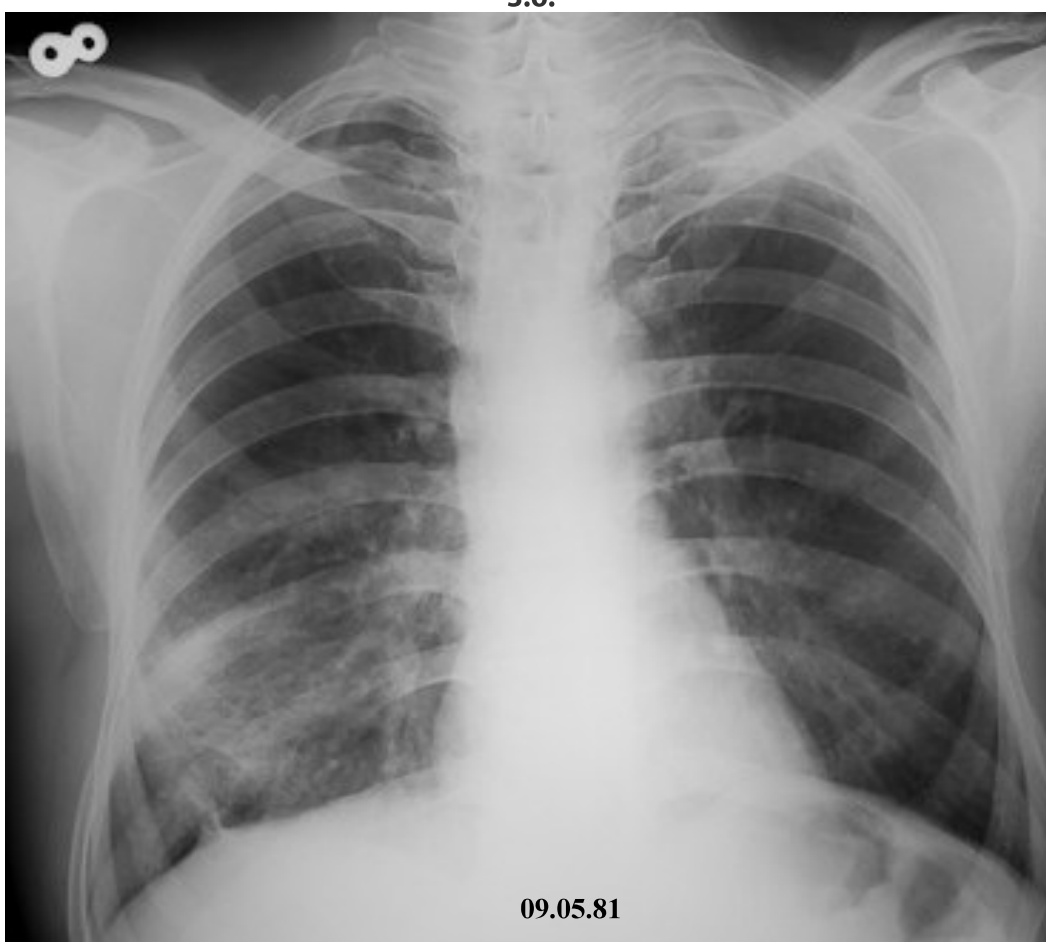


3.γ.



30.04.81

3.δ.



09.05.81

Περίπτωση 4: Ασθενής ηλικίας 42 ετών με κλινική συνδρομή και διήθηση που καταλαμβάνει τον δεξιό μέσο λοβό. Με κοινή αντιβίωση, επήλθε αποκατάσταση.

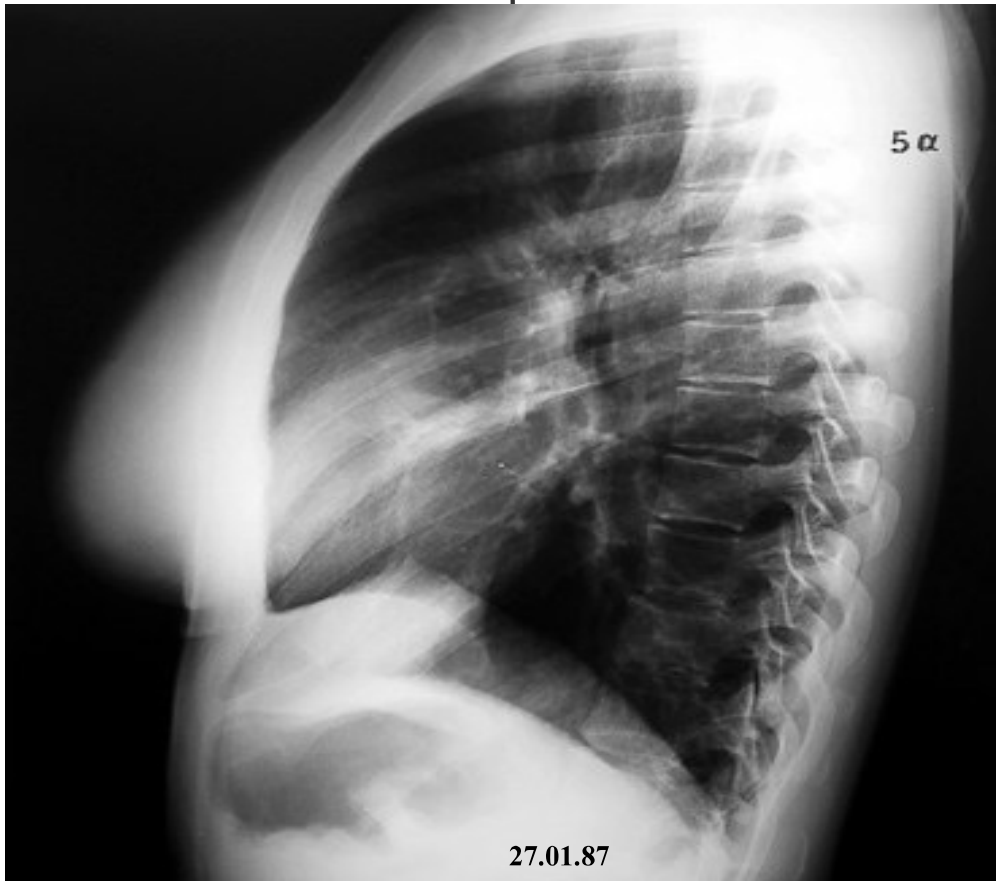
4.α.



