

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΥΡΕΘΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

Πτυχιακή εργασία

Του Σπουδαστού : Αντώνιου Δημητρόπουλου
του Ιωάννου

Υπεύθυνος Καθηγητής

(Υπογραφή):

Όνοματεπώνυμο

Επιτροπή Εγκρίσεως

Πτυχιακής Εργασίας

Όνοματεπώνυμο



1)

2)

3)

Πτυχιακή Εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ :

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	257a
----------------------	------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία σκοπό έχει να δώσει μιὰ ολοκληρωμένη αντίληψη περί της θυρεοειδεκτομής . Κάθε εργαζόμενος νοσηλευτής για να θεωρείται καταρτισμένος στο επάγγελμά του , πρέπει να κατέχει τα νοσηλευτικά προβλήματα ολοκληρωμένα . . Δηλαδή πρέπει να γνωρίζει σε βάθος το αντικείμενο της δουλειάς του που είναι ο άνθρωπος . Για αυτόν τον λόγο στην παρούσα εργασία δίνεται το ανάλογο βάρος σε θέματα φυσιολογίας , ανατομίας , παθοφυσιολογίας και θεραπείας των ασθενειών του θυρεοειδούς που επιδέχονται θυρεοειδεκτομή . Το ιατρικό μέρος της εργασίας αποτελεί το μέρος Α' , ενώ το μέρος Β' είναι το νοσηλευτικό τούτο . Οι πληροφορίες που ήμουν σε θέση να διαθέσω επί του ιατρικού μέρους ήσαν πολλές σε όγκο και τις συμπύκνωσα αρκετά για να βγεί το παρόν αποτέλεσμα . Όσον αφορά το νοσηλευτικό μέρος , την έλλειψη πλούσιας βιβλιογραφίας αντικατέστησε η εμπειρία 5 μηνών συνολικά πρακτικής εξάσκησης σε χειρουργικές κλινικές και 1½ μήνα σε χειρουργείο , οι μιν 2½ μήνες της πρακτικής σε χειρουργική κλινική και η πρακτική σε χειρουργείο πραγματοποιήθησαν στον ευαγγελισμό που θεωρείται το κέντρο της νοσηλευτικής τεχνικής .

Επί της εργασίας θα αναφερθώ συνοπτικά στην μεθοδολογία και στην σύντομη περίληψη αυτής . Αρχικά αναφέρω μια σύντομη ιστορική αναδρομή επί της θυρεοειδεκτομής , έπειτα αναφέρω την παρουσία των ανατομικών στοιχείων περί και επί του θυρεοειδούς , κατόπιν επί της φυσιολογίας αυτού , Αφού αναφερθώ σύντομα στην ταξινόμηση των ασθενειών αυτού παρουσιάζω την κλινική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις συνολικά που πραγματοποιούνται σ'όλες τις περιπτώσεις . Στην συνέχεια αναλύω τις σπουδαιότερες ασθένειες που επιδέχονται σαν θεραπευτικό μέσο θυρεοειδεκτομή αυτές είναι : α) μορφές υπερθυρεοειδισμού (όπου έδωσα την με-

. III .

γαλύτερη βαρύτητα λόγω του ότι ο υπερθυροειδικός ασθενής κρήζει ιδιαίτερης νοσηλευτικής βοήθειας) β) υποθυροειδισμός γ) νεοπλασμάτα του θυροειδούς αδένος δ) θυροειδίτιδες .

Επειτα αναφέρουμε στην προεγχειρητική αγωγή (φαρμακένυτική) , στα ουσιώδη σημεία της θυροειδεκτομής στην μετεγχειρητική αγωγή και τέλος στις μετεγχειρητικές επιπλοκές .

Στο Β' μέρος της εργασίας παρουσιάζω αρχικά την νοσηλευτική περίθαλψη κατά τις εργαστηριακές εξετάσεις, μετά την προεγχειρητική αγωγή δίνοντας έμφαση στην ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς, έπειτα στην τεχνική χειρουργείου που έχει σχέση αμιγώς με την θυροειδεκτομή και τέλος την μετεγχειρητική αγωγή από νοσηλευτικής πάντα απόψεως καθώς και την νοσηλευτική αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών .

Αναγνώριση

επιθυμώ να ευχαριστήσω τις καθηγήτριές μου της νοσηλευτικής για τις πολύτιμες γνώσεις που μου μετέδωσαν και που με εισήγαγαν ομαλά στην θεάρεστη τέχνη της νοσηλευτικής .

Αφιερώνεται στους αγαπημένους μου φίλους Νικόλαο Γιαννούλη

και Ευάγγελο Παπαδόπουλο

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A ΜΕΡΟΣ (Ιατρικό)

Ιστορική Ανασκόπηση	σελ 1
Τοπογραφική Ανατομία	σελ 3
Φυσιολογία	σελ 9
Ταξινόμηση νοσημάτων του θυροειδούς Αδένα	σελ 13
Κλινική εξέταση - Εργαστηριακές εξετάσεις	σελ 14
Υπερθυροειδισμός	σελ 17
Υποθυροειδισμός	σελ 27
Νεοπλασμάτα του θυροειδούς Αδένος	σελ 30
Θυροειδίτιδα	σελ 35
Προεγχειρητική Αγωγή	σελ 38
Η Ανεσθησιολογία επί θυροειδεκτομής	σελ 41
Θυροειδεκτομή	σελ 43
Μεταεγχειρητική Αγωγή	σελ 46
Μεταεγχειρητικές Επιπλοκές	σελ 48
B ΜΕΡΟΣ (Νοσηλευτικό)	
Νοσηλευτική επί των εργασιών	σελ 51
Προεγχειρητική Αγωγή	σελ 52
Θυροειδεκτομή	σελ 57
Μεταεγχειρητική Αγωγή	σελ 59
Μεταεγχειρητικές Επιπλοκές	σελ 62

ΜΕΡΟΣ Α (Ιατρικό)

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ο Αέτιος Αμιδηνός παρέχει ορισμό της βρογχοκήλης " Ο περί τον βρόγχον γινόμενος όγκος βρογχοκήλη ωνόμασται " . Ο Γαληνός θεωρεί τις διογκώσεις του προσθίου τμήματος του τραχήλου κήλες του βρογχικού δένδρου εξ' ου και ο δημιουργηθείς υπ' αυτού όρρος "βρογχοκήλη " . Ο Αέτιος Αμιδηνός διακρίνει τις βρογχοκήλες σε μελιτώδεις, αφερώδεις, στεατώδεις, τοπικά ανευρίσματα, υπερμεγέθεις, σκηρώδεις και καρκινώδεις . Κατά τον ίδιο " Χειρουργία επ' αυτών παραλαμβάνεται ή τω παρόντι όγκω κατάλληλος * λέγω δε είται μελικηρώδης εστίν , είται στεάτωμα ή αφέρωμα " . Ο Παύλος Αιγυνητής είναι επιφυλακτικός ως προς την ενγχείρησιν του θυρεοειδούς , κυρίως επί ευρισστωδών βρογχοκηλών , διά τον κίνδυνον τρώσεως των αρτηριών " Τασμεν ουν ευρισματαώδεις σημειωσώμεθα ούτω και τα ανευρίσματα και απαγορεύωμεν παραπλησίως μεν σπαντων ανευρισμάτων επικίνδυνον εχόντων την ενγχείρησιν . Εξόχως δε τον περί τράχηλον οδία το των αρτηριών μέγεθος " . Γενικά κατά τις ενγχειρήσεις του θυρεοειδούς λαμβάνεται πρόνεια προς πλήρη αφάρεσιν του θυρεοειδικού όγκου ώστε να μην επανέμφανιστεί . Η πρώτη ανατομική περιγραφή του θυρεοειδούς αδένος έγινε το 1601 από τον καθηγητή της Παδούης GIULIO CASERIO , η στενή ανατομική σχέση του με τον λάρυγγα συνετέλεσε ώστε να θεωρείται ότι προσπίπτει τον λάρυγγα και διακοσμεί τον τράχηλο των κοσμηκών κυριών . Πιθανώς και λόγω του σχήματος του αδένος , ομοίως θυρεοειδούς , εδόθη αργότερα η ονομασία θυρεοειδής . Η πραγματική λειτουργεία και ανατομία του θυρεοειδούς αναγνωρίστηκε τον 19 αιώνα . Η ανάπτυξη της θυρεοειδεκτομής ως μιάς αποτελεσματικής ενγχειρήσεως για την θεραπείαν θυρεοειδοκαθειών αποτελεί ένα από τα πιο ενδιαφέροντα κεφάλαια στην ιστορία της χειρουργικής . Ο χειρουργός

ΓΑΟΣ περιγράφει την κατάσταση του περασμένου αιώνα: " Δεν μπο-
 ρεί κάποιος να εκτάμει τον θυρεοειδή άνευ του κινδύνου θανάτου
 από αιμοραγία . Αναλογιζόμενος ο χειρουργός τους κινδύνους τους
 οποίους τον περιβάλλονθα κάσσει να επιχειρείετομή του θυρεο-
 ειδούς αδένα " . Προς το τέλος του 19 αιώνα η θυρεοειδεκτομή
 κατέστη παραδεκτή μέθοδος θεραπείας και τούτο ωφείλετ στον
 ΒΙΛΟΤΗ και στον ΚΟCΗΕR , ο πρώτος εργάστηκε στην Βιέννη και ο
 δεύτερος στην Βέρνη , οι οποίοι εγκαίρως υιοθέτησαν τις θεμελι-
 ώδεις περί ασήφιας αντιλήψεις του LISTER . Η πλέωνσημαντική
 πρόοδος στην ενγχειρτική τεχνική υπήρξε η εισαγωγή των αιμοστά-
 τικών λαβίδωνγια την πρόληψη και τον έλεγχυ της αιμοραγίας .
 Ο ΜΙΚΟΥΙΤΖ εισήγαγε την υφολική θυρεοειδεκτομή την οποία εκτέ-
 λεσε συμπτωματικά επί βρογχοηλοπαθούς νέας . Ο ΗΑΛΣΤΕD άρχισε
 να εφαρμόζει την θυρεοειδεκτομή για την θεραπεία της νόσου
 του GRAVES . Κατά την ίδια περίπου χρονολογία (1890) οι αδελ-
 φοί ΜΑΥD άρχισαν να εκτελούν θυρεοειδεκτομές επί περιπτώσεων
 τοξικής βρογχοκήλης . Άλλοι προτεργάτες στην χειρουργική του
 θυρεοειδούς ήσαν οι ΘΡΙΠΕ και LANEY στην Αμερική και οι JOLL
 και DANHILL στην Μ.Βρετανία . Ο τελευταίος διακρίστωσε πόσο λί-
 γο παρέγχυμα θυρεοειδούς είναι απαραίτητο κατά την θυρεοειδεκτο-
 μη επί τοξικής βρογχοκήλης ώστε να επιτευχθεί οριστική ίαση .
 Η εισαγωγή του ανόργάνου ιωδίου από τον PLUMMER (1923) ως
 επικουρικού θεραπευτικού μέσου , συνετέλεσε τα μέγιστα στην
 μείωση της θνησιμότητας συνεπεία θυρεοτοξικής κρίσης , κυρίας
 αιτίας θανάτου των υπερθυρεοειδικών ασθενών .

ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Α) ΤΡΑΧΗΛΟΣ

Πρόσθια επιφάνεια αυτού : Αφορίζεται εκατέρωθεν από το πρόσθιο χείλος του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός και προς τα άνω από του κάτω χείλους της κάτω γνάθου . Διαχωρίζουμε τις εξείς περιοχές από τα άνω προς τα κάτω : την υπογένειαν (κάτω γνάθος έως υοειδές οστούν) , την υοειδή (αντίστοιχα προς το υοειδές οστούν) , την υφυοειδή (υοειδές οστόν , λάρυγγας) , την λαρυγγική (αντίστοιχα του λάρυγγα) , την τραχειακή ή θυρεοειδή (λάρυγγας - σφαγή) , και την σφαγή (αντίστοιχα της σφαγής του στέρνου) .

Πρόσθιοι μύες τραχήλου: μυώδες πλάτυσμα (εκ του κάτω χείλους της κάτω γνάθου έως της άνω μούρας του θώρακικού τοιχώματος) του οποίου οι μυϊκές ίνες φερόμενες από πάνω προς τα κάτω αποκλίνουν κατά την μέση γραμμή και αφήνουν ακάλυπτη την πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου . Άλλοι μύες του προσθίου τραχήλου είναι ο στερνομαστοειδής (από του στέρνου μέχρι την μαστοειδή απόφυση) , ο στερνουοειδής (κάτω χείλος υοειδούς οστού μέχρι την λαβή του στέρνου) και ο στερνοθυρεοειδής (θυρεοειδής χόνδρος λάρυγγος ως λαβή του στέρνου) συνέχεια δε της καταφύσεώς του στερνοθυρεοειδούς παριστά η έκφυση του θυρεοειδούς μυός , ο οποίος φερόμενος προς τα άνω καταφύεται στο υοειδές οστό .

ΘΙ περιτονίες του τραχήλου είναι : η επικολής τραχειακή περιτονία (υπό το υοειδές πλάτυσμα , καλύπτει τον στερνοκλειδομαστοειδή ελυτροειδώς) , η μέση τραχειακή περιτονία (υπό το υοειδές οστό καλύπτει τους ελυτροειδώς του κάτωθεν του οστού τούτου μύες) , και η εν τω βάθει τραχηλική περιτονία (από της βάσεως του κρανίου μέχρι του τρίτου θωράκικου σπονδύλου , καλύπτει τους προσπονδυλικούς μύες)

Αιμοφόρα αγγεία τραχήλου : η κοινή καρωτίδα η οποία εκφύεται δεξιά εκ της ανωνύμου αρτηρίας και αριστερά εκ του αορτικού τόξου διχάζεται στις έξω και έσω καρωτίδα . Η έξω χορηγεί τους εξείς κλάδους : την άνω θυρεοειδή η οποία εκφύεται εγγύς του διχασμού της κοινής καρωτίδος και πορεύεται προς τα κάτω και έσω στον άνω πόλο του θυρεοειδούς αδένος , κατά την πορείας της χορηγεί την άνω λαρυγγική και την κρικοθυρεοειδή αρτηρία , άλλες διακλαδώσεις της έξω καρωτίδας είναι κατά σειρά η γλωσσική , η προσωπική , η ινιακή , η οπίσθια ωτιαία και η ανιούσα φαρυγγική . Η υποκλειδίος αρτηρία δεξιά μέν εκφύεται εκ της ανωνύμου αρτηρίας , αριστερά εκ του αορτικού τόξου , πορεύεται προς τα άνω άνω εις την μασχαλιαία αρτηρία , εκ της υποκλειδίου εκφύονται κατά σειρά οι εξείς κλάδοι : η σπονδυλική , η έσω μαστική , το θυρεοαυχενικό στέλεχος το οποίο διαιρείται σε τέσσερεις κλάδους την κάτω θυρεοειδή η οποία εισέρχεται στον σύστοιχο λοβό του θυρεοειδούς και κατά την διαδρομή της χορηγεί την κάτω λαρυγγική αρτηρία , την ανιούσα αυχενική και την εγκάρσια της ομοπλάτης . Άλλοι κλάδοι της υποκλειδίου κατά σειρά έκφυσης είναι το πλευραυχενικό στέλεχος και η εγκάρσια τραχηλική . Οσον αφορά τις φλέβες διακρίνουμε τις έξω σφαγίτιδα (εκτείνεται από της γωνίας της κάτω γνάθου μέχρι την κλείδα , πορευομένη επί του στερνοκλειδομαστοειδούς) , η πρόσθια σφαγίτιδα (απλή ή διπλή βρίσκεται επικολαίως του μυώδους πλατύσματος και εκτείνεται από της υπογενείου χώρας μέχρι υπέρθεν της σφαγής πορευομένη κατά μήκος του έσω χείλους του στερνοϋδειδούς μυός) , η έσω σφαγίτιδα (εκφύεται εκ του σφαγιτιδικού βολβού και συμπορεύεται της έσω καρωτίδας του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός όπισθεν της στερνικής εκφύσεως του οποίου ενώνεται με την υπο-

καὶ ἴδια φλέβα σχηματίζουσα τὴν φλεβώδη γωνία. ἡ ἔνωση τῶν δύο φλεβῶν συνεχίζεται ὡς ἀνώνυμος φλέβα, ἡ ἔσω φλέβα δέχεται τις θυροειδεῖς φλέβες. ἄλλη φλέβα τοῦ τραχήλου εἶναι ἡ υποκλείδιος φλέβα.

Τὰ λεμφογάγγλια τοῦ τραχήλου χωρίζονται στὶς ἐξεῖς ομάδες: υπογνάθια, υπογενεῖδια, υψοειδή; λαρυγγικά τραχειακά, υποστερννίδια πλάγια τραχηλικά (δέχονται λεμφαγγεῖα τοῦ θυροειδοῦς), ἐν τῷ βῆθει τραχηλικά (δέχονται λεμφαγγεῖα τοῦ θυροειδοῦς).

Τὰ λεμφαγγεῖα τοῦ τραχήλου ἀφοῦ ἐνωθοῦν σχηματίζουν τὸ σφαγιτιδικὸ λεμφαγγεῖο τὸ ὅποιο ἀριστερὰ ἐκβάλλει στὸν μείζονα θωρακικὸ πόρο ἢ ἀπ'εὐθείας στὴν ἀριστερὴ φλεβώδη γωνία δεξιὰ δὲ στὸν ἐλάσσονα θωρακικὸ πόρο ἢ συνιθέστερα στὴν δεξιὰ φλεβώδη γωνία.

Ὅσον δὲ ἀφορᾷ τὸ νευρικό σύστημα τοῦ τραχήλου διακρίνουμε νευρωνωτιαία, ἐγκεφαλικά καὶ προερχόμενά ἐκ τῆς ἐγκεφαλικῆς μοίρας τοῦ συμπαθητικοῦ συστήματος 1) νωτιαία νεύρα διακρίνονται ἐν αἰσθητικὰ καὶ κινητικὰ στελέχη ἔχοντα χειρουργικὴ σημασία.

Οἱ αἰσθητικοὶ κλάδοι εἶναι τὸ ἐλάσσον ἰνιακὸ, τὸ μείζον ὠτιαῖο, τὸ υποδερμάτιο τραχηλικὸ καὶ τὰ υπερκλείδια. Ὅλοι οἱ αἰσθητικοὶ κλάδοι ἀναδύονται ἐκ τοῦ προσθίου χεῖλους τοῦ στερνοκλειδομαστοειδοῦς μυός.

Περισσότεροσξιόλογα ἀπὸ τοὺς κινητικούς κλάδους εἶναι τὸ φρενικό νευρὸ καὶ ὁ αυχενικός κλάδος τῆς ἀγγύλης τοῦ υπογλώσιου ἐκ τοῦ αυχενικοῦ πλέγματος 2) Ἐγκεφαλικά νεύρα:

τὰ ὁποῖα χορηγοῦσιν κλάδους στὸν τράχηλο εἶναι: τὸ γλωσσοφαρυγγικὸ, τὸ ὑπογλώσιο, τὸ παράπληρωματικὸ καὶ τὸ πνευμονογαστρικόν. Τὸ πνευμονογαστρικὸ κορεύεται πρὸς τὰ κάτω μεταξύ ἔσω σφαγιτιδῆος καὶ κοινῆς καρτιδῆος μέχρι τοῦ ἄνω στομίου τοῦ θώρακα καὶ εἰσδύει στὴν σπλέηνα ἐντὸς αὐτοῦ.

