



Η εκπαίδευση και η επιμόρφωση δεν  
τελειώνουν ποτέ για όσο ασκείς την  
ιατρική

## Μιχαήλ Καρανίκας

Η ομάδα του Thea Magazine συνάντησε τον γενικό χειρουργό, Μιχαήλ Καρανίκα στο εξοπλισμένο ιατρείο του

που βρίσκεται στο κέντρο της Αλεξανδρούπολης. Ο Μιχαήλ Καρανίκας είναι Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής Δ.Π.Θ., μετεκπαιδευθείς στην χειρουργική ογκολογία στην Klinik für Allgemein-, Viszeral-, und Transplantationschirurgie Heidelberg, και είναι εκπαιδευτής της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρίας ATLS Instructor of the American College of Surgeons.

Όπως αναφέρει και μέσα από την συνέντευξη, κατά τη διάρκεια της επιστημονικής του πορείας έχει αντιμετωπίσει πληθώρα περιστατικών που σχετίζονται με όλο το φάσμα της Γενικής Χειρουργικής και φροντίζει να προσφέρει συνεχώς υπηρεσίες υψηλών προδιαγραφών με στόχο την εξυπηρέτηση των ασθενών του με σύγχρονες μεθόδους θεραπείας. Εκτός από την περιοχή της Αλεξανδρούπολης, ο κος Καρανίκας δέχεται ασθενείς από ολόκληρη την Θράκη και την Βόρεια Ελλάδα.

Είναι μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ογκολογίας, της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, καθώς και της Ελληνικής Εταιρείας Παρεντερικής και Εντερικής Διατροφής.

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι είναι Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής στην Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης. Στο πλαίσιο αυτό, αναλαμβάνει την καθημερινή εκπαίδευση ειδικευόμενων και φοιτητών στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική του ΔΠΘ.

Μετρά περισσότερες από εκατό συμμετοχές σε συνέδρια που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και στο εξωτερικό αλλά και ενενήντα πέντε ανακοινωμένες εργασίες.



## Ποιοι είναι οι λόγοι, κ. Καρανίκα που ακολουθήσατε τις ιατρικές σπουδές; Πώς πήρατε την απόφαση να επιλέξετε την ειδικότητα του χειρουργού;

Ξεκίνησα την επιστήμη της Ιατρικής στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Δεν υπήρχε στο περιβάλλον μου κάποιος γιατρός, οπότε η επιλογή αυτή έγινε καθαρά επειδή απλά μου άρεσε. Έγινα χειρουργός, γιατί δε θα μπορούσα να γίνω κάτι άλλο. Από τότε που ξεκίνησα τις ιατρικές μου σπουδές στο ΑΠΘ θυμάμαι να βρίσκομαι μόνιμα στα επείγοντα της χειρουργικής και στα χειρουργεία του ΑΧΕΠΑ. Αυτό βέβαια εξηγείται, γιατί η Γενική Χειρουργική είναι η πιο συναρπαστική ειδικότητα. Είναι η μόνη που σου επιτρέπει να γνωρίζεις τί γίνεται σε ένα ασθενή και εξωτερικά αλλά και εσωτερικά. Ειδικά στο τραύμα και στο επείγον χειρουργείο ποτέ δεν γνωρίζεις τί θα συναντήσεις και αυτή ακριβώς η έκρηξη αδρεναλίνης που τη συνοδεύει σαν ειδικότητα είναι που σε κάνει να την ερωτεύεσαι. Όπως έλεγαν και όλοι οι δάσκαλοί μου: «Είναι η γυναίκα της ζωής σου και αν της αφοσιωθείς και τη λατρεύεις, θα στο ανταποδώσει». Σε καμία άλλη ειδικότητα, πέραν της Γενικής Χειρουργικής, ο γιατρός δεν αναγκάζεται να πάρει τόσο γρήγορα και κάτω από πολύ δύσκολες και πολλές φορές εξαντλητικές συνθήκες, εξαιρετικά κρίσιμες αποφάσεις που απαιτούν μυαλό, σώμα και χειρουργικές δεξιότητες. Θα σύστηνα ιδιαίτερα τη χειρουργική στα παιδιά μου ή σε οποιοδήποτε νέο άτομο ενδιαφέρεται για μια σταδιοδρομία που απαιτεί βέβαια πολύ χρόνο από την οικογένεια και από φίλους αλλά ταυτόχρονα δίνει πολλά σε αντάλλαγμα.