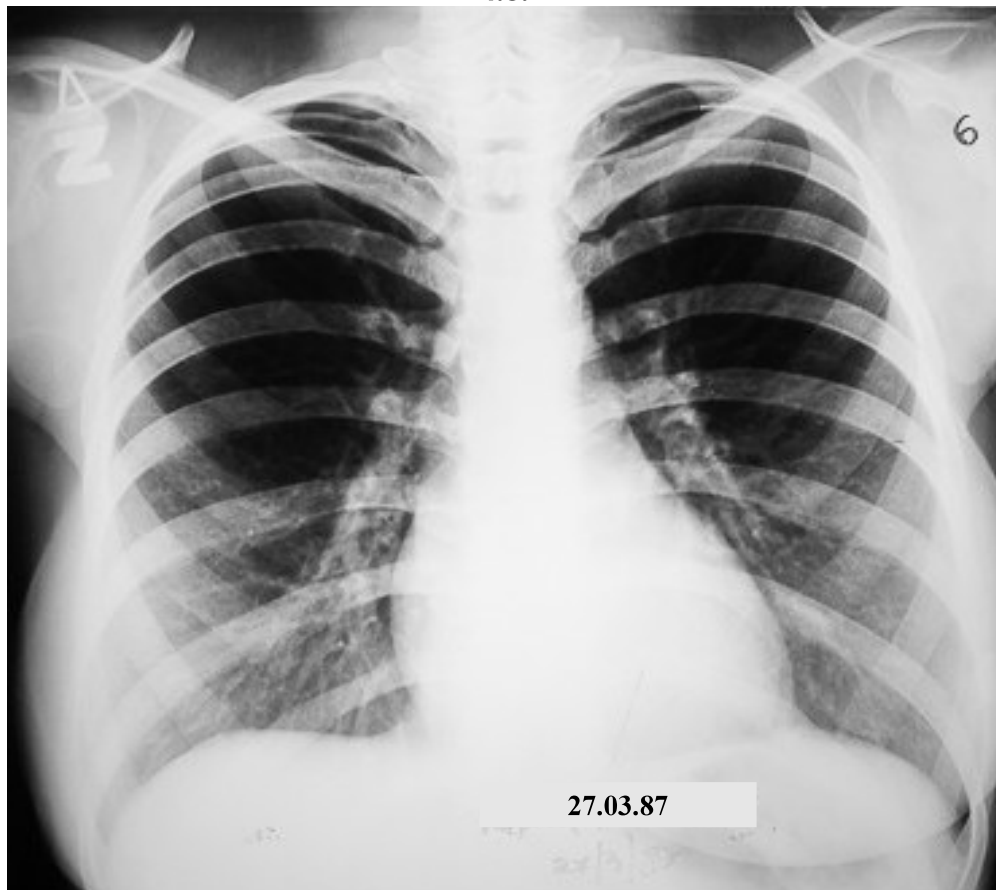
4.β.



4.γ.

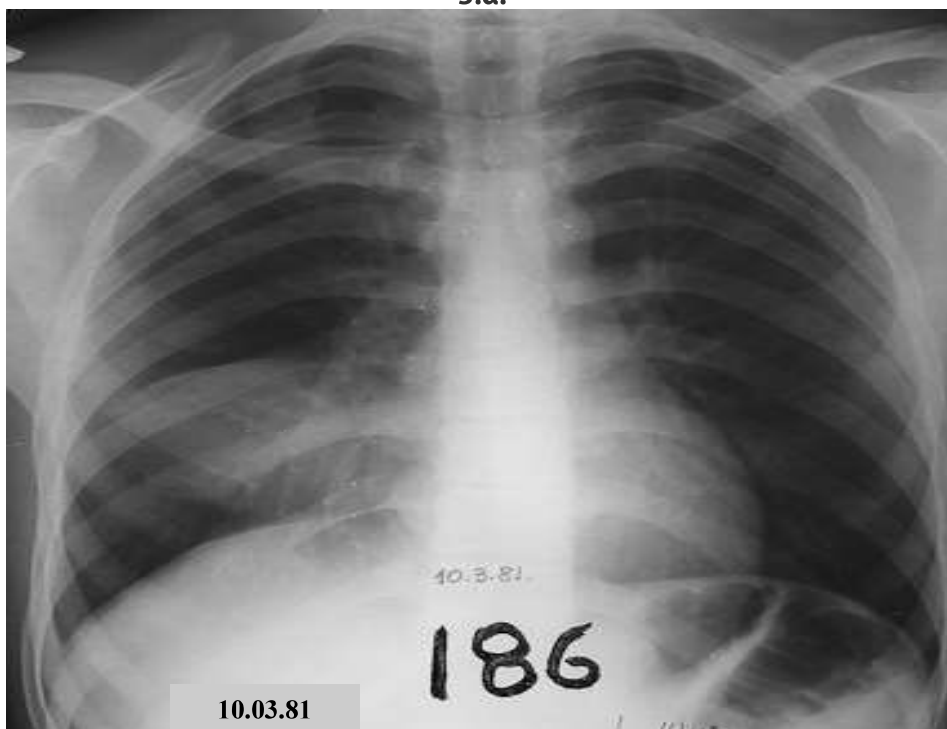


4.δ.



Περίπτωση 5: Ασθενής ηλικίας 16 ετών παραπέμφθηκε στο αντιφυματικό ιατρείο Αλεξανδρούπολης για σκίαση στο δεξιό μέσο-κάτω πνευμονικό πεδίο, χωρίς οξεία κλινική συνδρομή. Το προς τα επάνω όριο της σκίασης υπαινίσσεται πύκνωση μέσου λοβού (Α). Στην πλάγια ακτινογραφία φαίνεται μάλλον στρογγυλη σκίαση στον μέσο λοβό. Παρά την εφαρμοσθείσα θεραπεία, η ακτινολογική εικόνα παραμένει αμετάβλητη. Πιθανώς επρόκειτο για αποστηματικό μηχανισμό με κακή παροχέτευση των εκκρίσεων, εξ' ου και το καμπύλο όριο της σκίασης.

5.α.