Ἀπὸ τοὺς κλάδους ποὺ δίνει μᾶς ἐνδιαφέρει τὸ ἄνω καὶ τὸ κάτω λαρυγγικὸ νεύρον. Τὸ ἄνω λαρυγγικὸ νεύρον ἐκφύεται ἐκ τοῦ ὕψους τοῦ υσοειδοῦς οστέου καὶ διαίρεται

διαίρεται σε δύο κλάδους τον έσω και τον έξω , ο έσω νευρεί τον βλενογόνο του λάρυγγα ο έξω κατέρχεται επί της έξω επιφάνει-
 ας του θυρεοειδούς χόνδρου του λάρυγγα υπό την κατάφυση του
 στερνοθυρεοειδούς , νευρεί τον κρικοθυρεοειδή μυ χορηγεί κλωνία
 στον βλενογόνο του λάρυγγα και άλλα στον θυρεοειδή, θεωρούνται
 παρασυμπαθητικές ίνες λειτουργικά. Το κάτω λάρυγγικό νεύρο εκ-
 φύεται : δεξιό προς το κάτω χείλος της υποκλείδιας αρτηρίας αρι-
 στερά προς το κάτω χείλος του αορτικού τόξου και παλινδρομεί
 προς τα άνω και έξω . Πορεύεται παράλληλα με την τραχειοοισοφα-
 γική αύλακα πίσω απ' τον θυρεοειδή και εισέρχεται στον κρικοειδή
 χόνδρο του λάρυγγα αμέσως πίσω απ' το κάτω κέρατο του θυρεοειδούς
 χόνδρου . Τόσο το αριστερό όσο και το δεξιό είναι δυνατόν να
 πορεύονται προς τον λάρυγγα σαν ενιαίο στέλεχος και κατά την
 είσοδό του να διαίρεται σε 4-6 κλάδους ή να διαίρεται εξωλάρυ-
 γγικώς . Συνδιασμοί διαιρέσεως αυτού μελετήθηκαν από τον RUSTAD /

3) Αύχενική μοίρα του συμπαθητικού το λεπτό νευρικό της στέλε-
 χος διατρέχει επί των οπίσθιων τραχηλικών μυών .

B) ΘΥΡΕΟΒΙΑΝΗ ΑΔΕΝΑΣ

Έχει σχήμα θυρεού βρίσκεται αμέσως κάτω και μπροστά απ' τον λάρυ-
 γγα μπροστά δε από την αρχή της τραχείας , το βάρος του κυμαί-
 νεται στα 25-30 γραμμάρια , στις γυναίκες είναι μεγαλύτερος
 κατά την κύηση και κατά την εμμηόρρυση . Αποτελείται από δύο
 λοβούς τον δεξιό και τον αριστερό που τους ενώνει ο ισθμός πλά-
 τος 5-15 χιλιοστών από τον ισθμό ξεκινά προς τα άνω ο πυραμο-
 ειδής ο οποίος έχει σχήμα κυλίνδρου , βρίσκεται αριστερά της
 μέσης γραμμής και εκτείνεται μέχρι το υοειδές οστό . Κάθε λοβός
 έχει σχήμα τριπλεύρου πυραμίδας της οποίας η κορυφή εφάπτεται
 με τον ισθμό , η βάση που αποτελεί την οπίσθια επιφάνεια και

εφάπτεται με τα μεγάλα αγγεία και νεύρα του τραχήλου . Από τις άλλες δύο επιφάνειες ήσσω πουείναι υπόκληη εφάπτεται στον λάρυγγα και την τραχεία , η έξω που είναι υπόκυρτη καλύπτεται από τους πρόσθιους μύες του τραχήλου , σε κάθε λοβό διακρίνουμε τον κάτω και τον άνω πόλο . Ο θυρεοειδής συνάπτεται με τον λάρυγγα και την τραχεία με τρεις συνδέσμους από τους οποίους ο μέσος του είναι χαλαρός συνδέει την τραχεία με τον ισθμό , οι άλλοι δύο δεξιά και αριστερά αυτού είναι δυνατώτεροι και συνδέουν τους αντίστοιχους λοβούς με τον κρικοειδή χόνδρο , αποτελούν δε τον κρεμαστήρα σύνδεσμο . Ο θυρεοειδής αδένας περιβάλλεται από κάψα από ινώδη ιστό η οποία εισβάλλει ακανόνιστα στην μάζα του και τον διαχωρίζει σε 20-40 θυλάκια ανά λοβό τα οποία αρδεύονται από τελικό αρτηριακό κλάδο . Κάθε θυλάκιο αποτελείται από βασική μεμβράνη και από έναν στοιίχο κυβοειδή κύτταραδιατεταγμένα ομοίως σφαιρας , περιέχει δε ομοιογενή μάζα θυρεοσφαιρίνης . Το θυλάκιο με το περιεχόμενό του αποτελεί την εκριτική μονάδα του θυρεοειδούς , άλλα εκριτικά κύτταρα εντός της μάζης του αδένος είναι τα παραθυλακιώδη κύτταρα που εφάπτονται της βασικής μεμβράνης και παράγουν καλσιτονίνη . Εκτός της προαναφερθείσης κάψας ο θυρεοειδής περιβάλλεται και από άλλη κάψα που καλείται χειρουργική και είναι μέρος της μάζης τραχηλικής περιτονίας . Μεταξύ των δύο καψών στο " θυρεοειδές " όπως λέγεται διάστημα διέρχονται τα αγγεία του θυρεοειδούς .

Πλούσια είναι η αγγείωση του θυρεοειδή αφού 50κ.εκ. αρτηριακού αίματος διέρχονται το λεπτό από την μάζα του . Αρτηρίες είναι η άνω και η κάτω . Η άνω ξεκινά από το μείζον κέρατο του υοειδούς οστού και αφού τρυπήσει την χειρουργική κάψα φτάνει στον αντίστοιχο άνω πόλο όπου διαιρείται σε τρεις κλάδους : τον πρόσθιο (που πορεύεται κατά μήκος του έσω χείλους του άνω λοβού και

αναστομώνεται με την ομόνυμη ετερόπλευρη αρτηρία) , τον οπίσθιο (που ειφυέται εκ του πρόσθιου κλάδου και αιματώνει την οπίσθια επιφάνεια του αντίστοιχου λοβού) και τον πλάγιο (που εξαπλώνεται στην έξω επιφάνεια του λοβού) . Η κάτω θυρεοειδής αρτηρία αναδύεται από την κοινή καρωτίδα στο ύψος του κάτω τριτιμόριου του θυρεοειδούς και διαιρείται σε δύο κλάδους τον άνω και τον κάτω που αιματώνουν το κάτω έμισο της πίσω επιφάνειας του θυρεοειδούς . Φλέβες : είναι η κάτω θυρεοειδής η οποία παρακολουθεί την ομόνυμη αρτηρία και εκβάλλει στην έσω σφαγίτιδα ή στην κοινή προσωπική φλέβα ή στην γλωσσική . Η μέση θυρεοειδής φλέβα που εκβάλλει κατ'ευθείαν στην έσω σφαγίτιδα . Οι κάτω θυρεοειδείς φλέβες που πορεύονται επί της πρόσθιας επιφάνειας της τραχείας και εκβάλλουν στην ανώνυμη φλέβα ,

Τα λεμφαγγεία του θυρεοειδούς ή εκβάλλουν στα γειτονικά λεμφογάγγλια ή ακολουθούν τις θυρεοειδείς φλέβες και εκβάλλει στα πλάγια και στα εν τω βάθει τραχηλικά λεμφογάγγλια .

Νεύρα : ο θυρεοειδής αδένας υποδέχεται συμπαθητικές ίνες διά των θυρεοειδών αρτηριών και παρασυμπαθητικές εκ του άνω λαιμικού νεύρου .

Οι παραθυρεοειδείς αδένες είναι συνήθως τέσσερεις , διακρίνονται στον άνω και κάτω εκατέρωθεν , ο μεν άνω βρίσκεται όπισθεν του αντίστοιχου λοβού και έξω αυτού και στο άνω τριτιμόριο , ο δε κάτω εγγύς της εισόδου της κάτω θυρεοειδούς αρτηρίας στον λοβό . Οι παραθυρεοειδείς αδένες αρδεύονται από κλάδους της άνω και της κάτω θυρεοειδούς αρτηρίας .

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το λιγότερο δραστικό αλογόνο, το ιώδιο είναι το απαραίτητο στοιχείο για την λειτουργία του θυρεοειδούς, απορροφάται ταχέως από τον πεπτικό σωλήνα και κυκλοφορεί στο πλάσμα, η δε πυκνότητά του κυμαίνεται από 0,8 ως 0,6 MG/100 ML και συμβολίζεται ως κυκλοφορών στο πλάσμα PII. Η συγκέντρωση του PII στα κύτταρα των θυλακίων του θυρεοειδούς γίνεται ενεργητικά με κατανάλωση ενέργειας. Εν συνεχεία το ιώδιο οξειδώνεται με την δράση της υπεροξειδάσης η οποία πιθανώς δρα και ως ιωδινάση. Έπειτα ενώνεται με τις τυροσίνες και σχηματίζονται η μονοιωδοτυροσίνη ή MIT και η διιωδοτυροσίνη ή DIT, και οι δύο αυτές ενώσεις βρίσκονται ενωμένες διά πεπτιδικού δεσμού με το μόριο της θυρεοσφαιρίνης η οποία είναι η σπουδαιότερη πρωτεΐνη του θυρεοειδούς έχει μοριακό βάρος 650000 και αποτελεί την κύρια ουσία της μάζας του θυρεοειδούς αδένος, παίζει σημαντικό ρόλο στην αποθήκευση των θυρεοειδικών ορμονών.

Η ένωση δύο μορίων DIT συνεπάγεται την σύνθεση ενός μορίου θυροξίνης ή τετραιωδοθυρονίνης ή T_4 ή $HO(I_2)O(I_2)CH_2CH(NH_2)COOH$ όπως δίδεται ο χημικός της τύπος από τον Γ. Ηλιόπουλο (1983).

Η ένωση ενός μορίου DIT και ενός μορίου MIT συνεπάγεται την σύνθεση ενός μορίου τριιωδοθυρονίνης ή T_3 . Η σχέση παραγωγής T_4 ως προς T_3 είναι 3 προς 1. Και οι δύο αυτές ορμόνες είναι συνδεδεμένες με μόριο θυρεοσφαιρίνης καθώς επίσης και οι MIT και DIT διά πεπτιδικών δεσμών. Με την επίδραση ειδικού προτεολυτικού ενζυματικού συστήματος η T_3 και η T_4 ελευθερώνονται από την θυρεοσφαιρίνη η οποία εν συνεχεία πρωτεολύεται, και εισέρχονται στην κυκλοφορία όπου συνδέονται με πρωτεΐνες του πλάσματος α) με μία σφαιρίνη την TBG η οποία είναι η σπουδαιότερη πρωτεΐνη του αίματος που συνδέεται με τις ιωδοθυρονίνες δεσμεύ-

ει δε το 75% της T_4 β) η λευκοματίνη που συνδέει το 20% της T_4 γ) η προλευκωματίνη που συνδέει το 5% της T_4 . Η T_3 συνδέεται μετά της TBG και της λευκωματίνης αλλά χαλαρώτερα και εις τούτο ωφείλεται η ταχύερη δράση αυτής. Ένα μέρος των ιωδοθυρονινών στο αίμα κυκλοφορεί αδέσμευτο. Η αναλογία της ελεύθερης τριιωδοθυρονίνης είναι δεκάκις μεγαλύτερα εκείνης της ελευθέρως θυροξίνης, μόνο οι ελεύθερες ορμόνες είναι μεταβολικώς ενεργές αντιθέτως οι συνδεδεμένες αποτελούν την ανενεργή μεταβολικώς δεξαμενή. Το ημερησίως μεταβολιζόμενο ποσοστό θυροξίνης αναβιβάζεται σε 10% ή 11% της συνολικής, εκ της άνω ποσότητας της μεταβολιζομένης θυροξίνης το 80-90% αποιωδιούται και το ελευθερωμένο ιώδιο επανέρχεται στον θυρεοειδή ή αποβάλλεται δια των νεφρών το υπόλοιπο 10-20% αποβάλλονται δια των κοπράνων. Περικείμενου περί της τριιωδοθυρονίνης το ημερησίως μεταβολιζόμενο ποσό ανέρχεται σε 56% εξ' αυτού το 84% αποιωδιούται και το 16% αποβάλλεται δια των κοπράνων. Η περαιτέρω τύχη των ιωδοθυρονινών είναι η εξής: περίπου τα 80% αποιωδιούνται στους περιφερικούς ιστούς αυτή η αποιωδίωση συνοδεύεται με διάσπαση του δακτυλίου της αλλανίνης σε πυροσταφυλικά, γαλακτικά και οξεία παράγωγα, το απελευθερωμένο ιώδιο είται επιστρέφει στον θυρεοειδή είται αποβάλλεται με τα ούρα. Το υπόλοιπο 20% συνδέεται στο ήπαρ προς σχηματισμό θειικών εστέρων που αποβάλλονται με την χολή, μέρος του αποβαλομένου ιωδίου επαναροφάται. Ο Αθ. Παρράς (1979) υποστηρίζει ότι μικρό μέρος ελευθέρων ιωδοθυρονινών αποβάλλονται από τα νεφρά. πρόσφατα διεπιστώθηκαν ορισμένα ενδιάμεσα στάδια μεταβολισμού της θυροξίνης στην περιφέρεια προς τριιωδοθυρονίνη, θεωρουμένης έτσι της T_4 ως προορμόνης. Ο μεταβολισμός των ορμονών συμβαίνει από κοινού με την δράση τους η οποία είναι κλινικώς έκδηλη μεν αλλά ο ακριβής μηχανισμός ενέ-

ργειές τους είναι άγνωστος . Οι ορμόνες εισέρχονται στα κύτταρα, συνδέονται με ειδικές πρωτεΐνες του πρωτοπλάσματος και μεταφέρονται στον πυρήνα όπου συνδέονται με άλλες ειδικές πρωτεΐνες σύμφωνα με έρευνα των Ν. Παργαρίτη, Ν. Ματωώκη και Θ. Βαλιάνου (1982), το είδος και ο αριθμός κατ'είδος αυτών ποικίλουν ανάλογα του είδους του ιστού και της ηλικίας του ατόμου (μικρή ηλικία σημαίνει και περισσότερες πρωτεΐνες-υποδοχείς του πυρήνα σχετικά με μεγαλύτερες ηλικίες) . Η δράση των θυρεοειδικών ορμονών πραγματοποιείται πιθανώς μέσω της κυκλικής μονοφοσφορικής αδενοσίνης και συνίσταται στην συνθεση πρωτεϊνών, στην διέγερση προς κατανάλωση οξυγόνου και στην παραγωγή θερμότητας, επίσης στην αύξηση του σώματος, την ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος όπου ο ρόλος τους είναι πολύ σημαντικός αρκεί να αναφερθεί ότι η έλλειψη θυρεοειδικών ορμονών κατά την κρίσιμη περίοδο της ανάπτυξης του εγκεφάλου οδηγεί στο σύνδρομο του κρετινισμού . επιπλέον επιδρούν στην ανάπτυξη του σκελετού, στην αύξηση της απέκκρισης ασβεστίου και φωσφόρου ; στον καταβολισμό των πρωτεϊνών, των λιπιδίων και των υδατανθράκων καθώς και κατά Β. Κοντολέων-Βακαλοπούλου., -Μ. Αποστολάκη και Σ. Μιουντζιούκη 1982 στην επούλωση των τραυμάτων . Η αλλη ορμόνη που παρασκευάζει ο θυρεοειδής είναι η καλσιτονίνη, αποτελείται από 32 αμινοξέα και δρά αντίθετα από την παραθορμόνη . η κύρια δράση της είναι επί του επιπέδου του ασβεστίου του αίματος το οποίο επίπεδο ελατώνει, η δε έκκρισή της διεγείρεται από την αύξηση του ασβεστίου στο πλάσμα .

Οι παράγοντες που επιδρούν στην λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος είναι οι εξής : 1) ο άξονας υποθάλαμος-υπόφυση-θυρεοειδής . κατ'αυτόν ο υποθάλαμος παράγει την ορμόνη TRH η οποία μεταβιβάζεται δια των πυλαίων φλεβών του μίσχου στην υπόφυση όπου με την

επιδρασή της παρασκευάζεται η ορμόνη TSH , η τελευταία δρά επί του θυρεοειδούς και προκαλεί την παραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών οι οποίες δεν έχει ξεκαθαριστεί αν δρούν επί της υπόφυσης ή επί του υποθαλάμου διαταραχή ενός εκ των άνω στοιχείων έχει ως αποτέλεσμα την διαταραχή του όλου κυκλώματος . 2) η θυρεοειδική αυτορύθμιση πρόκειται για μηχανισμό που κρατά σταθερή σχετικά την ορμονοσύνθεση και αφορά την αντίδραση του θυρεοειδή σχετικά με την πρόσληψη ιωδίου . 3) τα οιστρογόνα αυξάνουν την συνδετική ικανότητα της TBG ενώ τα ανδρογόνα κάνουν το αντίθετο . 4) όταν ληφθούν κορτικοστεροειδή σε φαρμακολογικές δόσεις ελατώνουν τον ρυθμό πρόσληψης ιωδίου υπο του θυρεοειδούς 5) σύμφωνα με έρευνες των Γ. Νικητοπούλου-Μαράτου και Η. Ευλίνης (1980) , αποδείχτηκε ότι στο φώς αυξάνεται η ποσότητα θυρεοειδικών ορμονών ενώ στο σκοτάδι μειώνεται .

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΟΣ

Κάθε διόγκωση του θυρεοειδούς οιασδήποτε αιτιολογίας καλείται βρογχοκήλη . Οι βρογχοκήλες διακρίνονται από μορφολογικής απόψεως σε διάχυτες και οζώδεις και από δε λειτουργικής σε τοξικές και μη τοξικές . Στις διάχυτες ο θυρεοειδής προεξέχει ομοιόμορφα ενώ στις οζώδεις με την μορφή ενός ή περισσότερων όζων . Στις τοξικές βρογχοκήλες που μπορεί να είναι διάχυτοι ή οζώδεις προέχουν τα σημεία υπερλειτουργείας του θυρεοειδούς ή αλλιώς καλούμενου υπερθυρεοειδισμού στις μη τοξικές βρογχοκήλες διάχυτες ή οζώδεις ο ασθενής είναι ευθυρεοειδικός . Διαφορετική οντότητα αποτελεί το κάρκινωμα του θυρεοειδούς όπου συνήθως ο ασθενής είναι ευθυρεοειδικός και η θυρεοειδίτιδα . Η εικρατούσα ταξινόμηση των νοσημάτων του θυρεοειδούς βασίζεται στην λειτουργεία αυτού παρ'όλα αυτά η λειτουργική συμπεριφορά του θυρεοειδούς δύναται να μεταβληθεί σημαντικά στον ίδιο ασθενή κατά την πορεία της ίδιας νόσου . Σε τρεις κύριες ομάδες εικρατεί να χωρίζονται σήμερα οι θυρεοειδοπάθειες 1) οι χαρακτηριζόμενες από υπερθυρεοειδισμό 2) οι χαρακτηριζόμενες από ευθυρεοειδισμό , εδώ ανοίκουν οι μη τοξικές βρογχοκήλες , τα νεοπλάσματα του θυρεοειδούς και οι θυρεοειδοπάθειες 3) οι χαρακτηριζόμενες από υπερθυρεοειδισμό .

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ - ΒΕΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ιστορικό ασθενούς

Λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με τον χρόνο εμφάνισης των ενόχλημάτων ή της διογκώσεως του τραχήλου , την ύπαρξη ή μη άλγους , την δυσκολία στην αναπνοή , την φώνηση και την κατάποση επίσης την δυσανεξία στις μικρές ή μεγάλες τιμές θερμοκρασίας , επιδρώσεις , απώλεια βάρους , μυϊκή αδυναμία , ψυχικές διαταραχές διαταραχές του καρδιακού ρυθμού και της εμμένου ρήσεως . Χρήσιμες πληροφορίες λαμβάνουμε και από το οικογενειακό και το ατομικό ιστορικό του ασθενούς . Εκ του ατομικού περί της κατάγωγής του ασθενούς από ενδημικές ή μη περιοχές , περί της χρήσεως φαρμάκων που επιρεάζουν τον θυρεοειδή κ.λ.π.

Εκ του οικογενειακού αναμνηστικού λαμβάνουμε πληροφορίες για τις θυρεοειδοπάθειες οικογενούς χαρακτήρα .

