



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
**Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ**



**European  
Reference  
Network**

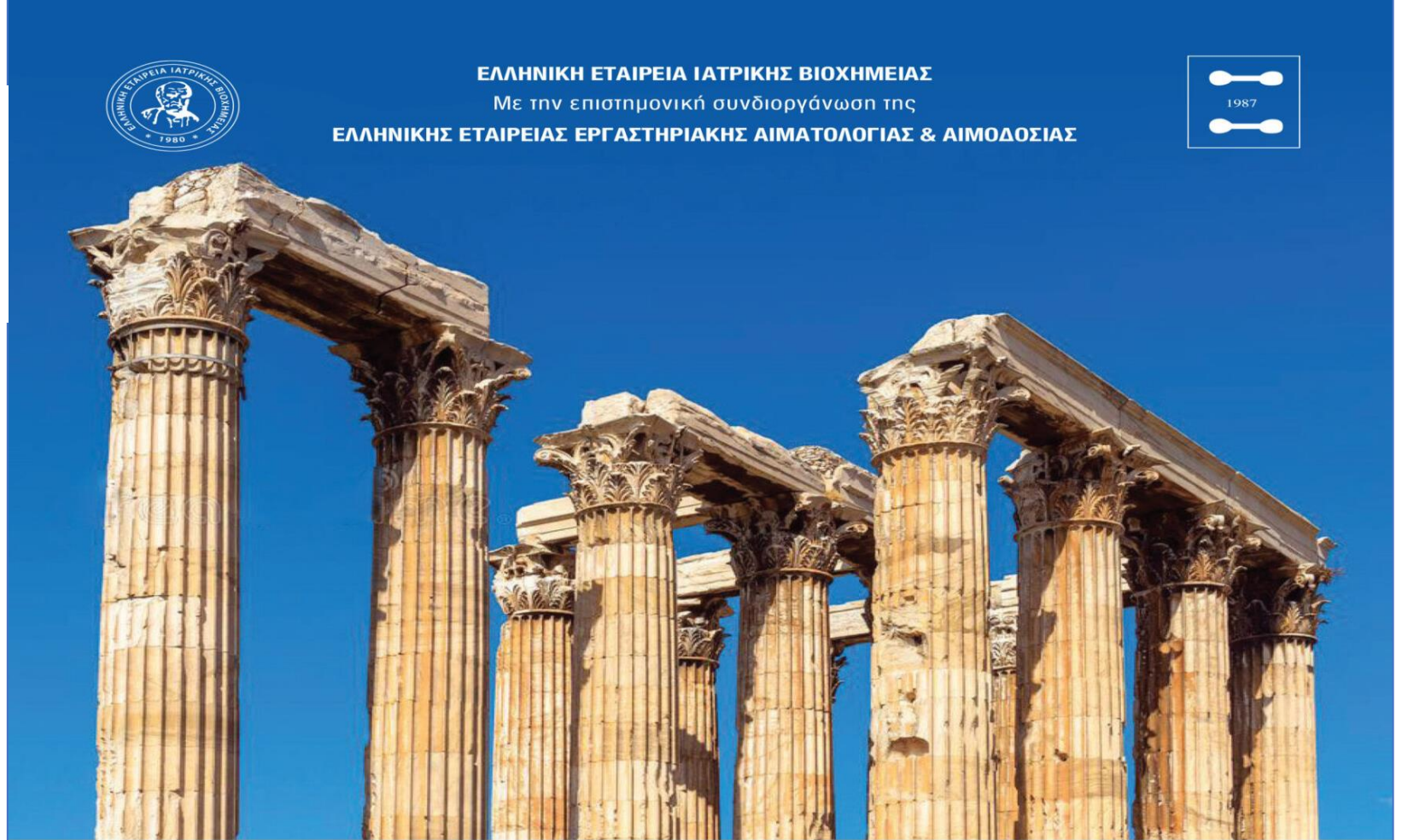
for rare or low prevalence  
complex diseases

🌐 **Network**  
Endocrine Conditions  
(Endo-ERN)

● **Member**  
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών  
"Ο Ευαγγελισμός" — Ελλάδα



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ**  
Με την επιστημονική συνδιοργάνωση της  
**ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ**



# 10<sup>ο</sup>

**Πανελλήνιο Συνέδριο  
Ιατρικής Βιοχημείας**



Υπό την Αιγίδα  
της Ιατρικής Σχολής  
του Εθνικού και  
Καποδιστριακού  
Πανεπιστημίου Αθηνών

**Αθήνα, Royal Olympic Hotel**  
**11-13 Απριλίου 2024**  
(υβριδικό)

# 6<sup>ο</sup>

**Συμπόσιο Εργαστηριακής  
Αιματολογίας & Αιμοδοσίας**

**ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ ΜΟΡΙΑ  
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
(C.M.E. CREDITS)**

# ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

**ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ  
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΩΝ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΛΙΝΙΚΟ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΠΡΑΞΗ**

ΘΕΟΔΩΡΑ ΣΤΡΑΤΗΓΟΥ Bs, MD, PhD

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ – ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΣ, ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Α΄ Ε.Σ.Υ

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ «ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΙΚΚΟΣ» ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ  
ΚΕΝΤΡΟ

ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗΣ

ΣΠΑΝΙΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Γ.Ν.Α « Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ – ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ »



**«ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ»**

# ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

**ΔΕΝ ΥΦΙΣΤΑΤΑΙ**

Συμβουλευτικές υπηρεσίες / διαλέξεις / ερευνητική υποστήριξη

**ASTRAZENECA**

**RAFARM**

**GALENICA**

**SANOFI**

**BOEHRINGER INGELHEIM**

**MENARINI HELLAS**

**PHARMASERVE - LILLY**

**INNOVIS PHARMA**

**NOVO NORDISK**

**ABBOTT**

**UCB A.E**

**MSD - BIANEΞ**

**ITF HELLAS**

8  
ΚΛΙΝΙΚΑ  
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ



# 1ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ



**Endo-ERN**

**Member**

ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

# 1ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Γυναίκα ηλικίας 41 ετών νοσηλεύεται με εμπύημα χοληδόχου κύστεως και οδεύει προς το χειρουργείο (οξύ - βαρύ περιστατικό)

Ιστορικό (ατομικό και κληρονομικό αναμνηστικό)

**Ελεύθερο**

Ο προεγχειρητικός έλεγχος της θυρεοειδικής λειτουργίας έδειξε:

TSH = 1.0  $\mu$ U/ml (τιμές αναφοράς: 0.3 – 4.0)

FT<sub>4</sub> = 0.9 ng/dl (τιμές αναφοράς: 0.9 – 1.7)

**T<sub>3</sub> = 39 ng/dl** (τιμές αναφοράς: 60 – 200)

↓ Χαμηλή T<sub>3</sub> ↓

# 1ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

## ΤΥΠΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Συνδρόμου μη – θυρεοειδικής νόσου  
(Non-thyroidal illness syndrome)

ή Συνδρόμου χαμηλής T<sub>3</sub>  
(Low T<sub>3</sub> syndrome)

(ή Συνδρόμου του «νοσούντος» ευθυρεοειδικού)

Πώς ορίζεται το σύνδρομο μη-θυρεοειδικής νόσου.....

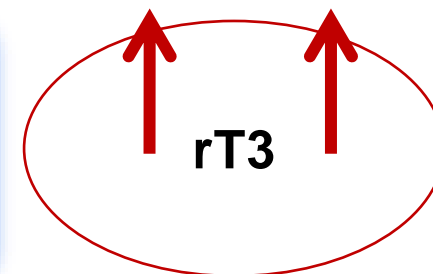
;

Ορισμός: Παροδικές μεταβολές / αλλαγές στη συγκέντρωση των θυρεοειδικών ορμονών (T<sub>3</sub>/FT<sub>3</sub> & T<sub>4</sub>/FT<sub>4</sub>) και της TSH οι οποίες παρατηρούνται σε (κρίσιμη) νόσο (ή νηστεία) σε άτομα χωρίς προηγούμενη παθολογία του άξονα Υ-Υ-Θ

# 1ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Παρατηρούμενες μεταβολές στις συγκεντρώσεις των ορμονών.....

Η χαμηλή T<sub>3</sub>  
Είναι το πιο συχνό εύρημα



Η (συνυπάρχουσα) χαμηλή T<sub>4</sub>  
(Σπανιότερα) που σχετίζεται με πιο σοβαρή διαταραχή

Φυσιολογική ή αυξημένη (αντιδραστικά) TSH  
Στην οξεία φάση της διαταραχής

Ελαττωμένη TSH  
Στη χρόνια φάση της διαταραχής

# 1ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Καταστάσεις στις οποίες μπορεί να εμφανιστεί το σύνδρομο.....

- Σοβαρές λοιμώξεις – σηψαιμία
  - Λοίμωξη HIV
  - Κακοήθειες
- Μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις
- Βαρέως πάσχοντες - νοσηλεία σε ΜΕΘ
  - Σοβαροί τραυματισμοί - εγκαύματα
- Ηπατική νόσος (οξεία και χρόνια ενεργός ηπατίτιδα – κίρρωση)
  - Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
  - Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου
- Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής (νηστεία, ασιτία, νευρογενής ανορεξία)
  - Ψυχωσικές διαταραχές
- Μυϊκή υπερκαταπόνηση (μαραθωνοδρόμοι)
  - Διαβητική κετοξέωση

# 1ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Καταστάσεις στις οποίες μπορεί να εμφανιστεί το σύνδρομο.....

## Στη Μ.Ε.Θ

Χαμηλή T3: 70% των ασθενών

Χαμηλή T4: 50% των ασθενών

➤ Σοβαρές λοιμώξεις – σηψαιμία

➤ Λοίμωξη HIV

➤ Κακοήθειες

➤ Μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις

➤ Άσθμα - βρογχίτις - χρόνια πνευμονοπάθεια - νοσηλεία σε ΜΕΘ

➤ Βαρύ τραυματισμοί - εγκαύματα

➤ Οξεία και χρόνια ενεργός ηπατίτιδα – κίρρωση)

➤ Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

➤ Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου

➤ Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής (νηστεία, ασιτία, νευρογενής ανορεξία)

➤ Ψυχωσικές διαταραχές

➤ Μυϊκή υπερκαταπόνηση (μαραθωνοδρόμοι)

➤ Διαβητική κετοξέωση

οργανικό  
stress

# 1ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

## Παθοφυσιολογία του συνδρόμου....

Οξεία φάση

Αλλαγές στον μεταβολισμό  
των θυρεοειδικών ορμονών  
στην περιφέρεια  
και στη σύνδεσή τους  
με τις δεσμευτικές τους πρωτεΐνες

Χρόνια φάση

Καταστολή του άξονα  
Υ-Υ-Θ  
(μείωση της TRH  
με επακολουθούσα μείωση της TSH)

Θεραπεία ..... υπάρχει – γίνεται θεραπεία ;;;;;;;;;;;;;;

Δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα  
ότι το σύνδρομο αυτό χρειάζεται θεραπεία.....

