



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ
ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΟΗΘΩΝ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ**

υπό

ΟΛΓΑ ΑΓΓΛΟΠΟΥΛΟΥ

Νοσηλεύτρια MSc.

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους
των απαιτήσεων για την απόκτηση του Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2024

Στους δασκάλους μου

Στην οικογένεια μου.....

© 2024 ΟΛΓΑ ΑΓΓΛΟΠΟΥΛΟΥ

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 202, παράγραφος 2 του Ν.5343/1932)

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:

1 ^{ος} Εξεταστής (επιβλέπων)	Ιωάννης Μπιζάκης Ομότιμος Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας. Τμήμα Ιατρικής. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
2 ^{ος} Εξεταστής	Ιωάννης Χατζηιωάννου Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας. Τμήμα Ιατρικής. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
3 ^{ος} Εξεταστής	Χρήστος Χατζηχριστοδούλου Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας. Τμήμα Ιατρικής. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
4 ^{ος} Εξεταστής	Χαράλαμπος Σκουλάκης Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας. Τμήμα Ιατρικής . Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
5 ^{ος} Εξεταστής	Δημήτριος Ζαχαρούλης Καθηγητής Χειρουργικής. Τμήμα Ιατρικής. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
6 ^{ος} Εξεταστής	Κωσταντίνος Πατεράκης Καθηγητής Νευροχειρουργικής. Τμήμα Ιατρικής . Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
7 ^{ος} Εξεταστής	Ανδρέας Καψωριτάκης Καθηγητής Παθολογίας -Γαστρεντερολογίας. Τμήμα Ιατρικής . Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα πρωτίστως να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή Ιωάννη Γ. Μπιζάκη που μου έδωσε την ευκαιρία και τη δυνατότητα να ασχοληθώ με το θέμα αυτό όπως και για την άοκνη καθοδήγηση του όλα αυτά τα χρόνια. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω και τους άλλους δυο καθηγητές της τριμελούς επιτροπής Ιωάννη Χατζιωάννου και Χρήστο Χατζηχριστοδούλου για την αρωγή και την εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο μου.

Ευχαριστώ και τους ειδικούς ιατρούς της Πανεπιστημιακής ΩΡΛ κλινικής καθώς και τους ειδικευομένους ιατρούς της συγκεκριμένης περιόδου όπου συνέβαλλαν στην συλλογή/επιλογή ασθενών που εντάχθηκαν στην εν λόγω μελέτη.

Στην διεκπεραίωση της μελέτης συνέβαλλε και η συνεργάτιδα κα Αντωνία Ομπαιντού όπου επιμελήθηκε την στατιστική ανάλυση...Την ευχαριστώ .

Οφείλω μια ιδιαίτερη αναφορά στους ασθενείς μας. Στους ανθρώπους αυτούς που σε μια δύσκολη καμπή της ζωής τους δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην μελέτη. Τους ευχαριστώ από καρδιάς.

Τέλος οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου για την υπομονή και την κατανόηση όλο αυτό το διάστημά.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Προσωπικά στοιχεία:

1. Όνομα: Όλγα
2. Επώνυμο: Αγγλοπούλου
3. Ημερομηνία Γέννησης: ***
4. Οικογενειακή κατάσταση: ***

Αφαίρεση προσωπικών δεδομένων
(Υπηρεσία Βιβλιοθήκης &
Πληροφόρησης Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας)

Τίτλοι σπουδών

1. Βασικοί τίτλοι σπουδών
Τίτλος: Νοσηλεύτρια. (βαθμός τίτλου : 9)
Εκπ. Ίδρυμα: ΑΤΕΙ Λάρισας.
2. Μεταπτυχιακοί τίτλοι, συναφείς ή μη, με το αντικείμενο της υπηρεσίας
Τίτλος: Η διατροφή στην υγεία και στην νόσο. (βαθμός τίτλου : 9,08)
Εκπ. Ίδρυμα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας /Τμήμα Ιατρικής.
3. Διδακτορικοί τίτλοι συναφείς ή μη, με το αντικείμενο της υπηρεσίας
Τίτλος:
Εκπ. Ίδρυμα:
4. Ξένες Γλώσσες:
Αγγλικά
Τίτλος: TOEIC
Εκπ. Ίδρυμα:Hellenic American Union.
5. Γνώση Ηλεκτρονικού Υπολογιστή Πιστοποιητικό Γνώσεων χρήσης Η/Υ :
ECDL Progress Certificate.

Υπηρεσιακή κατάσταση

1. Ημερομηνία διορισμού : ***
2. ΦΕΚ διορισμού: ***
3. Κατηγορία / Κλάδος: ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
4. Προϋπηρεσία:
Διορίστηκα το 1988 στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας όπου και εργάστηκα ως κλινική νοσηλεύτρια, περί της εικοσαετίας, σε νευραλγικά τμήματα όπως η ΜΕΘ ,το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αλλά και σε κλινικές όπως: η Ορθοπαιδική, η Παιδιατρική, η Γναθοχειρ/κή- ΩΡΛ-Οφθαλμ/κή και η Ουρολογική.
Το 2006 μετατάχθηκα αμοιβαία στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας όπου και εργάζομαι μέχρι σήμερα.
Συνολικός χρόνος υπηρεσίας: **36 έτη.**

5. Υπηρεσιακές μονάδες στις οποίες έχει διατελέσει προϊστάμενος:

Το 2008 μετά από αξιολόγηση, έλαβα τον τίτλο προϊσταμένης νοσηλευτικού τμήματος και τοποθετήθηκα στην **ΩΡΛ Παν.κλινική**.

Το 2015 με απόφαση του κ.κ.Διοικητή ανέλαβα παράλληλα της ΩΡΛ κλινικής, καθήκοντα και στην **Παν.Αγγειοχειρουργική κλινική** ως αναπληρώτρια προϊσταμένη.

Το 2021 με απόφαση του κ.κ.Διοικητή μετακινούμαι στην **Πανεπιστημιακή Παθολογική κλινική** όπου εργάζομαι ως προϊσταμένη μέχρι και σήμερα.

Επιμόρφωση:

1. Συμμετοχή σε προγράμματα επιμόρφωσης και μετεκπαίδευσης
Ονομασία προγράμματος επιμόρφωσης και μετεκπαίδευσης:

<<Basic Life Support >> (BLS)

European Resuscitation Council of Greece . (2020)

<<Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillation>>

European Resuscitation Teaching Council of Greece. (2017)

<<ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ- ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ>>

Ινστιτούτο Δια Βίου Εκπαίδευσης- ΤΕΙ Θεσσαλίας / 400 h. (2013)

<<ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ>>

Π.ΙΝ.ΕΠ Θεσσαλονίκης /35 h. (2013)

<<ΚΟΙΝΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ>>

Διαβαλκανικό Ινστιτούτο Δημόσιας Διοίκησης./35 h. (2013)

<<ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ>>

Π.ΙΝ.ΕΠ. Θεσσαλονίκης /35 h (20011).

<<ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ >>

Π.ΙΝ.ΕΠ Θεσσαλίας /35 h (2008)

<<ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ >>

Π.ΙΝ.ΕΠ Θεσσαλίας /35 h (2007)

<<ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ>>

Π.ΙΝ.ΕΠ Θεσσαλίας /21 h (2006)

2. Παρακολούθηση Νοσηλευτικών και Ιατρικών σεμιναρίων, συνεδρίων, κλινικών φροντιστηρίων:

Σύνολο: 45... τα οποία βρίσκονται επισυναπτόμενα στον φάκελό μου.

Επιστημονική δραστηριότητα

Έχω συμμετάσχει με εισηγήσεις μου :

1. Στο 8ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας.
Εισήγηση:<<ΟΜΑΔΕΣ ANTIBIOTΙΚΩΝ>> Θεσσαλονίκη 1999.
2. Στο Συμπόσιο Αγγειοχειρουργικής “ LIVES 2009”
Εισήγηση: <<**Pre-operative care of patients with abdominal aortic aneurysm in the ward** >>Λάρισα 2009.
3. Στο 17ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ./ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ-ΤΡΑΧΗΛΟΥ
Ανάρτηση : <<**Η σημαντικότητα της προεγχειρητικής ενημέρωσης των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε Τραχειοστομία**>>
Αλεξανδρούπολη 2014.
4. Στο 20ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ./ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ-ΤΡΑΧΗΛΟΥ
Συντονισμό : <<**Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς με προβλήματα στην τραχεία και στον λάρυγγα**>>Λάρισα 2019

Επίσης στα πλαίσια της συνεχούς επιμόρφωσης και σε συντονισμό με το Γραφείο εκπαίδευσης του ΓΝΛ, συμμετείχα με δυο εισηγήσεις μου:

<<ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑ - ΣΙΤΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΜΕΘ>> (2000)

<<ΤΑ ΠΡΩΤΑ 10 ' ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ>> (2003)

**ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ
ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ
ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ**

ΟΛΓΑ ΑΓΓΛΟΠΟΥΛΟΥ

Νοσηλεύτρια MSc

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, 2024

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. **Μπιζάκης Ιωάννης** .Ομότιμος Καθηγητής ΩΡΛ, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
(Επιβλέπων)
2. **Χατζιωάννου Ιωάννης** . Καθηγητής ΩΡΛ, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
3. **Χατζηχριστοδούλου Χρήστος**. Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του θυρεοειδούς αποτελεί έναν από τους λιγότερο συνηθισμένους κακοήθεις όγκους με ποσοστό πληθυσμού ανά ηλικία στην Ευρώπη 6,3 ανά 100.000 ετησίως (3,1 στους άνδρες και 9,3 στις γυναίκες) και η συχνότητα εμφάνισης έχει αυξηθεί ραγδαία σε αρκετές χώρες.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των αλλαγών στη ποιότητα ζωής μετά από χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με καλά διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς.

Μεθοδολογία: Στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με τη χρήση του ερωτηματολογίου Quality of Life–Thyroid Version (30 ερωτήσεων). Οι συνεντεύξεις με τους ασθενείς πραγματοποιήθηκαν πριν την τη χειρουργική επέμβαση, 3 μήνες, 6 μήνες καθώς και 12 μήνες μετά το χειρουργείο. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS-23 και τις μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα ευρήματα οι ασθενείς κατέγραψαν θετική μεταβολή του επιπέδου για τους παράγοντες Φυσική Ευεξία, Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας και συνολική Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα ενώ διαπιστώθηκε μείωση του επιπέδου της Πνευματικής Ευεξίας στο διάστημα ενός έτους που πραγματοποιήθηκε η έρευνας. Η ηλικία και το φύλο φαίνεται να αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες ποιότητας ζωής.