Κλινική εξέταση

Τα αποτελέσματά της δύνανται να εκφραστούν αριθμητικώς δια του λεγόμενου "κλινικού διαγνωστικού δείκτη " των BROCKS , MURRAY και WAYNE (1959) , όσον αφορά τον υπερθυρεοειδισμό . Παρόμοιος δείκτης για τον υποθυρεοειδισμό (MURRAY , 1964) είναι λιγότερο επιτυχής . Α) Γενική αντικειμενική εξέταση ερευνά τα σημεία λειτουργείας του θυρεοειδούς , την κατάσταση θρέψεως και την κατάσταση του κυκλοφορικού συστήματος . Ο λεπτός τρόμος των δακτύλων είναι χαρακτηριστικός επί υπερθυρεοειδισμού , επί της ίδιας ανωμαλίας το δέρμα είναι έψυγρο κυρίως στις παλάμες των χεριών . Η χαμηλόφωνη βραχνή φωνή και η βραδεία ομιλία εμβάλλουν στην υποψία υποθυρεοειδισμού . Η ανάταση του άνω βλεφάρου είναι σημείο της νόσου του GRAVES . Επί υποθυρεοειδισμού εμφανίζεται οίδημα του άνω βλεφάρου καθώς και του άνω χείλους του στόματος

Η τοπική εξέταση του θυρεοειδούς είναι πολύ σημαντική . Η απλή επισκόπηση του τραχήλου αποκαλύπτει την ύπαρξη βρογχοκήλης . Το μέγεθος, η θέση, η συμμετρία του αδένος και η παρουσία όζων επί αυτού είναι δυνατόν να γίνουν αντιληπτά . Η ύπαρξη φλεβεκτασίας η παρεκτόπιση της τραχείας , πληρότητα της σφαγής του στέρνου είναι αποκαλυπτικά της βρογχοκήλης . Ο θυρεοειδής παρακολουθεί τις κινήσεις της τραχείας πράγμα το οποίο δεν συμβαίνει επί άλλων τραχηλικών διογκώσεων , εκτός αν πρόκειται περί χρόνιας διηθητικής θυρεοειδίτιδος . Επί τοξικής βρογχοκήλης ο αδένος συνήθως είναι συμπαγής . Επί μη τοξικής διάχυτης βρογχοκήλης ο αδένος συχνά είναι μαλακός ενώ επί χρόνιας θυρεοειδίτιδος είναι σκληρός . Επί καρκίνου του θυρεοειδούς αναζητώνται διά φηλάφησης οι τραχηλικοί λεμφαδένες . Ο θυρεοειδής είναι επώδυνος κατά την ψηλάφηση επί οξείας και υπαξείας θυρεοειδίτιδος . Η ακρόαση του αδένος είναι πάντοτε ενδοδειγμένη . Επί τοξικής βρογχοκήλης και κυρίως στους άνω πόλους του θυρεοειδούς διαπιστώνεται χαρακτηριστικό φύσημα οφεικόμενο στην ταχύτητα της ροής του αίματος . Η εξέταση πρέπει να περιλάβει και την επίκρουση στην άνω και πρόσθια επιφάνεια του θώρακα προς αναζήτηση ομοιοθερμικής κατάδυσης της βρογχοκήλης .

Εργαστηριακές εξετάσεις

Πραγματοποιούνται επικουρικά και είναι οι εξής : 1) Ακτινογραφία τραχήλου και άνω ιμιμορίου θώρακος με αυτήν διαπιστώνουμε την ενδοθωρακική βρογχοκήλη και την παρεκτόπιση της τραχείας . 2) Τομογραφία τραχείας προς διαπίστωση του εύρους της τραχείας . 3) Ηχογράφιση όγκου καθορίζεται η σύσταση του θυρεοειδούς αν είναι κυστική ή συμπαγής . 4) Λαρυγγοσκοπηση η οποία είναι απαραίτητη προ θυρεοειδεκτομής . Η κράλυση της μίας φωνητικής χορδής προειδοποιεί τον χειρουργό να προσέξει ιδιαίτερα το κάτω λαρυ-

γγικό νεύρο ετεροπλεύως . 5) Βιοψία του θυρεοειδούς πραγματοποιείται με βελόνα τύπου VIM SILVERMAN , λαμβάνεται δι αυτής τεμαχίδιο θυρεοειδικού ιστού προς ιστολογική εξέταση . 6) καθήλωση ραδιενεργού ιωδίου (I^{131} UP TAKE) όπου χορηγείται ποσότητα (15-30 ή 40 MC) ραδιενεργού ιωδίου και μετράται μετά από 6 και 24 ώρες κατά του Κ.Γίτσιου ή μετά από 2,10,24 κατά τον Β. Αγγελόπουλο ή μετά από 4 και 24 κατά τον Α.Υαφρά . Το (I^{131}) αποβάλλεται κατά 90% από τα ούρα για αυτό πρέπει να φυλάσσονται για το επόμενο 48ωρο . 7) Σπινθηρογράφημα , εμφανίζει κατεγραμμένη την κατανομή ραδιενέργεια στον θυρεοειδή εκτελείται 1/2 ώρα μετά την ενδοφλέβια χορήγηση τεχντίου (Tc^{99}) ή 24 ώρες μετά την PER OS χορήγηση (I^{131}) . 8) Προσδιορισμός του χημικού FBI (πρωτεΐνοσύνδετου ιωδίου) , φυσιολογικές τιμές στο αίμα 4-8 MG/100ML . 9) Προσδιορισμός του επιπέδου της ολικής θυροξίνης στον ορό , φυσιολογικές τιμές 5,1-11,5 MG/100 ML / 10) Προσδιορισμός του επιπέδου ολικής τριιωδοθυρονίνης στον ορό , φυσιολογικές τιμές 70-190 MG/ 100 ML . 11) Προσδιορισμός ραδιενεργού τριιωδοθυρονίνης . 12) Προσδιορισμός χοληστερίνης του πλάσματος . 13) Χιλλειόγραμμα ή φωτομογράφημα όπου μετράται η διάρκεια τουαχιλλείου αντανακλαστικού και ιδίως τον χρόνο χαλάσεως αυτού . 14) Προσδιορισμός του επιπέδου της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης TSH στον ορό . 15) Προσδιορισμός της εκλυτικής την θυρεοειδοτρόπον ορμόνη (TRH) . 16) Δοκιμασία αναστολής δια τριιωδοθυρονίνης . 17) Δοκιμασία εκφορτίσεως δια υπερχλωρικού καλίου . 18) Προσδιορισμός του επιπέδου των συνδεουσών την θυροξίνη πρωτεϊνών TBG στο πλάσμα . 19) Ανίχνευση θυρεοειδικών αυτοαντισωμάτων στο πλάσμα .

ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ

Αιτία : Ο υπερθυρεοειδισμός συνίσταται στην αύξηση παροχής θυρεοειδικών ορμονών στην κυκλοφορία , η πραγματική αιτία αυτής της κατάστασης δεν είναι πλήρως γνωστή , Ο ROBERT E/ ROTHENBERG προτείνει το σοβαρό SHOCK , την σοβαρή συναισθηματική αναστάτωση , ή μια σοβαρή λοίμωξη . Ο Δ.Παπαναστασίου (1969) ενοχοποιεί κυρίως κληρονομικούς παράγοντες . Ο Ν.Τσαμπούλας παραθέτει σαν πιθανή αιτία την αρθριτική προδιάθεση και την νευροφυτική αστάθεια . ΟΙ A.READ ; D.BARRIT και R.LANGTON συμφωνούν ότι ο υπερθυρεοειδισμός είναι νόσος αυτοάνοσης αιτιολογίας .

Μεταβολικά προβλήματα : α) κατανάλωση οξυγόνου . Οι υπερβολικά εκρινόμενες θυρεοειδικές ορμόνες διεγείρουν τις οξειδοαναγωγικές εργασίες με αποτέλεσμα την αύξηση της θερμοκρασίας και εξ αυτού την δυσανεξία στην ζέση , ο Δ.Τίκιος αναφέρει σαν σύμπτωμα την ταχύνοια στην προσπάθεια του οργανισμού να αντισταθμίσει τις ανάγκες σε οξυγόνο .

β) Μεταβολισμός υδατανθράκων . Παρατηρείται αύξηση της πρόσληψης γλυκόζης εκ του γαστρεντερικού καθώς και αύξηση του ρυθμού γλυκογονόλυσεως στο ήπαρ με αποτέλεσμα μόνιμη υπεργλυκαιμία και γλυκοζουρία .

γ) Μεταβολισμός πρωτεϊνών . Για την αντιμετώπιση των μεταβολικών αναγκών του οργανισμού αυξάνεται και η κατανάλωση πρωτεϊνών .

Κατά τον Α.Ψαρρά ο ίδιος ο οργανισμός οξειδώνει τοθ. εαυτόν του και πιθανότατα σ' αυτό οφείλεται η ευαισθησία των υπερθυρεοειδικών στις διάφορες λοιμώξεις . Ο Ν.Τσαμπούλας διαφωνεί και αντιλέγει ότι αν και η γενική αύξηση του μεταβολισμού κυμαίνεται μεταξύ 20-100% άνωθεν του φυσιολογικού δεν αυξάνεται σε ανησυχιακά επίπεδα η καύση των λευκιμάτων . Γενικά ο υπερθυρεοειδικός ασθενής βρίσκεται σε αρνητικό ισοζύγιο αζώτου . ΟΙ Γ.Καραχάλιος

και Σ.Καρκατζούλης ευρήκαν μετά από έρευνα ότι το επίπεδο του ουρικού οξέως είναι κάτω του φυσιολογικού .

δ) Ο μεταβολισμός των λιπιδίων . Το επίπεδο της χοληστερίνης είναι χαμηλό και ωφείλεται σε αυξημένο καταβολισμό αυτής .

ε) Ο μεταβολισμός των βιταμινών . Αυξάνεται επίσης κυρίως αυτών του συμπλέγματος Β συνυπεφθύνων για την παραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών .

στ) Ο μεταβολισμός του ύδατος και των ηλεκτρολυτών . Λόγω της αυξημένης εφίδρωσης και της πολουρίας οι υπερθυρεοειδικοί υφίστανται αφυδάτωση . Ηλεκτρολυτικές διαταραχές δεν είναι ασυνήθεις το επίπεδο του καλίου μειώνεται ενώ αυξάνεται αυτό του νατρίου . Κατά τον Α.Γαρρά τα επίπεδα καλίου νατρίου και χλωρίου , διαταράσσονται μόνο σε βαριές περιπτώσεις . Το επίπεδο του ασβεστίου αυξάνεται με αποτέλεσμα την πρόκληση ναυτίας , εμέτου και νεφρικής βλάβης . για να δοθεί πιο ολοκληρωμένη εικόνα της δράσεως των θυρεοειδικών ορμονών επί υπερθυρεοειδισμού θα μελετηθεί αυτή κατά σύστημα :

α) Κεντρικό και αυτόνομο νευρικό σύστημα : επιρεάζεται βαθειά από τις βλάβες του θυρεοειδούς γενικά επί υπερθυρεοειδισμού η διανοητική και σωματική δραστηριότητα αυξάνονται , χαρακτηριστικό σημείο της υπερκινητικότητας των ασθενών είναι ο λεπτός ρυθμικός τρόμος των δακτύλων εν διαστάσει . γενικά οι υπερθυρεοειδικοί ασθενείς είναι ευερέσθητοι ανήσυχτοι εμφανίζουν άπνία αδυναμία συγκεντρώσεως , διαταραχές προσωπικότητας . Οι Κ.Κώνστας, Γ.Μεντζελόπουλος και Χ.Παρτσαφυλλίδης περιγράφουν περιπτώσεις ασθενών με υπερθυρεοειδισμό που εμφάνισαν επιληπτικές κρίσεις οι οποίες εξαφανίστικαν με την θεραπεία του υπερθυρεοειδισμού . Ο Α.Σιώρης επισμαίνει και το αντίστροφο δηλ. τον εξειρεασμό του θυρεοειδούς από βλάβες του εγκεφάλου π.χ. την εμφάνιση θυρεοει-

δικών καταστάσεων επί εγκεφαλίτιδας .

β) Καρδιαγγειακό σύστημα ; Οι αυξημένες ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο προκαλούν αύξηση του όγκου παλμού και ταχυκαρδία η αρτηριακή πίεση αυξάνεται ενώ η φλεβική μειώνεται λόγω της υπαρχούσης αγγειοδιαστολής . Το υγιές μυοκάρδιο αντιροπίζει με επιτυχία τις άνω μεταβολές αναφέρει ο Α. Ψαρράς ενώ ο R. ROTHENBERG πιστεύει ότι αν δεν εξαληφθεί έγκαιρα το αίτιο της ταχυκαρδίας μπορεί να οδηγηθεί το μυοκάρδιο σε βλάβη.

γ) Γεννηϊκό σύστημα . αύξηση ή ελάττωση της LIBIDO και στα δύο φύλλα διαταραχές της εμνορρυσίας υπό την μορφή ολιγομηνόρροιας ή αμηνόρροιας, καθώς και μείωση της γονιμότητας παρατηρείται στις γυναίκες.

δ) Γαστρεντερικό σύστημα . Οι υπερθυρεοειδικοί λόγω αυξημένων απαιτήσεων σε θερμίδες εμφανίζουν αδηφαγία . Κατά τον Α. Ψαρρά επί ηλικιωμένων ή επί βαρέων μορφών υπερθυρεοειδισμού παρατηρείται ανσρεξία . Επί υπερθυρεοειδισμού παρατηρείται σκλωροδρία σε ποσοστό 38% , δυνατόν να υπάρχει ελαφράς μορφής χρόνια γαστρίτις . Το έντερο του ασθενούς είναι υπερκινητικό και η διάρροια είναι συνηθισμένο φαινόμενο .

ε) Μυϊκό σύστημα . Επιρεάζεται περισσότερο από κάθε άλλον ιστό ο Α. Ψαρράς λέει ότι το αυξημένο ποσό κρεατινίνης και το αρνητικό ισοζύγιο κρεατινίνης υποδηλώνει αυξημένο μεταβολισμό των πρωτεϊνών των μυών και εξ' αυτού εύκολη κόπωση ; αντίθετα ο Ν. Τσαμπούλιας πιστεύει ότι ο καταβολισμός γενικά των πρωτεϊνών του σώματος δεν αυξάνεται σε ανησυχητικά επίπεδα . Ο Δ. Ικκος αναφέρει την εμφάνιση βλαβών των αρθρικών συλάκων . Γενικά ο εμφανιζόμενος μυϊκός τρόμος επιβαρύνει το έργο των μυών και το 4% των ασθενών εμφανίζει βλάβες υπό μορφή μυοπάθειας .

Αιτιολογικοί τύποι : Οι κυριότεροι αιτιολογικοί τύποι του υπερ-

- θυρεοειδισμού είναι : 1) Τοξική διάχυτος βρογχοκήλη (νόσος GRAVES ή BASEDOW ή πρωτοπαθής υπερθυρεοειδισμός) 2) Τοξική οζώδης βρογχοκήλη (νόσος του PLUMER ή δευτεροπαθής υπερθυρεοειδισμός) 3) κληρονομικός τοξικός όζος του θυρεοειδή (σύνδρομο PLUMER , αυτόνομο τοξικό αδένωμα) 4) Υπερθυρεοειδισμός εξ υπερεκρίσεως TSH (όγκος υποφύσεως - παρανεοπλασματικό αδένωμα) 5) Υπερθυρεοειδισμός εξ εκτόπου θυρεοειδικού ιστού (λειτουργούσα καρκινωμάτωδης μεταστάσεις ή έκτοπος θυρεοειδικός ιστός εις τεράτωμα ωοθήκης - STRUMA OVARII) 6) Φαρμακευτικός υπερθυρεοειδισμός (THYROTOXICOSIS FACTITIA) εξ υπερβολικής λήψεως θυροξίνης 7) Υπερθυρεοειδισμός εξ υπερβολικής λήψεως ιωδίου (JOD-BASEDOW) 8) Υπερθυρεοειδισμός εκ θυρεοειδίτιδος (υποξείας ή χρονίας) 9) Υπερθυρεοειδισμός επί πολυοστικής ενώδους δυσπλασίας (υπερέκριση TRH) .

Από αυτούς οι τρεις πρώτοι είναι συχνότεροι και έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον από χειρουργικής απόψεως , για αυτό και θα εξεταστούν παρακάτω .

1) Τοξική διάχυτος βρογχοκήλη ή νόσος του GRAVES ή BASEDOW .

Μεταξύ 1835 και 1840 οι GRAVES και BASEDOW περιέγραψαν νοσηρή οντότητα χαρακτηριζομένη υπό διαχύτου βρογχοκήλης , εξωφθάλμου και σειράς τοξικών λειτουργικών διαταραχών που συνθέτουν τον περιγραφικό όρο " θυρεοτοξίκωση " .

Συχνότης : απαντά και στα δύο φύλλα αλλά είναι συχνότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες σε αναλογία 6:1 περίπου .

Αιτιολογία : Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η νόσος του GRAVES συνγκαταλέγεται μεταξύ των νοσημάτων αυτοανοσίας , δηλαδή ότι εξ αιτίας παροδικής βλάβης του θυρεοειδή απελευθερώνονται συστατικά των θυρεοειδικών κυττάρων τα οποία συστατικά

δρώντας σαν αντιγόνα διεγείρουν στα T-λεμφοκύτταρα την παραγωγή IATS (μακράς διάρκειας διεγέρτης του θυρεοειδή) πρόκειται για ανοσοσφαιρίνη IGG που διεγείρει την πρόσληψη ιωδίου απ' τον θυρεοειδή . Οι ερευνητές EZRIN και MUREY ενοχοποιούν την ορμόνη TSH . Πάντως η συζήτηση για την παθογένεια της νόσου του GRAVES δεν έχει ακόμα τελειώσει .

Ιστολογική εικόνα : Μικροσκοπικώς τα κύτταρα των θυλακίων είναι κυλινδρικά υπερπλαστικά και τα θυλάκια περιέχουν λιγώτερη ποσότητα κολοειδούς .

Κλινική εικόνα : Εκτός των γενικών φαινομένων του υπερμεταβολισμού που ανεπτυχθηκαν παραπάνω ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της νόσου είναι : α) η βρογχοήλη η οποία δεν αναφέρεται πάντα και δύναται να καταδύεται στην θωρακική κυλότητα , κατά τον ACKERMAN το ποσοστό συνυπέρξεως εκτόπου θυρεοειδικού ιστού μετά φυσιολογικού μορφολογικώς ανέρχεται σε 30% . Άλλο χαρακτηριστικό της είναι ο φηλαφητός ροίζος στην περιοχή των άνω πόλων και οφείλεται κατά τον Δ.ΙΚΚΟ σε ένα είδος αρτηριοφλεβώδους ανευρίσματος .

β) τα οφθαλμικά σημεία : Παρατηρείται ανόσωση του άνω βλεφάρου , εξώφθαλμος , οφθαλμοπληγία που συνίσταται από παρέσewe των οφθαλμικών μυών και διπλοπία . Ο HEANS και οι συνεργάτες του αναφέρουν πόνο , ερεθισμό των οφθαλμών και θόλωση της όρασης .

γ) Βλάβες του δέρματος και των ονύχων δηλαδή μυζοίδημα (οίδημα στο κάτω τριτημόριο των κνημών) και ονυχόλυση (όνυχες PLUMER) .

2) Τοξική οξώδης βρογχοήλη ή νόσος του PLUMER/

Αιτιολογία : Δεν έχει διαλευκανθεί , πιθανών έχει την προέλευση της εκ της αιλής διαχύτου βρογχοήλης . Για ορισμένους ερευνητές δεν διαφέρει από την νόσο του GRAVES παρ' μόνο σε ότι αφορά την συσταση του θυρεοειδή , Άλλοι όμως γνωστοί μελετητές υποστηρίζουν ότι πρόκειται για ξεχωριστές νοσολογικές οντότητες .

Ιστολογική εικόνα : Ο θυρεοειδής δεν είναι συμμετρικά διογκωμένος και εμφανίζει όζους ποικίλου μεγέθους και συστάσεως οι οποίοι τείνουν να μεγενθύνθουν .

Κλινική εικόνα : α) βρογχοκήλη η οποία αναπτύσσεται κατ'ασταθή τρόπο τότε μεγενθυνόμενη και τότε μένουσα στάσιμη κατά άτακτα χρονικά διαστήματα .