## 2ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ



Endo-ERN

Member

ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

## 2ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Άνδρας σχετικά ευτραφής ηλικίας 70 ετών προσέρχεται ανήσυχος στα επείγοντα αναφέροντας από ημερών σχεδόν μόνιμο αίσθημα ταχυκαρδίας χωρίς προηγούμενα σωματική κόπωση.

### Ιστορικό (ατομικό αναμνηστικό)

- Ελεύθερο για θυρεοειδοπάθεια.
- Λήψη αμιοδαρόνης και κουμαρινικού αντιπηκτικού για κολπική μαρμαρυγή από τριετίας.
- Αναφέρει επίσης απώλεια βάρους περίπου 4 κιλών το τελευταίο δίμηνο χωρίς δίαιτα ή διατροφικές αλλαγές.

### Κλινική Εξέταση

Θυρεοειδής: αψηλάφητος, ανώδυνος.

Τενόντια αντανακλαστικά: ιδιαιτέρως ζυηρά.

## 2ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο ορμονολογικός εργαστηριακός έλεγχος έδειξε:

**TSH = 0.03  $\mu$ IU/mL (τ. α: 0,27 – 4,2  $\mu$ IU/ml)**  
(πολύ χαμηλή)

**FT4 = 3.57 pg/mL (τ. α: 0.8 – 2.0 pg/ mL)**  
(υψηλή)

**εικόνα υπερθυρεοειδισμού**

# 2ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΕΡΩΤΗΣΗ

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ;;;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ

ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΑΜΙΟΔΑΡΟΝΗ



# ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΑΜΙΟΔΑΡΟΝΗ

(ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ)

## Τύπος I

- ✓ Υπερθυρεοειδισμός λόγω αυξημένης σύνθεσης & απελευθέρωσης ιωδίου
- ✓ Ιωδιοπενικές περιοχές
- ✓ Γνωστή θυρεοειδοπάθεια (ΑΘΑ+)
- ✓ Καθήλωση με  $^{131}\text{I}$ : αυξημένη ή εντός φυσιολογικών ορίων
- ✓ Doppler: αυξημένη αγγείωση
- ✓ Σπινθηρογράφημα MIBI: (+)

## Τύπος II

- ✓ Υποθυρεοειδισμός από καταστροφική θυρεοειδίτιδα φαρμακευτικής αιτιολογίας
- ✓ Περιοχές με επαρκή πρόσληψη Ιωδίου (ΗΠΑ, Ην.Βασίλειο)
- ✓ Φαινομενικά υγιής θυρεοειδής
- ✓ Καθήλωση με  $^{131}\text{I}$  : πολύ χαμηλή πρόσληψη <3%
- ✓ Doppler: απουσία/χαμηλή αγγείωση
- ✓ Σπινθηρογράφημα MIBI: (-)

Η Διάκριση μεταξύ των 2 τύπων είναι πολλές φορές δύσκολη αλλά είναι απαραίτητη για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

# ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΑΜΙΟΔΑΡΟΝΗ

(ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ)



Η Διάκριση μεταξύ των 2 τύπων είναι πολλές φορές δύσκολη αλλά είναι απαραίτητη για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

## 2ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ στον ΤΥΠΟ Ι



**Διακοπή της αμιοδαρόνης και** αντικατάστασή της από άλλο αντιαρρυθμικό  
(συνεννόηση ενδοκρινολόγου - καρδιολόγου)

Έναρξη χορήγησης καρβιμαζόλης (Unimazole) S: 20mgx3 και επανεκτίμηση

Η απόσυρση της αμιοδαρόνης πιθανότατα δεν θα σταματήσει άμεσα την συνεχιζόμενη δράση της λόγω του μεγάλου χρόνου ημιζωής της όπως και του μεγάλου χρόνου ημιζωής του κύριου μεταβολίτη της δυσεθυλαμιοδαρόνης (DEA)

# 3ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ



**Endo-ERN**

**Member**

ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

## Αξιολόγηση ασθενούς

Γυναίκα 65 ετών

ΔΜΣ 27 kg/m<sup>2</sup>

Ενεργός καπνιστής

Καθιστικός τρόπος ζωής

Υπέρταση



### Ατομικό αναμνηστικό

- Ομαλός λειχήνας τριχωτού κεφαλής
- Νεφρολιθίαση

### Φαρμακευτική αγωγή

- Tb fisiotens 0,4 1x1

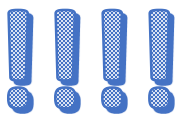
### Κληρονομικό ιστορικό

Οικογενειακό ιστορικό νεφρολιθίασης και Ca νεφρού.

# ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

**11.2022** : Μετά από λήψη **1,5 tb Medrol 16 mg**, λόγω ομαλού λειχήνα τριχωτού κεφαλής → προκάρδιο άλγος, υπερτασική αιχμή (ΣΑΠ έως 200mmHg) και αύξηση επιπέδων τροπονίνης + NTproBNP (μέτρηση σε ιδιώτη καρδιολόγο) → **ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝ** → περαιτέρω διερεύνηση.

- ❖ Κατά την είσοδο: τροπονίνη 7203 pg/ml (<15,6), CPK=343, SGOT = 51, CK-MB=24,2 (0-6,6), WBC=17.700, CRP = 4,71
- ❖ ΗΚΓ: SR, με διαταραχές επαναπόλωσης, παράταση QT.
- ❖ Triplex καρδιάς: ΚΕ>55%, καλή συσταλτικότητα, μέτρια ανεπάρκεια μιτροειδούς και τριγλώχινας
- ❖ CT εγκεφάλου : (-)
- ❖ CTPA : (-)
- ❖ CT ΑΚΚ : σε θέση AP επινεφριδίου αναδεικνύεται στρογγυλή μάζα, σαφώς περιγεγραμμένη και σχετικά ομοιογενής, μδ 2,8 εκ, η οποία εμφανίζει ενίσχυση (ΔΔ φαιο, 2οπαθής εντόπιση).



Αναφέρεται ανάλογο επεισόδιο μετά από λήψη κορτιζόνης παρεντερικά, στα πλαίσια λοίμωξης αναπνευστικού, το 2019, οπότε και είχε νοσηλευτεί σε ΓΝ (στεφανιογραφία: κφ, MRI καρδιάς: κφ).

Im: 59/264  
Se: 3

A

1  
Private^ABD (Adult)  
ABD 1.5 B41s  
GASTROGRAFIN

R

L

Mean=35.34 SD=26.93  
Max=118 Min=-38  
Area=2.667 cm<sup>2</sup> (536 px)

You have 17 days left in your trial period.  
Purchase a license at <https://radiantviewer.com/store/>  
This session will end in 4 minutes.

WL: 40 WW: 350 [D]  
T: 1.5mm L: 597.6mm

P

71mA 130kV  
7/11/2022 1:03:58  $\mu$

Im: 86/184  
Se: 9

A

7/11/1953 F  
Gen Nos Spartis  
1  
Private^ABD (Adult)  
ABD+C W/O 1.5 B41s  
IV CONTRAST

R

L

You have 17 days left in your trial period.  
Purchase a license at <https://radiantviewer.com/store/>  
This session will end in 1 minute.

WL: 40 WW: 350 [D]  
T: 1.5mm L: -599.5mm

P

85mA 130kV  
7/11/2022 1:21:03  $\mu$

Im: 87/354  
Se: 7

A

7/11/1953 F  
Gen Nos Spartis  
1  
Private^ABD (Adult)  
ABD+C ART 1.5 B41S  
IV CONTRAST

R

L

You have 17 days left in your trial period.  
Purchase a license at <https://radiantviewer.com/store/>  
This session will end in 1 minute.

WL: 40 WW: 350 [D]  
T: 1.5mm L: -599.8mm

P

78mA 130kV  
7/11/2022 1:08:47  $\mu$

# ΕΛΕΓΧΟΣ ΟΡΜΟΝΟΕΚΚΡΙΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

- Μετανεφρίνες ούρων 24ώρου: 481,3 (φ.τ.:30-180) – **X2,5 ULN.**  
Νορμετανεφρίνες ούρων 24ώρου: 849 (φ.τ.:138-521) – **X1,5 ULN.**
- Ελ. Μετανεφρίνες πλάσματος : 452 ng/L (φ.τ <88) – **X6 ULN.**  
Ελ. Νορμετανεφρίνες πλάσματος : 727 ng/L (φ.τ <200) – **X3,5 ULN.**  
3-Μεθοξυτυραμίνη πλάσματος: 9,3 ng/L (φ.τ <17,4)
- Aldo: 23,3 ng/dl, PRA = 1,4
- F = 10,5, ACTH = 8,1 – Fμεσον: 3,8, UFC : κφ

# Προγραμματισμός χειρουργείου...

## Προετοιμασία ασθενούς με φαιοχρωμοκύττωμα για χειρουργείο

Έναρξη με φαινοξυβενζαμίνη (dibenyline 10 mg) από 10 x2 μέχρι 100 mg

Εκτίμηση ζωτικών σημείων 4 φορές την ημέρα

Αιμοληψία κάθε 2-3 ημέρα για αιματοκρίτη και ουρία κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες

Επαρκής ενυδάτωση

Όταν οι σφύξεις >100/min προστίθεται στην αγωγή προπρανολόλη

Όλα τα παραπάνω καταγράφονται σχολαστικά στο διάγραμμα (παράρτημα Γ)

Ο ασθενής θεωρείται έτοιμος για χειρουργείο όταν δεν εμφανίζει υπερτασικές αιχμές, ούτε ορθοστατική υπόταση και δεν είναι ταχύσφυγμος.

**ΠΡΟΣΟΧΗ** να υπάρχει σκέυασμα για αντιμετώπιση τυχόν κρίσης ανάλογα με τη διαθεσιμότητα

Table 9. Presurgical Medical Preparation

Drug	Starting Time	Starting Dose	Final Dose <sup>b</sup>
Preparation 1			
Phenoxybenzamine or Doxazosine	10–14 d before surgery 10–14 d before surgery	10 mg b.i.d. 2 mg/d	1 mg/kg/d 32 mg/d
Preparation 2			
Nifedipine <sup>a</sup> or Amlodipine <sup>a</sup>	As add-on to preparation 1 when needed As add-on to preparation 1 when needed	30 mg/d 5 mg/d	60 mg/d 10 mg/d
Preparation 3			
Propranolol or Atenolol	After at least 3–4 d of preparation 1 After at least 3–4 d of preparation 1	20 mg t.i.d. 25 mg/d	40 mg t.i.d. 50 mg/d

Abbreviations: b.i.d., twice daily; t.i.d., three times daily.

<sup>a</sup> Add when blood pressure cannot be controlled by  $\alpha$ -adrenoceptor blockade (preparation 1).

<sup>b</sup> Higher doses usually unnecessary.