Συμπεράσματα: Η ενίσχυση της σωματικής και πνευματικής ευεξίας και της κοινωνικότητας στους ασθενείς με καρκίνο θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας, καθώς αυτές οι ιδιότητες αποτελούν πολύτιμους πόρους για την καταπολέμηση του καρκίνου και τη μείωση του άγχους των ασθενών, ειδικά κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19.

Λέξεις-Κλειδιά: ποιότητα ζωής, θυρεοειδής αδένας, καρκίνος, χειρουργείο.

Abstract

Introduction: Thyroid cancer is one of the least common malignant tumors with a population per age rate in Europe of 6.3 per 100,000 per year (3.1 in men and 9.3 in women) and the incidence has increased rapidly in several countries.

Aim: The aim of this study is to investigate changes in quality of life after surgical treatment of patients with well-differentiated thyroid cancer.

Methodology: In the context of this PhD thesis, quantitative research was carried out using the Quality of Life-Thyroid Version questionnaire (30 questions). Interviews with patients were conducted before surgery, 3 months, 6 months as well as 12 months after surgery. Data were processed using the statistical program SPSS-23 and the methods of descriptive and inferential analysis.

Results: According to the findings, the patients recorded a positive change in the level of Physical Wellbeing, Psychological Wellbeing and overall Quality of Life/Thyroid Gland factors, while there was a decrease in the level of Mental Wellbeing during the one-year period of the study. Age and gender appear to be predictors of quality of life.

Conclusions: Enhancing physical and mental well-being and sociability in cancer patients should be an integral part of care, as these qualities are valuable resources for fighting cancer and reducing patient distress, especially during the COVID-19 pandemic.

Keywords: quality of life, thyroid gland, cancer, surgery.

Πινάκας Περιεχομένων

Εισαγωγή	15
I. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ	18
1. Εννοιολογικό Πλαίσιο Ποιότητας Ζωής.....	18
1.1. Ορισμός.....	18
1.2 Διαστάσεις.....	19
1.2 Δείκτες και Παράγοντες.....	22
1.3 Κρίσιμα Χαρακτηριστικά.....	24
1.4 Εργαλεία Αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής σε Ενήλικες	25
2. Όγκοι Θυρεοειδή Αδένα	27
2.1. Θυρεοειδής Αδένας	27
2.1.1 Εμβρυολογία	27
2.1.2 Ανατομία.....	27
2.1.3 Φυσιολογία	30
2.2 Κακοήγη Νεοπλασμάτα του Θυρεοειδούς	31
2.3 Ταξινόμηση ΠΟΥ 2022 για τους Όγκους του Θυρεοειδούς.....	35
2.3.1 Επιδημιολογία.....	37
2.3.2 Επίπτωση και Θνησιμότητα	38
2.3.3 Αιτίες - Παράγοντες Κινδύνου.....	41
2.3.4 Διάγνωση και Παθολογία	42
2.3.5 Χειρουργική Αντιμετώπιση.....	44
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	46
1. Μεθοδολογία - Σχεδιασμός της Μελέτης	46
2. Αποτελέσματα.....	49
2.1 Δείγμα.....	49
2.2 Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας πριν το Χειρουργείο	49
2.2 Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας 3 μήνες μετά το Χειρουργείο	49
2.3 Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας 6 μήνες μετά το Χειρουργείο	50
2.4 Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας 12 μήνες μετά το Χειρουργείο	50
2.5 Μεταβολή Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας.....	51
2.5.1 Φυσική Ευεξία	51
2.5.2 Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας.....	51
2.5.3 Κοινωνικότητα	52
2.5.4 Πνευματική Ευεξία	53
2.5.5 Σύνολο.....	53

2.6 Συσχετίσεις.....	54
2.6.1 Πριν το Χειρουργείο	54
2.6.2 3 Μήνες μετά το Χειρουργείο.....	55
2.6.3 6 Μήνες μετά το Χειρουργείο.....	56
2.6.4 12 Μήνες μετά το Χειρουργείο	58
Συμπεράσματα - Συζήτηση	59
Βιβλιογραφία	63
Παράρτημα	73
Παράρτημα Ι – Ερωτηματολόγιο.....	73
Παράρτημα ΙΙ – Άδειες	78

Περιεχόμενα Πινάκων/Διαγραμμάτων

Πίνακας 1: Σύνολο οργάνων αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής που χρησιμοποιήθηκαν σε έρευνες με βάση τον πληθυσμό 2008–2018	26
Πίνακας 2: Παράγοντες Κινδύνου για Καρκίνωμα του Θυρεοειδούς σε ασθενείς με Θυρεοειδικό όζο.....	31
Πίνακας 3: Ταξινόμηση Θυρεοειδικών Νεοπλασμάτων.....	33
Πίνακας 4: Ταξινόμηση Καρκίνου του Θυρεοειδούς.....	34
Πίνακας 5: Σύνοψη επιδημιολογικών στοιχείων σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του θυρεοειδούς.....	41
Πίνακας 6: Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας πριν το Χειρουργείο	49
Πίνακας 7: Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας 3 μήνες μετά το Χειρουργείο	49
Πίνακας 8: Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας 6 μήνες μετά το Χειρουργείο	50
Πίνακας 9: Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας 12 μήνες μετά το Χειρουργείο	50
Πίνακας 10: Συσχετίσεις μεταξύ των Παραγόντων Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα πριν το χειρουργείο	54
Πίνακας 11: Επίδραση της Ηλικίας τους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα πριν το Χειρουργείο	54
Πίνακας 12: Επίδραση του Φύλου στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα πριν το Χειρουργείο	55
Πίνακας 13: Συσχετίσεις μεταξύ των Παραγόντων Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα 3 μήνες μετά το χειρουργείο	55
Πίνακας 14: Επίδραση της Ηλικίας τους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα 3 μήνες μετά το χειρουργείο	56
Πίνακας 15: Επίδραση του Φύλου στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα 3 μήνες μετά το χειρουργείο ...	56
Πίνακας 16: Συσχετίσεις μεταξύ των Παραγόντων Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα 6 μήνες μετά το χειρουργείο	56
Πίνακας 17: Επίδραση της Ηλικίας τους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα 6 μήνες μετά το χειρουργείο	57
Πίνακας 18: Επίδραση του Φύλου στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα 6 μήνες μετά το χειρουργείο	57
Πίνακας 19: Συσχετίσεις μεταξύ των Παραγόντων Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα 12 μήνες μετά το χειρουργείο	58
Πίνακας 20: Επίδραση της Ηλικίας τους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα 12 μήνες μετά το χειρουργείο ...	58
Πίνακας 21: Επίδραση του Φύλου στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα 12 μήνες μετά το χειρουργείο ..	59
Διάγραμμα 1: Επίπτωση καρκίνου του θυρεοειδούς σε άνδρες και γυναίκες στις ΗΠΑ, ανά ημερολογιακό έτος κατά τη διάγνωση (SEER-9, 1975-2018), (όλες οι φυλές). Πηγή δεδομένων και παραγωγή γραφημάτων: SEER, Bethesda, MD. 10ι εκτιμήσεις που βασίζονται σε <16 περιπτώσεις καταστέλλονται.	40
Διάγραμμα 2: Επίπτωση καρκίνου του θυρεοειδούς σε άνδρες και γυναίκες στις ΗΠΑ, ανά ηλικία κατά τη διάγνωση (SEER-21, 2014-2018), (όλες οι φυλές). Πηγή δεδομένων και παραγωγή γραφημάτων: SEER, Bethesda, MD ⁶³ . Οι εκτιμήσεις που βασίζονται σε <16 περιπτώσεις καταστέλλονται.....	40
Διάγραμμα 3: Μεταβολή Φυσικής Ευεξίας.....	51
Διάγραμμα 4: Μεταβολή επιπέδων των Ψυχολογικών Στοιχείων Ευεξίας.....	52
Διάγραμμα 5: Μεταβολή Κοινωνικών Ανησυχιών	52
Διάγραμμα 6: Μεταβολή Πνευματικής Ευεξίας	53
Διάγραμμα 7: Μεταβολή Συνόλου Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα.....	53
Εικόνα 1: Ανατομία Θυρεοειδούς Αδένα.....	28
Εικόνα 2: Αρτηριακή και Φλεβική Αιμάτωση Θυρεοειδούς Αδένα.....	29
Σχήμα 1: Η αλληλεπίδραση μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών διαστάσεων.....	20
Σχήμα 2: Οι τέσσερις ευρείες διαστάσεις της υγείας που συνοψίζουν.....	21

Σχήμα 3: Μια απλοποιημένη αναπαράσταση του μοντέλου του Dijkers.....	21
Σχήμα 4: Επισκόπηση των κύριων διαγνωστικών ομάδων της ταξινόμησης όγκων του θυρεοειδούς του ΠΟΥ για το 2022.....	37
 Χάρτης 1: Εκτιμώμενα τυποποιημένα ποσοστά για τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του θυρεοειδούς παγκοσμίως. Πηγή δεδομένων και παραγωγή γραφημάτων: GLOBOCAN 2020, Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.	38
Χάρτης 2: Εκτιμώμενα τυποποιημένα ποσοστά για τη συχνότητα της θνησιμότητας από καρκίνο του θυρεοειδούς παγκοσμίως. Πηγή δεδομένων και παραγωγή γραφημάτων: GLOBOCAN 2020, Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας	39

Συντομογραφίες

QoL	Quality of Life (Ποιότητα Ζωής)
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
TKI	Τυροσινική Κινάση
DTCs	Differentiated Thyroid Cancer–Διαφοροποιημένοι Καρκίνοι Θυροειδούς
FNA	Παρακέντηση με βάση την αναρρόφηση με λεπτή βελόνα
	Noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary like nuclear features
NIFTP	Μη διεισδυτικό θυλακιδώδες νεόπλασμα θυρεοειδούς με θηλώδη πυρηνικά χαρακτηριστικά

Εισαγωγή

Ενώ ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι ένας από τους λιγότερο συνήθεις κακοήθεις όγκους με ποσοστό πληθυσμού ανά ηλικία στην Ευρώπη 6,3 ανά 100.000 ετησίως (3,1 στους άνδρες και 9,3 στις γυναίκες), η συχνότητα εμφάνισης έχει αυξηθεί ραγδαία σε αρκετές χώρες. Τα θηλώδη και θυλακιώδη καρκινώματα του θυρεοειδούς έχουν πολύ καλή πρόγνωση με 20 χρόνια επιβίωσης και ποσοστό της τάξης του 95%, ενώ τα σπάνια μυελοειδή καρκινώματα με 10 χρόνια επιβίωσης και ποσοστό της τάξης του 75-85%, ενώ ασθενείς με (πολύ σπάνιους) αναπλαστικούς καρκίνους συχνά δεν επιβιώνουν 6 μήνες μετά τη διάγνωση¹.