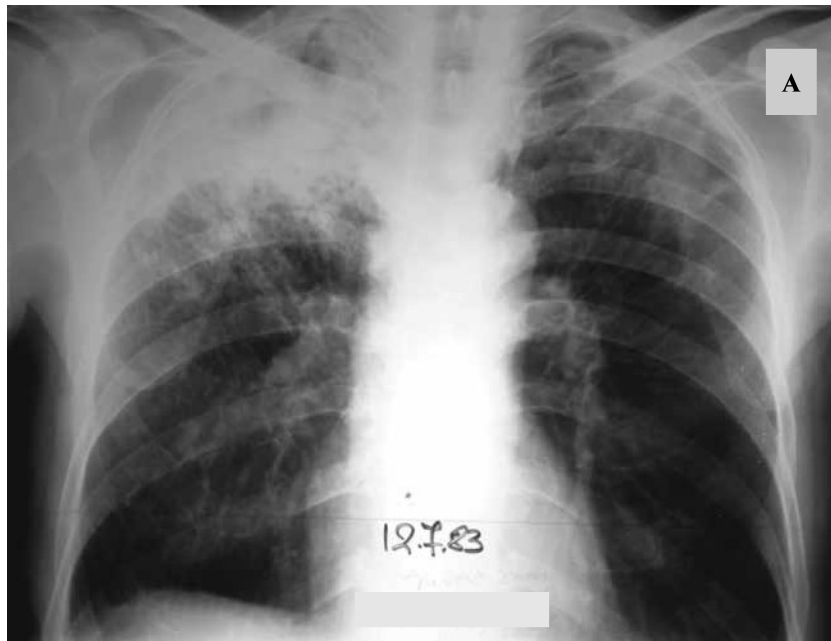
5.β.

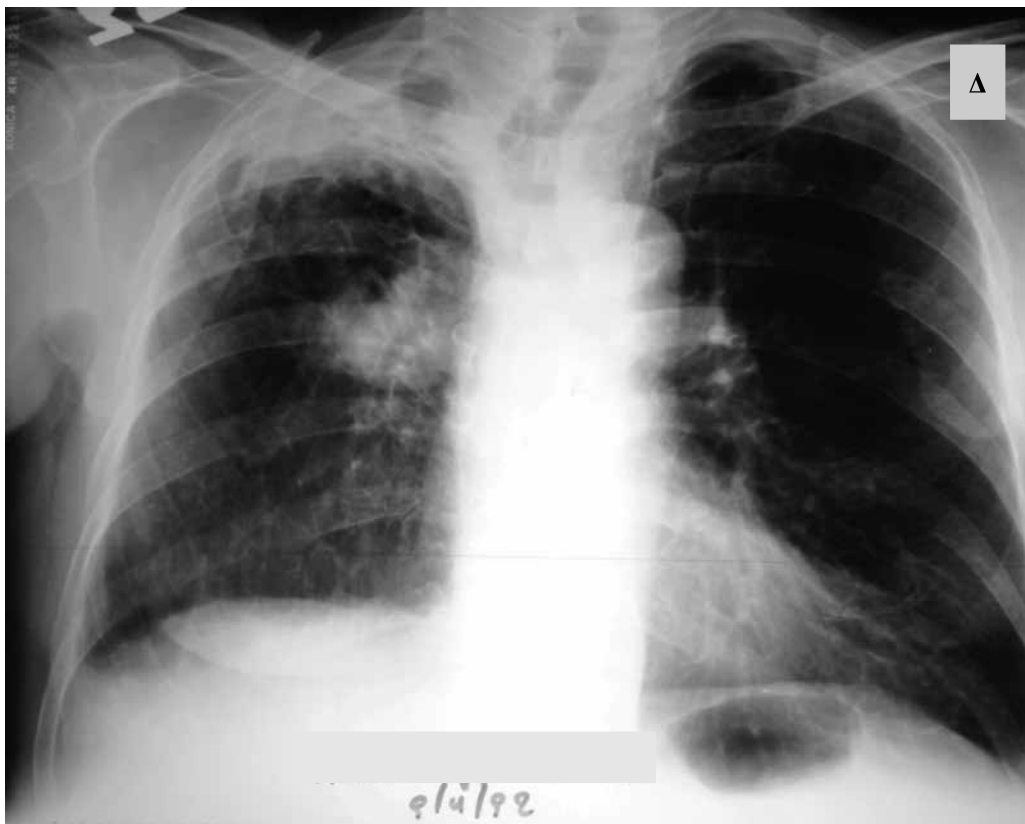
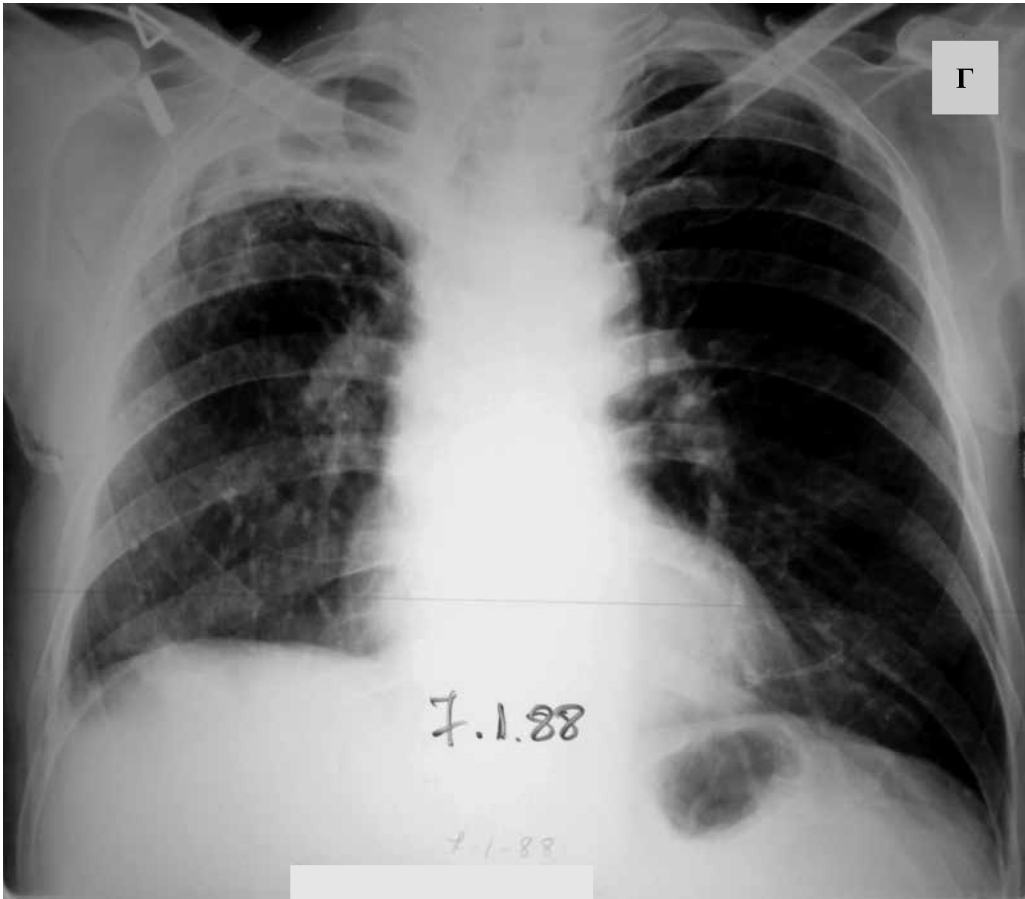