Έναρξη προετοιμασίας από  
20/01 με φαινοξυβενζαμίνη.  
Προγραμματισμός  
χειρουργείου για 03/02.

- 02.02.2023 : Εμπύρετο έως 37,7 και COVID (+) pcr test.

Ήπια νόσηση, έλαβε remdesivir, συνεχίστηκε μπλοκάρισμα σε μειωμένη δόση και προγραμματισμός χειρουργείου για 08.02.2023.

**08.02.2023 → AP Λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή**



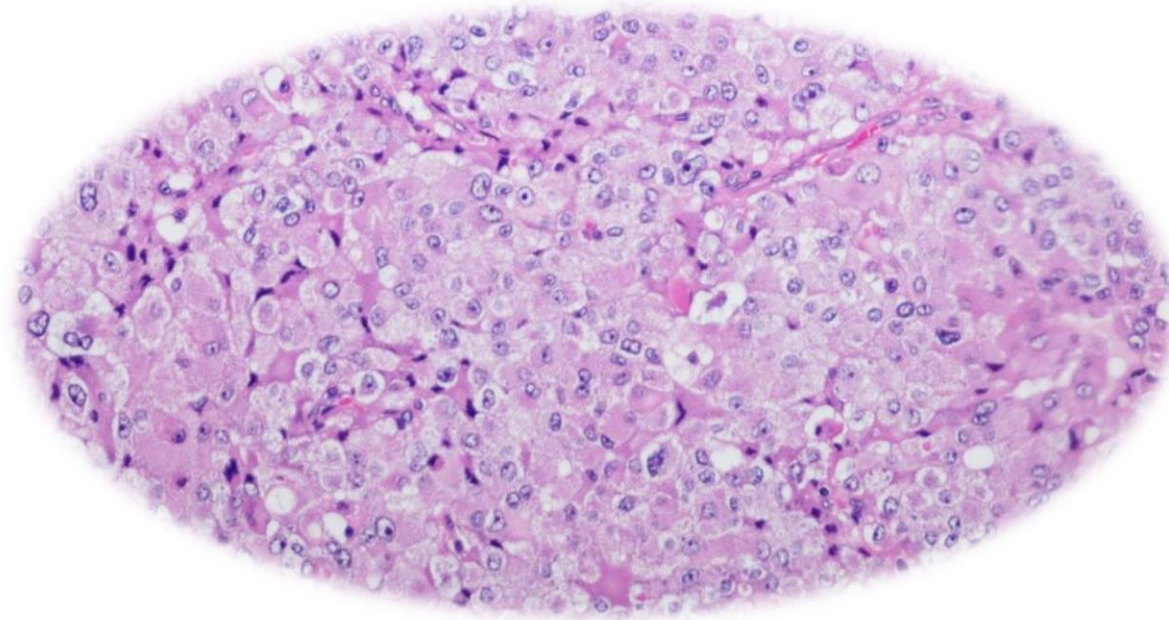
**11.02.2023:**

**Ελ. Μετανεφρίνες πλάσματος:** 17,3 ng/L  
(φ.τ <88)

**Ελ. Νορμετανεφρίνες πλάσματος:** 142  
ng/L (φ.τ <200)

**3-Μεθοξυτυραμίνη πλάσματος:** 10,9 ng/L  
(φ.τ <17,4)

- Ιστολογική επιβεβαίωση φαιοχρωμοκυτώματος



- Σε νέα μέτρηση μετανεφρινών (2 μήνες μετεγχειρητικά)  
+ CT επινεφριδίου 3 μήνες μετά (05.2023) κφ

# 4ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ



**Endo-ERN**

**Member**

ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

## Αξιολόγηση ασθενούς

Άνδρας 44 ετών

ΔΜΣ 39.4 kg/m<sup>2</sup>

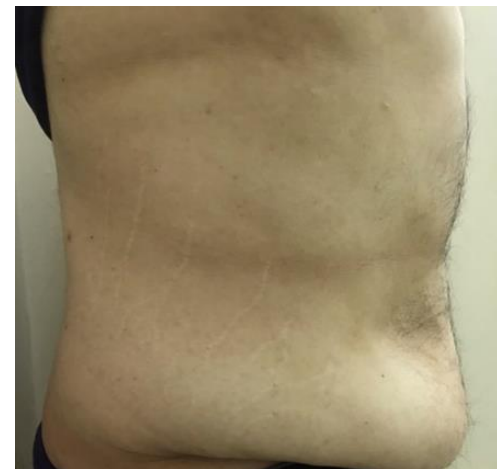
Ενεργός καπνιστής

Καθιστικός τρόπος ζωής

Υπέρταση –ανθεκτική–

## Κλινική εξέταση

- Καλή γενική κατάσταση
- ΑΠ= 160/100 mmHg, σφύξεις: 76 bpm
- Χωρίς ερυθροϊώδεις ραβδώσεις
- (-) buffalo hump, πανσεληνοειδές προσώπείο, πλήρωση υπερκλειδίων βόθρων, ερυθρότητα προσώπου ή ακμή
- Τριχοφυΐα: κατά φύση
- Ευχερής έγερση από το βαθύ κάθισμα



# Παρούσα νόσος

- **2009** (31 ετών): λόγω αυξημένων τιμών αρτηριακής πίεσης (έως 150/95mmHg) => καρδιολόγο [αναφέρει επιπλέον ότι ήδη σε ηλικία 23 ετών, λόγω επεισοδίων κεφαλαλγίας, είχε ανευρεθεί τιμή ΑΠ 145/95mmHg σε επίσκεψη σε παθολόγο, χωρίς όμως σύσταση για περαιτέρω έλεγχο].
- Στα πλαίσια διερεύνησης 2παθούς υπέρτασης : CT οπισθοπεριτοναϊκού χώρου (-) / E/E: Aldo= 23,3 ng/dl με ρενίνη= 3 μU/ml και **ARR=7,76** / Έναρξη αγωγής με βαλσαρτάνη/αμλοδιπίνη (Coralia) και νεμπιβολόλη (Lobivon)
- **3ο/2016**: λόγω αρρυθμιστής ΑΥ => ενδοκρινολόγο => Aldo= 30 ng/dl, PRA=0,54ng/ml/h, **ARR=55,5**, F=9,6 μg/dl, ACTH=34,5 pg/ml, UFC=24,3 μg/24h, Φταχεία:0,5μg/dl.
- **4ο/2016**: μετά από διακοπή της αγωγής που ελάμβανε (coralia, lobivon) και υπό τεραζοσίνη (hytrin): Aldo=15,5 ng/dl, PRA=0,33ng/ml/h, **ARR=46,9**, **K=3,2mmol/l** => σύσταση για περαιτέρω διερεύνηση.
- **2019**: προσθήκη fludex & aldactone => βελτιωμένη ρύθμιση της ΑΥ. Ωστόσο, λόγω γυναικομαστίας => διακοπή της σπιρονολακτόνης (μετά από διάστημα 4 μηνών) και αντικατάστασή της με επλερενόνη.
- **10ο/2022**: λόγω εμμένουσας αρρυθμιστής ΑΥ => ενδοκρινολόγο => Aldo= 69,3 ng/dl με PRA=0,11ng/ml/h, **ARR=630**, F= 13,4 μg/dl, ACTH= 57,3 pg/ml, K=3,8mmol/l, creat= 0,78mg/dl
- ➔ **CT οπισθοπεριτοναϊκού χώρου : υπόπυκνη αλλοίωση 14χιλ στο έσω σκέλος του ΔΕ επινεφριδίου, με χαμηλές πυκνότητες.**
- **27/10/2022** => διακοπή αγωγής που ελάμβανε και έναρξη τεραζοσίνη (Hytrin) και βεραπαμίλη (Isoptin) και νοσηλεία στην κλινική μας (επιδείνωση ΑΥ μετά την πρόσφατη διακοπή της αγωγής που ελάμβανε με τιμές ΑΠ έως 170/110mmHg κατ'οίκον πριν την εισαγωγή του)

Im: 111/275  
Se: 4

BIOIATRIKI  
7891  
KIDNEYS-RETROPERITONEAL TER.  
Venous 1.25mm

1.51 cm

You have 17 days left in your trial period.  
Purchase a license at <https://radiantviewer.com/store/>  
This session will end in 15 minutes.

WL: 30 WW: 300 [D]  
T: 1.3mm L: 309.0mm

700mA 120kV  
25/11/2022 9:23:02 nμ

Im: 109/279  
Se: 2

BIOIATRIKI

7891

KIDNEYS-RETROPERITONEAL TER.

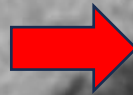
Abdomen/Pelvis 1.25mm

R

L

A

P



Mean=5.87 SD=17.73  
Max=35 Min=-52  
Area=0.4467 cm<sup>2</sup> (46 px)

You have 17 days left in your trial period.  
Purchase a license at <https://radiantviewer.com/store/>  
This session will end in 14 minutes.

WL: -22 WW: 328 [D]  
T: 1.3mm L: 308.3mm

700mA 120kV

25/11/2022 9:21:09 pm

Im: 108/275

Se: 4

BIOIATRIKI

7891

KIDNEYS-RETROPERITONEAL TER.

Venous 1.25mm

A

R

L



You have 17 days left in your trial period.  
Purchase a license at <https://radiantviewer.com/store/>  
This session will end in 12 minutes.

WL: 30 WW: 300 [D]  
T: 1.3mm L: 312.8mm

P

700mA 120kV  
25/11/2022 9:23:02 μm

# Ατομικό αναμνηστικό

## Ατομικό αναμνηστικό

- Αρτηριακή υπέρταση (2009)
- Προδιαβήτης - Υπερινσουλιναίμια
- Γαστρικός δακτύλιος (2005) (σε CT κοιλίας το 2009: διάταση οισοφάγου, σύσταση για αφαίρεση δακτυλίου)
- Αμυγδαλεκτομή
- Στίγμα μεσογειακής αναιμίας

## Κοινωνικό αναμνηστικό

Εκπαιδευτικός. Καπνίζει, δεν καταναλώνει αλκοόλ και δεν έχει γνωστές αλλεργίες.



## Κληρονομικό ιστορικό

- Πατέρας: απεβίωσε σε ηλικία 53 ετών από OEM και έπασχε από ΣΝ και ΑΥ.
- Μητέρα (72 ετών): ΑΥ (από 70 ετών), ΣΔ2, υπερτριγλυκεριδαιμία, θυρεοειδεκτομής λόγω οζώδους θυρεοειδοπάθειας.
- Αδερφό (41 ετών): ΔΣΛ
- Αδερφή (35 ετών): υγιής. Αναφέρει
- Ιστορικό ΑΥ στον ξάδερφο του και σε θείες του (από την πλευρά του πατέρα του) σε ηλικία όμως >50 ετών.