β) Υπερμεταβολισμός . Κατά τον Α. Φαρρά τα εκ τούτου συμπτώματα δεν διαφέρουν των παρατηρουμένων επί της νόσου του GRAVES ενώ κατά τους MARTIN και FISHER τα συμπτώματα υπερμεταβολισμού επί της νόσου του PLUMER είναι σημαντικώς αμβλύτερα .

3) Τοξικό αδένωμα του θυρεοειδούς .

Συχνότητα : Κυρίως εμφανίζεται σε γυναίκες άνω των 35 χρονών .

Αιτιολογία : Πιθανώς εμφανίζεται εν συνεχεία των επανειλημμένων διεγέρσεων του θυρεοειδούς υπό της T3H . Πρόκειται για αδένωμα (περιοχή περιγεγραμμένη) του θυρεοειδούς που υπερλειτουργεί και προκαλεί νοσηρές εκδηλώσεις , παράγει σε μεγάλες ποσότητες κυρίως την ορμόνη T₃ , δεν φαίνεται να ελέγχεται υπό της T3H ή άλλου διεγέρτου .

Ιστολογική εικόνα : Αποτελείται από αριθμό υπερπλαστικών θυλακίων τα κύτταρα των οποίων ποικίλουν από του ψηλού κυβοειδούς έως του κυλινδρικού .

Κλινική εικόνα : χαρακτηρίζεται από μονήρη ψηλαφητό όζο , κατά τον Α. Φαρρά εμφανίζονται συμπτώματα από το κυκλοφορικό σύστημα όπως ταχυκαρδία και διαταραχή του σφυγμού , αντίθετα ο Δ. Ικκος είναι κατηγορηματικός ότι σ'αυτήν την περίπτωση ποτέ δεν εμφανίζονται εξωθυρεοειδικές εκδηλώσεις .

Διάγνωση .

1) κλινική διάγνωση . Στους περισσότερους ασθενείς τα κλινικά σημεία είναι τόσο χαρακτηριστικά ώστε δεν αντιμετωπίζεται πρό-

βλημα. Το πιο κοινό πρόβλημα είναι η διαφορική διάγνωση της αγχώδους νευρώσεως από του υπερθυρεοειδισμού επί ασθενούς με βρογχοκήλη. Στην περίπτωση αγχώδους νευρώσεως η ταχυκαρδία είναι παροδική, απώλεια βάρους δεν σημειώνεται και η όρεξη δεν είναι αυξημένη. Μερικές φορές περιγράφουν οι MC EACHERN και ROSS (1942) τα συμπτώματα της μυοπάθειας είναι τόσο έκδηλα ώστε η διάγνωση να στραφεί προς τις μυοπάθειες αυτό δείχνει το απαραίτητο των εργαστηριακών εξετάσεων, χωρίς να μειώνεται η αξία των κλινικών τοιούτων. Οι CRUKS, MURRAY και WAYNE (1959) πιστεύοντας στην αξία των κλινικών εξετάσεων και με βάση προηγούμενες παρατηρήσεις τους κατάρτησαν τον "κλινικό διαγνωστικό δείκτη" όπου με βάση συγκεκριμένο πίνακα αποφαινόνται για την ύπαρξη ή μη υπερθυρεοειδισμού.

2)) Εργαστηριακή διάγνωση: Αυτή επικυρώνει την κλινική διάγνωση, ο A. Ψαρράς πιστεύει ότι οι βιοχημικές εξετάσεις που πρέπει πρωτίστως να ενεργούνται είναι ο προσδιορισμός της ολικής θυροξίνης, της προσλήψεως της ραδιενεργού τριιωδοθυρονίνης, του δείκτη ελευθέρως θυροξίνης και της ολικής τριιωδοθυρονίνης. Ο I. Κούτρας (1965), προτείνει την μέτρηση των ουσιών που ελευθεάζονται από τον θυρεοειδή, σαν αποτελεσματική για την λήψη σωστών συμπερασμάτων. Ο ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος του θυρεοειδούς κατέχει σήμερα δευτερεύουσα θέση και συνήθως αντί αυτού προτιμάται το σπινθηρογράφημα τεχνητίου (Tc^{99}). Τέλος σε περιπτώσεις ατύπων μορφών υπερθυρεοειδισμού είναι χρήσιμη η δοκιμασία του TRH.

Ατυπες μορφές υπερθυρεοειδισμού: Πρόκειται για περιπτώσεις που η κλινική εικόνα δεν είναι ολοκληρωμένη και τυπική αυτές είναι:

1) υπερθυρεοειδισμός άνευ βρογχοκήλης, όπου ο θυρεοειδής δεν είναι ψηλαφητός διότι η διάγνωση τελείται προς τα οπίσω της τρα-

χείας .

2) Νόσος του GRAVES μετ' ευθυρεοειδισμού , όπου διακρίνεται εξώφθαλμος αλλά όχι υπερμεταβολισμός .

3) Συγκεκκαλυμένος ή απλής υπερθυρεοειδισμός όπου ενώ η νόσος είναι βρεϊας μορφής δεν εμφανίζει αναλόγως έντονα συμπτώματα

4) Υπερθυρεοειδισμός επί παιδών . Η τυπική κλινική εικόνα δεν είναι συνήθης στα παιδιά , προέχουν τα συμπτώματα του νευρικού συστήματος και της ψυχικής σφίρας , ο R.ROTHENBERG περιγράφει ότι το παιδί γίνεται ευερέθιστο και κλαίει εύκολα , κάνει άσκοπες κινήσεις που μοιάζουν με τον χορό τουτου SAINT VITUS κ.λ.λ. Ιδιόζουσες μορφές υπερθυρεοειδισμού . :

1) T_3 θυρεοτοξίκωση , όπου το επίπεδο της T_3 είναι υψηλό ενώ αυτό της T_4 φυσιολογικό .

2) Υπερθυρεοειδισμός εξ υπερβολικής λήψεως ιωδίου .

3) Υπερθυρεοειδισμός και κρκίνωμα του θυρεοειδούς αδένος .

4) Υπερθυρεοειδισμός και κύηση : δύνανται να συνυπάρχουν , άλλωστε παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες από κλινικής άποψης αφού και στις δύο περιπτώσεις αυξάνεται η μεταβολική δραστηριότητα του οργανισμού άλλωστε αύξηση του θυρεοειδούς αδένος παρουσιάζεται πάντα επί εγκυμοσύνης και δεν σημαίνει πάντα υπερθυρεοειδισμό. Ο Α.Σιώρης (1972) , αναφέρει ότι ο θυρεοειδής αδένος έχει μεγάλη σημασία για την παθογένεια της νεφρώσεως και της εκλαμφίας των εγκύων και γι αυτό επί υπερθυρεοειδικών εγκύων-συχνά παρατηρούνται αποβολές κυημάτων , ή πρόωροι τοκετοί .

5) Θυρεοειδική κρίση . Είναι η αντίδραση που παρουσιάζουν υπερθυρεοειδικοί ασθενείς στο STRES μιας φλεγμονής ή μιας χειρουργικής επέμβασης . Η εισβολή είναι απότομη με ταχυκαρδία , αρρυθμία , διανοητική σύγχυση , παραλήρημα κ.λ.π. Ακολουθούν σπασμοί , κώμα και στο 20% των περιπτώσεων θάνατος .

Φαρμακευτική θεραπεία .

Αποσκοπεί στην μείωση του ποσού των κυκλοφορουσών θυρεοειδικών ορμονών . Τα κυριώτερα θυρεοειδικά φάρμακα είναι :

1) Παράγωγα θειουρίας , όπου και αποτελούν και τα φάρμακα εκλογής για πολλούς γιατρούς . Η δράση τους συνίσταται στο ότι αποτρέπουν την σύζευξη των ιωδοτύροσινών προς σχηματισμό των θυρεοειδικών ορμονών και αυξάνουν την απέκκριση του ιωδίου δια των ούρων . Ο Δ.Τικκος (1965) προτείνει σαν επίσης φάρμακα εκλογής , την μεθιμαζόλη ή ταπαζόλη και την καρβιμαζόλη . Άλλα φάρμακα που προτείνονται από τον ίδιο είναι τα θειοκυανικά άλατα και τα υπερχλωρικά άλατα . Ο Δ.Παλιναστρασίου (1969) , προτείνει μεταξύ των άλλων το υπερχλωρικό κάλλιο διότι παρεμποδίζει την πρόσληψη ιωδίου από τον θυρεοειδή . Το ιώδιο είναι το παλαιότερο αντιθυρεοειδικό φάρμακο του οποίου η χρήση έχει περιοριστεί με την εμφάνιση καινούργιων φαρμάκων . Χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις που απαιτείται ταχεία δράση π.χ. στην θυρεοειδική κρίση . Ο Δ.Ψαρράς προτείνει τους αναστολείς β-αδρενεργικών υποδοχέων π.χ. προπρανόλη για εντός βραχέως χρονικού διαστήματος δράση .

Το ραδιενεργό ιώδιο χρησιμοποιείται στην θεραπεία του υπερθυρεοειδισμού . Η δράση του συνίσταται στην μερική καταστροφή των θυλακιοδών κυττάρων αφού απορροφηθεί εκλεκτικά από τον θυρεοειδή . Η δράση του δεν περιλαμβάνει σοβαρούς κινδύνους για τους γύρω ιστούς , παρ' όλα αυτά πάντα υπάρχουν κίνδυνοι βλαβών : α) στα γεννητικά κύτταρα . β) στα αιμοποιητικά όργανα (λευχαιμία) . γ) στον ίδιο τον θυρεοειδή (καρκίνωμα) . Συνίθης επιλοκή αποτελεί η ανάπτυξη υποθυρεοειδισμού .

Θεραπεία στις εγκύους .

Αντεδείκνυται αυστηρά η χρησιμοποίηση I¹³¹ για την θεραπεία υ-

περθυροειδικών εγκύων λόγω κινδύνων που περιλαμβάνει για το έμβρυο . Όπως είπαμε προηγουμένως από πολλούς θεωρείται ότι η εκλαμψία των εγκύων προέρχεται από τον υπερθυροειδισμό με αυτήν την λογική σαν βάση χορηγείται θυροξίνη για την θεραπεία του υπερθυροειδισμού στις εγκύους . Ο HOEVEN υποδεικνύει την προφυλακτική χορήγηση θυροξίνης χωρίς την απαραίτητη εμφάνιση έντονων κλινικών σημείων .

ΥΠΟΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ

Το κλινικό σύνδρομο του υποθυρεοειδισμού περιγράφηκε από τον GULL το έτος (1874) και ο όρος "μυξοίδημα", εδόθηκε 4 έτη αργότερα. " υποθυρεοειδισμός " σημαίνει ανεπάρκεια θυρεοειδικών ορμονών στην περιφέρεια και είναι δυνατόν να προέρχεται από βλάβη του θυρεοειδούς, της υπόφυσης ή του υποθαλάμου.

Κλινικές μορφές .

1) Εκδηλος υποθυρεοειδισμός . Η κλινική του εικόνα είναι αντίθετη του υπερθυρεοειδισμού . Η εισβολή συνήθως είναι ύπουλη κυρίως αν η αιτία είναι η θυρεοειδεκτομή, τα συμπτώματα για τα οποία οι ασθενείς προσέρχονται στον γιατρό είναι : αίσθημα κόπωσης, ευαισθησία στο ψύχος, νωθρότης, αγγεινές συσπάσεις των κάτω άκρων, τριχόπτωση, εξασθένηση της μνήμης, γδυναμία συγκέντρωσης, δυσκοιλιότητα . Οι υποθυρεοειδικοί ασθενείς είναι βραδείς στις κινήσεις και στην σκέψη το πρόσωπο είναι απαθές και οιδηματώδες, το δέρμα ψυχρό, ξηρό και τραχύ. Παρατηρείται γενικά υπομεταβολισμός αλλά κατά τον Α. Ψαρρά αυτοί οι ασθενείς είναι ευχάριστοι τύποι . Ο Β. Αγγελόπουλος (1960) παρατηρεί αύξηση της χοληστερίνης του αίματος και ο Κ. Γίτσιος (1977) επισημαίνει ότι αν ο υποθυρεοειδισμός αφεθεί άνευ θεραπείας οδηγεί σε αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις, καρδιακή ανεπάρκεια και κώμα. Εκ της ψυχικής σφαίρας παρατηρούνται μελαγχολία και παρανοϊκές καταστάσεις. Αλλά και επί μεμονομένης περίπτωσης μελαγχολίας παρατηρείται πτώση των επιπέδων T_4 σύμφωνα με έρευνα ομάδας ψυχιάτρων υπό τον καθηγητή Κ. Στεφανή (1974) .

2) Ηπιος υποθυρεοειδισμός . Η κλινική εικόνα δεν είναι σαφής.

Τα συμπτώματα είναι λίγα και ασαφή τα δε κλινικά σημεία λείπουν.

3) Λανθάνων ή υποκλινικός υποθυρεοειδισμός : πρόκειται για ασυμπτωματική κατάσταση όπου η ελάτωση της εκρίσεως των θυρεοειδικών

ορμονών αντισταθμίζεται δι ηυξημένης εκρίσεως TSH.

Ειδικές μορφές υποθυρεοειδισμού :

1) Νεογνικός υποθυρεοειδισμός . Ξφείλεται είτε εις θυρεοειδική δυσγενεσία είτε εις λήψη αντιθυρεοειδικών φαρμάκων υπό της εγκυ-
ου . Η μέση ηλικία κατ α την διάγνωση είναι για τον A.Ψαρρά 12
μήνες και κατ' τον R.ROTHENBERG λίγο μετά τους 6 μήνες οδηγεί
δε σεκρετινισμό .

2) παιδικός υποθυρεοειδισμός . Επί παιδιών η κλινική εικόνα του
υποθυρεοειδισμού δεν διαφέρει από αυτήν των ενηλίκων , τα δε
συμπτώματα είναι αναστρέψιμα .

Διάγνωση .

Συνήθως είναι ευχέρης εκ των κλινικών σημείων , αλλά
σε περιπτώσεις ηπίου ή λανθάνοντα υποθυρεοειδισμό απαραίτητη
είναι η μέτρηση των θυρεοειδικών ορμονών και της TSH , Ο A.Σιώ-
ρης (1972) προτείνει επιπλέον την μέτρηση των ζωτικών σημείων
, την λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος και τον έλεγχο του αιματοκρί-
του . Κατ' τον H.FRIEDMAN (1978) , επί βράγχους φωνής πρέπει να
ενεργείται λαρυγγοσκόπηση , και οι εξετάσεις των επιπέδων T_3 και
 T_4 να συνοδεύονται από προσδιορισμό του επιπέδου της TBG.

Θεραπεία .

Η θεραπεία αποκατάστασης δια θυροξίνης συνήθως έχει καλά απο-
τελέσματα , η αρχική δόση είναι 0,05 MG ημερησίως και αυξάνεται
σε διάστημα 2-3 εβδομάδων σε 0,3 MG ημερησίως , κατ' τον HAMADA
(1984) η δόση πρέπει να αυξάνεται ελαφρώς τον χειμώνα . Η λήψη
της θυροξίνης συνήθως γίνεται PER OS υπό μορφή δισκίων , η α-
πορόφηση δε αυτής επιβραδύνεται με την ταυτόχρονη χορήγηση χο-
ληστεραμίνης επισημαίνει ο A.Παραδέλης (1985) . Ο Δ.Παπαναστα-
σίου (1969) προειδοποιεί ότι απότομη χορήγηση υψηλής δόσεως θυ-
ρεοειδικού σκευάσματος σε άτομα με αρτηριοσκληύρωση των στεφα-

νιαίων δύναται να οδηγήσει σε αιφνίδιο θάνατο .

Μυξοιδηματικό κώμα : Αποτελεί σοβαρή κατάσταση και παρατηρείται επί παραμελημένων περιπτώσεων υποθυρεοειδισμού . Χαρακτηρίζεται από μεγάλη πτώση της θερμοκρασίας και απώλεια συνείδησης , πάντα δε προηγούνται σπασμοί των άκρων . Δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί αν πρώτα δεν γίνει ακριβής διάγνωση δια προσδιορισμού του επιπέδου της ΤΣΗ . Εφ' όσον γνωρίζουμε την αιτία του διότι όπως επισημαίνει ο Κ. Γσόχας (1983) η προσπάθεια θεραπείας των ορατών συμπτωμάτων επί κώματος αγνώστου αιτίας μπορεί να φέρει ανεπιθύμητα αποτελέσματα . Επί διαγνωσμένου μυξοιδηματικού κώματος χορηγούμε ενδομυϊκώς στον ασθενή 20-40 MG θυροξίνης σε συνδιασμό με κορτιζόνη και αντιβιοτικά ενώ ταυτόχρονα προσπαθούμε να τον θερμάνουμε .

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ

Καλοήθεις όγκοι του θυρεοειδή αδένος :

Εδώ υπάγονται τα αδενώματα του θυρεοειδούς, τα οποία αναπτύσσονται στο επιθήλιο των θυλακίων αυτού.

1) Θυλακιδώδες αδένωμα : Πρόκειται περί μονήρους συμπαγούς όζου, περιβαλλομένου από ινώδη κάψα. Μεγεθυνόμενο μπορεί να αιμορραγήσει και να υποστεί κυστική εκφύλιση. Είναι δε δυνατόν να υποστεί κακοήθη εξαλλαγή.

Ιστολογικά ταξινομείται ως εξής : Εμβρυϊκό αδένωμα, μικροθυλακιδώδες, απλό, κολοειδικά αδενώματα τύπου HURTHLE.

2) Θυλώδες αδένωμα : Η ύπαρξή του αμφισβητείται από πολλούς.

Κλινική εικόνα : Το αδένωμα αυξάνεται σε μέγεθος προοδευτικά εκτός αν συμβεί απότομη αιμοραγία αυτού η οποία εκδηλώνεται θορυβοδώς με άλγος και συμπτώματα πίεσης, ώστε να απαιτείται άμεση θεραπεία.

Διάγνωση : Δεν είναι ευχερής. Ο H. FRIEDMAN επισημαίνει ότι αν μετά ακτινολογικής εξέτασης βρεθούν στικτές εναποθέσεις ασβεστίου στον θυρεοειδή τούτο είναι ενδηκτικό αδενώματος.

Θεραπεία : Η ολική λοβεκτομή του σύστοιχου του αδενώματος λοβού αποτελεί και θεραπεία εκλογής.

Κακοήθεις όγκοι του θυρεοειδή αδένος :

Καρκίνωμα του θυρεοειδούς αδένος : Πρόκειται για σπάνια νόσο που οστόσο τα τελευταία χρόνια έχει την τάση να αυξάνεται (ο αριθμός ασθενών). Τα αποτελέσματα της εφαρμοζόμενης θεραπείας κρίνονται αποτελεσματικά, και η θνησιμότητα σύμφωνα με στατιστικές στις Η.Π.Α. ανέρχονται σε 0,4% της συνολικής θνησιμότητας εκ νεοπλασμάτων.

Αιτιολογία : Βασικά είναι άγνωστη, αλλά έχουν εντοπιστεί παράγοντες που πιθανών να ευθύνονται για την ανάπτυξη του καρκινώ-

ματος του θυρεοειδή . Ο NOBLE (1964) , προτείνει ως σημαντικό παράγοντα την ΤSH , όπου παρατεταμένη υψηλή πυκνότητα αυτής προκαλεί βρογχοκήλη που είναι δυνατόν να μεταβληθεί σε νεοπλασία . Ο PENDER GRANT (1961) , δεν μπόρεσε να βρεί άμεση σχέση μεταξύ ενδημικής βρογχοκήλης και καρκινώματος του θυρεοειδή . Αντίθετα ο WABER (1966) , μετά από παρατεταμένη έρευνα στην Κολομβία (βρογχοκηλοπαθής περιοχή) και στην Λουϊζιάνα των Η.Π.Α. απέδειξε ότι οι νεοπλασίες του θυρεοειδούς αναπτύσσονται επί εδάφους προϋπάρχουσας από μακρού βρογχοκήλης . Ωστόσο η τελευταίως παρατηρούμενη αύξηση του καρκίνου του θυρεοειδούς , παρατηρείται και σε περιοχές που δεν υπάρχει ενδημική βρογχοκήλη, WINSHIP (1956) . Ο ρόλος της ιονιζούσης ακτινοβολίας είναι σημαντικός και επιβεβαιωμένος στην δημιουργία καρκινώματος . Οι LINDSAY και CHAIKO (1964) , συνέπιβεβαίωσαν με άλλους ερευνητές την αυξημένη εμφάνιση θυροειδικών καρκινωμάτων σε άτομα που κατά την παιδική τους ηλικία είχαν ακτινοβοληθεί για κάποιο λόγο . Οι HAZIZUMI , NERIICH και NIITANI (1963) , ανέφεραν ότι στις περιοχές γύρω από τις πόλεις Χιροσίμα και Ναγκασάκι αυξήθηκε σημαντικά η συχνότητα εμφάνισης θυροειδικών νεοπλασμάτων μετά τον ατομικό βομβαρδισμό .