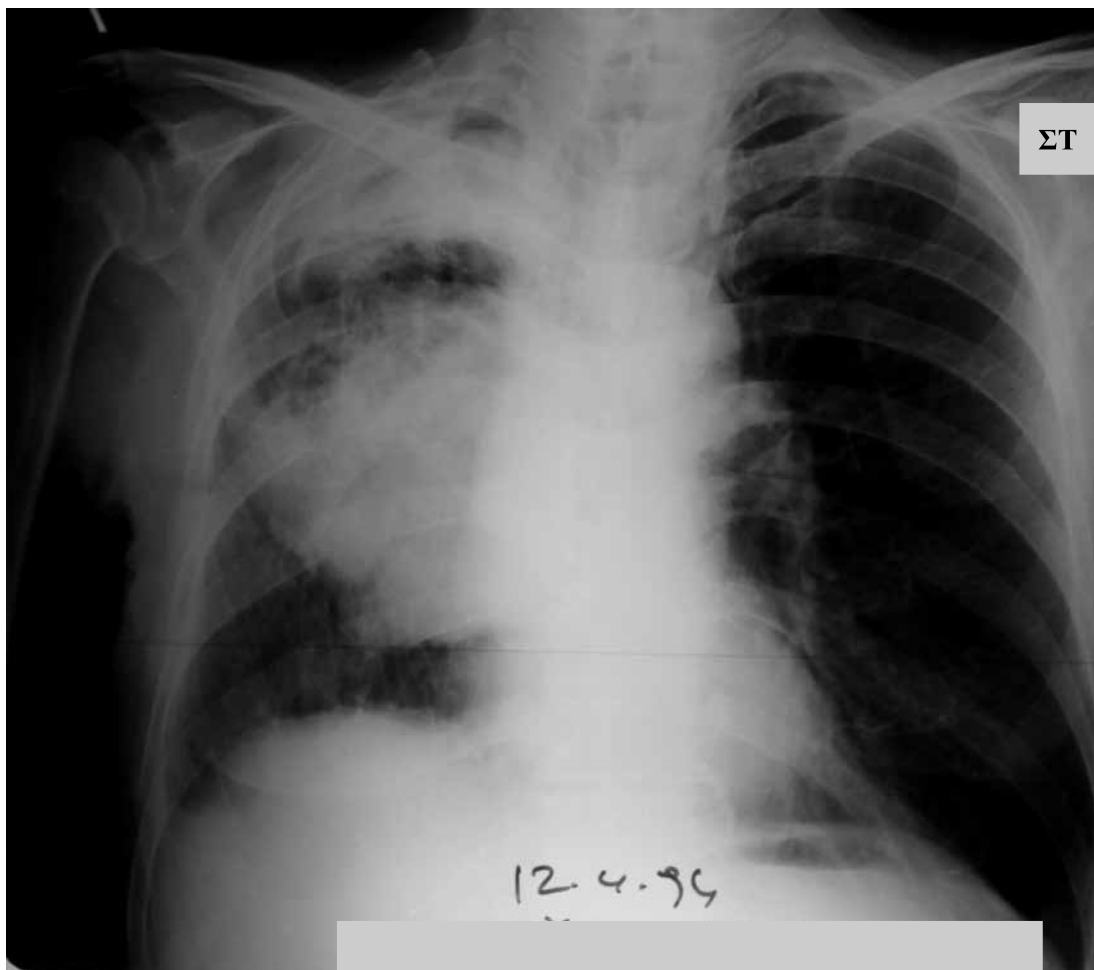
Ασπεργιλλώματα

Τα ασπεργιλλώματα αναπτύσσονται κατά κανόνα σε προϋπάρχουσες κοιλότητες, κυρίως από ανενεργό φυματίωση (σπήλαιο ανοικτό- ανενεργό). Παρουσιάζονται ως ογκοειδείς σχηματισμοί (μπάλα μυκητώματος) και μπορεί να προκαλούν παχύνσεις του τοιχώματος του σπηλαίου και ενδοκοιλιακές επασβεστιώσεις. Κατά κανόνα παρατηρούνται στους άνω λοβους και ενίοτε καταστρέφονται από επιμολύνσεις. Προκαλούν αιμοπτύσεις, πολλές φορές ιδιαίτερα επικίνδυνες.