## Φαρμακευτική αγωγή

- Tb Hytrin 2mg: 2x3
- Tb Isoptin 80mg: 1x3
- Tb Glucophage 1000mg: 1x1

Ελάμβανε και έγινε διακοπή στις 27/10/2022 των παρακάτω:

- Tb Copalia 5/150mg: 1x2
- Tb Concor 5mg: 1x1
- Tb Inspra 50 mg 1x1
- Tb Fludex 1,5mg: 1x1

# Εργαστηριακός έλεγχος

WBC(x10 <sup>3</sup> )	7,44	MCV (fl)	67,7	Πολυ/Λεμφ %	61,4/29,8
RBC (x10 <sup>6</sup> )	6,29	MCH (pg)	20,3	Μον/Ηωσ/Βασ %	6,2/0,4/2,2
HCT %	42,6	PLT (x10 <sup>3</sup> )	225	ΤΚΕ (1 <sup>η</sup> ώρα)	11
Σάκχαρο (mg/dl)	90	Na <sup>+</sup> (mmol/l)	143	CRP (mg/dL)	0,1
Ουρία (mg/dl)	22	K <sup>+</sup> (mmol/l)	<b>3,2</b>	CEA (ng/ml)	1,08
Κρεατινίνη (mg/dl)	0,7	Ca <sup>++</sup> (mg/dl)	9,1	CA 15-3 (U/ml)	15,0
Λεύκωμα (gr/dl)	7,5	PO <sub>4</sub> <sup>3-</sup> (mg/dl)	3,3	CA 19-9 (U/ml)	
Αλβουμίνες (g/dl)	4,2	Mg <sup>++</sup> (mg/dl)	2,14	CA 125 (U/ml)	10,8
Σφαιρίνες (g/dl)	3,3	Ουρικό οξύ (mg/dl)	8,6	aFP (ng/ml)	1,02
SGOT (U/L)	13	CPK / CKMB (IU/l)	71/13	PSA (ng/ml)	0,61
SGPT (U/L)	18	LDH (IU/l)	167	NSE (ng/ml)	
ALP (U/L)	66	Fe (μg/dl)		pH	
γ-GT (U/L)	19	Φερριτίνη (ng/ml)	42,6	pCO <sub>2</sub> (mmHg)	
Χολερυθρίνη (mg/dl)	0,43	Βιταμίνη B <sub>12</sub> (pg/ml)	415	pO <sub>2</sub> (mmHg)	
Χοληστερίνη (mg/dl)	164	Φυλλικό οξύ (ng/ml)	4,40	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (mmol/l)	
Τριγλυκερίδια(mg/dl)	<b>159</b>	β-crosslaps (ng/ml)	0,67	HbA <sub>1c</sub> %	4,8
HDL (mg/dl)	33	p1NP (μg/L)	58,16	Ινσουλίνη (μU/ml)	
LDL (mg/dl)	99	25-OH Vit D (ng/ml)	25,97	C-peptide (ng/ml)	

Λεύκωμα (g/24h)	<b>0,24</b>	1600
-----------------	-------------	------

T3 (ng/dl)	105	LH (mU/ml)	
FT4 (ng/dl)	1,0	FSH (mU/ml)	
TSH (μU/ml)	1,09	PRL (ng/ml)	8,1
Tg (ng/ml)		E <sub>2</sub> (pg/ml)	
CT (pg/ml)	<2	PROG(ng/ml)	
PTH (pg/ml)	38	ACTH 8(pg/ml)	
BGP (ng/ml)	19	F 8πμ (μg/dl)	
GH (ng/ml)	0,07	DHEA-S (μg/dl)	143
IGF <sub>1</sub> (ng/ml)	160	Δ4A (ng/ml)	
ARR (ng/dl:μU/ml)	<b>3,7/6,06</b>	17OHPR (ng/ml)	
Ρενίνη (μIU/ml)	5,1/4,4	Testo (ng/dl)	282
ALDO (pg/ml)	18,9/26,7	SHBG (nmol/l)	

HKΓ: φλεβοκοβικός ρυθμός, HR=68 bpm

**Rö θώρακος (F):** Χωρίς εμφανή στοιχεία ενεργού νόσου στο πνευμονικό παρέγχυμα. ΚΘΔ εντός φυσιολογικών ορίων.  
**Rö Θ.ΟΜ.Σ.Σ. (P):** Εκφυλιστικού τύπου αλλοιώσεις στα απεικονιζόμενα οστά, με παρουσία πρόσθιων και οπίσθιων οστεοφύτων. Μικρού βαθμού οπίσθια ολίσθηση της ΣΣ στο ύψος Ο2-Ο3.

# Ορμονικός έλεγχος

Κορτικοειδή	
Κορτιζόλη	8,3/13,1
ACTH	25,3/38,5
Μεσονύχτια F	1,1/1,2
UFC	95/98
	V 1800/1600
Overnight F	<1

Ανδρογόνα/πρόδρομα	
DHEA-S (μg/dl)	143
TESTO (ng/dl)	282
Δ4 (ng/ml)	εκκρ
17OH-P (ng/ml)	εκκρ

Αλδοστερόνη	
PENINH	5,1/4,4
ΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΗ	18,1/26,7
ARR	3,7/6,06

SIT	0	2hr	4hr
Ρενίνη (μU/ml)	1,1	1,0	0,5
Αλδοστερόνη (pg/ml)	44,1	22,5	14,1
Κορτιζόλη (μg/dl)	7,8	5,9	8,1
Na	141	141	142
K	3,7	3,5	3,2
ΑΠ			

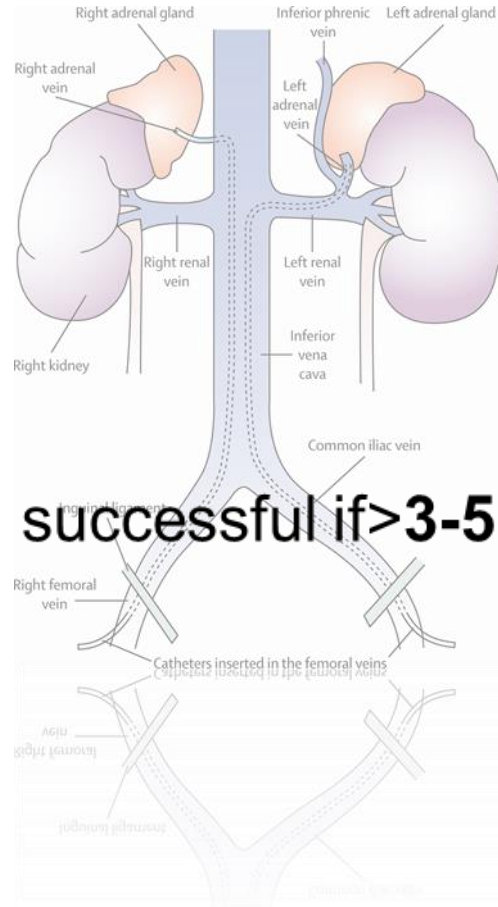
	8:00	18:00	23:00
Κορτιζόλη (μg/dl)	8,3	7,3	1,1
ACTH (pg/ml)	25,3	37,6	16,7
UFC	95	V 1800	

	8:00	18:00	23:00
Κορτιζόλη (μg/dl)	13,1	6,6	1,2
ACTH (pg/ml)	38,5		
UFC	98	V 1600	

ΔΕ ΕΠΙΝ	1	2	3
Αλδοστερόνη	12,4	26,7	31,4
Κορτιζόλη	22,0	25,1	23,9
Λόγος			

Selectivity Index ΔΕ	1	2	3
	0,77	0,78	0,79

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΕ	1	2	3
Αλδοστερόνη	70,9	63,8	62,8
Κορτιζόλη	28,3	32,0	30,1
Λόγος			



ΑΡ ΕΠΙΝ	1	2	3
Αλδοστερόνη	486	480	452
Κορτιζόλη	700	720	700
Λόγος			

Selectivity Index ΑΡ	1	2	3
	45,4	31,4	29,04

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΡ	1	2	3
Αλδοστερόνη	60,9	71,7	79,9
Κορτιζόλη	15,4	22,9	24,1
Λόγος			

	ΑΡ1-ΔΕ1	ΑΡ2-ΔΕ2	ΑΡ3-ΔΕ3
Lateralisation index	ΑΡ/ΔΕ		
Contralateral ratio	ΔΕ		
Ipsilateral ratio	ΑΡ		

# Unsuccessful right adrenal vein cannulation

$$\frac{A/C_{\text{Left AV}}}{A/C_{\text{IVC}}} \geq 1$$

Yes

No

0,17/ 0,21/ 0,19

$$A/C_{\text{Left AV}} > 68$$

$$A/C_{\text{Left AV}} < 9$$

6,9/ 6,6/ 6,45

Yes

No

Yes

No

Highly Suspective  
of  
Left Unilateral PA

Highly Suspective  
of  
Bilateral PA

Highly Suspective  
of  
Right Unilateral PA

Highly Suspective  
of  
Bilateral PA

# Πορεία νόσου

Ο ασθενής είχε υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης, οι οποίες κυμαίνονταν από 150-165/85-110 mmHg.

Ικανοποιητικός μεταβολισμός της γλυκόζης με HbA1c: 4,8%, τιμές γλυκόζης νηστείας 91-101 mg/dl και μεταγευματικές τιμές σακχάρων 80-120mg/dl, υπό αγωγή με μετφορμίνη.

Οριακό λιπιδαιμικό προφίλ με τιμή χοληστερίνης 164mg/dl, LDL: 99 mg/dl, χαμηλή HDL 33mg/dl και τριγλυκερίδια 159 mg/dl.

Ικανοποιητικός μεταβολισμός ασβεστίου με ασβέστιο διορθωμένο ως προς την αλβουμίνη 8,94 mg/dl, φωσφόρο: 3,3 mg/dl, παραθορμόνη: 38 pg/ml και 25OHD: 25,97 ng/dl. Πραγματοποιήθηκε επιπλέον μέτρηση οστικής πυκνότητας με φυσιολογικά ευρήματα τόσο στην ΟΜΣΣ όσο και στο αριστερό ισχίο.

Χαμηλά επίπεδα καλίου (K: 3,2 mmol/l στην εισαγωγή του). Έγινε ενδοφλέβια αναπλήρωση καλίου κατά τη νοσηλεία του και ετέθη σε αγωγή υποκατάστασης per os (Kloref)

Φυσιολογική νεφρική λειτουργία με κρεατινίνη: 0,7 mg/dl και GFR-MDRD: 122 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>. Ωστόσο, διαπιστώθηκε **αυξημένο λεύκωμα ούρων 24ώρου: 0,24 g/24h** (ΦΤ 0,04-0,15). Ο ασθενής προσκόμισε υψηλή τιμή μικροαλβουμίνης ούρων 24ωρου 138,3mg/24h από τον 4ο/2021.