Ιστολογική ταξινόμιση : Πριν μερικά χρόνια η ταξινόμιση των μορφών καρκινώματος του θυρεοειδούς ήταν περιπλεγμένη και μεστή συγχύσεων . Η ισχύουσα σήμερα διεθνής ταξινόμιση το διαιρεί σε θηλώδες , θυλακιώδες , μυελοειδές και αναπλαστικό .

1) Θηλώδη καρκινώματα . Αποτελούν κατά τον FRAATZ (1962), το 58% των περιπτώσεων καρκινώματος ή το 74% κατά τους HIRABAIKAI και LINDSAY (1961) . Για μερικούς π.χ. Δ. Παπαναστασίου (1966) ποτέ δεν εμφανίζονται αμιγώς ως θηλώδη αλλά ταυτοχρόνως και θυλακιώδη . Ονομάζονται θηλώδη γιατί μικροσκοπικά παρουσιάζονται

- προσεκβολές εντός των θυλακίων . Η εξέλιξή τους είναι βραδεία μέχρι ενός σημείου , οπότε μετατρέπονται σε "επιθετικά" καρκινώματα (μεταστάσεις) , με κακή πρόγνωση BUCK WALTER (1975) .
- συχνά παρατηρούνται μεταστάσεις στους γειτονικούς λεμφαδένες χωρίς αυτό να επιρεάζει την πρόγνωση κατά τον Α. Φαρρά . Γενικά η πρόγνωση των θηλώδων καρκινομάτων είναι ευνοϊκή και εξαρτάται από την ηλικία & μεγάλη ηλικία : κακή πρόγνωση) . Ο Α. Φαρράς διακρίνει 4 τύπους : Το υποκλινικό θηλώδες καρκίνωμα , το ενδοθυρεοειδικό , το εξωθυρεοειδικό και το προχωρημένο .
- 2) θυλακιώδη καρκινώματα : Αποτελούν το 18,8% των καρκινωμάτων του θυρεοειδούς , κατά τον HILL (1964) ή το 24,1% κατά την FRANZ (1962), προσβάλλουν κυρίως γυναίκες . Εύκολα μεθίσταται στους πνεύμονες και στα οστά (πλατιά και σπόνδυλοι) . Ο όγκος αυτού του καρκινώματος είναι μονήρης , ελαστικός και ποικίλου μεγέθους . Η πρόγνωση αυτών είναι δυσμενής διότι δεν γίνονται εγκαίρως αντιληπτά και αποκλύπτονται τυχαία από ασθενείς που παραπονούνται για αιμόπτυση ή παθολογικά κατάγματα .
- 3) μυελοειδή καρκινώματα : Περιεγράφησαν σαν ξεχωριστή οντότητα το 1959 από τον HAZARD . Τελευταία βρέθηκε ότι αυτά αναπτύσσονται από τα παραθυλακιώδη κύτταρα που είναι υπεύθυνα για την παραγωγή καλσιτονίνης για αυτό και εργαστηριακά βρίσκονται υψηλά επίπεδα αυτής . Ο Δ. Κούτρας (1966) αναφέρει ότι συχνά παρουσιάζουν μεταστάσεις στους πνεύμονες , το ήπαρ , τους γειτονικούς λεμφαδένες και τα οστά . Η πρόγνωση εξαρτάται από την ύπαρξη ή μη μεταστάσεων .
- 4) Αναπλαστικά καρκινώματα : Αυτά είναι τα πιο κακοήθη νεοπλασμάτα με την χειρότερη πρόγνωση λόγω της ταχείας ανάπτυξης και των πολλών μεταστάσεών τους . εμφανίζονται σε ασθενείς άνω των 60 . Μικροσκοπικώς οι κυτταρικοί σχηματισμοί δεν θυμίζουν θυρεο-

ειδή . Η δε επιβιωσιμότητα των ασθενών είναι μικρή .

Κλινική εικόνα .

Τα πρώιμα συμπτώματα του θυρεοειδούς δεν είναι ειδικά . Είναι τα γενικά φαινόμενα συνίστανται σε άλγος , δυσφορία , δύσπνοια , δυσκαταποσία , βράγχος φωνής , επίμονη διάρροια και ενοχλήματα από τους πνεύμονες και τα οστά . Εις του τραχήλου εμφανίζεται συνήθως απότομη αύξηση του μεγέθους προεπαρχούσης βρογχοκήλης ή διόγκωση των λεμφαδένων . Κατά τον Δ.Κούτρα(1966) η ύπαρξη θυρεοειδικών όζων είναι σημαντικό στοιχείο μαρτυρών καρκίνωμα του θυρεοειδούς . Μπορεί ο όζος να είναι μονήρης ή υπό πολυοζώδους μορφής βρογχοκήλης . Είναι δυνατόν να μην υπάρχει καθόλου όζος παρά διάχυτος βρογχοκήλη προκαλούσα πνευμονικά φαινόμενα .

Διάγνωση .

Η κλινική διάγνωση δεν επαρκεί ποτέ για την λήψη οριστικών συμπερασμάτων , παρ'όλα αυτά οποιαδήποτε βρογχοκήλη πρέπει να εγείρει υποψίες για καρκίνωμα ιδιαίτερα αν κατά την ψηλάφηση διαπιστώνεται ανώμαλη και σκληρή επιφάνεια κατά τον θυρεοειδή .

Διάγνωση, δια εργαστηριακών βοηθημάτων:

- 1) σπινθηρογράφημα (SCANNING) . Κατά τον Δ.Κούτρα είναι η πιο χρήσιμη εξέταση . Η διαπίστωση ψυχρών όζων μπορεί να ωφείλεται σε καρκίνωμα σε ποσοστό 12,8% Α. Ξαρράς .
- 2) ηχογράφημα για την διαπίστωση της συστάσεως του όζου .
- 3) βιοψία .
- 4) προσδιορισμός επιπέδων καλσιτονίνης επί υποψίας μυελοειδούς καρκινώματος .
- 5) προσδιορισμός του επιπέδου των θυρεοειδικών ορμονών και της TSH στον ορρό συνήθως είναι σταθερό .
- 6) αναζήτηση θυρεοειδικών αντισωμάτων .
- 7) ακτινολογικός έλεγχος χρήσιμος για την ανίχνευση θυρεοειδικών μεταστάσεων στους πνεύμονες και στα οστά .
- 8) λαρυγγοσκόπηση .

Η διαφορική διάγνωση γίνεται σχετικά με : 1) την λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα

κή θυρεοειδίτιδα , όπου η διάγνωση γίνεται δια βιοψίας . 2) την υποξεία θυρεοειδίτιδα , όπου ειδικό χαρακτηριστικό της είναι η αυξημένη ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων . . 3) βρογχοκήλη εκ δυσορμονογενέσεως όπου οι ασθενείς είναι υποθυρεοειδικοί .

Θεραπεία του καρκινώματος του θυρεοειδούς :

Γενικά η θεραπεία του καρκινώματος του θυρεοειδούς είναι χειρουργική. Ο ΜΑΖΣΙΝ (1984) , προτείνει την ολική θυρεοειδεκτομή σε όλες τις επιδεχόμενες εγχειρήσιμες περιπτώσεις , ενώ ο Α. Ψαρράς προτείνει την λοβεκτομή σε περιπτώσεις που δεν διαπιστώθηκαν μεταστάσεις. Επί ολικής θυρεοειδεκτομής ο ασθενής αρχίζει την θεραπεία υποκατάστασης της λειτουργίας του θυρεοειδούς εφ' όρου ζωής. Αν βρεθούν μεταστάσεις του καρκινώματος σε διάφορα σημεία του σώματος , αρχίζει θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο (I^{131}) η οποία δυνατόν να κρατήσει και δύο έτη, ενώ ταυτόχρονα ενεργείται θεραπεία υποκατάστασης .

ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Υπό τον όρο περιλαμβάνονται οι καταστάσεις που προκαλούν φλεγμονές του θυρεοειδούς, ταξινομούνται σε οξεία, υποξεία και χρονία.

Οξεία θυρεοειδίτιδα.

Φφείλεται σε κοινά μικρόβια που καθίστανται στον θυρεοειδή. Κατά τον Κ.Γίτσιο δυνατόν να ωφείλεται σε ακτινοβόληση του αδένος. κλινικώς εκδηλώνεται δι όλων των σημείων μιάς οξείας φλεγμονής, η λειτουργία του θυρεοειδή συνήθως δεν επιρεάζεται. Η θεραπεία συνίσταται σε αντιβίωση, η πρόγνωση είναι καλή.

Υποξεία θυρεοειδίτιδα (νόσος του DE QUERVAIN).

Φφείλεται σε ιούς, η κλινική εικόνα συνίσταται σε διόγκωση του θυρεοειδούς, σημεία φλεγμονής, κόπτος στην περιοχή του θυρεοειδούς που κατά την περιγραφή του Η. FRIDMAN, αντανακλάται στα αυτιά και την κάτω γνάθο. Κατά την ιστολογική εξέταση διαπιστώνεται η καταστροφή του επιθυλίου των θυλακίων συνεπείν της οποίας το κολλοειδές διαφεύγει και ενεργεί ως ξένο σώμα. Αρχικά δημιουργείται υπερθυρεοειδισμός από τις ορμόνες, που εισήρθην στην κυκλοφορία, αργότερα δε υποθυρεοειδισμός. Εργαστηριακά διαπιστώνεται ελάτωση της πρόσληψης ιωδίου (I^{131}) και αύξηση της ταχύτητας κ-θίξεσης των έρυθρών. Η θεραπεία είναι συμπτωματική και βασίζεται στην πρεδνιζολόνη, τα παυσίπονα και στις θυρεοειδικές ορμόνες, η νόσος υποχωρεί σε 2-4 μήνες.

Χρονία λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτις (του HASHIMOTO).

Περιγράφει αρχικά από τον ιάπωνα χειρουργό HASHIMOTO το 1912. Φφείλεται στο ότι το σώμα σχηματίζει αντισώματα κατά του ίδιου του θυρεοειδικού ιστού τον οποίο και καταστρέφει. Η αιτία ανάπτυξης τέτοιας αντίδρασης είναι άγνωστη, θεωρείται πιθανή μια γενετικώς καθοριζόμενη ανωμαλία.

Ιστολογική εικόνα : Χαρακτηριστικό εύρημα της θυρεοειδίτιδος

HASHIMOTO είναι η διήθηση του αδένος από λεμφοκύτταρα και πλασμα-
τοκύτταρα .

Κλινική εικόνα : Επί της τυπικής μορφής της νόσου ο αδένος είναι
διάχυτα διογκωμένος , υπόσκληρος , λείος και ανώδυνος στην πί-
εση , συνήθως εμφανίζεται και υποθυρεοειδισμός . Υπάρχει δε
περίπτωση απουσίας συμπτωμάτων όπως επισημαίνει ο H. FRIEDMAN .

Διάγνωση : Αυτή τίθεται από την κλινική εικόνα μεν και επιβεβαι-
ώνεται από τις εργαστηριακές εξετάσεις , οι οποίες για την περι-
πτωση είναι ο έλεγχος των αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων κυρίως
, επίσης ο ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος καθώς και ο έλεγχος των ορμο-
νών του θυρεοειδούς .

Θεραπεία : Είναι συντηρητική και κατ'εξάιρεση χειρουργική . Η
συντηρητική συνίσταται στην ισοβία χορήγηση θυροξίνης και η χει-
ρουργική στην υφολική θυρεοειδεκτομή .

Εστιακή θυρεοειδίτιδα : Είναι μορφή χρόνιας λεμφοκυτταρικής θυρε-
οειδίτιδας . Η διαφορά της από την θυρεοειδίτιδα HASHIMOTO είναι
η εμφάνιση εντοπισμένης εστίας διήθησης υπό λεμφοκυττάρων και ο
σχηματισμός όζου στην εν.λόγω εστία .

Χρόνια διηθητική ενώδης θυρεοειδίτις (RIEDEL) .

Είναι σπάνια νόσος και η αιτιολογία της είναι άγνωστη . Συνήθως
συνοδεύεται από σύνδρομο ένωσης και άλλων ιστών .

Ιστολογική εικόνα : Ο αδένος είναι πολύ σκληρός και καθηνλωμένος .
Το αδενικό επιθήλιο είναι κατεστραμμένο και έχει αντικατασταθεί
από ενώδη ιστό .

Κλινική εικόνα : Παρατηρείται ανώδυνηστην πίεση διογκωση του θυ-
ρεοειδούς , επίσης σημεία πίεσης και σε προχωρημένο στάδιο σημεί-
α υποθυρεοειδισμού .

Διάγνωση : Η κλινική διάγνωση είναι δυσχερής , η εργαστηριακή
θα κατευθυνθεί στην βιοψία του αδένος .

Θεραπεία : Είναι κατ'εξοχήν χειρουργική και συνίσταται στην εκτομή του τμήματος που παρουσίασε ένωση , τα αποτελέσματα αυτής είναι καλλίτερα αν η διάγνωση γίνει στα πρώιμα στάδια της νόσου . Η θεραπεία υποκατάστασης δια θυροξίνης κατόπιν της επεμβάσεως είναι απαραίτητη δι' αποφυγήν του αναμενόμενου υποθυρεοειδισμού .

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η καλή προεγχειρητική προετοιμασία αποτελεί το σπουδαιότερο βήμα για την επιτυχία της επέμβασης, σκοπό δε έχει την μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Ιδιαίτερη προετοιμασία χρειάζεται ο υπερθυρεοειδικός ασθενής, πρέπει δηλαδή να καταστεί ευθυρεοειδικός πριν οδηγηθεί στο χειρουργείο. Αυτό επιτυγχάνεται με αντιθυρεοειδικά φάρμακα (συνιθέστερα χρησιμοποιείται η καρβιμαζόλη) και ανόργανο ιώδιο π.χ. διάλυμα LUGOL. Όπως αναφέρουν οι ερευνητές Γ. Σκαλέας και Α. Χαίλλης (1969), ο οργανισμός αντιδρά στο εγχειρητικό τραύμα του θυρεοειδούς με αύξηση της δραστηριότητας αυτού, γι' αυτό για να αντιεξεί ο ασθενής πρέπει πρώτα να γίνει ευθυρεοειδικός. Το ανόργανο ιώδιο δίνεται κυρίως για να καταστεί ο αδένας σκληρός και να περιοριστεί η αγγειοβρίθειά του. Ο συνδιασμός αντιθυρεοειδικών φαρμάκων και ιωδίου δίδεται 2 μήνες πριν της επέμβασης κατά τον Α. Χαρρά ενώ κατά τον Β. Λεουτσόκο (1965) αυτή η προετοιμασία αρχίζει 1½ μήνες προ της επέμβασης. Ο S. TAYLOR (1964) εισήγαγε την χορήγηση DIOTROXIN (90% T₄ και 10% T₃) 2 εβδομάδες μετά την έναρξη της προετοιμασίας για να εμποδίσει την διόγκωση του θυρεοειδούς. Ταυτόχρονα με τα παραπάνω χορηγούνται στον ασθενή και ηρεμιστικά φάρμακα (π.χ. ΕΞΥΝΙΛ, LIBRIUM κ.λ.π.).

Στην κύηση αν η θυρεοτοξίκωση είναι μετρίου βαθμού η ασθενής προετοιμάζεται μόνο με ιώδιο, αν δε η θυρεοτοξίκωση είναι σοβαρότερη δίδονται και αντιθυρεοειδικά φάρμακα. Η διαπίστωση ότι ο ασθενής παρουσιάζει σημεία κυκλοφορικής ανεπάρκειας επιβάλλει την χορήγηση σκευασμάτων δακτυλίτιδας. Ο Α. Χαρράς προτείνει την χορήγηση ρεζεργίνης και γουανεθιδίνης ως υποβοηθητικά στην γενική φαρμακευτική αγωγή φάρμακα η χορήγηση των οποίων πρέπει να διακοπεί μια εβδομάδα προ της επέμβασης.

Όλοι οι προς εγχείρηση θυρεοπαθείς ασθενείς είναι οκόπιμο να υποβληθούν σε έλεγχο της λειτουργείας του θυρεοειδή . Αυτός είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει ανάλογα της τελικής διάγνωσης , τον προσδιορισμό της τελικής θυροξίνης και ενδεχομένως τριιωδοθυρονίνης του ορμού , επίσης την διενέργεια σπινθύρογραφήματος δια ραδιενεργού τεχνητίου . Πάντα πρέπει να γίνεται και προσδιορισμός του τίτλου των θυρεοειδικών αντισωμάτων . Ο ευθυρεοειδικός ασθενής δεν χρειάζεται να υποβληθεί σε ιδιαίτερη προετοιμασία προ της ενγχειρήσεως , ενώ η εγχείρηση επί υποθυρεοειδικού ασθενή , πρέπει να αναβάλλεται πρόσκαιρα μέχρι αυτός να καταστεί ευθυρεοειδικός , δια της χορήγησης θυρεοειδικών ορμονών PER 03 . Πριν από την ενγχείρηση όλοι οι θυρεοειδοπαθείς ασθενείς πρέπει να υποβληθούν σε μια σειρά αιματολογικών και ακτινολογικών εξετάσεων όπως όλοι οι υποψήφιοι για εγχείρηση ασθενείς δηλαδή 1) γενική εξέταση αίματος (ερυθρά , λευκά , αιμοπετάλια , ΗΒ , ΗΤ , λευκοκυτταρικός τύπος). 2) ταχύτητα καθίζησης ερυθρών, ουρία αίματος . 3) σάκχαρο αίματος . 4) δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας 5) λευκώματα ορμού αίματος 6) γενική εξέταση ούρων 7) ακτινογραφία θώρακος 8) Η.Κ.Γ. Η λαρυγγοσκοπεία είναι απαραίτητη για τον έλεγχο των φωνητικών χορδών και τέλος η μέτρηση της ενδοφθαλμίου πίεσεως σε περίπτωση εξώφθαλμου .

Αντεδείξεις για θυρεοειδεκτομή.

- 1) Κυκλοφοριακή ανεπάρκεια . Είναι δυνατόν να συνυπάρχει με τον υπερθυρεοειδισμό εν ενεργεία κυκλοφορική ανεπάρκεια ή αντίσταθμιζομένη . Στην πρώτη περίπτωση η θυρεοειδεκτομή αντεδείκνυται , στην δε δεύτερη εγκρίνεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις .
- 2) Ο εξώφθαλμος . Οι CATZ και PERZIK (1965) γνωμοδοτούν υπέρ της ολική θυρεοειδεκτομής για αυτήν την περίπτωση , νεότερες αντιλήψεις (Α. Χαρράς) απορίπτουν την ιδέα της επέμβασης επί εξώφθα-

λμού.

- 3) Υποτροπή του υπερθυρεοειδισμού κατόπιν θυρεοειδεκτομής. Αποφεύγεται η εγχείρηση λόγω αλλαγής των ανατομικών δεδομένων, επιτρέπεται δε μόνο μετά πρόκλησης κλειστικών μορφών.
 - 4) Συνυπάρχουσα δεύτερη νόσος. Πρέπει πρώτα να καταστεί ο ασθενής ευθυρεοειδικός μετά έπαιται η επέμβαση για την δεύτερη νόσο και κατόπιν θυρεοειδεκτομή.
 - 5) Φαρμακευτική υπερπροετοιμασία των ασθενών δι εγχείρηση. Αν δοθούν σε υπέρμετρη δόση αντιθυρεοειδικά φάρμακα προκαλείται υποθυρεοειδισμός και αύξηση της αιμάτωσης του αδένος έτσι υπάρχει ο κίνδυνος αιμοραγίας κατά την εγχείρηση. Σε τέτοια περίπτωση απαιτείται επανένταξη του ασθενούς σε ευθυρεοειδική κατάσταση πρό της επέμβασης.
- Γενικά πρέπει να πούμε ότι στις ενεργούμενες θυρεοειδεκτομές δεν υπάρχει πάντα πραγματική αιτία, με αποτέλεσμα την δημιουργία ιατρικών προβλημάτων στην προσπάθεια επίλυσης απλούστερων. Σ' αυτό το συμπέρασμα κατέληξαν οι Κ.Αλεβιζάκη, Μ.Αλεβιζάκη-Χαρχαλάκη και Δ.Ικίος το 1984 μελετώντας 923 περιπτώσεις θυρεοειδοπαθών ασθενών.