Η σύγχρονη αντινεοπλασματική θεραπεία περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση, ακτινοβολία με ραδιοενεργό ιώδιο (RAI), ακτινοθεραπεία και θεραπευτική αγωγή, συμπεριλαμβανομένης της θυροξίνης, των αναστολέων της τυροσινικής κινάσης και της χημειοθεραπείας, σύμφωνα με τη σταδιοποίηση και τον ιστολογικό τύπο της νόσου. Τόσο η ασθένεια όσο και η θεραπεία μπορούν να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών (QoL)^{2,3}.

Η ποιότητα ζωής των χειρουργημένων ασθενών επηρεάζεται από τις χειρουργικές επιπλοκές, τις επιπλοκές μετά από ακτινοβολία και την ψυχολογική επιβάρυνση. Οι πιο συνηθισμένες και σημαντικές επιπλοκές της ολικής θυρεοειδεκτομής και του λεμφαδενικού καθαρισμού είναι ο μακροχρόνιος υποπαραθυρεοειδισμός που οδηγεί σε υποσβεστιαμία και ο τραυματισμός του λαρυγγικού νεύρου και των κλάδων του που οδηγούν σε πάρεση των φωνητικών χορδών και αλλοιώσεις της φωνής αλλά και δυσκολίες στη αναπνοή⁴.

Οι πιθανές μακροχρόνιες παρενέργειες της ακτινοβολίας με ραδιενεργό ιώδιο περιλαμβάνουν την ξηροστομία, τη στένωση του ρινοδακρυικού πόρου, τη μυελική οσφυαλγία και τη γοναδική ανεπάρκεια. Η προσωρινή διέγερση της Tsh μαζί με την ακτινοβολία με ραδιενεργό ιώδιο, ως προετοιμασία για την απεικόνιση ολόκληρου του ανθρώπινου σώματος με ιώδιο και η μέτρηση της θυρεοσφαιρίνης ορού (Tg), μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή κόπωση, νευρολογικές ανεπάρκειες, μειωμένη όρεξη, προβλήματα μνήμης και κατάθλιψη⁵.

Οι πιθανές παρενέργειες των δόσεων λεβοθυροξίνης που καταστέλλουν την Tsh είναι οι καρδιακές ταχυαρρυθμίες, η αφαλάτωση των οστών και τα συμπτώματα υπερθυρεοειδισμού. Με τη χρήση ανασυνδυασμένης ανθρώπινης ορμόνης διέγερσης του θυρεοειδούς (rhTsh), σε σύγκριση με την έλλειψη της συμβατικής υγιούς ορμόνης,

εμφανίζονται λιγότερα συμπτώματα. Ωστόσο, αυτή η θεραπεία είναι ακριβή σε σύγκριση με τη στέρηση ορμονών και δε χορηγείται σε όλα τα ιδρύματα και χώρες. Πολλοί αναστολείς τυροσινικής κινάσης (TKI) είναι επί του παρόντος διαθέσιμοι για προχωρημένο στάδιο μυελοειδούς καρκίνου του θυρεοειδούς και ανθεκτικών στο ιώδιο θηλωδών και θυλακιωδών καρκινωμάτων του θυρεοειδούς. Η χρήση τους συσχετίζεται συνήθως με ένα ευρύ φάσμα τοξικότητας που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής, συμπεριλαμβανομένης της υπέρτασης, δερματικών εξανθημάτων και των ανεπιθύμητων ενεργειών του γαστρεντερικού σωλήνα⁶.

Επίσης, τα άτομα που επιβιώνουν από καρκίνο του θυρεοειδούς εκτίθενται σε υψηλό ποσοστό υποτροπής και οι επαναλαμβανόμενοι όγκοι μπορεί να αναπτυχθούν 10-20 χρόνια μετά την αρχική θεραπεία. Στις περιπτώσεις αυτών των υποτροπιάζοντων όγκων, συστήνεται επιπρόσθετη χειρουργική επέμβαση και θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο. Εν τω μεταξύ, ψυχολογικά, τα άτομα που επιβιώνουν από καρκίνο του θυρεοειδούς μπορεί να έχουν προβλήματα προσαρμογής. Όλα αυτά θα μπορούσαν ενδεχομένως να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς⁷.

Υπάρχουν αρκετά ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών στον καρκίνο του θυρεοειδούς. Αυτά που χρησιμοποιούνται ευρέως περιλαμβάνουν τη σύντομη φόρμα 36 (SF-36), το ερωτηματολόγιο C30 για την ποιότητα ζωής του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και Θεραπεία του καρκίνου (EORTC-QLQ C30), το ειδικό ερωτηματολόγιο για τη θεραπεία του καρκίνου (FACT-G) και το εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής στον καρκίνο του θυρεοειδή (T-QoL)⁸.

Τα πρώτα τρία ερωτηματολόγια αναπτύχθηκαν για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής γενικά σε άτομα που επιβιώνουν από καρκίνο. Τα άτομα που επιβιώνουν από καρκίνο του θυρεοειδούς συχνά αντιμετωπίζουν μοναδικά προβλήματα ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με άτομα που επιβιώνουν από άλλες μορφές καρκίνου. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να επικεντρωθούμε σε θέματα σχετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζονται με το θυρεοειδή για να διερευνήσουμε τον αντίκτυπο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας στην ποιότητα ζωής, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκπόνηση στρατηγικών παρακολούθησης. Το ερωτηματολόγιο T-QoL αναπτύχθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην αγγλική γλώσσα, για να εστιάσει στην ποιότητα ζωής ειδικά για τα άτομα που επιβιώνουν από καρκίνο του θυρεοειδούς.

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των αλλαγών στη ποιότητα ζωής μετά από χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με καλά διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς, χρησιμοποιώντας το ειδικά διαφοροποιημένο ερωτηματολόγιο Quality of Life–Thyroid Version. Ειδικότερα, εξετάστηκαν τα επίπεδα των παραγόντων του ερωτηματολογίου, Φυσική Ευεξία, Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας, Κοινωνικότητα και Πνευματική Ευεξία καθώς και η συνολική Ποιότητας Ζωής που σχετίζονται με τον Θυρεοειδή αδένα. Διερευνήθηκαν τόσο τα επίπεδα των παραγόντων μεμονωμένα όσο και η μεταβολή τους στο διάστημα ενός έτους από τη χειρουργική επέμβαση που υπεβλήθησαν καθώς και οι συσχετίσεις μεταξύ τους ανά περίοδο και η συσχέτισή τους με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Ο Κορμός του διδακτορικού δίνεται στο σχεδιάγραμμα που ακολουθεί:



I. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

1. Εννοιολογικό Πλαίσιο Ποιότητας Ζωής

1.1. Ορισμός

Ο όρος ποιότητα ζωής (Quality of Life - QoL) χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό στους τομείς της ιατρικής και της νοσηλευτικής. Η ποιότητα ζωής ενός ασθενούς βελτιώνεται από νοσηλευτές με προηγμένες γνώσεις και πρακτικές διαχείρισης ασθενειών, της πρόληψης ασθενειών και της προαγωγής της υγείας. Οι νοσηλευτές που εργάζονται με ιατρικές καινοτομίες που παρατείνουν τη διάρκεια ζωής αντιμετωπίζουν ζητήματα με την ποιότητα ζωής των ασθενών τους⁹.

Ο στόχος των νοσηλευτών είναι να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής των ασθενών, ωστόσο, λόγω του υψηλού βαθμού ασάφειας του όρου, δεν είναι ξεκάθαρο πώς δύναται να πραγματοποιηθεί κάτι τέτοιο¹⁰. Ο αντίκτυπος στην ποιότητα ζωής του ασθενούς λαμβάνεται υπόψη κατά την επιλογή μιας πορείας θεραπείας και τον καθορισμό στόχων φροντίδας. Διαφορετικοί στόχοι, αποφάσεις και αποτελέσματα θεραπείας μπορεί να προκύψουν από διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ορίζουν την ποιότητα ζωής.

Πολλές πηγές έχουν ορίσει την ποιότητα ζωής με διάφορους τρόπους. Η ποιότητα ζωής περιγράφεται ως «μια ευρεία πολυδιάστατη έννοια που ενσωματώνει υποκειμενικές κρίσεις για καλά και αρνητικά στοιχεία της ζωής» από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Center for Disease Control - CDC)¹¹.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την ποιότητα ζωής ως «την άποψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών στα οποία ζει. Ευρεία έννοια που επηρεάζεται περίπλοκα από τη λειτουργική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές απόψεις και τις αλληλεπιδράσεις ενός ατόμου με βασικά στοιχεία του περιβάλλοντός του».¹²

Η ποιότητα ζωής περιγράφεται ως «το επίπεδο ζωής, ή ο βαθμός απόλαυσης, άνεσης κ.λ.π., που απολαμβάνει ένα άτομο ή μια ομάδα σε οποιαδήποτε περίοδο ή περιοχή» από το Αγγλικό Λεξικό της Οξφόρδης¹³.

Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «ένα μέτρο της βέλτιστης ενέργειας ή δύναμης που δίνει σε ένα άτομο τη δύναμη να αντιμετωπίσει με επιτυχία όλο το φάσμα των εμποδίων που συναντά στον πραγματικό κόσμο» από το Mosby's Medical Nursing & Allied Health Dictionary.

Η ποιότητα ζωής περιγράφεται από τον Barcaccia ως «η συνολική υγεία των ανθρώπων και των κοινοτήτων», υπογραμμίζοντας τόσο τις κακές όσο και τις καλές πτυχές της ύπαρξης. Αξιολογεί παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη ζωή, όπως η σωματική υγεία, η οικογένεια, τα οικονομικά, η απασχόληση, ο πλούτος, και το περιβάλλον¹⁴.