Οφθαλμολογική εξέταση και βυθοσκόπηση: Οπτική οξύτητα ΔΟ: 7/10 και ΑΟ: 6/10. Σαφή όρια οπτικού δίσκου ΔΑΟ. Οπίσθιος πόλος χωρίς εμφανή παθολογικά ευρήματα. Παρεκτόπιση φλεβών στις αρτηριοφλεβώδεις διασταυρώσεις άμφω (**2ου βαθμού αρτηριοσκλήρυνση**).

Triplex καρδιάς (10ο/2022): **συγκεντρική υπερτροφία αριστερής κοιλίας**, φυσιολογική συστολική λειτουργία, διάταση αορτικής ρίζας και ανιούσας αορτής, **διαστολική δυσλειτουργία** και κλάσμα εξώθησης 65%.

# Σύνοψη-ερωτήματα

Πρόκειται για ασθενή 45 ετών με ιστορικό αρρύθμιστης αρτηριακής υπέρτασης από 14 ετίας (υπό αγωγή με βαλσαρτάνη, αμλοδιπίνη, βισοπρολόλη, ινδαπαμίδη και επλερενόνη), υποκαλιαιμίας και μορφώματος δεξιού επινεφριδίου 1,4 εκ με καλοήθη απεικονιστικό φαινότυπο. Παρουσιάζει υπερτροφία των τοιχωμάτων της αριστερής κοιλίας, παθολογικά ευρήματα στους οφθαλμούς, καθώς και στους νεφρούς (λευκωματουρία) σχετιζόμενα πιθανώς με την αρτηριακή υπέρταση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο κατά την παρούσα νοσηλεία τέθηκε η διάγνωση του πρωτοπαθούς υπεραλδοστερονισμού και από τη διενέργεια του καθετηριασμού των επινεφριδικών φλεβών προκύπτει ετερόπλευρη δεξιά νόσος.

- ΔΕ επινεφριδεκτομή?
- Φαρμακευτική αντιμετώπιση?

# 5ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ



Endo-ERN

Member

ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

## Αξιολόγηση ασθενούς

Άνδρας 63 ετών

ΔΜΣ 26,7 kg/m<sup>2</sup>

Ενεργός καπνιστής

Καθιστικός τρόπος ζωής

Σακχαρώδης διαβήτης 2

Υπερλιπιδαιμία

Υπέρταση



# Παρούσα νόσος

Σε ασθενή 63 ετών τον **12<sup>ο</sup>/2022** σε **CT-Θώρακος** αναδείχθηκαν: «πιθανές εμφυσηματικές κυστικές αλλοιώσεις άμφω, αθηρωμάτωση θωρακικής αορτής, αθηρωματικές βλάβες σε στεφανιαία αγγεία, λιπώδη διήθηση ήπατος, φλοιώδη κύστη αριστερού νεφρού δεκ. και οζώδη αλλοίωση αριστερού επινεφριδίου 4 εκ.».

Στη συνέχεια τον **4<sup>ο</sup>/2023** **CT-άνω κοιλίας** η οποία ανέδειξε την οζώδη αλλοίωση του αριστερού επινεφριδίου με **καλοήθη απεικονιστικά χαρακτηριστικά(HU ~ 8) και μ.δ. 3,9 εκ..**

Παραπομπή προς περαιτέρω αξιολόγηση στα T.E.I του τμήματος μας όπου διαπιστώθηκε συμβατή κλινική εικόνα με νόσο Cushing και προγραμματίστηκε η εισαγωγή του στην κλινική μας.

Ο ασθενής προσέρχεται σε μέτρια γενική κατάσταση με **εμφανή στίγματα υπερκορτιζολαιμίας** (έντονη ερυθρότητα προσώπου, εκχυμώσεις δέρματος, μυική ατροφία κάτω, άνω άκρων και κεντρική παχυσαρκία).

Από το **ατομικό του αναμνηστικό** αναφέρει ανθεκτική υπέρταση υπό πενταπλή αντιυπερτασική αγωγή, αρρυθμιστος Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II υπό αντιδιαβητικά δισκία, υπερουριχαιμία, καλοήθη υπερπλασία προστάτη, περιφερική αρτηριακή νόσο σε αγγεία κάτω άκρων, τραχήλου και πιθανή στεφανιαία νόσο.

## ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:

- Σακχαρώδης Διαβήτης ΙΙ – υπό αντιδιαβητικά δισκία
- Ανθεκτική Αρτηριακή Υπέρταση – υπό πενταπλή αντιυπερτασική αγωγή
- Καλοήγη Υπερπλασία προστάτη
- Δυσλιπιδαιμία
- Περιφερική αρτηριακή νόσο
- Χρόνιο κάπνισμα ~ 50 ΡΥ
- ΣΚΕ σε παιδική ηλικία

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:

- Εργάζεται ως οδηγός ταξί, είναι ενεργός καπνιστής με ιστορικό καπνίσματος ~ 50 ΡΥ, καταναλώνει αλκοόλ περιστασιακά και δεν αναφέρει γνωστές αλλεργίες.



## ΦΑΡΜΑΚΑ:

- Tb Valsimia 5/160mg 1x2
- Tb Fisiotens 0,3mg 1x1
- Tb Lobivon 5mg 1/2x2
- Tb Aldactone 25mg 1x1
- Tb Lasix 40mg 1x1
- Tb Glicron 60mg 0-1/2-0
- Tb Glycofren 1000mg 1x2
- Tb Forxiga 10mg 1x1
- Tb Zyloric 100mg 1x1
- Tb Atorvastatin 20mg 1x1
- Tb Salospir 100mg 1x1
- Tb Lyrica 25mg 1x1
- Tb Tamsulosin 0,4 1x1
- Tb Filicine 5mg 1x1

## ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:

- Ο πατέρας του απεβίωσε σε ηλικία 80 ετών από αναφερόμενα φυσικά αίτια, η μητέρα του απεβίωσε σε ηλικία 75 ετών από ΑΕΕ ενώ έπασχε από ΣΔΙΙ.
- Έχει δύο αδερφούς ο μεγαλύτερος ηλικίας 72 ετών πάσχει από ΣΝ-3 Stent, ΣΔ ΙΙ και έχει υποβληθεί σε προστατεκτομή λόγω Ca, ο μικρότερος ηλικίας 66 ετών πάσχει επίσης από ΣΝ και έχει υποβληθεί σε Bypass.
- Έχει μια αδερφή ηλικίας 80 ετών η οποία πάσχει από βρογχικό άσθμα, και κοιλιοκάκη.

# Κλινική εξέταση

Επισκόπηση: άτομο αρτιμελές και σε μέτρια γενική κατάσταση, παρουσία πλήρωσης υπερκλειδίων βόθρων, πανσεληνοειδούς προσωπείου, έντονη ερυθρότητα προσώπου, εκχυμώσεις άνω, κάτω άκρων, κεντρική παχυσαρκία και ήπιο buffalo hump.

Υψος: 171, Βάρος: 78kg, BMI: 26,7kg/m<sup>2</sup>,

W/H: 120/100. Δέρμα: εκχυμώσεις άνω, κατω άκρων.

Τριχοφυΐα: φυσιολογική.

Θυρεοειδής: αψηλάφητος., κλινική εικόνα ευθυρεοειδισμού.

Λεμφαδένες: αψηλάφητοι.

Αναπνευστικό: μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμα άμφω.

Καρδιαγγειακό: S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub> ευκρινείς, άρρυθμοι. ΑΠ 120/80mmHg, σφύξεις: 80/min → ΗΚΓ συχνές κολπικές διδυμίες

Σφύξεις αγγείων: ψηλαφητές και ομότιμες άμφω.

Κοιλιά: μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη, παρουσία εντερικών ήχων.

Νευρομυϊκό: 4/5 ομότιμα, αδύνατη η έγερση από το βαθύ κάθισμα.

Αισθητικότητα (επιπολής και εν τω βάθει): φυσιολογική

# Εργαστηριακός έλεγχος

WBC (x103)	9,35	MCV (fl)	97,5	Πολυ/Λεμφ %	73,7/ 19,1	PT (sec)	11,2			V
RBC (x106)	4,38	MCH (pg)	32,9	Μον/Ηωσ/Βασ %	6,1/0,4/0,7	APTT(sec)	26,8	Ca <sup>++</sup> (mg/24h)	345,69	2300 ml
HCT %	42,7	PLT(x103)	322	TKE (1ηώρα)	18	INR	0,93	TPU (g/24h)	0,79	2800 ml
Σάκχαρο (mg/dl)	120	Χοληστερίνη (mg/dl)	120	CRP (mg/dL)	0,2					
Ουρία (mg/dl)	33	Τριγλυκερίδια (mg/dl)	118	CEA (ng/ml)						
Κρεατινίνη (mg/dl)	0,7	HDL (mg/dl)	32	CA 15-3 (U/ml)						
Na <sup>+</sup> (mmol/l)	145	LDL (mg/dl)	64	CA 19-9 (U/ml)						
K <sup>+</sup> (mmol/l)	4,0	apoA1 (mg/dl)		CA 125 (U/ml)						
Λεύκωμα (gr/dl)	5,1	apoB (mg/dl)		PSA /FPSA (ng/ml)	0,44/0,15					
Αλβουμίνες (g/dl)	3,4	LDH (U/L)	227	Φερριτίνη (ng/ml)						
Σφαιρίνες (g/dl)	1,9	Ουρικό οξύ (mg/dl)	3,7	B12 (pg/ml)	248					
SGOT (U/L)	11	CPK / CKMB (IU/l)	32/10	Φυλλικό οξύ (ng/ml)	>20,0					
SGPT (U/L)	50	Ca <sup>++</sup> (mg/dl)	8,7	Hba1c %	8,5					
ALP (U/L)	120	φωσφορος (mg/dl)	2,9	β-Crosslaps (ng/ml)	0,60					
γ-GT (U/L)	185	Mg <sup>++</sup> (mg/dl)	2,07	p1NP (μg/L)	21,0					
Χολερυθρίνη (mg/dl)	0,36/0,35	25(OH) βιτ D (ng/ml)	27,8	Malb (mg/L)	345,70					
Αμ. Χολερυθρ.(mg/dl)	0,22	Trop.-T(pg/ml)	67							

# Ορμονικός έλεγχος

<b>T3</b> (ng/dl)	92	<b>Testo</b> (ng/dl)	<b>109</b>
<b>FT4</b> (ng/dl)	1,0	<b>E<sub>2</sub></b> (pg/ml)	20
<b>TSH</b> (μU/ml)	1,05	<b>ACTH</b> 8(pg/ml)	<5
<b>PTH</b> (pg/ml)	<b>7</b>	<b>F 8πμ</b> (μg/dl)	23,5
<b>BGP</b> (ng/ml)	4	<b>DHEA-S</b> (μg/dl)	<b>&lt;15/&lt;15</b>
<b>17OHPR</b> (ng/ml)	0,57	<b>ALDO</b> (ng/dl)	3,3
<b>LH</b> (mU/ml)	6,9	<b>Πενίνη</b> (μU/ml)	15
<b>FSH</b> (mU/ml)	<b>15,4</b>	<b>ARR</b>	0,22