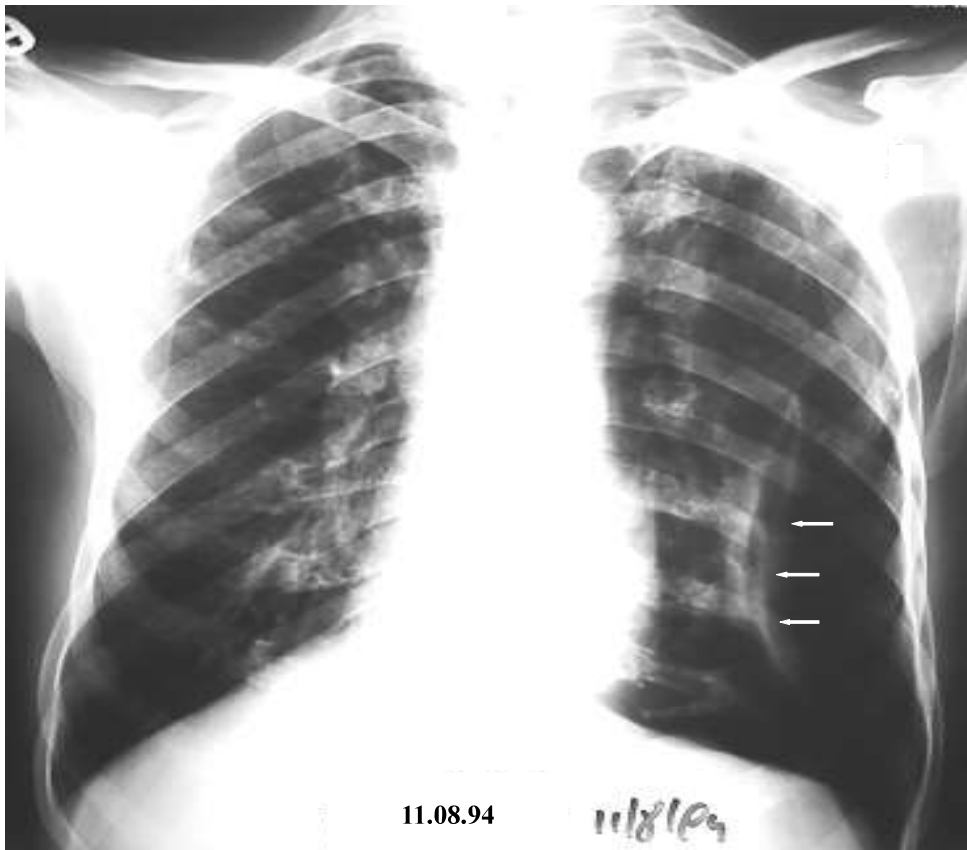
Περίπτωση 1: Ασθενής ηλικίας 60 ετών, στην πρώτη επαφή με το αντιφυματικό ιατρείο στις 12/07/1983 (Α) με εκτεταμένη φυματίωση του δεξιού άνω λοβού σπηλαιώδη και μετά την αντιφυματική θεραπεία, παρέμεινε μεγάλο κεκαθαρμένο σπήλαιο στη δεξιά κορυφή (10/01/1986, Β). Στις 08/12/1988 (Γ), μέσα στο σπήλαιο αναπτύσσεται ασπεργίλλωμα. Μετά δε 4 έτη, και ενώ η εικόνα του ασπεργίλλωματος παραμένει σταθερή, ο ασθενής εμφανίζει καρκίνο του πνεύμονα, μη έχοντας σχέση με την προηγούμενη κατάσταση.



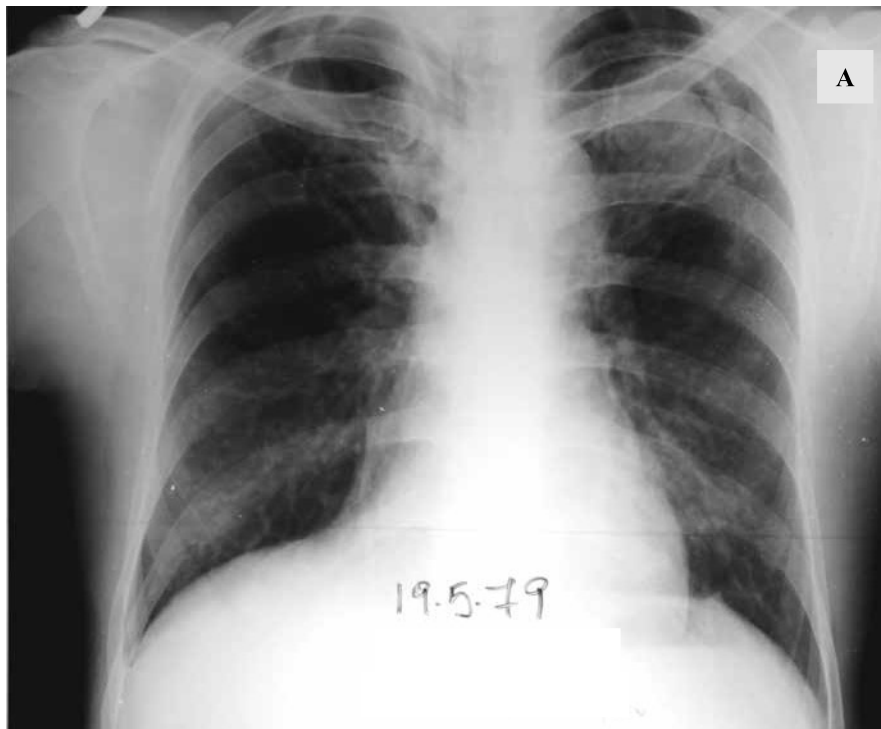




Περίπτωση 2: Ασθενής ηλικίας 39 ετών, παλαιός φυματικός, με κεκαθαρμένο σπήλαιο στην αριστερά κορυφοϋποκλείδιο χώρα, ύστερα από 9 χρόνια ανέπτυξε ασπεργίλλωμα στην αριστερά κορυφή και δευτεροπαθή πνευμοθώρακα αριστερά.