## Ποιες είναι οι πιο έντονες στιγμές που έχετε βιώσει στο χειρουργείο;

Είναι πολλές αυτές οι στιγμές και έχουν να κάνουν με ακραία συναισθήματα, είτε απώλειας, είτε χαράς που γύρισες κάποιον από το αιώνιο ταξίδι. Θυμάμαι μια από τις πρώτες μου τέτοιες στιγμές που νέος αγροτικός ακόμη στα επείγοντα χειρουργικά της Καστοριάς που έκανα την υπηρεσία υπαίθρου να είμαι πολύ θυμωμένος. Και αυτός ο θυμός οφειλόταν στην ανεπάρκεια μου να αντιμετωπίσω σωστά ένα περιστατικό. Τότε ήταν που έδωσα και την υπόσχεση στον εαυτό μου πως δε θα ξαναεπιτρέψω στον εαυτό μου να είναι ανεπαρκής. Και αυτό είναι που κατάλαβα τότε. Ακόμη και ειδικός να είσαι χρειάζεται συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση. Για την ακρίβεια δεν τελειώνει ποτέ για όσο ασκείς την ιατρική.





## Ποια είναι, κ. Καρανίκα, τα συμπτώματα του καρκίνου του πεπτικού συστήματος; Είναι σημαντικό ο ασθενής να απευθυνθεί άμεσα στον ειδικό για την αντιμετώπιση του προβλήματος;

Το πεπτικό σύστημα περιλαμβάνει όλη τη σειρά των οργάνων που αφορούν τη πρόσληψη και την πέψη της τροφής αρχίζοντας από το στόμα και το φάρυγγα συνεχίζοντας στον οισοφάγο και το στομάχι, το δωδεκαδάκτυλο, το ήπαρ τα χοληφόρα και το πάγκρεας, το λεπτό έντερο μέχρι το παχύ έντερο και το ορθό. Τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν σε αυτό όπως καταλαβαίνετε, είναι ποικίλα, όπως ποικίλα είναι και τα συμπτώματα. Άλλα είναι παροδικές καταστάσεις ή συμπτώματα εύκολα αντιμετωπίσιμων καλοήθων νόσων και άλλα πολύ σοβαρότερων, όπως οι φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, οι προκαρκινωμάτωδεις καταστάσεις και βέβαια οι κακοήθειες. Επειδή η αδιαφορία και η αναβλητικότητα αναζήτησης επιστημονικής συμβουλής μπορεί μόνο να επιδεινώσει την κατάσταση, κάθε ένδειξη για ύπαρξη γαστρεντερικής νόσου αποτελεί αιτία για εξέταση από χειρουργό πεπτικού που είναι ο καθ' ύλην αρμόδιος να αντιμετωπίσει έγκαιρα την όποια κακοήθεια σε συνεργασία πάντα με τις άλλες ειδικότητες των γαστρεντερολόγων, ογκολόγων ακτινοθεραπευτών αλλά και παθολόγων ή γενικών γιατρών που θα παραπέμψουν τον ασθενή στο χειρουργό.

Δυσφαγία, βήχας, βραχνάδα φωνής, καούρες, επίμονος λόξυγγας, απέχθεια στο κρέας ή αίσθημα κορεσμού μετά από μερικές μόνο μπουκιές ή εμφάνιση για πρώτη φορά συμπτωμάτων δυσπεψίας ή γαστρίτιδας σε ένα μεσήλικα για πάνω από δύο εβδομάδες μπορεί να κρύβουν μια κακοήθεια οισοφάγου ή στομάχου. Η απώλεια βάρους, το κοιλιακό άλγος, ο ανεξήγητος

[Τίτλος εγγράφου]

μετεωρισμός, η καταβολή δυνάμεων με αναιμία και οι αιματηρές κενώσεις, η αλλαγή των συνηθειών στις κενώσεις ή και η αλλαγή του μεγέθους και της σύστασης των κοπράνων, η αίσθηση της ατελούς κένωσης μπορεί να υποδηλώνουν ότι κάτι συμβαίνει στο λεπτό ή στο παχύ έντερο. Γενικά, η αιμορραγία δεν είναι ποτέ φυσιολογική και δεν πρέπει να αποδίδεται σε αιμορροϊδοπάθεια χωρίς να έχει προηγηθεί εξέταση από τον γιατρό.

Πρέπει πάντα να έχουμε υπόψη μας ότι τα συμπτώματα του καρκίνου του πεπτικού δεν είναι ιδιαίτερα θορυβώδη ή έντονα σε αρχικά στάδια και δε μπορεί να γίνει διάγνωση από το ίντερνετ ή τις συμβουλές φίλων. Η έγκαιρη διάγνωση είναι το σημαντικότερο βήμα για την αντιμετώπιση και οριστική λύση και ίαση των κακοηθειών του πεπτικού συστήματος.



**Ποιες είναι οι ενδείξεις που μαρτυρούν τον καρκίνο του θυρεοειδούς αδένος; Πότε είναι απαραίτητο να προχωρήσει κανείς σε μια χειρουργική επέμβαση;**

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένος είναι η πλέον συχνή κακοήθεια του Ενδοκρινικού συστήματος. Αποτελεί μια συχνή πάθηση ανάμεσα στους ασθενείς που χειρουργούνται για τον οποιοδήποτε λόγο στον θυρεοειδή αδένος, με ένα ποσοστό εμφάνισης σε αυτούς τους ασθενείς που κυμαίνεται σε διάφορες μελέτες από 8-30%.

Τα αίτια είναι εν πολλοίς άγνωστα, αν και είναι γνωστό ότι η ιονίζουσα ακτινοβολία του αδένος είναι καρκινογόνος, ειδικά εάν η έκθεση έγινε σε νεαρή ηλικία. Ενοχοποιούνται διατροφικές

συνήθειες, τρόπος ζωής, διάφορα άλλα χημικά, ενώ ένα ποσοστό είναι γενετικά καθοριζόμενο (κληρονομικές μορφές).

Ο καρκίνος εμφανίζεται συνήθως με τη μορφή όζου, ο οποίος μπορεί να είναι ταχέως αυξανόμενος σε μέγεθος, που μπορεί να προκαλεί δυσκαταποσία ή και δύσπνοια και βράγχος φωνής. Πολλές φορές συνυπάρχει και με λεμφαδενικές διογκώσεις στην περιοχή του τραχήλου. Τέλος, πολλές φορές μπορεί να είναι και εντελώς ασυμπτωματικός και να διαγνωσθεί τυχαία, είτε προεγχειρητικά, είτε μετά από αφαίρεση του αδένου για καλοήγη νόσο.

Ιστολογικά υπάρχουν 4 κύριες μορφές της νόσου, από τις οποίες η κάθε μια έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και διαφορετική εξέλιξη και πρόγνωση. Η συνηθέστερη ( $\approx 80\%$ ) είναι το θηλώδες (Papillary) καρκίνωμα με κυριότερα χαρακτηριστικά την πολυεστιακότητα, την πρώιμη λεμφαδενική διασπορά και την εξαιρετική ανταπόκριση στη θεραπευτική χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου μετά τη θυρεοειδεκτομή με την προϋπόθεση ότι έγινε λεμφαδενικός καθαρισμός. Άλλες, σπανιότερες αλλά θεωρητικά πιο επιθετικές μορφές είναι το θυλακίωδες καρκίνωμα ( $\approx 15\%$ ), το μυελοειδές καρκίνωμα ( $\approx 3\%$ ) και το αναπλαστικό καρκίνωμα ( $< 1\%$ ).

Ασθενείς που θα υποβληθούν σε επέμβαση θυρεοειδεκτομής για επιβεβαιωμένο ή πιθανό καρκίνωμα του θυρεοειδούς αδένου, πρέπει προεγχειρητικά να υποβάλλονται σε εξέταση χαρτογράφησης των λεμφαδένων του τραχήλου. Η εξέταση αυτή γίνεται με υπερηχογράφημα και θα πρέπει να εκτελείται από εξειδικευμένο στη συγκεκριμένη εξέταση ιατρό (συνήθως Ακτινολόγο ή Ενδοκρινολόγο). Η εξέταση αυτή θα καταδείξει την ύπαρξη ή όχι επηρεασμένων λεμφαδένων, οι οποίοι θα είναι απαραίτητο να αφαιρεθούν ταυτόχρονα με τη θυρεοειδεκτομή (λεμφαδενικός καθαρισμός).

Η ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η ολική θυρεοειδεκτομή από έμπειρο χειρουργό ενδοκρινών αδένων με λεμφαδενικό καθαρισμό του τραχήλου. Η απόφαση για τη διενέργεια του χειρουργείου αλλά και για την έκταση αυτού θα πρέπει να λαμβάνεται από κοινού από τον Χειρουργό και τον Ενδοκρινολόγο στα πλαίσια Συμβουλίου. Ακολουθεί πιθανή χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου ανάλογα και με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος.

Τα ποσοστά πλήρους ίασης είναι εξαιρετικά και αγγίζουν γενικά το  $96\%$ , ενώ σε συγκεκριμένες υποομάδες το ποσοστό αυτό φτάνει μέχρι  $100\%$  με την προϋπόθεση της γρήγορης διάγνωσης και σωστής αντιμετώπισης.

Σε όλες τις παθήσεις, ειδικά στις κακοήθειες, πρέπει να παίρνουμε το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα στο πρώτο χειρουργείο, γιατί μετά αυξάνεται ο κίνδυνος των επιπλοκών και μειώνεται κατά πολύ το θεραπευτικό αποτέλεσμα και η πιθανότητα ίασης.





Τελειώνοντας, εμείς οι γιατροί κάνουμε πολλές φορές αναφορές σε αριθμούς για την πιθανότητα για παράδειγμα να νοσήσει κάποιος απο κάτι ή μιλάμε για τα μικρά ποσοστά που μπορεί να συμβεί μια επιπλοκή. Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι οι άνθρωποι δεν είναι αριθμοί. Καθένας έχει το όνομα του και ανθρώπους πίσω του και ότι σε αυτόν που θα συμβεί οτιδήποτε δεν ισχύει το μικρό ποσοστό. Σε αυτόν τον ασθενή ισχύει το 100% και έτσι πρέπει να το βλέπουμε κι εμείς. Πολλές φορές μπορούμε να προβλέψουμε την πορεία μιας νόσου. Έχουμε τη γνώση και τα όπλα αλλά έχουμε από την άλλη πλευρά τον άνθρωπο και τα αγαπημένα του πρόσωπα. Ένα από τα μεγαλύτερα μαθήματα της ιατρικής μου πορείας το πήρα πρόσφατα από κάποιον που εκτιμώ πολύ και τον ευχαριστώ, όταν σε μια πολύ ευχάριστη στιγμή της ζωής μου μου είπε πράγματα που δεν ήθελα να ακούσω. Η θέση μας είναι δύσκολη. Όσοι ασχολούμαστε με ογκολογία και βαρέως πάσχοντες πρέπει να λέμε αλήθειες χωρίς όμως να πληγώνουμε, πάντα δίνοντας ελπίδα. Αυτό δε σημαίνει ότι θα πηγαίνουμε στο άλλο άκρο αποκρύπτοντας την πραγματικότητα λέγοντας αυτά που θέλει να ακούσει ο ασθενής. Ξέρετε, ο ασθενής είναι πάντα έτοιμος να ακούσει την αλήθεια που τον βολεύει περισσότερο από όποια πηγή και αν προέρχεται αυτή, ακόμη και από το γείτονα. Εκεί είναι που πρέπει να χτίσουμε σχέση εμπιστοσύνης και να κάνουμε τον ασθενή να ακολουθήσει τις οδηγίες μας. Την αλήθεια, όπως είπε κι ο Μπρεχτ στις «Πέντε δυσκολίες στο γράψιμο της αλήθειας» δε πρέπει μόνο να την λες. Δεν ξέρουμε πάντα ή ακόμα χειρότερα νομίζουμε ότι ξέρουμε. Μαθαίνουμε λοιπόν κάθε μέρα, αναγνωρίζουμε τα λάθη μας, βελτιωνόμαστε και εκπαιδευόμαστε συνεχώς.