ΡΥΘΜΟΣ ΚΟΡΤΙΖΟΛΗΣ 3 σημείων	08 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup>	M.O.
<b>F</b> (μg/dl)	22,6	26,1	<b>23,3</b>	<b>23,9</b>
<b>ACTH</b> (pg/ml)	<5	<5	<5	
<b>F ούρων</b> (μg/24h)	<b>&gt;300</b>	Όγκος: 2800ml		

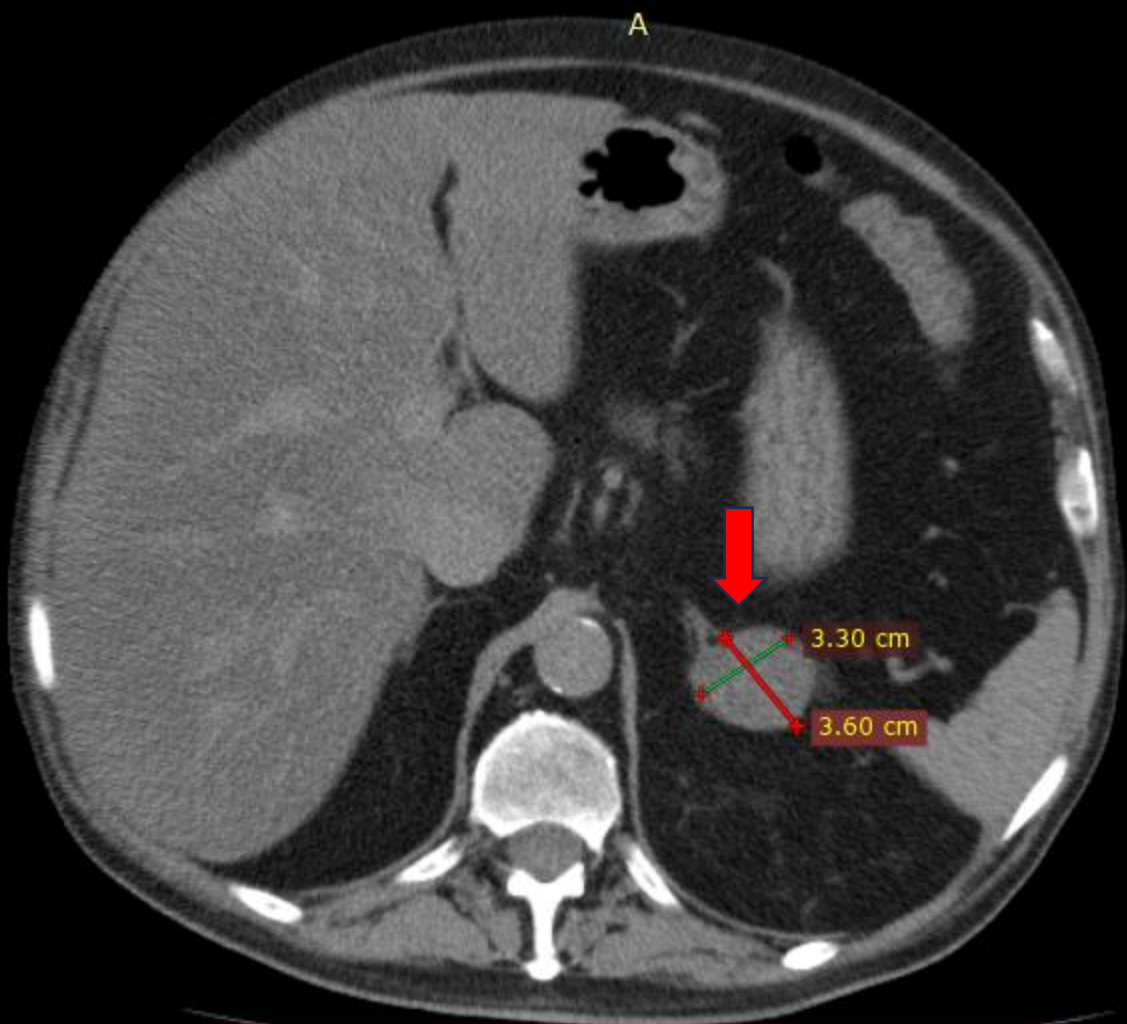
ΡΥΘΜΟΣ ΚΟΡΤΙΖΟΛΗΣ 3 σημείων	08 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup>	M.O.
<b>F</b> (μg/dl)	19,7	23,5	<b>22,7</b>	<b>21,9</b>
<b>ACTH</b> (pg/ml)	<5	<5	<5	
<b>F ούρων</b> (μg/24h)	<b>&gt;250</b>	Όγκος: 1500ml		

	<b>TAXEIA</b> (1mg DX άπαξ)
<b>F</b> (μg/dl)	<b>24,3</b>

<b>Ελεύθερες Μετανεφρίνες πλάσματος</b> (φ.τ. <88ng/l)	26,20
<b>Ελεύθερες Νορμετανεφρίνες πλάσματος</b> (φ.τ. <162ng/l)	72,70
<b>3-Μέθοξυτυραμίνη</b> (φ.τ. <17,4ng/l)	<5

Im: 59/73  
Se: 2

4/12/1960 M  
MAGNITIKI ISTHMOU PELOPONNISOU  
42412  
CHEST



You have 10 days left in your trial period.  
Purchase a license at <https://radiantviewer.com/store/>  
This session will end in 4 minutes.

WL: 40 WW: 400 [D]  
T: 5.0mm L: 1669.0mm

374mA 120kV  
9/12/2022 11:51:32 μμ

# Στεφανιογραφία 31/05

Κύριο Στέλεχος: Αθηρωματικό με στένωση έως 50%, στο άπω τμήμα του. Πρόσθιος κατιών: Αθηρωματικό αγγείο με επιμήκη στένωση έως 70% από το ύψος έκφυσης μεγάλου διαγωνίου κλάδου έως λίγο πριν την μεσότητα που καταλήγει σε ολική απόφραξη. Το περιφερικό τμήμα του προσθίου κατιόντος κλάδου σκιαγραφείται από γεφυρικά παράπλευρα και δεν εμφανίζει σημαντικές στενώσεις έως την ανάκαμψη του στην κορυφή όπου στην αρχή του ακροτελευταίου τμήματος του υπάρχει σημαντική στένωση. Ο μεγάλος διαγώνιος κλάδος είναι αθηρωματικός με στένωση έως 50-60% στο τέλος του εγγύς τμήματος του και υφολική απόφραξη περιφερικά. Περισπωμένη αρτηρία: Στομακή στένωση έως 50-60% στην έκφυσή της. Περιφερικά το αγγείο είναι λεπτό και αθηρωματικό. Μεγάλος επιχείλιος κλάδος με επιμήκη στένωση έως 60% στο εγγύς τμήμα του. Μικρός κλάδος επιχειλιού κλάδου έχει ολική απόφραξη και σκιαγραφείται καθυστερημένα. Δεξιά στεφανιαία Επικρατούσα αθηρωματικό αγγείο χωρίς σημαντικές στενώσεις. Περιφερικός κλάδος του PLV με στένωση έως 70% αμέσως μετά την έκφυση του. **Συμπέρασμα: Στεφανιαία νόσος Οριακή πάθηση στελέχους, πάθηση δύο κύριων αγγείων και κλάδων.**

**ΡΥΘΜΟΣ ΚΟΡΤΙΖΟΛΗΣ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΜΕΤΥΡΑΠΙΟΝΗ (29/05/2023)**

Ώρα αιμοληψίας	7:00	11:00	13:00	16:00	19:00	23:00	-	MOF
Ώρα λήψης μετυραπίονης	7:00		13:00		19:00		01:00	
Δόση	250mg		250mg		250mg		250mg	
F (μg/dl)	22,8	20,3	24,6	19,9	23,9	21,9		<b>22,2</b>
ACTH (pg/ml)	<5	<5	<5	<5	<5	<5		

**ΡΥΘΜΟΣ ΚΟΡΤΙΖΟΛΗΣ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΜΕΤΥΡΑΠΙΟΝΗ (01/06/2023)**

Ώρα αιμοληψίας	7:00	11:00	-	16:00	19:00	23:00	-	MOF
Ώρα λήψης μετυραπίονης	7:00		13:00		19:00		01:00	
Δόση	250mg		250mg		500mg		500mg	
F (μg/dl)	17,0	16,9	-	25,5	22,2	13,1		<b>18,9</b>
ACTH (pg/ml)	<5	<5	-	<5	<5	<5		

# Σύνοψη- ερωτήματα

Πρόκειται για ασθενή 63 ετών με σοβαρό κλινικό σύνδρομο Cushing επινεφριδιακής αιτιολογίας επί καλοήθους απεικονιστικά μορφώματος αριστερού επινεφριδίου μ.δ. 3,9 εκ. – τυχαία ανεύρεση σε CT-Θώρακος 12<sup>ο</sup>/2022. Έχει σοβαρές συνοσηρότητες με αρρυθμιστο ΣΔΙΙ, ανθεκτική υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, κεντρική παχυσαρκία, στεφανιαία νόσο και οστεοπενία. Η στεφανιαία νόσος αφορά το στέλεχος και δύο κύρια αγγεία και οφείλει να αντιμετωπιστεί πριν την αριστερή επινεφριδεκτομή. Η αντιμετώπιση της όμως είτε με CABG είτε αγγειοπλαστική ενέχει υψηλό δι-εγχειρητικό, -επεμβατικό κίνδυνο. Έχει γίνει έναρξη αντιεπινεφριδιακής αγωγής με μετυραπώνη και στόχο βελτίωση της κλινικής υπερκορτιζολαιμίας.

## Ερωτήματα:

- Υψηλός διεγχειρητικός κίνδυνος λόγω γενικής κατάστασης ασθενούς είτε σε CABG είτε σε αγγειοπλαστική - Stent.
- Cortical sparing AP – επινεφριδεκτομή έπειτα από αντιμετώπιση ΣΝ?



# 6ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ



**Endo-ERN**

**Member**

ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Ασθενής 37 ετών

08/11/2023: Ολική θυρεοειδεκτομή λόγω εύρεσης όζου σε u/s θυρεοειδούς με TRADS 4.

Ιστολογική: Αμφοτερόπλευρο πολυεστιακό θηλώδες μικροκαρκίνωμα.

ΔΛ 2 εστίες 0,4 και 0,05 εκ.

ΑΛ 3 εστίες 0,1 και 0,2 εκ. στον άνω πόλο και 1 εστία 0,2 εκ. μεσότητα του ΑΛ.

BRAF (-). Όλες οι εστίες ενδοθυρεοειδικές, χωρίς αγγειακά έμβολα. 2 Lns χωρίς διήθηση.

