

Υλικό-Μέθοδος: Στην εργασία μας περιλαμβάνονται τα περιστατικά 43 ασθενών με οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε εξέταση μαγνητικής ή αξονικής τομογραφίας στο εργαστήριο μας στο χρονικό διάστημα 2002-2017. Η διάγνωση βασίστηκε σε βιοψία (39 ασθενείς) και σε ελάχιστα περιστατικά σε χειρουργική διερεύνηση (4 ασθενείς).

Αποτελέσματα: Οι 36 ασθενείς εμφάνισαν ιδιοπαθή οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση, ενώ σε 7 ασθενείς η ίνωση ήταν δευτεροπαθής. Η εντόπιση της ήταν η τυπική περιαιορτική στις 33 περιπτώσεις, σε 9 ασθενείς επεκτεινόταν πέραν του δικασμού της αορτής ακολουθώντας τα λαγόνια αγγεία, ενώ σε μια περίπτωση αφορούσε τον προϊερό χώρο. 19 από τους ασθενείς εμφάνισαν συνοδό αποφρακτική ουροπάθεια.

Συμπεράσματα: Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία κατέχουν καθοριστικό ρόλο στην παρακολούθηση των ασθενών με οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση και στην επιλογή ή τροποποίηση του σχήματος της φαρμακευτικής θεραπείας. Αποτελούν τις μεθόδους εκλογής στη διάγνωση της οπισθοπεριτοναϊκής ίνωσης, στη διαφορική διάγνωση από άλλες παθήσεις με συμμετοχή του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου και στην παρακολούθηση της πορείας των ασθενών αυτών.



22. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ιωάννης Πετμεζάρης, Μαρία Λελεγιάννη, Απόστολος Δημουλάς, Παύλος Δρακονταειδής, Αμαλία Σωτηριάδου, Χριστιάνα Χάβαρη, Μελπομένη Κοσμίδου, Φίλιππος Σαράφης
Ακτινολογικό εργαστήριο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Τα υποκλείδια αγγεία αποτελούν σημαντικά αγγεία, καθώς παροχετεύουν και παρέχουν αίμα στα άνω άκρα. Η παθολογία τους περιλαμβάνει συνήθως στενώσεις και αποφράξεις, ανευρύσματα, το σύνδρομο συμπίεσης της θωρακικής εξόδου και σπανιότερα το σύνδρομο υποκλοπής. Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί εδώ και αρκετά χρόνια τη μέθοδο εκλογής στη διερεύνηση των παθήσεων των υποκλειδίων αγγείων.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας είναι η ανάδειξη του ρόλου της μαγνητικής αγγειογραφίας στη διερεύνηση των παθήσεων των υποκλειδίων αγγείων και η μελέτη των απεικονιστικών ευρημάτων τους.

Υλικό-Μέθοδος: Στην εργασία μας περιλαμβάνονται τα περιστατικά 29 ασθενών, οι οποίοι προσήλθαν το έτος 2017 στο νοσοκομείο μας με κλινικά συμπτώματα συμβατά με παθήσεις των υποκλειδίων αγγείων, συνήθως στένωσης ή απόφραξης αυτών. Σε όλους τους ασθενείς διενεργήθηκε μαγνητική αγγειογραφία, η οποία επιβεβαίωσε την ύπαρξη παθολογίας στα υποκλείδια αγγεία. Η εξέταση έγινε σε δύο θέσεις, σε μία ουδέτερη θέση και σε μία λειτουργική θέση.

Αποτελέσματα: Από τους 29 ασθενείς που μελετήσαμε οι 7 εμφάνιζαν σύνδρομο παγίδευσης της υποκλειδίου φλεβός, οι 11 παρουσίαζαν στενώσεις της υποκλειδίου αρτηρίας, σε 9 ασθενείς απεικονίστηκε θρόμβωση της υποκλειδίου φλεβός, ενώ σε 2 ασθενείς παρατηρήθηκε σύνδρομο υποκλοπής.

Συμπεράσματα: Η μαγνητική τομογραφία παραμένει η μέθοδος εκλογής στη διερεύνηση των παθήσεων των υποκλειδίων αγγείων, καθώς προσφέρει εξαιρετική διαγνωστική ικανότητα. Είναι ανώδυνη, χωρίς ακτινοβολία και χωρίς επιπλοκές, γι' αυτό και υπερτερεί των εναλλακτικών μεθόδων (DSA, CTA).

23. ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ (VON MEYENBURG): ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάννη, Ι. Πετμεζάρης, Α. Δημουλάς, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή/Σκοπός: Τα χολικά αμαρτώματα του ήπατος (συμπλέγματα von Meyenburg), είναι καλοήθεις διαμαρτίες των ενδοηπατικών χοληφόρων, που αποτελούνται από κυστικά στοιχεία σε ινώδες υπόστρωμα. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη του ρόλου των σύγχρονων απεικονιστικών τεχνικών στην διάγνωσή τους.

Υλικά/Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 16 περιπτώσεις ασθενών με συμπλέγματα von Meyenburg, που εξετάστηκαν με υπέρηχους, αξονική τομογραφία και μαγνητική τομογραφία στο εργαστήριο του Νοσοκομείου μας.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ασθενών οι εξετάσεις με υπέρηχους, αξονική τομογραφία και μαγνητική ανέδειξαν κοινά χαρακτηριστικά στις υπό διερεύνηση βλάβες. Από τους 16 ασθενείς, οι 15 εμφάνισαν πρότυπο δίκην έναστρου ουρανού στην μαγνητική τομογραφία, ενώ 1 εμφάνισε μεγαλύτερες και αραιότερες βλάβες.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση των συμπλεγμάτων von Meyenburg, με τη χρήση των σύγχρονων απεικονιστικών τεχνικών παρουσιάζει υψηλή ειδικότητα και ευαισθησία, κυρίως όμως η διάγνωση γίνεται με την μαγνητική τομογραφία.

24. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑΣ

Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάννη, Ι. Πετμεζάρης, Α. Δημουλάς, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή/Σκοπός: Η φλεγμονές της επιδιδυμίδας διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Η μαγνητική τομογραφία, μαζί με τους υπέρηχους, αποτελεί εξέταση εκλογής για την διάγνωση της χρόνιας επιδιδυμίδας.

Υλικά/Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 16 περιπτώσεις ασθενών με χρόνια επιδιδυμίτιδα, που υποβλήθηκαν σε μαγνητική

τομογραφία και υπέρηχο στο εργαστήριό μας στην χρονική περίοδο των τελευταίων δύο ετών. Ο έλεγχος αφορούσε περιπτώσεις φλεγμονής των δομών του οσχέου. Έγινε διερεύνηση ως προς τους απεικονιστικούς χαρακτήρες των βλαβών.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία, το σήμα στην T_2 ακολουθία ήταν χαμηλό, υπήρχε ήπιος εμπλουτισμός της επιδιδυμίδας και διόγκωσή της. Σε 3 ασθενείς υπήρχαν στοιχεία ίνωσης μεταφλεγμονώδους τύπου στον σύστοιχο όρχι. Αντίθετα, με τους υπερήχους διαπιστώθηκε η διάγνωση της επιδιδυμίτιδας και η υπερηχογραφική ανομοιογένεια.

Συμπεράσματα: Η συμβολή της μαγνητικής τομογραφίας και των υπερήχων στη διάγνωση της χρόνιας επιδιδυμίτιδας είναι σημαντική. Οι μέθοδοι είναι μη επεμβατικές, με υψηλά ποσοστά ειδικότητας και ευαισθησίας.

25. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΣΤΙΑΚΗΣ ΟΖΩΔΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΜΕ ΗΠΑΤΟΧΟΛΙΚΟ ΣΚΙΑΣΤΙΚΟ ΣΤΗΝ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ

Φ. Σαράφης, Μ. Λελεγιάνη, Ι. Πετμεζάρης, Α. Δημουλάς, Χ. Χάβαρη, Α. Σωτηριάδου, Π. Δρακονταειδής
Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή/Σκοπός: Η Εστιακή Οζώδης Υπερπλασία είναι καλοήθης υπεραγγειούμενη μάζα, με ακτινωτό αγγειακό πρότυπο και παρουσία ινώδους ιστού στο κέντρο («κεντρική ουλή»). Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη του ρόλου των υπερήχων, καθώς και της χρήσης ηπατοχολικού σκιαστικού στην μαγνητική τομογραφία, στην διάγνωση της εστιακής οζώδους υπερπλασίας.

Υλικό/Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 23 περιπτώσεις ασθενών με Εστιακή Οζώδη Υπερπλασία, που υποβλήθηκαν σε εξέταση με υπερήχους και μαγνητική τομογραφία, με χρήση ηπατοχολικού σκιαστικού στο εργαστήριό μας.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο 23 ασθενών οι υπό διερεύνηση βλάβες παρουσίασαν κοινά απεικονιστικά χαρακτηριστικά μετά την απεικόνιση με την χρήση ηπατοχολικού σκιαστικού στην μαγνητική τομογραφία, ενώ τα υπερηχογραφικά ευρήματα δεν είναι σταθερά.

Συμπεράσματα: Η χρήση ηπατοχολικού σκιαστικού στους ασθενείς με Εστιακή Οζώδη Υπερπλασία είναι μία σχετικά ασφαλής, μη επεμβατική τεχνική, η οποία είναι σημαντική για την διαφορική διάγνωση.

26. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΚΥΣΤΕΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΣΤΕΟΟΥΡΗΤΗΡΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ορτανσία Δορυφόρου¹, Βίκυ Ατσάλη²

¹ Ακτινοδιαγνώστρια Σμχος, Δ/ντρια Εργ. Υπερηχοτομογραφίας 251 Γεν. Νοσ. Αεροπορίας

² Ακτινοδιαγνώστρια, Άμισθη Επιστημονική Συνεργάτης, 251 Γεν. Νοσ. Αεροπορίας, Ιδιωτικό Ιατρείο Περιστερίου

Σκοπός Μελέτης: Η διάγνωση και εκτίμηση της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης απαιτούσε μέχρι πρόσφατα τη διενέργεια της κλασικής κυστεογραφίας, μιας μεθόδου με αρκετές παρενέργειες ιδιαίτερα στον παιδιατρικό πληθυσμό. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της συμβολής της υπερηχογραφικής κυστεογραφίας στη διερεύνηση της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης στα παιδιά.

Υλικό και Μέθοδοι: Διενεργήθηκε σε τρία παιδιά (ηλικίας 1,5 μηνών, 18 και 24 μηνών) κυστεογραφία με την χρήση σκιαγραφικού μέσου ηχοαντίθεσης (contrast agent - Sonovue) ενδοκυστικά και υπερηχογράφημα (με μηχανήμα υπερήχων Midray, Aixplorer), για την ανάδειξη κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης.

Αρχικά διενεργήσαμε απλό υπερηχογράφημα νεφρών και ουροδόχου κύστεως. Στη συνέχεια καθετηριάσαμε την ουροδόχο κύστη με λεπτό καθετήρα σίτισεως και, αφού αδειάσαμε το περιεχόμενό της, την γεμίσαμε με διάλυμα 100ml φυσιολογικού ορού με 1 ml Sonovue. Συνεχίζοντας της υπερηχογραφική μελέτη, μόλις ανιχνεύθηκε η σκιαγραφική ουσία στην ουροδόχο κύστη, τοποθετήσαμε τον ηχοβολέα στον δεξιό νεφρό και μετά από 1 λεπτό στον αριστερό νεφρό, παρακολουθώντας για τυχόν παρουσία σκιαγραφικού εντός της πυέλου ή των ουρητήρων.

Αποτελέσματα: Εκ των τριών περιστατικών μόνο στο ένα αναδείχθηκε 1ου βαθμού κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση. Η εξέταση έγινε καλά ανεκτή από τα παιδιά και δεν παρουσιάστηκε καμία παρενέργεια.



Συμπεράσματα: Η διενέργεια υπερηχογραφικής κυστεογραφίας, με την χρήση σκιαγραφικών για υπερήκους είναι μία μέθοδος με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα για τη διάγνωση της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης στα παιδιά. Είναι επίσης μια μέθοδος καλώς ανεκτή και με πολύ χαμηλό ποσοστό παρενεργειών.

27. ΣΠΑΝΙΑ ΗΠΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ

Β. Γρηγοράκη, Β. Δερμεντζόγλου, Π. Γαλήνα, Β. Σκάρπας, Μ. Ζαρίφη, Ν. Αμπζιανίτζε
Ακτινολογικό τμήμα Γ.Ν.Π. «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

Σκοπός: Η συμβολή του υπερηχογραφήματος στη διάγνωση δύο περιπτώσεων σπάνιων ηπατικών νεοπλασμάτων σε εφήβους. Πρόκειται για: 1) ινοπεταλιώδες ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, 2) αναπλαστικό λέμφωμα T λεμφοκυτταρικής προέλευσης με πρωτοπαθή ηπατική εντόπιση.

Υλικό και μέθοδοι: 1^ο περιστατικό: αγόρι ηλικίας 15ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας για διερεύνηση εμμένουσας τρανσαμινασαιμίας και μείωσης σωματικού βάρους από 4μήνου. 2^ο περιστατικό: αγόρι ηλικίας 12 ετών προσήλθε για διερεύνηση αναιμίας και εμπυρέτου από 15ημέρου. Πραγματοποιήθηκε υπερηχογράφημα κοιλίας σε αμφότερες τις περιπτώσεις.

Αποτελέσματα: 1^ο περιστατικό: Ο εργαστηριακός έλεγχος επιβεβαίωσε τη σημαντική αύξηση των τρανσαμινασών αλλά ανέδειξε φυσιολογική τιμή AFP. Τα υπερηχογραφικά ευρήματα περιλάμβαναν: αύξηση των διαστάσεων του δεξιού ηπατικού λοβού με παρουσία σε αυτόν ευμεγέθους, συμπαγούς ΧΚΕ. Αναδείχθηκαν χαρακτηριστικές αποτιτανώσεις στο κέντρο της και αυξημένη εσωτερική αιμάτωση κατά έλεγχο με έγχρωμο doppler υπερηχογράφημα. 2^ο περιστατικό: Στα πλαίσια της διερεύνησης της αναιμίας και του εμπυρέτου πραγματοποιήθηκε αρχικά υπερηχογράφημα και στη συνέχεια βιοψία μυελού των οστών. Στο πρώτο υπερηχογράφημα αναδείχθηκε με convex ηχοβολέα ήπαρ αυξημένων διαστάσεων, με το linear ηχοβολέα να αποκαλύπτει την παρουσία διάσπαρτων μικρών (<1 εκ.) υπόηχων εστιών. Συνυπήρχαν λεμφαδένες στην ηπατική πύλη και περιπαγκρεατικά ενώ αυξημένες διαστάσεις παρουσίαζαν και οι νεφροί. Τέθηκε ισχυρή υποψία λεμφοϋπερπλαστικής νόσου. Η πρώτη βιοψία δεν τεκμηρίωσε τη παρουσία νεοπλασίας. Στο υπερηχογράφημα που ακολούθησε μία εβδομάδα αργότερα αναδείχθηκαν περισσότερες διάχυτες εστιακές αλλοιώσεις με χρήση μόνο convex ηχοβολέα, εύρημα που υποδήλωνε απεικονιστική επιδείνωση. Ακολούθησε δεύτερη οστεομυελική βιοψία που επιβεβαίωσε τη λεμφοϋπερπλαστική νόσο. Και στις δύο περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε CT που επιβεβαίωσε τα ανωτέρω υπερηχογραφικά ευρήματα. Η διάγνωση τέθηκε ιστολογικά και στα δύο περιστατικά.

Συμπέρασμα: Το υπερηχογράφημα σε συνδυασμό με το σωστό ιστορικό και τον εργαστηριακό έλεγχο μπορεί να συμβάλει στη διάγνωση ακόμη και σπάνιων ογκολογικών παιδιατρικών οντοτήτων.

ΚΥΡΙΑΚΗ

28. CASE REPORT: ΣΠΛΗΝΟΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΣΥΝΤΗΞΗ

Φ. Λυσιώτης, Μαρκόπουλος Τ., Ι. Παπαδόπουλος, Σ. Ράπτη, Π. Λεονάρδου

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Σισμανογλείου Γενικού Περιφερικού Νοσοκομείου Αθηνών. Διευθυντής Αναστόπουλος Ιωάννης

Σκοπός: Η διερεύνηση κι ο προβληματισμός με την ενδεικνυόμενη αντιμετώπιση του επώδυνου οσχέου

Υλικό - Μέθοδος: Νεαρός ηλικίας είκοσι ετών παρακολουθώντας το πρόγραμμα της TV παραπονέθηκε για οξύ αιφνίδιο άλγος στον αριστερό όρχι για του οποίου προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά Ιατρεία του Ουρολογικού τμήματος.

Η κλινική εξέταση έδειξε τη παρουσία μικρής επώδυνης σκληρίας στο κάτω πόλο του αριστερού όρχεως.

Ο ακτινολογικός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογικά ακτινογραφικά ευρήματα στην απλή ακτινογραφία θώρακος. Ο gray scale υπερηχογραφικός έλεγχος αποκάλυψε τη παρουσία μικρής (0,5x 1 cm) περιγράφτης με ομαλό περίγραμμα υπόηχης εστιακής αλλοίωσης στο κάτω πόλο του αριστερού όρχεως. Το έγχρωμο υπερηχογράφημα Doppler έδειξε μια έκδηλη εκσεσημασμένη αγγείωση της αλλοίωσης.

Ο βιοχημικός έλεγχος δεν αποκάλυψε παρουσία παθολογικών καρκινικών δεικτών.

Αποτελέσματα: Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει:

1. Καλοήθεις και Κακοήθεις (πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς) ογκόμορφες εξεργασίες των όρχεων.
2. Φλεγμονώδεις παθήσεις των όρχεων.
3. Τραυματισμός των όρχεων.

Αποφασίστηκε η άμεση χειρουργική αριστερά ορχεκτομή (ιστορικό, κλινική εικόνα Υ/Γ ευρήματα) η ιστολογική εξέταση της οποίας έδειξε τη παρουσία σαφώς αφοριζόμενου έκτοπου σπληνικού ιστού.

Συμπέρασμα: Σε νεαρά άτομα με κλινικά - υπερηχογραφικά ευρήματα που μπορεί να συνηγορούνε για κακοήθεια θα πρέπει να αξιολογείται η συνύπαρξη συγγενών διαμαρτιών που μπορεί να συνοδεύεται από την πολύ σπάνια παρουσία μιας έκτοπης σπληνογονιδιακής σύντηξης.

29. Η DOPPLER Υ/Γ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΟΣΧΕΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΣΤΗΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΨΗΛΑΦΗΤΩΝ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΚΙΡΣΟΚΗΛΩΝ

Φ. Λυσιώτης, Μαρκόπουλος Τ., Ι. Παπαδόπουλος, Σ. Ράπτη, Π. Λεονάρδου

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Σισμανογλείου Γενικού Περιφερικού Νοσοκομείου Αθηνών. Διευθυντής Αναστόπουλος Ιωάννης

Σκοπός: Στην μελέτη συμπεριελήφθησαν 91 νεαροί άνδρες με φυσιολογική σεξουαλική ζωή ηλικίας 21-45 ετών (μέση ηλικία 27.4 έτη) που προσήλθαν για διερεύνηση στειρότητας (χρονικής διάρκειας μεγαλύτερης των 24 μηνών) την περίοδο 2014-2016

Υλικό - Μέθοδος: Τα άτομα αυτά είχαν παθολογικό σπερμοδιάγραμμα, σε τρείς τουλάχιστον διαδοχικές εξετάσεις, με ολιγοσπερμία (αριθμός των σπερματοζωαρίων <20.000.000 ανά ml και ασθενοσπερμία (κινητικότητα σπερματοζωαρίων < του 40%) ενώ αποκλείστηκαν τα άτομα με ιατρικό ιστορικό βεβαρημένο με προδιαθεσικούς παράγοντες διαταραχής της σπερματογένεσης.

Υποβλήθηκαν σε gray-scale κι έγχρωμο Doppler υπερηχογράφημα, με γραμμικό σαρωτή συχνότητας 7.5 MHz, σε ύπτια κατακεκλιμένη θέση (συμπληρωματικά και σε όρθια θέση) τόσο σε ήρεμες αναπνευστικές κινήσεις όσο και μετά από δοκιμασία Valsalva.

Αποτελέσματα: Η κλινική σημασία των κίρσοκηλών μπορεί να οφείλεται σε:

1. Αυξημένη θερμοκρασία στην περιοχή του οσχέου.
2. Υποξία εξ αιτίας της επιβραδυνόμενης ροής και της λίμνωσης του φλεβικού αίματος.
3. Παλινδρόμηση σπερματοτοξικών μεταβολιτών από τους νεφρούς και τα επινεφρίδια.
4. Ορμονική διαταραχή.

Συμπέρασμα: Η Doppler (gray-scale και έγχρωμη) μελέτη του οσχέου αποτελεί την ενδεικνυόμενη εξεταστική μέθοδο για την απεικονιστική διερεύνηση, σε νεαρούς άνδρες με ενδείξεις υπογονιμότητας, του οσχέου διότι είναι απλή, αξιόπιστη, χαμηλού κόστους, μη επεμβατική χωρίς τις επιβλαβείς επιπτώσεις της χρήσης ιοντιζουσών ακτινοβολιών

30. ΙΩΔΙΟΥΧΑ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΣΑ, ΑΠΟ ΤΟ ΧΘΕΣ ΣΤΟ ΣΗΜΕΡΑ. ΜΥΘΟΣ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Φ. Λυσιώτης, N. Τραϊανός, Μ. Παπακωνσταντίνου, Π. Λεονάρδου

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Σισμανογλείου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Αθηνών. Διευθυντής Αναστόπουλος Ιωάννης

Σκοπός: Η εργασία αυτή στοχεύει στην βιβλιογραφική ανασκόπηση και παρουσίαση των ενέσιμων ιωδιούχων σκιαγραφικών μέσων τα τελευταία εκατό χρόνια.

Υλικό - Μέθοδος: Ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία της τελευταίας εικοσαετίας.

Συζήτηση: Στη κλασική διαγνωστική ακτινολογία επιδιώκουμε να εκμεταλλευτούμε την εκλεκτική απορρόφηση της πρωταρχικής ακτινικής δέσμης από τους διάφορους ιστούς για να πετύχουμε την αποτύπωση τους στο ακτινογραφικό film σε διαβαθμίσεις της σκάλας του γκρίζου. Για να πετύχουμε λοιπόν την ευδιάκριτη απεικονιστική ανάδειξη των ιστών και των οργάνων του ανθρώπινου σώματος με παραπλήσια υφή, είμαστε υποχρεωμένοι να καταφύγουμε στη χρησιμοποίηση των σκιαγραφικών μέσων. Ουσιών που επειδή έχουν αρκετά μεγάλο ατομικό βάρος απορροφούν αναπόφευκτα και μεγαλύτερη ποσότητα ιοντιζουσών ακτινοβολιών με τελικό αποτέλεσμα την επίτευξη της απαιτούμενης και κατάλληλης σκιαγραφικής αντίθεσης που θα μας επιτρέψει την απεικονιστική μελέτη αυτών των δυσδιάκριτων ιστών και οργάνων. Και ευθύς εξ αρχής οι ερευνητές επικέντρωσαν το ενδιαφέρον τους στην διερεύνηση της δυνατότητας χρησιμοποίησης του Ιωδίου ως ένα ενέσιμο σκιαγραφικό μέσο. Ένα στοιχείο με αρκετά υψηλό ατομικό αριθμό ($Z=20$) και με καλή ανεκτικότητα από τον ανθρώπινο οργανισμό (αφού μπορεί να δεχθεί και πάνω από 70 gr χωρίς να παρουσιάσει κάποια ανεπιθύμητη αντίδραση). Στην ανακοίνωση θα αναφερθούμε διεξοδικά στα επιμέρους χαρακτηριστικά των κατά καιρούς χρησιμοποιηθέντων ενέσιμων ιωδιούχων σκιαγραφικών μέσων.

Συμπέρασμα: Η ευδιάκριτη απεικόνιση ιστών παρεμφερούς υφής επιτυγχάνεται με την αποκλειστική χρησιμοποίηση των σκιαγραφικών μέσων παρ' όλη την συνεχή πρόοδο της τεχνολογίας και την ανάπτυξη των νεωτέρων απεικονιστικών μεθόδων. Γι' αυτό θα πρέπει όλοι μας να ενημερωνόμαστε συνεχώς για τα ενέσιμα ιωδιούχα σκιαγραφικά μέσα.

31. Η ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΑΛΓΟΥΣ ΔΕΞΙΟΥ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΒΟΘΡΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Φ. Λυσιώτης, N. Τραϊανός, Α. Πενήντα, Π. Λεονάρδου

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Σισμανογλείου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Αθηνών. Διευθυντής Αναστόπουλος Ιωάννης

Σκοπός: Πρόκειται για μια αναδρομική εργασία που στοχεύει και αποσκοπεί στη διερεύνηση της συμβολής και της αξιοπιστίας του υπερηχογραφικού ελέγχου στην μελέτη του οξέος άλγους του δεξιού λαγονίου βόθρου σε νεαρές γυναίκες και την ορθολογική τους ενδονοσοκομειακή διεκπεραίωση.

Υλικό - Μέθοδος: Στην εργασία αυτή συμπεριελήφθησαν 410 νεαρές γυναίκες ηλικίας 16-48 ετών (μέση ηλικία 27,2 έτη) που προσήλθαν για χειρουργική εκτίμηση στα έκτακτα επείγοντα περιστατικά του νοσοκομείου την χρονική περίοδο 2014-2016.

Αποτελέσματα: Σε 292 περιστατικά (71%) η υπερηχογραφική εξέταση ήταν σαφής και σύμφωνα με τα υπερηχογραφικά ευρήματα εισηγήθηκε την εισαγωγή και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε 104 (39%) μόνο περιστατικά. Δυστυχώς σε 118 περιστατικά (29%) απαιτήθηκε ο επαναληπτικός υπερηχογραφικός έλεγχος εξ αιτίας της πλημμελούς προετοιμασίας και της έλλειψης ικανοποιητικής συνεργασίας (στο 67% των ανωτέρων περιστατικών). Ο επαναληπτικός υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε την παρουσία ηχοπαθολογικών ευρημάτων και την αναγκαιότητα για νοσοκομειακή εισαγωγή σε 46 γυναίκες (39%) για χειρουργική αντιμετώπιση η νοσηλεία σε άλλο τμήμα του νοσοκομείου (18% στην ουρολογική κλινική)).

Συμπέρασμα: Πιστεύουμε ότι ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποτελεί μια απλή εξέταση ρουτίνας για εκτίμηση του οξέος άλγους δεξιού λαγονίου βόθρου σε νεαρές γυναίκες στο Τμήμα των Επείγοντων περιστατικών. Μια αξιόπιστη και αξιόπιστη εξεταστική μέθοδο για την ορθολογική διεκπεραίωση των περιστατικών.

32. Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣΦ. Λυσιώτης, N. Τραϊανός, Α. Πενήντα, Π. Λεονάρδου

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Σισμανογλείου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Αθηνών. Διευθυντής Αναστόπουλος Ιωάννης

Σκοπός: Πρόκειται για μια εργασία που στοχεύει και αποσκοπεί στη αναγκαιότητα της καταγραφής των ακτινογραφικών ευρημάτων σε ακτινογραφία θώρακα σύμφωνα με τις αποφάσεις του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας (I.L.O.).

Υλικό - Μέθοδος: Στην εργασία αυτή γίνεται εκτενής αναφορά στις αρχικές, από το 1958 αποφάσεις του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας (I.L.O.), και τις μεταγενέστερες τροποποιήσεις των που αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα της άμεσης καταγραφής των ευρημάτων σύμφωνα με πρότυπα set ακτινογραφιών που διατίθενται από το Διεθνές Γραφείο Εργασίας.

Αποτελέσματα: Τα επαγγελματικά νοσήματα αποτελούν χρονίως εξελισσόμενες παθολογικές καταστάσεις των οποίων δεν αναστέλλεται η πορεία τους και μετά από την απομάκρυνση από το γενεσιουργό αίτιο. Επομένως κρίνεται λοιπόν απαραίτητη αφ' ενός μεν η εξασφάλιση της επακριβούς παρακολούθηση της διαχρονικής εξέλιξη της νόσου και αφ' ετέρου ο καθορισμός της ενδεικνυόμενης επανένταξής τους και δραστηριοποίηση τους στο κοινωνικό σύνολο.

Συμπέρασμα: Πιστεύουμε ότι από την στιγμή που πρόκειται για παθολογικές και χρονίως εξελισσόμενες νόσους η δυνατότητα της καταγραφής και παρακολούθησής τους είναι αυτή που θα εξασφάλιση το υπόλοιπο ευ ζην των νοσούντων.

33. ΤΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ INFLUENZA A ΣΤΗΝ CT ΘΩΡΑΚΟΣA. Παπαθεοδωροπούλου, Κ. Ταβερναράκη, Ε. Γεράρδος, Ι. Θάνου, Π. Γεωργακοπούλου, Ν. Σιδηροπούλου, Σ. Αραποστάθη, Π. Φιλιπούσης, Α. Θάνος

Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Σκοπός: Η παρουσίαση των ευρημάτων στην αξονική τομογραφία θώρακος σε ασθενείς που πάσχουν από πνευμονία από τον ιό Influenza A (H1N1) και η ανάδειξη ειδικού απεικονιστικού προτύπου.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 34 ασθενείς (10 γυναίκες, 24 άνδρες) ηλικίας 32-84 ετών, με λοίμωξη H1N1, διεγνωσμένη με RT-PCR κατά την τελευταία δετία και συγκεκριμένα κατά τα έτη 2010-11, 2014 και 2016. Σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε CT θώρακος, είτε κατά την εισαγωγή τους, είτε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, σε πολυτομικό αξονικό τομογράφο (MSCT) 64 τομών πάχους 1 mm και συμπληρωματικός έλεγχος με HRCT.

Αποτελέσματα: Τα απεικονιστικά ευρήματα τα οποία καταγράφηκαν ήταν, με σειρά συχνότητας, τα εξής:

1. ground glass διηθήματα (GGO): 27/34 ασθενείς (79,4%)
2. πυκνωτικά διηθήματα: 25/34 (73,5%)
3. υπεζωκοτικές συλλογές: 22/34 (64,7%)
4. διογκωμένοι λεμφαδένες: 14/34 (41,1%)
5. βρογχεκτασίες: 8/34 (23,5%)
6. στελεκτατικές αλλοιώσεις: 7/34 (20,5%)
7. πνευμονική εμβολή: 4/34 (11,7%)
8. σζίδια: 2/34 (5,8%)
9. εικόνα πλακόστρωτου: 1/34 (2,9%)
10. κοιλοποίηση: 1/34 (2,9%)

Επίσης, συχνότερη ήταν η περιφερική-περιβρογχική εντόπιση των GGO διηθημάτων.

Συμπέρασμα: Τα πιο συχνά απεικονιστικά ευρήματα στη λοίμωξη από τον ιό H1N1 είναι τα ground glass διηθήματα και οι πυκνώσεις, κυρίως περιφερικής και περιβρογχικής κατανομής. Στο απεικονιστικό αυτό πρότυπο βασίζεται η έγκαιρη υποψία λοίμωξης από H1N1, που οδηγεί στην κατάλληλη θεραπεία.



34. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ (NSCLC)

Α. Παπαθεοδωροπούλου, Κ. Ταβερναράκη, Ε. Γεράρδος, Ι. Θάνου, Π. Γεωργακοπούλου, Ν. Σιδηροπούλου, Σ. Αραποστάθνη, Π. Φιλιπούσης, Λ. Θάνος

Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Σκοπός: Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της διαδερμικής θερμοκαυτηρίασης με ραδιοσυχνότητες (RFA) και μικροκύματα (MWA), στην αντιμετώπιση ασθενών με μεταστάσεις επινεφριδίων, προερχομένων από NSCLC.

Υλικό - Μέθοδος: Έγινε αναδρομική μελέτη της τελευταίας 5ετίας, σε 71 ασθενείς με NSCLC, με μεταστάσεις στα επινεφρίδια, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε 99 συνεδρίες θερμοκαυτηρίασης υπό CT-καθοδήγηση. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την θεραπευτική αντιμετώπισή τους με ραδιοσυχνότητες (RFA group) ή με μικροκύματα (MWA group).

Σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε CT δύο φάσεων αμέσως μετά τη θερμοκαυτηρίαση, ενώ έγινε follow-up έλεγχος με CT/MRI σε 1, 3, 6 και 12 μήνες μετά τη συνεδρία θερμοκαυτηρίασης.

Αποτελέσματα: Αυτοπεριοριζόμενο post-ablation syndrome παρατηρήθηκε σε 16/99 (16,1%) συνεδρίες. Στον follow up έλεγχο που ακολούθησε στους 3 μήνες, τοπική πρόοδος της νόσου παρατηρήθηκε σε 8 (22,8%) ασθενείς από το RFA group και 7 (19,4%) ασθενείς από το MWA group, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε δεύτερη συνεδρία θερμοκαυτηρίασης. Ο έλεγχος στους 12 μήνες αποκάλυψε τοπική υποτροπή σε 6 ασθενείς (17,1%) από το RFA group και 7 ασθενείς (19,4%) από το MWA group. Δεν διαπιστώθηκε ουσιαστική διαφορά όσον αφορά στο ποσοστό επιβίωσης μεταξύ των δύο ομάδων (RFA group: 14 μήνες, MWA group: 14,6 μήνες).

Συμπέρασμα: Οι RFA και MWA αποτελούν ασφαλείς και αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης των μεταστάσεων επινεφριδίων από ΜΜΚΠ.

35. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΣ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΟΖΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΜΕ ΣΥΡΜΑΤΙΝΑ ΑΓΚΙΣΤΡΑ ΥΠΟ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΞΟΝΙΚΟΥ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ

Κ. Μπόκιου¹, Ε. Ανδριώτης¹, Μ. Στασινοπούλου¹, Α. Δούντσας², Κ. Δεληβελιώτης¹, Μ. Μπλάτου¹, Ν. Κρητικός

¹ Τμήμα Αξονικού Τομογράφου

² Θωρακοχειρουργική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

Σκοπός: Η αξιολόγηση του διαδερμικού εντοπισμού οζιδίων του πνεύμονα, με άγκιστρα πριν από θωρακοσκοπική εκτομή αυτών.

Υλικά και Μέθοδοι: 14 ασθενείς με ύποπτα πνευμονικά οζίδια υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική εντόπιση των οζιδίων, με άγκιστρο στο αξονικό τομογράφο πριν από τη θωρακοσκοπική εκτομή. Η μέγιστη διάμετρος των οζιδίων κυμαινόταν από 1 έως 3 cm και η απόσταση τους από την κοντινότερη υπεζωκοτική επιφάνεια 3 έως 5 cm. Διάφοροι τύποι άγκιστρων χρησιμοποιήθηκαν.

Αποτελέσματα: Η τοποθέτηση του άγκιστρου ήταν επιτυχής σε όλους τους ασθενείς. Ο μέσος χρόνος που χρειάστηκε για την τοποθέτηση του άγκιστρου ήταν 10 min. Καμία σοβαρή επιπλοκή δεν παρατηρήθηκε. Ιστολογική ανάλυση ανέδειξε κακοήθεια σε 11 περιπτώσεις, ύπαρξη κοκκιώματος σε δύο και μία περίπτωση κρυπτογενούς οργανοποιημένης πνευμονίας (BOOP). Καλύτερα αποτελέσματα επιτεύχθηκαν με άγκιστρο με διπλό άκρο και όταν το άγκιστρο τοποθετούνταν περιφερικά της αλλοίωσης, παρά όταν τη διαπερνούσε. Μετατροπή σε θωρακοτομή ήταν απαραίτητη μονάχα στον ασθενή με BOOP, εξαιτίας μικρού βαθμού εντοπισμένης αιμορραγίας, στην περιοχή της βλάβης. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας μειώθηκε από 7 ημέρες που ήταν με την συμβατική θωρακοτομή σε 1 ημέρα.

Συμπεράσματα: Η διαδερμική εντόπιση οζιδίων του πνεύμονα με άγκιστρα πριν από θωρακοσκοπική εκτομή αυτών, αποτελεί μία χρήσιμη και ασφαλή τεχνική που βοηθά στον ακριβή εντοπισμό των αλλοιώσεων, μειώνει τον χειρουργικό χρόνο και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

36. ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ

Ειρ. Γεωργίου¹, Μ. Μπλάτου¹, Κ. Μπόκιου¹, Α. Σουλτάτος¹, Κ. Ψαρράς¹, Ν. Κρητικός¹, Α. Δημητρουλάκου¹, Ν. Αρνογιαννάκη², Ρ. Αγγελάτου¹

¹ Τμήμα Διαγνωστικής Μαστού, ΓΑΘΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

² Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΑΘΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ ακτινολογικών και ιστολογικών ευρημάτων στον μη διηθητικό πορογενές καρκίνο του μαστού (DCIS) που ανιχνεύεται μαστογραφικά με αποπιτανώσεις χωρίς συνοδό μάζα.

Υλικό και Μέθοδοι: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 107 περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε στερεοστακτική βιοψία μαστού υποβοηθούμενη με αναρρόφηση κενού, στο Τμήμα Διαγνωστικής Απεικόνισης Μαστού του Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών ο «Αγ. Σάββας», από τον Νοέμβριο του 2012 μέχρι τον Ιούλιο του 2016 με τελική διάγνωση DCIS. Τα στοιχεία που αξιολογήθηκαν αφορούν την ηλικία, τον τύπο και την κατανομή των μικροαποπιτανώσεων, το βαθμό πυρηνικής διαφοροποίησης (Grade) και την παρουσία νέκρωσης τύπου comedo.

Αποτελέσματα: Οι άμορφες δίκην σκόνης αποπιτανώσεις μαστογραφικά απεικονίζονται κυρίως σε ομάδες ενώ οι αποπιτανώσεις με περιοχική κατανομή εμφανίζονται ως πλειόμορφες, ενδοπορικές και συρρέουσες (casting-type) ($p < 0.0001$). Ο βαθμός πυρηνικής διαφοροποίησης σχετίζεται με διαφορετικό τύπο αποπιτανώσεων και συγκεκριμένα το DCIS Grade 1 με αποπιτανώσεις δίκην σκόνης, Grade 2 με αποπιτανώσεις δίκην σπασμένου λίθου και Grade 3 με αποπιτανώσεις casting type ($p < 0.01$). Το DCIS Grade 1 και 2 απεικονίζεται μαστογραφικά με ομάδες μικροαποπιτανώσεων ενώ το Grade 3 εμφανίζει κυρίως περιοχική κατανομή ($p < 0.05$) και αποπιτανώσεις τύπου comedo ($p < 0.01$). Η μορφολογία των αποπιτανώσεων δεν σχετίζεται με την ηλικία της ασθενούς ενώ δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα η συσχέτιση με νεκρωτικές αποπιτανώσεις.

Συμπεράσματα: Η συσχέτιση απεικονιστικών και ιστολογικών ευρημάτων σύμφωνα με την βαρύτητα της νόσου μπορεί να αξιοποιηθεί για την βελτίωση του χειρουργικού σχεδιασμού.

37. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΘΗΛΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ειρ. Γεωργίου, Μ. Μπλάτου, Ν. Κρητικός, Κ. Μπόκιου, Κ. Ψαρράς, Α. Σουλτάτος, Ρ. Αγγελάτου

Τμήμα Διαγνωστικής Μαστού, ΓΑΘΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

Σκοπός: Ως αυτόματη έκκριση της θηλής του μαστού ορίζεται η μη προκλητή εκροή υγρού από έναν ή περισσότερους γαλακτοφόρους πόρους. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αναδειχθεί ο καθοριστικός ρόλος του υπερηχογραφήματος μαστού στην διαγνωστική προσπέλαση της αυτόματης έκκρισης της θηλής, τόσο με την περιγραφή των απεικονιστικών ευρημάτων όσο και με τη σημασία της υπερηχογραφικά κατευθυνόμενης παρακέντησης με λεπτή βελόνη.