Η ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΕΠΙ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗΣ

Η ψυχολογική προετοιμασία για την νάρκωση είναι σημαντική για τον ασθενή που πάσχει από νόσο του θυρεοειδούς. Ο χειρουργός Δ. Βασώρης (1966) λέγει χαρακτηριστικά ότι "ο φόβος της ναρκώσεως" είναι μεγαλύτερος από τον "φόβο της ενγχειρήσεως". Τούτο ισχύει πολύ περισσότερο για τον υπερθυρεοειδικό ασθενή, για αυτό πρέπει ο αναισθησιολόγος που θα δώσει νάρκωση, να επισκευθεί τον ασθενή πριν την επέμβαση, να κερδίσει την εμπιστοσύνη του και να ενημερωθεί για τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων. Η νάρκωση των θυρεοειδοπαθών ασθενών διαφέρει της νάρκωσης των άλλων ασθενών. Δύο παράγοντες καθιστούν αυτήν διαφορετική. Πρώτον η μεταβολική κατάσταση του ασθενή και δεύτερον η πιθανώς υπάρχουσα μερική απόφραξη των αναπνευστικών οδών και η ανδεχόμενη επιδείνωση αυτής κατά την διάρκεια της ενγχείρησης από τους χειρισμούς επί της τραχείας. Σήμερα σπάνια οδηγείται σε ενγχείρηση υπερθυρεοειδικός ασθενής, αντίθετα πολλές φορές οδηγείται σε ενγχείρηση υποθυρεοειδικός ασθενής λόγω υπερβολικής προετοιμασίας αυτού με αντιθυρεοειδικών φαρμάκων όπως επιβεβαιώνει ο Δ. Ψαρράς. Και αυτό έχει σημασία διότι μεταβολίζει βραδέως τα φάρμακα της ναρκώσεως.

Επιπλοκές κατά την νάρκωση :

- α) Τρώση της τραχείας: σπάνια επιπλοκή η οποία συχνότερα συμβαίνει σε περιπτώσεις επανεγχείρησης για υποτροπή της βρογχοκήλης ή για καρκίνωμα.
- β) Σύνδρομο καρωτιδικού βολβού: σύνδρομο που εκδηλώνεται κατόπιν πίεσης επί του διχασμού της κοινής καρωτίδας και του πνευμονογαστρικού νεύρου, εκδηλώνεται με βραδυκαρδία, βραδύπνοια και πτώση της Α.Π.
- γ) Οίδημα λάρυγγος: οφείλεται σε κοκώσεις του λάρυγγα που συμβαίνουν όταν η εισαγωγή του σωλήνα είναι δυσχερής λόγω στενώσεως της τραχείας.
- δ) Άνοξια: συμβαίνει σε περίπτωση που δίδεται η

συνέχεις νόρκωση σε υπερθυροειδικό ασθενή .

ΘΥΡΕΟΞΙΔΩΣΗ

Ουσιώδη σημεία τεχνικής .

- α) Προφύλαξη των παραθυρεοειδών αδένων , του κάτω λαρυγγικού νεύρου και του έξω κλάδου του άνω λαρυγγικού από κακώσεις .
- β) Επαρκής αποκάλυψη του αδένα και έλεγχος αυτού . γ) Εκτομή επαρκούς θυρεοειδικού παρεγχύματος . δ) Προφύλαξη του ασθενούς από αισθητικές δυσμορφίες .

Τεχνική θυρεοειδεκτομής .

- 1) Τομή . Προτιμάται η ελαφρώς ελλειπτική τομή . Οι Β.Τσακαγιάννης και Χ.Μουτσούρης (1963) εφαρμόζουν μεταλοειδή ραφή επί καρκινώματος . Η τομή γίνεται κατά τον Α.Ψαρρά στο μέσο της απόστασης από τον κρικοειδούς χόνδρο μέχρι της σφαγής του στέρνου, ή 3-4 εκατοστά πάνω από την λαβή του στέρνου , κατά τον Β.Λεουτσάκο (1965) .
- 2) Υπέγερση των δερματικών κρυμνών . Το δέρμα το υποδόριο λίπος και το μυώδες πλάτυσμα υπεγείρονται μαζί άνω ως τον θυρεοειδή χόνδρο του λάρυγγα και κάτω ως την σφαγή του στέρνου, συγκρατούνται δε σ'αυτήν την θέση με τον διαστολέα του JOEL .
- 3) Διαχωρισμός των υποκείμενων μυών . Αυτός γίνεται όταν οι μύες αποκρύπτουν μέρος του αδένα , η τομή γίνεται ψηλότερα από την τομή του δέρματος για καλλίτερο αισθητικό αποτέλεσμα κατά τον Β.Λεουτσάκο , αν και προκαλεί αύξηση του μετεγχειρητικού άλγους , επισημαίνει ο Α.Ψαρράς .
- 4) κίνητοποίηση του λοβού του αδένα . Αφού ανοιχτεί η χειρουργική κάβα αρχίζει η κίνητοποίηση του αδένα . Αρχικά απολινούται η μέση θυρεοειδική φλέβα , έπεται η απολίνωση της κάτω θυρεοειδικής αρτηρίας, η οποία αρτηρία πολλές φορές συμπλέκεται μετά του κάτω λαρυγγικού νεύρου , για αυτά πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή ώστε να μην προκληθεί κάκωση αυτού . Στην συνέχεια γί-

νεται απολίνωση των κάτω θυρεοειδικών φλεβών και έτσι κινητοποιείται ο κάτω πόλος του σύστοιχου λοβού . Επειτα γίνεται απολίνωση των άνω θυρεοειδικών αγγείων ως και τομή του κρεμαστήρος συνδέσμου έτσι ολοκληρώνεται η κινητοποίηση του λοβού του αδένου

5) Προφύλαξη των παραθυρεοειδών αδένων . Ο Α. Ψαρράς συνιστά να μην αναζητούνται σκόπεμα οι παραθυρεοειδείς αδένες προς αποφυγή κατώσεως αυτών . Αντίθετα ο Β. Λεουτσάκος προτείνει την προσεκτική έρευνα αυτών , για τον ίδιο λόγο .

6) Υφολική θυρεοειδεκτομή . Στα νεότερα άτομα αφήνεται περισσότερο παρεγχύμα από όσο στα ηλικιωμένα . Ο Β. Λεουτσάκος πιστεύει ότι είναι προτιμότερο να αφαιρεθεί περισσότερος ιστός και το άτομο αργά αργά να γίνει υποθυρεοειδικό παρά να μην αφαιρεθεί αρκετός και να υποτραλιώσει η θυρεοτοξίνωση . Στη της τεχνικής τα όρια του παρεγχήματος αφορίζονται από σειρά μικρών αιμοστατικών ληρίδων (MOSKITOS) . Εν συνεχεία αφαιρείται το τμήμα του λοβού που καίται προς τον ισθμό . Το εναπομείναν τμήμα καθλώνεται επί της τραχείας με 5-4 ζωϊκά ράματα για λόγους αιμόστασης .

7) Ολική θυρεοειδεκτομή . Κατά τον Α. Ψαρρά ο ένας λοβός εκτέμνεται ολικώς και ο έτερος σχεδόν ολικώς , δηλαδή αφήνεται η κάψα με ελάχιστο ποσό παρεγχύματος προς μεγαλύτερη εξασφάλιση των παραθυρεοειδών αδένων και του κάτω λαρυγγικού νεύρου κατά την πλευρά αυτήν .

8) Ραγιά του τραύματος . Αφού εφαρμοστούν οι κατάλληλοι σωλήνες παροχέτευσης , ενεργούνται ραφές κατά στρώματα , αρχικά ράβονται οι υπερκείμενοι μύες έπειτα η καλύπτουσα αυτούς περιτονία μετά το μύδες πλάτυσμα ομού με τον υποδόρειο ιστό και τέλος το δέρμα ράματος μετάξης Νο 4/0 κατά τον Α. Ψαρρά , ή με διακεκομμένα ζωϊκά ράματα ή με συνεχές NYLON κατά τον Β. Λεουτσάκο .

Επιπλοκές κατά την θυρεοειδεκτομή .

- α) Αιμοραγία : Η πιο δύσκολα ελεγχόμενη αιμοραγία είναι αυτή της άνω θυρεοειδούς αρτηρίας διότι αυτή συσπάται προς τον τράχηλο . Η αιμοραγία των κλάδων της κάτω θυρεοειδούς αρτηρίας είναι λιγότερο ζωνηρή αλλά περισσότερο επικίνδυνη διότι στην προσπάθεια αιμόστασης υπάρχει κίνδυνος κάκωσης του κάτω λαρυγγικού νεύρου .
- β) Κάκωση του κάτω λαρυγγικού νεύρου. Συμβαίνει δια των ακόλουθων τρόπων : 1) δια συνθλίψεως με αιμοστατική λαβίδα , 2) δια απολίνωσης αυτής μαζί με τα αγγεία , 3) δια τομής αυτού , 4) δια στραγγαλισμού αυτού από πιμάτωμα , 5) -δια απολινώσεως αυτού εκ του περιβάλλοντος συνδετικού ιστού .
- γ) Κάκωση του άξω κλάδου του άνω λαρυγγικού νεύρου . . Αυτός υφίσταται κάκωση κατά την απολίνωση των άνω θυρεοειδικών αγγείων
- δ) Κάκωση των παραθυρεοειδικών αδένων. Συνήθως συμβαίνει επί αδένων και βιαστικών χειρισμών σύνθλιψη του εν λόγω αδένος με λειτουργικές συνέπειες.
- ε) Κάκωση της τραχείας . Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος τρώσεως της τραχείας με αποτέλεσμα την εισρόφηση αίματος και μόλυνσης του ενγχειρητικού πεδίου .

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Στον ασθενή χορηγούνται αναλγητικά, αποχρεμπτικά και καταπραϋντικά φάρμακα. Εξασφαλίζεται η ενυδάτωση αυτού με ενδοφλέβια χορήγηση διαλύματος γλυκόζης ή RINGER'S. Οι παροχετευτικοί σωλήνες αφαιρούνται την δεύτερη μετενγχειρητική ημέρα, τα βάρματα κατά τον Α. Ψαρρά αφαιρούνται τα μισά μαζί με τους σωλήνες την δεύτερη μετενγχειρητική ημέρα και τα άλλα μισά την τρίτη ή την τέταρτη, κατά τον δε Β. Λεουτσάκο αφαιρούνται όλα μαζί την τέταρτη ημέρα. Ο ίδιος αναφέρει την ανάγκη χορήγησης ιωδίου επί 3-4 ημέρες μετενγχειρητικώς. Ο Α. Ψαρράς προτείνει την χορήγηση τριιωδοθυρονίνης κατά τις ημέρες της νοσηλείας. Ο Δ. Λαζαρίδης (1978) σε εργασία του περί του καρκίνου του θυρεοειδούς προτείνει την χορήγηση θυροξίνης που συνεχίζεται και μετά την έξοδο του ασθενούς απ το νοσοκομείο αυτό γίνεται για την καταστολή της ανάπτυξης των μεταστάσεων του θυρεοειδούς. Όσον αφορά την παιδική ηλικία ο R. ROTHENBERG προτείνει την άμεση χορήγηση θυρεοειδικού παρεγχύματος μόνο αν ο μικρός ασθενής εμφανίσει υποθυρεοειδισμό.

Η χειρουργηθείσα έγκυος χρήζει ιδιαίτερης μετεγχειρητικής φροντίδας, οι BEEB και HALL (1960) συμβουλεύουν την χορήγηση θυρεοειδικών σκευασμάτων σε όλες τις περιπτώσεις ως προληπτικό μέτρο υποθυρεοειδισμού, ο οποίος με την σειρά του θα προκαλούσε διακοπή της κύησης. Αντίθετα ο HAWE (1965) υποστηρίζει ότι η άποψή τους είναι συζητήσιμη, διότι επί 25 ασθενών με κύηση και θυρεοτοξίκωση δεν έδωσε θυρεοειδικά ειχειλίσματα και δεν παρατήρησε κανένα θάνατο εμβρύου.

Πριν την έξοδο του ασθενούς πρέπει αυτός να υποβληθεί σε ορισμένες εξετάσεις σύμφωνα με τον Α. Ψαρρά, αυτές είναι προσδιορισμός του ασβεστίου και του φωσφόρου, αν ο ασθενής αισθάνεται αιμωδία

στα δάκτυλα και των 4 άκρων , στην ράχη της ρινός και στην περιοχή γύρω απ το στόμα και τα ώτα . Και έλεγχος της κινητικότητας των φωνητικών χορδών διότι είναι δυνατόν να προκληθεί κάκωση ενός λαρυγγικού νεύρου μη αντιληπτό κλινικώς .

Μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο συνίσταται από τον Β. Αεουτσάκο η επανεξέταση αυτού σε 15 ημέρες και η μετέπειτα παραπομπή του στον οικογενειακό του γιατρό . Ο Α. Ψαρράς πύο σίγουρος για τα αποτελέσματα της θυρεοειδεκτομής ορίζει τον χρόνο επανεξέτασης σε τρεις μήνες και αφορά προσδιορισμό επιπέδου φωσφόρου , ασβεστίου , των κυκλοφορούντων θυρεοειδικών ορμονών και της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης . Σε περίπτωση κριένου επιβάλλονται οι προαναφερθείσες εξετάσεις και επιλέων η ακτινογραφία θώρακος και το σπινθηρογράφημαστών, όλα αυτά ανά τακτά χρονικά διαστήματα 3,6,9 και 12 μηνών αναλόγως την περίπτωση , και δια το υπόλοιπο της ζωής των ασθενών .

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Εντός από τις γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές που συναντώνται σε κάθε χειρουργική επέμβαση (δηλαδή ναυτία , έμετος , ελαφρά δυσφορία κατά την αναπνοή κ.λ.π.), οι πιο κοινές είναι το άλγος κατά την κατάποση και η δυσφαγία και οι δύο υποχωρούν εντός 2ή3 ημερών από της εγχειρήσεως . Η κεφαλαλγία μετά την θυρεοειδεκτομή ωφείλεται σε υπερέκταση της αυχενικής μοίρας και διαρκεί επί σειρά ημερών είναι δε ενοχλητική .

Πιο συγκεκριμένα οι ειδικές μετεγχειρητικές επιπλοκές μετά την θυρεοειδεκτομή είναι οι εξής :

I) Μετεγχειρητική αιμοραγία .

Αυτή είναι δυνατόν να προέλθει από τα εν τω βάθει αγγεία ή τα υποδόρια . Στην πρώτη περίπτωση η εκδήλωση της αιμοραγίας μπορεί να είναι άμεση ή επιβραδυνόμενη (Ψαρρός) . Επί άμεσου εκδηλώσεως της εν τω βάθει αιμοραγίας , η διαπίστωση αυτής γίνεται κατά την αφύπνιση του ασθενούς και συνίσταται στην εκροή αίματος από τους σωληνάκιους παροχέτευσης . Η αντιμετώπιση γίνεται στα χειρουργείο υπό νέα νάρκωση .

Στην περίπτωση επιβραδυνόμενης αιμοραγίας αυτή συμβέπει εντός δύο ωρών από το πέρας της επέμβασης και ενώ ο ασθενής βρίσκεται στην κλίνη του . Η αναγνώριση αυτής γίνεται από τα δυσπνοϊκά φαινόμενα καθ' ακολουθούν .επιπλέον ο ασθενής συγκρατεί την κεφαλή του σε χαρακτηριστική θέση μη δυνάμενος να μετακινήσει αυτήν . Η αντιμετώπιση τέτοιας κατάστασης πρέπει να είναι άμεση και συνίσταται στην ρήξη του τραύματος ώστε να παροχετευθούν τα πηγμένα του αίματος και να ελευθερωθεί η αναπνοή του ασθενούς καθώς και η περαιτέρω διακομιδή αυτού στο χειρουργείο . Στην περίπτωση αιμοραγίας των υποδορείων αγγείων παρατηρείται υποδόρειο αιμάτωμα και αίσθημα συσφίξεως άνευ δυσπνοϊκών φαινομέ-

ων συνίθως . Επιβάλεται σ αυτήν την περίπτωση ηδιερεύνηση του τραύματος .

II) Παράλυση του κάτω λαρυγγικού νεύρου .

Πρόκειται για παράλυση εξ αιτίας κάκωσης ποικίλης μορφής δηλ. ετεροπλεύρου ή αμφοτεροπλεύρου , τέλεια ή ατελής κ.λ.π. Δεδομένου ότι το κάτω λαρυγγικό νεύρο μπορεί να λάβει πολυποικίλες μορφές ως ανεφέρεται στο κεφάλαιο περί ανατομίας του τραχήλου .

Αναλόγως της κτώσεως του νεύρου εμφανίζεται αλοιώση της φωνής και της αναπνοής (δηλ. αφωνία, βραχνάδα , δυσκολία κατά την αναπνοή.) . Η παρουσιαζομένη βραχνάδα μπορεί να είναι μόνιμη ή παροδική . Ο Α. Γαρράς αναφέρει ότι αν η βραχνάδα εξακολουθεί να υφίσταται άνω των 12 μηνών , η βλάβη είναι μόνιμη , ενώ ο Β. Λεουτσάκος περιορίζει αυτό το όριο στους 9 μήνες .

III) Οίδημα του λάρυγγα και της γλωτίδας .

Δυνατόν να ωφείλεται σε υπερπροετοιμασία δια αντιθυρεοειδικών φαρμάκων ή και στο φουσκομένο μπαλονάκι του ενδοτραχειακού σωλήνα . Κατά τον Β. Λεουτσάκο συχνότερη επιπλοκή αποτελεί το οίδημα γλωτίδος και γίνεται αντιληπτό από την εισρόφιση εντός της τραχείας τροφών . Και στις δύο περιπτώσεις αυτή η επιπλοκή δεν αποτελεί σοβαρό κίνδυνο και υποχωρεί εντός ολίγων ημερών .

IV) Κάκωση του άνω λαρυγγικού νεύρου .

Συμβαίνει κατά την προσπάθεια κινητοποίησης του άνω λοβού και εκφράζεται εκί του ασθενούς με ελαφρά βραχνάδα που υποχωρεί εντός 3 μηνών .

V) Υποπαραθυρεοειδισμός .

Ωφείλεται είτε στην τυχαία αφαίρεση των παραθυρεοειδικών αδένων , είτε σε πρόκλησης διαταραχής της αιμάτωσης αυτών . Ο Β. Λεουτσάκος προσθέτει ως αιτία την οστεοπόρωση που προκαλεί η θυρεοτοξίκωση . Χαρακτηρίζεται από υπασβεστιαμία , υπασβεστιουρία ,

, υπερφωσφαταιμία και υποφωσφατουρία . Η μορφή του μπορεί να είναι έκδηλος ή υποκλινική . Στην πρώτη περίπτωση η διάγνωση γίνεται από την εμφάνιση τετανίας . Κατά το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται αιμωδία στα άκρα και στην περσοχή πέριξ του στόματος, δύσπνοια και επώδινες συσπάσεις των άκρων . Στην δεύτερη περίπτωση που ανεγνωρίσθει για πρώτη φορά από τον DAVIS το 1961 επικρατούν ταφαινόμενα εκ της ψυχικής σφαίρας (καταθλιπτική ψύχωση) .

ΜΕΡΟΣ Β (Νοσηλευτικό)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

1) Ψυχολογική υποστήριξη .