Μετεγχειρητικό υπερηχογράφημα (16/1/2024)

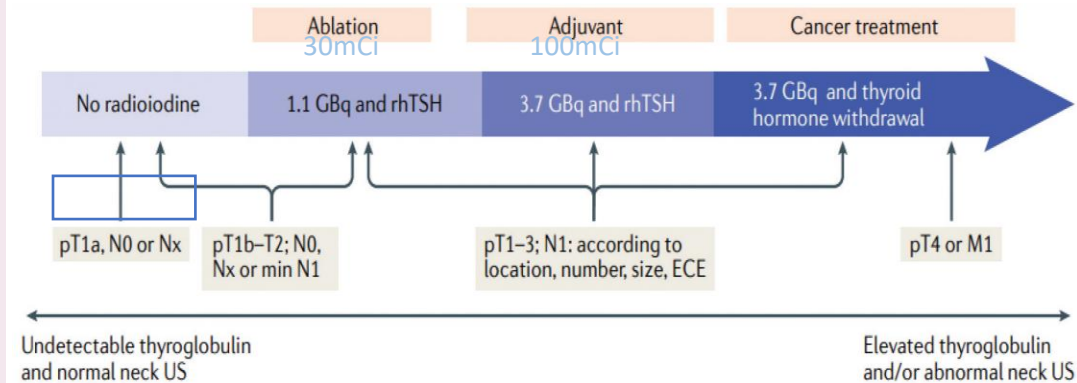
Χωρίς υπόλειμμα. Χωρίς διογκωμένους λεμφαδένες.

Στάδιο I T1aN0

Κίνδυνος υποτροπής: Χαμηλός

Υπό T3 25 1x2	
TSH (μU/ml)	0,02
Tg (ng/ml)	<0,1
anti-Tg (U/ml)	16
FT4 (ng/dl)	0,1

Category	Subtype	Criteria	Prevalence
Low (≤5%)	NIFTP	Non-invasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features, formerly referred to as 'non-invasive encapsulated follicular-variant PTC'	<1%
	PTC	With all of the following: <ul style="list-style-type: none"><li>No macroscopic tumour-tissue remnants after resection</li><li>No locoregional invasion or local metastases</li><li>Clinical N0 or pathological N1 disease (&lt;5 micrometastases, each measuring &lt;0.2 cm<sup>3</sup>)</li><li>No distant metastases</li><li>No RAI-avid metastatic foci outside the thyroid bed on first post-treatment whole-body RAI scan (if <sup>131</sup>I is given)</li><li>No vascular invasion</li><li>Non-aggressive histology<sup>f</sup></li></ul> <i>BRAF V600E</i> -mutated PTCs can be assigned to the low-risk category only if the tumour is <1 cm	1%–6% <sup>d</sup>
Intermediate (6%–20%)	PTC	With at least one of the following: <ul style="list-style-type: none"><li>Microscopic invasion of perithyroidal soft tissues</li><li>Tumour-related symptoms</li><li>Intrathyroidal tumour measuring &lt;4 cm, <i>BRAF V600E</i>-mutated (if known)</li><li>Aggressive histology<sup>f</sup></li><li>Vascular invasion</li><li>Multifocal papillary microcarcinoma with ETE and known <i>BRAF V600E</i> mutation</li><li>Clinical N1 or pathological N1 disease (&gt;5 involved lymph nodes, each measuring &lt;3 cm)</li></ul>	3%–8% 9% 10% ≈15% 15%–30%
	FTC <sup>e</sup>	Intrathyroidal, well-differentiated FTC with capsular invasion and minimal (<4 foci) or no vascular invasion	2%–3%
High (>20%)	PTC	With at least one of the following: <ul style="list-style-type: none"><li>Gross ETE (macroscopic invasion of perithyroidal soft tissues)</li><li>Pathological N1 disease: one or more nodal metastases measuring &gt;3 cm</li><li>Extranodal extension</li><li>Concomitant <i>BRAF V600E</i> and <i>TERT</i> mutations<sup>f</sup></li><li>Postoperative serum Tg suggestive of distant metastases</li><li>Incomplete tumour resection</li><li>Distant metastases</li></ul>	30%–40% 30% 40% >40% 100% 100% 100%
	FTC <sup>e</sup>	With at least one of the following: <ul style="list-style-type: none"><li>Widely invasive or extensive vascular invasion (&gt;4 foci)</li><li>Postoperative serum Tg suggestive of distant metastases</li><li>Incomplete tumour resection</li><li>Distant metastases</li></ul>	30%–55% Virtually 100% 100% 100%



**Σύσταση:** Παρακολούθηση-Δεν χρήζει συμπληρωματικής θεραπείας με RAI

# 7ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ



Endo-ERN

Member

ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Ασθενής 38 ετών

## 7/1/2024: Ολική θυρεοειδεκτομή

**Ιστολογική: -Αλλοίωση ΔΛ μδ 5,5 εκ. χαρακτηριστικά θηλώδους θυρεοειδικού καρκινώματος, με θυλακιώδες, δοκιδώδες και κατά τόπους θηλώδες πρότυπο ανάπτυξης, ενώ κατά θέσεις (<10%) παρατηρούνται ευρήματα συμβατά με ανάπτυξη στοιχείων χαμηλής διαφοροποίησης θυρεοειδικού καρκινώματος (poorly differentiated thyroid carcinoma), με νησιδοειδές/ συμπαγές ή δοκιδώδες πρότυπο ανάπτυξης**

- Περινευρικές διηθήσεις, καθώς και νεοπλασματικά έμβολα εντός αγγείων
- Εντός της αλλοίωσης περιοχικές αιμορραγικές διαποτίσεις, υαλινοποίηση στρώματος και θέσεις νέκρωσης
- **Επέκταση εντός του περιθυρεοειδικού λιπώδους ιστού, εστιακά φθάνουν εγγύτατα στην ελεύθερη επιφάνεια.**
- **3 μικροσκοπικές εστίες PTC (μδ 0,25 εκ.) στον ισθμό και AP λοβό, πλήρως εξαιρεθείσες εστίες θηλώδους μικροκαρινώματος, χωρίς ETE ή εμφανείς αγγειακές/ περινευρικές διηθήσεις.**
- **0/3 LN (κεντρικό δεξιά) μδ 0,6 εκ. με αντιδραστικού τύπου αλλοιώσεις**

Ανοσοϊστοχημεία: TTF-1 (+), Calcitonin (-), HBME-1 (+), Cyclin D1 (+) κατά θέσεις, p53: ολίγα κατά θέσεις θετικά κύτταρα, Ki 67 10% κατά θέσεις στο 10 % των κυττάρων.

**Μετεγχειρητικό υπερηχογράφημα:** Χωρίς υπόλειμμα, Δεξιά παρατραχειακά LN με φυσιολογική μορφολογία, δ 15x5 χιλ. Πίσω από τη δεξιά σφαγίτιδα LN 1 εκ ομοιογενής υφή και μικρή ηχογενή περιοχή δ 1 χιλ στην κάψα του, AP παρατραχειακά 1 LN ομοιογενή υφή 6 χιλ.

Histotype	Differentiation (growth pattern)	Grade (mitotic activity, tumor necrosis)	Prognosis
PTC	Good (papillae, follicles)	Low	Excellent
FTC			
OCA			
DHGTC (papillary, follicular, oncocytic)	Poor (solid/trabecular/insular growth)	High	Intermediate
PDTC			
ACA	Absent (undifferentiated growth)		Dismal

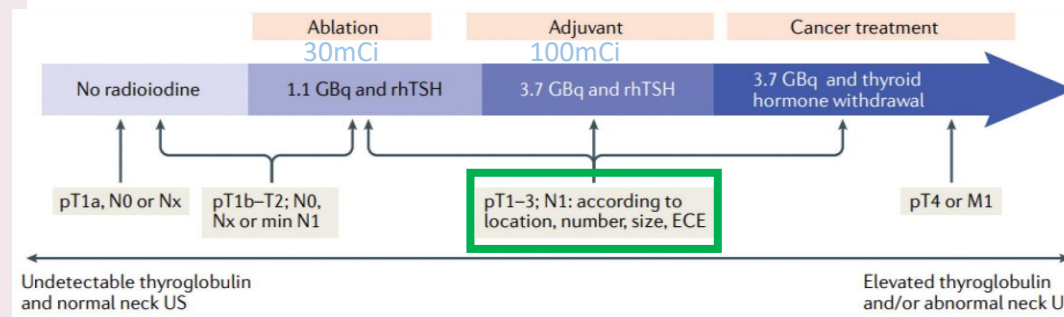
PTC - papillary thyroid carcinoma; FTC - follicular thyroid carcinoma; OCA - oncocytic carcinoma, DHGTC - differentiated high grade thyroid carcinoma; PDTC - poorly differentiated thyroid carcinoma; ACA - anaplastic carcinoma.

Tumors with mixed histologic features should be typed according to the component with highest grade and least differentiation

Low (<=5%)	NIFTP	Non-invasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features, formerly referred to as 'non-invasive encapsulated follicular-variant PTC'	<1%
	PTC	With all of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>No macroscopic tumour-tissue remnants after resection</li> <li>No locoregional invasion or local metastases</li> <li>Clinical N0 or pathological N1 disease (&lt;5 micrometastases, each measuring &lt;0.2 cm<sup>b</sup>)</li> <li>No distant metastases</li> <li>No RAI-avid metastatic foci outside the thyroid bed on first post-treatment whole-body RAI scan (if <sup>131</sup>I is given)</li> <li>No vascular invasion</li> <li>Non-aggressive histology<sup>c</sup></li> </ul> <i>BRAF V600E</i> -mutated PTCs can be assigned to the low-risk category only if the tumour is <1 cm	1%–6% <sup>d</sup>
	FTC <sup>e</sup>	Intrathyroidal, well-differentiated FTC with capsular invasion and minimal (<4 foci) or no vascular invasion	2%–3%
Intermediate (6%–20%)	PTC	With at least one of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>Microscopic invasion of perithyroidal soft tissues</li> <li>Tumour-related symptoms</li> <li>Intrathyroidal tumour measuring &lt;4 cm, <i>BRAF V600E</i>-mutated (if known)</li> <li>Aggressive histology<sup>c</sup></li> <li>Vascular invasion</li> </ul>	3%–8% 9% 10% ≈15% 15%–30%
	FTC <sup>e</sup>	With at least one of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>Multifocal papillary microcarcinoma with ETE and known <i>BRAF V600E</i> mutation</li> <li>Clinical N1 or pathological N1 disease (&gt;5 involved lymph nodes, each measuring &lt;3 cm)</li> <li>RAI-avid metastatic foci in the neck on the first post-treatment whole-body RAI scan</li> </ul>	20% 20% –
High (>20%)	PTC	With at least one of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>Gross ETE (macroscopic invasion of perithyroidal soft tissues)</li> <li>Pathological N1 disease: one or more nodal metastases measuring &gt;3 cm</li> <li>Extranodal extension</li> <li>Concomitant <i>BRAF V600E</i> and <i>TERT</i> mutations<sup>f</sup></li> <li>Postoperative serum Tg suggestive of distant metastases</li> <li>Incomplete tumour resection</li> <li>Distant metastases</li> </ul>	30%–40% 30% 40% >40% Virtually 100% 100% 100%
	FTC <sup>e</sup>	With at least one of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>Widely invasive or extensive vascular invasion (&gt;4 foci)</li> <li>Postoperative serum Tg suggestive of distant metastases</li> <li>Incomplete tumour resection</li> <li>Distant metastases</li> </ul>	30%–55% Virtually 100% 100% 100%

**Στάδιο I T3aN0Mx**  
**Κίνδυνος υποτροπής: Ενδιάμεσος προς Υψηλός**

Υπό T3 25μg x2	15/2/24	19/2/24
TSH (μU/ml)	8,62	11,66
Tg (ng/ml)	13,9	9,5
anti-Tg (U/ml)	14	29
FT4 (ng/dl)	<3,86 pmol/l	<0,1



**Σύσταση: 120 mCi adjuvant λήψη RAI**

[B32] Should postoperative disease status be considered in decision-making for RAI therapy for patients with DTC?