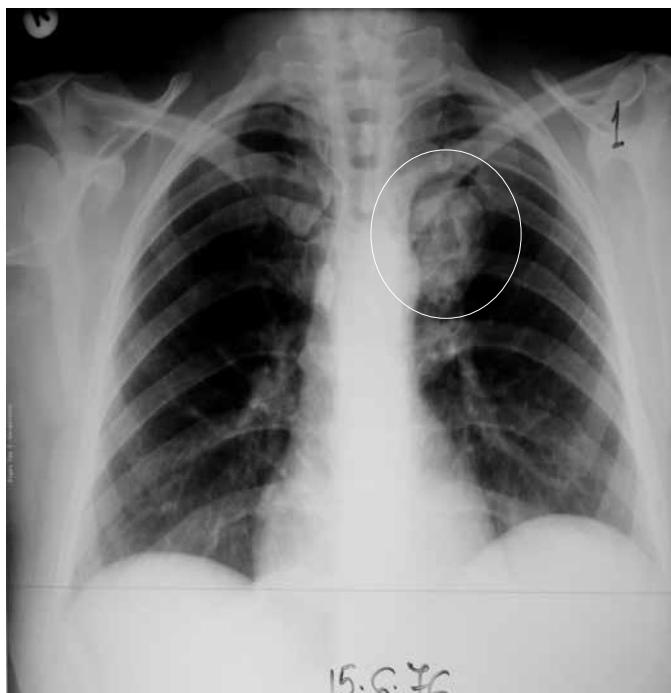


Περίπτωση 3: Ασθενής ηλικίας 20 ετών, σε πρώτη επαφή με το αντιφυματικό ιατρείο, παρουσιάζει αδι-
αμφισβήτητες ανενεργούς φυματικές αλλοιώσεις στις κορυφές και στο ογκοειδές μόρφωμα (ασπεργί-
λωμα), που καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της κοιλότητας του αριστερού άνω λοβού (19/05/1979,
A). Μετά από 7 χρόνια ο ογκοειδής σχηματισμός σμικρύνεται (καταστροφή;). Στις 27/01/1988 (B) πα-
ρατηρείται περαιτέρω σμίκρυνση του ασπεργιλλώματος. Παράλληλα παρατηρούνται ενδοκοιλιακές
επασβεστιώσεις. Ο ασθενής παρουσίασε έντονες αιμοπτύσεις και διακομίστηκε σε ειδικό νοσοκομείο
για χειρουργική αντιμετώπιση. Ο ασθενής πολύ σύντομα απεβίωσε από φυματιώδη μηνιγγίτιδα, προφα-
νώς συνεπεία αιματικής διασποράς του "πάλαι ποτέ" τρίτου σταδίου της φυματίωσης. Μήπως θα έπρεπε
να αναζητηθεί ανοσιακός παθογενετικός μηχανισμός στην όλη συνδρομή; Η περίπτωση χρεώνεται στα
"γιατί" της φυματικής νόσου.



Περίπτωση 4: Ασθενής ηλικίας 60 ετών, προσήλθε στο αντιφυματικό ιατρείο με ογκοειδές μόρφωμα (ασπεργίλλωμα), που καταλάμβανε το μεγαλύτερο μέρος μίας κοιλότητας (α/α 15.06.76 Α, τομογραφία Β). Δεν αναφέρεται προηγηθείσα φυματική νόσος, ούτε ανευρίσκονται στην ακτινογραφία στοιχεία χρόνιας φυματίωσης.

Θα είναι δυνατόν να χαρακτηριστεί “πρωτοπαθές ασπεργίλλωμα”, μία πολύ σπάνια, αμφισβητούμενη, ίσως, νοσολογική οντότητα. Η ασθενής παραπέμφθηκε για χειρουργική επέμβαση. Σ’ αυτήν επιβεβαιώθηκε η διάγνωση του ασπεργίλλωματος. Ωστόσο, προκλήθηκε παράλυση του αριστερού ημιδιαφράγματος από τρώση του φρενικού νεύρου (Γ). Στην ακτινογραφία αυτή παρατηρείται μετεγχειρητική συνοστέωση μεταξύ της 5ης και της 6ης πλευράς αριστερά.



Πνευμονικό απόστημα

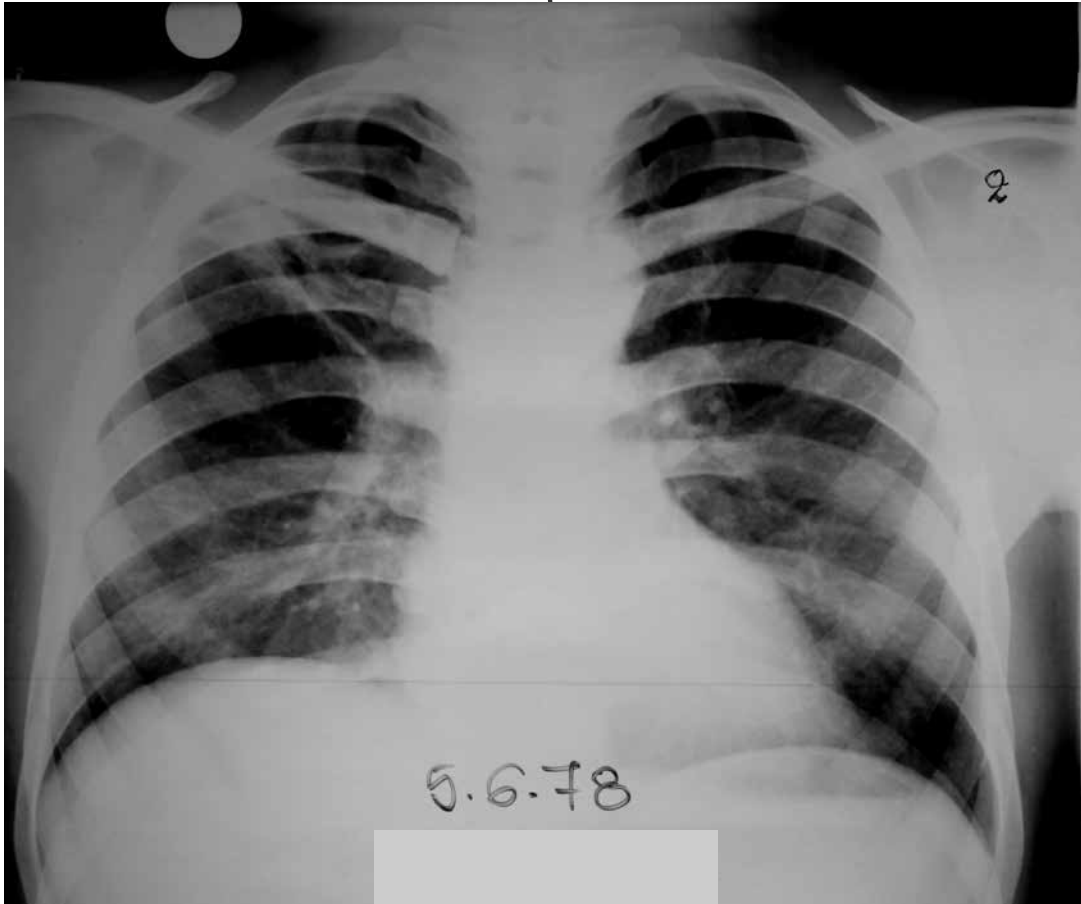
Υπό τον όρο “απόστημα” νοείται η συλλογή πύου σε μη προσχηματισμένη κοιλότητα. Από πλευράς αιτιολογίας μία μεγάλη ποικιλία παραγόντων εμπλέκεται στην πρόκληση αποστήματος. Συνήθως το απόστημα δημιουργείται στην εξέλιξη μίας πνευμονικής πύκνωσης. Επειδή συνήθως πρόκειται για οξείες καταστάσεις, τα αποστήματα οδεύουν προς νοσοκομειακή περίθαλψη. Μικρό μέρος αντιμετωπίζεται σε εξωνοσοκομειακή βάση. Παρακάτω, ενδεικτικές περιπτώσεις:

Περίπτωση 1: Ασθενής ηλικίας 28 ετών, νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο για οξύ εμπύρετο νόσημα και πυεμσία (ακτινογραφία της 06.05.78). Πύκνωση δεξιού άνω λοβού με εικόνα μεγάλης τήξης και υγραερικό επίπεδο. Υπό μη ειδική αντιβιοτική θεραπεία παρουσίασε ταχεία βελτίωση (27.07.78). Ωστόσο, ο δεξιός άνω λοβός έχει ρικνωθεί εντυπωσιακά, όπως φαίνεται από την πολύ υψηλή θέση της μεσολόβιας σχισμής (βέλη).

1.α.



1.β.



1.γ.



Περίπτωση 2: Ασθενής ηλικίας 35 ετών, με γνωστό ιστορικό ιαθείσας πνευμονικής φυματίωσης, προσήλθε για εικόνα πύκνωσης στο αριστερό μέσο πνευμονικό πεδίο (α/α 08.05.86). Με την υποψία υποτροπής της φυματίωσης μπήκε σε αντιφυματική αγωγή. Ωστόσο, η βλάβη δεν υποχώρησε και εμφανίστηκε εικόνα τήξης (α/α 11.11.86). Με νοσοκομειακή νοσηλεία, αποκατάσταση.

2.α.



2.β.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Παθήσεις στις οποίες εμπλέκεται ο Υπεζωκότας

Η φιλοσοφία γύρω από την υπεζωκοτική μεμβράνη εμπεριέχει υψηλή ελκυστικότητα. Πέραν του παθογενετικού παράγοντα, πολύ αδρά θα διακριθούν: α. οι συλλογές υπεζωκοτικού υγρού και β. σπανιότερες περιπτώσεις.

α. Συλλογές υπεζωκοτικού υγρού* (Υ.Υ.).

Εισαγωγικά στοιχεία: η υπεζωκοτική μεμβράνη έχει δύο πέταλα: το έξω (τοιχωματικό) και το έσω (σπλαχνικό). Το έξω στέλνει συνεχώς λίγο υγρό προς την υπεζωκοτική κοιλότητα και το έσω απορροφά το υγρό. Όταν διαταραχθεί η συγκεκριμένη σχέση, δηλαδή είτε η παραγωγή είναι πολύ μεγάλη, είτε η απορρόφηση πλημμελής, παρατηρούνται οι συλλογές υγρού. Ευνόητα η συλλογή Υ.Υ. προκαλείται από ουδόλως ευάριθμες καταστάσεις. Κλασσική εικόνα συλλογής Υ.Υ. Αποτελούν οι:

Πλευρίτιδα: εκφράζει την ορολογία που μονοπωλούσε η φυματίωση, φέροντας τον όρο εξιδρωματική, μέσω της οποίας καθιερώθηκε εν πολλοίς η ακτινολογική σημειολογία. Πρόκειται για σκίαση, που ξεκινά από τις πλευροδιαφραγματικές γωνίες και μπορεί να φτάσει μέχρι την κορυφή, παρεκτοπίζοντας το μεσοθωράκιο ή και διαστέλλοντας τον σκελετό. Συνήθης εικόνα: τριγωνική σκιά, με την κορυφή προς τη μασχάλη και τη βάση στο διάφραγμα. Η μέσα πλευρά του τριγώνου είναι καμπύλη, με το κοίλο προς τα επάνω. Αποτελεί κλασσική γραμμή Ellis - Damoiseau (E.D.) και δεν αφορά τη σύνθεση - φύση του Υ.Υ., αλλά αναφέρεται σε ελεύθερο υγρό. Μια συμφυτική επεξεργασία - εγκύστωση αλλάζει την εικόνα. Η ακτινολογική γραμμή E.D. **είναι ψευδής**, προκαλούμενη από το «παίξιμο» των στιβάδων του υγρού στη διαδρομή των ακτίνων. Αντικειμενικά και κλινικά η E.D. αποτελεί μια γραμμή παραβολική, με το κυρτό προς τα επάνω. Παλαιές ακτινολογικές απόψεις ήθελαν τη γραμμή οριζόντια. Σήμερα η κατάσταση έχει αποκρυσταλλωθεί, είναι δε γνωστό πως η πρώτη ποσότητα Υ.Υ. επιστρώνεται στο διάφραγμα.

Πρόκειται λοιπόν για:

Υποπνευμονική συλλογή (Υ.Σ.): αφορά συλλογή ελεύθερου υγρού, αποκλίνοντας πλήρως από τη «διαφραγματική» ή «επιδιαφραγματική πλευρίτιδα», όπως αδόκιμα έχει καθιερωθεί. Η διάταξη του υγρού υπαγορεύεται από φυσικούς - μηχανικούς, οπσοδήποτε δυναμικούς, λόγους. Πάρα πολύ αδρά περιγράφεται ως εξής: όταν η ελαστική τάση (και κυρίως εκείνη που εξαρτάται από αγγειακές και βρογχικές δομές και η συνισταμένη των επιμέρους τάσεων φέρεται προς τη βάση του πνεύμονα και είναι αρκετά ισχυρή) δημιουργούνται οι συνθήκες για μεγάλη υποπνευμονική συλλογή. Το συγκεκριμένο φαινόμενο παρατηρείται κυρίως σε χρόνιες καταστάσεις (σκληροί βρόγχοι, σκληρά αγγεία) και κάμψεις καρδιακές. Η ακτινολογική επιβεβαίωση της Υ.Σ. χαρακτηρίζεται απλή, όταν αφορά το αριστερό ημιθωράκιο: μεταξύ του πνευμονικού παρεγχύματος και της γαστρικής φυσαλλίδας παρατηρείται ευρεία σκιερή ταινία, που δεν «δικαιολογείται» από το άθροισμα «διάφραγμα + γαστρικό τοίχωμα». Με μία κατά μέτωπο κατακεκλιμένη ακτινογραφία λύνεται το δυνητικό πρόβλημα. Ιδιαίτερα ελκυστική - επιστημονικά και κυρίως πρακτικά - αναδεικνύεται η εικόνα στις παρακάτω περιπτώσεις:

Συλλογή Υ.Υ. στις μεσολόγιες σχισμές: πρόκειται για ελεύθερο υγρό, του οποίου την «ανορθόδοξη» κατανομή υπαγορεύουν δυναμικοί λόγοι. Οι όροι «μεσολοβίτιδα»-«εγκύστωση» δεν αντέχουν σε λογική θεώρηση. Το υγρό μετακινείται με την αλλαγή θέσης του ασθενούς, όπως έχει αποδειχθεί με απλές μεθόδους. Απορροφάται δε ταχύτατα, γεγονός αδιανόητο για εγκυστωμένες συλλογές. Περιγράφεται με τους όρους «σκιά φάντασμα» ή «όγκος φάντασμα» και αποδίδεται - κατά κανόνα - σε κάμψη καρδιακή. Στην πράξη η πλάγια ακτινογραφία παρέχει ελκυστική εικόνα και λύση. Η εμπλοκή του υπεζωκότα θα αναφερθεί σε ποικιλία καταστάσεων, που παρατίθενται συνοπτικά:

* Οι όροι «πλευρικού», «πλευριτικού» ή «πλευριτιδικού» χαρακτηρίζονται αδόκιμοι, ως ανεπαρκείς αποδόσεις στην ελληνική γλώσσα.

Πνευμοθώρακας (ΠΘ): συλλογή ελεύθερου αέρα μεταξύ των πετάλων του υπεζωκότα. Η διεθνής βιβλιογραφία υπερκαλύπτει το συγκεκριμένο θέμα. Μόνη σημείωση: εάν η εικόνα του ΠΘ δεν είναι σαφής, ενδείκνυται ακτινογραφία σε εκπνοή.

Εμπύημα, αιμοθώρακας: ακτινολογικά η συμπεριφορά τους προσομοιάζει με κλασσική πλευρίτιδα, παρατηρείται όμως μεγάλη τάση για συμφυτική επεξεργασία και εγκατάσταση παχύνσεων του υπεζωκότα, ινοθώρακα και επασβεστιώσεων, ακόμη δε βρογχοϋπεζωκοτικών συριγγίων.

«Παχύνσεις» του υπεζωκότα: συνήθως αποτελούν κατάλοιπα μιας αποδραμούσας φλεγμονής. Ωστόσο, επισημαίνεται: **α.** η «πάχυνση» του υπεζωκότα - κυρίως όσον αφορά τις μεσολόβιες σχισμές - συνιστά το πρώτο ακτινολογικό εύρημα ενός πνευμονικού οιδήματος, **β.** μια νεοπλασματική, μεταστατική πλευρίτιδα (και εφόσον η δυνατότητα απορρόφησης του υγρού μπορεί να υπερτερεί της παραγωγής), όπου η πάχυνση του υπεζωκότα θα είναι το μόνο εύρημα της μετάστασης, φαινόμενο σπάνιο, αλλά υπαρκτό.

Ινοθώρακας - επασβεστιώσεις: ορίζονται, γλαφυρά, ως «παχυπλευρίτιδα» και «θωρακισμένος θώρακας». Πρόκειται για κατάλοιπα μάλλον σοβαρών καταστάσεων, όπως το εμπύημα και ο αιμοθώρακας. Η κλασσική «εξιδρωματική» πλευρίτιδα αφήνει ελάχιστα ή καθόλου κατάλοιπα, εφόσον δεν παρουσιάζει επιπλοκές, π.χ. ρήξη συμφύσεων, αιμοθώρακας.

Ως ειδική κατηγορία επασβεστίωσης αναφέρεται η **υπεζωκοτική αμιάντωση**, η οποία, χωρίς λειτουργικές επιπτώσεις, αφορά τον τοιχωματικό

(!) υπεζωκότα, είναι αμφοτερόπλευρη, παρατηρείται σε επαγγελματικό περιβάλλον, όχι δε σπάνια αποδίδεται σε λόγους περιβαλλοντικούς. Η εξέλιξη τους συνήθως καταλήγει σε μεσοθλιώμα. Το ασβέστιο προσέρχεται ως «επουλωτής» σε πολλές καταστάσεις, ακόμα και φυσιολογικές, π.χ. αρτηριοσκλήρυνση. Στον θώρακα, όσον αφορά τον υπεζωκότα, περιγράφεται η ασβεστοποιός πλευρίτιδα ή παχυπλευρίτιδα και οι διάφορες επασβεστιώσεις, που αφορούν χρόνιες ή σε αποδρομή βλάβες του υπεζωκότα, φαινόμενο πολύ συνηθισμένο, ειδικά παλαιότερα. Περιγράφονταν αδόκιμα και ως αποπιτανώσεις. Παρατηρούνται συνήθως στην εξέλιξη του εμπύματος ή ενός αιμοθώρακα. Δεν είναι συνήθεις στην πορεία μιας χωρίς επιπλοκή φυματιώδους πλευρίτιδας, όπως είχαμε τη δυνατότητα να επιβεβαιώσουμε.

Οι υπεζωκοτικές αμιαντώσεις παρατηρούνται σε ορισμένες περιοχές της χώρας (Μέτσοβο, Αλμωπία), αλλά και στον Νομό Ροδόπης, περιοχές του οποίου μελετήθηκαν και διαπιστώθηκε ότι σ' αυτές ο αμιάντος χρησιμοποιούταν ως επίχρισμα για «ασβέστωμα» των δαπέδων των κατοικιών.

«Λοβός» της αζύγου (φλεβός): δεν πρόκειται για λοβό. Προκαλείται από μία ανατομική ιδιοτροπία (έκτοπη πορεία της αζυγης φλέβας, χωρίς σημασία, που συνιστά σύνηθες «εύρημα»). Στο παρελθόν έχει λανθασμένα χαρακτηριστεί ως «πλευρίτιδα της αζύγου» περίπτωση, στην οποία σε μια κλασσική πλευρίτιδα στην τομογραφία βρέθηκε (στη σχισμή που σχηματίζεται από την άτυπη πορεία της αζυγης φλέβας) συλλογή υγρού. Ασφαλώς το εν λόγω υγρό αναλογούσε, για λόγους υδροστατικούς, στη σχισμή.