Ο ασθενής που ίσως για πρώτη φορά βρίσκεται σε περιβάλλον ιατρικών εργαστηρίων , ιδιαίτερα αν αυτός πάσχει από υπερθυρεοειδισμό , βρίσκεται σε κατάσταση STRESS που σίγουρα επηρεάζει τα αποτελέσματα των εκάστοτε εξετάσεων . Εκείνο που μπορεί να κάνει ένας νοσηλεύτης είναι να προσπαθήσει να ηρεμίσει τον ασθενή με οποιονδήποτε δυνατό τρόπο . Η συμπεριφορά προς τον ασθενή πρέπει να είναι ευγενική και ανθεκτική στις τυχόν παραξενιές αυτού . Μπορούμε να μιλάσουμε μαζί του συζητήση για άσχετα του νοσοκομείου θέματα με προσοχή να μην τον κληρώσουμε ή του προσβάλλουμε . Προσοχή δίνουμε και στην σωματική άνεση αυτού διότι και αυτή παίζει σημαντικό ρόλο . Αν ανακαλήψουμε μεγάλη ψυχική ένταση επ αυτού πρέπει να το αναφέρουμε διακριτικά στον γιατρό .

2) Νοσηλευτικές ενέργειες .

α) Επί μετρήσεως του ραδιενεργού ιωδίου στα ούρα , επιβάλλεται η φύλαξη αυτών σε διάστημα 6 και 24 ωρών .

β) Σύμφωνα με υποδείξεις των Α.Σαχίνη και Η.Πάνου πρέπει να τηρείται επαγρήπηση για ορισμένους παράγοντες που παραβλάπτουν την δοκιμασία μέτρησης του FBI , όπως η χρήση ιωδίου στο σημείο φλεβοκέντησης και η λήψη φαρμάκων ή η χορήγηση χρωστικών ουσιών που περιέχουν ιώδιο (π.χ. αποχρεμπτικά , αντιβηχικά κ.λ.π.) Στην πρώτη περίπτωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί άλλο τοπικό αντισηπτικό π.χ. οινόπνευμα .

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

I) Ψυχολογική υποστήριξη .

Ο θυρεοειδοπαθής ευθυρεοειδικός ασθενής , δεν έχει ανάγκη ιδιαίτερης ψυχολογικής υποστήριξης από περιπτώσεις άλλων ασθενών . Αντίθετα ο υπερθυρεοειδικός ασθενής έχει αυξημένες ανάγκες σ' αυτόν τον τομέα . Αφ' ενός η εισαγωγή στο νοσοκομείο και αφ' ετέρου η ορμονική επίδραση , συντελούν στην δημιουργία αυξημένης έντασης του άγχους , το οποίο μπορεί να οδηγήσει ή στην άρνηση τελικά του ασθενούς να υποβληθεί σε εγχείρηση ή στην μεγένθηση των μετεγχειρητικών επιπλοκών ή στην αναβολή της επέμβασης λόγω ψευδών εντυπώσεων εξάρσεως του υπερθυρεοειδισμού εφαρμοζομένης της προεγχειρητικής αντιθυρεοειδικής προετοιμασίας . Για τους παραπάνω λόγους πρέπει να προβούμε σε σειρά ενεργειών που θα μειώσουν την επίδραση του άγχους .

1) Οι επισκέψεις πρέπει να είναι ευχάριστες για τον ασθενή. Πολύ σωστά οι BILASON , KRATZER και FARRANT προτείνουν ότι πρέπει να παρακολουθείται η επίδραση των επισκέψεων στον ασθενή, αν δε διαπιστωθεί αρνητική, τότε με τρόπο πρέπει να περιοριστούν .

2) Η επικοινωνία του νοσηλευτή μετά του ασθενούς είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την εκτόνωση του άγχους από τον δεύτερο. Πρέπει να αποκτηθεί η εμπιστοσύνη του ασθενούς , ο νοσηλευτής πρέπει να κατανοήσει τα προβλημάτά του και να δείξει ενδιαφέρον, επίσης πρέπει να εξηγηθεί με απλά λόγια στον ασθενή η φύση της ασθένειάς του , δίνοντας έμφαση στα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας χωρίς να αποκρύπτονται οι τυχόν επιπλοκές αυτής που συνήθως είναι ήδη γνωστές από τον ασθενή . Άλλο θετικό σημείο της απόκτησης εμπιστοσύνης του ασθενούς είναι η εκμείευση πληροφοριών περί της ασθένειάς του που είτε ξέχασε να πεί στον γιατρό είτε σκοπίμως απέκρυψε από αυτόν . Κατά την γνώμη μου οι διακρο-

σωπικές σχέσεις νοσηλευτού-ασθενή δεν πρέπει να εξελίσσονται σε επίπεδο φιλίας διότι : α) παρεμποδίζεται η αντικειμενική βοήθεια του νοσηλευτή προς τον ασθενή και β) είναι χάσιμο χρόνου για τον νοσηλευτή . Πάντως η επικοινωνία με τον ασθενή δεν είναι πάντα εύκολη διότι μερικές φορές σκονταφτεί στην εκδήλωση απομόνωσης και εσωστρέφειας πράγμα που πρέπει να καταπολεμηθεί με την καρότηση συνάφης σχέσεων έστω με άλλους ασθενείς .

3) Εάν και εφ' όσον ο ασθενής έχει επιδείξει τάσεις για θρησκευτική δραστηριότητα , το γεγονός αυτό πρέπει να αξιοποιηθεί από τον νοσηλευτή που θα βοηθήσει τον ασθενή του προτρέποντάς τον σε περαιτέρω θρησκευτική δραστηριότητα . Καλόν είναι και σύμφωνα με τις υποδείξεις της Α.Ραγιά (1978) να καλέσουμε τον ιερέα του νοσοκομείου να συναντηθεί μετά του ασθενούς . Άνθρωπος με σταθερή πίστη στον θεό είναι ικανός να ξεπεράσει και τις πιο δύσκολες ψυχολογικές καταστάσεις ακόμα κι αν έχουν ορμονικό υπόστρωμα . Τα ανωτέρω ισχύουν για θρησκευόμενους ασθενείς , αντίθετα αν εφαρμοστούν σε άτομα με χαλαρή ή ανύπαρκτη σχέση με την θρησκεία ίσως επιτείνουν την εσωστρέφεια και τον απομυστισμό του ασθενούς .

4) Πρέπει να μας απασχολήσει η διασκέδαση του ασθενούς , ασχολίες όπως κέντημα ανάγνωση βιβλίου κ.λ.π. μπορούν να απαλύνουν το αυξημένο άγχος του υπερθυρεοειδικού ασθενή -ο οποίος συνήθως είναι περιπατητικός και μπορεί να κάνει περίπατο στο μπαλκόνι του θαλάμου ή στο σαλόνι της κλινικής ή και στο κιλικίο του νοσοκομείου αν δεν έχει αντίρρηση ο θεράπων ιατρός .

5) Ο χώρος διαμονής των ασθενών πρέπει να είναι επίσης ευχάριστη μη δυσάρεστος δηλαδή να μην είναι θορυβώδης , μακριά από ασανσέρ και άλλες πηγές θορύβου , να φωτίζεται επαρκώς και όχι υπερβολικά (ειδικά αν ο ασθενής έχει και εξώφθαλμο) , να έχει

χαρούμενα χρώματα , ανθοδοχεία , διακόσμηση και όσο το δυνατόν λιγώτερους ασθενείς . Η θερμοκρασία αυτού είναι σημαντικό να κρατείται σε ανεκτά απ τον ασθενή επίπεδα που ως γνωστόν εμφανίζει δυσανεξία στην ζέστη αν είναι υπερθυρεοειδικός και δυσανεξία στο κρύο αν είναι υποθυρεοειδικός .

6) Το φαγητό του ασθενούς πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο εύγευστο , εμφανές και αρεστό σ' αυτόν . Ποψήματα ερεθιστικά πρέπει να αποφεύγονται .

7) Είναι σημαντική η εξασφάλιση αρκετού ύπνου από τον ασθενή και η επιρκής ανάπαυσή του . Εν ανάγκη πρέπει να του δίνουμε τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά που συνέστησε ο γιατρός .

8) Μεγάλο ρόλο παίζει και η ικανοποίηση των φυσικών αναγκών από τον υπερθυρεοειδικό ασθενή στην κατακοιέμησή του άγχους ή ποιό σωστά η δυσκολία ικανοποίησης αυτών μεγαλώνει το άγχος του ασθενούς σε σημείο να θέλει να εγκαταλήψει το νοσοκομείο για αυτόν τον λόγο .

II) Παρακολούθηση των αλλαγών του μεταβολισμού .

Όπως είπαμε και προηγουμένως για να χειρουργηθεί ένας υπερθυρεοειδικός ασθενής πρέπει να καταστεί πρώτα ευθυρεοειδικός , για αυτό πρέπει να γίνεται κλινική παρακολούθηση του μεταβολισμού αυτού . Δηλαδή να σημειώνονται καθημερινά το βάρος (ή μένει σταθερό ή αυξάνεται λίγο) , οι σφύξεις (μειώνεται ο ρυθμός τους) , ο πυρετός του ασθενούς που συνήθως παρουσιάζει δέκατα , η αρτηριακή πίεση , η έντονη εφίδρωση που καλώς εχόντων των πραγμάτων υποχωρεί , το άγχος του ασθενούς που συνήθως απηλείφεται , ή εύκολη κόπωση και τα ανταντακλαστικά που γίνονται πιο ήρεμα . Αν συμβαίνουν τα άνωθεν τότε ο υπερθυρεοειδισμός υποχωρεί . Αν αντίθετα κάποιος από αυτούς τους παράγοντες επιμένει τότε πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός .

III) Επισημίανση τυχόν παρενεργειών των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων και του ιωδίου .

Πρέπει να ελέγχεται καθημερινά ο ασθενής για τυχόν παρουσία μη ανεπιτηκότητας στα φάρμακα προεγχειρητικής προετοιμασίας . Αυτή μπορεί να εκδηλωθεί με εξανθήματα , κνησμό , κυρετό , πονόλεμο αρθραλγίες , γαστρεντερικές διαταραχές εξοίδηση του βλενογόνου της στοματικής κοιλότητας , σαλιόροια , φλεγμονή σιελογόνων αδένων . Αν γίνει αντιληπτό ένα εκ των άνω πρέπει να αναφερθεί στοθ θεράποντα γιατρό .

IV) Γενική προετοιμασία .

Όσον αφορά τον εξώφθαλμο πρέπει να παροτρύνουμε τον ασθενή να φορά γυαλιά ηλίου προς αποφυγή ερεθισμού του κερατόειδους , και την νύκτα να σηκώνουμε ελαφρά το ερεσίνωτο της κλίνης του ώστε να παροχετεύεται ευχερέστερα το ενδοφθάλμιο υγρό και να μειώνεται η αρτηριακή πίεση στο κεφάλι .

Η διατροφή του ασθενούς πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες 4000-5000 (Α.Σαχίνη, Μ.Πάνου) , να περιέχει αρκετά λευκώματα ώστε να μην ενεργείται αυτοκαταβολισμός , , επίσης βιταμίνες του συμπλέγματος Β Α. Ψαρράς καθώς και βιταμίνη C (πορτοκάλια , μανταρίνια κ.λ.π.) .

V) Τελική προετοιμασία .

Αυτή περιλαμβάνει : α) Εύρισμα του άνω μέρους του θώρακα , κάτω τραχήλου μέχρι την άνω γνάθο , συνήθως οι άνδρες έχουν αναπτύξει τριχοφυία στην περιοχή του θυρεοειδούς . β) Κορήγηση δόσεως υπνοσπικίου και ηρεμισπικίου το προηγούμενο βράδυ για την εξασφάλιση ύπνου και ανάπαυσης . Το προηγούμενο της επέμβασης βράδυ το άγχος του ασθενούς βρίσκεται σε έξαρση, γνωρίζω περίπτωση ασθενούς που έφυγε από το νοσοκομείο την προηγούμενη της επέμβασης νύκτα . γ) Δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα μετά τα

μασάνυκτα . δ) Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι μετά την επέμβαση η φωνή του θα είναι προσωρινά βραχνή και ίσως του χορηγήσουμε οξυγόνο για την επικουρική διευκόλυνση της αναπνοής του . ε) Τέλος εξασφαλίζουμε αίμα για τυχέα αντιμετώπιση αιμοραγίας με τε-
γχειρητικά .

ΘΥΡΕΣΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

Η μεταφορά του ασθενούς στην χειρουργική αίθουσα δεν παρουσιάζει προβλήματα . Η θέση του ασθενούς στην χειρουργική τράπεζα είναι ειδική , ο ασθενής αφού ξαπλώσει ύπτια τοποθετούμε ένα σκληρό κυλινδρικό προσκέφαλο κάτω από τους ώμους , έτσι ώστε να υπερεκταθεί ο τράχηλος . Το άνω τμήμα της τράπεζας υπεγείρεται ελαφρά κατά 15 περίπου μοίρες , ώστε να μειωθεί η φλεβική στάση και η εξ αυτής αιμοραγία . Τα μάτια του ασθενούς επικαλύπτονται με οφθαλμολογικές γάζες οι οποίες έχουν επικαλυφθεί με βαζελινούχο ουσία . Η κεφαλή του ασθενούς πρέπει να συγκροστείτε σε ευθεία θέση ώστε η τομή να είναι συμμετρική .

Η κάλυψη του ασθενούς : οι ώμοι και το σώμα του ασθενούς καλύπτονται με ένα σεντόνι . Το κεφάλι καλύπτεται με δύο τετράγωνα που τοποθετούνται χιαστί έτσι ώστε να αφήνεται ελεύθερος ο τράχηλος (πρόσθια επιφάνεια) .

Περίεργαλειοδοσίας : Στον Ευαγγελισμό χρησιμοποιείται ένα SET γενικών εργαλείων και ένα SET εργαλείων θυρεοειδεκτομής .

Το SET γενικών εργαλείων περιέχει : 1) άγκιστρα : 2 RITZARDSON , 2 οξεία ξαδάκτυλα , 4 FARAMBERG , τα τελευταία μόνο χρησιμοποιούνται στην επέμβαση . 2) αναρόφηση (συνήθως δεν χρησιμοποιείται) 3) λαβίδες : 4 ανατομικές (συνήθως δεν χρησιμοποιούνται διότι είναι μεγάλες , αντί αυτών χρησιμοποιούνται αυτές του SET θυρεοειδεκτομής .) . 4) χειρουργικές : μία ρώσικη, μία λαβίδα αγγείων . 5) αιμοστατικές λαβίδες : 4 θυριδωτές λαβίδες ή καρδιόσχημα που δεν χρησιμοποιούνται , 4 ALLIS ή ZAPPY που χρησιμοποιούνται για την υπέγερση των δερματικών κρυμών , 4 KOCHER , 2 OVERHOLD (στηρίζουν τα τούβλια πνεύμονος και χρησιμεύουν για τον καθαρισμό της περιοχής του εγχειρητικού πεδίου από το αίμα) , 20 KELLY , 5 MOSKITOBS , 10 ρουχολαβίδες , SET βελονών , ένα μεγάλο

μπάλ , δύο μετρίου μεγέθους και δύο μικρού μεγέθους , ένα διπλό κοχλιάριο και δύο λαβέςμαχαϊριδίων (νυστερών) μικρού και μεγάλου μεγέθους .

Το SET θυρέοειδεκτομής περιέχει : 1) διαστολέας του JOLL 2) τρεις μικρές λαβίδες PEAN και 3) τρεις ανατομικές λαβίδες μικρού μεγέθους . πολλοί χειρουργοί χρησιμοποιούν διάλλειμα αδρεναλίνης περίπου 1:200000 για να διηθήσουν την περιοχή της τομής αυτό γίνεται για λόγους ανμόστασης , αν και μερικοί π.χ. Α. Φαρράς αντιτίθενται σ' αυτήν την ενέργεια διότι δημιουργεί επιπλοκές εκ του κυκλοφορικού συστήματος .

Η παρασκευή του διαλείματος έχει ως εξής : Ο εργαλειοδότης τοποθετεί ένα μπάλ μέτριου μεγέθους στην άκρη του τραπεζιού MAYO , εν συνεχεία ο νοσηλευτής κυκλοφορίας σπείνι μία αμπούλα αδρεναλίνης (1:10000) πυκνότητας , την ρίχνει στο μπάλ με προσοχή και συμπληρώνει με φυσιολογικό ορό . Έπειτα ανοίγει μια αποστειρωμένη σύριγγα και την πετά στο τραπεζάκι MAYO , ο εργαλειοδότης τότε πληρεί αυτή με το διάλειμα και το προσφέρει στον χειρουργό .

Όσον αφορά τις γάζες ανοίγεται ένα SET κομπρέσες (θα χρειαστούν για να καλύψουν τις επιφάνειες άνω και κάτω από τα άκρα του διαστολέα του JOLL) , 2 ή 3 SET γαζών Α μεγέθους και δύο SET τολιπών πεύμονος .

Από τα ράματα στον Ευαγγελισμό χρησιμοποιούνται : λινό Νο 60 ή 00 για τις απολινώσεις , λινό Νο 25 ή Νο 1 (ως αλλοιώς λέγεται) για την χάραξη της πορείας της τομής . CAT GUT Νο 00 για την ραφή του υποδόριου ιστού και μετάξι 00 για την ραφή του δέρματος . Σωλήνας παροχέτευσης χρησιμοποιείται μικρού μεγέθους .

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η μεταφορά του ασθενούς από το χειρουργικό τραπέζι στο φορείο και από εκεί στην κλίνη πρέπει να γίνει μετά μεγάλης προσοχής, πάντα πρέπει να υποστηρίζεται το κεφάλι του ασθενούς και να διατηρείται σε ελαφρά κάμψη σχετικά με τον κορμό. Στιγμιαία έστω υπερέκταση της κεφαλής μπορεί να προκαλέσει έντονο πονοκέφαλο επί σειρά ημερών κατά τον Α.Ψαρρά. Η πιο κατάλληλη θέση επί της κλίνης του ασθενούς είναι η θέση " SEMI FOWLER " με την προσθήκη προσκεφαλαίου για την υποστήριξη του αυχένα έτσι ώστε να μειωθεί η τάση των ραμάτων.

Το δωμάτιο του ασθενούς πρέπει να είναι σε ήσυχο μέρος διότι οι ασθενείς ειδικά με προϋπάρχοντα υπερθυρεοειδισμό έχουν ανάγκη από ησυχία, ο Α.Ψαρράς επισημαίνει ότι η επίρραση της ψυχικής σφαίρας από παθολογικό θυρεοειδή παρατείνεται και μετά την εκτομή αυτού. Είναι βολικό για τον ασθενή να τοκοθετήσουμε τραπέζι τόσο κοντά σ' αυτόν ώστε να φτάνει αντικείμενα που του χρειάζονται (ποτήρι με νερό, νεφροειδές, περιοδικά κ.λ.π.), χωρίς να είναι αναγκασμένος να κινεί το κεφάλι του έτσι και ο ασθενής αισθάνεται πιο ανεξάρτητος και δεν απασχολεί συνεχώς το νοσηλευτικό προσωπικό.

Περί δύσπνοιας που μερικές φορές εμφανίζονται και μετεγχειρητικώς οι Η.Μαλαρινού και Σ.Κωνσταντινίδου συνιστούν την χρήση τέντας οξυγόνου τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες. Μια απλή συσκευή οξυγόνου είναι αρκετή για ελαφρές περιπτώσεις, σε σοβαρές περιπτώσεις δύσπνοιας όπου συνυπάρχουν κυάνωση, ταχυκαρδία κ.λ.π. συνίσταται η ενέργεια τραχειοστομίας για αυτό πρέπει πάντα όταν νοσηλεύονται τέτοιοι ασθενείς να είναι έτοιμο προς χρήση το SET τρ αχειοστομίας. Πολλές φορές η δύσπνοια ωφείλεται σε πιεστικά φαινόμενα από αιμοραγία οπότε αρκεί η τομή της ραφής του

τραύματος προς παροχέτευσης του αιματώματος . Γενικά ο ασθενής που έχει υποστεί θυρεοειδεκτομή πρέπει να παρακολουθείται συχνά διότι μερικές φορές παρουσιάζει επιπλοκές που μπορεί να του κοστίσουν την ζωή . Επιβάλλεται ως άτυχως η καταγραφή των ζωτικών του σημείων επί τριώρου θάσεως και ο έλεγχος της γενικής του κατάστασης ώστε να αναγνωριστούν και να αντιμετωπισθούν έγκαιρα οι διάφορες επιπλοκές που η εξειδικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση επί ττοιούτων αναφέρεται στο επόμενο κεφάλαιο .

Ο ύπνος του ασθενούς πρέπει να εξασφαλίζεται διότι πολλές φορές παρουσιάζει διαταραχές , ασθενής που χειρουργήθηκε στον Ευαγγελισμό για υπερθυρεοειδισμό παραπονέθηκε ότι παρά την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα που του έγινε δεν κατόρθωσε να κοιμηθεί τις δύο πρώτες μετεγχειρητικές νύκτες . Εκτός από την γενική φροντίδα για την διευκόλυνση του ύπνου καλό είναι να απασχολούμε τον ασθενή την ημέρα όσο το δυνατόν με διάφορες δραστηριότητες ώστε να κοιμάται την νύκτα .

Η τροφή του ασθενούς πρέπει όπως σε όλες τις περιπτώσεις μετεγχειρητικής φροντίδας να είναι πλούσια σε βιταμίνες , πρωτεΐνες και μέταλλα και μέτρια σε ποσότητα υδατανθράκων και λιπών , η μορφή της πρέπει να είναι μαλακή και πολτώδης στην αρχή διότι συχνά ο ασθενής αιτιάζεται δυσκαταποσία και πιο στερεή αργότερα ο ρυθμός αυτής της μεταβολής θα ρυθμιστεί από τον ίδιο τον ασθενή , γενικά μπορούμε να τον αφήσουμε να διαλέξει ελεύθερα το είδος της τροφής , διότι αυτοί οι ασθενείς αναλαμβάνουν γρήγορα τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες , άλλωστε η όλη παραμονή στο νοσοκομείο συνήθως διαρκεί μέχρι 7 ημέρες .

Τις 2 ή 3 πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες που ο ασθενής είναι κλιβήρης συνίσταται από τις ELIASON , KRATER και FARRAND όταν αλάζουμε το κάτω σεντόνι του ασθενούς , αυτό να γίνεται από πά-

νω προς τα κάτω ή από κάτω προς τα επάνω και όχι από τα πλάγια διότι έτσι αποφεύγονται κινήσεις του αυχένα που μπορεί στην δεύτερη περίπτωση να επιφέρουν δυσχέρειες ή και επιπλοκές στο τραύμα .

Η διαδικασία που πρέπει να κάνουμε στον ασθενή κρίνεται εξοδό του είναι μεγάλης σημασίας πρέπει να του πούμε να προσέρχεται τακτικά και στον προβλεπόμενο χρόνο στα εξωτερικά ιατρεία για ιατρικές εξετάσεις , επίσης τονίζεται η ανάγκη για ανάπαυση , χαλάρωση και καλή θρέψη . Η πλήρης ανάληψη ευθυνών και δραστηριοτήτων θα πρέπει να ολοκληρωθεί βαθμιαία βέβαια αυτό εξαρτάται από τον ασθενή . Οι Α.Σαχίνη και Η.Πάνου θέτουν ως όριο, δύο ή τρεις μήνες ενώ ο R.ROTHEMBERG αναφερόμενος στα παιδιά προτείνει την επάνοδο στο σχολείο σε τρεις εβδομάδες . Ξη γούνται επίσης στον άρρωστο οι τυχόν επιπλοκές που είναι δυνατόν να εμφανιστούν και τέλος καθησυχάζεται αν ανυσηχέ για την εναπόθεση μόνιμης ουλής στον λαιμό .

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

I) Μετεγχειρητική αιμοραγία .

Επιβάλλεται ο συχνός έλεγχος του ασθενούς ιδιαίτερα την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα καθ ότι είναι αυξημένες οι πιθανότητες εμφάνισης αυτής . . Τα ζωτικά σημεία πρέπει να καταγράφονται ανά τρίωρο και να παρακολουθούνται συχνότερα ιδιαίτερα τις πρώτες ώρες μετά την επέμβαση , ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην αναπνοή του ασθενούς και να του εξασφαλίζεται άμεσος τρόπος κλίσης σε περίπτωση που θα εμφανίσει έντονη δύσπνοια . Ο έλεγχος για αιμοραγία εκ του τραύματος γίνεται με την αναπόθεση του χεριού μας στην βάση πίσω του αυχένα .

Οι Α.Σαχίνη και Η.Πάνου συνιστούν την αναπόθεση παγοκύστης στην περιοχή του τραύματος ώστε να προληφθεί ή έστω να περιοριστεί η τυχόν επιυμβαινόμενη αιμοραγία, τούτο όμως δεν συμβάλλει το ελάχιστο αν η αιμοραγία προέρχεται από κάποιο σχετικά μεγάλο εν τω βάθει αγγείο . Σκοπός του νοσηλευτή σ' αυτήν την περίπτωση είναι εκτός από την πρόληψη και αναγνώριση της αιμοραγίας και η άμεσή αντιμετώπισή της ή τουλάχιστον των συνεπειών αυτής όταν δεν υπάρχει χειρουργός άμεσα διατεθειμένος , για αυτό δεν πρέπει να διστάσει να ξηλώσει το τραύμα αν ο ασθενής εμφανίζει κυάνωση και κινδυνεύει να χάσει την ζωή του . Το SBT τραχειόστομίας πρέπει να είναι πάντα έτοιμο ιδιαίτερα όταν νοσηλεύονται τέτοιες περιπτώσεις .

Περί πρόληψης της αιμοραγίας οι ενέργειές μας πρέπει πάντα πρωτίστως να κατευθύνονται , γι' αυτό με την είσοδο εκ του χειρουργείου στην κλινική πρέπει να τοποθετούμε τον ασθενή σε ιμικαθιστική θέση στην κλίνη του όπως προαναφέρθηκε επι μειώνεται η φλεβική ροή και ο κίνδυνος αιμοραγίας .

II) Παράλυση του κάτω λαρυγγικού νεύρου .

Επί δύσπνοιας χορηγούμε οξυγόνο στον ασθενή . Εάν κουράζεται ή αδυνατεί να μιλήσει του εξασφαλίζουμε μικρό και στενό ώστε να μπορεί να εκφράζει τις ανάγκες του . Αν παρουσίασε αφωνία του εξηγούμε ότι αυτή η αδυναμία έκφρασης δεν είναι μόνιμη και ότι υπάρχουν μέθοδοι και συσκευές που αντικαθιστούν πλήρως την ομιλία (αν η βλάβη είναι μόνιμη) . Είναι απαραίτητο επίσης να εξηγήσουμε στον ασθενή και στο περιβάλλον του ότι η ευθύνη για αυτήν την επιπλοκή δεν πρέπει να επιβαρύνει στην συνείδησή τους τον χειρουργό , διότι πρόκειται για ειδικές τοπικές συνθήκες ειδικά ως συνήθως συμβαίνει αν η περίπτωση αφορά διογκωμένο θυρεοειδή .

III) Θυρεοτοξική κρίση .

Κατά τον Α. Ψαρρά ωφελείται σε κακή προεγχειρητική προετοιμασία . Πρόκειται για σπάνια επιπλοκή που στα σύγχρονα νοσοκομεία η συχνότητα εμφάνισής της τείνει να εξαφανιστεί . Οι ενέργειες που πρέπει να κάνουμε είναι : η σύνδεση του αρρώστου με MONITOR , η αντιμετώπιση της υπερκυρεξίας με ψυχρά επιθέματα και ψυχρές πλύσεις , η βοήθεια προς τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα (που κρουνοθέτει την ετοιμότητα του ανάλογου SET) και η ενυδάτωση του ασθενούς δια της τοποθέτησης ορρών γλυκόζης .

IV) Τετανία .

Αποτελεί σπάνια επιπλοκή που ωστόσο συνίσταται σε σπασμούς των άκρων και αιμοδία γύρω απ το στόμα και τα ώτα . Αμέσως μετά την ανακάλυψή της πρέπει να κληθεί γιατρός του οποίου θα βοηθήσουμε στην χορήγηση εκχυλίσματος παραθορμόνης και γλυκονικού ασβεστίου . Αν δε ο ασθενής έχει νεφρική βλάβη ή παίρνει δακτυλίτιδα θα ενημερώσουμε τον ιατρό ανάλογα (Α. Σαχλίνη , Η. Πάνου) .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

Α) Ελληνικά

- 1) Βασώνης Δημήτριος " Επιτομή Χειρουργικής και Ορθοπαιδικής "
Έκδοση 4 η Αθήνα 1985
- 2) Γίτσιος Κων/νος " Νοσολογία "
Έκδοση Ο.Ε.Δ.Ε. Αθήνα 1977
- 3) Καλγαρινού.Η - Κωνσταντινίδου.Σ
" Νοσηλευτική . Βασικά αρχαί Παθολογική Χειρουργική " Τόμος β
Έκδοση 7η υπό : Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων η ΓΑΒΙΟΝ V
- 4) Κουλόπουλος.Σ " Θεραπευτικές εξελίξεις 1985 "
Έκδοση : Γρ.Παρισιάνος Αθήνα 1985
- 5) Παπαγεωργίου.Α - Αιάτη.Θ. " Ανόργανος χημεία ενημέρωσις 1975. "
Έκδοση : Βιβλιοπωλείο Πούντζα Αθήνα 1975
- 6) Παπαγεωργίου.Γ " Ψυχολογία "
Έκδοση : 2η υπό Κνωσός Σ.Καλλιμαδάκης Αθήνα 1975
- 7) Παπαδάκη.Αικ. " Ενχειρίδιον χειρουργείου άσηπτος τεχνική "
Έκδοση : Ν.Αργύρου Αθήνα 1977
- 8) Παραδέλης.Α " Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων "
Έκδοση : UNIVERSITY STUDIO PRESS Κων.Μελενίκου Θεσ/νίκη 1985
- 9) Προμπόνης.Η " Αρχαί και μέθοδοι Ιατρικής Ακτινογραφίας "
Έκδοση : Ο.Ε.Β.Α. Αθήνα 1979
- 10) Ραγιά.Α. " Ψυχιατρική Νοσηλευτική "
Έκδόσεις : Αδελφότητα "Ευνίκη" Αθήνα 1978
- 11) Σάββα,Αλ. " Ανατομική του ανθρώπου " Αθήνα 1974
- 12) Σαχλίνη-Καρδάση.Α. , Πάνου.Μ.
" Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική " : Τόμοι 1 , 2(α)
Έκδόσεις : βήτα-MEDICAL ARTS Αθήνα 1985

13) Σιώρης Α. " Ελληνική Ενδοκρινολογία "

Έκδοση : Θ.Κούκουρα Πατρα 1972

14) Σκαλέας Γρ. - Μπίλης Α.

" Προεγχειρητική και μετεγχειρητική αγωγή " Αθήνα 1969

15) Τσαμπούλας Ν. " Ειδική Νοσολογία "

16) Υαρράς Αθ. " νοσήματα του θυρεοειδούς αδένος "

Έκδοση : ΕΡ. Μαρσιάνος Αθήνα 1979

B) ΕΞΕΝΑ

1) ELIASON E. , FERGUSON L. , FARRAND E. " SURGICAL NURSING "

Έκδοση : 6η B.LIPPINCOTT COMPANY PHILADELPHIA 1940

2) FRIEDMAN H. " Διαγνωστική Μεθοδολογία "

μετάφραση : Παπαναστασίου Δ.

Έκδόσεις : Αίτσας Αθήνα 1978

3) KARLSON P., GERCK W. , GROB W. " κλινική παθολογική Βιοχημεία. " μετάφραση : Σέκερης Κ.

Έκδόσεις : Αίτσας Αθήνα 1980

4) READ A., BARRIT P. , " Σύγχρονη Παθολογία "

μετάφραση Μουτσόπουλος Χ.

Έκδοση : Αίτσας Αθήνα 1984

5) HILLAUX P. " Χειρουργική Παθολογία "

μετάφραση : Καλιβωκάς Αντ. Τόμος 1ος

Έκδοση : Γ. Θεξή Αθήνα 1899

ΠΕΡΙΘΑΤΙΚΑ

1) Αηδονόπουλος Α. " Χειρουργική θεραπεία θυρεοειδικού καρκινώματος - με βάση 200 προσωπικές περιπτώσεις " Παληνός τόμος 26 τεύχος 1 : 29-32 1984

2) Αλεβιζάκης Κ. , Αλεβιζάκη-Χαρχαλάκη Κ. , Γικμος Δ. " Παράδειγμα υπερβολικής ιατρικής φροντίδας, οι βρογχοηλοπάθειες "

Νοσοκομειακά Χρονικά Τόμος 45 τεύχη 1-2 Ιανουαρίου-Φεβρουαρίου
195-203 1984

3) Βαγιώνας Γ. , Βέργουλας Γ. , Μπεζάζη-Παπακωσταντίνου Ε. ,
Λαζαρίδου Π. , Φάλτσης Σ. " Επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών
σε ουραιμικούς αρρώστους προ και κατά την διάρκεια της χρονίας
περιοδικής αιματοκάθαρσης " ΜΑΤΕΡΙΑ ΜΕΔΙΚΑ ΘΡΕΚΑ Τόμος 8 τεύχος
2 172-177 Απρίλιος 1980

4) Γεωργιάδης Ν. " Επείγουσες θυρεοειδεκτομές " Ιατρική Τόμος
2 τεύχος 3 203-207 Σεπτέμβριος 1977

5) Γκόγκας Ι. , Παυλάτου Θ. Μαγιάκου Γ. Σαλέα Γ. " Οικογε-
νής μυελοειδής καρκίνος του θυρεοειδούς αδένος " Ελληνική χει-
ρουργική Τόμος 22 τεύχος 3 183189 1980

6) Ευτυχιάδης Α. " Νοσήματα του θυρεοειδούς κατά την αρχαία
και βυζαντινή ιατρική " Νοσοκομειακά Χρονικά Τόμος 43 τεύχος 6
424-426 Νοέμβριος Δεκέμβριος 1981

7) Ζορμπάς Ι. , Γύρας Ν. , Αλφάρας Π. " Ευμεγέθης έκτοπος εν-
δοθωρακικός θυρεοειδής αδέν " Ελληνική Χειρουργική Τόμος 20 τεύ-
χος 4 252-255 Ιούνιος 1978

8) Ίγκος Δ. " Υπερθυρεοειδισμός " Ιατρική Τόμος 8 τεύχος 6
409-439 Δεκέμβριος 1967

9) Ίγκος Δ. " Συμπόσιον επί της λειτουργείας του θυρεοειδούς
αδένος " Ιατρική Τόμος 8 τεύχος 5 391-392 Δεκέμβριος 1965

10) Καραχάλιος Γ. , Καρκατζούλης Β. " Ούρικό οξύ αίματος
και παθήσεις του θυρεοειδούς αδένος " Γαληνός Τόμος 22 τεύχος
26 823-826 1980

11) Καστανάκης Ν. , Ελευθεριάδης Ε. , Ιωαννίδης Γ. " Η δι-
άγνωση των τραχηλικών διογκώσεων - αποτελέσματα επί 180 περιπτώ-
σεων " Γαληνός Τόμος 26 τεύχος 5 778-785 1979

12) Κοντολέων-Βακαλοπούλου Ε. , Αποστολάκη Ν. , Πουζιούγκα Σ.

" Βλάβερση της αυξητικής ορμόνης και της τριιωδοθυρονίνης στην αναγέννηση των περιφερικών νεύρων " Βιολογία της Ιατρικής σχολής Τόμος 14 τεύχος 1 29-44 1982

13) Κούτρας Δ. " Η λειτουργία του θυρεοειδούς και οι μέθοδοι ελέγχου αυτής " Ιατρική Τόμος 8 τεύχος 6 393-405 Δεκέμβριος 1965

14) Κούτρας Δ. " Τα νεοπλάσματα του θυρεοειδούς " Ιατρική Τόμος 9 τεύχος 5 193-200 Μάρτιος 1966

15) Κώνστας Κ. , Μεντζελόπουλος Γ. , Παρσαφυλλίδης Χ. " Υπερθυρεοειδισμός και επιληψία " Εγκέφαλος 18 118-120 1981

16) Λεουτσάκος Β. " Η χειρουργική θεραπεία της θυρεοτοξικώσεως " Ιατρική Τόμος 8 τεύχος 6 460-472 Δεκέμβριος 1965

17) Μάντζου Ι. , Χιωτήκη Ι. , Παπαδόπουλος Σ. , Κουζουλουμάτη Α. , Παρά Α. , Κούτρας Δ. " Μελέτη των μεταβολών του ιωδίου αίματος μετά θυρεοειδεκτομήν " Ιατρική Τόμος 14 τεύχος 6 451-455 Δεκέμβριος 1968

18) Μοργαρίτης Μ. , Πατσώνης Η. , Βαλιάνης Θ. " Χαρακτηρισμός κτηνικών υποδοχέων θυρεοειδών ορμονών κεντρικών μεταφαιρών και παρεγκεφαλίδας αναπτυσσόμενου εγκεφάλου επιμυών " Αρχεία Ιατρικών Εταιριών - Ιατρική εταιρεία Αθήνας Τόμος 8 τεύχος 2 129-134 1982

19) Παρόπουλος Ν. , Σωτηροπούλου Γ. , Πετρόχειλος Ι. , Πέππας Ε. και Πασαράς Γ. " Απολίνωση θυρεοειδικών αγγείων - πειραματική μελέτη επί κυνών " Αρχεία Ιατρικών Εταιριών Τόμος 7 τεύχος 2 22-25 1981

20) Πασάρη Γ. , Μαροπούλου Ν. , Σαλαχ Ελ Μουδαπέλ , Λιβαδά Δ. " Ολική θυρεοειδεκτομή για την θεραπεία της τοξικής βρογχοκήλης " Ελληνική χειρουργική Τόμος 51 τεύχος 6 427-429 Νοέμβριος 1979

21) Πασάρη Γ. , Χιώλου Α. , Παρόπουλος Ν. , Παπακωνσταντινίου Α. " Ο μονήρης όζος του ισθμού του θυρεοειδούς αδένος "

Ελληνική χειρουργική Τόμος 53 τεύχος 1 64-68 Φεβρουάριος 1981
22) Νικητοπούλου-Μαράτου Γ. , Ευλίνας Μ. " Φώς σκοτάδι και
θυρεοειδής " Αρχαία Ιατρικών Εταιριών Τόμος 6 τεύχος 2 184-188
1980

23) Ρινιέρης Π. , Χριστοδούλου Γ., Σουβατζόγλου Α. , Κούτρας
Δ., Στεφανάκης Κ. " Δείκτης ελευθέρας θυροξίνης επί μανίας
και μελαγχολίας " Εγκέφαλος 15 74-78 1978

24) Τσακαγιάννη Ε. Μουτσούρη Χ. " Καρκίνωμα θυρεοειδούς
επί παιδός " Ιατρική Τόμος 4 τεύχος 5 343-347 Νοέμβριος 1963

25) Ψαρράς Α. " Το καρκίνωμα του θυρεοειδούς ιδίως από χει-
ρουργικής απόψεως " Ιατρική Τόμος 17 τεύχος 4 255-263 Απρίλιος
1970

26) Ψαρράς Α. " Περί των κακώσεων του κάτω καρυγγικού νεύ-
ρου κατά την θυρεοειδεκτομή " Ιατρική Τόμος 14 τεύχος 6 437-
-448 Δεκέμβριος 1968

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

ROTHEMBERG R. " Ο παιδίατρος σπύτι σας " Πρακτική εγκυκλοπαί-
δεια της παιδίατρικής και της ανατροφής των παιδιών
Εκδόσεις Πανταζή Φικίρη και Σια Ε.Ε Τόμος Β σ' 130-138

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Νάτσικας Ν. , Σέμογλου Χ. , Τσίρογλου Α. , Νεονάκη Ι. , Καλαμα-
ρα Σ. , Ατζαρίδη Δ., " Καρκίνος του θυρεοειδούς- Παρατηρήσεις
επί 15 χειρουργηθέντων ασθενών " Ανακοινώθηκε στο XI Πανελλήνιο
Συνέδριο Χειρουργικής Θεσσ/νίκη 22-25 Οκτωβρίου 1978