■ RECOMMENDATION 50

(A) Postoperative disease status (i.e., the presence or absence of persistent disease) should be considered in deciding whether additional treatment (e.g., RAI, surgery, or other treatment) may be needed.

(Strong recommendation, Low-quality evidence)

(B) Postoperative serum Tg (on thyroid hormone therapy or after TSH stimulation) can help in assessing the persistence of disease or thyroid remnant and predicting potential future disease recurrence. The Tg should reach its nadir by 3–4 weeks postoperatively in most patients.

(Strong recommendation, Moderate-quality evidence)

(C) The optimal cutoff value for postoperative serum Tg or state in which it is measured (on thyroid hormone therapy or after TSH stimulation) to guide decision-making regarding RAI administration is not known.

(No recommendation, Insufficient evidence)

(D) Postoperative diagnostic RAI WBSs may be useful when the extent of the thyroid remnant or residual disease cannot be accurately ascertained from the surgical report or neck ultrasonography, and when the results may alter the decision to treat or the activity of RAI that is to be administered. Identification and localization of uptake foci may be enhanced by concomitant single photon emission computed tomography–computed tomography (SPECT/CT). When performed, pretherapy diagnostic scans should utilize  $^{123}\text{I}$  (1.5–3 mCi) or a low activity of  $^{131}\text{I}$  (1–3 mCi), with the therapeutic activity optimally administered within 72 hours of the diagnostic activity.

(Weak recommendation, Low-quality evidence)

## Η μετεγχειρητική έκταση της νόσου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για τη λήψη θεραπευτικής απόφασης

- Η μετεγχειρητική Tg μπορεί να βοηθήσει αλλά δεν υπάρχει κατώφλι για την τιμή της
- Το μετεγχειρητικό διαγνωστικό WBS θα μπορούσε να βοηθήσει στον καθορισμό της έκτασης της υπολειμματικής νόσου
- Η μέτρηση της μετεγχειρητικής Tg (με antiTg) με ή χωρίς US τραχήλου συχνά χρησιμοποιείται στην αρχική μετεγχειρητική εκτίμηση
- Η τιμή της επηρεάζεται από ποικιλία παραγόντων
  - υπολειμματική νόσος ή φυσιολογικός θυρεοειδικός ιστός, από την TSH, μέθοδο μέτρησης, την παρουσία antiTG, την παρουσία διηθημένων λεμφαδένων ή μετασταστικής νόσου

# 8ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ



European  
Reference  
Network

**Endo-ERN**

**Member**

ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

**Άνδρας ηλικίας 70 ετών  
προέρχεται στο ιατρείο και  
προσκομίζει εργαστηριακό έλεγχο.**

**Ιστορικό (ατομικό αναμνηστικό)**

- **Ελεύθερο για θυρεοειδοπάθεια.**
- **Λήψη ομεπραζόλης λόγω ΓΟΠ από τριετίας.**
- **Αναφέρει επίσης απώλεια βάρους περίπου 4 κιλών το τελευταίο δίμηνο χωρίς δίαιτα ή διατροφικές αλλαγές.**

**Κλινική Εξέταση**

**Θυρεοειδής: αψηλάφητος, ανώδυνος.  
Κλινικά ευθυρεοειδικός**

<b>T3</b> (ng/dl)	92	<b>Testo</b> (ng/dl)	309
<b>FT4</b> (ng/dl)	1,0	<b>CT</b> (pg/ml)	<b>40</b>
<b>TSH</b> (μU/ml)	1,05	<b>ACTH</b> 8(pg/ml)	<5
<b>PTH</b> (pg/ml)	37	<b>F 8πμ</b> (μg/dl)	23,5
<b>BGP</b> (ng/ml)	4	<b>DHEA-S</b> (μg/dl)	25
<b>17OHPR</b> (ng/ml)	0,57	<b>ALDO</b> (ng/dl)	3,3
<b>LH</b> (mU/ml)	6,9	<b>Ρενίνη</b> (μU/ml)	15
<b>FSH</b> (mU/ml)	15,4	<b>ARR</b>	0,22

<b>Ελεύθερες Μετανεφρίνες πλάσματος</b> (φ.τ. <88ng/l)	16,20
<b>Ελεύθερες Νορμετανεφρίνες πλάσματος</b> (φ.τ. <162ng/l)	52,70
<b>3-Μέθοξυτυραμίνη</b> (φ.τ. <17,4ng/l)	<5

**υπερηχογράφημα θυρεοειδούς : ήπια ανομοιογένεια**

→ υψηλές τιμές καλσιτονίνης (βασικές τιμές και μετά διέγερση) μπορούν να ληφθούν στις εξής καταστάσεις:

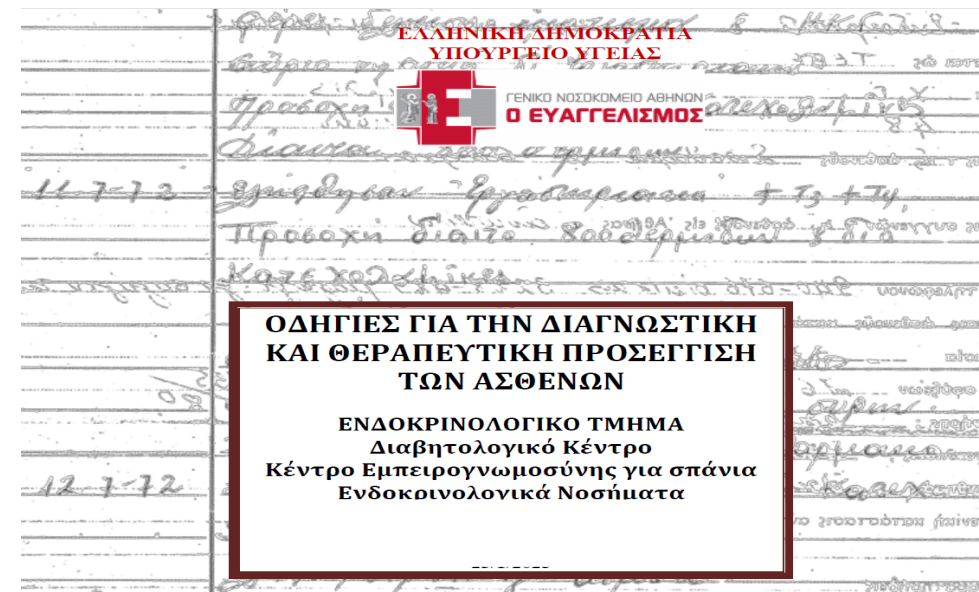
- υπερασβεστιαμία,
- ετεροφιλικά αντισώματα,
- νεφρική ανεπάρκεια,
- υπεργαστριναιμία,
- μαστοκύτωση,
- χρόνια λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα,
- θηλώδη και θυλακιώδη Caθυρεοειδούς,
- βρογχοκήλη,
- νευροενδοκρινείς όγκοι (εξωθυρεοειδικούς).
- **χρήση PPIs,**
- χρήση β-αναστολέων,
- χρήση γλυκοκορτικοειδών.



Endo-ERN

Member

ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ



### ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΜΕ $Ca^{++}$

(Χορήγηση στοιχειακού ασβεστίου **2.5 mg/kg**, -

0,55 ml/kg διαλύματος CaGluconate 5% , ή 0,3ml/kg διαλύματος CaGluconate 10%)

Ρυθμός χορήγησης i.v. 5 ml/min, ελάχιστος χρόνος 3 min, αμιοληψία (2,3 5 και 10 min) μετά το τέλος της έγχυσης.

**Σύσταση:** για διακοπή PPIs και Επανάλεγχος καλσιτονίνης σε 1 μήνα

	0'	2'	3'	5	10'
CT (pg/ml)					
Ca (mg/dl)					

## ΜΥΕΛΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

### Αξιολόγηση αποτελεσμάτων της δοκιμασίας διέγερσης

- **Ενδειξη για περαιτέρω διερεύνηση**
  - Βασική τιμή καλσιτονίνης  $>10$  ng/l (χρησιμοποιώντας ανοσοενζυμική μέθοδο), μόνο για τις γυναίκες, ενώ στους άνδρες ένδειξη έχουν όσοι έχουν βασική τιμή  $>50$  pg/ml (ng/l) (Colombo C et al., JCEM, 2012)
  - Βασική τιμή  $>26$  pg/ml στις γυναίκες &  $68$  pg/ml στους άνδρες: διάγνωση μυελοειδούς (vs υπερπλασία c-κυττάρων και φυσιολογικών)- ευαισθησία 82%-ειδικότητα 98-100% (Mianetal., JCEM 2014)
- **Διεγερμένη τιμή**
  - $>79$  pg/ml στις γυναίκες &  $544$  pg/ml στους άνδρες: διάγνωση μυελοειδούς (vs υπερπλασία c-κυττάρων και φυσιολογικών)- ευαισθησία 100% & 78%-ειδικότητα 77 & 85% (Mianetal., JCEM 2014)
  - $>184$  pg/ml για τις γυναίκες και  $>1620$  pg/ml για τους άνδρες μετά τη διέγερση (Colombo C et al., JCEM, 2012).

Μεγιστη τιμή καλσιτονίνης στη δομιασία διέγερσης (ng/l)	Κλινική σημασία
$<10$	Απουσία νόσου
10-100	Πιθανά ψευδώς θετικά
100-500	Πιθανά υπερπλασία C-κυττάρων
500-1000	Πιθανά μυελοειδές
$>1000$	Μυελοειδές

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

### ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ  
Διαβητολογικό Κέντρο  
Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για σπάνια  
Ενδοκρινολογικά Νοσήματα

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ

