



Σελίς 1

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΠΕΡΗΧΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΣΤΕΡΙΟΣ ΠΗΓΑΔΑΣ

Αστέριος Πηγαδάς M.D.

Ιατρός Ακτινολόγος

Διπλωματ. AMERICAN BOARD OF RADIOLOGY

Ειδίκευση επί θετία στις ΗΠΑ

Intern S. BALTIMORE GEN. HOSPITAL

BALTIMORE, MD

Resident ST. VINCENT'S HOSPITAL AND
MEDICAL CENTER, NEW YORK N.Y.

Fellow LOMA LINDA UNIVERSITY
LOMA LINDA, CA

Θεσσαλονίκη 23 Μαΐου 2023

Επαναξιολόγηση πολλαπλών απεικονιστικών εξετάσεων του κυρίου
ΓΙΑΝΝΑΚΙΔΗ ΝΙΚΟΛΑΟΥ:

Η MRI άνω-κάτω κοιλίας (12/4/2023) δείχνει μια **ογκόμορφη βλάβη** του αριστερού επινεφριδίου, μεγέθους **3,2 εκ.** Εμφανίζει αύξηση του σήματος στις τεχνικές ευαίσθητες στο υγρικό στοιχείο (T₂ και STIR) με ανωμαλία στο τοίχωμα και διαφραγμάτια, ενώ μετά την χορήγηση γαδολινίου εμφανίζει ένα λεπτό δακτυλιοειδή περιφερικό εμπλουτισμό.

Η CT κοιλίας που ακολούθησε (17/5/2023) δείχνει μια πυκνότητα της εν λόγω ογκομόρφου βλάβης **20 HU**, χωρίς να διενεργηθεί δυναμική μελέτη μετά την χορήγηση σκιαστικού.

Η εν λόγω ογκόμορφη επινεφριδική βλάβη δεν πρόκειται για νέα, πρωτοεμφανιζόμενη βλάβη. Υπήρχε και στις 2/3/20216, όπου η MRI δεν επισήμανε την βλάβη που υπήρχε. Η βλάβη ήταν μικρότερου μεγέθους **1,45 εκ.** Τότε η ειδική τεχνική συμφασική / εκτός φάσεως (**in / opposed phase**) τεχνική δεν έδειξε καταστολή του σήματος στο εκτός φάσεως τμήμα της τεχνικής, πράγμα που σήμαινε ότι η βλάβη δεν είναι, πλούσια σε λίπος, αδένωμα, χωρίς όμως να αποκλείεται αδένωμα ή άλλη ογκόμορφη βλάβη πτωχή σε λίπος

Έχουμε επομένως μια ογκόμορφη επινεφριδική βλάβη που εμφανίζει αύξηση μεγέθους 1,8 εκ., σε διάρκεια 7 ετών, δηλ. ρυθμό αύξησης 0,26 εκ./έτος ήτοι μικρό ρυθμό αύξησης που συνήθως απαντάται σε καλοήθεις επινεφριδικούς όγκους. Τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά είναι ενδεικτικά **κύστεως επινεφριδίου με εμπλουτιζόμενο τοίχωμα.**

Επομένως, δεν πρόκειται για ορώδη κύστη του επινεφριδίου. Το περιεχόμενο της κύστεως προέρχεται είτε από **αιμορραγία, κυστική νέκρωση ή εκφύλιση.** Άρα έχουμε να κάνουμε με μια **επιπλακείσα κύστη ή ψευδοκύστη.** Οπότε στην διαφορική διάγνωση υπεισέρχονται τα εξής:

- 1) Κυστικό ή αιμορραγικό αδένωμα, πτωχό σε λίπος.
- 2) Κυστικό ή αιμορραγικό φαιοχρωμοκύττωμα.
- 3) Κυστικό ή αιμορραγικό καρκίνωμα του φλοιού των επινεφριδίων..
- 4) Ενδοθηλιακή αιμορραγική κύστη.

Συνεχίζεται



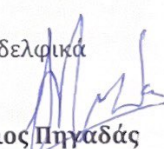
ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΠΕΡΗΧΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΣΤΕΡΙΟΣ ΠΗΓΑΔΑΣ

Βάσει των δεδομένων αυτών συνιστάται νέα CT επινεφριδίων χρησιμοποιώντας ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο (**dedicated adrenal CT**) που περιλαμβάνει σειρά τομών χωρίς σκιαστικό, σειρά μετά από 60 – 90 δευτερόλεπτα μετά την έγχυση και τέλος σειρά 15 λεπτών μετά την έγχυση για να προσδιορισθεί με ειδικές μετρήσεις ROI η **απόλυτη απόπλυση** (absolute wash out) και η **σχετική απόπλυση** (relative wash out). Οι μετρήσεις ROI να γίνουν και στο κέντρο της βλάβης αλλά κυρίως στον περιφερικό εμπλουτιζόμενο ιστό, το δε ποσοστό της απόπλυσης θα καθορίσει εάν πρόκειται για άνευ σημασίας κυστικό – αιμορραγικό αδένωμα ή άλλου είδους βλάβη.

Τέλος θα πρέπει ενδοκρινολογικά να αποκλειστεί κάθε πιθανότητα ορμονικής εκκρίσεως από την εν λόγω βλάβη (αλδοστερόνη, κατεχολαμίνες, κορτιζόλη κ.λ.π.).

Μετά την ολοκλήρωση των δύο αυτών προϋποθέσεων (ειδική CT επινεφριδίων και πλήρης ενδοκρινολογικός έλεγχος), θα κριθεί εάν θα υπάρξει απλή παρακολούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα ή θα επιχειρηθεί άλλου είδους παρέμβαση.

Συναδελφικά


Αστέριος Πηγάδας
Ιατρός Ακτινολόγος