Υλικό και Μέθοδοι: Τα τελευταία 3 χρόνια πραγματοποιήθηκαν στο τμήμα μας 4.294 υπερηχοτομογραφικοί έλεγχοι μαστού. Βασιζόμενοι σε αυτούς τους ελέγχους θα παρουσιάσουμε περιπτώσεις γυναικών οι οποίες εμφάνισαν αυτόματη έκκριση θηλής και η οποία επιβεβαιώθηκε κατά την κλινική εξέταση. Τα απεικονιστικά ευρήματα συσχετίστηκαν με τις εργαστηριακές κυτταρολογικές εξετάσεις.

Αποτελέσματα: Σε ποσοστό 35-70% η αυτόματη έκκριση θηλής οφείλεται σε θηλώματα που αναπτύσσονται στους γαλακτοφόρους πόρους εγγύς της θηλής, ενώ οι κακοήθειες αλλοιώσεις κυμαίνονται σε ποσοστό 5-20%. Η μαστογραφία σε ποσοστό μέχρι και 50% μπορεί να είναι αρνητική. Τα συνήθη υπερηχογραφικά ευρήματα είναι ο διατεταμένος γαλακτοφόρος πόρος με παρουσία μάζας μαλακών μορίων στο εσωτερικό του που καταλαμβάνει πλήρως τον πόρο ή εμφανίζεται ως τοιχωματική προσεκβολή με ή χωρίς εσωτερική αγγείωση.

Συμπεράσματα: Παρά την ανάπτυξη νέων πιο σύνθετων απεικονιστικών μεθόδων, ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος του μαστού παραμένει μια από τις πιο συχνά αιτούμενες εξετάσεις για την εκτίμηση της αυτόματης έκκρισης της θηλής, με στόχο την ανάδειξη της παθολογίας που την προκαλεί, την περαιτέρω διερεύνηση της με κατευθυνόμενη παρακέντηση ή την προεγχειρητική της εντόπιση.

38. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΥΨΗΛΗΣ ΕΥΚΡΙΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΟΡΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (DCIS)

Ειρ. Γεωργίου¹, Κ. Ψαρράς¹, Κ. Μπόκιου¹, Μ. Μπλάτου¹, Α. Σουλτάτος¹, Ν. Κρητικός¹, Δ. Δασκαλοπούλου², Ρ. Αγγελάτου¹

¹ Τμήμα Διαγνωστικής Μαστού, ΓΑΟΝΑ «Αγ. Σάββας», Αθήνα

² Κυτταρολογικό Τμήμα, ΓΑΟΝΑ «Αγ. Σάββας», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Το πορογενές μη διηθητικό καρκίνωμα του μαστού συχνά απεικονίζεται μαστογραφικά ως μη ψηλαφητή μάζα με αποιτανώσεις. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να εκτιμηθεί η ικανότητα του υπερηχογραφήματος υψηλής ευκρίνειας στην ανίχνευση του μη διηθητικού πορογενούς καρκινώματος του μαστού (DCIS) με περιγραφή των απεικονιστικών χαρακτηριστικών των αλλοιώσεων καθώς και η σημασία της υπερηχογραφικά καθοδηγούμενης παρακέντησης στην ιστολογική ταυτοποίηση των ευρημάτων.

Υλικό και μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη 75 περιπτώσεις μη διηθητικού πορογενούς καρκινώματος που διεκπεραιώθηκαν στο τμήμα μας. Από αυτές, οι 23 περιπτώσεις (ομάδα Α) διαγνώστηκαν μόνο με την χρήση υπερήχων ενώ τα υπόλοιπα 52 (ομάδα Β) διαγνώστηκαν μαστογραφικά ή κατά την κλινική εξέταση. Όλες οι περιπτώσεις επιβεβαιώθηκαν ιστολογικά με υπερηχογραφικά κατευθυνόμενα FNA και συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα με αυτά της ανοικτής βιοψίας.

Αποτελέσματα: Τα υπερηχογραφικά ευρήματα της ομάδας Α έδειξαν κυστικής ή συμπαγούς υφής αλλοιώσεις σε 18 ασθενείς (80%). Ο μέσος όρος ηλικίας της ομάδας Α ήταν σημαντικά υψηλότερος από ότι της ομάδας Β (60 έτη vs 51 έτη). Το μέγεθος του όγκου της ομάδας Α ήταν περίπου το μισό από της ομάδας Β. Μικρότερη ήταν επίσης και η ενδοπορική επέκταση του όγκου, οι οποίοι στις περισσότερες περιπτώσεις ήταν χαμηλού βαθμού κακοήθειας (low grade). Επίσης και οι όγκοι μεγέθους <5 mm ήταν στην πλειοψηφία τους, χαμηλού βαθμού κακοήθειας.

Συμπεράσματα: Η όλο και αυξανόμενη χρήση των υπερήχων υψηλής ευκρίνειας με τις υπερηχογραφικά καθοδηγούμενες επεμβατικές πράξεις έχουν αυξήσει σημαντικά το ποσοστό ανίχνευσης των καρκινωμάτων του μαστού που δεν απεικονίζονται μαστογραφικά. Τα περισσότερα από αυτά είναι μη διηθητικά πορογενή καρκινώματα (DCIS) ή μικρού μεγέθους διηθητικά καρκινώματα και όταν διαγιγνώσκονται υπερηχογραφικά είναι χαμηλού βαθμού κακοήθειας.

39. ΣΥΣΤΗΜΑ ΒΙΟΨΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ BLES ΩΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΜΗ ΨΗΛΑΦΗΤΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ειρ. Γεωργίου¹, Κ. Μπόκιου¹, Μ. Μπλάτου¹, Α. Εμμανουιλίδου¹, Κ. Ψαρράς¹, Ν. Αρνογιαννάκη², Ρ. Αγγελάτου¹

¹ Τμήμα Διαγνωστικής Μαστού, ΓΑΟΝΑ «Αγ. Σάββας», Αθήνα

² Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΑΟΝΑ «Αγ. Σάββας», Αθήνα

Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνηθεί αν η διαδερμική βιοψία με BLES μπορεί να αντικαταστήσει την χειρουργική βιοψία σε περιπτώσεις ασθενών με μικρές μη ψηλαφητές αλλοιώσεις μαστού.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη σε 92 ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν στο Τμήμα Διαγνωστικής Μαστού του Νοσοκομείου μας και υποβλήθηκαν σε στερεοτακτική βιοψία μαστού με BLES για μικρές αλλοιώσεις μέχρι 1 εκ. με αδιευκρίνιστα χαρακτηριστικά (BIRADS 4a) με σκοπό την ιστολογική τους ταυτοποίηση. Η μέση τιμή μεγέθους των αλλοιώσεων ήταν 8 χιλ. Το ιστοτεμάχιο εξαίρεσης ήταν ακέραιο με παρουσία ασφαλούς ορίου γύρω από τη βλάβη.

Αποτελέσματα: 70 αλλοιώσεις αναδείχθηκαν καλοήθεις, με 5 εκ των περιπτώσεων να ακολουθήσει περαιτέρω χειρουργική εκτομή ενώ σε μία μόνο περίπτωση αναδείχθηκε υπολειπόμενη νόσος. Οι υπόλοιπες 22 περιπτώσεις ανέδειξαν κακοήθεια με παρουσία υπολειπόμενης νόσου μόνο στις οκτώ από αυτές.

Συμπεράσματα: Το σύστημα βιοψίας με BLES αποτελεί μια αποτελεσματική τεχνική εξαίρεσης μικρών μη ψηλαφητών αλλοιώσεων με σκοπό την ιστολογική ταυτοποίησή τους, ενώ το υψηλό ποσοστό πλήρους εξαίρεσης των βλαβών την καθιστά μια εναλλακτική μέθοδο χωρίς την αναγκαιότητα περαιτέρω διαγνωστικής χειρουργικής αφαίρεσης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (POSTER)

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΑ (1)

1. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗ ΜΕ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ (RFA) ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΗΠΑΤΟΣ ΑΠΟ ΚΟΛΟ-ΟΡΘΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

Α. Παπαθεοδωροπούλου, Ε. Γεράρδος, Ι. Θάνου, Κ. Ταβερναράκη, Π. Φιλιπούσης, Σ. Αραποστάθνη, Ν. Σιδηροπούλου, Λ. Θάνος
Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Εκπαιδευτικός στόχος: Οι μεταστάσεις ήπατος από κολο-ορθικό καρκίνο αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο χειρουργικά. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στο να αναδείξει την θερμοκαυτηρίαση με ραδιοσυχνότητες (RFA) υπό CT καθοδήγηση, ως εναλλακτική μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτών.

Υλικό: Έγινε αναδρομική μελέτη της τελευταίας 5ετίας, σε 278 ασθενείς (146 άνδρες, 132 γυναίκες, ηλικίας 47-87 ετών), με 334 ηπατικές μεταστάσεις από κολο-ορθικό καρκίνο. Πριν από την επέμβαση, στους ασθενείς χορηγήθηκαν 3mg per os lexotanil και 75mg IM zideron, 45 λεπτά πριν από τη συνεδρία. Η επέμβαση έγινε υπό τοπική αναισθησία με 2% λιδοκαΐνη και είχε διάρκεια 9-22 λεπτά.

Ακολούθησε follow up έλεγχος με CT με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού και τεχνική δύο φάσεων. Σε ποσοστό 90,5% σημειώθηκε πλήρης ανταπόκριση. Τοπική υποτροπή της νόσου παρουσιάστηκε σε ποσοστό 16%, ενώ μακρινές μεταστάσεις στο 28%. Η μελέτη είχε μέσο χρόνο παρακολούθησης ασθενών τους 18 μήνες (3-36 μήνες). Δεν παρατηρήθηκαν μείζονες επιπλοκές. Η συνολική 1-ετής, 2-ετής και 3ετής επιβίωση εκτιμώνται αντίστοιχα σε 89,1, 72,8 και 65,4%.

2. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗΣ ΜΕ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ, ΥΠΟ CT ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ, ΤΩΝ ΔΥΣΚΟΛΑ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

Ε. Γεράρδος, Π. Φιλιπούσης, Α. Παπαθεοδωροπούλου, Π. Γεωργακοπούλου, Β. Καράμπελας, Ν. Σιδηροπούλου,
Σ. Αραποστάθνη, Κ. Ταβερναράκη, Λ. Θάνος

Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΠΓΝΝΘΑ «ΣΩΤΗΡΙΑ»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της αντιμετώπισης δύσκολα προσβάσιμων ηπατικών αλλοιώσεων με RFA, η παρουσίαση των τεχνικών που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και τα ποσοστά επιβίωσης.

Υλικό: Τα τελευταία 5 χρόνια αντιμετωπίσαμε στο τμήμα μας 650 ηπατικές αλλοιώσεις σε 590 ασθενείς (385 άνδρες, 205 γυναίκες, ηλικίας 19-83 ετών), εκ των οποίων οι 115 σε 93 ασθενείς ήταν δύσκολα προσβάσιμες (απόσταση μικρότερη από 5 χιλιοστά από μεγάλα αγγεία ή εξωηπατικά όργανα- καρδιά, χοληδόχος κύστη, δεξιό νεφρό, εντερικές έλικες). Το μέγεθος των αλλοιώσεων ήταν 1,5-6 εκ. Χρησιμοποιήσαμε δύο τύπους ηλεκτροδίων (RITA; RitaMedicalSystems, Inc, MountainView, CA, USA and MIRAS; InvatecS.r.l., Roncadelle, Italy).

Ολική νέκρωση παρατηρήθηκε στο 88,57 % των περιπτώσεων (93 αλλοιώσεις), ενώ σε 15 περιπτώσεις χρειάστηκε δεύτερη συνεδρία λόγω παρουσίας υπολειμματικού ιστού.

Τα ποσοστά επιβίωσης στον 1°, 2° και 3° χρόνο ήταν 79,8%, 59,04% και 46,6%.

Συμπερασματικά, η διαδερμική θερμοκαυτηρίαση με ραδιοσυχνότητες υπό AT καθοδήγηση, μπορεί να αποτελέσει, όταν πραγματοποιείται από έμπειρους επεμβατικούς ακτινολόγους, μια αποτελεσματική μέθοδο για την αντιμετώπιση και των δύσκολα προσβάσιμων ηπατικών αλλοιώσεων.



3. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΩΔΙΟΥΧΟΥ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ ΜΕΣΟΥ

Αγγελής Μπαρλαμπάς

Ιατρός Ακτινοδιαγνώστης, Επιμελητής Β΄ Γ.Π.Ν. Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»

Εκπαιδευτικοί στόχοι

Πρότυπο ερωτηματολόγιο ιστορικού ασθενούς

Υλικό

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

με ή χωρίς ενδοφλέβια χορήγηση ιωδιούχου σκιαγραφικού μέσου

Όνομ/μο:

Ηλικία: ΤΕΠ:

Ημερομηνία παραπομπής:

Βάρος σώματος:

Λόγος παραπομπής, βραχύ ιστορικό:

Κλινική διάγνωση ή διαφοροδιάγνωση:

Εργαστηριακά ευρήματα:

Ευρήματα από λοιπό απεικονιστικό έλεγχο:

Για το ενδεχόμενο χρήσης ενδοφλέβιου σκιαγραφικού, παρακαλώ συμπληρώστε τα κάτωθι και τοποθετήστε φλεβοκαθετήρα με το μικρότερο δυνατό G (ΓΚΡΙ) με ηπαρινισμό του.

Πιο πρόσφατη μέτρηση των τιμών κρεατινίνης ορού

Τιμή: GFR:

Ημερομηνία

Ιστορικό ήπιας ή σοβαρής αντίδρασης σε ιωδιούχο σκιαγραφικό μέσο

ναι όχι

Ιστορικό αλλεργίας χρήζουσας θεραπευτικής αγωγής

ναι όχι

Ιστορικό άσθματος

ναι όχι

Υπερθυρεοειδισμός

ναι όχι

Καρδιακή ανεπάρκεια

ναι όχι

Σακχαρώδης διαβήτης

ναι όχι

Ιστορικό νεφρικής νόσου

ναι όχι

Προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στους νεφρούς

ναι όχι

Ιστορικό πρωτεϊνουρίας

ναι όχι

Υπέρταση

ναι όχι

Ουρική αρθρίτιδα

ναι όχι

Ο ασθενής λαμβάνει αυτή τη στιγμή κάποιο από τα κάτωθι φάρμακα:

Metformin για τη θεραπεία του διαβήτη

 ναι όχι

Interleukin -2

 ναι όχι

NSAIDs

 ναι όχι

Αμινογλυκοσίδες

 ναι όχι

β-αναστολείς

 ναι όχι

Προηγούμενη χειρουργική επέμβαση ή προγραμματισμός για επέμβαση

 ναι όχι

Ιστορικό γνωστής νόσου

 ναι όχι

Διάφορες παρατηρήσεις:.....

Υπογραφή ιατρού

Υπογραφή ασθενούς

4. ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ PICC- LINE ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Βικτωρία Καρτσούνη, Μαρία Μπλάτου, Μυρσίνη Γκέλη

Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικής ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Να αναδειχθούν οι ενδείξεις τοποθέτησης picc-line σε ογκολογικούς ασθενείς, να τονιστεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητά τους.

Υλικό: Πραγματοποιήσαμε αναδρομική μελέτη στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε τοποθέτηση picc-line στο νοσοκομείο μας από τον Ιανουάριο του 2016 έως και τον Αύγουστο του 2017. Στο διάστημα αυτό τοποθετήσαμε 150 picc-line σε 147 ασθενείς (83 γυναίκες, 64 άνδρες, μ.ο ηλικίας 60ετών). 70 ασθενείς ήταν τελικού σταδίου, 38 έρχονταν χορήγησης παρεντερικής διατροφής 13 ήταν λιπόσαρκοι και κρίθηκε ακατάλληλη η τοποθέτηση port-a-cath, 18 χρειάζονταν μικρής διάρκειας θεραπεία και 8 αρνήθηκαν την τοποθέτηση port-a-cath. Σε 2 ασθενείς επανατοποθετήθηκε λόγω μετακίνησης του και σε έναν λόγω βακτηριαιμίας.

Οι επεμβάσεις διενεργήθηκαν από επεμβατικό ακτινολόγο στον ψηφιακό αγγειογράφο της μονάδας μας. Η φλεβική πρόσβαση ήταν μέσω της βασιλικής φλέβας (108 picc-line) ή της βραχιόνιας φλέβας (42 picc-line), υπό υπερηχοτομογραφική καθοδήγηση. Η τεχνική επιτυχία ήταν 100%. Τοποθετήσαμε picc-line 5 Fr μονού αυλού (125 περιστατικά) και διπλού αυλού (25 περιστατικά). Δεν παρατηρήθηκε καμμία άμεση επιπλοκή.

Η παραμονή του picc-line διακυμάνθηκε από 7 ημέρες έως 6 μήνες. Σε 127 ασθενείς το picc-line παρέμεινε έως το τέλος της θεραπείας ή την αποβίωση του ασθενούς. Σε 12 περιπτώσεις αφαιρέθηκε πρόωρα λόγω βακτηριαιμίας, σε 5 περιπτώσεις λόγω απόφραξης και σε 3 λόγω θρομβοφλεβίτιδας.

Το picc-line είναι περιφερικά εισαγόμενη κεντρική φλεβική γραμμή και ενδείκνυται για ασθενείς που απαιτούν αρκετές εβδομάδες έως 6 μήνες ενδοφλέβια θεραπεία. Η τοποθέτηση και η χρήση του είναι ασφαλής όταν γίνεται από εξειδικευμένο προσωπικό και αποτελεί ασφαλή επιλογή κεντρικής φλεβικής γραμμής σε ογκολογικούς ασθενείς διατηρώντας χαμηλά ποσοστά επιπλοκών.



5. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ: ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΒΗΜΑ ΠΡΟΣ ΒΗΜΑ

Ορτανσία Δορυφόρου¹, Αγορίτσα Αγρογιάννη², Σωτηρία Σιώζου², Μαρία Ρώμεση², Μαρία Σώκου²

¹ Ακτινοδιαγνώστρια Σμχος, Δ/ντρια Εργ. Υπερηχοτομογραφίας, 251 Γεν. Νοσ. Αεροπορίας

² Νοσηλευτική Υπηρεσία, 251 Γεν. Νοσ. Αεροπορίας

251 Γεν. Νοσ. Αεροπορίας, τμήμα Υπερηχοτομογραφίας

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η υπεζωκοτική συλλογή είναι μια κοινή οντότητα σε ένα γενικό νοσοκομείο, που άφορα συνήθως ηλικιωμένα άτομα και ογκολογικούς ασθενείς. Ο σκοπός της τοποθέτησης παροχέτευσης υπεζωκοτικής συλλογής είναι η ανακούφιση της δύσπνοιας του ασθενή και η εργαστηριακή ταυτοποίηση του υγρού για τη ακριβέστερη θεραπευτική προσέγγισή του.

Ο στόχος της εργασίας αυτής είναι η παροχή οδηγιών προς τους Ακτινοδιαγνώστες βήμα προς βήμα για την επίτευξη της ελάχιστα επεμβατικής αυτής πράξης με ευκολία στην καθημερινή ρουτίνα. Η γνώση των ανατομικών δομών της περιοχής είναι απαραίτητη.

Υλικό: Μονό στο διάστημα Ιανουαρίου 2016 – Μαρτίου 2017 διενεργήθηκαν 278 παροχέυσεις υπεζωκοτικής συλλογής. Η θέση του ασθενή ανάλογα με την γενική του κατάσταση ήταν από κατακεκλιμμένη έως καθιστή. Προηγείται η γραπτή συγκατάθεση του ασθενή ή των συγγενών του και ο έλεγχος ηπατικής (INR, αριθμός αιμοπεταλίων). Το σημείο εισόδου επιλέγεται με τη χρήση του ηχοβολέα και την τοποθέτηση δερματουγμού. Τα σημεία που αποφεύγονται είναι: Η γωνία της ωμοπλάτης που προκαλεί σημαντική ενόχληση στον ασθενή και πλησίον της ΣΣ λόγω της μεγαλύτερης στενότητας των μεσοπλεύριων διαστημάτων.

Στο σημείο εισόδου διενεργείται ενδοδερμικά πομφός με 1 cc τοπικού αναισθητικού και στη συνέχεια εγχύονται 5-7 cc κάρβατο προς το θωρακικό τοίχωμα και στο εκεί μεσοπλεύριο διάστημα έως ότου διαπεραστεί ο υπεζωκότας και ελεγχθεί με αναρρόφηση του υγρού.

Μια μικρή τομή του δέρματος με νυστέρι ή λεπίδα Νο 11 επιτρέπει την δερματική προσπέλαση του επικαλυμμένου trocar Νο 8 η Νο 10 French.

Καθώς προωθείται η συσκευή αφαιρείται προς τα έξω σταδιακά ο εσωτερικός σκληρός στυλεός παραμένοντας έτσι στην υπεζωκοτική κοιλότητα το μαλακό τμήμα του καθετήρα. Το άκρο του συσπειρώνεται σε rigid tail με ένα νήμα στην άκρη του καθετήρα που συνδέεται με σάκο συλλογής του υγρού. Τοποθετείται σταθεροποιητική ραφή δέρματος στην εγγύτητα του σημείου εισόδου του καθετήρα. Ακολουθεί νοσηλευτική περιποίηση της περιοχής και κάλυψη με αυτοκόλλητο επίθεμα.

ΘΩΡΑΚΑΣ

6. ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σφήκα Σοφία, Καταραχιάς Κωνσταντίνος, Δόκου Ελένη, Μούτου Μαργαρίτα, Μπαρέκα Χριστίνα, Μπιλάλη Αναστασία, Καρτσούνη Βικτωρία, Μυρσίνη Γκέλη

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η ανασκόπηση των ακτινολογικών ευρημάτων της ακτινικής πνευμονοπάθειας.

Υλικό: Παρουσιάζεται ασθενής ηλικίας 55 ετών, με χειρουργηθέν καρκίνωμα μαστού και ακτινοθεραπεία, η οποία προσήλθε για ψηφιακή ακτινογραφία θώρακος (F-P) στα πλαίσια του ετήσιου επανελέγχου της. Στην α/α παρατηρήθηκε διόγκωση και στρογγυλοποίηση της αριστερής πύλης και ζητήθηκε σύγκριση με προηγούμενες ακτινογραφίες. Στην προεχειρητική ακτινογραφία (προ βετίας) οι πύλες απεικονίζονταν συμμετρικές σε μέγεθος, θέση και πυκνότητα. Στον ακτινογραφία μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας παρατηρήθηκε περιοχική θολερότητα στην πλάγια λήψη, ενώ στον επανέλεγχο (μετά έτος) διαγνώσθηκε διόγκωση και στρογγυλοποίηση της αριστερής πύλης, χωρίς την παρουσία της θολερότητας. Περαιτέρω έλεγχος με CT θώρακος δεν ανέδειξε μάζα στο μεσοθωράκιο. Το εύρημα παραμένει έκτοτε σταθερό αποδιδόμενο σε ήπιες μετακτινικές αλλοιώσεις λόγω των ρικνωτικών πνευμονικών αλλοιώσεων της χρόνιας ινωτικής φάσεως. Η ακτινική πνευμονοπάθεια περιλαμβάνει 2 ευδιάκριτες διασυνδεδεμένες παθολογικές οντότητες, την Οξεία και την Χρόνια μετακτινική πνευμονίτιδα. Εκδηλώνεται μετά από ακτινοθεραπεία για ενδοθωρακική νόσο ή κακοήθεια του θωρακικού τοιχώματος. Η μετακτινική βλάβη του πνεύμονα εξελίσσεται σε 3 διαδοχικές φάσεις: εξιδρωματική, παραγωγική και χρόνια ινωτική. Τα κύρια ακτινολογικά ευρήματα περιλαμβάνουν εικόνα θολής υάλου ή

θολερότητα (αρχικό εύρημα) και πύκνωση με «γραμμική παρυφή» που δεν ακολουθεί τα φυσιολογικά ανατομικά όρια του πνεύμονα. Στην μετακτινική ίνωση διαδοχικές ακτινογραφίες είναι χρήσιμες για παρακολούθηση της εξέλιξης των αλλοιώσεων και συνήθη ευρήματα αποτελούν σαφώς αφοριζόμενες περιοχές απώλειας όγκου, γραμμοειδείς σκιάσεις, ρικνωτικά στοιχεία, πύκνωση και βρογχεκτασίες εξ' έλξεως. Η διαφοροδιάγνωση περιλαμβάνει την υποτροπή ή υπολλευματική νόσο, λεμφαγγειακή καρκινωμάτωση, λοίμωξη και όγκο οφειλόμενο στην ακτινοθεραπεία.

7. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΥΣΗ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΩΝ ΚΗΛΩΝ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΕ Α/Α ΚΑΙ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ

Ε. Χατζηδάκη

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Ν. Μεσσηνίας

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Παρουσιάζουμε 3 περιπτώσεις γιγαντιαίων κηλών του διαφράγματος, ερευνούμε τα όρια της Α/α θώρακος και επισημαίνουμε την πολύτιμη βοήθεια της Α/Τ.

Υλικό: Οι γιγαντιαίες κήλες Bochdaleck, με περιεχόμενο συμπαγή όργανα και εντερικές έλικες, δεν είναι συχνές (0,05%). Το ίδιο ισχύει και για τις γιγαντιαίες διαφραγματοκήλες τύπου IV (<0,5% όλων των διαφραγματοκηλών), οι οποίες μέσω μεγάλων χασμάτων του φρενο-οισοφαγικού συνδέσμου, επιτρέπουν στο μεγαλύτερο τμήμα του στομάχου, εντερικές έλικες, σπήνα και πάγκρεας να εισέλθουν εντός της κήλης.

Οι ασθενείς μας υποβλήθηκαν σε Α/α θώρακος, κατά την εισαγωγή τους στα ΤΕΠ για άλλα αίτια, όπου και διαπιστώθηκε η εικόνα κήλης του διαφράγματος. Στην συνέχεια υποβλήθηκαν σε Α/Τ θώρακος, με τα εξής αποτελέσματα: η πρώτη ασθενής παρουσίαζε γιγαντιαία δεξιά κήλη Bochdalek, με περιεχόμενο εντερικές έλικες και δεξιό νεφρό. Ίδιας φύσεως κήλη αριστερά απεικονίσθηκε στην δεύτερη ασθενή, με τμήμα στομάχου, λεπτού και σπλήνα. Ο τρίτος ασθενής παρουσίασε γιγαντιαία διαφραγματοκήλη, με περιεχόμενο στομάχο, τμήμα του δωδεκαδακτύλου και του παγκρέατος.

Η Α/α θώρακος είναι πολύτιμη για την αποκάλυψη των κηλών του διαφράγματος, όντας σε θέση να εκτιμήσει την παρουσία μάζας εντός του θώρακος (συχνά με παρουσία υγραερικού επιπέδου - με ή χωρίς το «σημείο του κολάρου») και την ανύψωση ή παραμόρφωση του ημιδιαφράγματος. Αδυνατεί όμως να μας παρέχει πλήρη στοιχεία για το περιεχόμενο της κήλης. Αντίθετα, η άμεση απεικόνιση του χάσματος του διαφράγματος και των οργάνων εντός της θωρακικής κοιλότητας, καθώς και οι πιθανές επιπλοκές, όπως η περίσφιξη, επιτυγχάνεται με την Α/Τ (ευαισθησία 71-100%). Επίσης αποτελεί εξαιρετικό εργαλείο για τον προεγχειρητικό σχεδιασμό και την εκτίμηση της πορείας του ασθενούς.

8. ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΙΟΣ ΠΑΧΥΠΛΕΥΡΙΤΙΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΖΟΜΕΝΗ ΩΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Χαΐνη Δήμητρα¹, Χαΐνη Ελευθερία¹

¹ Ακτινολογικό Τμήμα ΠΕΔΥ - ΜΥ Κέρκυρας

² Πνευμονολογική Κλινική ΓΝ Κέρκυρας

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η απεικόνιση κοιλοτικής εξεργασίας στην Ακτινογραφία θώρακα αποτελεί διαγνωστική πρόκληση για τον Ακτινοδιαγνώστη και τον Κλινικό Ιατρό.

Κακοήθεις εξεργασίες και λοιμώξεις αποτελούν τα συνθεότερα αίτια κοιλοτικής απεικόνισης στους πνεύμονες.

Στην Εργασία αυτή παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με απεικόνιση στην ακτινογραφία θώρακα παχυτοικωματικής κοιλότητας, η οποία οφείλετο σε σύμπτωση σκιάσεων εκτεταμένης ασβεστοποιού παχυπλευρίτιδας.

Υλικό: Ασθενής 92 ετών, μη καπνιστής, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης προσήλθε με από 24ώρου πυρετό 38° C και αιμόπτυση. Στην ακρόαση θώρακα δεν υπήρχαν παθολογικοί ήχοι. Η ΡΟ2 ήταν 96% στην εισπνοή αέρα. Η ακτινογραφία θώρακα στην οπισθιο-πρόσθια λήψη ανέδειξε παχυτοικωματική κοιλότητα με ομαλά εσωτερικά όρια κατά το δεξιό μέσον πνευμονικό πεδίο, μη απεικονισθείσα στη πλάγια ακτινογραφία θώρακα. Απεικονίσθηκε επίσης συμπαγής όζος παρακαρδιακά αριστερά. Η Υπολογιστική Τομογραφία θώρακος έδειξε εκτεταμένη ασβεστοποιό παχυπλευρίτιδα δεξιού ημιθωρακίου, χωρίς παρουσία



κοιλότητας. Η ασβεστοποιός παχυπλευρίτις παρουσίαζε ασυνέχειες και σχηματισμό ατελών κοιλοτικών σχηματισμών, η προβολή των οποίων έδωσε προφανώς την εικόνα του κοιλοτικού σχηματισμού στην οπισθοπρόσθια ακτινογραφία θώρακα. Απεικονίσθηκαν επίσης όζοι στο αριστερό κάτω πνευμονικό πεδίο.

Συμπεράσματα: Η περίπτωση αυτή υπογραμμίζει την ανάγκη ορθής αξιολόγησης των απεικονιστικών ευρημάτων στην ακτινογραφία και τις ψευδείς εικόνες που μπορούν να απεικονισθούν από προβολή παχυπλευριτιδικών αλλοιώσεων.

9. Η ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ ΚΑΙ Η ΔΕΡΜΟ-ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΑΝΤΟΥΧ ΣΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ (ΓΙΑ ΑΔΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ-ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ)

Φ. Λυσιώτης, Ι. Παπαδόπουλος, Σ. Ράπτη, Π. Λεονάρδου

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Σισμανογλείου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Αθηνών. Διευθυντής Αναστόπουλος Ιωάννης

Σκοπός: Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας της κατά μέτωπο οπισθιο-προσθίας ακτινογραφίας θώρακα στη διαπίστωση μεταδοτικής ενεργού παρεγχυματικής νόσου.

Υλικό-Μέθοδος: Σε αυτή την εργασία συμπεριλήφθηκε το σύνολο σχεδόν των αλλοδαπών που προσήλθανε στο Σισμανόγλειο Γ.Π.Ν.Α. (τη χρονική περίοδο Σεπτέμβριος 2005 - Απρίλιος 2006) για την χορήγηση πιστοποιητικού υγείας (που απαιτείται για την έκδοση άδεια εργασίας-παραμονής). Όλοι αυτοί οι 1230 αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες ηλικίας 14-87 χρονών (Μέση ηλικία 32,2 χρόνια) υποβλήθηκαν στα πλαίσια του εργαστηριακού τους ελέγχου σε απλή κατά μέτωπο οπισθιο-προσθία α/α θώρακα και δερμο-αντίδραση ΜΑΝΤΟΥΧ ενώ σε μερικές περιπτώσεις (με ύποπτα ή ασαφή ακτινογραφικά παθολογικά ευρήματα) χρειάστηκε συμπληρωματικός απεικονιστικός έλεγχος (επανάληψη ακτινογραφίας στην ίδια ή διαφορετική προβολή)

Αποτέλεσμα: Οι αλλοδαποί που συμπεριελήφθησαν σε αυτή την εργασία, 831 άνδρες ηλικίας 18-68 χρονών (Μέση ηλικία 29,56 χρόνια) και 399 γυναίκες ηλικίας 14-87 χρονών (Μέση ηλικία 34,84 χρόνια), διαφόρων εθνικοτήτων που κατάγονται από χώρες (Αίγυπτος, Αιθιοπία, Αλβανία, Βουλγαρία, Γερμανία, Γεωργία, Λίβανος, Ιαπωνία, Ιράκ, Ιράν, Κίνα, Λιθουανία, Μπαγκλαντές, Μολδαβία, Νιγηρία, Πακιστάν, Ουκρανία, Ρουμανία, Ρωσία, Σομαλία, Σερβία, Σλοβενία, Σουδάν, Σριλάνγκα, Πολωνία, Συρία, Φιλιππίνες) σε μερικές από τις οποίες δεν είναι σπάνια η παρουσία και νόσηση από μία ενεργό πνευμονική παρεγχυματική νόσο (όπως η φυματίωση). Θα πρέπει λοιπόν όλοι αυτοί οι οικονομικοί μετανάστες να ελέγχονται επιμελώς και επισταμένα.

Συμπέρασμα: Η απλή α/α θώρακος σε συνδυασμό με την δερμο-αντίδραση ΜΑΝΤΟΥΧ αποτελούνε μια εξέταση ρουτίνας κι' ένα ασφαλές κριτήριο για την διάγνωση της φυματίωσης και την κατ' επέκταση αποφυγή της μελλοντικής αναζωπύρωσης και εξάπλωσης της νόσου στην χώρα μας.

10. Η ΠΟΙΚΙΛΟΜΟΡΦΙΑ ΤΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΟΥΜΕΝΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ (OP-COP) ΣΤΗΝ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (ΑΤ) ΘΩΡΑΚΟΣ

Ε. Γεράρδος, Α. Παπαθεοδωροπούλου, Π. Γεωργακοπούλου, Β. Καράμπελας, Ν. Σιδηροπούλου, Κ. Ταβερναράκη, Π. Φιλιπούσης, Σ. Αραποστάθη, Λ. Θάνος

Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η καταγραφή και μελέτη του φάσματος των απεικονιστικών ευρημάτων της οργανούμενης πνευμονίας (OP) στην ΑΤ θώρακος καθώς και η ποικιλομορφία που παρουσιάζει η OP.

Υλικό: Έγινε αναδρομική μελέτη σε 47 ασθενείς (12 άντρες και 35 γυναίκες), με **επιβεβαιωμένη** BOOP, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ΑΤ θώρακος κατά τα δυο τελευταία έτη στο τμήμα μας. Η ΑΤ θώρακος πραγματοποιήθηκε σε πολυτομικό αξονικό τομογράφο 64 τομών, με τομές πάχους 1 χιλ. και ακολούθησε HRCT.

Τα γενικά ευρήματα ήταν:

1. Πυκνωτικά διηθήματα (100%)
2. Περιοχές θολής υάλου (50%)
3. Παρουσία οζιδίων (25%)
4. Διογκωμένοι λεμφαδένες (50%)

5. Βρογχιεκτασίες εξ έλξεως και κυλινδρικές (65%)
6. Ινώδεις αλλοιώσεις (65%)
7. Υπεζωκοτική συλλογή (20%)
8. Υπεζωκοτική πάχυνση (10%)
9. Εικόνα μωσαϊκού (5%)
10. Εμφύσημα (5%)
11. Σημείο της ατόλης (5%)

Συμπερασματικά, η ΟΡ παρουσιάζει μεγάλη ποικιλομορφία στην ΑΤ θώρακος, με κυρίαρχα απεικονιστικά ευρήματα τα περιφερικά και περιβρογχοαγγειακά, πυκνωτικά και θολής υάλου διηθήματα, ακολουθούν οι βρογχιεκτασικές και οι ινώδεις αλλοιώσεις, καθώς και οι διογκωμένοι λεμφαδένες.

ΚΑΡΔΙΑ - ΑΓΓΕΙΑ

11. KLIPPEL-TRENAUNAY SYNDROME (KST). ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Κ. Καλοκαιρινού, Ε. Καρράς, Ι. Θεοδωράκης, Ι. Βλάχου, Α. Πετεινέλη, Κ. Κοκκίνης
Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»

Γυναίκα 18 χρ. προσέρχεται με εμπύρετο (40°) από διημέρου, με οίδημα – φλεγμονή μαλακών μορίων έσω επιφανείας δεξιού μηρού, επιπολής θρομβοφλεβίτιδα και αυξημένους δείκτες φλεγμονής από τον εργαστηριακό έλεγχο. Η ασθενής αναφέρει διαγνωσμένο από παιδικής ηλικίας Klippel-Trenaunay Syndrome (KST) με εκτεταμένη φλεβική δυσπλασία αυξανόμενη σε έκταση με επανειλημμένες εξάρσεις, με κατά τόπους θρομβώσεις και αιμορραγίες σε διάφορα σημεία του κάτω άκρου. Επιπλέον, αναφέρει χωλότητα στην βάδιση, ευαισθησία στην περιοχή του έσω μεσαρθρίου του δεξιού γόνατος και ακινησία της επιγονατίδας, λόγω εκτεταμένης δυσπλασίας με περιορισμό στην κίνηση.

Η ασθενής υπεβλήθη σε παροχέτευση αποστηματοποιημένης συλλογής σε έδαφος επιπολής θρομβοφλεβίτιδος. Λόγω της παράτασης του εμπύρετου, υπεβλήθη σε CT ελέγχου τραχήλου, θώρακος και κοιλίας, με ευρήματα: Εκτεταμένες αγγειακού τύπου κατά κύριο λόγο φλεβικές δυσπλασίες σε τράχηλο, θώρακα, κοιλιακή και οσφυϊκή χώρα δεξιά με ενδοκοιλιακή, ενδοπυελική και οπισθοπεριτοναϊκή επέκταση και πολλαπλά μικρά αιμαγγειώματα σπλήνος.

Το KTS είναι συγγενής διαμαρτία με σποραδική εμφάνιση χαρακτηριζόμενη από την τριάδα: (α) τριχοειδικές (β) φλεβικές δυσπλασίες και (γ) υπερτροφία μαλακών μορίων και οστών του ενός κάτω άκρου. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ευρύ φάσμα από τις ήπιες μορφές που προκαλούν μόνο αισθητική δυσμορφία μέχρι σοβαρή ανικανότητα σχετιζόμενη με μαζική υπεράφηση του σκέλους, σύνδρομο χρόνιου πόνου, φλεγμονές, αρθρίτιδα, θρομβοεμβολικά επεισόδια και απειλητικές για την ζωή αιμορραγίες.

Η θεραπεία είναι, κυρίως, συντηρητική με χειρουργική αντιμετώπιση των επιπλοκών.

12. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΑ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Νικολέττα Ρήγα, Χριστίνα Σκιαδά, Ελένη Νικολέντζου, Σοφία Γεωργαντζή, Λουίζα Φώτη, Αθηνά Αναγνωσταρά,
Νίκη Ρόππα-Λεπίδα, Σοφία Μυλωνά
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» - Ε.Ε.Σ.

Σκοπός: Το ανεύρυσμα της στεφανιαίας αρτηρίας ορίζεται ως τοπική διάταση του αυλού, τουλάχιστον 1,3 έως 2 φορές τη διάμετρο ενός φυσιολογικού παρακείμενου τμήματος αναφοράς. Τα γιγαντιαία ανευρύσματα αναφέρονται σε ανευρύσματα με διάμετρο μεγαλύτερη από 20 χιλ. Οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την αθηροσκλήρυνση, την αρτηρίτιδα Takayasu, αυτοάνοσα νοσήματα, τη νόσο Kawasaki και ιατρογενείς. Τα περισσότερα γιγαντιαία ανευρύσματα είναι ασυμπτωματικά, αλλά μερικοί ασθενείς εμφανίζουν σοβαρή κλινική εικόνα.

Υλικό και μέθοδοι: Ασθενής, άρρεν, 83 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου μας αιτιώμενος θωρακαλγία από ημερών. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα δεν ανέδειξε ανωμαλίες και το αρχικό επίπεδο τροπονίνης ήταν φυσιολογικό. Οι παράγο-



ντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο περιλάμβαναν υπερλιπιδαιμία, υπέρταση και ιστορικό καπνίσματος. Είχε επίσης υποβληθεί σε αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας πριν από 20 χρόνια. Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε συμπαγή αλλοίωση που θεωρήθηκε καρδιακός όγκος. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε υπολογιστική τομογραφία θώρακος για περαιτέρω διερεύνηση.

Αποτελέσματα: Η υπολογιστική τομογραφία ανέδειξε ανεύρυσμα του πρόσθιου κατιόντος κλάδου, διαστάσεων 4,3 x 4,2 x 7,7 εκ. Ελέγχθηκε ανεύρυσμα δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, διαστάσεων 5,3 x 6,2 x 5 εκ. με τοιχωματικό θρόμβο και πιεστικά φαινόμενα στη δεξιά κοιλία. Τέλος παρατηρήθηκε ατρακτοειδές ανεύρυσμα στη βάση της καρδιάς, κάτωθεν του δεξιού κόλπου, διαστάσεων 3,9 x 3,8 x 8,2 εκ. το πιθανότερο σε κλάδο της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. Ο ασθενής επέλεξε την συντηρητική θεραπεία με αντι-αιμοπεταλιακά, στατίνες και βήτα-αναστολείς. Συστήθηκε τακτική παρακολούθηση.

Συμπέρασμα: Μη επεμβατικές τεχνικές, όπως το υπερηχοκαρδιογράφημα, η υπολογιστική τομογραφία και ο μαγνητικός συντονισμός, μπορούν να ανιχνεύσουν τα ανευρύσματα στεφανιαίων αρτηριών. Η στεφανιογραφία παραμένει η εξέταση εκλογής. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να εξετάζεται η χειρουργική θεραπεία για την αποφυγή πιθανών επιπλοκών.

13. ΕΞΩΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΑΡΚΩΜΑ EWING ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

B. Μαυρίδου¹, K. Λυμπερόπουλος¹, X. Σαμαρά¹, B. Παπαδάκης², Γ. Ζώης¹, N. Πολυκάρπου¹, X. Αργύρης¹, A. Καλημέρη¹

¹ Κέντρο Νεότερων Απεικονιστικών Μεθόδων Γ.Ν.Α. «ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

² Ογκολογική Μονάδα «Μαριάννα Βαρδινογιάννη-ΕΛΠΙΔΑ»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Οι πρωτοπαθείς καρδιακές νεοπλασίες είναι σπάνιες οντότητες με λίγες δημοσιευμένες περιπτώσεις στην βιβλιογραφία. Το σάρκωμα περικαρδίου αποτελεί την πιο συχνή από αυτές. Εξαιτίας της σπανιότητας και των μη ειδικών συμπτωμάτων η διάγνωση αργεί να τεθεί. Η θεραπευτική προσπάθεια είναι συνδυαστική με φτωχά αποτελέσματα, λόγω δυσμενούς πρόγνωσης της νόσου.

Υλικό: Η περίπτωση αφορά 7χρονο παιδί που προσήλθε με συμπτώματα οξέως καρδιακού επιπωματισμού. Ακολούθησε απεικονιστική διερεύνηση με υπερηχογράφημα και μαγνητική τομογραφία, όπου αναδείχθηκε παρουσία χωροκατακτητικής εξεργασίας στο περικάρδιο, η οποία διηθούσε τον αριστερό κόλπο. Ακολούθησε ιστολογική ταυτοποίηση, η οποία κατέδειξε εξωσκελετικό σάρκωμα Ewing.

14. Η ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΟΚΛΟΠΗΣ

Δ. Στεφάνου, K. Ιωσηφίδης, A. Κλεάνθους, A. Σκούρα, Π. Ιωαννίδη, Σ. Γεωργακόπουλος, B. Μέλλου, Δ. Τομαής, Δ.Δ. Κόκκινος, E.Γ. Αντύπα, Π. Τσερωτάς, I.B. Καλογερόπουλος

Ακτινολογικό Τμήμα-Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η μελέτη της παθοφυσιολογίας, της κλινικής εικόνας και της υπερηχογραφικής διάγνωσης του συνδρόμου υποκλοπής.

Υλικό: Το σύνδρομο υποκλοπής προκαλείται λόγω κεντρικής μεγάλης στένωσης ή απόφραξης της υποκλειδίου αρτηρίας. Σαν αποτέλεσμα, η σπονδυλική αρτηρία δεν αιματώνει τον εγκέφαλο, αλλά εμφανίζει ανάστροφη ροή αρδεύοντας το άνω άκρο. Κλινικά εκδηλώνεται με νευρολογικά συμπτώματα, συγκοπή, κυκλοφορικά προβλήματα και διαφορά αρτηριακής πίεσεως μεταξύ των άνω άκρων. Μελετούμε την παθοφυσιολογία και τα ευρήματα από υπερηχογραφικές εξετάσεις του συνδρόμου.

Η υπερηχογραφική διάγνωση τίθεται με διαπίστωση ανάστροφης ροής στη σπονδυλική αρτηρία συγκριτικά με τη σύστοιχο κοινή καρωτίδα. Η διάγνωση είναι εύκολη, αρκεί να ρυθμισθούν συγκεκριμένες τεχνικές παράμετροι για την ικανοποιητική απεικόνιση όλων των εμπλεκόμενων αγγείων.

Η κατανόηση της παθοφυσιολογίας του συνδρόμου υποκλοπής και η εμπειρία στην υπερηχογραφική εξέταση των αγγείων του τραχήλου είναι απαραίτητες για την ορθή διάγνωση.

15. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΣΠΛΗΝΟΠΥΛΑΙΟΥ ΑΞΟΝΑ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΒΥΘΙΟ ΑΛΓΟΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΧΩΡΑ

Κουρτσοπούλου Όλγα¹, Κυριαζίδου Άννα², Μπεληγιάννης Χάρης³, Πατελάρου Μαρία⁴, Τσίρμπα Παναγιώτα⁵, Κυριακή Μπαρουτσά⁶, Κουτέλας Νίκος⁷, Γεωργούλια Γεωργία⁸

¹ Ειδ/νη Ιατρός Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος Γ.Ν. Νίκαιας «Άγ. Παντελεήμων»

² Ειδ/νη Ιατρός Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος Γ.Ν. Νίκαιας «Άγ. Παντελεήμων»

³ Επικ/ος Ιατρός Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

⁴ Ειδ/νη Ιατρός Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

⁵ Ειδ/νη Ιατρός Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

⁶ Επιμ. Β΄ Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος Γ.Ν. Νίκαιας «Άγ. Παντελεήμων»

⁷ Ειδ/νος Ιατρός Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος Γ.Ν. Νίκαιας «Άγ. Παντελεήμων»

⁸ Διευθ/α Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος Γ.Ν. Νίκαιας «Άγ. Παντελεήμων»

Εκπαιδευτικός στόχος: Θρόμβωση Σπληνοπυλαίου Άξονα, σε νεαρή γυναίκα με άτυπη κλινική εικόνα.

Υλικό: Νεαρή γυναίκα 30 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας με βύθιο κοιλιακό άλγος από ημερών. Στα πλαίσια του ελέγχου πραγματοποιείτε υπερηχοτομογράφημα άνω κοιλίας και κατόπιν αξονική άνω κάτω κοιλίας. Το υπερηχοτομογράφημα άνω κοιλίας αναδεικνύει θρόμβωση σπληνοπυλαίου άξονα και ανομοιογένεια σπληνός (πιθανά έμφρακτα). Η αξονική επιβεβαιώνει τα εύρηματα, επιπλέον αναδεικνύει θρόμβωση άνω μεσεντερίου και της δεξιάς ηπατικής φλέβας.

16. ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟ ERDHEIM – CHESTER

Μ. Πατέρας, Κ. Λυμπερόπουλος, Θ. Μαντζουράνης, Ν. Κουτσογιάννη, Θ. Δάγλα, Θ. Καραβασίλης*, Ζ. Νικολακοπούλου, Π. Λουρίδα*

ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

* ΓΝΑ «Η Σωτηρία»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού νόσου Erdheim – Chester (ECD) με εντόπιση στην καρδιά και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Υλικό: Σε γυναίκα 68 ετών, με προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια από τριμήνου και οιδήματα κάτω άκρων διαπιστώθηκε σε ακτινογραφία θώρακος πλευριτική συλλογή. Έγινε παρακέντηση της πλευριτικής συλλογής και ελήφθη βιοψία υπεζωκότα. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ξανθοκοκκιωματώδη φλεγμονή με παρουσία ιστοκυτταρικού πληθυσμού και έθεσε την υποψία ECD. Έγινε περαιτέρω εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος για την αξιολόγηση της επέκτασης της νόσου ο οποίος περιελάμβανε και MRI καρδιάς.

MRI καρδιάς: Πάχυνση του μυοκαρδίου της αριστεράς κοιλίας.

Πάχυνση του τοιχώματος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και του δεξιού κόλπου.

Ήπια πάχυνση του τοιχώματος του αριστερού κόλπου και του μυοκαρδίου της δεξιάς κοιλίας στο χώρο εξόδου. Η πάχυνση προκαλείται από ιστό με χαμηλής έντασης σήμα στις εικόνες T2.

Καθήλωση του σκιαγραφικού στο υπενδοκάρδιου του κατώτερου τοιχώματος της αριστεράς κοιλίας σε παρατεταμένες λήψεις.

Ήπια πάχυνση του τοιχώματος της θωρακικής αορτής.

Τα ευρήματα αυτά, είναι συμβατά με την υποκείμενη νόσο.

Η ECD είναι μια MH-Langerhans ιστοκύτωση η οποία προσβάλλει τα οστά, τα νεφρά, τα επινεφρίδια, πνεύμονες- υπεζωκότα, ΚΝΣ και καρδιαγγειακό.

Τα ιστοκύτταρα, λόγω μεγάλης παραγωγής διεισδύουν στον χαλαρό συνδετικό ιστό κάνοντάς τον πιο πυκνό και ινώδη.

Στην καρδιά τα ευρήματα αφορούν στο:

1. Περικάρδιο (πάχυνση / συλλογή / επιπωματισμός)

2. Μυοκάρδιο (διήθηση κολποκοιλιακού διαφράγματος - τοιχωμάτων κόλπων-κοιλιών - περιαρτηριοστεφανιαία).



17. ΜΥΚΩΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ε. Χατζηδάκη

Ακτινοδιαγνωστικό τμήμα Γ. Ν. Μεσσηνίας

Σκοπός: Ο «παραπλανητικός» όρος *μυκωτικό ανεύρυσμα* χρησιμοποιείται για να περιγράψει το επιμολυσμένο ανεύρυσμα, ανεξάρτητα από την παθογένεσή του. Εδώ παρουσιάζεται μία περίπτωση μυκωτικού ανευρύσματος.

Υλικό: Ασθενής, 76 ετών, προσήλθε στα ΤΕΠ με έντονο κοιλιακό άλγος, εμπύρετο και σφύζουσα μάζα. Διενεργήθηκε άμεσα Α.Τομογραφία και Α.Αγγειογραφία κοιλίας.

Η εξέταση ανέδειξε ευμέγεθες, υπονεφρικό, λοβωτό ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής, με παχύ τοίχωμα και φυσαλίδες αέρα εντός του. Απεικονίσθηκε δε εκτεταμένη ρήξη. Η ασθενής κατέληξε λίγο αργότερα.

Το μυκωτικό ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής αποτελεί μία πολύ σπάνια και εξαιρετικά επίφοβη νοσολογική οντότητα (η συχνότητα της στα χειρουργημένα ανευρύσματα ανέρχεται στο 0,7-1%), με πολύ υψηλά ποσοστά θνητότητας, λόγω ρήξης, γενικευμένης σήψης ή εκτεταμένης περιαορτικής λοίμωξης. Ο μικροοργανισμός που απομονώνεται συχνότερα είναι η *Salmonella*. Με μικρότερη συχνότητα απαντώνται στελέχη *Staphylococcus* και *Streptococcus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, καθώς και μύκητες.

Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί εγκαθίστανται στο τοίχωμα του αγγείου με αιματογενή ή λεμφογενή διασπορά ή ακόμη και κατά συνέχεια ιστών. Ειδικά απεικονιστικά χαρακτηριστικά αποτελούν η σακκοειδής μορφολογία και η ασυνήθης θέση του ανευρύσματος, η λύση των τοιχωματικών αποιτανώσεων του ανευρύσματος, η θολερότητα του περιβάλλοντος λίπους και η παρουσία φυσαλίδων αέρα, καθώς και αλλοιώσεις των παρακείμενων ιστών, όπως η αντιδραστική λεμφαδενοπάθεια, η παραορτική συλλογή υγρού και η πιθανή διήθηση παρακείμενων σπονδύλων.

Η Α.Τ. και Α. Αγγειογραφία αποτελεί την μέθοδο εκλογής για την ανάδειξη μυκωτικού ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής, επισημαίνοντας με επιτυχία τα ειδικά χαρακτηριστικά του και αντικαθιστώντας πλήρως την Ψηφιακή Αγγειογραφία. Επίσης δίνει σημαντικές πληροφορίες στον χειρουργό, καθοδηγώντας τον στον χειρουργικό σχεδιασμό, όπου αυτός είναι δυνατός.

18. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ MAY-THURNER SYNDROME

Ι. Μπράκος, Ι. Πούλος, Α. Νικολόπουλος, Π. Νικολαράκος,

Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν. Άργους

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η περιγραφή των απεικονιστικών ευρημάτων σε ασθενή με May-Thurner syndrome.

Υλικό: Ασθενής γυναίκα 51 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ του νοσοκομείου μας λόγω άλγους ΑΡ κάτω άκρου, το οποίο εμφανιζόταν θερμό, ερυθρό, με εικόνα οιδήματος. Πραγματοποιήθηκε triplex φλεβών όπου και αναδείχθηκε εικόνα θρόμβωσης στο εν τω βάθει φλεβικό δίκτυο του ΑΡ κάτω άκρου που εκτεινόταν καθ' όλο το μήκος αυτού έως και το επίπεδο της ΑΡ κοινής λαγονίου φλέβας. Η ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας όπου και αναδείχθηκε εικόνα θρόμβωσης της κοινής λαγονίου φλέβας καθώς και των κλάδων αυτής. Στην ΑΡ κοινή λαγονία φλέβα εικονίζονταν έντονα πιεστικά φαινόμενα από την ΔΕ κοινή λαγονία αρτηρία και από το σώμα του ισοϋψούς σπονδύλου, με σημαντικό βαθμού μείωση του εύρους του αυλού της φλέβας και σε κατώτερο επίπεδο θρόμβωσης αυτής. Τα ανωτέρω απεικονιστικά ευρήματα συνηγορούσαν σε May Thurner syndrome. Σε αξονική τομογραφία θώρακος που έγινε με πρωτόκολλο για αναδειξη πνευμονικής εμβολής απεικονίστηκε εικόνα θρόμβωσης σε τμηματικούς και υποτμηματικούς κλάδους για τους κάτω λοβούς άμφω και τον ΔΜΛ.

Ως May-Thurner syndrome αναφέρεται το σύνδρομο όπου ασκούνται χρόνια πιεστικά φαινόμενα στην ΑΡ κοινή λαγονία φλέβα, από την ΔΕ κοινή λαγονία αρτηρία και το ισοϋψές σπονδυλικό σώμα. Η συχνότητά της σε αναδρομικές μελέτες με CT κυμαίνεται σε 22-24%. Παρά την υψηλή συχνότητα αυτής της ανατομικής παραλλαγής το MTS σχετίζεται με το 2-3% των περιστατικών με DVT. Το MTS είναι μια αιτία της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης που διαφεύγει συχνά από κατά τον απεικονιστικό έλεγχο.

19. ΣΤΕΝΩΣΗ ΙΣΘΜΟΥ ΑΟΡΤΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ: ΟΨΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕ CT

Ανθή Λάρδα¹, Μαρία Αναγνώστου¹, Ισμήνη Κουκουμτζή¹, Σπυριδούλα Μούσιου¹, Θάλεια Δάγλα¹, Στρατηγοπούλου Αθανασία², Κωνσταντίνος Τσιλίκας¹, Σωτηρία Σταθοπούλου¹

¹ Ιατρός Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

² Τεχνολόγος Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού, που διαγνώσθηκε όψιμα στένωση του ισθμού της αορτής σε άνδρα ηλικίας 47 ετών. Η στένωση ισθμού της αορτής είναι μία συγγενής ανωμαλία, κατά την οποία παρατηρείται στένωση της αορτής μετά την έκφυση της αριστερής υποκλειδιάς αρτηρίας. Η διάγνωση γίνεται συνήθως στην παιδική ηλικία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή και είναι απαραίτητη η αντιμετώπισή της, λόγω σοβαρών καρδιαγγειακών επιπλοκών. Μπορεί να διαγνωσθεί σε προχωρημένη ηλικία, αν είναι ασυμπτωματική ή αν η υπέρταση είναι το μοναδικό σύμπτωμα, επειδή τα κλινικά της σημεία μπορεί να διαφύγουν της προσοχής αν δεν γίνει μια ολοκληρωμένη και σωστή φυσική εξέταση. Η CTA και η MRA είναι χρήσιμες στην επιβεβαίωση της διάγνωσης και την παρακολούθηση μετά την χειρουργική αποκατάσταση.

Υλικό: Άνδρας 47 ετών με αρτηριακή υπέρταση, χωρίς ανταπόκριση στην αντιυπερτασική αγωγή, χωρίς ιστορικό καρδιακού νοσήματος ή οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης, προσήρθε στο τμήμα μας ως εξωτερικός ασθενής για τη διενέργεια CTA θωρακικής αορτής, λόγω ύποπτων ευρημάτων σε α/α θώρακος (εντομές στο κάτω χείλος των πλευρών και το σημείο του αριθμού «3»). Η CTA επιβεβαίωσε σημαντική στένωση της θωρακικής αορτής με σχεδόν πλήρη απόφραξη (τριχοειδική τοπικά απεικόνιση) στο επίπεδο αμέσως μετά την έκφυση των μεγάλων αγγείων του τόξου, περιφερικά της αριστερής υποκλειδιάς αρτηρίας και ανευρυσματική διάταση της ανωνύμου και των υποκλειδιάς αρτηριών και μέσω αυτών ανάπτυξη έντονου παράπλευρου δικτύου στο πλάγιο και οπίσθιο θωρακικό τοίχωμα για επαναιμάτωση της κατιούσης θωρακικής αορτής αμέσως περιφερικότερα της στένωσης.

ΚΕΦΑΛΗ - ΤΡΑΧΗΛΟΣ**20. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ**

Δόκου Ελένη, Σφήκα Σοφία, Καταραχιάς Κωνσταντίνος, Μούτου Μαργαρίτα, Κρητικός Νικόλαος, Μπαρέκα Χριστίνα, Καρτσούνη Βικτωρία, Γκέλη Μυρσίνη

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα ΓΑΘΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού διαχωρισμού κοινής καρωτίδας αρτηρίας που αποτελούσε τυχαίο υπερηχογραφικό εύρημα.

Υλικό: Άνδρας 71 ετών προσήλθε προκειμένου να υποβληθεί σε κατευθυνόμενη υπερηχογραφικά FNA όζου θυρεοειδούς. Πάσχει από GIST στομάχου και υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία. Κατά το υπερηχογράφημα προ της διενέργειας της FNA, εντός του αυλού της αριστερής κοινής καρωτίδας (εγκάρσια διατομή) παρατηρήθηκε μια λεπτή διαχωριστική μεμβράνη η οποία παλλόταν ελεύθερα με την αιματική ροή σε κάθε καρδιακό κύκλο. Κατά την επιμήκη διατομή η μεμβράνη αυτή που προφανώς αντιστοιχεί στον αποκολλημένο έσω χιτώνα, φαινόταν να εκτείνεται καθ' όλο το μήκος της αριστερής κοινής καρωτίδας, σχηματίζοντας δύο ξεχωριστούς αυλούς. Η αιματική ροή εντός του ενός αυλού ήταν διαταραγμένη με «προς και από» πρότυπο (ψευδής αυλός). Ο ασθενής ανέφερε ιστορικό διαχωρισμού της θωρακικής αορτής από 20ετίας, ενώ υπήρξε υπέρβαρος, καπνιστής, με σακχαρώδη διαβήτη και υπερλιπιδαιμία. Επέκταση διαχωρισμού στις καρωτίδες παρατηρείται συνήθως στο διαχωρισμό της ανιούσας αορτής (τύπος A κατά Stanford). Τα ως άνω ευρήματα παρατηρούνται όταν αποκολλάται μόνο ο έσω χιτώνας από το υπόλοιπο τοίχωμα. Όταν αποκολλώνται και ο μέσος ή και ο έξω χιτώνας η μεμβράνη που διαχωρίζει τους δύο αυλούς είναι παχυσμένη και παρατηρείται μόνο η παρουσία διπλού αυλού ή μόνο στένωση χωρίς προφανές αίτιο. Το υπερηχογράφημα μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες για την ακριβή έκταση του διαχωρισμού, τα χαρακτηριστικά της ροής εντός των δύο αυλών, το βαθμό τυχόν στένωσης καθώς και τη βατότητα της σύστοιχης έσω και έξω καρωτίδας και τα χαρακτηριστικά της ροής σε αυτές.



21. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΘΗΛΩΔΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΘΕΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ, ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝ ΜΕ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ FNA (US-gFNA).

Σφήκα Σοφία, Δόκου Ελένη, Καταραχιάς Κωνσταντίνος, Μπιλάλη Αναστασία, Μούτου Μαργαρίτα, Μπαρέκα Χριστίνα, Καρτσούνη Βικτωρία, Γκέλη Μυρσίνη
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η US-gFNA αποτελεί πρωταρχική διαγνωστική μέθοδο στη διάγνωση του καρκίνου του θυρεοειδούς αδένου. Η επιλογή των όζων προς παρακέντηση βάσει των υπερηχογραφικών χαρακτηριστικών μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα της μεθόδου. Στόχος της ανακοίνωσης είναι η ανασκόπηση των ύποπτων για κακοήθεια υπερηχογραφικών σημείων.

Υλικό: Γυναίκα 62ετών με πολλαπλούς όζους στο θυρεοειδή αδένου και θετικό οικογενειακό ιστορικό (2 αδελφές) προσήλθε στη Μονάδα Υπερηχοτομογραφίας προκειμένου να υποβληθεί σε US-gFNA. Προσκομίσθηκε προηγούμενη εξέταση από US-gFNA προέχοντος όζου αντίστοιχα για κάθε λοβό με κυτταρολογική εξέταση αρνητική για κακοήθεια. Στον επανέλεγχο αναγνωρίστηκαν και παρακεντήθηκαν: 1) ένας όζος με μικροαποπιτανώσεις και 2) όζος με κυστικά εκφυλισμένο τμήμα και συμπαγές τμήμα με αδρές αποπιτανώσεις που είχε αυξημένη αγγείωση. Οι 2 όζοι είχαν μέγεθος >1,5 εκ. και έντονη υποχωγένεια. Επίσης παρουσίαζαν και ασαφή όρια. Η US-gFNA έγινε με βελόνη 23G, πραγματοποιήθηκαν λήψεις από πολλαπλές θέσεις των όζων και το υλικό εστάλη για κυτταρολογική εξέταση, αφού ελέγχθηκε άμεσα για επάρκεια. Στην κυτταρολογική εξέταση αναδείχθηκε αμφοτερόπλευρο θηλώδες Ca.

Συμπερασματικά, τα υπερηχογραφικά ευρήματα ύποπτα κακοήθειας είναι η υποχωγένεια-έντονη υποχωγένεια, συμπαγής υφή, ασαφή, λοβωτά, ανώμαλα όρια, σχήμα taller than wide (ειδικό διαγνωστικό κριτήριο), οι μικροαποπιτανώσεις (πλέον ειδικό σημείο), και οι αδρές κεντρικές αποπιτανώσεις, ενώ η επέκταση κατά συνέχεια ιστού και η μετάσταση στους επιχώριους λεμφαδένες είναι αδιάσειστα προγνωστικά σημεία. Αδύναμα σημεία ενδεικτικά κακοήθειας είναι η αγγείωση και η ταχεία μεταβολή του μεγέθους των όζων ενώ το μέγεθος (αν και αποτελεί ένδειξη προς US-gFNA), ο αριθμός, και η παρουσία κυστικού τμήματος δεν είναι ενδεικτικά κακοήθειας. Το θετικό οικογενειακό ιστορικό αποτελεί παράγοντα κινδύνου.

22. ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗ ΜΕ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΑΠΟ ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Μ.Γ. Γκέλη¹, Β. Καρτσούνη¹, Ν. Κρητικός¹, Μ. Μούτου¹, Σ. Σφήκα¹, Ε. Δόκου¹, Κ. Καταραχιάς¹, Β. Συρίου²

¹ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

² Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Ελπίς»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: να αναδειχθεί η προσφορά της θερμοκαυτηρίασης με ραδιοσυχνότητες (RFA) σε μεταστατικό λεμφαδένα από θηλώδες καρκίνο θυρεοειδούς μετά ολική θυρεοειδεκτομή (ΟΘ), λεμφαδενικό καθαρισμό και θεραπείες με ¹³¹I.

Υλικό: αφορά άρρενα ασθενή 80ετών με θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς, διαγνωσθέν με κατευθυνόμενη υπερηχογραφικά FNA μ.δ. 2,8 εκ. στον αριστερό λοβό. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ΟΘ και η ιστολογική εξέταση ανέδειξε θηλώδες καρκίνωμα με διήθηση θυρεοειδικής κάψας και εστιακή επέκταση στον περιβάλλοντα λιπώδη ιστό. Σχεδόν 6 εβδομάδες μετά τη ΟΘ και με τον ασθενή εντονως υποθυρεοειδικό, πραγματοποιήθηκε θεραπεία με 80mCi ¹³¹I. Μετά έτος πραγματοποιήθηκε χειρουργικός λεμφαδενικός καθαρισμός και η ιστολογική ανέδειξε μεταστατική διήθηση από το καρκίνωμα σε 2/30 εξαιρεθέντες λεμφαδένες. Ακολούθησε χορήγηση 150mCi ¹³¹I. Το μεταθεραπευτικό ολόσωμο σπινθηρογράφημα ανέδειξε ήπια πρόσληψη αριστερά, ενώ οι τιμές Tg και anti-Tg ήταν 10,8 και 5,3. Το US τραχήλου ανέδειξε ύποπτο αριστερό υπερκλείδιο λεμφαδένα, πιστοποιηθέντα με FNA. Πραγματοποιήθηκε διήθηση του λεμφαδένα με αιθανόλη δύο φορές με παροδική μείωση διαστάσεων. Μετά διηθεία παρατηρήθηκε αύξηση μεγέθους του λεμφαδένα [διαστάσεις(15,5 x 15,3 x 14,3) χιλ. και V=1,8cc], ενώ υπήρχαν ανιχνεύσιμες τιμές Tg (6,9) με anti-Tg=1,8 (ΦΤ < 20) και αποφασίστηκε η αντιμετώπιση με RFA.

Στο υπερηχογράφημα, 1 μήνα μετά την RFA, ο λεμφαδένας απεικονίστηκε διαστάσεων (12,2 x 11,1 x 11) χιλ. και V = 0,8 cc, υποχωγενής χωρίς αγγείωση. Στον επανέλεγχο μετά τρίμηνο, η Tg ήταν 0,3 και ο λεμφαδένας είχε διαστάσεις(10,8x10,7x10)χιλ και V = 0,6 cc. Στον εξαμηνιαίο επανέλεγχο ο λεμφαδένας απεικονίστηκε με διαστάσεις (8,9 x 8,6 x 6,5) χιλ. και V = 0,3 cc, σμίκρυνση

83%, ενώ $n Tg = 0,3$. Μετά έτος ο λεμφαδένας είχε $V = 0,2$ cc σμίκρυνση κατά 89%, και $n Tg = 0,3$. Η διαδικασία πραγματοποιήθηκε με τοπική αναισθησία, ήταν άριστα ανεκτή, χωρίς αλλαγές στη φωνή ή άλλες επιπλοκές.

23. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ

Β. Καρτσούνη, Μ. Μπλάτου, Ε. Δόκου, Σ. Σφήκα, Μ. Γκέλη
Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικής ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Να επισημανθούν σπάνιες περιπτώσεις μεταστάσεων στο θυρεοειδή αδένα που παρατηρήθηκαν στο Τμήμα μας κατά τον υπερηχοτομογραφικό έλεγχο ογκολογικών ασθενών.

Υλικό: Από τον Ιανουάριο του 2015 έως και τον Ιούνιο του 2017 προσήλθαν στο Τμήμα Υπερήχων του Νοσοκομείου μας 4 ογκολογικοί ασθενείς οι οποίοι διαγνώστηκαν με μεταστατική νόσο του θυρεοειδούς κατόπιν παρακέντησης δια λεπτής βελόνης υπό υπερηχογραφική παρακολούθηση και κυτταρολογικής εξέτασης του δείγματος. 2 ασθενείς έπασχαν από NHL, μια ασθενής είχε χειρουργηθεί προ 3ετίας για ca μαστού και ένας ασθενής με ca λάρυγγα ο οποίος είχε υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή προ 2ετίας. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν ψηλαφητό μόνιμο στην τραχηλική χώρα χωρίς ιδιαίτερη συμπτωματολογία.

Οι μη θυρεοειδικές μεταστάσεις του θυρεοειδούς αδένα αποτελούν σπάνια κλινικά οντότητα και εμφανίζουν καθόλου ή ήπια συμπτωματολογία όπως δυσφαγία, δυσφωνία και δυσχέρεια αναπνοής.

Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί περίπου 822 περιστατικά με πιο συχνές τις μεταστάσεις από ca νεφρών (33%) και ακολούθως τις μεταστάσεις από κακοήγη νεοπλασμάτα των πνευμόνων (16%), του μαστού (16%), του οισοφάγου (9%) και της μήτρας (7%). Πολύ μικρότερο είναι το μεταστάσεων από λέμφωμα και ακόμα μικρότερο από καρκίνο του λάρυγγα. Η πρόγνωση της μεταστατικής θυρεοειδικής νόσου είναι φτωχή. Θεραπεία εκλογής είναι η ολική θυρεοειδεκτομή με ή χωρίς χημειοθεραπεία.

Οι μεταστάσεις στο θυρεοειδή αδένα από άλλα όργανα είναι εξαιρετικά σπάνιες. Η πορεία της νόσου και η επιβίωση των ασθενών εξαρτάται από την πρωτοπαθή εντόπιση, την έγκαιρη διάγνωση και την επιθετική χειρουργική αντιμετώπιση.

24. ΣΥΝΔΡΟΜΟ LEMIERRE: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΕΡΗΧΩΝ (B-MODE, DOPPLER ΚΑΙ CEUS). ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Γεώργιος Σκούντζος¹, Ιωάννα Σαρδέλη¹, Ιωάννης Γαστουγιάννης², Ευαγγελία Σταμούλη¹, Νικόλαος Μπούζας¹,
Θεόδωρος Κέντον¹, Σπυρίδων Καββαδίας¹

¹ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»

² Γενικός Ιατρός, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Σκοπός της Μελέτης: Η ανάδειξη των απεικονιστικών σημείων του συνδρόμου Lemierre, με την εφαρμογή B-Mode, Doppler και Contrast Enhanced Υπερηχοτομογραφήματος και η συσχέτιση με τα ευρήματα της Αξονικής Τομογραφίας. Το εν λόγω σύνδρομο συνίσταται σε θρομβοφλεβίτιδα των φλεβών του τραχήλου μετά από λοίμωξη συνήθως του οροφάρυγγα και εάν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα οδηγεί σε βακτηριαιμία με προσβολή των πνευμόνων, των αρθρώσεων αλλά και των μηνίγγων του εγκεφάλου.

Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας ασθενής 66 ετών με συμπτώματα λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού, λευκοκυττάρωση και εμπύρετο έως 38,7 °C, προσέρχεται στο Τμήμα Υπερήχων προς διερεύνηση τραχηλικής διόγκωσης κατά την ψηλάφηση.

Αποτελέσματα: Στο B-Mode υπερηχογράφημα αναδείχθηκε παρουσία πολλαπλών αντιδραστικών λεμφαδένων στη δεξιά τραχηλική χώρα. Στο Doppler υπερηχογράφημα και το CEUS απεικονίσθηκε θρόμβωση της δεξιάς οπίσθιας γναθιαίας φλέβας και ανευρυσματική διάταση της έσω σφαγίτιδας φλέβας. Ακολούθησε Αξονική Τομογραφία θώρακος, όπου περιγράφηκαν αλλοιώσεις συμβατές με σπηκτικά έμβολα σε αμφότερα τα άνω πνευμονικά πεδία. Συνολικά η εικόνα ήταν συμβατή με το φάσμα των σημείων του συνδρόμου Lemierre.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Lemierre αποτελεί μια δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση καθώς εάν δεν διαγνωσθεί έγκαιρα οδηγεί σε σηψαιμία. Η σωστή κλινική εκτίμηση και ο συνδυασμός των κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων συμβάλλουν τα μέγιστα στην πρόληψη μη αναστρέψιμων βλαβών και την αποθεραπεία του ασθενούς.



25. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΟΡΟΦΗΣ ΑΝΩ ΗΜΙΚΥΚΛΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Μπεληγιάννης Χ., Τσίρμπα Π., Πατελάρου Μ., Μπατσιάκου Μ., Θεοδοσίου Α., Φατσά Α., Γκρονέλι Κ., Σωτηράκου Κ.
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα ΓΝΑ «Η Ελπίς»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Το σύνδρομο ελλείμματος οροφής άνω ημικυκλίου σωλήνα (Superior Semicircular Canal Dehiscence syndrome) ή SSCD σύνδρομο αποτελεί μια άγνωστη για τους περισσότερους οντότητα. Περιεγράφηκε για πρώτη φορά από τους Llyod B. Minor et al το 1998 και χαρακτηρίζεται από την δημιουργία ενός «3ου παραθύρου» ανάμεσα στον άνω ημικύκλιο σωλήνα και τον μέσο κρανιακό βόθρο. Η ανώμαλη αυτή επικοινωνία οδηγεί σε μια σειρά από περίεργες κλινικές εκδηλώσεις όπως ίλιγγος και ταλαντοψία οφειλόμενες σε δυνατούς ήχους, μείωση της ακοής, ζάλη και άλλα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τα απεικονιστικά και κλινικά ευρήματα του συνδρόμου που οδηγούν στην διάγνωση του, να περιγράψει τους μηχανισμούς παθογένεσης και τέλος να αναφέρει τρόπους αντιμετώπισης του

Υλικό: Χρησιμοποιήθηκαν βάσεις δεδομένων της διεθνούς βιβλιογραφίας όπως η Pubmed και Ovid-SP.

26. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΙΑΛΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Δόκου Ελένη, Σφήκα Σοφία, Καταραχιάς Κωνσταντίνος, Μούτου Μαργαρίτα, Μπαρέκα Χριστίνα, Μπιλάλη Αναστασία,
Καρτσούνη Βικτωρία, Γκέλη Μυρσίνη
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: η ανασκόπηση των υπερηχογραφικών ευρημάτων σε διάχυτες ή εστιακές φλεγμονές των παρωτίδων.

Υλικό: Παρουσιάζονται ενδιαφέροντα περιστατικά που εξετάστηκαν στο Τμήμα μας με έγχρωμο υπερηχοτομογράφο και γραμμική κεφαλή υψηλών συχνοτήτων. Τα αποτελέσματα σε δύο περιπτώσεις επιβεβαιώθηκαν με κατευθυνόμενη υπερηχογραφικά FNA.

1ο - 2ο Περιστατικά: Γυναίκα 76 ετών με διάχυτη ανώδυνη, σχετικά σκληρή διόγκωση αριστερής παρειάς και σύστοιχης υπογναθίου χώρας όπου το υπερηχογράφημα ανέδειξε διάχυτα οιδηματώδη και ανομοιογενή αριστερή παρωτίδα με σαφώς περιγεγραμμένες υποηχογενείς περιοχές οφειλόμενες σε ενδοπαρεγχυματική σιαλεκτασία. Η FNA ανέδειξε χρόνια σιαλαδενίτιδα με κατακράτηση σιέλου. Παρόμοια εικόνα παρουσίαζε άνδρας 78 ετών, πάσχων από καρκίνο ρινοφάρυγγα που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία στο νοσοκομείο μας.

3ο Περιστατικό: Άνδρας 72 ετών με σχετικά περιγεγραμμένη κλυδάζουσα διόγκωση, ερυθρότητα και έντονο άλγος στη δεξιά παρωτίδα προσήλθε με πυρετό και υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα όπου αναδείχθηκε ευμέγεθες περίγραπτο, μεικτού τύπου μόρφωμα με συμπαγές και κυστικό τμήμα και αύξηση της περιφερικής αγγείωσης. Η FNA ανέδειξε φλεγμονώδη εξεργασία (οξεία μικροβιακή σιαλαδενίτιδα-απόστημα).

4ο Περιστατικό: Άνδρας 27 ετών παρουσιάσθηκε με υποτροπιάζουσα διόγκωση και ευαισθησία της δεξιάς τραχηλικής χώρας σχετιζόμενη με λήψη τροφής. Το υπερηχογράφημα ανέδειξε οιδηματώδη παρωτίδα με διάταση εκφορητικού πόρου λόγω απόφραξης από ευμεγέθη λίθο που απεικονίσθηκε επίσης υπερηχογραφικά.

Συμπερασματικά, το υπερηχογράφημα της παρωτίδας είναι απλή και εύκολη εξέταση και μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη διάγνωση των φλεγμονωδών εξεργασιών του αδένα. Σε περιπτώσεις διαγνωστικής δυσκολίας η κατευθυνόμενη υπερηχογραφικά FNA μπορεί να προσφέρει επιπλέον διαγνωστικές πληροφορίες.

ΜΑΣΤΟΣ**27. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΡΕΟΤΑΚΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΒΙΟΨΙΑΣ ΥΠΟΠΤΩΝ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ BLES (BREAST LESION EXCISION SYSTEM)**

Δ. Γραβάνης¹, Θ. Καρυκατζής¹, Μ. Μουνδρέα¹, Ε. Οικονομίδης¹, Μ. Σακελλαρίδης¹, Μ. Καστρούνη¹, Κ. Καλογεράκος², Κ. Αγγελάκης², Ο. Τσάιδα³

¹ Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

² Μονάδα Μαστού ΕΑΝΠ «Μεταξά»

³ Παθολογοανατομικό ΕΑΝΠ «Μεταξά»

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση του Intact® Breast Lesion Excision System (B.L.E.S) ως μεθόδου βιοψίας υποπτω για κακοήθεια, μη ψηλαφητών μασματογραφικών αλλοιώσεων.

Υλικά και μέθοδοι: 236 ασθενείς με ύποπτες μαστογραφικές αλλοιώσεις ταξινομημένες ως BIRADS ≥ 4 , υποβλήθηκαν στο νοσοκομείο μας σε βιοψία με το σύστημα B.L.E.S. Η επιλογή τους στηρίχθηκε στα μαστογραφικά και υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά των αλλοιώσεων: ύποπτες σκιάσεις, ομάδες αποιτανώσεων, ασυμμετρία και διαταραχή αρχιτεκτονικής.

Αποτελέσματα: Όλες οι βιοψίες με το σύστημα BLES ήταν πολύ καλά ανεκτές, με ελάχιστες επιπλοκές. Εκτός από τρεις περιπτώσεις με απλό αιμάτωμα, δεν υπήρχαν άλλες άμεσες ή όψιμες επιπλοκές. Επίσης σε 4 ασθενείς υπήρξε αστοχία υλικού λόγω της υψής των μαστών (πολύ πυκνοί μαστοί) και λόγω βλάβης των ηλεκτροδίων - βελονών. Οι πιο κοινές βλάβες ήταν μικρές ύποπτες εστίες ή ομάδες μικροαποιτανώσεων με ή χωρίς συνοδό εστία. Άλλες βλάβες ήταν διαταραχές αρχιτεκτονικής και ασυμμετρίας.

Η ιστολογική εξέταση των βλαβών διαπίστωσε: 26 ινοαδενώματα (11%), 59 ινοκυτικές αλλοιώσεις (25%), 38 DCIS (16,1%), 19 με λιπώδη εκφύλιση (8%), 12 διηθητικά πορογενή καρκίνωμα (5%), 26 με σκληρυντική αδένωση (11%), 1 ακτινωτή ουλή (0,42%), 19 με άτυπη υπερπλασία πόρων (ADH) (8,2%), 2 με λεμφοκυτταρική φλεγμονώδη διήθηση (0,84%), 20 με απλή υπερπλασία πόρων (8,4%), 2 λεμφαδένες με λεμφοζιδιακή υπερπλασία (0,84%), 8 μη διαγνωστικά λόγω αλλοιώσεων από τη διαθερμία (3,38%) και 4 αστοχίες σε υλικό (1,7%).

Συμπέρασμα: Με το σύστημα B.L.E.S μπορούν εύκολα γρήγορα και σχετικά ανώδυνα να αφαιρεθούν ύποπτες μη ψηλαφητές μαστογραφικές αλλοιώσεις γεγονός που επιτρέπει ακριβή ιστολογική διάγνωση και καθιστά τη μέθοδο αξιόπιστη στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

28. ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΑΣΤΟΥ (ABVS) ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Γιουτλάκη Ελένη, Αναστασιάδη Θεώνη, Φειδά Ελένη, Χαλαζωνίτης Ν. Αθανάσιος
Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Το σύστημα ABVS (Automated Breast Volume Scanning) δηλαδή το αυτόματο σύστημα ογκομετρικής σάρωσης μαστού, προσφέρει λειτουργία 3D υψηλής ανάλυσης στην απεικόνιση του μαστικού αδένου. Η σάρωση γίνεται αυτόματα, χωρίς την επέμβαση του χρήστη και επιτρέπει την απεικόνιση, μετά από ανασύνθεση, στεφανιαίων ανατομικά προβολικών λήψεων του μαστού που δεν είναι διαθέσιμες με το συμβατικό «χειροκίνητο» υπερηχογράφημα.

Σκοπός της εργασίας μας είναι η ανάδειξη της κλινικής σημασίας της χρήσης του (ABVS) στην ανίχνευση βλαβών του μαστού.

Υλικό: Κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι το ABVS υπερτερεί έναντι των κλασικών υπερήχων και αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη εξέταση στην απεικόνιση του μαστού. Στην εργασία θα αναφερθούν οι ενδείξεις για την εφαρμογή της μεθόδου όπως είναι ο έλεγχος γυναικών με πυκνούς μαστούς ή με ενθέματα σιλικόνης, η παρακολούθηση πολλαπλών καλοπθών μορφωμάτων, ο έλεγχος γυναικών < 35 ετών με κληρονομικό ιστορικό και η παρακολούθηση BI-RADS 3 αλλοιώσεων. Επίσης θα γίνει αναφορά στις δυνατότητες της μεθόδου όπως είναι η αυτόματη σάρωση, ο μειωμένος χρόνος εξέτασης και ο ακριβής προσδιορισμός της θέσης της βλάβης. Τέλος θα σημειωθούν οι περιορισμοί της μεθόδου όσον αφορά την αξιολόγηση των λεμφαδένων και τον έγχρωμο Doppler έλεγχο.



29. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΕΣ ΣΤΕΡΕΟΤΑΚΤΙΚΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ ΜΑΣΤΟΥ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΒΙΟΨΙΩΝ: SENORX ΚΑΙ BLES. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ, ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ-ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.

Ειρ Γεωργίου¹, Μ. Μηλάτου¹, Α. Σουλτάτος¹, Κ. Μπόκιου¹, Α. Δημητρουλάκου¹, Α. Εμμανουηλίδου¹, Μ. Σοφόπουλος², Ρ. Αγγελάτου¹

¹ Τμήμα Διαγνωστικής Μαστού, ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

² Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

Εκπαιδευτικοί Στόχοι: Οι διαδερμικές βιοψίες μαστού αποτελούν ένα σημαντικό διαγνωστικό βήμα και διενεργούνται υπό μαστογραφική, υπερηχογραφική ή και MRI καθοδήγηση. Τα συστήματα βιοψιών που χρησιμοποιούνται είναι το σύστημα αναρρόφησης υποβοηθούμενο υπό το κενό-SenoRx και το σύστημα εκτομής με BLES. Σκοπός της μελέτης είναι η περιγραφή αυτών των συστημάτων, ο τρόπος λειτουργίας τους, οι ενδείξεις και οι περιορισμοί τους.

Υλικό: Αναδρομική μελέτη σε 153 περιστατικά στερεοτακτικών βιοψιών μαστού που διενεργήθηκαν στο Τμήμα Διαγνωστικής Απεικόνισης Μαστού του Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών ο «Άγιος Σάββας» την τελευταία διετία. Σε 78 από τα περιστατικά χρησιμοποιήθηκε το σύστημα SenoRx και τα υπόλοιπα 75 με το σύστημα BLES. Τα απεικονιστικά ευρήματα που εξαιρέθηκαν περιλάμβαναν αποπιτανώσεις, συμπαγείς αλλοιώσεις και ακτινωτές ουλές που απεικονίστηκαν σε μαστογραφικό έλεγχο και χαρακτηρίστηκαν ως BIRADS 4 και 5.

Περιγράφονται και τα δύο συστήματα βιοψιών, οι κύριες διαφορές στον τρόπο λειτουργίας και στον τρόπο εφαρμογής τους υπό τοπική αναισθησία, η λήψη των ιστοτεμαχίων ανά περίπτωση συστήματος καθώς και οι πιθανές επιπλοκές. Η διαδερμική βιοψία μπορεί να εκτελεστεί είτε προεγχειρητικά για τον σωστό προγραμματισμό της χειρουργικής επέμβασης είτε και ως μέθοδο που θα μπορούσε να αντικαταστήσει την ίδια την χειρουργική επέμβαση, κυρίως στα πλαίσια μιας διαγνωστικής βιοψίας. Οι διαδερμικές βιοψίες απαιτούν λιγότερο χρόνο και σχετίζονται με μικρότερη νοσηρότητα σε σχέση με τη χειρουργική παρέμβαση.

30. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΛΟΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗΣ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΔΙΟΥΧΟΥ ΜΕΣΟΥ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΤΙΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γιουτλάκη Ελένη, Φειδά Ελένη, Χαλαζωνίτης Ν. Αθανάσιος

Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Αθήνα.

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση του ρόλου της διπλοενεργειακής ψηφιακής μαστογραφίας μετά την ενδοφλέβια χορήγηση ιωδιούχου μέσου σκιαγραφικής αντίθεσης και αφαιρετικής τεχνικής (Contrast Enhanced Spectral Mammography/CESM) για την ανάδειξη ύποπτης αλλοίωσης στην περιοχή του μαστού, καθώς και τη συσχέτιση των ευρημάτων αυτών με το λοιπό απεικονιστικό έλεγχο (ψηφιακή μαστογραφία, υπερηχοτομογραφία και μαγνητική τομογραφία).

Υλικό: Γυναίκα 42 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο για τον προγραμματισμένο ετήσιο έλεγχο με ψηφιακή μαστογραφία και υπέρηχο μαστών. Η ψηφιακή μαστογραφία ανέδειξε πολλαπλές οζώδεις σκιάσεις στους μαστούς αμφοτερόπλευρα. Από το υπερηχογράφημα μαστών, στο δεξιό μαστό αναγνωρίστηκε υποηχογενής περιοχή με ασαφή όρια και αυξημένη αιμάτωση κατά τον έγχρωμο Doppler έλεγχο, ενώ σε αμφοτέρους τους μαστούς αναγνωρίστηκαν υπόηχοι σχηματισμοί με σαφή όρια και μειωμένη αιμάτωσης που αποδόθηκαν σε πιθανά ινοαδενώματα. Στην συνέχεια η ασθενής υπεβλήθη σε CESM όπου οι εν λόγω παθολογικές περιοχές παρουσίασαν αυξημένη πρόσληψη του σκιαγραφικού μέσου σκιαγραφικής αντίθεσης. Η βιοψία που ακολούθησε ανέδειξε πορογενές διηθητικό καρκίνωμα in situ σε όλες τις βλάβες του μαστού. Ακολούθησε μαστεκτομή σε αμφοτέρους τους μαστούς.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται τα διαφορετικά πρότυπα σκιαγραφικής ενίσχυσης και σχολιάζονται τα απεικονιστικά ευρήματα.

31. ΛΟΒΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ IN SITU. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Χαράλαμπος Μπεληγιάννης¹, Κανέλλα Σωτηράκου¹, Άννα Κυριαζίδου², Όλγα Κουρτσπούλου², Παναγιώτα Τσίρμπα¹, Κλαούντια Γκρονέλλι¹, Μαρία Μπασιάκου¹, Άννα Φασιή¹

¹ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Ν. Αθηνών « Η Ελπίς»

² Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Ν. Νίκαιας

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Το λοβιακό καρκίνωμα in situ (LCIS) θεωρείται μια ασυνήθης αλλοίωση που ανευρίσκεται ως τυχαίο εύρημα στις βιοψίες που πραγματοποιούνται για άλλους λόγους στον μαστό. Ελάχιστες περιπτώσεις αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία με συσχέτιση παθολογικών- απεικονιστικών ευρημάτων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει περίπτωση LCIS το οποίο αναδείχθηκε στην μαστογραφία ως ομάδα μικροαποπιτανώσεων και να το συσχετίσει με τις αναφορές που υπάρχουν στην διεθνή βιβλιογραφία.

Υλικό: Πρόκειται για γυναίκα 50 ετών που υποβλήθηκε σε μαστογραφικό έλεγχο κατά τον οποίο εμφανίστηκε ως νέο εύρημα ομάδα σικτών μικροαποπιτανώσεων. Η ασθενής υποβλήθηκε σε τοποθέτηση συρμάτινου οδηγού και χειρουργική αφαίρεση των αποπιτανώσεων όπου και αναδείχθηκε λοβιακό καρκίνωμα in situ στην περιοχή των αποπιτανώσεων με συνοδό πολυεστιακό λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα. Οι αποπιτανώσεις είναι οι μόνες πρώιμες εκδηλώσεις του λοβιακού καρκινώματος in situ, που μπορούν να απεικονισθούν μαστογραφικά. Η μαστογραφία μέσω της δυνατότητάς της να αναδεικνύει αποπιτανώσεις παίζει καταλυτικό ρόλο στην πρώιμη διάγνωση κλινικά σιωπηλών καταστάσεων, όπως ο λοβιακός καρκίνος in situ.

32. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΝΔΟΚΑΨΙΚΗΣ ΡΗΞΗΣ ΕΝΘΕΜΑΤΟΣ ΜΑΣΤΟΥ. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟ.

Γεώργιος Σκούτζος¹, Δήμητρα Κουλοχέρη¹, Σπυρίδων Καββαδίας¹, Γεώργιος Ζωγράφος²

¹ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»

² Καθηγητής Χειρουργικής, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ

Σκοπός της Μελέτης: Η αξιοπιστία της υπερηχοτομογραφικής προσέγγισης του μαστού, σε ενδεχόμενη ρήξη ενθέματος σιλικόνης και ο συγκριτικός έλεγχος αυτής με το Μαγνητικό συντονισμό.

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα ασθενής 52 ετών με ιστορικό ριζικής μαστεκτομής δεξιού μαστού προ 12ετίας και πλαστική αποκατάσταση με τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης, προσέρχεται στη Μονάδα Μαστού του νοσοκομείου μας αιτιώμενη άλγος στο σημείο της επέμβασης, επιδεινούμενο από εβδομάδας.

Αποτελέσματα: Στο Β-Mode υπερηχογράφημα αναδείχθηκε αναδίπλωση της κάψας του ενθέματος στο κάτω-έξω τεταρτημόριο με κατά τόπους διακοπή της συνεχείας αυτού («stepladder» ή «linguine sign») καθώς και αιωρούμενα ηχογενή στοιχεία εντός αυτού («salad oil sign»). Αμφότερα τα σημεία θεωρούνται παθολογικά της ενδοκαψικής ρήξης του ενθέματος σιλικόνης, η οποία και επιβεβαιώθηκε στη συνέχεια με μαγνητική τομογραφία (MRM).

Συμπεράσματα: Το Υπερηχογράφημα Μαστού, εφόσον εκτελείται με τις σωστές παραμέτρους και από έμπειρο εξεταστή, αποτελεί ευαίσθητη, ταχεία και οικονομική μέθοδο ελέγχου πρώτης γραμμής της ακεραιότητας του ενθέματος σιλικόνης. Εξέταση εκλογής παραμένει ο μαγνητικός συντονισμός, αλλά με την κατάλληλη εφαρμογή των υπερήχων μπορεί να αποφευχθούν άσκοπες και χρονοβόρες περαιτέρω παραπομπές της ασθενούς.



33. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΜΕ ΒΑΘΜΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ειρ. Γεωργίου¹, Μ. Μπλάτου¹, Κ. Μπόκιου¹, Κ. Ψαρράς¹, Α. Σουλτάτος¹, Ν. Κρητικός¹, Μ. Σοφόπουλος², Ρ. Αγγελάτου¹

¹ Τμήμα Διαγνωστικής Μαστού, ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

² Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

Εκπαιδευτικοί Στόχοι: Να αναφερθεί η εμπειρία του τμήματός μας στην διαχείριση προκαρκινικών αλλοιώσεων όπως η άτυπη πορογενής υπερπλασία (ADH), η άτυπη λοβιακή υπερπλασία (ALH), τα θηλώδη νεοπλασμάτα, η ακτινωτή ουλή, αλλοιώσεις με ήδη γνωστό βαθμό επικινδυνότητας ανάπτυξης κακοήθειας.

Υλικό: Τα τελευταία 5 χρόνια 7.856 γυναίκες ηλικίας 35-62 ετών υποβλήθηκαν στο τμήμα μας στον πρώτο τους μαστογραφικό έλεγχο. Γυναίκες με ατομικό ιστορικό κακοήθειας μαστού ή που είχαν υποβληθεί σε ανοιχτή βιοψία δεν συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Όπου χρειάστηκε, ο διαγνωστικός έλεγχος συμπληρώθηκε με υπέρηχο που διενεργήθηκε στο τμήμα μας. Ανιχνεύθηκαν 929 μαστογραφικά και υπερηχογραφικά ευρήματα τα οποία ελέγχθηκαν περαιτέρω με παρακέντηση (FNAC, Core Biopsy). 389 περιπτώσεις τελικά οδηγήθηκαν σε ανοιχτή βιοψία και τα αποτελέσματα των καλοθών βλαβών χωρίστηκαν σε 4 κατηγορίες σύμφωνα με τον βαθμό επικινδυνότητας ανάπτυξης κακοήθειας χρησιμοποιώντας την ταξινόμηση κατά WHO. Histo 1: φυσιολογική, Histo 2: καλοήθεις βλάβες, Histo 3: καλοήθεις βλάβες με χαμηλό βαθμό επικινδυνότητας και Histo 4: καλοήθεις βλάβες με υψηλό βαθμό επικινδυνότητας. Από τις 389 ανοιχτές βιοψίες που πραγματοποιήθηκαν 63 ήταν καλοήθεις αλλοιώσεις. Αλλοιώσεις τύπου Histo 1 παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 4.8% όλων των καλοθειών, Histo 2 σε 37.4% Histo 3 σε 31.3% και τέλος Histo 4 σε 26.5%.

Οι καλοήθεις βλάβες του μαστού αποτελούν μια ετερογενή ομάδα αλλοιώσεων. Κρίνεται αναγκαίος ο διαχωρισμός των αμιγώς καλοθών βλαβών από έτερες αλλοιώσεις με βαθμό επικινδυνότητας ανάπτυξης κακοήθειας. Αν και δεν υπάρχει καμία εμπειραστατωμένη απόδειξη ότι η ανίχνευση βλαβών με βαθμό επικινδυνότητας ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αποφέρει ευεργετικά οφέλη, με την έννοια της μείωσης της θνησιμότητας, θεωρείται ότι αυτές οι βλάβες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ιδιαίτερα στους επανελέγχους.

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

34. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΣΕ ΠΡΩΝΗ ΑΘΛΗΤΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ

Ελένη Μαρμαρά¹, Χρήστος Νταβατζίκος²

¹ ΕΚΠΑ, Σχολή Επιστημών Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Εργαστήριο Αθλητιατρικής και Βιολογίας της άσκησης, Δάφνη, Αθήνα

ΠΕΔΥ, Μονάδα Υγείας Αιγάλεω, Ακτινολογικό εργαστήριο, Αθήνα

² Ιατρική Επίβλεψη, Διαγνωστικά Εργαστήρια, Ακτινολογικό Τμήμα, Δάφνη, Αθήνα

Σκοπός: Να διερευνηθεί η εμφάνιση κλινικών και απεικονιστικών οστεοαρθριτικών αλλοιώσεων (ΟΑ) των κάτω άκρων σε πρώην αθλητές υψηλού επιπέδου, συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό όμοιων χαρακτηριστικών.

Υλικό - Μέθοδοι: Στις μετρήσεις συμμετείχαν 223 πρώην αθλητές διαφόρων αγωνισμάτων (ποδοσφαίρου, πετοσφαίρισης, κολύμβησης, στίβου, καλαθοσφαίρισης και ενόργανης γυμναστικής) και 198 άτομα ομάδας ελέγχου χωρίς συμμετοχή σε συστηματική αθλητική δραστηριότητα, όμοιων λοιπών δημογραφικών χαρακτηριστικών. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν η ηλικία κάτω των 45 ετών και το ιστορικό μείζονος μυοσκελετικού τραυματισμού, χειρουργείου ή φλεγμονώδους αρθρίτιδας στα κάτω άκρα. Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε κλινική και ακτινολογική εκτίμηση ΟΑ αλλοιώσεων των αρθρώσεων των κάτω άκρων.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο η διαφορά κλινικών εκδηλώσεων ΟΑ μεταξύ των αθλητών (15,1%) και της ομάδας ελέγχου (14,7%) ήταν στατιστικά μη σημαντική. Η ακτινολογική εκτίμηση ΟΑ αλλοιώσεων ήταν σημαντικά μεγαλύτερη ($p=0,02$) στους πρώην αθλητές (35,9%) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (24,5%). Όλοι οι συμμετέχοντες με κλινική ΟΑ εμφάνισαν και ακτινολογικές αλλοιώσεις. Μεταξύ των διαφόρων αθλημάτων η εμφάνιση ΟΑ δεν είχε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Συμπεράσματα: Σε απουσία μείζονος τραυματισμού των οστών ή των μαλακών μορίων του κάτω άκρου κατά τη διάρκεια της

αθλητικής καριέρας, οι πρώην αθλητές δεν εμφανίζουν σημαντικά συχνότερα κλινικά ενοχλήματα ΟΑ συγκριτικά με τον υγιή γενικό πληθυσμό. Τα ακτινολογικά ευρήματα ΟΑ αλλοιώσεων είναι συχνότερα μεταξύ των αθλητών, πιθανώς προηγούνται των κλινικών εκδηλώσεων.

35. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ DEXA ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΤΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ

Ελένη Μαρμαρά¹, Χρήστος Νταβατζίκος²

¹ ΕΚΠΑ, Σχολή Επιστημών Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Εργαστήριο Αθλητιατρικής και βιολογίας της άσκησης, Δάφνη, Αθήνα

ΠΕΔΥ, Μονάδα Υγείας Αιγάλεω, Ακτινολογικό εργαστήριο, Αθήνα

² Ιατρική Επίβλεψη, Διαγνωστικά Εργαστήρια, Τμήμα Μέτρησης Οστικής Μάζας, Δάφνη, Αθήνα

Σκοπός: Η φυσική άσκηση συνδέεται απολύτως με τη σκελετική ωριμότητα. Η εκτίμηση της οστικής ηλικίας (Ο.Η) είναι συνήθης σε αθλητές παίδες και εφήβους με τη μέθοδο της απλής ακτινογραφίας της άκρας χειρός και καρπού. Σκόπος της εργασίας είναι η αξιολόγηση του υπολογισμού της Ο.Η. με τη μέθοδο DEXA, η οποία έχει σημαντικά χαμηλότερη ακτινολογική επιβάρυνση, συγκριτικά με την κλασική μέθοδο.

Υλικό – Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκαν απλές ακτινογραφίες αριστερής άκρας χειρός και καρπού, καθώς και DEXA scan σε 68 υψηλού επιπέδου αθλητές καλαθοσφαίρισης προεφηβικής ηλικίας (U-15). Η εκτίμηση της Ο.Η. έγινε από δύο ακτινοδιαγνώστες με τυφλό τρόπο με συσχέτιση των ευρημάτων σύμφωνα με τη μέθοδο Turner & Whitehouse. Ελέγχθηκαν η ενδο- και δια-ατομική συσχέτιση και ο δείκτης συμφωνίας των γιατρών, και με τις δυο χρησιμοποιούμενες μεθόδους.

Αποτελέσματα: Οι εκτιμήσεις της Ο.Η. μεταξύ της μεθόδου της απλής ακτινογραφίας και του DEXA scan εμφάνισαν διαφορά -0,2 έτη και τα 95% όρια αξιοπιστίας ήταν -0,56 έτη.

Συμπεράσματα: Η μέθοδος DEXA προσφέρεται ως μια εφαρμόσιμη και πιο ασφαλή εναλλακτική μέθοδος υπολογισμού της Ο.Η. σε καλαθοσφαιριστές προεφηβικής ηλικίας.

36. ΕΞΑΚΡΙΒΩΣΗ ΡΗΞΗΣ ΥΠΟΠΛΑΤΙΟΥ ΜΥΟΣ ΜΕ ΕΜΜΕΣΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ ΩΜΟΥ

Κ. Χρυσανθίδης¹, Σ. Μανουβέλου¹, Α. Μπρέσκα², Α. Χιώτη², Π. Φραγκάκη², Γ. Βάλβης¹, Α. Κανακίδου¹

¹ Ακτινοδιαγνώστης Π.Ε.Δ.Υ - Μονάδα Υγείας Πειραιά

² Τεχνολόγος Π.Ε.Δ.Υ - Μονάδα Υγείας Πειραιά

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Παρά την ουσιαστική συμβολή της υπερηχοτομογραφίας στην διερεύνηση των παθήσεων του ώμου μέθοδος εκλογής αποτελεί ο μαγνητικός συντονισμός. Η έμμεση μαγνητική αρθρογραφία ώμου γίνεται με έγχυση γαδολίνιου ενδοφλεβίως και ακολούθως μετά περίπου 30 λεπτά και ενεργητικές κινήσεις του ώμου διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας. Το γαδολίνιο εκκρίνεται στο αρθρικό υγρό και βοηθάει στην απεικόνιση των ενδοαρθρικών δομών. Η εξέταση αντικαθιστά την άμεση μαγνητική αρθρογραφία όπου γίνεται ενδοαρθρική έγχυση σκιαγραφικού με λεπτή βελόνα και υπερηχοτομογραφική καθοδήγηση. Παρά το αναφερόμενο βιβλιογραφικά χαμηλό ποσοστό επιλοκών της άμεσης αρθρογραφίας (1 στις 2000), την παρασυμπαθητικοτονία και τον ήπιο πόνο η έμμεση μαγνητική αρθρογραφία αντιπάρχει τις αντενδείξεις της επεμβατικής εξέτασης. Με βάση την διεθνή βιβλιογραφία η ευαισθησία της μεθόδου κυμαίνεται από 80% έως 93% ενώ η ειδικότητα φτάνει το 85% σε αντίθεση με την απλή MRI που φτάνει το 68%.

Υλικό: Εξετάστηκε ασθενής άρρενος φύλου 45 ετών μετά από τραυματική κάκωση προ δεκαπενθημέρου αιτιώμενος άλγος κατά την κίνηση του ώμου. Η εξέταση πραγματοποιήθηκε με την έμμεση μαγνητική αρθρογραφία του ώμου με ακολουθίες SET1W-SET2W-SET2W/FIR σε τρία επίπεδα και μετά ενδοφλέβια χορήγηση 15 ml παραμαγνητικής ουσίας σε ακολουθία SET1W. Εξακριβώθηκε η μερική-ατελής ρήξη της καταφυτικής μοίρας του υποπλατίου μυός η οποία αξιολογήθηκε ως υψηλού έντασης σήματος στην ακολουθία SET2W/FIR. Μετά την χορήγηση γαδολίνιου και επιβεβαιώθηκε ως αυξημένης έντασης σήματος συγκριτικά με το υγιές τμήμα σε ακολουθία SET1W τόσο σε στεφανιαίο όσο και σε οβελιαίο επίπεδο.



37. Η ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΠΛΕΥΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΕΛΕΓΧΟ

Ι. Μητράκος, Χ. Πλατανάκη, Ι. Πούλος, Β. Καλδής, Α. Νικολόπουλος, Π. Νικολαράκος

Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν. Άργους
Χειρουργική κλινική Γ.Ν. Άργους

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η ανάδειξη καταγμάτων πλευρών κατά τον έλεγχο σε επείγουσα βάση με τη βοήθεια των υπερήχων.

Υλικό: Το τελευταίο εξάμηνο πραγματοποιήθηκε υπερηχογραφικός έλεγχος σε 25 ασθενείς, αιμοδυναμικά σταθεροί, οι οποίοι διερευνήθηκαν για πιθανή κάκωση θώρακα - κοιλίας. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν ταυτόχρονα και σε ακτινογραφικό έλεγχο (ακτινογραφίες θώρακος - πλευρών (f+p)). Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 16 έως και 75 έτη. Οι ασθενείς ανέφεραν εντοπισμένο θωρακικό άλγος. Συνολικά εικόνα κατάγματος αναδείχθηκε σε 14 ασθενείς (56%). Σε 13 ασθενείς (92%) αναδείχθηκε κάταγμα σε μια ή περισσότερες πλευρές με τον υπερηχογραφικό έλεγχο. Κάταγμα με την βοήθεια των απλών ακτινογραφιών αναδείχθηκε σε 5 ασθενείς (35%), ενώ σε 4 από τους 5 το κάταγμα αναδείχθηκε επίσης και με τον υπερηχογραφικό έλεγχο. Από το σύνολο των 14 ασθενών με κατάγματα, 2 παρουσίασαν κάταγμα σε 2 πλευρές, ενώ σε 1 ασθενή αναγνωρίστηκε κάταγμα σε 3 πλευρές, και όλα τα κατάγματα απεικονίστηκαν και με τις δυο μεθόδους. Σε 11 ασθενείς (44%) δεν παρατηρήθηκε εικόνα κατάγματος. Σε κανέναν ασθενή δεν παρατηρήθηκε αιμοθώρακας ή πνευμοθώρακας.

Το υπερηχογράφημα είναι μια αξιόπιστη μέθοδος για εντοπισμένη διερεύνηση καταγμάτων πλευρών

38. ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ (ΜΟΠ) ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ DEXA: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Σφήκα Σοφία, Δόκου Ελένη, Καταραχιάς Κωνσταντίνος, Μούτου Μαργαρίτα, Κρητικός Νικόλαος, Μπιλάλη Αναστασία, Καρτσούνη Βικτωρία, Γκέλη Μυρσίνη
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

Σκοπός: Η ΜΟΠ με την μέθοδο DEXA αποτελεί γρήγορη και αξιόπιστη μέθοδος για τον έλεγχο της οστικής μάζας. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων ΜΟΠ ετερόκλητης ομάδας ασθενών, η ανάδειξη της χρησιμότητας της μεθόδου και η ανασκόπηση διεθνών και ελληνικών οδηγιών.

Υλικό-Μέθοδος: Εξετάστηκαν 743 ασθενείς που προσήλθαν στο Τμήμα μας προκειμένου να υποβληθούν σε ΜΟΠ με την μέθοδο DEXA.

Αποτελέσματα: Ελέγχθηκαν 743 ασθενείς (728 γυναίκες, 15 άνδρες) ηλικίας 35-89 ετών. Σε 263 (35%) με ένα ή περισσότερα κακόηθη νοσήματα αναδείχθηκε οστεοπενία στους 192 (26%), οστεοπόρωση στους 27 (3%) και στους 44 (6%) φυσιολογικές τιμές. Σε 190 (25%) ασθενείς με θυρεοειδοπάθεια παρατηρήθηκε οστεοπενία στους 117 (16%), οστεοπόρωση στους 39 (5%) και στους 34 (4,5%) φυσιολογικές τιμές. Σε 35 (4,8%) γυναίκες με πρόωρη εμμηνόπαυση ή ολική υστερεκτομή αναδείχθηκε οστεοπενία στις 20 (2,7%), οστεοπόρωση σε 3 (0,4%) και φυσιολογικές τιμές σε 12 (1,6%). Στους 241 (32%) εξεταζόμενους χωρίς κάποιο ιστορικό αναδείχθηκε οστεοπενία στους 149 (20%), οστεοπόρωση στους 34 (4,6%) και φυσιολογικές τιμές στους 73 (10%). Επίσης εξετάστηκαν 2 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, 1 με ΣΔ τύπου Ι, 5 με ΧΑΠ, 2 με ελκώδη κολίτιδα, 3 με κατάθλιψη, 1 με κίρρωση και 1 περίπτωση με οικογενειακό ιστορικό οστεοπόρωσης και ατελούς οστεογένεσης.

Συμπέρασμα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αναγνωρίζεται σε μεγάλο ποσοστό των εξεταζόμενων ελάττωση της οστικής μάζας, καθιστώντας αναγκαίο τον έλεγχο της οστικής πυκνότητας. Η ΜΟΠ αποτελεί αξιόπιστη μέθοδο για screening πληθυσμού και αναπόσπαστο κομμάτι του ελέγχου και της παρακολούθησης ασθενών με κακόηθια και χρόνια νοσήματα.

39. ΜΟΝΟΟΣΤΙΚΗ ΙΝΩΔΗΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ

Κωνσταντίνος Ιωσηφίδης, Σωτήρης Πασχάλης, Δανάη Στεφάνου, Αντωνία Παρλαμένη, Σοφία Τσολάκη, Άννα Μαντζώρου, Θεόδωρος Κρατημένος, Ιωάννης Β. Καλογερόπουλος

Ιατροί, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η ανάδειξη και παρουσίαση χαρακτηριστικών ακτινολογικών ευρημάτων της μονοοστικής ινώδους δυσπλασίας.

Υλικό: Η ινώδης δυσπλασία (ΙΔ) αποτελεί μια καλοήθη συγγενή αναπτυξιακή ανωμαλία των οστών, που χαρακτηρίζεται από αντικατάσταση του φυσιολογικού μυελού και του δικτυωτού οστού από ανώριμο οστίτη ιστό και ινώδες στρώμα.

Η μονοοστική μορφή αποτελεί το 70–80% της νόσου, με εντόπιση στις πλευρές, στο μηριαίο οστό, στα οστά του σπλαχνικού ή εγκεφαλικού κρανίου, στην κνήμη, στο βραχιόνιο οστό και στους σπονδύλους. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει το άλγος, το οίδημα και την ευαισθησία, ενώ στις επιπλοκές τα παθολογικά κατάγματα είναι οι συχνότερες με τον κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής ελάχιστο (0,5%).

Τα απεικονιστικά ευρήματα στην απλή ακτινογραφία, που αποτελεί την μέθοδο εκλογής, είναι χαρακτηριστικά και περιλαμβάνουν την οστική διεύρυνση, την ενδοοστική αραίωση και την απουσία περιοστικής αντίδρασης. Το παχύ σκληρυντικό όριο δίκην «φλούδας» και η παραμόρφωση δίκην «ποιμενικής ράβδου» στο εγγύς τμήμα του μηριαίου οστού αποτελούν χαρακτηριστικές εκδηλώσεις.

Οι λοιπές απεικονιστικές μέθοδοι έχουν συμπληρωματικό ρόλο στην διάγνωση και στην παρακολούθηση της νόσου.

40. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΣΑΛΜΟΝΕΛΑ

Ι. Μητράκος, Ι. Πούλος, Α. Στεφανόπουλος, Α. Νικολόπουλος, Π. Νικολαράκος

Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν. Άργους, Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Άργους

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η περιγραφή των απεικονιστικών ευρημάτων σε ασθενή με οστεομυελίτιδα από σαλμονέλα.

Υλικό: Ασθενής 16 ετών προσήλθε με έντονο άλγος στην ανατομική περιοχή της ΑΡ βουβωνικής χώρας, εμπύρετο έως 39,3 με συνοδό ρίγος από 2ώρου, αδυναμία κίνησης του ΑΡ κάτω άκρου και λευκοκυττάρωση (WBC: 19000). Η ασθενής ανέφερε έντονη σωματική άσκηση προ 24ώρου. Υπεβλήθη σε απεικονιστική διερεύνηση με MRI λεκάνης-ισχίων όπου αναδείχθηκαν αποστηματική συλλογή στην περιοχή του ΑΡ έσω θυροειδούς μύος, καθώς και εικόνα φλεγμονής του σύστοιχου λαγονοποίτη μύος. Επίσης στις STIR ακολουθίες που ελήφθησαν παρατηρήθηκε ήπια αυξημένο σήμα, καθώς και ήπια πρόσληψη της παραμαγνητικής ουσίας του ΑΡ λαγόνιου οστού στο επίπεδο της ιερολαγόνιου άρθρωσης. Στη συνέχεια, η αποστηματική συλλογή παροχετεύθηκε υπό αξονικό τομογράφο και εστάλη καλλιέργεια από όπου και απομονώθηκε σαλμονέλα. Επίσης, ελέγχθηκε το συγγενικό περιβάλλον και απομονώθηκε σαλμονέλα από καλλιέργεια κοπράνων στην αδελφή της ασθενούς.

Το οστό δύναται να προσβληθεί από μικροοργανισμούς, τόσο άμεσα από μολυσμένο τραύμα ή μολυσμένη άρθρωση, όσο και μέσω αιματογενούς διασποράς από απομακρυσμένη εστία.

41. ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΙΣΚΙΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ ΟΜΣΣ

Α. Τζεφεράκος, Γ. Κυπριανός, Ι. Βλάχου, Α. Φραγκοπούλου, Ι. Σταϊκίδου, Κ. Κοκκίνης

Γενικό Νοσοκομείο Ατικής «ΚΑΤ»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η δισκική κύστη αποτελεί μια σπάνια παθολογία που αφορά κυρίως την οσφυϊκή μούρα της σπονδυλικής στήλης και εκδηλώνεται με πόνο στην οσφυ ή ισχιαλγία. Εξαιτίας της σπανιότητας αυτών των κύστεων, οι γνώσεις μας για τον μηχανισμό ανάπτυξής τους ήταν σχετικά περιορισμένες έως σήμερα. Με τη Μαγνητική Τομογραφία η ανάδειξη και η διαφοροποίηση τους από άλλες βλάβες, με ανάλογη συμπτωματολογία, έγινε ευκολότερη οδηγώντας παράλληλα και σε καλύτερη κατανόηση τους. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει μια ανάλογη περίπτωση ενός ασθενούς.



Υλικό: Άντρας 35 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας με πόνο στη μέση και επέκταση αυτού στο αριστερό κάτω άκρο, ενώ παρουσίαζε και ηπιότερες ενοχλήσεις δεξιά. Η Μαγνητική Τομογραφία ανέδειξε μεταξύ άλλων ενδοκαναλική-εξωσκληρίδια κυστική αλλοίωση αριστερά στο μεσοσπονδύλιο διάστημα Ο4-Ο5, με χαμηλό σήμα στην Τ1W ακολουθία, υψηλό στην Τ2W και περιφερική ενίσχυση μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού μέσου. Η βλάβη εξαιρέθηκε χειρουργικά επιβεβαιώνοντας την αρχική εκτίμηση της Μ.Τ. περί δισκικής κύστεως.

42. ΣΥΝΔΡΟΜΟ HAGLUND, ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΗΝ Μ.Τ.

Α. Τζεφεράκος, Ε. Καρράς, Δ. Τζώρτζης, Γ. Γιαννικουρής, Κ. Πίκουλας, Α. Πετεινέλη, Κ. Κοκκίνης
Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Το σύνδρομο Haglund είναι ένα σχετικά σύνθηες κλινικό/ορθοπαιδικό πρόβλημα που εκδηλώνεται με πόνο, οίδημα και ερυθρότητα στην περιοχή της πτέρνας. Το σύνδρομο περιλαμβάνει την τριάδα: (i) Παραμόρφωση του Haglund με εξόστωση της πτέρνας στην οπίσθια άνω επιφάνειά της, (ii) καταφυτική τενοντίτιδα του Αχιλλείου και (iii) οπισθοπερνηκή θυλακίτιδα.

Ο παθογενετικός μηχανισμός δεν είναι πλήρως κατανοητός, ωστόσο ανάμεσα στους πιθανούς εμπλεκόμενους παράγοντες, οι πλέον επιβαρυντικοί είναι η κληρονομικότητα, η χρήση ακατάλληλων υποδημάτων και η χρόνια συστηματική καταπόνηση της περιοχής (π.χ. αθλητές).

Στόχος της εργασίας είναι η επισήμανση των αλλοιώσεων που παρατηρούνται στην περιοχή της πτέρνας στα πλαίσια του συνδρόμου Haglund και ειδικότερα το πως αυτές αποτυπώνονται στην απλή ακτινογραφία, την Αξονική Τομογραφία και τη Μαγνητική Τομογραφία.

43. ΣΥΝΔΡΟΜΟ KLIPPEL - FEIL

Σ. Πασχάλης, Κ. Ιωσηφίδης, Δ. Στεφάνου, Α. Παρλαμένη, Σ. Τσολάκη, Α. Μαντζώρου, Θ. Κρατημένος, Ι. Β. Καλογερόπουλος
Ιατροί, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός μας είναι η ανάδειξη των ακτινολογικών ευρημάτων του συνδρόμου Klippel – Feil σε απλές ακτινογραφίες θώρακα και αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης.

Υλικό: Απλές Ακτινογραφίες Θώρακα και Αυχενικής Μοίρας Σπονδυλικής Στήλης.

44. ΤΟ ΑΠΛΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΠΛΕΥΡΩΝ

Π. Ιωαννίδη, Ε. Μπλάνα, Σ. Πασχάλης, Α. Αναγνωστοπούλου, Α. Πέρδικα, Φ. Δημητρούλη, Θ. Κολιός, Δ.Δ. Κόκκινος,
Ε. Γ. Αντύπα., Σ. Τσολάκη, Α. Παρλαμένη, Ι. Β. Καλογερόπουλος
Ακτινολογικό Τμήμα - Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η μελέτη της διαγνωστικής αξίας του υπερηχογραφήματος συγκριτικά με την απλή ακτινογραφία θώρακος για την ανάδειξη καταγμάτων πλευρών.

Υλικό: Απεικονιστικές εξετάσεις ασθενών με κλινική εικόνα κάκωσης θώρακος. Πραγματοποιήθηκε υπερηχογραφικός έλεγχος της πλευράς με εντοπισμένο άλγος με υπερηχογράφο GE Logic 9 και γραμμικό ηχοβολέα 9 Hz. Σε όλους τους ασθενείς είχε προηγηθεί απλή ακτινογραφία θώρακος, ενίοτε με επιπλέον πλάγια λήψη πλευρικών τόξων της πάσχουσας πλευράς. Τα αποτελέσματα των υπερήχων συγκρίνονται με αυτά των ακτινογραφιών θώρακος. Το εντοπισμένο υπερηχογράφημα πλευρών αναδεικνύει τα κατάγματα συχνότερα από τις ακτινογραφίες θώρακος. Επί σχετικών κλινικών ενδείξεων θωρακικής κάκωσης, είναι χρήσιμος ο υπερηχογραφικός έλεγχος των πλευρικών τόξων για αποκλεισμό καταγμάτων πλευρών.

45. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ GLOMUS TUMOR

Καταραχιάς Κωνσταντίνος, Δόκου Ελένη, Σφήκα Σοφία, Κρητικός Νικόλαος, Μούτου Μαργαρίτα, Μπαρέκα Χριστίνα, Καρτσούνη Βικτωρία, Γκέλη Μυρσίνη

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββος»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: η ανάδειξη των υπερηχογραφικών σημείων, που σε συσχέτιση με την κλινική εικόνα, θέτουν σοβαρά τη διαγνωστική υπόνοια του αγγειακού όγκου glomus tumor.

Υλικό: θήλυς ασθενής 51 ετών προσήλθε για υπερηχογράφημα προς διερεύνηση χρόνιας επώδυνης διόγκωσης της παλαμιαίας επιφάνειας της άπω φάλαγγας του αριστερού δείκτη. Χαρακτηριστική ήταν η αναφορά της ασθενούς για εντονότερο άλγος το βράδυ και κατά την πίεση ιδιαίτερα σε ζεστό περιβάλλον. Στο υπερηχογράφημα αναδείχθηκε υποκωγενές συμπαγούς υψής μόρφωμα στον υποδόριο ιστό, με μόλις υποσημειώμενη εσωτερική αγγείωση κατά τον έλεγχο με έγχρωμο Doppler. Κατόπιν της εξέτασης το μόρφωμα αφαιρέθηκε χειρουργικά και ο ιστολογικός έλεγχος έθεσε τη διάγνωση του καλοήθους αγγειακού νεοπλασματος (glomus tumor).

Οι Glomus tumor ή Glomangiomas είναι καλοήθεις αγγειακοί όγκοι με συνηθέστερη εντόπιση στα άπω άκρα. Οι όγκοι αυτοί δεν πρέπει να συγχέονται με τα παραγαγγλιώματα και συχνότερα εμφανίζονται σε γυναίκες στην 4^η και 5^η δεκαετία της ζωής τους. Περίπου το 75% εντοπίζονται στο χέρι και αντιπροσωπεύουν το 1-5% των όγκων των μαλακών μορίων. Η βλάβη συνήθως παρουσιάζεται ως μικρή εξαιρετικά επώδυνη διόγκωση στον υποδόριο ιστό των φαλάγγων των δακτύλων ενώ το άλγος επιτείνεται το βράδυ. Η υποχώρηση του άλγους κατόπιν περιδέσης του άκρου κεντρικότερα αποτελεί το κλινικό παθognωμικό σημείο ενώ είναι πιθανή η εμφάνιση αιμορραγίας υπονοχιάως. Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά τους αφορούν περισσότερο σε αμαρτώματα παρά σε αληθείς όγκους.

46. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΥΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ, ΣΕ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ

Ελένη Μαρμαρά¹, Χρήστος Νταβατζίκος²

¹ ΕΚΠΑ, Σχολή Επιστημών Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Εργαστήριο Αθλητιατρικής και Βιολογίας της άσκησης, Δάφνη, Αθήνα

ΠΕΔΥ, Μονάδα Υγείας Αιγάλεω, Ακτινολογικό εργαστήριο, Αθήνα

² Ιατρική Επίβλεψη, Διαγνωστικά Εργαστήρια, Ακτινολογικό Τμήμα, Δάφνη, Αθήνα

Σκοπός: Η διερεύνηση πιθανών διαφορών στους υπερηχογραφικά ανιχνευόμενους μυικούς τραυματισμούς σε σχέση με τον τύπο, την εντόπιση και την έκταση του αιματώματος μεταξύ κυρίαρχου - μη κυρίαρχου άκρου ποδιού σε επαγγελματίες ποδοσφαιριστές

Υλικό - Μέθοδοι: Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μεταξύ των ετών 2009-2012 με προοπτική μελέτη 48 ποδοσφαιριστών της επαγγελματικής κατηγορίας. Οι μυς που εξετάστηκαν ήταν οι προσαγωγοί, τετρακέφαλοι, δικέφαλοι μηριαίοι και οι γαστροκνήμιοι των δύο κάτω άκρων. Μετρήθηκαν υπερηχογραφικά οι διαστάσεις του αιματώματος (μήκος, εύρος και βάθος). Αν απουσίαζαν δομικές αλλοιώσεις μετά από κάκωση, οι τραυματισμοί κατηγοριοποιούνταν ως λειτουργικοί. Οι μετρήσεις καταχωρήθηκαν διαφορετικά για το κυρίαρχο - μη κυρίαρχο άκρο πόδι.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο ανιχνεύθηκαν 95 μυικοί τραυματισμοί εκ των οποίων οι 51 (53,7%) αφορούσαν το κυρίαρχο κάτω άκρο. Οι περισσότεροι τραυματισμοί εντοπίζονταν στον κυρίαρχο δικέφαλο μηριαίο μυ (n=23, 35,4%). Δεν ταυτοποιήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Συμπεράσματα: Οι περισσότεροι μυικοί τραυματισμοί στο επαγγελματικό ποδόσφαιρο αφορούν τον κυρίαρχο δικέφαλο μηριαίο μυ. Οι υπερηχογραφικά ανιχνευόμενες κακώσεις με αιματώματα απαιτούν μεγαλύτερο διάστημα αποθεραπείας σε σχέση με τις απλές λειτουργικές κακώσεις. Η υπερηχογραφική ανίχνευση αιματωμάτων στους μυς αποτελεί σημαντική πληροφορία για τον προγραμματισμό της επαναφοράς του αθλητή σε αγωνιστική δράση.



ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΗΤΙΚΟ – ΠΥΕΛΟΣ

47. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΓΓΕΙΟΜΥΟΛΙΠΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΖΩΔΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ελένη Νικολέντζου, Χριστίνα Σκιαδά, Σοφία Κάτσαρη, Αναστάσιος Αγγέλου, Σοφία Μυλωνά, Γεώργιος Γκενεράλης, Νίκη Ρόππα-Λεπίδα, Νικόλαος Μπατάκης

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» - Ε.Ε.Σ.

Σκοπός: Το νεφρικό αγγειομυλίωμα είναι ένα καλοήθες νεφρικό νεόπλασμα που απαντάται σποραδικά ενώ το 20% σχετίζεται με την οζώδη σκλήρυνση. Περίπου το 50% των ασθενών με οζώδη σκλήρυνση έχουν αγγειομυλίωματα που τείνουν να είναι πολλαπλά και αμφοτερόπλευρα. Η κύρια επιπλοκή τους είναι η αιμορραγία.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής, άρρεν, 27 ετών με ιστορικό οζώδους σκλήρυνσης προσήλθε στο τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου μας αιτιώμενος οξύ άλγος αριστερής πλάγιας κοιλίας από θώρου, με αντανάκλαση στην οσφύ και συνοδό ζάλη. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ευαισθησία στην ψηλάφηση της αριστερής πλάγιας κοιλίας, ωχρότητα, εφίδρωση και ταχυκαρδία. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για επείγουσα υπολογιστική τομογραφία κοιλίας.

Αποτελέσματα: Η Υ.Τ. ανέδειξε διαταραχή της αρχιτεκτονικής των νεφρών με πολλαπλές ευμεγέθεις μάζες, πυκνότητας λίπους, συμβατές με αγγειομυλίωματα. Παρατηρήθηκε εκτεταμένο περινεφρικό αιμάτωμα αριστερά. Εντός της βλάβης του αριστερού νεφρού ελέγχθηκε υπέρπυκνη αλλοίωση που αντιστοιχούσε σε ανεύρυσμα ή εξαγγείωση της σκιαγραφικής ουσίας. Η DSA αγγειογραφία επιβεβαίωσε την παρουσία ανευρύσματος εντός της βλάβης, ως αιτία της αιμορραγίας. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε εμβολισμό του ανευρύσματος με σωματίδια πολυβινυλικής αλκοόλης (PVA), με επιτυχή αποκλεισμό του ανευρύσματος.

Συμπέρασμα: Η αυτόματη ρήξη του αγγειομυλίωματος αποτελεί μια επείγουσα κλινική κατάσταση η οποία χρήζει άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Ο σχηματισμός ανευρύσματος και ο κίνδυνος αιμορραγίας φαίνεται ότι σχετίζεται με το μέγεθος του όγκου, την αυξημένη αγγείωση και τη δημιουργία μικροανευρυσμάτων. Λόγω των συστατικών λίπους εντός του αγγειομυλίωματος, η Υ.Τ. είναι διαγνωστική και μπορεί επιπλέον να αναδείξει την υποκείμενη αιτία αιμορραγίας. Ο εκλεκτικός ενδαρτηριακός εμβολισμός είναι αποδεκτός ως μια ελάχιστα επεμβατική θεραπευτική προσέγγιση με αξιολογικά αποτελέσματα.

48. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΑ ΚΥΣΤΗ ΩΘΗΚΗΣ

Δήμητρα Χαϊνί¹, Ελευθερία Χαϊνί²

¹ Ακτινολογικό Τμήμα ΠΕΔΥ - ΜΥ Κέρκυρας

² Πνευμονολογική Κλινική ΓΝ Κέρκυρας

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Πολλά κλινικά αίτια, καλοήθη και κακοήθη, μπορούν να προκαλέσουν διόγκωση της κοιλίας.

Στη παρούσα Εργασία παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας με μεγάλη κοιλιακή διάταση οφειλόμενη σε γιγαντιαία κύστη ωσθήκης.

Υλικό: Πρόκειται για γυναίκα 57 ετών, πρώην καπνίστρια, με ιστορικό προ 10ετίας διαγνωσθείσας κύστης ωσθήκης διαμέτρου 12 εκατοστών. Η ασθενής είχε αρνηθεί χειρουργική εξαίρεση.

Η ασθενής προσήλθε για δύσπνοια. Κατά την αντικειμενική εξέταση παρουσίαζε μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος κάτω πνευμονικών πεδίων άμφω, εξεσημασμένη ανώδυνη κωνοειδή διόγκωση της κοιλίας με μείωση των εντερικών ήχων. Η ακτινογραφία και η υπολογιστική τομογραφία θώρακα ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η απλή ακτινογραφία κοιλίας έδειξε ομότιμη σκίαση καταλαμβάνουσα σχεδόν ολόκληρη την περιοχή της κοιλίας με παρεκτόπιση των εντερικών ελίκων προς την περιφέρεια. Ο υπέρηχος κοιλίας έδειξε ευμεγέθη χωροκατακτητική εξεργασία καταλαμβάνουσα όλη την κοιλία διαμέτρου 33.0 εκατοστών, φέρουσα συμπαγή τμήματα και ηχογενή στοιχεία εντός αυτής, με απώθηση των συμπαγών οργάνων της άνω κοιλίας. Συνυπήρχε διάταση του πυελο-καλυκτικού συστήματος του δεξιού νεφρού. Χωρίς σαφή εικόνα ασκίτικης συλλογής.

Η υπολογιστική τομογραφία κοιλίας έδειξε χωροκατακτητική εξεργασία στην περιτοναϊκή κοιλότητα κατά βάση κυστικόμορφη και με συμπαγές τμήμα σε επαφή με την πρόσθια επιφάνεια της μήτρας με ανομοιογενή εμπλουτισμό. Παρουσία ασκίτικης συλλογής στον Δουγλάσειο χώρο. Ολιγάριθμοι λεμφαδένες παραορτικά και στις καρδιοφρενικές γωνίες οριακού μεγέθους. Ήπια διάταση του πυελοκαλυκτικού συστήματος του δεξιού νεφρού. Τα συμπαγή όργανα ελέγχονται χωρίς δευτερογενείς εντο-

πίσεις. Συγκριτικά με την προ 10ετίας υπολογιστική τομογραφία διαπιστώθηκε διπλασιασμός της εξεργασίας και ανάπτυξη συμπυκνών τμημάτων εντός αυτής.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική εξαίρεση. Η βιοψία έδειξε καλοήγη κύστη ωθήκης με σημεία αρχόμενης ρήξης. Το βάρος της κύστης ανερχόταν σε 20 Kgr. Η ασθενής ευρίσκεται σε άριστη κατάσταση.

Συμπεράσματα: Οι κύστεις της ωθήκης μπορούν να προκαλέσουν μεγάλη κοιλιακή διόγκωση. Η χειρουργική εξαίρεση αποτελεί την αντιμετώπισή τους. Η καθυστέρηση της αντιμετώπισης ενέχει τον κίνδυνο ρήξης.

49. ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΙΚΗ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χ. Μπεληγιάννης, Μ. Πατελάρου, Μ. Μπασιάκου, Κ. Γκρονέλι, Α. Θεοδοσίου

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Ν.Α. « Η Ελπίς»

Εκπαιδευτικός στόχος: Η εμφυσηματική πυελονεφρίτιδα (Ε.Π.) είναι μια ασυνήθης λοίμωξη του νεφρικού παρεγχύματος χαρακτηριζόμενη από παρουσία αέρα στο πυελοκαλυκτικό σύστημα του νεφρού, τον ουρητήρα αλλά και τον περινεφρικό χώρο. Η ΕΠ είναι πιο συχνή στις γυναίκες με 90% των αναφερόμενων περιπτώσεων να συνυπάρχει σακχαρώδης διαβήτης. Προδιαθετικοί παράγοντες σε μη διαβητικούς ασθενείς αναφέρονται η απόφραξη, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η ανοσοκαταστολή και οι πολυκυκτικοί νεφροί. Η εμφυσηματική πυελονεφρίτιδα παρουσιάζει σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα ως εκ τούτου είναι αναγκαία η έγκαιρη διάγνωση της.

Υλικό: Πρόκειται για γυναίκα 62 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας με ρίγος, πυρετό, εμέτους και σοβαρά απορρυθμισμένο σακχαρώδη διαβήτη. Το υπερηχογράφημα ανέδειξε διογκωμένο αριστερό νεφρό, διάταση του πυελοκαλυκτικού συστήματος με υπερηχογενείς ανακλάσεις με ρυπαρή σκιά εντός αυτού ως επί παρουσίας αέρα. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε διαταραχή της αρχιτεκτονικής του νεφρικού παρεγχύματος, παρουσία μικρών φυσαλίδων αέρα ενδοπαρεγχυματικά, στον περινεφρικό χώρο καθώς και συνοδά μικρά υποκάψια αποστημάτια. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικής θεραπείας. Η νόσος στην προκειμένη περίπτωση είχε καλή έκβαση λόγω της έγκαιρης διάγνωσης. Αν και σπάνια η Ε.Π. πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση ασθενών με συμπτώματα λοίμωξης του ανώτερου ουροποιητικού.

50. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗΣ ΛΙΘΙΑΣΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΕΟΥΡΗΤΗΡΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ

Κυριακή Μπαρουτσή¹, Όλγα Κουρτσοπούλου², Άννα Κυριαζίδου², Βασίλης Νικολάου¹, Γεωργία Γεωργούλια², Κωνσταντίνα Μπούχρα³, Σοφία Ισπανοπούλου³

¹ Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»

² Εργαστήριο Υπερήχων Γ.Ν. Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»

³ Τμήμα Αξονικού Τομογράφου Γ.Ν. Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η νεφρολιθίαση επηρεάζει το 5-10% του γενικού πληθυσμού. Είναι 2,5 φορές πιο συχνή στους άντρες από ότι στις γυναίκες. Επίσης σε άτομα μικρότερα των 45 ετών ο επιπολασμός της είναι 0,58%.

Σκοπός της παρουσίας είναι να δείξει την αξία των απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση της σπάνιας περίπτωσης αμφοτερόπλευρης απόφραξης της κυστεοουρητηρικής συμβολής.

Υλικό: Γυναίκα 35 ετών προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας αναφέροντας πλήρη αδυναμία ούρησης από 24ώρου. Στο ιστορικό αναφέρει λιθοτριψία αριστερά πριν από μία εβδομάδα λόγω παρουσίας κοραλιοειδούς λίθου. Από τον αιματολογικό έλεγχο που ακολούθησε η κρεατινίνη ήταν πολύ αυξημένη, 14 mg/dl.

Στην απλή ακτινογραφία κοιλίας που προηγήθηκε, απεικονίστηκε ευμεγέθης ουρόλιθος στον αριστερό νεφρό καθώς και από έναν ευμεγέθη ουρόλιθο στην κυστεοουρητηρική συμβολή αμφοτερόπλευρα.

Ακολούθησε υπερηχοτομογραφικός έλεγχος όπου αναδείχθηκε αμφοτερόπλευρα, υδρονέφρωση και μεγάλη διάταση των ουρητήρων μέχρι την κυστεοουρητηρική συμβολή όπου αποφράσσονται και οι δύο από δύο ευμεγέθεις ουρόλιθους.

Κατόπιν πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία όπου επιβεβαιώθηκαν τα παραπάνω ευρήματα και η αμφοτερόπλευρη απόφραξη στην κυστεοουρητηρική συμβολή.



Η ασθενής χρειάστηκε να παραμείνει για νοσηλεία όπου υποβλήθηκε σε επείγουσα επεμβατική αντιμετώπιση η οποία έχει απόλυτη ένδειξη στην περίπτωση που υπάρχει ανουρία λόγω αμφοτερόπλευρης λιθιασικής απόφραξης. Αφαιρέθηκαν και οι δύο λίθοι από τις κυστεοουρητηρικές συμβολές και τοποθετήθηκε pig-tail αριστερά.

51. ΚΑΚΩΣΗ ΝΕΦΡΟΥ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μ. Μπασιάκου, Χ. Μπεληγιάννης, Α. Δρίβαλος, Κ. Γκρονέλλι, Α. Θεοδοσίου

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

Ουρολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των κακώσεων του ουροποιογεννητικού συστήματος μειώνει την θνησιμότητα και αυξάνει την πιθανότητα αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Η αξονική τομογραφία απεικονίζει ακριβέστερα την θέση του τραύματος, ολόκληρο τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, τα αιματώματα, όλη την πύελο και την κοιλιά. Οι αποφάσεις για την ακτινολογική εκτίμηση των ασθενών σε υποψία νεφρικής κάκωσης, βασίζονται σε κλινικά ευρήματα και στον μηχανισμό της κάκωσης.

Υλικό: Ασθενής 52 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας λόγω κάκωσης ΑΡ νεφρού μετά από τροχαίο ατύχημα. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε την ημέρα εισαγωγής: Hct: 37,1%, Hb: 13,5g/dl, WBC: 15,6k/μl, ουρία: 43mg/dl, κρεατινίνη: 1,2mg/dl.

Η α/α θώρακος ανέδειξε κάταγμα 10ης πλευράς ΑΡ, γραμμοειδείς ατελεκτασίες ΑΡ βάσης και ατελή έκπτυξη του ΑΡ πλευροδιαφραγματικού χώρου. Το υπερηχογράφημα κοιλίας fast, ανέδειξε ασαφопоίηση της φλοιομυελώδους μοίρας του ΑΡ νεφρού και του περιγράμματος αυτού, με συνοδό περινεφρική και περισπληνική συλλογή υγρού.

Ακολούθησε επείγουσα CT θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας μετά i.v χορήγηση σκιαγραφικού. Η CT επιβεβαίωσε το ρωγμώδες κάταγμα της 10ης πλευράς, τις πυκνοατελεκτασικές αλλοιώσεις ΑΡ πνευμονικής βάσης και τη σύστοιχη υπεζωκοτική συλλογή. Ανέδειξε διόγκωση του ΑΡ νεφρού, παρουσία μηνοειδούς υποκάπιου αιματώματος, περινεφρικού και περιουρητηρικού αιματώματος και ελεύθερες συλλογές υγρού στον οπίσθιο παρανεφρικό χώρο. Στην καθυστερημένη λήψη των 30 min παρατηρήθηκε απέκκριση του i.v. σκιαγραφικού από τον τραυματισμένο νεφρό. Ακολούθησε νέα CT μετά 48 h που έδειξε βελτίωση της λειτουργικότητάς του, οπότε και αντιμετωπίστηκε συντηρητικά.

52. ΚΥΣΤΙΚΑ ΜΟΡΦΩΜΑΤΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΔΟΧΩΝ ΚΥΣΤΕΩΝ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΝΕΦΡΩΝ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ ΚΑΙ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Γεώργιος Σκούντζος, Αναστάσιος Παππάς, Ευαγγελία Στρουμπούλη, Αλεξία Μήκα, Θεόδωρος Κέντον, Σπυρίδων Καββαδίας

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Σκοπός της Μελέτης: Η συσχέτιση των ευρημάτων της Υπερηχοτομογραφίας και της Αξονικής Τομογραφίας στην απεικόνιση κυστικών μορφωμάτων των σπερματοδόχων κύστεων, που αποτελούν εκδήλωση του συνδρόμου πολυκυστικών νεφρών των ενηλίκων σε ποσοστό 44-60% σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας ασθενής 52 ετών, με γνωστό ιστορικό συνδρόμου πολυκυστικών νεφρών, προσέρχεται στο Τμήμα Υπερήχων προς έλεγχο της ουροδόχου κύστης λόγω δυσουρικών ενοχλημάτων, αιματοουρίας, αιμοσπερμίας και άλγους κατά την εκσπερμάτιση.

Αποτελέσματα: Στο Β-Mode υπερηχογράφημα αναδείχθηκε παρουσία δίχωρης, κυστικής υψής εξεργασίας σε επαφή με το οπίσθιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης καθώς και ιζήματος εντός της κοίτης αυτής. Στην αξονική τομογραφία, απεικονίσθηκαν δύο ευμεγέθη υπόπυκνα μορφώματα στην ανατομική θέση των σπερματοδόχων κύστεων, με πυκνότητα υγρού.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο πολυκυστικών νεφρών των ενηλίκων, μπορεί να συνδυαστεί ασυνήθιστα, αλλά όχι σπάνια, με κύστεις εντός των σπερματοδόχων κύστεων ή του προστάτη και συνηθέστερα του ήπατος και του παγκρέατος. Η αιμοσπερμία, αν και αποτελεί θορυβώδες σύμπτωμα για τον ασθενή, συνήθως έχει καλοήγη αιτιολογία. Η συνύπαρξη πολυκυστικών νεφρών επιβεβαιώνει την καλοήγη φύση της κατάστασης και περιορίζει σημαντικά το διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα.

53. ΚΥΣΤΙΚΟ ΝΕΦΡΩΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Χ. Μπεληγιάννης, Π. Τσίρμπα, Μ. Μπατσιάκου, Μ. Πατελάρου, Κ. Σωτηράκου, Α. Θεοδοσίου, Κ. Γκρονέλλι, Α. Φατσά
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Ν.Α. « Η Ελπίς»

Εκπαιδευτικοί Στόχοι: Το κυστικό νέφρωμα αποτελεί ένα σπάνιο όγκο του νεφρού. Είναι μία μεικτή επιθηλιακή και στρωματική νεοπλασία του νεφρού, με λιγότερα από 150 περιστατικά να έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Απαντάται συχνότερα στις γυναίκες σε αναλογία 6:1. Έχουν αναφερθεί ελάχιστες περιπτώσεις σε άνδρες που λάμβαναν θεραπεία με οιστρογόνα για τον καρκίνο του προστάτη. Χαρακτηρίζεται από καλοήγη συμπεριφορά, με την κακοήγη εξαλλαγή να αποτελεί πολύ σπάνιο φαινόμενο. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού και η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Υλικό: Γυναίκα 35 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας λόγω παρατεταμένου βύθιου άλγους στην δεξιά οσφυϊκή χώρα. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο που ακολούθησε ανευρέθηκε πολύχρωμο κυστικό μόρφωμα με διαφραγμάτια στον άνω πόλο του δεξιού νεφρού. Η ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία με IV χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας η οποία ανέδειξε σαφώς αφοριζόμενο κυστικό μόρφωμα μεγίστης διαμέτρου 6 cm στον δεξιό νεφρό με διαφραγμάτια που προσλαμβάνουν την σκιαγραφική ουσία ως εκ τούτου χαρακτηρίστηκε ως κύστη Bosniak III. Οι τιμές των λοιπών εργαστηριακών εξετάσεων ήταν φυσιολογικές. Διενεργήθηκε ερευνητική λαπαροτομία και λόγω της μακροσκοπικής εικόνας του όγκου αποφασίστηκε η νεφρεκτομή. Στην ιστολογική εξέταση διαγνώστηκε κυστικό νέφρωμα / μεικτός επιθηλιακός όγκος του νεφρού.

Το κυστικό νέφρωμα / μεικτός επιθηλιακός και στρωματικός όγκος συνήθως έχει καλοήγη συμπεριφορά με λίγες μόνο αναφερόμενες περιπτώσεις τοπικής υποτροπής και κακοήθους εξαλλαγής να υπάρχουν στην βιβλιογραφία.

54. ΝΕΦΡΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ: ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΜΕ CT

Ανθή Λάρδα¹, Ισμήνη Κουκουμτζή¹, Μαρία Αναγνώστου¹, Σπυριδούλα Μούσιου¹, Θάλεια Δάγλα¹, Αθανασία Στρατηγοπούλου², Κωνσταντίνος Τσιλίκας¹, Σωτηρία Σταθοπούλου¹

¹ Ιατρός Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

² Τεχνολόγος Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού με νεφρικό απόστημα, το οποίο διαγνώστηκε με Αξονική Τομογραφία (CT). Τα νεφρικά αποστήματα είναι σπάνια, αποτελούν το 2% όλων των νεφρικών μαζών. Συνήθως προέρχονται από εγκατάσταση μικροβίων στο φλοιό του νεφρού από ανιούσα λοίμωξη ή αιματογενή διασπορά, ως επιπλοκή υδρονέφρωσης, οξείας πυελονεφρίτιδας, εστιακής νεφρίτιδας ή σηψαιμίας. Η λιθίαση, ο ΣΔ, πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις και το τραύμα αποτελούν μερικούς από τους προδιαθεσικούς παράγοντες. Η CT αποτελεί μέθοδο εκλογής για τη διάγνωση των νεφρικών αποστημάτων. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι καθυστέρηση στη διάγνωση και αντιμετώπιση έχει υψηλό ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Υλικό: Γυναίκα 42 ετών προσήλθε ως εξωτερική ασθενής στο τμήμα μας για τη διενέργεια CT, με υψηλό πυρετό, άλγος στη δεξιά νεφρική χώρα, λευκοκυττάρωση, πυουρία, βακτηριουρία και αιματοουρία, χωρίς κανένα προδιαθεσικό παράγοντα. Η Αξονική Τομογραφία ανέδειξε διόγκωση του άνω πόλου του δεξιού νεφρού με κυστική πολύχρωμη αλλοίωση διαμέτρου 4 εκ., που προβάλλει και εκτός του νεφρικού περιγράμματος, η οποία ενισχύεται περιφερικά, με συνοδό πάχυνση της περιτονίας του Gerota και θολερότητα του περινεφρικού λίπους. Στη μεσότητα και τον κάτω πόλο του δεξιού νεφρού συνυπάρχουν αρκετές υπόπυκνες τριγωνικές περιοχές στο φλοιό, ως επί πρόσφατων νεφριτιδικών αλλοιώσεων. Η όλη εικόνα είναι συμβατή με πυελονεφρίτιδα δεξιά επιπλακεία με ενδονεφρικό απόστημα.



55. ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΥΣΤΕΩΝ ΣΤΙΣ ΣΠΕΡΜΑΤΟΔΟΧΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΑΓΕΝΕΣΙΑ ΝΕΦΡΟΥ.

Μ. Πατελάρου¹, Μ. Μπασιάκου¹, Α. Κυριαζίδου², Α. Δρίβαλος³, Κ. Γκρονέλλι¹, Χ. Μπεληγιάννης¹

¹ Τμήμα Αξονικού Τομογράφου Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

² Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γενικού Κρατικού Νίκαιας

³ Ουρολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

Εκπαιδευτικός Στόχος: Οι κύστεις των σπερματοδόχων κύστεων μπορεί να είναι συγγενείς ή επίκτητες. Συγγενείς ανωμαλίες των σπερματοδόχων κύστεων είναι σπάνιες και πιθανότερα οφείλονται σε απόφραξη της συμβολής σπερματοδόχων κύστεων και εκσπερματικών πόρων. Συνυπάρχουν με άλλες ανωμαλίες του ουρογεννητικού συστήματος, όπως η νεφρική αγενεσία.

Υλικό: Ασθενής 30 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας με ήπιο άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, δυσουρία και συχνουρία. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε στο δεξιό πλάγιο τοίχωμα της βάσης της ουροδόχου κύστεως κυστικό μόρφωμα, με παχύ ανώμαλο τοίχωμα, εσωτερικές ηχοανακλάσεις και προβολή αυτού εντός της ουροδόχου κύστεως. Δεν κατέστη δυνατή η απεικόνιση του δεξιού νεφρού στον υπερηχογραφικό έλεγχο.

Η αξονική τομογραφία με χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας έγινε προκειμένου να αναδειχθεί ο δεξιός νεφρός και να χαρακτηριστεί η κυστική αλλοίωση.

Ο δεξιός νεφρός δεν εντοπίστηκε στην ανατομική του θέση, ενώ οπισθίως της ουροδόχου κύστεως και κεφαλικά του προστατικού αδένου απεικονίστηκε σαφώς αφοριζόμενο λοβωτό μόρφωμα με τοιχωματική ενίσχυση και περιεχόμενο υψηλής πυκνότητας.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει υδρονέφρωση σε έκτοπο νεφρό, κύστεις προστάτου, εκσπερματικών πόρων, ή σπερματοδόχων κύστεων.

Η τελική διάγνωση τέθηκε με την μαγνητική τομογραφία όπου το ανωτέρω μόρφωμα παρουσίασε υψηλής έντασης σήμα στην T1 και T2 ακολουθία ενδεικτικό κύστεων με πρωτεϊνικό ή αιμορραγικό περιεχόμενο.

Οι κύστεις των σπερματοδόχων κύστεων αν και σπάνιες πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην διαφορική διάγνωση ασθενών που προσέρχονται με συμπτώματα λοίμωξης του κατώτερου ουροποιητικού και απεικονιστική επιβεβαίωση αγενεσίας νεφρού.

56. ΣΕΜΙΝΩΜΑ ΟΡΧΕΩΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΜΙΚΡΟΛΙΘΙΑΣΗ

Αλεξάνδρα Παρέση¹, Πέτρος Λευκός¹, Στέφανος Περικλέους², Λουκάς Μεγαγιάννης¹, Ειρήνη Κουζιώκα¹, Γεωργία Καλύβα¹, Καλλιόπη Σκούπρα¹, Αικατερίνη Κόγια¹

¹ Ακτινολογικό Εργαστήριο, «Αχιλλοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

² Ουρολογική Κλινική, «Αχιλλοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της μελέτης- παρουσίας περιστατικού είναι η συσχέτιση της μικρολιθίαςης με τον καρκίνο του όρχεως, αναφερόμενη με υψηλά ποσοστά, από 0,6% έως 46%, στις δημοσιευμένες εργασίες. Η υψηλή συσχέτιση θέτει την υπόνοια ότι η μικρολιθίαση μπορεί να αποτελεί προκαρκινωματώδη κατάσταση κι έτσι έχει ανακύψει το ερώτημα της υπερηχογραφικής παρακολούθησης των ασθενών.

Μελέτες των τελευταίων ετών υποστηρίζουν πως, δεδομένου ότι η μικρολιθίαση συνυπάρχει, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, με πολλές καταστάσεις οι οποίες ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκίνου του όρχεως (σύνδρομο ορχικής δυσγενεσίας, κρυφορχία, υπογοναδισμός, υπογονιμότητα, σύνδρομο Down, σύνδρομο Kleinefelter, σύνδρομο McCune-Albright, κ.α.) η ίδια δεν μπορεί να θεωρηθεί ανεξάρτητος προδιαθεσικός παράγοντας.

Με βάση αυτά τα δεδομένα, τα guidelines των τελευταίων ετών συστήνουν μνηιαία αυτοεξέταση των ασθενών αυτών και, μόνον αν συνυπάρχουν άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες, συμπλήρωση του ελέγχου με επίσης υπερηχογραφικό έλεγχο.

Υλικό: Ασθενής 39 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ του νοσοκομείου μας αιτιώμενος ψηλαφητή ανώδυνη διόγκωση όρχεως. Η κλινική εξέταση επιβεβαίωσε το ψηλαφητό μόρφωμα και ζητήθηκε triplex οσχέου. Η υπερηχογραφική εξέταση ανέδειξε υπόηχη, λοβωτή αλλοίωση, με σαφή όρια στον δεξιό όρχη και συνοδό πολλαπλή μικρολιθίαση σε αμφοτέρους. Το εύρημα θεωρήθηκε ύποπτο για κακοήθεια και διενεργήθηκε αξονική τομογραφία, στο πλαίσιο σταδιοποίησης, η οποία ήταν αρνητική για μεταστατική νόσο, οπότε ο ασθενής υποβλήθηκε σε υψηλή ορχεκτομή. Η βιοψία ανέδειξε σεμίνωμα.

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ**57. 18F-FDG PET/CT ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ**

Β. Λύρα, Δ. Βεργανελάκης, Σ. Καλλιβωκάς, Β. Συργιμιώτης, Ι. Νίκας
Τμήμα Αξονικής - Μαγνητικής Τομογραφίας και Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών, «Αγία Σοφία»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Το εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας στα παιδιά (θερμοκρασία >38.3°C, διάρκειας >7 ημερών, χωρίς εμφανή διάγνωση μετά από την κλινική εξέταση και τις πρώτες εργαστηριακές εξετάσεις) οφείλεται κυρίως σε συνήθεις νόσους (λοιμώξεις, ρευματοπάθειες, νεοεξεργασίες), με όχι συνήθη συμπτωματολογία.

Η περαιτέρω διαγνωστική προσέγγιση του παιδιού με εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας, συμπεριλαμβάνει συχνά απεικονιστικό έλεγχο με σπινθηρογράφημα οστών, κυρίως για τον αποκλεισμό οστεομυελίτιδας, λόγω της μεγαλύτερης συχνότητας της νόσου στην παιδική ηλικία.

Ο κλινικός θα πρέπει να γνωρίζει ότι, ακόμη κι όταν υπάρχουν ευρήματα με αμφίβολη ερμηνεία σε U/S ή CT απεικονιστικό έλεγχο, η υβριδική απεικόνιση PET/CT με χορήγηση 18F-FDG μπορεί να βοηθήσει στην ανάδειξη της αιτίας του εμπύρετου αγνώστου αιτιολογίας στα παιδιά, προσφέροντας ταυτόχρονα τη δυνατότητα παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Περίπτωση 1. Παιδί 12 ετών με παρατεταμένο εμπύρετο μετά από λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού, παρουσίασε υπόπτες σπληνικές βλάβες στον U/S έλεγχο κοιλίας, οι οποίες ενίσχυσαν το ενδεχόμενο επιπλοκής. Για τον αποκλεισμό συνυπάρχουσας οστεομυελίτιδας, λόγω αναφερόμενου άλγους στην αριστερή κνήμη, το παιδί υποβλήθηκε σε σπινθηρογράφημα οστών, με ανάδειξη οστεοειδούς οστεώματος, ως τυχαίο εύρημα. Ο επόμενος απεικονιστικός έλεγχος με 18F-FDG PET/CT ανέδειξε κατανομή της υπερμεταβολικής δραστηριότητας σε σπλήνα και λεμφαδένες συμβατή με λέμφωμα, η οποία μετά την ιστολογική επιβεβαίωση τροποποίησε τη θεραπευτική αγωγή του παιδιού.

Περίπτωση 2. Παιδί 11 ετών με ιστορικό πρόσφατων πολλαπλών υποτροπών πνευμονίας, υποβάλλεται σε CT θώρακος με πυκνοατελεκτασικά ευρήματα στους πνεύμονες και σημαντική λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου. Ο επόμενος απεικονιστικός έλεγχος με 18F-FDG PET/CT ανέδειξε κατανομή της υπερμεταβολικής δραστηριότητας σε πνεύμονα και λεμφαδένες, συμβατή με λοίμωξη, η οποία επιβεβαιώθηκε με την εξέλιξη της κλινικής πορείας του παιδιού.

58. ΑΔΕΝΩΜΑ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΟΥΣ Ή ΛΕΜΦΑΔΕΝΑΣ; ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΔΙΛΛΗΜΑ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Μαρίνα Βακάκη, Ροδάνθη Σφακιωτάκη, Άννα Χουντάλα, Ελένη Κουτροβέλη, Χρυσούλα Κουμανίδου
Εργαστήριο Ακτινολογίας «Παν. και Αγλαΐα Κυριακού»

Στόχος: Το υπερηχογράφημα τραχήλου ή και μόνο του θυρεοειδούς αποτελεί εξέταση ρουτίνας στα παιδιά, με ποικίλες ενδείξεις κατά περίπτωση.

Η παρουσία λεμφαδένων πέριξ του θυρεοειδούς αποτελεί σύννητες υπερηχογραφικό εύρημα. Είναι γνωστό επίσης ότι οι φυσιολογικοί παραθυρεοειδείς αδένες δεν αναγνωρίζονται ευκρινώς υπερηχογραφικά. Η ανάδειξη ενός μορφώματος πίσω ή κάτω από το θυρεοειδή αποτελεί συνήθως υπερηχογραφικό διαγνωστικό πρόβλημα.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει τα χαρακτηριστικά υπερηχογραφικά ευρήματα που συμβάλλουν στη δδ μεταξύ λεμφαδένα και διογκωμένου παραθυρεοειδούς αδένου.

Μελετήθηκαν αναδρομικά τα υπερηχογραφήματα θυρεοειδούς-τραχήλου που έγιναν στο Τμήμα μας τα τελευταία 10 έτη, και στα οποία αναγνωρίστηκε μόρφωμα πίσω από έναν από τους θυρεοειδικούς λοβούς. Δεν συμπεριελήφθησαν τα υπερηχογραφήματα με σαφώς απεικονιζόμενους λεμφαδένες πέριξ του θυρεοειδούς, στα πλαίσια θυρεοειδίτιδας Hashimoto.

Σε μερικές περιπτώσεις υπήρχε κλινικοεργαστηριακή υποψία αδενώματος παραθυρεοειδούς, ενώ στις περισσότερες το υπερηχογράφημα έγινε για έλεγχο του θυρεοειδούς αδένου.

Παρουσιάζονται τα υπερηχογραφικά ευρήματα στο gray-scale και στο έγχρωμο Doppler υπερηχογράφημα, τα οποία συμβάλλουν στη δδ λεμφαδένα και διογκωμένου παραθυρεοειδούς αδένου.



Η γνώση αυτή κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, ώστε να αποφεύγεται ο άσκοπος περαιτέρω έλεγχος εάν πρόκειται για λεμφαδένα ή να κατευθύνεται κατάλληλα η διαγνωστική διερεύνηση (MRI, scanning) εάν πρόκειται για διογκωμένο παραθυροειδή αδένωμα (συνήθως αδένωμα).

59. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΤΡΙΧΟΠΙΛΗΜΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ανθή Λάρδα¹, Ισμήνη Κουκουμτζή¹, Μαρία Αναγνώστου¹, Σπυριδούλα Μούσιου¹, Θάλεια Δάγλα¹, Αθανασία Στρατηγοπούλου², Κωνσταντίνος Τσιλίκας¹, Σωτηρία Σταθοπούλου¹

¹ Ιατρός Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

² Τεχνολόγος Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της εργασίας μας η είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ευμεγέθους τριχοπιλήματος στομάχου σε κορίτσι. Το τριχοπιλήμα είναι μια μάζα άπεπτων τριχών εντός του γαστρεντερικού σωλήνα, συνήθως εντός του στομάχου. Ασθενείς με τριχοπιλήμα συνήθως είναι κορίτσια ή νεαρές γυναίκες με υπόβαθρο ψυχιατρικής νόσου, που ακούσια αφαιρούν (τριχοτιλλομανία) και τρώνε (τριχοφαγία) τις τρίχες από οποιοδήποτε σημείο του σώματος και είναι γνωστό ως σύνδρομο Rapunzel. Το τριχοπιλήμα θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση κοριτσιών και νεαρών γυναικών με επιγαστρική μάζα. Η διάγνωση γίνεται εύκολα με CT και ενδοσκόπηση. Η αντιμετώπιση σχεδόν πάντα απαιτεί χειρουργική αφαίρεση. Η πλειονότητα των ασθενών έχει υπόβαθρο ψυχιατρικού προβλήματος.

Υλικό: Κορίτσι 11 ετών προσήλθε πρόσφατα σε εφημερία στο νοσοκομείο μας, λόγω απώλειας βάρους, χρόνιου κοιλιακού άλγους και εμέτων πρόσφατης έναρξης. Κλινικά και υπερηχοτομογραφικά διαπιστώθηκε ευμεγέθους μάζα που καταλάμβανε ολόκληρη την άνω κοιλία. Η Αξονική Τομογραφία (CT) και η διάβαση του ανώτερου πεπτικού έθεσαν τη διάγνωση μιας μεγάλης μάζας με εγκλωβισμό φυσαλίδων αέρα στο εσωτερικό της, που καταλάμβανε δίκην εκμαγείου σχεδόν ολόκληρο τον στομάχο έως και την αρχική μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Μετά τα διαγνωστικά ευρήματα, η ασθενής παραδέχτηκε την τριχοφαγία. Λόγω του μεγέθους του τριχοπιλήματος η αντιμετώπιση ήταν χειρουργική με λαπαροτομία, γαστροτομή και αφαίρεση. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και η ασθενής ακολουθεί ψυχολογική και ψυχιατρική υποστήριξη.

60. ΕΜΠΥΗΜΑ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΚΡΑΝΙΑΚΟΥ ΒΟΘΡΟΥ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΜΕΣΗΣ ΟΤΙΤΙΔΑΣ

Ανθή Λάρδα¹, Μαρία Αναγνώστου¹, Ισμήνη Κουκουμτζή¹, Σπυριδούλα Μούσιου¹, Θάλεια Δάγλα¹, Αθανασία Στρατηγοπούλου², Κωνσταντίνος Τσιλίκας¹, Σωτηρία Σταθοπούλου¹

¹ Ιατρός Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

² Τεχνολόγος Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού επισκληριδίου - υποσκληριδίου εμπύηματος οπίσθιου κρανιακού βόθρου ως επιπλοκή οξείας μέσης ωτίτιδας.

Η οξεία και χρόνια μέση ωτίτιδα μπορεί να προκαλέσουν ενδοκρανιακές επιπλοκές, όπως μηνιγγίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα, επισκληρίδιο απόστημα, υποσκληρίδιο εμπύημα και θρόμβωση φλεβωδών κόλπων.

Ο ρόλος της CT είναι σημαντικός στην έγκαιρη διάγνωση των ενδοκρανιακών επιπλοκών της οξείας μέσης ωτίτιδας.

Υλικό: Αγόρι 4 ετών με οξεία μέση ωτίτιδα υπό αντιβιοτική αγωγή per os προσήλθε στα Ε.Ι. του ΓΝΠΠ με εμπύρετο, αστάθεια βάδισης, ζάλη και εμέτους. Διενεργήθηκε επείγουσα CT εγκεφάλου, η οποία ανέδειξε στο αριστερό παρεγκεφαλικό ημισφαίριο περιφερικά σε επαφή με το σκηνίδιο πολυλοβωτή συλλογή, που προσλαμβάνει έντονα τη σκιερή ουσία περιφερικά, ως επί υποσκληριδίου - επισκληριδίου εμπύηματος. Συνυπήρχε οιδηματώδους απεικόνιση του αριστερού παρεγκεφαλικού ημισφαιρίου με χωροκατακτητικά σημεία, μετατόπιση της μέσης γραμμής στον οπίσθιο βόθρο προς τα δεξιά και παρεκτόπιση - πίεση της τέταρτης κοιλίας με συνοδό διάταση του υπερκείμενου κοιλιακού συστήματος. Επίσης, παρατηρήθηκε πλήρης κατάληψη των μαστοειδών κυψελών αριστερά και της κοιλότητας του μέσου ωτός σύστοιχα. Ακολούθησε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή και κατάλληλη χειρουργική επέμβαση.

61. ΣΠΟΝΔΥΛΟΛΥΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Ανθή Λάρδα¹, Μαρία Αναγνώστου¹, Ισμήνη Κουκουμτζή¹, Στρατηγοπούλου Αθανασία², Μαριάννα Πετρά³,
Κωνσταντίνος Τσιλίκας¹, Ιωάννα Πασπάτη³, Σωτηρία Σταθοπούλου¹

¹ Ιατρός Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

² Τεχνολόγος Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

³ Ιατρός Ορθοπαιδικός, Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη παιδιών και εφήβων, που προσήλθαν για απεικονιστικό έλεγχο, λόγω οσφυαλγίας, στα οποία τελικά διαγνώσθηκε σπονδυλόλυση στην ΟΜΣΣ. Σπονδυλόλυση - ισθμόλυση ονομάζουμε τη λύση της συνέχειας του σπονδύλου στον ισθμό (pars interarticularis) μεταξύ των άνω και κάτω αρθρικών αποφύσεων (facets). Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αμφοτερόπλευρη και σπανιότερα είναι ετερόπλευρη. Στο 95% εντοπίζεται στον Ο5 σπόνδυλο και σπανιότερα στον Ο4 και Ο3. Εμφανίζεται στο 3-7% του πληθυσμού με μεγαλύτερη συχνότητα σε νεαρά άτομα ηλικίας 10-15 ετών. Αιτιολογικά οφείλεται σε κατάγματα καταπόνησης (stress fractures), δηλαδή από επαναλαμβανόμενους μικροτραυματισμούς και για το λόγο αυτό συναντάται συχνά σε αθλητές, που κάνουν εντατική υπερέκταση και στροφή της ΟΜΣΣ. Η γενετική προδιάθεση παίζει και αυτή σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθγένεια της σπονδυλόλυσης. Για τη διάγνωση χρησιμοποιείται απλός ακτινογραφικός έλεγχος και τα τελευταία χρόνια αυξάνεται όλο και περισσότερο η χρήση της αξονικής τομογραφίας (CT) και της μαγνητικής τομογραφίας (MRI). Η θεραπεία είναι κατά κύριο λόγο συντηρητική.

Υλικό: Αναδρομικά μελετήσαμε τους παιδιατρικούς ασθενείς στους οποίους διαγνώσθηκε σπονδυλόλυση στην ΟΜΣΣ τα τρία τελευταία έτη. Κατά την περίοδο της μελέτης μας διαγνώσθηκαν 176 ασθενείς με σπονδυλόλυση στην ΟΜΣΣ (112 αγόρια και 64 κορίτσια, μ.ο. ηλικίας: 11,2 έτη). Στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστώθηκε σπονδυλόλυση στον Ο5 σπόνδυλο. Στο 1/3 των περιπτώσεων η σπονδυλόλυση ήταν μονόπλευρη. Στα παιδιά με αμφοτερόπλευρη σπονδυλόλυση υπήρχε και σπονδυλολίσθηση στο 1/4 των περιπτώσεων. Η οσφυαλγία δεν είναι συχνή στα παιδιά και τους εφήβους. Εντούτοις αν τα συμπτώματα επιμένουν, θα πρέπει να γίνει περαιτέρω έλεγχος προκειμένου να γίνει διάγνωση και να ακολουθήσει σωστή θεραπεία.

62. ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΥΠΟΠΛΑΣΙΑ ΔΕΞΙΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Ανθή Λάρδα¹, Ισμήνη Κουκουμτζή¹, Μαρία Αναγνώστου¹, Σπυριδούλα Μούσιου¹, Θάλεια Δάγλα¹, Αθανασία Στρατηγοπούλου²,
Κωνσταντίνος Τσιλίκας¹, Σωτηρία Σταθοπούλου¹

¹ Ιατρός Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

² Τεχνολόγος Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού υποπλασίας της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας επί εδάφους σπάνιου συνδρόμου Smith-Lemli-Opitz, το οποίο είναι ιδιαίτερα σπάνιο, περίπου 1 στα 20.000 έως 60.000 νεογνά. Το σύνδρομο αυτό είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή με μικροκεφαλία και συχνά διάφορες ανατομικές ανωμαλίες: καρδιαγγειακού συστήματος, πνευμόνων, νεφρών, γαστρεντερικού και γεννητικών οργάνων, συνδακτυλία ή πολυδακτυλία.

Υλικό: Κορίτσι 10 ετών με γνωστό σύνδρομο Smith-Lemli-Opitz προσήλθε για Αξονική Αγγειογραφία πνευμονικών αρτηριών - CTPA. Το εύρος του στελέχους-κώνου της πνευμονικής αρτηρίας ήταν 2 εκ., της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας 1,4 εκ., ενώ της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας μόλις 0,8εκ. (υποπλασία δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας και όλων των κλάδων της). Δεν παρατηρήθηκε εικόνα ελλείμματος πλήρωσης. Παρατηρήθηκε ετερόπλευρη διάταση των αριστερών πνευμονικών φλεβών. Φυσιολογική ήταν η σκιαγράφηση της θωρακικής αορτής και των κλάδων της χωρίς ανατομικές παραλλαγές στα αγγεία του τόξου, με μεγαλύτερο το εύρος και εντονότερη σκιαγράφηση των δεξιών μεσοπλεύριων αρτηριών. Ο δεξιός πνεύμονας ελέγχθηκε μικρότερος συγκριτικά με τον αριστερό πνεύμονα, με διάχυτη πάχυνση του κεντρικού βρογχοαγγειακού και του περιφερικού διάμεσου δικτύου δεξιά, με παρουσία μικρών συρρεουσών υπούπεζωκοτικών κύστεων διαμέτρου 1-2 κιλ. σε μικρή έκταση στο οπίσθιο βασικό τμήμα του δεξιού κάτω λοβού δίκην μελικηρύθρας. Επίσης, στον δεξιό πνεύμονα παρατηρήθηκαν περιοχές δίκην θαμβής υάλου, ιδία στο πρόσθιο τμήμα του δεξιού άνω λοβού. Επιπλέον, στη δεξιά βάση διαπιστώθηκαν υπούπεζωκοτικές παχύνσεις και λίγες ινωδοατελεκτατικές αλλοιώσεις με συνοδές ήπιες βρογχεκτατικές αλλοιώσεις εξ' έλξεως επικωρῶς, σε μικρή έκταση.



63. ΚΑΚΩΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ IV ΣΕ ΠΑΙΔΙ

Ανθή Λάρδα¹, Ισμήνη Κουκουμτζή¹, Μαρία Αναγνώστου¹, Σπυριδούλα Μούσιου¹, Θάλεια Δάγλα¹, Αθανασία Στρατηγοπούλου², Κωνσταντίνος Τσιλίκας¹, Σωτηρία Σταθοπούλου¹

¹ Ιατρός Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

² Τεχνολόγος Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού κάκωσης νεφρού σε παιδί. Οι κακώσεις των νεφρών έχουν ταξινομηθεί (AAST) σε 5 βαθμούς. I: Θλάσεις ή μη αυξανόμενο υποκάψιο αιμάτωμα, χωρίς ρήξη του παρεγχύματος. II: Περινεφρικό αιμάτωμα περιορισμένο στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, επιφανειακές ρήξεις με βάθος ρήξης του νεφρικού φλοιού <1εκ., χωρίς επικοινωνία με το αποχετευτικό σύστημα. III: Βάθος ρήξης του νεφρικού φλοιού > 1 εκ., χωρίς συμμετοχή του αποχετευτικού συστήματος. IV: Βαθιά παρεγχυματική ρήξη με συμμετοχή του αποχετευτικού συστήματος ή των νεφρικών αγγείων. V: Κατακερματισμός του νεφρού ή απόσπασση του αγγειακού μίσχου. Στα παιδιά οι περισσότερες περιπτώσεις με βαθμού IV κάκωση του νεφρού μπορούν να αντιμετωπισθούν συντηρητικά.

Υλικό: Ένα 5χρονο αγόρι προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω άλγους οξείας έναρξης στην αριστερή κοιλιακή χώρα μετά από πτώση στο έδαφος και ποδοπάτημα από συμμαθητή του. Η γενική ούρων ανέδειξε μικροσκοπική αιματουρία. Ακολούθησε υπερηχογράφημα κοιλίας FAST, το οποίο ανέδειξε περινεφρική συλλογή και ανομοιογένεια του παρεγχύματος στον άνω πόλο του αριστερού νεφρού. Έγινε επείγουσα CT προ και μετά IV έγχυση σκιαγραφικού, όπου διαπιστώθηκε νεφρική κάκωση βαθμού IV: δύο ρήξεις στον άνω πόλο του αριστερού νεφρού με επέκταση στο αποχετευτικό σύστημα και μια θλάση στον φλοιό στον άνω πόλο, με συνοδό περινεφρική συλλογή με πυκνότητες παρόμοιες ή ελαφρώς υψηλότερες των ούρων. Δεν παρατηρήθηκε διαφυγή σκιαγραφικού ενδεικτική αιμορραγίας. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε συντηρητική αντιμετώπιση. Οι υπερηχογραφικοί έλεγχοι που ακολούθησαν ανέδειξαν μείωση της περινεφρικής συλλογής και το αγόρι εξήλθε από το νοσοκομείο σε καλή κλινική κατάσταση μετά από 1 εβδομάδα νοσηλείας.

64. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΩΤΙΑΣ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ανθή Λάρδα¹, Ισμήνη Κουκουμτζή¹, Μαρία Αναγνώστου¹, Σπυριδούλα Μούσιου¹, Θάλεια Δάγλα¹, Αθανασία Στρατηγοπούλου², Κωνσταντίνος Τσιλίκας¹, Σωτηρία Σταθοπούλου¹

¹ Ιατρός Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

² Τεχνολόγος Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση της μελέτης με Αξονική Τομογραφία (CT) σπλαχνικού κρανίου - λιθοεδών οστών περιστατικών ετερόπλευρης μικρωτίας. Η CT είναι μέθοδος εκλογής για την ταξινόμηση της μικρωτίας και τον προεγχειρητικό έλεγχο των ασθενών με ανωμαλίες ανάπτυξης των ωτών.

Μικρωτία είναι μία συγγενή ανωμαλία του έξω ωτός. Ανωτία ονομάζεται η πλήρης έλλειψη του έξω ωτός. Επειδή η μικρωτία και η ανωτία έχουν κοινή προέλευση, αναφέρονται επίσης ως μικρωτία-ανωτία. Η μικρωτία μπορεί να είναι μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Η μικρωτία είναι πιο συχνή στα αγόρια και η μονόπλευρη μικρωτία είναι πιο συχνή δεξιά. Η συχνότητα μικρωτίας είναι περίπου 1 στις 8.000-10.000 γεννήσεις. Υπάρχουν 4 διαβαθμίσεις μικρωτίας ανάλογα με το βαθμό βαρύτητας. Η μικρωτία πολύ συχνά αποτελεί μεμονωμένη διαμαρτία, μπορεί να συνδυάζεται με ατρησία του έξω ακουστικού πόρου και διαταραχές στο μέσο ους αλλά μπορεί να αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου συνδρόμου.

Υλικό: Τέσσερα παιδιά (3 κορίτσια ηλικίας 7 μηνών, 2 ετών και 9 ετών και ένα αγόρι 5,5 ετών) με ετερόπλευρη μικρωτία (3 δεξιά και 1 αριστερά) προσήλθαν στο τμήμα μας για διενέργεια Αξονικής Τομογραφίας. Η CT ανέδειξε διαφόρου βαθμού υποπλασία του περυγίου του ωτός με συνοδό απουσία-ατρησία του έξω ακουστικού πόρου και της τυμπανικής μεμβράνης, υποπλασία της κοιλότητας του μέσου ωτός, υποπλαστική μορφολογία της ακουστικής αλύσου και έλλειψη πνευμάτωσης ή και απλασία των μαστοειδών κυψελών σύστοιχα. Επίσης, παρατηρήθηκαν στις τρεις περιπτώσεις διαταραχές της διάπλασης του σύστοιχου ημιμορίου του σπλαχνικού κρανίου που αφορούσαν κυρίως στην κροταφογοναθική άρθρωση.

65. ΜΗ ΟΣΤΕΟΠΟΙΟ ΙΝΩΜΑ- NOF: ΣΥΝΗΘΕΣ ΕΥΡΗΜΑ ΣΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Ανθή Λάρδα¹, Μαρία Αναγνώστου¹, Ισμήνη Κουκουμτζή¹, Στρατηγοπούλου Αθανασία², Κωνσταντίνος Τσιλίκας¹,
Μαριάννα Πετρά³, Ιωάννα Πασπάτη³, Σωτηρία Σταθοπούλου¹

¹ Ιατρός Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

² Τεχνολόγος Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

³ Ιατρός Ορθοπαιδικός, Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση περιστατικών μη οστεοποιηθέντος ινώματος (NOF) σε παιδιά και εφήβους, στην πλειονότητα των περιπτώσεων ως τυχαίο ακτινολογικό εύρημα και ανάλυση επί της οντότητας με βάση την εμπειρία μας.

Το μη οστεοποιηθέν ίνωμα (NOF) και το ινώδες φλοιώδες έλλειμμα (FCD) είναι οι πιο συχνές αλλοιώσεις στα οστά και παρουσιάζονται στο 30-40% των παιδιών και εφήβων. Είναι καλοήθεις, μη νεοπλασματικές αλλοιώσεις, ασυμπτωματικές και αυτοϊάσιμες. Λόγω των τυπικών απεικονιστικών χαρακτήρων τους δεν χρειάζεται ιστολογική εξέταση για την διάγνυσή τους.

Το ινώδες φλοιώδες έλλειμμα (FCD) είναι ένα συχνό συνώνυμο, ιστολογικά ίδιο με το NOF. Εντούτοις το FCD είναι μικρότερο από 2 εκ., ενώ το NOF είναι μεγαλύτερο από 2 εκ. Το μη οστεοποιηθέν ίνωμα (NOF) πιστεύεται ότι πρόκειται για τοπική ανωμαλία κατά την ανάπτυξη του οστού, που υποστρέφει αυτόματα δια πληρώσεως με οστούς από την περιφέρεια προς το κέντρο.

Υλικό: Περιγράφουμε την εμπειρία μας στο Ακτινολογικό τμήμα του Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης την τελευταία πενταετία με περιστατικά που παραπέμφθηκαν από το Ορθοπαιδικό Τμήμα για ακτινογραφικό έλεγχο ή και συμπληρωματικό έλεγχο με εντοπισμένη χαμηλής δόσης CT. Αξονική Τομογραφία. Ελάχιστες περιπτώσεις χρήζουν και Μαγνητικής Τομογραφίας για τον καθορισμό της φύσης της αλλοίωσης. Τα NOF αποτελούν ως επί το πλείστον τυχαίο εύρημα με τυπικά απεικονιστικά ευρήματα: έκκεντρα, σαφών σκληρυντικών ορίων φλοιική αλλοίωση, πιθανώς με εσωτερικά ατελή ή πλήρη διαφραγμάτια, χωρίς περιοριστική αντίδραση ή διάταση του οστού, με ετερόπλευρη. Εντοπίζονται στην μετάφυση των μακρών οστών (κυρίως μηριαίου και κνήμης, συνήθως πέριξ της άρθρωσης του γόνατος). Είναι ασυμπτωματικά, εκτός αν επιπλακούν με μετατραυματικό κάταγμα.

**66. ΝΕΟΓΝΙΚΟΣ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΗΣ ΟΓΚΟΣ ΟΡΧΕΩΣ. (GRANULOSA CELL TUMOR).
ΕΝΑΣ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΟΓΚΟΣ ΟΡΧΕΩΣ, ΣΤΟΥΣ ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Ροδάνθη Σφακιωτάκη, Ελένη Κουτρουβέλη, Μαρίνα Βακάκη, Άννα Χουντάλα, Χρυσούλα Κουμανίδου
Εργαστήριο Ακτινολογίας «Παν. & Αγλαΐα Κυριακού»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τα υπερηχογραφικά ευρήματα που χαρακτηρίζουν τον συγγενή κοκκιωματώδη όγκο του όρχεως, και βοηθούν τον κλινικό ιατρό στην έγκαιρη διάγνωση του.

Υλικό: Παρουσίαση δύο περιστατικών (νεογνά 15 και 21 ημερών), στα οποία πραγματοποιήθηκε υπερηχογράφημα οσχέου, στο μεν πρώτο στα πλαίσια διερεύνησης ανουρίας του νεογνού, ενώ στο δεύτερο για διόγκωση του οσχέου. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε και στις δύο περιπτώσεις, μεταξύ κεφαλής και ουράς της επιδιδυμίδας, σαφώς αφοριζόμενο στρογγύλο μόρφωμα με πολλαπλούς κυστικούς χώρους, και μετρίου βαθμού αγγείωση.

Ο συγγενής νεογνικός κοκκιωματώδης όγκος, ανήκει στα σπάνια καλοήθη νεοπλάσματα του όρχεως, που εμφανίζονται πιο συχνά (90%) στους πρώτους μήνες ζωής του νεογνού. Δεν έχει συμπτώματα, διότι είναι ορμονικά ανενεργός και οι καρκινικοί δείκτες είναι αρνητικοί. Μπορεί να συνδυαστεί με παθολογικά έξω γεννητικά όργανα και ανωμαλίες καρυότυπου. Η ριζική εκτομή του όρχεως μαζί με τον όγκο είναι αρκετή για πλήρη ίαση.

Αν και σπάνια οντότητα, ο νεογνικός κοκκιωματώδης όγκος του όρχι, πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη δ.δ. των μορφωμάτων του όρχι, στη νεογνική και βρεφική ηλικία. Ο ακτινολόγος με την γνώση και την ανάδειξη των υπερηχογραφικών ευρημάτων, μπορεί να θέσει την υποψία του, και σε συνδυασμό με την ηλικία και το ορμονικό προφίλ μπορεί να καθοδηγήσει το διαγνωστικό αλγόριθμο του ασθενούς.



67. ΟΖΩΔΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ. (ΝΟΣΟΣ BURNEVILLE).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Ροδάνθη Σφακιωτάκη, Μαρίνα Βακάκη, Άννα Χουντάλα, Ελένη Κουτρουβέλη, Χρυσούλα Κουμανίδου

Εργαστήριο Ακτινολογίας «Παν. & Αγλαΐα Κυριακού»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τα υπερηχογραφικά ευρήματα της οζώδους σκλήρυνσης, στο εγκεφαλικό παρέγχυμα, τα οποία ελάχιστα έχουν περιγραφεί και μπορούν να οδηγήσουν τον κλινικό ιατρό, στην έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου.

Υλικό: Παρουσίαση ενός περιστατικού (βρέφος 4μηνών) το οποίο προσήλθε στο Νοσοκομείο, λόγω επεισοδίων προσήλωσης βλέμματος αριστερά, με σύστοιχη στροφή κεφαλής διάρκειας ολίγων sec, συνοδευόμενη περιστασιακά από νυσταγμοειδείς κινήσεις. Το βρέφος ήταν άπυρετο χωρίς ευρήματα από την αντικειμενική του εξέταση. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος του εγκεφάλου, ανέδειξε σαφώς αφοριζόμενες περιοχές αυξημένης ηχογένειας στο φλοιό και στην υποφλοιώδη λευκή ουσία, στο μετωπιαίο και βρεγματικό λοβό. Επιπλέον στο έδαφος του δεξιού μετωπιαίου κέρατος απεικονίστηκε μικρό υποεπενδυματικό οζίδιο. Η μαγνητική τομογραφία που ακολούθησε επιβεβαίωσε τα υπερηχογραφικά ευρήματα, χωρίς μάλιστα να αναδείξει επιπλέον παθολογικές περιοχές. Ακολούθησε καρδιολογικός έλεγχος που απεικόνισε τρία υπερηχογενή αμαρτώματα εντός της δεξιάς(ένα) και της αριστερής (δύο) κοιλίας. Το βρέφος αντιμετωπίστηκε με φαρμακευτική αγωγή για οζώδη σκλήρυνση και σταδιακά βελτιώθηκαν τα κλινικά ευρήματα του.

Η οζώδης σκλήρυνση είναι μια πολυσυστηματική γενετική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλαπλών καλοήθων αμαρτωμάτων στα περισσότερα όργανα του σώματος. Τα φλοιικά οζίδια και οι υποεπενδυματικοί όζοι αποτελούν τις κύριες εντοπίσεις της οζώδους σκλήρυνσης στο ΚΝΣ στην εμβρυική και νεογνική ηλικία, τα οποία σε συνδυασμό με την παρουσία καρδιακών ραβδομυομάτων και την κλινική εικόνα θέτουν πρώιμα τη διάγνωση της νόσου.

Η χρήση του υπερήχων για την ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων στο εγκεφαλικό παρέγχυμα, αξίζει να τολμάται από τους παιδοακτινολόγους, γιατί μπορεί να θέσει την υποψία της νόσου, ώστε το νεογνό να οδηγηθεί σε περαιτέρω έλεγχο και την τελική διάγνωση.

68. ΟΠΙΣΘΟ- ΚΑΙ ΠΛΑΓΙΟΦΑΡΥΓΓΙΚΟΣ ΧΩΡΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ

Μαρίνα Βακάκη, Ελένη Κουτρουβέλη, Ροδάνθη Σφακιωτάκη, Εμμανουήλ Εμμανουήλ, Άννα Χουντάλα, Χρυσούλα Κουμανίδου

Εργαστήριο Ακτινολογίας «Παν. & Αγλαΐα Κυριακού»

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη της συμβολής του υπερηχογραφήματος στη διερεύνηση του οπισθο- και πλαγιοφαρυγγικού χώρου σε παιδιά με τραχηλική διόγκωση, και στην επιλογή των περιπτώσεων ανάγκης περαιτέρω διαγνωστικής διερεύνησης.

Το υλικό της μελέτης περιλαμβάνει 25 βρέφη και παιδιά, ηλικίας 3 μηνών έως 14 ετών, με τραχηλική διόγκωση τα οποία παραπέμφθηκαν για ακτινολογικό έλεγχο (πλάγια ή και face a/a μαλακών μορίων τραχήλου, υπερηχογράφημα, ΑΤ ή ΜΤ τραχήλου, κατά περίπτωση). Δεν συμπεριελήφθησαν στη μελέτη παιδιά με παθολογία από την πρόσθια και επιπολής πλάγια τραχηλική χώρα. Το ιστορικό και η κλινική εικόνα ήταν ποικίλα (ηυρετός, ραιβόκρानο, επώδυνη/ανώδυνη διόγκωση κ.λπ.).

Η απλή a/a σε 17 περιπτώσεις ήταν παθολογική, με μη ειδικά ευρήματα και σε 8 περιπτώσεις μη διευκρινιστική. Το υπερηχογράφημα τραχήλου (απλό και έγχρωμο Doppler) ανέδειξε την παρουσία διογκωμένων συμπαγών λεμφαδένων φλεγμονώδους αιτιολογίας σε 9 παιδιά, αποστήματος σε 9 περιπτώσεις, και νεοπλασματικής μάζας, με/χωρίς εσθυστώσεις, σε 7 παιδιά. Η ΑΤ (n=4) και η ΜΤ (n=6), που έγινε σε 10 περιπτώσεις, επιβεβαίωσε τα υπερηχογραφικά ευρήματα και ανέδειξε πληρέστερα την έκτασή τους. Ακολούθησε παροχέτευση των αποστημάτων, συντηρητική αντιμετώπιση των υπολοίπων φλεγμονωδών λεμφαδενοπαθειών και ιστολογική επιβεβαίωση των νεοπλασμάτων (νευροβλάστωμα, γαγγλιονευροβλάστωμα, ραβδομυοσάρκωμα, λέμφωμα).

Συμπερασματικά, η απλή a/a τραχήλου δεν προσφέρει πολλές διαγνωστικές πληροφορίες. Το υπερηχογράφημα συνιστάται ως αρχική και συχνά μόνη απεικονιστική εξέταση για τον έλεγχο κλινικά αμφίβολων περιπτώσεων, ενώ η ΑΤ/ΜΤ ενδείκνυται για περαιτέρω διερεύνηση σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Με τη σωστή επιλογή και διεξαγωγή των παραπάνω εξετάσεων, ο Παιδοακτι-

νολόγος μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην ορθή και έγκαιρη αντιμετώπιση των παιδιών με διόγκωση του δύσκολα προσπελάσιμου περιφερυγγικού χώρου.

69. ΟΣΤΕΟΧΟΝΔΡΩΜΑ ΜΕ ΕΝΔΑΡΘΡΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΥΤΥΛΗ

Ανθή Λάρδα¹, Μαρία Αναγνώστου¹, Ισμήνη Κουκουμτζή¹, Σπυριδούλα Μούσιου¹, Αθανασία Στρατηγοπούλου², Κωνσταντίνος Τσιλίκας¹, Μαριάννα Πετρά³, Σωτηρία Σταθοπούλου¹

¹ Ιατρός Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

² Τεχνολόγος/Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

³ Ιατρός Ορθοπαιδικός, Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ενδάρθρικού οστεοχονδρώματος κοτύλης, η οποία είναι μια ιδιαίτερα σπάνια εντόπιση. Οστεοχόνδρωμα ή εξόστωση είναι μια εξωφυτική προσεκβολή του οστού, που καλύπτεται από χόνδρο και είναι ο πιο συχνός καλοήθης όγκος. Συνήθως παρουσιάζεται ως βραδέως αυξανόμενη ανώδυνη μάζα σε παιδιά και εφήβους. Τα οστεοχονδρώματα είναι πιο συχνά στις μεταφύσεις των μακρών οστών και κατά κανόνα απομακρύνονται από την άρθρωση. Μπορεί να είναι μονήρη (85%) ή πολλαπλά(15%). Συνήθως είναι ασυμπτωματικά, εκτός αν προκαλούν λειτουργικές δυσκολίες ή πειστικά φαινόμενα. Η πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής είναι 1% στα μονήρη και 5-25% στις κληρονομικές πολλαπλές εξοστώσεις.

Υλικό: Αγόρι 12 ετών προσήλθε με χωλότητα αριστερά και περιορισμό της κινητικότητας του αριστερού ισχίου από μηνός περιπίου. Οι ακτινογραφίες ανέδειξαν υποψία υπεξαρθρήματος αριστερού ισχίου, ενώ ο U/S έλεγχος ανέδειξε εικόνα υμενίτιδας αριστερής κατ' ισχίον άρθρωσης. Συνεστήθη αποφόρτιση και λήψη ΜΣΑΦ. Παρατηρήθηκε βελτίωση, αλλά το παιδί συνέχιζε να πονάει στα όρια έξω στροφής και απαγωγής του αριστερού ισχίου. Ακολούθησαν MRI και CT όπου στην αριστερή κατ' ισχίον άρθρωση ελέγχεται ωοειδής περιφερικά αποπιτανωμένος σχηματισμός διαμέτρου 1,6 εκ., που εκφύεται από την οπίσθια στήλη της κοτύλης και προβάλλει ενδάρθρικά, εικόνα συμβατή με ενδάρθρικό οστεοχόνδρωμα. Έχει προγραμματισθεί ενδοσκοπική αφαίρεση του οστεοχονδρώματος, η οποία είναι η πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος αντιμετώπισης, διότι με το συμβατικό χειρουργείο υπάρχει αυξημένος κίνδυνος νέκρωσης της μηριαίας κεφαλής.

70. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΛΕΙΟΜΟΡΦΟΥ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΓΝΑΘΙΟΥ ΑΔΕΝΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ 14 ΕΤΩΝ

Ελένη Κουτρουβέλη, Άννα Χουντάλα, Ροδάνθη Σφακιωτάκη, Μαρίνα Βακάκη, Χρυσούλα Κουμανίδου
Εργαστήριο Ακτινολογίας «Παν.& Αγλαΐα Κυριακού»

Το πλειόμορφο αδένωμα του υπογναθίου αδένου είναι πολύ σπάνιο στα παιδιά. Πρόκειται για μια βραδέως αναπτυσσόμενη, ανώδυνη, ευκίνητη, ωοειδής ή σφαιρική μάζα, η οποία δεν ξεχωρίζει από τον υπογνάθιο αδένου κατά την ψηλάφηση. Μικροσκοπικά αποτελεί μικτό όγκο επιθηλιακών και μεσεγχυματικών κυττάρων, με ατελή κάψα και προσεκβολές προς το αδενικό παρέγχυμα. Η διάγνωση ταυτοποιείται με βιοψία. Θεραπεία εκλογής είναι η πλήρης χειρουργική εξαίρεση με τμήμα ή όλου του υπογναθίου αδένου για αποφυγή υποτροπής (1-5%) ή κακοήθους εξαλλαγής (2-10%).

Κορίτσι 14 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία με αναφερόμενο ανώδυνο ψηλαφητό μόνιμο στην αριστερή υπογνάθια χώρα από διαιτίας. Είχε προηγηθεί υπερηχογραφικός έλεγχος και MRI στα οποία είχε ταυτοποιηθεί η παρουσία μορφώματος στον υπογνάθιο αδένου, χωρίς ειδικούς χαρακτήρες.

Στην κλινική εξέταση κατά την εισαγωγή δεν παρατηρήθηκε ερυθρότητα ή θερμότητα της περιοχής. Ο εργαστηριακός έλεγχος που ακολούθησε ήταν αρνητικός. Ο υπερηχογραφικός επανέλεγχος ανέδειξε υποπυκνωτές μόνιμο, με σαφές και λοβωτό όριο, με δακτυλοειδείς προσεκβολές, το οποίο εμφάνιζε ακουστική ενίσχυση, υποπυκνωτή περιφερικό δακτύλιο και αυξημένη περιφερική αγγείωση. Τέθηκε η υποψία πλειόμορφου αδενώματος του υπογναθίου αδένου.

Ακολούθησε βιοψία δια λεπτής βελόνης, η οποία επιβεβαίωσε τη διάγνωση και χειρουργική εξαίρεση του υπογναθίου αδένου, με πολύ καλή μετεχειρητική πορεία της ασθενούς. Η ιστοπαθολογική διάγνωση ανέδειξε πλειόμορφο αδένωμα με ελάχιστα μιτωτικά στοιχεία, τα οποία έθεσαν την υποψία πιθανής αρχόμενης εξαλλαγής και η ασθενής τέθηκε υπό επίσιο επανέλεγχο.



Το πλειόμορφο αδένωμα, αν και πολύ σπάνια εντοπίζεται στον υπογνάθιο αδένα, αποτελεί τον πιο συχνό καλοήγη όγκο του και θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση καλόγητων μορφωμάτων του υπογναθίου αδένα.

71. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΑΠΛΑΣΙΑ ΚΑΤΩΤΕΡΗΣ ΣΣ ΜΕ ΠΕΡΙΝΕΟΡΘΟΚΗΛΗ.

Ανθή Λάρδα¹, Ισμήνη Κουκουμτζή¹, Μαρία Αναγνώστου¹, Σπυριδούλα Μούσιου¹, Θάλεια Δάγλα¹, Αθανασία Στρατηγοπούλου², Κωνσταντίνος Τσιλίκας¹, Σωτηρία Σταθοπούλου¹

¹ Ιατρός Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

² Τεχνολόγος/Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού συγγενούς απλασίας της σφυο-ιερο-κοκκυγικής μοίρας της ΣΣ σε αγόρι ηλικίας 5 ετών.

Υλικό: Αγόρι ηλικίας 5 ετών προσήλθε ως εξωτερικός ασθενής για τη διενέργεια Αξονικής Τομογραφίας ΟΙΜΣΣ και περιγράφονται τα ευρήματα της CT: σοβαρή διαταραχή της φυσιολογικής ανατομίας του κεντρικού σκελετού με σχεδόν πλήρη απουσία της σφυο-ιερο-κοκκυγικής μοίρας της ΣΣ. Ο Ο1 σπόνδυλος απεικονίζεται και κάτωθεν αυτού σε επαφή με την πρόσθια επιφάνεια του ελέγχεται μικρός οστικός σχηματισμός με κ-ο διάμετρο 3,2 εκ., το οποίο θα μπορούσε να αντιστοιχεί στο έντονα υποπλαστικό υποκείμενο τμήμα της ΣΣ. Απουσία σύνδεσης της ΣΣ με τα λαγόνια οστά. Τα οπίσθια τμήματα των λαγονίων οστών έρχονται σε επαφή, με παρουσία ομαλής κυστικής αλλοίωσης διαμέτρου 5 χιλ. με σκληρυντικά όρια δεξιά. Η δεξιά πτέρυγα του λαγονίου οστού ελέγχεται σχετικά λεπτυσμένη συγκριτικά με την αριστερή. Χωρίς παθολογικά ευρήματα από τον έλεγχο των κατ' ισχίον αρθρώσεων, με φυσιολογική μορφολογία της μηριαίας κεφαλής και αβαθή μορφολογία κοτύλης της κοτύλης αμφοτερόπλευρα ίδια αριστερά. Έντονα ατροφική απεικόνιση όλων των απεικονιζόμενων μυών. Παρεμπιπτόντως, οι νεφροί ελέγχονται με στροφή του άξονά τους - η πύελος ελέγχεται προσθίως άμφω, ωοειδούς σχήματος συμπαγές μόρφωμα μέγιστης διαμέτρου 2 εκ. εντός του βουβωνικού πόρου, το πιθανότερο αντιστοιχεί στον δεξιό όρχι. Ο αριστερός όρχις δεν απεικονίζεται εντός του οσχέου ούτε εντός του σύστοιχου βουβωνικού πόρου. Το ορθοσιγμοειδές εκτείνεται πολύ χαμηλά κάτωθεν της λεκάνης προφανώς από απλασία του εδάφους της πυέλου ως επί περινεορθοκήλης.

72. ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ SPECT/CT & PET/CT ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ: ΙΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ LANGERHANS ΜΕ ΟΣΤΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Β. Λύρα, Δ. Βεργανελάκης, Ε. Κωνστανταρόγιαννη, Β. Συργιαμιώτης, Ι. Νίκας

Τμήμα Αξονικής - Μαγνητικής Τομογραφίας & Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων, Αθηνών «Αγία Σοφία»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η ιστοκυττάρωση Langerhans (LCH) με οστική εντόπιση είναι μία σπάνια νόσος (1:200000) σε παιδιά κυρίως <10 ετών, τις περισσότερες φορές μονοοστική, που αφορά το κρανίο και δευτερευόντως τα οστά της λεκάνης. Οι οστικές εντοπίσεις της LCH χαρακτηρίζονται για τη «χαμαιλέοντεια» όψη τους στο σπινθηρογράφημα οστών. Η πρόσληψη του επηρεασμένου ρ/φ, της κατηγορίας των διφωσφωνικών (99mTc- MDP ή HDP), ενδεικτική αυξημένης οστεοβλαστικής δραστηριότητας, ποικίλει σημαντικά, ανάλογα με τη θέση, το μέγεθος και τη χρονιότητα της βλάβης. Το σπινθηρογράφημα οστών με σύστημα απεικόνισης SPECT/CT έχει αυξημένη ευαισθησία στην ανάδειξη των βλαβών, λόγω της καλύτερης ικανότητας αντίθεσης και διόρθωσης εξασθένισης της τομογραφικής μελέτης του υβριδικού συστήματος.

Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα, σε περίπτωση κλινικής υποψίας, η συμπληρωματική υβριδική απεικόνιση με 18F-FDG PET/CT, μπορεί να βοηθήσει στη διερεύνηση επιπλέον ενεργών οστικών εντοπίσεων, προσφέροντας ταυτόχρονα τη δυνατότητα κατάλληλης παρακολούθησης της ανταπόκρισης του παιδιού στη θεραπεία.

Περίπτωση 1. Κορίτσι 4 ετών, με μονοοστική βλάβη στη γνάθο, η οποία στο σπινθηρογράφημα οστών με υβριδικό τομογράφο SPECT/CT, είναι φωτοπενική με περιφερική οστεοβλαστική δραστηριότητα.

Περίπτωση 2. Αγόρι 10 ετών, με μονοοστική βλάβη στην ωμοπλάτη, η οποία παρουσιάζει αντιθέτως σημαντική οστεοβλαστική δραστηριότητα, στο σπινθηρογράφημα οστών με υβριδικό τομογράφο SPECT/CT.

Περίπτωση 3. Αγόρι 11 ετών, με νόσο στο αριστερό λαγόνιο, η οποία εμφανίζει ήπια οστεοβλαστική δραστηριότητα, στο σπινθηρογράφημα οστών με υβριδικό τομογράφο SPECT/CT. Κλινική υποψία και ύποπτα ευρήματα στην MRI λεκάνης, οδήγησαν σε συμπληρωματική απεικόνιση με 18F-FDG PET/CT, η οποία οδήγησε στην διάγνωση πολυοστικής νόσου.

73. ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ SPECT/CT & PET/CT ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ: ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΟ ΠΑΡΑΓΑΓΓΛΙΩΜΑ

Β. Λύρα, Δ. Βεργανελάκης, Ε. Κωνστανταρόγιαννη, Σ. Καλλιβωκάς, Ι. Νίκας
Τμήμα Αξονικής- Μαγνητικής Τομογραφίας & Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Αγία Σοφία»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Τα παραγαγγλιώματα είναι σπάνιοι (<1/50000 στα παιδιά) νευροενδοκρινείς όγκοι (NETs) του περιφερικού αυτόνομου νευρικού συστήματος. Αυτά του συμπαθητικού είναι πιο συχνά συμπτωματικά, γιατί είναι συνήθως λειτουργικά, και εκκρίνουν κατεχολαμίνες. Πρόκειται κυρίως για καλοήθεις όγκους, που αναπτύσσονται αργά και αντιμετωπίζονται με χειρουργική εξαίρεση. Παρουσιάζουν όμως υψηλή συχνότητα πολυεστιακών περιπτώσεων (στα παιδιά, το 50% οφείλεται σε κληρονομική μετάλλαξη), που απαιτεί προσοχή κατά την αρχική διάγνωση της νόσου.

Η Πυρηνική Ιατρική στην Ελλάδα, για την «λειτουργική» απεικόνιση των NETs, διαθέτει τους SPECT/CT ραδιοκνηθέτες, ^{111}In - $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -Octreotide και ^{123}I -MIBG (μεγαλύτερης ευαισθησίας στο νευροβλάστωμα και παραγαγγλιώμα), και τον ραδιοκνηθέτη ^{18}F -FDG για το υβριδικό σύστημα PET/CT. Σε αντίθεση με ότι κατά κανόνα γνωρίζουμε για τα NETs, όπου η σημαντική πρόσληψη της ^{18}F -FDG είναι ενδεικτική αποδιαφοροποίησης του όγκου, στα παραγαγγλιώματα, η πρόσληψη της ραδιενεργού γλυκόζης φαίνεται να μην σχετίζεται πάντα με κακοήθη εξαλλαγή αλλά με το «γονιδιακό status» του όγκου και την εμφάνιση υποξίας. Συνεπώς, η χρήση και των δύο υβριδικών απεικονιστικών συστημάτων μπορεί να έχει σημαντικό ρόλο στην προεγχειρητική διερεύνηση του πολυεστιακού παραγαγγλιώματος στα παιδιά.

Περίπτωση: Αγόρι 10 ετών, με ιστορικό εμέτων από ημερών, εμφανίζει ταχυκαρδία και υπέρταση, με υψηλά επίπεδα VMA και HMA στα ούρα 24h. Η ^{123}I -MIBG SPECT/CT ανέδειξε οπισθοπεριτοναϊκή μάζα με σημαντική πρόσληψη του ρ/φ. Αντιθέτως, δεύτερη οπισθοπεριτοναϊκή μάζα, όπως εντοπίσθηκε από τη «low dose 4-slice» CT του υβριδικού συστήματος, παρουσίασε σημαντική πρόσληψη της ^{18}F -FDG στον συμπληρωματικό PET/CT έλεγχο, αναδεικνύοντας διαφορετική «λειτουργική» κατάσταση για το καθένα από τα δύο παραγαγγλιώματα.

74. ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Άννα Χουντάλα, Ροδάνθη Σφακιωτάκη, Μαρίνα Βακάκη, Ελένη Κουτρουβέλη, Χριστίνα Ζουριδάκη, Χρυσούλα Κουμανίδου
Ακτινολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

Η πνευμονία αποτελεί σοβαρή νόσο της παιδικής ηλικίας. Το υπερηχογράφημα θώρακα στη παιδική ηλικία αποτελεί τη πιο σύγχρονη και χωρίς ακτινοβολία μέθοδο διαγνωστικής προσέγγισης και παρακολούθησης παιδιών με πνευμονία.

Εκπαιδευτικοί Στόχοι: Στόχος της μελέτης μας είναι η παρουσίαση του φάσματος των υπερηχογραφικών ευρημάτων που συμβάλλουν τόσο στην διάγνωση της πνευμονίας όσο και στην εκτίμηση της βαρύτητας της, την επιλογή κατάλληλης θεραπείας και παρακολούθησης των μικρών ασθενών, μειώνοντας την έκθεση τους στην ακτινοβολία.

Υλικό: Σε χρονικό διάστημα ενός έτους εξετάσθηκαν στο τμήμα μας υπερηχογραφικά 74 παιδιά με διεγνωσμένη πνευμονία (κλινική εξέταση, εργαστηριακός έλεγχος και απεικονιστικός έλεγχος με ακτινογραφία θώρακος), ηλικίας 2 μηνών - 14 ετών. Η υπερηχογραφική εξέταση έγινε με υψίσυχνο γραμμικό ηχοβολέα, αρχικά με gray-scale υπερηχογράφημα και στη συνέχεια με έγχρωμο Doppler.

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος έδειξε 28 περιπτώσεις πνευμονίας χωρίς υπεζωκοτική συλλογή, 17 περιπτώσεις πνευμονίας με μικρή υπεζωκοτική συλλογή χωρίς ηχογενή στοιχεία και διαφραγμάτια, 18 περιπτώσεις πνευμονίας με ηχογενή στοιχεία και λίγα διαφραγμάτια εντός της υπεζωκοτικής συλλογής, 11 περιπτώσεις με παχιά και πολλά διαφραγμάτια (απεικόνιση δίκην μελικηρύθρας). Επίσης σε 3 παιδιά από τα εξετασθέντα απεικονίσθηκε υπερηχογραφική εικόνα εμπύματος και σε 13 παιδιά ελέγχθηκαν εντός του πνευμονικού παρεγχύματος υπόψης περιοχές, οι οποίες δεν είχαν αγγείωση στον έλεγχο με έγχρωμο Doppler και αντιστοιχούσαν σε εστίες νεκρωτικής πνευμονίας.



Συμπερασματικά το υπερηχογράφημα θώρακος παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και ακρίβεια στη διάγνωση και παρακολούθηση της πνευμονίας στα παιδιά, χωρίς έκθεση στην ακτινοβολία.

75. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΕΚΤΟΠΟΥ ΕΝΔΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΟΥ Ή ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΘΥΜΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ελένη Κουτρουβέλη, Ροδάνθη Σφακιωτάκη, Μαρίνα Βακάκη, Άννα Χουντάλα, Χρυσούλα Κουμανίδου
Εργαστήριο Ακτινολογίας «Παν. & Αγλαΐα Κυριακού»

Ο θύμος, λόγω της ποικιλίας του μεγέθους του, του σχήματος του και των πιθανών έκτοπων θέσεων του αποτελεί ακόμα και σήμερα, παρ' όλη την πρόοδο των απεικονιστικών μεθόδων, μια διαγνωστική πρόκληση.

Έκτοπος και επικουρικός θύμος μπορεί να αναγνωριστεί σε οποιοδήποτε τμήμα της εμβρυϊκής του πορείας (θυμοφαρυγγικός πόρος) από την γωνία της γνάθου έως το ανώτερο μεσοθωράκιο.

Τα ιδιαίτερα υπερηχογραφικά ευρήματα του συνίστανται στο ατρακτοειδές σχήμα του και στα στικτά ηχογενή στοιχεία στο εσωτερικό του, τα οποία περιβάλλονται από υποηχογενή άλω. Κατά τον έλεγχο με έγχρωμο Doppler δεν αναγνωρίζεται αιμάτωση στο εσωτερικό του.

Η πιο συνήθης θέση έκτοπου θύμου στα παιδιά είναι ο ενδοθυρεοειδικός θύμος, ο οποίος συχνά διαγιγνώσκεται λανθασμένα ως θυρεοειδικός όζος. Συνήθως εντοπίζεται στο μέσο και κατώτερο τμήμα των λοβών, ενώ πολλές φορές αναγνωρίζεται το σημείο εισόδου του θυμικού ιστού ή η συνέχειά του με τον ορθότοπο θύμο. Ο ενδοθυρεοειδικός θύμος έχει ηχογένεια αντίστοιχη με του ορθότοπου θύμου, όχι τόσο σαφή και ομαλά όρια με το παρακείμενο θυρεοειδικό παρέγχυμα και παραμένει ασυμπτωματικός, χωρίς ιδιαίτερη κλινική σημασία.

Επικουρικός θύμος μπορεί να αναγνωριστεί σε οποιοδήποτε σημείο κατά μήκος του θυμοφαρυγγικού πόρου, ως μάζα μαλακών μοριών, με σαφή και ομαλά όρια, χωρίς χωροκατακτητική συμπεριφορά, διατηρώντας την υπερηχογραφική απεικόνιση του ορθότοπου θύμου.

Είναι σημαντικό λοιπόν να γνωρίζουμε τις συνήθεις έκτοπες θέσεις του καθώς και τα ιδιαίτερα υπερηχογραφικά απεικονιστικά χαρακτηριστικά του για να τον αναγνωρίζουμε τόσο σε περιπτώσεις οζωδών αλλοιώσεων του θυρεοειδή όσο και σε τραχηλικές μάζες προς αποφυγή περαιτέρω άσκοπων διαγνωστικών ή χειρουργικών χειρισμών.

76. VERTEBRA PLANA ΛΟΓΩ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΟΥ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΟΣ

Ανθή Λάρδα¹, Μαρία Αναγνώστου¹, Ισμήνη Κουκουμτζή¹, Σπυριδούλα Μούσιου¹, Αθανασία Στρατηγοπούλου²,
Κωνσταντίνος Τσιλίκας¹, Μαριάννα Πετρά³, Σωτηρία Σταθοπούλου¹

¹ Ιατρός Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παιδών Πεντέλης

² Τεχνολόγος/Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παιδών Πεντέλης

³ Ιατρός Ορθοπαιδικός, Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν. Παιδών Πεντέλης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση μιας σπάνιας εντόπισης ηωσινόφιλου κοκκιώματος σε παιδί. Το ηωσινόφιλο κοκκίωμα είναι μια καλοήθης συνήθως μονήρης οστική αλλοίωση άγνωστου αιτιολογίας που προσβάλλει κυρίως το κρανίο, τις πλευρές, την λεκάνη, την κάτω γνάθο και τις μεταφύσεις των μακρών οστών. Μονήρης επιπεδωμένος σπόνδυλος (vertebra plana ή σπόνδυλος δίκην τηγανίτας) είναι μια κατάσταση κατά την οποία το σώμα του σπονδύλου έχει χάσει σχεδόν ολόκληρο το ύψος του.

Υλικό: Αγόρι ηλικίας 8 ετών παραπέμφθηκε στα ορθοπαιδικά ιατρεία του νοσοκομείου μας, λόγω χρόνιου άλγους του αριστερού ώμου. Το αγόρι και οι γονείς του ανέφεραν ότι τα συμπτώματα άρχισαν τρεις μήνες νωρίτερα. Αρχικά επισκέφτηκαν έναν ιδιώτη ορθοπαιδικό ιατρό, ο οποίος συνέστησε MRI ώμου. Δεδομένου ότι η MRI ήταν αρνητική για την ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων και τα συμπτώματα επιδεινώθηκαν, προσήλθαν στο νοσοκομείο μας για περαιτέρω έλεγχο. Κατά τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε ήπιος περιορισμός των κινήσεων του αριστερού ώμου, ήπιο ραιβόκρανο και ευαισθησία κατά την στροφή της κεφαλής, χωρίς νευρολογικά ελλείμματα. Το αγόρι υποβλήθηκε σε εξετάσεις αίματος, οι οποίες ήταν φυσιολογικές. Οι συμβατικές ακτινογραφίες

ανέδειξαν καθίζηση (vertebra plana) του θ1 σπονδυλικού σώματος με διατήρηση των μεσοσπονδύλιων διαστημάτων. Η CT ανέδειξε πλήρη επιπέδωση του θ1 σπονδυλικού σώματος, με συνοδό παρουσία μαλακού ιστού περισπονδυλικά, που προβάλλει ενδοκαναλικά και σκλήρυνση των επιφυσιακών πλακών των γειτονικών σπονδύλων, χωρίς διαβρωτικές αλλοιώσεις. Διεξήχθη βιοψία καθοδηγούμενη υπό CT και η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε πωσινόφιλο κοκκίωμα. Αν και είναι σπάνιο, το πωσινόφιλο κοκκίωμα πρέπει πάντα να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση οστεολυτικής αλλοίωσης σπονδυλικής στήλης στα παιδιά.

ΠΕΠΤΙΚΟ

77. ΒΛΕΝΝΩΔΕΣ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ

Μ. Μπασιάκου, Κ. Σωτηράκου, Α. Φατσά, Α. Θεοδοσίου, Κ. Γκρονέλλι
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

Εκπαιδευτικός Στόχος: Η βλεννοκήλη σκωληκοειδούς απόφυσης αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα η οποία μιμείται την εικόνα εξαρτηματικού όγκου και ταξινομείται σε τέσσερις ιστολογικές ομάδες:

1. Η απλή βλεννοκήλη ή κύστη εκ κατακράτησης
2. Η βλεννοκήλη με υπερπλασία του επιθηλίου
3. Το βλενώδες κυσταδένωμα
4. Το βλενώδες κυσταδενοκαρκίνωμα

Το βλενώδες αδενοκαρκίνωμα αποτελεί το 25% των αδενοκαρκινωμάτων της σκωληκοειδούς απόφυσης. Έχει υψηλό κίνδυνο διάτρησης και σχηματισμού ενδοπεριτοναϊκών εμφυτεύσεων.

Υλικό: Γυναίκα ηλικίας 74 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω οξέος άλγους και ψηλαφητής μάζας στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Στις αιματολογικές εξετάσεις βρέθηκε λευκοκυττάρωση, ενώ η αξονική τομογραφία με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό ανέδειξε στην περιοχή της σκωληκοειδούς, πάχυνση του τοιχώματος, διάταση και σημαντική θολερότητα και ασαφопоίηση του περιτυφλικού λίπους. Τέθηκε η διάγνωση οξείας σκωληκοειδίτιδας, η ασθενής νοσηλεύτηκε υπό αντιβιοτική αγωγή και πήρε εξιτήριο. Μετά από διάστημα 7 ημερών, επανήλθε αιτιώμενη επιδείνωση των συμπτωμάτων και υποβλήθηκε σε επείγουσα σκωληκοειδεκτομή. Η ιστολογική εξέταση και η ανοσοϊστοχημική μελέτη του παρασκευάσματος έδειξε βλενώδες κυσταδενοκαρκίνωμα της σκωληκοειδούς απόφυσης. Ακολούθησε δεξιά κολεκτομή.

Οι ασθενείς παρουσιάζουν συνήθως από το ιστορικό τους οξύ ή χρόνια άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και κατά την κλινική εξέταση ψηλαφητή μάζα.

Οι απεικονιστικές εξετάσεις και κυρίως η αξονική τομογραφία κοιλίας, συχνά αναδεικνύουν ευρήματα ως επί οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Σημείο ενδεικτικό κακοήθειας που μπορεί να χρησιμεύσει στη διαφοροδιάγνωση μεταξύ βλενώδους κυσταδενώματος-κυσταδενοκαρκινώματος είναι η παρουσία οζιδίων στο τοίχωμα της βλεννοκήλης που προσλαμβάνουν σκιαγραφικό και παρουσιάζουν σκιαγραφική ενίσχυση.

78. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΙΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΛΕΠΤΟ ΈΝΤΕΡΟ.

Σ. Πασχάλης, Κ. Ιωσηφίδης, Δ. Στεφάνου, Α. Παρλαμέντη, Σ. Τσολάκη, Α. Μαντζώρου, Θ. Κρατημένος, Ι. Β. Καλογερόπουλος
Ιατροί, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εκπαιδευτικοί Στόχοι: Σκοπός μας είναι η ανάδειξη των ακτινολογικών ευρημάτων των δευτεροπαθών εντοπίσεων στο Λεπτό Έντερο με την απεικονιστική μέθοδο της κλασικής δυναμικής εντερόκλυσης.

Υλικό: Εικόνες από κλασική δυναμική εντερόκλυση.



79. ΔΙΛΟΒΟΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ-ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΥΡΗΜΑ

Κ. Χρυσανθίδης¹, Σ. Μανουβέλου¹, Μ. Μαρινάκη², Ι. Πρινάρης², Α. Μπρέσκα², Γ. Βάλβης¹

¹ Ακτινοδιαγνώστης Π.Ε.Δ.Υ- Μονάδα Υγείας Πειραιά

² Τεχνολόγος Π.Ε.Δ.Υ - Μονάδα Υγείας Πειραιά

Εκπαιδευτικοί Στόχοι: Η δίλοβος χοληδόχος κύστη είναι σπάνια οντότητα και αναφέρεται η επίπτωση στην βιβλιογραφία 1/4.000. Εάν και έχουν περιγραφεί περί τις 60-70 περιπτώσεις, υπερηχοτομογραφικά πολύ λίγες έχουν επιβεβαιωθεί. Η ταξινόμηση του αναδιπλασιασμού της χοληδόχου κύστης περιλαμβάνει 4 περιπτώσεις: α) οι δυο κυστικοί πόροι συνενώνονται και εκβάλουν από κοινού στον κοινό χοληδόχο πόρο β) διαφορετική εκβολή έκαστου κυστικού στον χοληδόχο πόρο γ) ο ένας κυστικός με φυσιολογική εκβολή και ο άλλος στον δεξιό είτε αριστερό ηπατικό πόρο και δ) ο ένας κυστικός πόρος με φυσιολογική εκβολή και ο άλλος στα ενδοηπατικά χοληφόρα. Εικόνα δίλοβου χοληδόχου κύστης μπορεί να μμηθούν χοληδοχική κύστη, φρυγικό καπέλο, περιχολοκυστικό υγρό, διάφραγμα χοληδόχου κύστης, εστιακή αδενомуμάτωση. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει τα ίδια συμπτώματα και σημεία της φυσιολογικής χοληδόχου κύστης. Επιπλοκές περιλαμβάνουν συστροφή-θήλωμα-κοινή απόφραξη χοληφόρων και χολική κίρρωση. Απεικονιστικά οι μέθοδοι εκλογής είναι η MRCP – ERCP και η CT cholangiography. Χειρουργικά επί νόσου αν και συστήνεται ανοικτή χολοκυστεκτομή επειδή μπορεί σε αυτούς τους ασθενείς να συνυπάρχουν και άλλες ανατομικές ανωμαλίες στην βιβλιογραφία αναφέρεται επιτυχής λαπαροσκοπική αντιμετώπιση.

Υλικό: Η δική μας περίπτωση αναφέρεται σε ασθενή ασυμπτωματικό όπου προσήλθε για προληπτικό έλεγχο και ανιχνεύτηκε υπερηχοτομογραφικά η περίπτωση δίλοβου χοληδόχου κύστης με πλήρη διαχωρισμό στην επιμήκη απεικόνιση Στην εγκάρσια τομή απεικονίστηκαν δυο παράπλευρα ωοειδή μορφώματα. Δυο κυστικοί πόροι συνενώνονται και εκβάλουν από κοινού στον κοινό χοληδόχο πόρο. Δεν απεικονίστηκε χολολιθίαση είτε τοιχωματικές αλλοιώσεις.

80. ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ

Σ. Πασχάλης, Κ. Ιωσηφίδης, Δ. Στεφάνου, Α. Παρλαμένη, Σ. Τσολάκη, Α. Μαντζώρου, Θ. Κρατημένος, Ι. Β. Καλογερόπουλος
Ιατροί, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εκπαιδευτικοί Στόχοι: Ανάδειξη του εκκολπώματος της σκωληκοειδούς απόφυσης ως αιτίου χρόνιου ήπιου άλγους στην κάτω κοιλιά και ιδιαίτερα στον δεξιό λαγόνιο βόθρο. Στόχος μας η απεικόνιση αυτού με βαριούχο υποκλυσμό διπλής σκιαγράφησης.

Υλικό: Εικόνες από Βαριούχο Υποκλυσμό Διπλής Σκιαγράφησης.

81. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ΜΕ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Φώτιος Λάσπας, Ρωξάνη Ευθυμιάδου, Μαρία Τζαλονίκου, Δημήτριος Κεχαγιάς, Παναγιώτης Νικολόπουλος, Βασιλική Φιλιππή, Νικόλαος Κρητικός, Αρκάδιος Ρουσάκης

Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου, Νοσοκομείο Υγεία

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Τα τελευταία χρόνια έχει συντελεστεί μία τεράστια πρόοδος στην αντιμετώπιση του καρκίνου του ορθού και στην επίτευξη αυτού του αποτελέσματος σημαντικό ρόλο κατέχει η εξέλιξη της Μαγνητικής Τομογραφίας του ορθού. Ειδικότερα η Μαγνητική Τομογραφία θεωρείται πλέον μια καθιερωμένη μέθοδος για την εκτίμηση του καρκίνου του ορθού καθώς δίνει σημαντικές πληροφορίες για την ακριβή σταδιοποίηση του όγκου (θέση, μέγεθος, βάθος και εξωτοιχωματική επέκταση) καθώς και για την ανταπόκριση στη θεραπεία.

Στόχοι της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της φυσιολογικής ανατομίας του ορθού και των πέριξ δομών και η ανασκόπηση του φάσματος των ευρημάτων της Μαγνητικής Τομογραφίας στη μελέτη του καρκίνου του ορθού.

Υλικό: Από το ηλεκτρονικό αρχείο του τμήματός μας θα αναδείξουμε χαρακτηριστικά παραδείγματα σταδιοποίησης του καρκίνου του ορθού που έχουν επιβεβαιωθεί παθολογοανατομικά και θα αφορούν το βάθος διήθησης του τοιχώματος, την επέκταση σε παρακείμενες δομές, τη διήθηση της περιτονίας του μεσοορθού και τη συμμετοχή επιχώριων λεμφαδένων. Επίσης θα παρουσιάσουμε τυπικές περιπτώσεις εκτίμησης της θεραπείας.

82. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΟΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Α. Τζιβελοπούλου, Χ. Αναστασιάδης, Μ. Σμαρδά, Ρ. Γεωργακοπούλου, Γ. Κυριακοπούλου, Κ. Βιτζηλαίος, Χ. Τριαντοπούλου
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα «Κωνσταντοπούλειου» Γ.Ν. Νέας Ιωνίας

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού εκκολπώματος της χοληδόχου κύστης και η απεικόνισή του με εικόνες υπερηχογραφήματος και μαγνητικής χολαγγειοπαγκρεατογραφίας (MRCP).

Υλικό: Ασθενής ηλικίας 62 ετών χωρίς συμπτωματολογία προσήλθε στο τμήμα υπερήχων του νοσοκομείου στα πλαίσια τακτικού ελέγχου και υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας. Η χοληδόχος κύστη αναδείχθηκε με ομαλό τοίχωμα, χωρίς εμφανή εικόνα λιθίασης και με παρουσία προσεκβολής κυστικής μορφολογίας χωρίς αγγείωση προς το πρόσθιο τοίχωμα διαστάσεων 11.5 x 6.5 mm. Ο χοληδόχος πόρος ελέγχθηκε με φυσιολογικό εύρος και τα ενδοπατικά χοληφόρα χωρίς διατάσεις. Στη διαφορική διάγνωση του ανωτέρω περιγραφόμενου σχηματισμού συμπεριλήφθηκε και το πιθανό εκκόλπωμα χοληδόχου κύστεως. Στη συνέχεια έλαβε χώρα περαιτέρω έλεγχος με διενέργεια MRCP, η οποία επιβεβαίωσε την παρουσία εκκολπώματος της χοληδόχου κύστεως. Το εκκόλπωμα της χοληδόχου κύστης αποτελεί μία σπάνια ανατομική παραλλαγή της χοληδόχου κύστης χωρίς να προκαλεί κλινικά συμπτώματα. Δεν απαιτείται θεραπευτικός χειρισμός αλλά συστήνεται επανέλεγχος με υπερηχογράφημα.

83. ΕΠΙΔΕΡΜΟΕΙΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΣΠΛΗΝΟΣ

Σ. Μανουβέλου¹, Κ. Παπαϊωάννου¹, Μ. Μαρινάκη², Ε. Γκαρή², Ι. Πρινάρης², Κ. Χρυσανθίδης¹

¹ Ακτινοδιαγνώστης, Π.Ε.Δ.Υ. Μονάδα Υγείας Πειραιά

² Τεχνολόγος, Π.Ε.Δ.Υ. Μονάδα Υγείας Πειραιά

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η σπληνική κύστη είναι μία σπάνια οντότητα και μπορεί να είναι ασυμπτωματική είτε να εκδηλωθεί με κοιλιακό άλγος, άλγος στον αριστερό ώμο είτε συμπτώματα ουροποιητικού από την συμπίεση των νεφρών. Η συνήθης αιτιολογία κατά τον Altemeier είναι παρασιτική, συγγενής-μη παρασιτική (αντιστοιχεί στο 10-25% των μη παρασιτικών κύστεων), είτε δευτερογενής: μετατραυματικής αιτιολογίας, μετά από σπληνικό έμφρακτο εκφυλιστική και φλεγμονώδης. Κατά τον Fowler οι σπληνικές κύστεις διακρίνονται σε πρωτογενείς με ενδοκυστικό επιθήλιο είτε δευτερογενείς χωρίς τοιχωματικό επιθήλιο. Από την διεθνή βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί περί τις 800 περιπτώσεις εκ των οποίων η πλειονότητα είναι παρασιτικές και περί τις 300 συγγενής-μη παρασιτικές. Συντηρητική θεραπεία ακολουθείται όταν το μέγεθος των κύστεων είναι <4-5 cm, ασυμπτωματικές ενώ με μεγαλύτερο μέγεθος απαραίτητη κρίνεται η χειρουργική αντιμετώπιση λόγω των δυναμικών επιπλοκών.

Υλικό: Προσήλθε στον τμήμα υπερήχων θήλυ 15 ετών με κοιλιακό άλγος και τυμπανισμό. Απεικονίστηκε υπερηχοτομογραφικά ευμεγέθους μάζα ισόηχη με ήπαρ-σπλήνα λόγω εσωτερικών ηχοανακλάσεων και απουσία αιματικής ροής. Το άνω όριο δεξιά εκτεινόταν υπερηχοτομικά και αριστερά περισπληνικά. Το κάτω όριο αυτής έφτανε έως την ελάσσονα πύελο ελεγχόμενων των γυναικολογικών οργάνων χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Αριστερά η παρυφή του σπλήνα περιέβαλλε το μόρφωμα έως το κάτω χείλος του. Οι νεφροί ήταν συμπιεσμένοι χωρίς επιπρόσθετα μορφώματα. Ο ορολογικός έλεγχος για αντιεπιχειροκοκκικά αντισώματα ήταν αρνητικός. Η διάγνωση στράφηκε προς την σπληνική είτε μεσεγχυματογενή κύστη. Η σπληνική κύστη επιβεβαιώθηκε με MRI όπου απεικονίστηκε ενδοσπληνικό κυστικό μόρφωμα με διαστάσεις 15x21x26cm και ατελές ημιδιάφραγμα χωρίς τοιχωματική πρόσληψη σκιαγραφικού. Συστηνόμενη θεραπεία η χειρουργική εξαίρεση με αντιβιοτική κάλυψη επί 2ετίας.

84. ΛΙΠΩΜΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ – ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ ΣΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ελένη Νικολέντζου, Ευσταθία Σπηλιοπούλου, Νικολέττα Ρήγα, Σοφία Κάτσαρη, Ελένη Τελλίδη, Αικατερίνη Λουρμπάκου, Ναταλία Φραγκίσκου, Σοφία Μυλωνά

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» - Ε.Ε.Σ.

Σκοπός: Τα λιπώματα της γαστρεντερικής οδού είναι ασυνήθη και αποτελούν το 4.1% όλων των καλοήθων όγκων. Ειδικότερα, τα λιπώματα του οισοφάγου είναι εξαιρετικά σπάνια και υπολογίζονται σε 0.4% όλων των καλοήθων νεοπλασμάτων της πεπτικής



οδού. Η πλειοψηφία των αλλοιώσεων αυτών είναι κλινικά σιωπηλή εξαιτίας του μικρού τους μεγέθους, ωστόσο μεγαλύτερες βλάβες μπορεί να προκαλέσουν δυσφαγία, παλινδρόμηση και/ή επιγαστραλγία.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής θύλη, 76 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας λόγω εμπύρετου και καταβολής από 7ημέρου. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε έμφραγμα του μυοκαρδίου προ ετών και αρτηριακή υπέρταση. Η ασθενής παραπονήθηκε για αναγωγές τροφών από έτους για τις οποίες δεν είχε διερευνηθεί. Η ακτινογραφία θώρακος σε όρθια θέση δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Η ασθενής παραπέμφθηκε στο τμήμα μας για υπολογιστική τομογραφία θώρακος και άνω και κάτω κοιλίας.

Αποτελέσματα: Η Υ.Τ. θώρακος δεν ανέδειξε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα από το πνευμονικό παρέγχυμα, πλην ήπιων εμφυσηματικών αλλοιώσεων. Παρατηρήθηκε ομαλών ορίων υποβλεννογόνιο, μη ενισχυόμενο μόρφωμα, με πυκνότητα ανάλογη του λίπους, διαστάσεων 2,6 εκ. x 1 εκ. στην ανώτερη θωρακική μοίρα του οισοφάγου. Η βλάβη παρουσίαζε απεικονιστικά χαρακτηριστικά στην Υ.Τ. συμβατά με λίπωμα του οισοφάγου.

Συμπέρασμα: Τα περισσότερα οισοφαγικά λιπώματα είναι μικρά, μονήρη, ασυμπτωματικά και δεν απαιτούν θεραπεία. Γενικά προκαλούν συμπτώματα μόνο όταν είναι αρκετά μεγάλα ώστε να προκαλέσουν δυσφαγία, σημείο στο οποίο έχει αξία η χειρουργική αφαίρεση. Η καθιέρωση μιας σωστής διάγνωσης απαιτεί προσεκτικό ιστορικό, λεπτομερή ακτινολογική εξέταση ή/και ενδοσκοπικό έλεγχο του ανώτερου γαστρεντερικού. Η διάγνωση είναι σημαντική για να αποκλειστούν άλλες πιθανές κακοήθεις βλάβες του οισοφάγου.

85. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΠΛΗΝΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Σφήκα Σοφία, Δόκου Ελένη, Καταραχιάς Κωνσταντίνος, Κρητικός Νικόλαος, Μούτου Μαργαρίτα, Μπαρέκα Χριστίνα, Καρτσούνη Βικτωρία, Γκέλη Μυρσίνη
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

Εκπαιδευτικοί στόχοι: η περιγραφή των υπερηχογραφικών χαρακτηριστικών εστιακών αλλοιώσεων σπληνός όπως αυτά ανεδείχθησαν σε μια σειρά ασθενών στο νοσοκομείο μας.

Υλικό: Δύο ασθενείς, με καρκίνο παχέος εντέρου και καρκίνο μαστού αντίστοιχα, ο 1ος με τυπική εικόνα υπερηχογενούς, ομοιογενούς με σαφή όρια αλλοίωσης και ο 2ος με αλλοίωση με μεικτού τύπου ηχογένεια (τριχοειδικό και σπραγγώδες αιμαγγείωμα αντίστοιχα). Τρίτος ασθενής με πολλαπλές υπερηχογενείς εστίες που αφορούν συγκέντρωση αιμοσιδηρίνης και σβεστίου στο σπληνικό παρέγχυμα (Gamma-Gandy Bodies) στα πλαίσια διερεύνησης πυλαίας υπέρτασης. Τέταρτος ασθενής με γνωστό λέμφωμα με εστιακές υποηχογενείς αλλοιώσεις, και 5ος και 6ος με μεταστατικές εστίες από γνωστό καρκίνου στομάχου και πνεύμονα και απεικόνιση με ευμεγέθη, μεικτού τύπου αλλοίωση και δίκην στόχου εστιακή βλάβη αντίστοιχα.

Τα αιμαγγείωματα αποτελούν τους συχνότερους καλοήθεις όγκους του σπληνός με επίπτωση της τάξεως του 10-15%. Οι βλάβες του λεμφώματος είναι σχεδόν πάντα υποηχογενείς 60-70% των περιπτώσεων, ενώ οι υπερηχογενείς βλάβες είναι σπάνιες (8,8%). Η ανεύρεση υπόηχων βλαβών είναι σχετικά ειδικό εύρημα προσβολής του σπληνός σε ασθενείς με γνωστό λέμφωμα. Η συμμετοχή του σπληνός σε συστηματική νόσο του αίματος είναι της τάξεως του 30-40% με το πρωτοπαθές λέμφωμα του σπληνός να είναι <1%. Οι μεταστατικές εστίες στον σπλήνα αποτελούν καθυστερημένη εκδήλωση της νόσου, χωρίς συχνά να έχουν αξία για τη πρόγνωση, ενώ γενικά μόνο το 1,3-4,8% από το σύνολο των αλλοιώσεων του σπληνός είναι ύποπτες για δευτεροπαθή νόσο. Τέλος, στα πλαίσια διερεύνησης πυλαίας υπέρτασης ανεύρεση Gamma-Gandy Bodies μπορεί να βοηθήσει στην διαφοροδιάγνωση της νόσου.

86. ΠΕΠΤΙΚΟ:ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΜΕΤΑ ΑΞΟΝΙΚΗ ΟΥΡΟΓΡΑΦΙΑ

Π. Τσίρμα¹, Μ. Μπασιάκου¹, Α. Κυριαζίδου², Όλγα Κουρτσπούλου², Α. Θεοδοσίου¹, Κ. Γκρονέλλι¹, Α. Φασιή¹

¹ Μονάδα Αξονικού Τομογράφου Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

² Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα «Γενικό Κρατικό Νίκαιας»

Εκπαιδευτικός στόχος: Η παράπλευρη απέκκριση σκιαγραφικής ουσίας ορίζεται ως η απέκκριση υδατοδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας μέσω άλλης οδού, εκτός της φυσιολογικής νεφρικής έκκρισης. Η πιο συνήθης παράπλευρη απέκκριση υδατοδιαλυτού σκιαγραφικού μέσου συμβαίνει διαμέσου του ήπατος.

Υλικό: Γυναίκα 60 ετών, εισήχθη στο νοσοκομείο μας με αιφνίδιο άλγος στην δεξιά νεφρική χώρα. Η φυσική εξέταση έδειξε ευαισθησία στην δεξιά οσφύ. Τα εργαστηριακά ευρήματα ήταν φυσιολογικά, εκτός από αιματοουρία στην ανάλυση ούρων. Παραπέμφθηκε για ενδοφλέβια ουρογραφία, που ανέδειξε καθυστερημένη απέκκριση του σκιαγραφικού. Έγινε άμεση ουρητηροσκόπηση, που αποκάλυψε λίθο στο κατώτερο τριτημόριο του δεξιού ουρητήρα. Ακολούθησε αφαίρεση του λίθου και τοποθέτηση stent. Στην μετεγχειρητική ενδοφλέβια πυελογραφία ελέγχεται παρουσία σκιαγραφικού στο δεξιό υποχόνδριο, η οποία αρχικά αξιολογήθηκε εσφαλμένα ως εξαγγείωση σκιαγραφικού στο έντερο.

Στην αξονική ουρογραφία, η χοληδόχος κύστη ελέγχεται με αυξημένη πυκνότητα, χωρίς διαφυγή σκιαγραφικού. Η ασθενής ανένπνε χωρίς επιπλοκές.

Την τέταρτη μετεγχειρητική μέρα, έγινε ακτινογραφία κοιλίας, στην οποία δεν απεικονίζεται σκίαση της χοληδόχου κύστεως. Η ασθενής ήταν ελεύθερη αποφρακτικής ουροπάθειας ή νόσου της χοληδόχου κύστεως κατά την διάρκεια παρακολούθησης εννέα μηνών.

Παρουσία ακτινοσκιερής χοληδόχου κύστεως, σε ενδοφλέβια πυελογραφία ή αξονική τομογραφία, μετά από πρόσφατη έγχυση σκιαγραφικού μέσου, πρέπει να γνωρίζουμε ότι μπορεί να αντιπροσωπεύει παράπλευρη απέκκριση και να διαφοροδιαγιγνώσκεται από εξαγγείωση ή διαρροή από το ουροποιητικό. Η παράπλευρη απέκκριση σκιαγραφικής ουσίας ενδέχεται να υπάρχει και ως φυσιολογική παραλλαγή, χωρίς απαραίτητα να συνυπάρχει νεφρική ή ηπατοχολική παθολογία.

87. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΣΤΟ ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

Σ. Πασχάλης, Κ. Ιωσηφίδης, Δ. Στεφάνου, Α. Παρλαμένη, Σ. Τσολάκη, Α. Μαντζώρου, Θ. Κρατημένος, Ι. Β. Καλογερόπουλος
Ιατροί, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εκπαιδευτικοί Στόχοι: Σκοπός μας είναι η ανάδειξη των ακτινολογικών ευρημάτων των πρωτοπαθών κακοθειών του Λεπτού Εντέρου με την απεικονιστική μέθοδο της κλασικής δυναμικής εντερόκλυσης καθώς και μια κατάταξη αυτών.

Υλικό: Εικόνες από κλασική δυναμική εντερόκλυση.

88. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΚΤΙΝΟΜΥΚΩΣΗΣ ΤΥΦΛΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μ. Πατελάρου¹, Μ. Μπασιάκου¹, Χ. Μπεληγιάννης¹, Α. Κυριαζίδου², Ο. Κουρτσπούλου², Π. Τσίρμπα¹, Α. Φατσά¹,
Α. Θεοδοσίου¹

¹ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

² Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Ν. Νίκαιας

Εκπαιδευτικός στόχος: Η ακτινομύκωση τυφλού είναι μια σπάνια φλεγμονώδης νόσος που θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση μαζών του πεπτικού σωλήνα. Στόχος η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ειλεοτυφλικής ακτινομύκωσης υποδυόμενη κακοήθη μάζα.

Υλικό: Πρόκειται για ασθενή 30 ετών που προσήλθε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας με άλγος και ψηλαφητή μάζα στον δεξιό λαγόνιο βόθρο ο οποίος υποβλήθηκε σε πλήρη εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε μόρφωμα στον δεξιό λαγόνιο βόθρο με συνοδό θολερότητα του πέριξ λίπους και παρουσία υγρού στον ευθυκυστικό χώρο. Στην αξονική τομογραφία που ακολούθησε απεικονίσθηκε φλεγμονώδης μάζα 10 x 6 εκ. στην περιοχή του τυφλού. Λόγω της μη ανταπόκρισης στην ενδοφλέβια αντιβίωση που χορηγήθηκε τέθηκε η υποψία κακοήθους εξεργασίας και ο ασθενής υποβλήθηκε σε μερική δεξιά κολεκτομή. Η ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος ανέδειξε ειλεοτυφλική ακτινομύκωση.



89. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΗΛΗΣ MORGAGNI ΜΕ ΠΕΡΙΧΟΜΕΝΟ ΗΠΑΤΟΣ

Κ. Καλοκαιρινού, Γ. Κυπριανός, Δ. Τζώρτζης, Λ. Φραγκοπούλου, Γ. Μαντζικόπουλος, Κ. Κοκκίνης
Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»

Γυναίκα 45 χρ. με ιστορικό μελανώματος στο μεγάλο δάκτυλο του ποδιού, υποβάλλεται σε σταδιοποίηση με Μαγνητική Τομογραφία. Τυχαίο εύρημα αποτελεί η ανάδειξη ευμεγέθους κήλης Morgagni στο πρόσθιο μεσοθωράκιο προκαρδιακά περιέχουσα τμήμα του ήπατος.

Η κήλη του Morgagni, είναι προβολή δια μέσου του τρήματος του Morgagni, εντοπίζεται μπροστά από το ήπαρ και οι σχηματισμοί που προπίπτουν συνήθως είναι το έντερο, το επίπλουν, ο στόμαχος ή ο σπλήνας. Η μέγιστη πλειονότητα των κηλών αυτών συμβαίνει δεξιά και στο 90% των περιπτώσεων η κήλη έχει σάκο. Οι κήλες Morgagni είναι συχνά ασυμπτωματικές και ανευρίσκονται τυχαίως στους ενήλικες και αποτελούν το 3% - 5% όλων των διαφραγματοκηλών. Αν και κατά κύριο λόγο αφορά παιδιά, πολλές περιπτώσεις και μικρές σειρές κηλών Morgagni, ανευρίσκονται σε ενήλικες (το 5%-10% των κηλών).

Γενική πεποίθηση είναι ότι η θεραπεία της συμπτωματικής κήλης Morgagni θα πρέπει να είναι χειρουργική. Εξάιρεση αποτελούν μικρές ασυμπτωματικές κήλες ή μεγάλης ηλικίας και βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Η CT παρέχει την καλύτερη απεικόνιση της διαφραγματοκήλης. Δεν επιβεβαιώνει μόνο τη διάγνωση, αλλά επίσης σκιαγραφεί το μέγεθος του ελλείμματος και τα εμπλέκοντα όργανα.

90. ΣΤΡΩΜΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ (GIST)

Κωνσταντίνος Ιωσηφίδης, Σωτήρης Πασχάλης, Δανάη Στεφάνου, Αντωνία Παρλαμέντη, Σοφία Τσολάκη, Άννα Μαντζώρου,
Θεόδωρος Κρατημένος, Ιωάννης Β. Καλογερόπουλος
Ιατροί, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Η ανάδειξη και παρουσίαση χαρακτηριστικών ακτινολογικών ευρημάτων των στρωματικών όγκων του γαστρεντερικού συστήματος.

Υλικό: Οι στρωματικοί όγκοι αποτελούν τους πιο συχνούς μεσεγχυματικούς όγκους του ΓΕΣ. Εμφανίζουν εκτενή βιολογικοί συμπεριφορά με καλοήθεις έως κακοήθεις χαρακτήρες, ενώ εκφράζουν την πρωτεΐνη KIT (CD117) στο 85-95% ενός υποδοχέα της τυροσινικής κινάσης, πολλά δε είναι θετικά στο CD34. Οι συχνότερες θέσεις εντόπισης περιλαμβάνουν το στομάχι (60%), το λεπτό έντερο (25%) και το ορθοσιγμοειδές (10%), με εξωφυτική ή ενδοαυλική επέκταση. Η λεμφαδενοπάθεια συνιστά σπάνιο εύρημα, σε αντίθεση με τις απομακρυσμένες μεταστάσεις (ιδίως στο ήπαρ) και τις περιτοναϊκές εμφυτεύσεις που εμφανίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα.

Για την απεικονιστική διερεύνηση χρησιμοποιείται η μελέτη με βάριο, η αξονική τομογραφία και ο μαγνητικός συντονισμός. Στην μελέτη με βάριο οι στρωματικοί όγκοι απεικονίζονται ως σαφώς οριοθετημένη υποβλεννογόνια μάζα με ομαλό περίγραμμα, ενώ εξελκώσεις είναι συχνές για βλάβες άνω των 2 εκ. Ευρήματα υπέρ κακοήθειας αποτελούν ο σχηματισμός συριγγίου, το αυξημένο μέγεθος (άνω των 6 εκ.), οι μεγάλες εξελκώσεις, οι κοιλότητες και οι διογκωμένοι λεμφαδένες. Στην υπολογιστική τομογραφία οι καλοήθεις βλάβες χαρακτηρίζονται από ομοιογενή πυκνότητα μυός, ενώ σε κακοήθεις βλάβες κυριαρχεί η ετερογένεια με αυξημένο μέγεθος και οι κεντρικές νεκρώσεις, με συνοδά αιμορραγικά στοιχεία. Στον μαγνητικό συντονισμό οι βλάβες εκδηλώνονται με μείωση της έντασης του σήματος σε T1W ακολουθίες και αύξηση της έντασης σε T2W ακολουθίες, ενώ μετά την χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας εμφανίζεται ενίσχυση της έντασης του σήματος.

91. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ CT ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΛΙΠΩΜΑ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ

Σ. Μανουβέλου¹, Κ. Χρυσανθίδης¹, Γ. Βάλβης¹, Κ. Παπαϊωάννου¹, Ε. Γκαρή², Π. Φραγκάκη², Μ. Μαρινάκη², Α. Κανακίδου¹

¹ Ακτινοδιαγνώστης Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΠΕΔΥ - ΜΥ Πειραιά

² Τεχνολόγος Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΠΕΔΥ - ΜΥ Πειραιά

Εκπαιδευτικοί Στόχοι: Το λίπωμα του μεσεντερίου είναι σπάνιος καλοήθης όγκος από ώριμα λιποκύτταρα με πλήρης απουσία κυτταρικής πυρηνικής ατυπίας. Έχουν αναφερθεί λιγότερα από 50 περιστατικά στη διεθνή βιβλιογραφία. Αν και γενικά ασυμπτωματικός, μπορεί σπάνια αν είναι μεγάλων διαστάσεων να προκαλέσει κοιλιακό άλγος, ειλεό ή συστροφή. Υπερηχογραφικά απεικονίζεται ως σαφώς αφοριζόμενη συμπαγής αλλοίωση, με συνήθως ομοιογενή ηχοδομή και ηχογένεια λίπους. Στην αξονική τομογραφία απεικονίζεται ως χωροκατακτητική εξεργασία με πυκνότητα λίπους (-80 έως -120 HU) που περιβάλλεται από λεπτή κάψα χωρίς σκιαγραφική ενίσχυση. Η αλλοίωση απωθεί τις παρακείμενες δομές, όπως συμπαγή όργανα και εντερικές έλικες, ενώ περιβάλλει τα αγγεία, χωρίς όμως να τα διηθεί. Λεπτά ινώδη διαφραγμάτια και αποτιτανώσεις μπορεί να παρουσιάζονται σε 11% των περιπτώσεων. Στην MRI παρουσιάζει σήμα λίπους σε όλες τις ακολουθίες, ενώ τα λεπτά διαφραγμάτια παρουσιάζουν χαμηλό σήμα στις T1 και T2 ακολουθίες, χωρίς σκιαγραφική ενίσχυση. Οριστική διάγνωση μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο έπειτα από ιστολογική ταυτοποίηση. Δεν υπάρχει αναφορά για κακοήθη εξαλλαγή σε λιποσάρκωμα.

Υλικό: Ασθενής άρρεν 59 ετών προσήλθε για εξέταση Triplex κοιλιακής αορτής. Τυχαίο εύρημα αποτέλεσε αλλοίωση που καταλάμβανε την δεξιά κοιλιακή χώρα, μείζονος επιμήκους άξονα 16 cm με ηχογένεια παρόμοια με εκείνη του λίπους. Η αλλοίωση εμφάνιζε ομοιογενή ηχοδομή, ενώ τα όρια αυτής λόγω επιπροβολής αερίων δεν ήταν παντού ευδιάκριτα. Στην εξέταση αξονικής τομογραφίας η αλλοίωση παρουσιάζει πυκνότητα λίπους, σαφή όρια, παρεκτοπίζει τις εντερικές, ενώ περιβάλλει της αγγειακές δομές. Ο ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική εκτομή της αλλοίωσης όπου και διεγνώσθη λίπωμα μεσεντερίου.

92. CASE REPORT: ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ: MRI Η CEUS?

Ορτανσία Δορυφόρου¹, Μιχαήλ Γουμνάκης²

¹ Ακτινοδιαγνώστρια, Σμχος Δ/τρια Εργ. Υπερ/φίας, 251 Γεν Νοσ. Αεροπορίας, Αθήνα

² Ακτινοδιαγνώστης, Άμισθος Επιστημονικός Συνεργάτης 251 Γεν. Αεροπορίας, Ιδιωτικό Ιατρείο Ηράκλειο Κρήτης

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Σύμφωνα με τις οδηγίες NCCN οι ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος ελέγχονται με υπερηχογράφημα και επίπεδα Αφρ κάθε 6-12 μήνες.

Το CEUS πρόσφατα έγινε αποδεχτό σαν συμπληρωματική μέθοδος σε συνδυασμό με CT η MRI ελέγχου και παρακολούθησης οζιδίων.

Στην περίπτωση που περιγραφούμε η διαγνωστική ακρίβεια του CEUS υπερέβει αυτήν της MRI, αποτέλεσμα που συγκρίθηκε με βιοψία.

Σε κίρρωτικούς ασθενείς περιγράφεται η σπάνια περίπτωση Εστιακής Οζώδους Υπερπλασίας με έκκεντρο ουλή.

Υλικό: Περιγραφούμε κίρρωτική ασθενή (HCV) γυναίκα 65 ετών με αρνητική α φυτοπρωτεΐνη σε επανέλεγκο ηπατικής εστιακής αλλοίωσης με μικρή μεταβολή διαστάσεων. Εξετάσεις εκλογής είναι η μαγνητική τομογραφία (MRI) και το υπερηχογράφημα με χρήση σκιαγραφικού SonoVue (CEUS). Στην μαγνητική τομογραφία (Siemens Sonata 1.5 Tesla) και σε ακολουθία T1 νibe fs η βλάβη παρουσιάζει ανομοιογενές αυξημένο σήμα στην αρτηριακή φάση, χωρίς έκπλυση στην πυλαία φάση και ήπια ανομοιογενή έκπλυση στην παρατεταμένη φάση, απεικονιστικά ευρήματα με υψηλή πιθανότητα ηπατοκυτταρικού καρκινώματος και δόθηκε LIRADS 5.

Στην B-Mode υπερηχογραφική εξέταση (Aixplorer SuperSonic) η αλλοίωση παρουσιάζει υπερηχογενή τμήματα ενώ κατόπιν χορήγησης σκιαγραφικού υπερήχων η βλάβη παρουσιάζει πρώιμη πρόσληψη στην αρτηριακή φάση με παρουσία τροφοφόρου αγγείου καθίσταται όμως ισοηχογενής με το λοιπό παρέγχυμα σε παρατεταμένη φάση 4.5 λεπτά μετά την έγχυση, σημείο ενισχυτικό καλοήθειας σε κίρρωτικό ήπαρ LIRADS 3.

Λόγω ασυμβατότητας των αποτελεσμάτων και κατόπιν ηπατολογικού συμβουλίου προτάθηκε θεραπευτικό RFA που διενεργήθηκε αμέσως μετά την βιοψία της βλάβης. Το αποτέλεσμα ήταν συμβατό με Εστιακή Οζώδη Υπερπλασία.



ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΑ (2)

93. ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΗ ΡΑΓΕΝΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΚΑΙ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Σ. Κάτσαρη, Π. Σταθόπουλος, Ε. Νικολέντζου, Χ. Σκιαδά, Ν. Ρήγα, Γ. Γκενεράλης, Ε. Αρχοντάκης, Α. Τσάνης, Κ. Παπαδόπουλος, Ν. Μπατάκης

Ακτινοδιαγνωστικό τμήμα Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ

Εκπαιδευτικοί Στόχοι: Κατηγοριοποίηση και σύγκριση των μεθόδων αντιμετώπισης των μεγάλων και γιγαντιαίων ανευρυσμάτων των εγκεφαλικών αγγείων.

Υλικό και Μέθοδοι: Ενδοαγγειακή αντιμετώπιση των μεγάλων και γιγαντιαίων ανευρυσμάτων εγκεφαλικών αγγείων σε biplane ψηφιακό αγγειογράφο με 2 διαφορετικές μεθόδους:

Σύνολο: 274 (2008-2016)

1. Εμβολισμός με coils (199 ασθενείς)
2. Εκτροπέας ροής - flow diverter (85 ασθενείς)

Αποτελέσματα: Ποσοστά επανασφραγιστικής:

– 60 ασθενείς (30% στους εμβολισμούς με coils)

– 2 ασθενείς (2% στους εμβολισμούς με flow diverters) σε κάποιες περιπτώσεις έγινε διόρθωση με τοποθέτηση νέου flow diverter.

Συμπεράσματα: Ο εμβολισμός με εκτροπέα ροής αποτελεί μέθοδο εκλογής για τα γιγαντιαία ανευρύσματα και για τα μεγάλα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με coils, καθώς μειώνει τα ποσοστά επανασφραγιστικής και τα πιεστικά φαινόμενα. Απαιτεί όμως μεγάλη εμπειρία από τον επεμβατικό νευροακτινολόγο, αντενδείκνυται σε ραγέντα ανευρύσματα και αποτελεί τελική μέθοδο ενδοαυλικής αντιμετώπισης.

94. ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗΣ ΑΙΜΟΡΑΓΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΡΗΞΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ- ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΣΜΟ

Σ. Κάτσαρη, Π. Σταθόπουλος, Ε. Νικολέντζου, Χ. Σκιαδά, Ν. Ρήγα, Γ. Γκενεράλης, Ε. Αρχοντάκης, Α. Τσάνης, Κ. Παπαδόπουλος, Ν. Μπατάκης

Ακτινοδιαγνωστικό τμήμα Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ

Εκπαιδευτικοί Στόχοι: Παρουσίαση της διαχείρισης περιστατικών που προσήλθαν στο ΤΕΠ με αυτόματη SAH και θεραπεία των ανευρυσμάτων εγκεφάλου με εμβολισμό σε biplane ψηφιακό αγγειογράφο.

Υλικό και Μέθοδοι: 84 ασθενείς προσήλθαν στο ΤΕΠ του ΓΝΑ «Κοργιαλένιο- Μπενάκειο» ΕΕΣ την χρονική περίοδο 01/01/2016- 31/12/2016 με συμπτώματα έντονης κεφαλαλγίας, σύγχυση, αποπροσανατολισμό ή και έμετους. Διενεργήθηκε CT εγκεφάλου όπου διαπιστώθηκε SAH και προχωρήσαμε σε περαιτέρω έλεγχο με DSA για την ανάδειξη ανευρυσμάτων εγκεφαλικών αγγείων και τη θεραπεία τους με εμβολισμό.

Αποτελέσματα:

- ✓ Σε 80 ασθενείς έγινε πλήρης αποκλεισμός του ανευρύσματος.
- ✓ Σε 4 ασθενείς μικρό υπόλειμμα στον αυχένα του ανευρύσματος.
- 1 θρομβοεμβολικό επεισόδιο.
- Ρήξη ανευρύσματος.
- Απόφραξη υγιούς αρτηριακού κλάδου από coil (μπορεί να αντιμετωπιστεί με την χρησιμοποίηση βρόγχου απόσυρσης).

Συμπεράσματα: Ο εμβολισμός αποτελεί μη χειρουργική, ασφαλή μέθοδο με χαμηλά ποσοστά επιπλοκών για την επείγουσα αντιμετώπιση των ραγέντων ανευρυσμάτων εγκεφαλικών αγγείων.

ΔΙΑΦΟΡΑ**95. Η ΝΕΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΔΗΓΙΑ 2013/58 ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΠΡΟΤΑΣΙΑ – ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ**

Αγάπη Πλουσή

Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «Αττικόν»

Παρουσιάζεται η νέα Ευρωπαϊκή οδηγία 2013/58 της Euratom για την Ακτινοπροστασία με έμφαση στην αναλυτική παρουσίαση των νέων ρυθμίσεων που αφορούν στους εργαζόμενους με ιοντίζουσες ακτινοβολίες. Μια από τις πιο σημαντικές αλλαγές είναι η μεγάλη μείωση στο όριο δόσης των οφθαλμών το οποίο διαμορφώθηκε στα 20 mSv (από 150)

96. ΑΚΤΙΝΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Αγάπη Πλουσή

Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «Αττικόν»

Παρουσιάζονται οι βασικές αρχές, αλλά και τα πρακτικά μέτρα ακτινοπροστασίας που οφείλουμε να λαμβάνουμε σε επεμβατικές ακτινολογικές διαδικασίες παιδιατρικών ασθενών. Αναδεικνύονται οι διαφορές μεταξύ παιδιών και ενηλίκων ασθενών. Αναπτύσσεται μια μεθοδολογία εξατομικευμένης δοσιμετρίας για παιδιά που υποβάλλονται σε επεμβατικές πράξεις.

97. Η ΝΕΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΔΗΓΙΑ 2013/58 ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΠΡΟΤΑΣΙΑ – ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΩΝ.

Ευστάθιος Ευσταθόπουλος

Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «Αττικόν»

Παρουσιάζεται η νέα Ευρωπαϊκή οδηγία 2013/58 της Euratom για την Ακτινοπροστασία με έμφαση στην αναλυτική παρουσίαση των νέων ρυθμίσεων που αφορούν στον εξοπλισμό και στις υποχρεώσεις των κατασκευαστών εξοπλισμού που λειτουργεί με ιοντίζουσες ακτινοβολίες. Οι πιο σημαντικές αλλαγές είναι η έμφαση στην εκπαίδευση του προσωπικού, στο νέο θεσμό και ρόλο του Εμπειρογνώμονα Ακτινοφυσικού και στην υποχρέωση των εργαστηρίων να καταγράφουν, να αρχειοθετούν στο φάκελο του ασθενούς και να ενημερώνουν τον ασθενή για τις δόσεις ιοντίζουσας ακτινοβολίας που έχει δεχθεί κατά τη διενέργεια διαγνωστικών ή θεραπευτικών διαδικασιών με ιοντίζουσα ακτινοβολία.

98. Η ΝΕΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΔΗΓΙΑ 2013/58 ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΠΡΟΤΑΣΙΑ - ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Καλλιόπη Πλατώνη

Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «Αττικόν»

Παρουσιάζεται η νέα Ευρωπαϊκή οδηγία 2013/58 της Euratom για την Ακτινοπροστασία με έμφαση στην αναλυτική παρουσίαση των νέων ρυθμίσεων που αφορούν στους εργαζόμενους με ιοντίζουσες ακτινοβολίες. Οι πιο σημαντικές αλλαγές είναι η έμφαση που δίνεται στην αιτιολόγηση και βελτιστοποίηση των εξετάσεων με ιοντίζουσες ακτινοβολίες, στην ενημέρωση των ασθενών που υποβάλλονται σε αυτές και στο νέο θεσμό και ρόλο του Εμπειρογνώμονα Ακτινοφυσικού.



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

- ΑΓΓΕΛΑΚΗΣ Κ. 53
ΑΓΓΕΛΑΤΟΥ Ρ. 17, 37, 38, 54, 56
ΑΓΓΕΛΟΥ Α. 62
ΑΓΡΟΓΙΑΝΝΗ Α. 42
ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 11
ΑΜΠΖΙΑΝΙΤΣΕ Ν. 13, 32
ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΡΑ Α. 45
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. 60
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ Μ. 49, 65, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 76
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗ Θ. 53
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Χ. 79
ΑΝΑΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 10
ΑΝΔΡΙΩΤΗΣ Ε. 9, 10, 17, 24, 36
ΑΝΤΥΠΑ Ε.Γ. 46, 60
ΑΝΤΥΠΑ Ε.Σ. 8, 10, 18, 23
ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗ Σ. 8, 17, 22, 35, 36, 39, 44
ΑΡΓΥΡΗΣ Χ. 46
ΑΡΝΟΓΙΑΝΝΑΚΗ Ν. 17, 37, 38
ΑΡΧΟΝΤΑΚΗΣ Ε. 7, 84
ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Α. 11
ΑΤΣΑΛΗ Β. 13, 31
ΒΑΚΑΚΗ Μ. 11, 67, 71, 72, 73, 75, 76
ΒΑΛΒΗΣ Γ. 57, 78, 83
ΒΑΡΑΚΗ Κ. 16
ΒΑΣΣΑΛΟΥ Ε. 7
ΒΕΛΟΝΑΚΗΣ Γ. 8, 21
ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ Β. 14
ΒΕΡΓΑΝΕΛΑΚΗΣ Δ. 67, 74, 75
ΒΙΤΖΗΛΑΙΟΣ Κ. 79
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΣ Σ. 11
ΒΛΑΧΟΥ Ι. 45, 59
ΒΛΥΧΟΥ Μ. 7
ΓΑΛΑΝΗ Α. 8, 23
ΓΑΛΗΝΑ Π. 13, 32
ΓΑΛΛΗ Α. 8, 23
ΓΑΣΤΟΥΝΙΩΤΗΣ Ι. 51
ΓΕΡΑΝΟΥ Χ. 14
ΓΕΡΑΡΔΟΣ Ε. 8, 17, 22, 35, 36, 39, 44
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Π. 15
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ. 46
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Π. 8, 17, 22, 35, 36, 39, 44
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ρ. 79
ΓΕΩΡΓΑΝΤΖΗ Σ. 45
ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΕΙΡ. 17, 37, 38, 54, 56
ΓΕΩΡΓΟΥΛΙΑ Γ. 47, 63
ΓΙΑΝΝΙΚΟΥΡΗΣ Γ. 60
ΓΙΟΥΤΛΑΚΗ Ε. 53, 54
ΓΚΑΓΚΑΝΑΣΙΟΥ Μ. 18
ΓΚΑΡΗ Ε. 79, 83
ΓΚΕΛΗ Μ. 41, 42, 49, 50, 51, 52, 58, 61, 80
ΓΚΕΝΕΡΑΛΗΣ Γ. 62, 84
ΓΚΟΥΡΤΣΟΓΙΑΝΝΗ Σ. 10
ΓΚΡΟΝΕΛΛΙ Κ. 52, 55, 63, 64, 65, 66, 77, 80
ΓΟΥΜΕΝΑΚΗΣ Μ. 83
ΓΡΑΒΑΝΗΣ Δ. 53
ΓΡΕΤΤΟΥ Σ. 8, 23
ΓΡΗΓΟΡΑΚΗ Β. 13, 32
ΓΥΦΤΟΠΟΥΛΟΣ Α. 14
ΔΑΓΛΑ Θ. 47, 49, 65, 68, 69, 70, 74
ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ Δ. 17, 38
ΔΕΛΗΒΕΛΙΩΤΗΣ Κ. 9, 17, 24, 36
ΔΕΛΗΜΠΑΣΗΣ Γ. 7
ΔΕΡΜΕΝΤΖΟΓΛΟΥ Β. 13, 32
ΔΕΥΤΕΡΑΙΟΣ Σ. 11
ΔΗΜΑΣ Π. 8, 23
ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΑΚΟΥ Α. 17, 37, 54
ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΗ Φ. 60
ΔΗΜΟΥΛΑΣ Α. 12, 13, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
ΔΟΚΟΥ Ε. 42, 49, 50, 51, 52, 58, 61, 80
ΔΟΥΡΥΦΟΡΟΥ Ο. 13, 31, 42, 83
ΔΟΥΝΤΣΗΣ Α. 17, 36
ΔΡΑΚΟΝΤΑΕΙΔΗΣ Π. 12, 13, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
ΔΡΙΒΑΛΟΣ Α. 64, 66
ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Ε. 72
ΕΜΜΑΝΟΥΗΛΙΔΟΥ Α. 17, 38, 54
ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ Ρ. 10, 78
ΕΥΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Ε. 11, 85
ΖΑΝΝΕΣ Ν. 7
ΖΑΡΙΦΗ Μ. 13, 32
ΖΟΥΡΙΔΑΚΗ Χ. 75
ΖΩΓΡΑΦΟΣ Γ. 55
ΖΩΗΣ Γ. 12, 46
ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Π. 8, 21
ΘΑΝΟΣ Λ. 8, 17, 19, 22, 35, 36, 39, 44
ΘΑΝΟΥ Ι. 17, 35, 36, 39
ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ Α. 52, 63, 64, 65, 77, 80, 81
ΘΕΟΔΩΡΑΚΗΣ Ι. 45
ΙΣΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Σ. 63
ΙΩΑΝΝΙΔΗ Π. 46, 60
ΙΩΣΗΦΙΔΗΣ Κ. 46, 59, 60, 77, 78, 81, 82
ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ Σ. 16, 51, 55, 64
ΚΑΛΔΗΣ Β. 58
ΚΑΛΗΜΕΡΗ Α. 46
ΚΑΛΛΙΒΩΚΑΣ Σ. 67, 75
ΚΑΛΛΙΦΑΤΙΔΗΣ Α. 14
ΚΑΛΟΓΕΡΑΚΟΣ Κ. 53
ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ι.Β. 46, 59, 60, 77, 78, 81, 82
ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ Κ. 45, 82
ΚΑΛΥΒΑ Γ. 66
ΚΑΜΠΑΝΑΡΟΥ Σ. 14

- ΚΑΝΑΚΙΔΟΥ Α.** 57, 83
ΚΑΡΑΒΑΣΙΛΗΣ Θ. 47
ΚΑΡΑΖΙΩΓΑΣ Δ. 12, 26, 27, 28
ΚΑΡΑΜΠΕΛΑΣ Β. 8, 22, 39, 44
ΚΑΡΑΝΤΑΝΑΣ Α. 7
ΚΑΡΒΕΛΑΣ Σ. 8
ΚΑΡΡΑΣ Ε. 45, 60
ΚΑΡΤΣΟΥΝΗ Β. 41, 42, 49, 50, 51, 52, 58, 61, 80
ΚΑΡΥΑΚΑΤΖΗΣ Θ. 53
ΚΑΡΥΓΙΑΝΝΗΣ Μ. 7
ΚΑΡΥΔΗΣ Σ. 9, 24
ΚΑΣΤΡΟΥΝΗ Μ. 53
ΚΑΤΑΡΑΧΙΑΣ Κ. 42, 49, 50, 52, 58, 61, 80
ΚΑΤΣΑΡΗ Σ. 62, 79, 84
ΚΑΨΑΛΑΚΗ Ε. 16
ΚΕΛΕΚΗΣ Α. 7, 8, 20, 21
ΚΕΛΕΚΗΣ Ν. 8, 20, 21
ΚΕΛΕΣΗΣ Χ. 8, 20, 21
ΚΕΝΤΟΝ Θ. 51, 64
ΚΕΧΑΓΙΑΣ Δ. 16, 78
ΚΛΕΑΝΘΟΥΣ Α. 46
ΚΟΓΙΑ ΑΙΚ. 66
ΚΟΚΚΙΝΗΣ Κ. 45, 59, 60, 82
ΚΟΚΚΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Σ. 8, 23
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Δ. 18, 46, 60
ΚΟΛΙΟΣ Θ. 60
ΚΟΣΜΙΔΟΥ Μ. 12, 13, 28, 29, 30
ΚΟΥΖΙΩΚΑ ΕΙΡ. 66
ΚΟΥΚΟΥΜΤΖΗ Ι. 49, 65, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 76
ΚΟΥΛΟΧΕΡΗ Δ. 55
ΚΟΥΜΑΝΙΔΟΥ Χ. 67, 71, 72, 73, 75, 76
ΚΟΥΡΤΣΟΠΟΥΛΟΥ Ο. 47, 55, 63, 80, 81
ΚΟΥΤΕΛΑΣ Ν. 47
ΚΟΥΤΡΟΥΒΕΛΗ Ε. 67, 71, 72, 73, 75, 76
ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗ Ν. 47
ΚΡΑΤΗΜΕΝΟΣ Θ. 59, 60, 77, 78, 81, 82
ΚΡΗΤΙΚΟΣ Ν. 17, 36, 37, 38, 49, 50, 56, 58, 61, 78, 80
ΚΥΠΡΙΑΝΟΣ Γ. 59, 82
ΚΥΡΙΑΖΙΔΟΥ Α. 47, 55, 63, 66, 80, 81
ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Γ. 10, 79
ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΟΓΙΑΝΝΗ Ε. 74, 75
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΣ Χ. 8, 20
ΚΩΤΟΥΛΑΣ Γ. 10
ΛΑΜΑ Ν. 9, 24
ΛΑΡΔΑ Α. 49, 65, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 76
ΛΑΣΠΑΣ Φ. 19, 78
ΛΑΦΟΓΙΑΝΝΗ Σ. 8
ΛΕΛΕΓΙΑΝΝΗ Μ. 12, 13, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
ΛΕΟΝΑΡΔΟΥ Π. 14, 16, 33, 34, 35, 44
ΛΕΥΚΟΣ Π. 66
ΛΙΒΙΕΡΑΤΟΣ Λ. 18
ΛΟΓΓΙΤΣΗ Δ. 18
ΛΟΥΡΙΔΑ Π. 47
ΛΟΥΡΜΠΑΚΟΥ ΑΙΚ. 79
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ. 14, 46, 47
ΛΥΡΑ Β. 67, 74, 75
ΛΥΣΙΩΤΗΣ Φ. 16, 33, 34, 35, 44
ΜΑΖΙΩΤΗ Α. 8, 20
ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ Τ. 16, 33
ΜΑΝΙΑΤΗΣ Π. 9, 24
ΜΑΝΟΥΒΕΛΟΥ Σ. 57, 78, 79, 83
ΜΑΝΤΖΙΚΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 7, 82
ΜΑΝΤΖΟΥΡΑΝΗΣ Θ. 47
ΜΑΝΤΖΩΡΟΥ Α. 59, 60, 77, 78, 81, 82
ΜΑΡΙΝΑΚΗ Μ. 78, 79, 83
ΜΑΡΜΑΡΑ Ε. 56, 57, 61
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΥ Ε. 14
ΜΑΥΡΙΔΟΥ Β. 46
ΜΕΓΑΓΙΑΝΝΗΣ Λ. 66
ΜΕΛΛΟΥ Β. 46
ΜΗΚΑ Α. 64
ΜΗΛΑΤΟΥ Μ. 9, 17, 24, 36, 37, 38, 41, 51, 54, 56
ΜΗΤΡΑΚΟΣ Ι. 8, 23, 48, 58, 59
ΜΟΥΝΔΡΕΑ Μ. 53
ΜΟΥΡΜΟΥΡΗΣ Χ. 14
ΜΟΥΣΙΟΥ Σ. 49, 65, 68, 69, 70, 73, 74, 76
ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ Β. 9
ΜΟΥΤΟΥ Μ. 42, 49, 50, 52, 58, 61, 80
ΜΠΑΡΕΚΑ Χ. 42, 49, 50, 52, 61, 80
ΜΠΑΡΛΑΜΠΑΣ Α. 40
ΜΠΑΡΜΠΑΡΟΥΣΗ Β. 8, 20
ΜΠΑΡΟΥΤΣΗ Κ. 47, 63
ΜΠΑΤΑΚΗΣ Ν. 9, 62, 84
ΜΠΑΤΣΙΑΚΟΥ Μ. 52, 55, 63, 64, 65, 66, 77, 80, 81
ΜΠΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ Χ. 47, 52, 55, 63, 64, 65, 66, 81
ΜΠΕΝΑΚΗΣ Σ. 9
ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ Ι. 10
ΜΠΙΖΙΜΗ Β. 10
ΜΠΙΛΑΛΗ Α. 42, 50, 52, 58
ΜΠΙΡΠΑΝΑΓΟΣ Χ. 10
ΜΠΛΑΝΑ Ε. 60
ΜΠΟΚΙΟΥ Κ. 17, 36, 37, 38, 54, 56
ΜΠΟΥΖΑΣ Ν. 51
ΜΠΟΥΡΝΑΖΟΣ Α. 10
ΜΠΟΥΧΡΑ Κ. 63
ΜΠΡΕΣΚΑ Α. 57, 78
ΜΠΡΕΣΤΑΣ Π. 18
ΜΠΡΟΥΝΤΖΟΣ Η. 8, 20, 21
ΜΥΛΩΝΑ Σ. 45, 62, 79
ΝΙΚΑΣ Ι. 11, 67, 74, 75
ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ζ. 47
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Β. 63
ΝΙΚΟΛΑΡΑΚΟΣ Π. 8, 23, 48, 58, 59
ΝΙΚΟΛΕΝΤΖΟΥ Ε. 45, 62, 79, 84
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Α. 8, 23, 48, 58, 59
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Π. 78
ΝΤΑΒΑΤΖΙΚΟΣ Χ. 56, 57, 61
ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗΣ Ε. 53
ΠΑΛΙΑΛΕΞΗΣ Κ. 8, 20
ΠΑΝΤΕΛΕΑΚΟΥ Ε. 18
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ. 18
ΠΑΠΑΔΑΚΗ Ε. 16
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Β. 46
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ι. 16, 33, 44
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Κ. 84
ΠΑΠΑΗΛΙΟΥ Ι. 18
ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. 8, 17, 22, 35, 36, 39, 44
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Γ. 11
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Κ. 79, 83
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Μ. 16, 34
ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ Δ. 11, 15



- ΠΑΠΠΑΣ Α.** 64
ΠΑΡΕΣΗ Α. 66
ΠΑΡΛΑΜΕΝΤΗ Α. 59, 60, 77, 78, 81, 82
ΠΑΣΚΟΒΙΤΗ Ο. 8, 23
ΠΑΣΠΑΤΗ Ι. 69, 71
ΠΑΣΧΑΛΗΣ Σ. 59, 60, 77, 78, 81, 82
ΠΑΤΕΛΑΡΟΥ Μ. 47, 52, 63, 65, 66, 81
ΠΑΤΕΡΑΣ Μ. 47
ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ Σ. 8, 21
ΠΑΦΙΤΗ Μ. 11
ΠΕΝΗΝΤΑ Α. 16, 34, 35
ΠΕΡΔΙΚΑ Α. 60
ΠΕΡΙΚΛΕΟΥΣ Σ. 66
ΠΕΤΕΙΝΕΛΗ Α. 45, 60
ΠΕΤΜΕΖΑΡΗΣ Ι. 12, 13, 26, 27, 28, 29, 30, 31
ΠΕΤΡΑ Μ. 69, 71, 73, 76
ΠΙΚΟΥΛΑΣ Κ. 7, 60
ΠΛΑΓΟΥ Α. 7, 18
ΠΛΑΤΑΝΑΚΗ Χ. 58
ΠΛΑΤΩΝΗ Κ. 85
ΠΛΟΥΣΗ Α. 85
ΠΟΥΛΚΑΡΠΟΥ Ν. 8, 23, 46
ΠΟΥΛΟΣ Ι. 8, 23, 48, 58, 59
ΠΡΙΝΑΡΗΣ Ι. 78, 79
ΡΑΪΣΑΚΗ Μ. 11
ΡΑΠΤΗ Σ. 16, 33, 44
ΡΕΠΠΑΣ Λ. 8, 21
ΡΗΓΑ Ν. 45, 79, 84
ΡΟΠΠΑ-ΛΕΠΙΔΑ Ν. 45, 62
ΡΟΥΣΑΚΗΣ Α. 78
ΡΩΜΑΝΟΣ ΟΔ. 19
ΡΩΜΕΣΗ Μ. 42
ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΔΗΣ Μ. 53
ΣΑΜΑΡΑ Χ. 16, 46
ΣΑΡΑΦΗΣ Φ. 12, 13, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
ΣΑΡΔΕΛΗ Ι. 51
ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Ν. 8, 17, 22, 35, 36, 39, 44
ΣΙΩΖΟΥ Σ. 42
ΣΚΑΡΠΑΣ Β. 13, 32
ΣΚΙΑΔΑ Χ. 45, 62, 84
ΣΚΟΥΝΤΖΟΣ Γ. 51, 55, 64
ΣΚΟΥΠΡΑ Κ. 66
ΣΚΟΥΡΑ Α. 46
ΣΚΟΥΦΑ Ε. 8, 23
ΣΜΑΡΔΑ Μ. 79
ΣΟΥΛΤΑΤΟΣ Α. 17, 37, 38, 54, 56
ΣΟΦΟΠΟΥΛΟΣ Μ. 54, 56
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Σ. 8, 20
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 79
ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ Σ. 49, 65, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 76
ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Π. 84
ΣΤΑΪΚΙΔΟΥ Ι. 12, 59
ΣΤΑΜΟΥΛΗ Ε. 51
ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Μ. 9, 10, 17, 24, 36
ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Α. 59
ΣΤΕΦΑΝΟΥ Δ. 46, 59, 60, 77, 78, 81, 82
ΣΤΟΚΙΔΗΣ Σ. 9, 24
ΣΤΡΑΤΗΓΟΠΟΥΛΟΥ Α. 49, 65, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 76
ΣΤΡΙΓΓΑΡΗΣ Κ. 9
ΣΤΡΟΥΜΠΟΥΛΗ Ε. 64
ΣΥΡΓΙΑΜΙΩΤΗΣ Β. 67, 74
ΣΥΡΓΙΑΝΝΗΣ Κ. 14
ΣΥΡΙΟΥ Β. 50
ΣΦΑΚΙΩΤΑΚΗ Ρ. 67, 71, 72, 73, 75, 76
ΣΦΗΚΑ Σ. 42, 49, 50, 51, 52, 58, 61, 80
ΣΩΚΟΥ Μ. 42
ΣΩΤΗΡΑΚΟΥ Κ. 52, 55, 65, 77
ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ Α. 12, 13, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
ΤΑΒΕΡΝΑΡΑΚΗ ΑΙΚ. 18
ΤΑΒΕΡΝΑΡΑΚΗ Κ. 8, 17, 19, 22, 35, 36, 39, 44
ΤΑΤΑΡΙΔΑΣ Β. 14
ΤΕΛΛΙΔΗ Ε. 79
ΤΖΑΛΟΝΙΚΟΥ Μ. 78
ΤΖΕΦΕΡΑΚΟΣ Α. 59, 60
ΤΖΙΒΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Α. 79
ΤΖΩΡΤΖΗΣ Δ. 7, 60, 82
ΤΟΜΑΗΣ Δ. 46
ΤΟΥΛΑΣ Π. 16
ΤΡΑΪΑΝΟΣ Ν. 16, 34, 35
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Δ. 15
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Μ. 9
ΤΡΙΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Χ. 8, 9, 18, 21, 24, 79
ΤΣΑΓΚΑΤΑΚΗΣ Μ. 18
ΤΣΑΪΔΑ Ο. 53
ΤΣΑΝΗΣ Α. 84
ΤΣΑΠΑΚΗ Β. 8, 9, 11, 21, 24
ΤΣΕΡΩΤΑΣ Π. 46
ΤΣΙΚΚΙΝΗ Α. 10
ΤΣΙΛΙΚΑΣ Κ. 49, 65, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 76
ΤΣΙΡΜΠΑ Π. 47, 52, 55, 65, 80, 81
ΤΣΙΤΟΥΡΙΔΗΣ Ι. 9
ΤΣΟΛΑΚΗ Σ. 59, 60, 77, 78, 81, 82
ΦΑΓΚΡΕΖΟΣ Δ. 9, 24
ΦΑΣΟΥΛΑ Μ. 8, 23
ΦΑΤΣΗ Α. 52, 55, 65, 77, 80, 81
ΦΕΙΔΑ Ε. 53, 54
ΦΙΛΙΠΠΗ Β. 10, 78
ΦΙΛΙΠΠΙΑΔΗΣ Δ. 7, 8, 20, 21
ΦΙΛΙΠΠΟΥΣΗΣ Π. 8, 17, 19, 22, 35, 36, 39, 44
ΦΡΑΓΚΑΚΗ Π. 57, 83
ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΥ Ν. 79
ΦΡΑΓΚΟΠΟΥΛΟΥ Λ. 59, 82
ΦΩΤΗ Λ. 45
ΧΑΒΑΡΗ Χ. 12, 13, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
ΧΑΪΝΗ Δ. 43, 62
ΧΑΪΝΗ Ε. 43, 62
ΧΑΛΑΖΩΝΙΤΗΣ Α. 53, 54
ΧΑΛΚΙΑ Π. 8, 23
ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ Ε. 43, 48
ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΟΥ Α. 19
ΧΑΤΖΗΛΥΡΑ Π. 14
ΧΑΤΖΗΠΑΠΑΣ Κ. 9, 24
ΧΙΩΤΗ Α. 57
ΧΟΝΔΡΟΣ Δ. 16
ΧΟΥΝΤΑΛΑ Α. 67, 71, 72, 73, 75, 76
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗ Ε. 8, 23
ΧΡΥΣΑΝΘΙΔΗΣ Κ. 57, 78, 79, 83
ΨΑΛΤΑΚΟΣ Μ. 15
ΨΑΡΡΑΣ Κ. 17, 37, 38, 56