Σύμφωνα με τον Jennings, «η λέξη ποιότητα ζωής τείνει να υπονοεί ότι η ζωή δεν είναι εγγενώς άξια σεβασμού αλλά μπορεί να έχει μεγαλύτερη ή μικρότερη αξία ανάλογα με τις περιστάσεις της»¹⁵ το οποίο συνάδει με φιλοσοφικές και ηθικές απόψεις.

Η ποιότητα ζωής περιγράφεται από τον Όμιλο WHOQOL ως «πνευματική ευημερία, πνευματικότητα, θρησκευτικά ζητήματα, συναισθήματα ελπίδας, προσωπικές απόψεις, θρησκευτικότητα και εσωτερική ειρήνη» από θρησκευτική άποψη¹⁶.

Σύμφωνα με τον Haas, είναι «μια ολοκληρωμένη εξέταση των σημερινών καταστάσεων ζωής ενός ατόμου στο πλαίσιο της κουλτούρας και των αξιών του»¹⁷. Το κύριο συστατικό της ποιότητας ζωής είναι μια υποκειμενική εμπειρία ευεξίας που περιλαμβάνει πτυχές του σωματικού, ψυχολογικού, κοινωνικού και πνευματικού εαυτού.

1.2 Διαστάσεις

Κατά την πρώτη περίοδο η ποιότητα ζωής ήταν μια δισδιάστατη οντότητα περιλαμβάνοντας μια εσωτερική διάσταση (οι ασθενείς νιώθουν καλά με τον εαυτό τους) και μια εξωτερική διάσταση (οι ασθενείς νιώθουν καλά με τους άλλους)¹⁸.

Το σχήμα 1 δείχνει την αλληλεπίδραση μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών διαστάσεων κατά τον προσδιορισμό QoL ασθενών.



Σχήμα 1: Η αλληλεπίδραση μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών διαστάσεων κατά τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής του ασθενούς

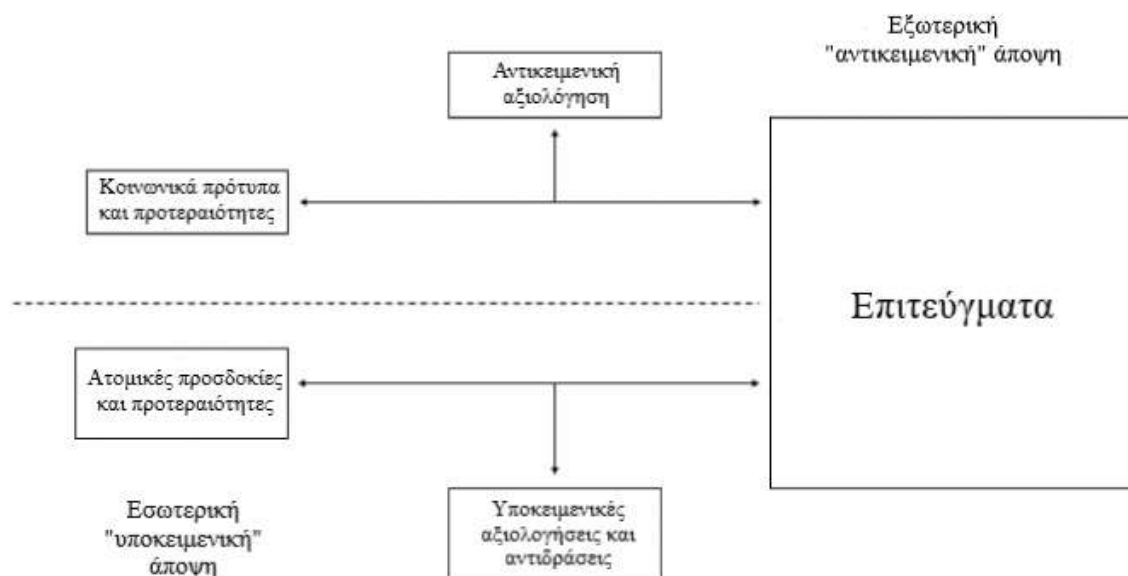
Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι συγγραφείς περιέγραψαν τέσσερις ευρείες διαστάσεις της υγείας που συνοψίζουν τα συγκεκριμένα στοιχεία ποιότητας ζωής (Σχήμα 2)^{18,19}:

1. Σωματική υγεία (σωματικές αισθήσεις, συμπτώματα ασθένειας)
2. Ψυχική υγεία (θετική αίσθηση ευεξίας, μη παθολογικές μορφές ψυχολογικής δυσφορίας ή διαγνώσιμες ψυχιατρικές διαταραχές)
3. Κοινωνική υγεία (πλευρές κοινωνικών επαφών και αλληλεπιδράσεων)
4. Λειτουργική υγεία (αυτοφροντίδα, κινητικότητα, επίπεδο σωματικής δραστηριότητας και λειτουργικότητα κοινωνικού ρόλου σε σχέση με την οικογένεια και την εργασία).



Σχήμα 2: Οι τέσσερις ευρείες διαστάσεις της υγείας που συνοψίζουν τα συγκεκριμένα συστατικά της ποιότητας ζωής

Το μοντέλο του Dijkers είναι ένα από τα πιο σημαντικά παραδείγματα αυτής της έννοιας επειδή συνοψίζει όλες τις πτυχές που σχετίζονται με τον ασθενή που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής^{18,20}. Το σχήμα 3 δείχνει μια απλουστευμένη αναπαράσταση του μοντέλου του Dijkers: την αντικειμενική διάσταση (εξωτερική) και τις υποκειμενικές διαστάσεις (εσωτερική).



Σχήμα 3: Μια απλοποιημένη αναπαράσταση του μοντέλου του Dijkers

Στην αντικειμενική διάσταση (εξωτερική), διαπιστώθηκαν ότι όλες οι παρατηρήσιμες

συνθήκες ζωής ήταν μετρήσιμες και επηρεάζονταν από τη σχέση με άλλους ανθρώπους (π.χ. συντρόφους, φίλους)²¹. Σε αυτή τη διάσταση, βρέθηκαν όλες οι φυσικές συνθήκες λειτουργίας. Στην υποκειμενική διάσταση (εσωτερική), βρέθηκαν όλες οι πτυχές που αναφέρονται στις αντιλήψεις του ασθενούς, όπως η προηγούμενη προσωπική εμπειρία και οι απόψεις/στάσεις /θεωρήσεις του .

1.2 Δείκτες και Παράγοντες

Όταν οι άνθρωποι δεν είναι σε θέση να μετρήσουν υποκειμενικά την ποιότητα ζωής τους, οι αντικειμενικοί δείκτες μπορεί να χρησιμεύσουν ως υποκατάστατο ή συμπλήρωμα σε ορισμένες περιπτώσεις²². Ο βαθμός ανάγκης και ικανοποίησης στους φυσικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, δραστηριοποιητικούς, υλικούς και δομικούς τομείς είναι ο τρόπος με τον οποίο ο Höhnquist ορίζει την ποιότητα ζωής²³. Η υποκειμενική αξιολόγηση μιας καλής και ικανοποιητικής ποιότητας ζωής είναι ο τρόπος με τον οποίο ορισμένοι άνθρωποι ορίζουν την ποιότητα ζωής²⁴.

Άλλοι υποστηρίζουν ότι η εκπλήρωση των ιδανικών, των στόχων και των επιθυμιών ενός ατόμου μέσω της συνειδητοποίησης των ικανοτήτων ή του τρόπου ζωής του, αποτελεί την ποιότητα ζωής²⁵. Επιπλέον, οι Patrick και Erickson ορίζουν την ποιότητα ζωής ως «*Η τιμή που αποδίδεται στη διάρκεια της ζωής όπως τροποποιείται από την έκπτωση, τη λειτουργική κατάσταση, την αντίληψη και τις ευκαιρίες που επηρεάζονται από ασθένεια, τραυματισμό, θεραπεία και πολιτική*»²⁶ στην αξιολόγηση της υγείας τους. Επιπλέον, οι Wood-Dauphinée και συν. όρισαν την ποιότητα ζωής ως «*την αντανάκλαση της συνολικής άποψης και της ευτυχίας ενός ατόμου με το πώς είναι τα πράγματα στη ζωή του*» (παρ. 16) με υποκειμενικό τρόπο. Η κατανόηση αυτής της ιδέας απαιτεί την αναγνώριση της υποκειμενικότητας της ποιότητας ζωής²⁷.

Η ποιότητα ζωής απεικονίζει τη διαφορά μεταξύ των ελπίδων και των προσδοκιών ενός ατόμου και της πραγματικής του εμπειρίας. Ως αποτέλεσμα της ανθρώπινης προσαρμογής, οι προσδοκίες για τη ζωή συνήθως τροποποιούνται για να ταιριάζουν στα όρια αυτού που το άτομο πιστεύει ότι είναι εφικτό. Αυτό δίνει τη δυνατότητα σε όσους αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις ζωής να διατηρήσουν μια αξιοσέβαστη ποιότητα ζωής²⁸.

Οι Grewal και συν., προσθέτουν ότι οι σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, η υγεία του ατόμου, η υγεία των κοντινών σας ατόμων, η ανεξαρτησία, η συναισθηματική και

ψυχολογική υγεία, η θρησκεία και η πνευματικότητα, τα οικονομικά και το βιοτικό επίπεδο, οι κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, το σπίτι και το περιβάλλον, η απόλαυση, η ασφάλεια και ο έλεγχος είναι άλλες πτυχές της ποιότητας ζωής κάποιου²⁹.

Σύμφωνα με τους Courtenay και συν.³⁰, η προσωπική ικανοποίηση από την εργασία, το εισόδημα, τα σχολεία της γειτονιάς, η κατάσταση των τεχνών και των πολιτιστικών ανέσεων της περιοχής, η ποιότητα του αέρα και η φυλετική ανοχή είναι όλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.

Οι Sugiyama και συν., εξετάζουν πώς οι ανοιχτοί χώροι της γειτονιάς, η άνεση και η ασφάλειά τους, η κοινωνική αλληλεπίδραση, οι κοινωνικές δραστηριότητες και η τακτική σωματική δραστηριότητα σχετίζονται όλα με την ποιότητα ζωής³¹.

Όταν εξετάζουμε την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, οι Albert και συν. κάνουν μια διάκριση. Περιγράφουν τη λειτουργική κατάσταση, την ψυχική υγεία, τη συναισθηματική ευεξία, την κοινωνική δέσμευση και τις καταστάσεις συμπτωμάτων ως πτυχές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία. Το ασθενοφόρο, η κινητικότητα, η φροντίδα και η κίνηση του σώματος, η επικοινωνία, η συμπεριφορά εγρήγορσης, η συναισθηματική συμπεριφορά, η κοινωνική επαφή, ο ύπνος και η ξεκούραση, το φαγητό, η εργασία, η διαχείριση του σπιτιού και η αναψυχή θεωρούνται όλες πτυχές της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία³².

Επιπλέον, ο Bowling περιέγραψε το ευρύ φάσμα τομέων που συνθέτουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής ευεξίας, της ψυχολογικής ευεξίας (μετρούμενη με δείκτες άγχους ή κατάθλιψης), της σωματικής ευεξίας και της κοινωνικής ευεξίας (παραδείγματα περιλαμβάνουν δείκτες κοινωνικού δικτύου, ληφθείσα κοινωνική υποστήριξη, ενσωμάτωση στην κοινότητα κ.λπ.)³³.

Ο Meeberg καταλήγει περιγράφοντας την ποιότητα ζωής ως υποκειμενική και εξατομικευμένη, με τις κρίσιμες συνιστώσες της αίσθησης ευεξίας, ευτυχίας, συνθηκών διαβίωσης, ικανοποίησης από τη ζωή, μιας αποδεκτής κατάστασης σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής και συναισθηματικής υγείας ή μια αντικειμενική εκτίμηση από άλλο άτομο ότι οι συνθήκες διαβίωσης αυτού του ατόμου είναι επαρκείς και όχι απειλητικές για τη ζωή³⁴. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής έχει χαρακτηριστεί ως υποκειμενική, πολυδιάστατη και μεταβλητή^{35,36}.

1.3 Κρίσιμα Χαρακτηριστικά

Τα κρίσιμα χαρακτηριστικά είναι τα «χαρακτηριστικά της έννοιας που επαναλαμβάνονται ξανά». Η υποκειμενική ικανοποίηση, η πολυδιάσταση και η δυναμική είναι βασικά χαρακτηριστικά της ποιότητας ζωής. Είναι μια καθαρά αυθαίρετη εκτίμηση της ικανοποίησης από τη ζωή. Όταν περιγραφικοί παράγοντες όπως η αντίληψη, το πλαίσιο, η ερμηνεία και η εξατομίκευση περιλαμβάνονται στους ορισμούς του όρου, αυτό το υποκειμενικό στοιχείο της ποιότητας ζωής είναι εμφανές. Το κάθε άτομο είναι ξεχωριστό και εξαρτάται από την εκτίμηση και την αξιολόγηση των περιστάσεων του. Όντας πολυδιάστατη, η ικανοποίηση περιλαμβάνει **μια σειρά από φυσικούς, ψυχολογικούς, πνευματικούς και κοινωνικούς τομείς της ζωής**³⁷.

Οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, η λειτουργική κατάσταση, η άσκηση, η σωματική υγεία, η γνωστική λειτουργία, η σεξουαλική λειτουργία, ο ύπνος, η ξεκούραση και η άνεση, περιλαμβάνονται όλα στους ορισμούς **των φυσικών τομέων**. Οι έννοιες των ορισμών για την εκπλήρωση, το συναίσθημα, την ευχαρίστηση, την απόλαυση, την ασφάλεια, τον έλεγχο, την ανεξαρτησία και την ικανοποίηση εμπίπτουν όλοι **στον ψυχολογικό τομέα**.

Το πνευματικό βασίλειο περιλαμβάνει χαρακτηριστικά από ορισμούς όπως η θρησκεία ή η αγιότητα, η πνευματικότητα, το νόημα, η εσωτερική ηρεμία και το ηθικό.

Οι σχέσεις με τους ανθρώπους, η παραγωγικότητα στην εργασία, τα χρήματα, η απόδοση ρόλων, ο ελεύθερος χρόνος, η κοινωνική δέσμευση, οι προσωπικοί πόροι και το περιβάλλον είναι όλα χαρακτηριστικά που εμπίπτουν **στον κοινωνικό τομέα**.

Επιπλέον, είναι μια έννοια δυναμική που αλλάζει με την πάροδο του χρόνου και σε μια συνέχεια που βασίζεται σε παράγοντες όπως οι συνθήκες ζωής, η κατάσταση της νόσου, το αναπτυξιακό στάδιο κ.λπ.³⁷.

1.4 Εργαλεία Αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής σε Ενήλικες

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια κι ως εκ τούτου, μπορούμε να υποθέσουμε ότι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνει υπόψη πτυχές της σωματικής υγείας, της ψυχολογικής κατάστασης, του επιπέδου αυτονομίας, των κοινωνικών σχέσεων, των πεποιθήσεων και της σχέσης με τα κύρια χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος³⁸.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξάνεται και τα ποσοστά επιβίωσης για χρόνιες μη μεταδοτικές ασθένειες βελτιώνονται. Η ποιότητα ζωής σχετίζεται κλινικά με πολλές χρόνιες μη μεταδοτικές ασθένειες, οι πιο κοινές από τις οποίες είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης, ο καρκίνος, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και η παχυσαρκία. Ως εκ τούτου, η κλινική και επιδημιολογική έρευνα έχει την τάση να δίνει έμφαση στις πτυχές της σωματικής υγείας της ποιότητας ζωής, εστιάζοντας στις αντιλήψεις των ατόμων για τις συνθήκες διαβίωσής τους ενόψει της ασθένειας και στην ικανότητά τους να ζήσουν μια ουσιαστική ζωή³⁹.

Δεδομένης της περίπλοκης φύσης της έννοιας, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής είναι ένα πολύπλοκο εγχείρημα που απαιτεί πολλαπλά εργαλεία για την αποτύπωση της υποκειμενικότητας και της πολυδιάστατης φύσης της. Έχουν αναπτυχθεί διάφορα όργανα για τη μέτρηση των παραπάνω τομέων, προσθέτοντας τις υποκειμενικές παραμέτρους που θεωρούνται απαραίτητες για μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα όργανα είναι **είτε γενικά**, τα οποία παρέχουν μια συνολική αξιολόγηση των επιπτώσεων της κατάστασης υγείας, **είτε ειδικά**, σχεδιασμένα για τη μέτρηση συγκεκριμένων πτυχών της ποιότητας ζωής, όπως η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία, την οπτική λειτουργία, τον καρκίνο, τον HIV κ.λπ.³⁹.

Το σύνολο της βιβλιογραφίας για την ποιότητα ζωής έχει αυξηθεί σταθερά τα τελευταία χρόνια, ωθούμενο από την προώθηση της έρευνας και τη διαπολιτισμική προσαρμογή και επικύρωση των εργαλείων αξιολόγησης σε διάφορες γλώσσες.

Στην συστηματική ανασκόπησή τους οι Pequeno και συν.³⁹ διαπίστωσαν ότι οι έρευνες που παρήγαγαν τον μεγαλύτερο αριθμό δημοσιεύσεων αναφορικά με την ποιότητα ζωής ήταν η Εθνική έρευνα για την Υγεία και τη Διατροφή της Κορέας (Korea National Health and Nutrition Examination Survey - KNHANES), με επτά άρθρα.

Στη διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποιήθηκαν είκοσι τρία διαφορετικά εργαλεία αξιολόγησης ποιότητας ζωής, 12 από τα οποία ήταν γενικά και 11 ειδικά εργαλεία (Πίνακας 1). Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία ήταν το Medical Outcomes Study Short-Form 36 (MOS SF-36), που βρέθηκε σε 21 δημοσιεύσεις, Euro QoL EQ-5D, που χρησιμοποιήθηκε από 17 μελέτες, 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12), βρέθηκε σε 12 άρθρα, και Visual Analogue Scale EQ-VAS, που χρησιμοποιήθηκε σε επτά έρευνες.

Πίνακας 1: Σύνολο οργάνων αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής που χρησιμοποιήθηκαν σε έρευνες με βάση τον πληθυσμό 2008–2018³⁹

Γενικά εργαλεία αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής που χρησιμοποιήθηκαν σε έρευνες με βάση τον πληθυσμό 2008–2018	Ειδικά όργανα αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής που χρησιμοποιούνται σε έρευνες με βάση τον πληθυσμό 2008–2018
AQoL-4D	AQLQ-M
CASP-16	CQoLC-K
EQ-5D	DLQI
EQ-VAS	EORTC-QLQ-C30
CDC-HRQoL-4	FLQA-d
CDC-HRQoL-14	IBDQ
PROMIS	OHIP-14
QoLscale	OIDP
SF-8	RTQ
SF-12	SIBDQ
SF-36	Visual Function/QoL

Τα βασικά ευρήματα της μελέτης των Pequeno και συν.³⁹ ήταν ότι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο όργανο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής ήταν το SF-36, οι προτιμώμενες μέθοδοι χορήγησης ερωτηματολογίου ήταν η προσωπική συνέντευξη και η συνέντευξη στο σπίτι με την παρουσία εκπαιδευμένου ερευνητή και το κύριο επίκεντρο των μελετών ποιότητας ζωής ήταν οι χρόνιες **μη μεταδοτικές ασθένειες**.

Είναι επίσης σημαντικό να τονιστεί ότι, ενώ η χρήση ενός τόσο ευρέος φάσματος οργάνων και τρόπων χορήγησης ερωτηματολογίου μπορεί να χρησιμεύσει για την αντιμετώπιση των ιδιαιτεροτήτων συγκεκριμένων ομάδων μελέτης, μπορεί να εμποδίσει τη σύγκριση μεταξύ ομάδων πληθυσμού με παρόμοια χαρακτηριστικά ή ανάγκες, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την εγκυρότητα, στατιστική αξιοπιστία και, εν τέλει, ποιότητα των ευρημάτων.

2. Όγκοι Θυρεοειδή Αδένα

2.1. Θυρεοειδής Αδένας

2.1.1 Εμβρυολογία

Από την κεφαλική μοίρα του αρχέγονου εντέρου σχηματίζεται ο εμβρυικός φάρυγγας στο έδαφος του οποίου, κατά την 17^η εβδομάδα, αναπτύσσεται ένα εκκόλπωμα του ενδοδέρματος μεταξύ του 1^{ου} και 2^{ου} φαρυγγικού θυλάκου. Το εκκόλπωμα αυτό αποτελεί την αρχική εμβρυολογική καταβολή του θυρεοειδούς αδένα.

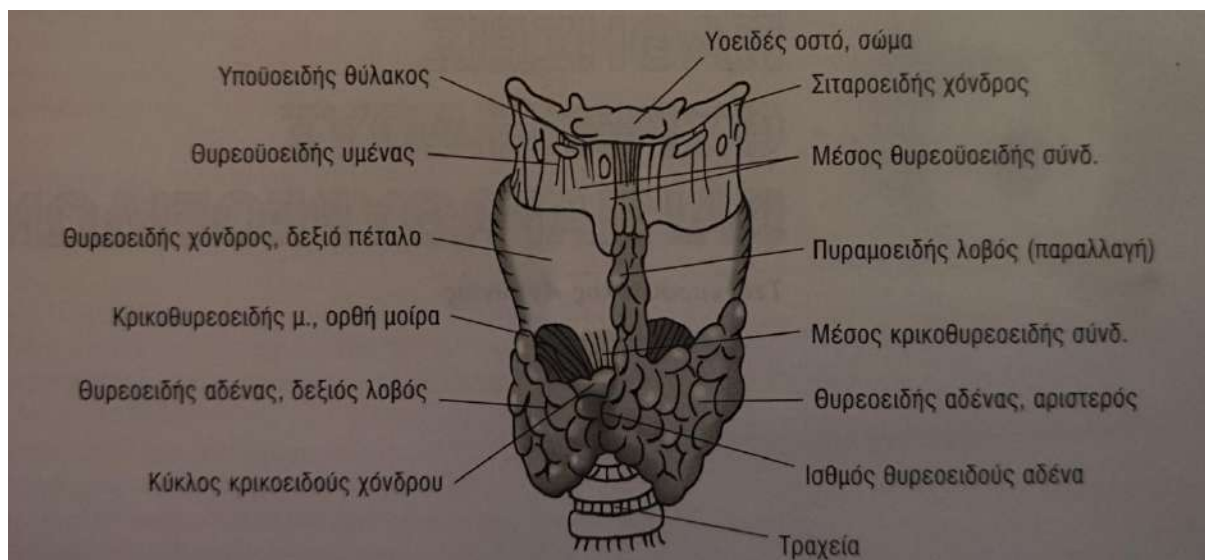
Με την ανάπτυξη του παίρνει δίομβη μορφή και μεταναστεύει προς τον τράχηλο συνδεόμενος με την αρχική καταβολή με μίσχο, τον θυρεογλωσσικό πόρο, ο οποίος προοδευτικά ατροφεί και εξαφανίζεται γύρω στην 6^η εβδομάδα, αφήνοντας σαν κατάλοιπο την πρόσφυση του, που αντιστοιχεί με το τυφλό τμήμα της γλώσσας. Σε περίπτωση παραμονής υπολειμμάτων του πόρου σχηματίζονται κατά τη μέση γραμμή του τραχήλου οι κύστες του θυρεογλωσσικού πόρου⁴⁰.

Από τον 3^ο φαρυγγικό θύλακα σχηματίζονται οι δύο κάτω παραθυροειδείς αδένες και ο θύμος αδένας και από τον 4^ο φαρυγγικό θύλακα σχηματίζονται οι άνω παραθυροειδείς αδένες.

1.2 Ανατομία

Η πρώτη ανατομική περιγραφή του θυρεοειδούς ζαδένα έγινε από τον Giulio Casserio το έτος 1601, ο οποίος λόγω της σχέσης του με τον λάρυγγα τον ονόμασε « αδένα του λάρυγγα». Θεωρήθηκε μάλιστα ότι τον προφύλασσε και συνέβαλε στην λειτουργία του.

Ο θυρεοειδής αδένας έχει σχήμα θυρεού, απ' όπου πήρε και το όνομα του, (θυρεός = ασπίδα + είδος = μορφή) και βρίσκεται στο πρόσθιο τμήμα του τραχήλου αμέσως κάτωθεν του λάρυγγα. Αποτελείται από δύο λοβούς σε σχήμα τρίπλευρης πυραμίδας ,αριστερό και τον δεξιό , οι οποίοι συνδέονται κατά την μέση γραμμή με τον ισθμό ο οποίος αντιστοιχεί μεταξύ δευτέρου και τετάρτου ημικρικού της τραχείας. Από τον ισθμό και αριστερό λοβό είναι δυνατόν να εκφύεται προς τα πάνω στενή λωρίδα θυρεοειδικού ιστού ,ο πυραμοειδής λοβός , ο οποίος ανέρχεται μέχρι το υοειδές οστό (εικ. 1) Το συνολικό βάρος του αδένα στον ενήλικα είναι περίπου 15 -25 gr και κατά άλλους 12 – 20 gr. Ο αδένας καθλώνεται στον λάρυγγα και στην τραχεία με τρις συνδέσμους, έναν μέσο και δυο πλάγιους (σύνδεσμος Berry), οι οποίοι τον υποχρεώνουν να παρακολουθεί τις κινήσεις της τραχείας και του λάρυγγα κατά την κατάποση⁴⁰.



Εικόνα 1: Ανατομία Θυρεοειδούς Αδένα

Η έξω επιφάνεια των λοβών του θυρεοειδούς αδένος έρχεται σε άμεση σχέση προς τα εμπρός με τον στερνοθυρεοειδή και στερνοϋοειδή μυ, οι οποίοι απάγονται ή τέμνονται εγκάρσια κατά τη θυροειδεκτομή.

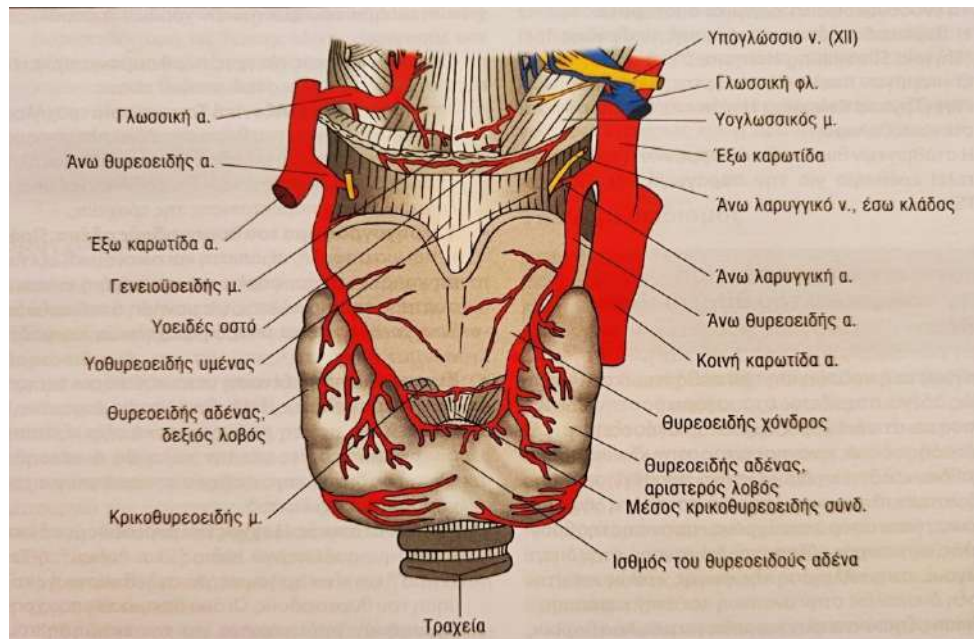
Προς τα πίσω και έσω κάθε λοβός έρχεται σε άμεση σχέση με τον οισοφάγο, την τραχεία και το μεταξύ αυτών ανερχόμενο κάτω λαρυγγικό (παλίνδρομο νεύρο). Προς τα πίσω και έξω κάθε λοβός έρχεται σε άμεση σχέση με το αγγειονευρώδες δεμάτιο του τραχήλου και τους παραθυρεοειδείς αδένες.

Οι παραθυρεοειδείς αδένες είναι συνήθως δύο σε κάθε πλευρά και διακρίνονται σε άνω και κάτω. Ο άνω αντιστοιχεί στο άνω τριτημόριο της οπίσθιας και έξω επιφάνειας του λοβού, ενώ ο κάτω βρίσκεται κοντά στην είσοδο της κάτω θυρεοειδούς αρτηρίας.

Λόγω ανωμαλιών κατά την εμβρυογένεση, σπάνια ο θυρεοειδής αδένος βρίσκεται στην έκτοπη θέση. Τέτοιες πιθανές θέσεις είναι οποιοδήποτε σημείο στην πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου, από το τυφλό τμήμα της γλώσσας μέχρι τον θυρεοειδή χόνδρο. Συνήθως θέση έκτοπου θυρεοειδούς είναι η βάση της γλώσσας ενώ σπανιότερα εντός του θώρακα. Άλλες ανωμαλίες είναι η πλήρης αγενεσία του θυρεοειδούς και η απουσία ενός λοβού⁴⁰.

Ο θυρεοειδής αδένος έχει πολύ μεγάλη αγγείωση, γεγονός που δυσκολεύει την εγχείρηση της θυροειδεκτομής. Αγγειούται από τις άνω θυρεοειδείς αρτηρίες, κλάδους της έξω καρωτίδας, και τις κάτω θυρεοειδείς αρτηρίες, κλάδους του θυρεοαυχενικού στελέχους. Εκτός των ανωτέρω, υπάρχουν και οι ασταθείς μέσες θυρεοειδείς αρτηρίες, κλάδοι της αορτής ή της ανωνύμου αρτηρίας. Οι φλέβες είναι η άνω, που εκβάλλει στην έσω σφαγίτιδα ή την κοινή προσωπική φλέβα, η μέση που εκβάλλει στην έσω σφαγίτιδα και η κάτω

θυρεοειδής, που εκβάλλει στην ανώνυμο φλέβα (εικ. 2)



Εικόνα 2:Αρτηριακή και Φλεβική Αιμάτωση Θυρεοειδούς Αδένα

Το λεμφαγγειακό δίκτυο του θυρεοειδούς αδένα είναι πλούσιο και τα λεμφαγγεία εκβάλλουν στα παρακείμενα τραχειακά (δελφιανά), καθώς και στα εν τω βάθει τραχηλικά λεμφογάγγλια.

Στον θυρεοειδή αδένα φέρονται συμπαθητικές ίνες από τα αυχενικά γάγγλια δια των θυρεοειδικών αρτηριών και παρασυμπαθητικές ίνες με το άνω λαρυγγικό νεύρο, οι οποίες αυξομειώνουν τη ροή του αίματος.

Τα ανατομικά στοιχεία του τραχήλου με τα οποία έρχεται σε στενή σχέση ο θυρεοειδής αδένας και τα οποία έχουν καθοριστική σημασία στη χειρουργική του θυρεοειδούς είναι⁴⁰:

- Το αγγειονευρώδες δεμάτιο του τραχήλου με την οπίσθια επιφάνεια των λοβών
- Οι παραθυρεοειδείς αδένες, που βρίσκονται σε άμεση επαφή με την οπίσθια επιφάνεια των λοβών
- Η τραχεία με το οπίσθιο και τα πλάγια τοιχώματά αυτής
- Τα άνω λαρυγγικά νεύρα
- Τα κάτω ή παλίνδρομα λαρυγγικά νεύρα. Τα νεύρα αυτά, κλάδοι του πνευμονογαστρικού νεύρου, παλινδρομούν στον τράχηλο αφού του

ανακάμψουν, το αριστερό από το αορτικό τόξο και το δεξιό από την υποκλείδια αρτηρία, και πορεύονται στην τραχειοοισοφαγική αύλακα σε στενή σχέση με την οπίσθια επιφάνεια του λοβού και την κάτω θυρεοειδή αρτηρία για να εισέλθουν στον λάρυγγα.

Η αναγνώριση του κάτω λαρυγγικού νεύρου κρίνεται αναγκαία κατά την εγχείριση της ολικής θυρεοειδεκτομής γιατί ο τραυματισμός του, και ειδικά ο αμφοτερόπλευρος, είναι καθοριστικός για τη φώνηση και αναπνοή του ασθενούς.

2.1.3 Φυσιολογία

Ο θυρεοειδής αδένας παράγει την θυροξίνη (T4) και την τριωδοθυρονίνη (T3) από τα θυλακιώδη κύτταρα και την καλσιτονίνη από τα παραθυλακιώδη ή C-κύτταρα. Η δράση της θυροξίνης (3,5,3,5 –τετραϊωδοθυρονίνη) και της τριωδοθυρονίνης (3,5,3,-τριωδοθυρονίνη) αφορά στην κατανάλωση του οξυγόνου από τους ιστούς, στη σωματική αύξηση, στην ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος, στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών, των υδατανθράκων και των λιπών, στην αποδόμηση στο ήπαρ και απέκκριση της χοληστερίνης από τη χολή και στην καλή λειτουργία του καρδιαγγειακού και γαστρεντερικού συστήματος⁴⁰.

Η καλσιτονίνη (CT) δρα ανταγωνιστικά προς την παραθορμόνη (PTH), αυξάνοντας την απέκκριση ασβεστίου και φωσφόρου.

Για να λειτουργήσει φυσιολογικά ο θυρεοειδής αδένας απαιτείται η ακεραιότητα και κανονική λειτουργία όλων των παραγόντων που αποτελούν ένα λειτουργικό κύκλωμα. Οι παράγοντες αυτοί είναι⁴⁰:

- Το ιώδιο το οποίο προσλαμβάνεται με τις τροφές και το νερό και αποτελεί τη βασική πρώτη ύλη
- Τα ενδοθυρεοειδικά ενζυμικά συστήματα
- Η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη της υπόφυσης TSH (Thyroid Stimulating Hormone)
- Ο «παράγων απελευθέρωσης της θυρεοτροπίνης» TRH (Thyroid Releasing Hormone), που παράγεται στον υποθάλαμο
- Η στάθμη των θυρεοειδικών ορμονών η οποία αποτελεί ερέθισμα για την παραγωγή της TSH και TRH.

2.2 Κακοήθη Νεοπλάσματα του Θυρεοειδούς

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένος είναι σπάνιος και αντιπροσωπεύει το 0,5 – 1,5 % του συνόλου των κακοηθών νεοπλασμάτων, αποτελεί όμως την συνηθέστερη κακοήθεια του ενδοκρινικού συστήματος. Αιτιολογικοί παράγοντες που θεωρούνται ότι ευνοούν την ανάπτυξη του είναι η ακτινοβολία, η υπερέκκριση ή παρατεταμένη χορήγηση TSH και η κληρονομικότητα. Οι κακοήθεις όγκοι που προέρχονται από το θυλακικό επιθήλιο ταξινομούνται σύμφωνα με τα ιστολογικά χαρακτηριστικά. Οι διαφοροποιημένοι όγκοι, όπως ο θηλώδης θυρεοειδικός καρκίνος (PTC) ή ο θυλακιώδης θυρεοειδικός καρκίνος (FTC) είναι συχνά ιάσιμοι και η πρόγνωση είναι καλή για τους ασθενείς που αναγνωρίζονται στο πρώιμο στάδιο της νόσου. Αντίθετα, ο αναπλαστικός θυρεοειδικός καρκίνος (ATC) είναι επιθετικός, απαντά πτωχά στη θεραπεία και συνδυάζεται με κακή πρόγνωση^{40,41}.

Η επίπτωση εμφάνισης του θυρεοειδικού καρκίνου (~9/100000 το χρόνο) αυξάνεται με την ηλικία, επιπεδούμενη μετά την ηλικία των 50 ετών περίπου. Η ηλικία είναι επίσης ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας – ο καρκίνος του θυρεοειδούς στη νεανική ηλικία (<20 ετών) ή σε μεγαλύτερα άτομα (>45 ετών) συνδέεται με χειρότερη πρόγνωση. Ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι τρεις φορές συνηθέστερος στις γυναίκες από ότι στους άντρες, αλλά το αρρεν φύλο συνδέεται με χειρότερη πρόγνωση. Πρόσθετοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου αποτελούν το ιστορικό ακτινοβολίας κεφαλής ή λαιμού κατά την παιδική ηλικία, το μεγάλο μέγεθος όζου ($\geq 4\text{cm}$), η ένδειξη καθήλωσης του όγκου ή διήθηση λεμφαδένων και η παρουσία μεταστάσεων (πιν.2)⁴¹.

Πίνακας 2: Παράγοντες Κινδύνου για Καρκίνωμα του Θυρεοειδούς σε ασθενείς με Θυρεοειδικό όζο

Ιστορικό ακτινοβολίας κεφαλής και λαιμού	Οικογενειακό ιστορικό θυρεοειδικού καρκίνου ή MEN - 2
Ηλικία <20 ή >45 ετών	Παράλυση φωνητικής χορδής, βράγχος φωνής
Αμφοτερόπλευρη νόσος	Όζος καθηλωμένος σε παρακείμενες δομές
Αυξημένο μέγεθος όζου (>4 cm)	Εξωθυρεοειδική επέκταση
Νέα ή διογκούμενη τραχηλική μάζα	Υποψία εμπλοκής λεμφαδένων
Αρσενικό φύλο	Ανεπάρκεια ιωδίου (θυλακιώδης καρκίνος)
Σημείωση: MEN=πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασία	

Μοναδικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του θυρεοειδούς διευκολύνουν την αντιμετώπισή του⁴¹:

- 1) Οι θυρεοειδικοί όζοι είναι εύκολα ψηλαφητοί, επιτρέπουν την πρόωμη ανακάλυψη και την βιοψία με FNA
- 2) Τα ραδιοϊσότοπα του ιωδίου μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να διαγνώσουν και να θεραπεύσουν διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς, αντανakλώντας τη μοναδικότητα της πρόσληψης αυτού του ανιόντος από το θυρεοειδή αδένα και
- 3) Οι δείκτες του ορού αίματος επιτρέπουν τη διαπίστωση υπολειπόμενης ή υποτροπιάζουσας νόσου, όπως η χρήση των επιπέδων της θυρεοσφαιρίνης (TG) για τον PTC και τον FTC και της καλσιτονίνης (CT) για τον μυελώδη θυρεοειδικό καρκίνο (MTC).

Το νεόπλασμα ή όγκος του θυρεοειδούς μπορεί να είναι ένας καλοήθης όγκος όπως το αδένωμα του θυρεοειδούς, ή μπορεί να είναι κακοήθης νεοπλασία (καρκίνος του θυρεοειδούς), όπως θηλώδης, θυλακιώδης, μυελικός ή αναπλαστικός καρκίνος του θυρεοειδούς⁴². Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ηλικίας 25 έως 65 ετών κατά την πρώτη διάγνωση. Οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τους άνδρες σε αναλογία περίπου 3:1^{42,43}. Ο εκτιμώμενος αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου του θυρεοειδούς στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2010 ήταν 44.670 σε σύγκριση με μόλις 1.690 θανάτους. Από όλους τους όζους του θυρεοειδούς που ανακαλύφθηκαν, μόνο περίπου το 5 % είναι καρκινικοί και λιγότερο από το 3 % αυτών καταλήγουν σε θάνατο⁴⁴.

Υπολογίζεται ότι το 3% έως 7% του πληθυσμού έχει ψηλαφητό οζίδιο και ο επιπολασμός αυξάνεται σε περισσότερο από 70% έως 75% εάν οι ασθενείς υποβάλλονται σε υπερηχογράφημα. Περίπου το 5% των ανιχνευόμενων όζων του θυρεοειδούς είναι κακοήθεις, με εξαίρεση τους όζους που ανακαλύφθηκαν με σαρώσεις PET, οι οποίοι έχουν 33% αυξημένο κίνδυνο για κακοήθεια⁴⁵.

Οι κακοήθειες του θυρεοειδούς αδένα είναι οι πιο συχνές κακοήθειες του ενδοκρινικού συστήματος. Οι όζοι του θυρεοειδούς είναι περίπου τέσσερις φορές πιο συχνοί στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση είναι τα 47 έτη, με κορύφωση στις γυναίκες στα 45-49 έτη και στους άνδρες στα 65-69 έτη. Το θηλώδες καρκίνωμα είναι ο πιο κοινός τύπος κακοήθειας του θυρεοειδούς, που ευθύνεται για το 65-80% όλων των καρκίνων του θυρεοειδούς⁴⁸. Νέα οζίδια αναπτύσσονται με ρυθμό περίπου 0,1% ετησίως ξεκινώντας από την πρόωμη ζωή, αλλά με πολύ υψηλότερο ποσοστό (~2% ανά

έτος) μετά από έκθεση σε ακτινοβολία κεφαλής και τραχήλου⁴⁸.

Ταξινόμηση

Τα νεοπλάσματα του θυρεοειδούς μπορούν να προέλθουν από κάθε τύπο κυττάρων που υπάρχουν στον αδένα, όπως τα θυρεοειδικά θυλακικά κύτταρα, τα κύτταρα που παράγουν καλσιτοσίνη C, τα λεμφοκύτταρα, τα στρωματικά και αγγειακά στοιχεία καθώς και οι μεταστάσεις από άλλες θέσεις (πιν. 3).

Πίνακας 3: Ταξινόμηση Θυρεοειδικών Νεοπλασμάτων

Καλοήγη	
Αδενώματα θυλακικών επιθηλιακών κυττάρων	
Μακροθυλακιώδη (κολλοειδή)	
Νορμοθυλακιώδη (απλά)	
Μικροθυλακιώδη (εμβρυϊκά)	
Δοκιδώδη (εμβρυονικά)	
Παραλλαγή κυττάρων Hurtle (ογκοκυτταρικά)	
Κακοήγη	Επιπολασμός κατά προσέγγιση %
Θυλακικά επιθηλιακά κύτταρα Καλά διαφοροποιημένα καρκινώματα Θηλώδη καρκινώματα Καθαρά θηλώδη Θυλακιώδης ποικιλία Διάχυτη σκληρυντική ποικιλία Ποικιλίες υψηλών κυττάρων (tollcells) και επιθηλιακών κυττάρων	80-90
Θυλακιώδη καρκινώματα Ελάχιστα επιθετικά Πολύ επιθετικά Καρκίνωμα κυττάρων Hurtle (ογκοκυτταρικά) Νησιδιακό καρκίνωμα Αδιαφοροποίητα (αναπλαστικά) καρκινώματα	5-10
Κυττάρων C (παράγουν καλσιτονίνη) Μυελώδης θυρεοειδικό καρκίνος Σποραδικός Οικογενής MEN-2	10
Άλλες κακοήθειες Λεμφώματα Σαρκώματα Μεταστάσεις Άλλες	1-2
Σημείωση: MEN=πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασία	

Η Αμερικάνικη Ενιαία Επιτροπή για τον Καρκίνο (American Joint Committee on Cancer AJCC) έχει υποδείξει ένα σύστημα σταδιοποίησης χρησιμοποιώντας την ταξινόμηση TNM (πιν. 4). Μερικά άλλα συστήματα ταξινόμησης και σταδιοποίησης χρησιμοποιούνται επίσης ευρέως, μερικά από τα οποία δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στα ιστολογικά χαρακτηριστικά ή τους παράγοντες κινδύνου, όπως η ηλικία ή το γένος.

Πίνακας 4: Ταξινόμηση Καρκίνου του Θυρεοειδούς^a

Θηλώδεις ή Θυλακιώδεις Καρκίνοι του Θυρεοειδούς		
Στάδιο I	<45 ετών Οποιοδήποτε T & N, M0	>45 ετών T1, N0, M0
Στάδιο II	Οποιοδήποτε T & N, M1	T2 ή T3, N0, M0
Στάδιο III		T4, N0, M0 Οποιοδήποτε T, N1, M0
Στάδιο IV		Οποιοδήποτε T Οποιοδήποτε N, M1
Αναπλαστικός καρκίνος θυρεοειδούς		
Στάδιο IV	Όλες οι περιπτώσεις είναι σταδίου IV	
Μυελώδης καρκίνος του θυρεοειδούς		
Στάδιο I	T1, N0, M0	
Στάδιο II	T2-T4, N0, M0	
Στάδιο III	Οποιοδήποτε T, N1, M0	
Στάδιο IV	Οποιοδήποτε T, οποιοδήποτε N, M1	
Τα κριτήρια περιλαμβάνουν: T = μέγεθος και έκταση του πρωτοπαθούς όγκου (T1≤1cm, 1cm<T2≤4cm, T3>4cm, T4 άμεση διήθηση της θυρεοειδικής κάψας) N = η απουσία (N0), η παρουσία (N1) εμπλοκής των επιχώριων λεμφαδένων, M = η απουσία (M0), η παρουσία (M1) μεταστάσεων		
Πηγή: Σύστημα σταδιοποίησης της Αμερικάνικης Ενιαίας Επιτροπής για τον Καρκίνο (American Joint Committee on Cancerstagingssystem)για καρκίνο θυρεοειδούς με βάση την ταξινόμηση TNM		

Θεραπεία του PTC

Όλοι οι καλά διαφοροποιημένοι καρκίνοι του θυρεοειδούς θα πρέπει να αφαιρούνται χειρουργικά. Πέραν της απομάκρυνσης της πρωτοπαθούς βλάβης, η εγχείρηση επιτρέπει ακριβή ιστολογική διάγνωση και σταδιοποίηση και συνήθως ανευρίσκεται πολυεστιακή νόσος στον αντίθετο λοβό. Η λεμφαδενική διασπορά μπορεί επίσης να εκτιμηθεί κατά τον χρόνο της εγχείρησης και οι εμπλεκόμενοι αδένες μπορούν να απομακρυνθούν. Οι υποδείξεις για τη έκβαση της εγχείρησης ποικίλουν για το στάδιο I της νόσου, καθώς η επιβίωση είναι παρόμοια για τη λοβεκτομή και τη σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή. Η λοβεκτομή συνδέεται με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης υποπαραθυρεοειδισμού και τραύματος των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων. Εντούτοις, δεν είναι δυνατό να παρακολουθούν τα επίπεδα της Tg ή να πραγματοποιηθεί ολόσωμο σπινθηρογράφημα με ¹³¹I με την παρουσία υπολειπόμενου λοβού. Εκτός αυτού, εάν η τελική σταδιοποίηση ή η επακόλουθη παρακολούθηση υποδεικνύει την ανάγκη σπινθηρογραφήματος ή θεραπείας με ραδιοϊώδιο, η επανάληψη της εγχείρησης είναι αναγκαία για να αφαιρεθεί ο υπόλοιπος θυρεοειδικός ιστός. Γι' αυτό, η υφολική θυρεοειδοεκτομή προτιμάται σε όλους σχεδόν τους ασθενείς. Η συχνότητα των επιπλοκών είναι αποδεκτά χαμηλή, αν ο χειρουργός είναι πολύ έμπειρος στη διαδικασία. Η μετεγχειρητική χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου για καταστροφή του υπολειμματικού θυρεοειδικού ιστού χρησιμοποιείται όλο και πιο συχνά, καθώς μπορεί να καταστρέψει το υπολειπόμενο ή πολυεστιακό θυρεοειδικό καρκίνωμα και διευκολύνει τη χρήση των προσδιορισμών της Tg και του σπινθηρογραφήματος κατά τη μακροχρόνια παρακολούθηση

μέσω της εξάλειψης του υπολειπόμενου με ραδιενεργό ιώδιο φυσιολογικού ή νεοπλασματικού ιστού.

2.3 Ταξινόμηση ΠΟΥ 2022 για τους Όγκους του Θυρεοειδούς

Η πέμπτη έκδοση της Ταξινόμησης Ενδοκρινών και Νευροενδοκρινικών Όγκων του ΠΟΥ αποτελεί μια επίκαιρη και εύκολα προσβάσιμη δημοσίευση για την πολυετή εμπειρία στον τομέα της διαγνωστικής και μοριακής παθολογίας του θυρεοειδούς. Περιέχει κατάλληλες αλλαγές στην ονοματολογία, τη βαθμολόγηση και την πρόγνωση των όγκων του θυρεοειδούς με βάση τα παθολογικά χαρακτηριστικά και το μοριακό προφίλ. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό για τους ενδοκρινολόγους και τους ιατρούς που διαχειρίζονται τους όζους του θυρεοειδούς να εξοικειωθούν με αυτό το νέο σχήμα ταξινόμησης⁴⁶.

Η νέα ταξινόμηση έχει χωρίσει τους όγκους του θυρεοειδούς σε πολλές νέες κατηγορίες που επιτρέπουν μια σαφέστερη κατανόηση του κυττάρου προέλευσης, των παθολογικών χαρακτηριστικών (κυτταροπαθολογία και ιστοπαθολογία), της μοριακής ταξινόμησης και της βιολογικής συμπεριφοράς. Οι όγκοι που προέρχονται από θυλακιώδη κύτταρα αποτελούν την πλειοψηφία των νεοπλασμάτων του θυρεοειδούς. Σε αυτή τη νέα ταξινόμηση του ΠΟΥ, χωρίζονται σε καλοήγη, χαμηλού κινδύνου και κακοήγη νεοπλάσματα. Οι καλοήθεις όγκοι περιλαμβάνουν όχι μόνο θυλακιώδες αδένωμα αλλά και παραλλαγές αδενώματος που έχουν διαγνωστική και κλινική σημασία, συμπεριλαμβανομένων αυτών με θηλώδη αρχιτεκτονική, που είναι συχνά υπερλειτουργικά και ογκοκυτταρικά αδενώματα⁴⁷.

Για πρώτη φορά, υπάρχει μια λεπτομερής περιγραφή των πολυεστιακών υπεραστικών/νεοπλασματικών βλαβών που εμφανίζονται συνήθως στο κλινικό περιβάλλον της πολυοζώδους βρογχοκήλης. Ο όρος θυρεοειδική οζώδης θυλακιώδης νόσος επιτεύχθηκε ως ο καλύτερος για να περιγράψει αυτήν την αινιγματική οντότητα.

Τα νεοπλάσματα που προέρχονται από θυλακιώδη κύτταρα χαμηλού κινδύνου περιλαμβάνουν: μη διεισδυτικό θυλακιώδες νεόπλασμα θυρεοειδούς με θηλοειδή πυρηνικά χαρακτηριστικά, όγκους θυρεοειδούς αβέβαιου κακοήθους δυναμικού και υαλινοποιητικό δοκιδωτό όγκο. Τα κακοήγη νεοπλάσματα που προέρχονται από θυλακιώδη κύτταρα διαστρωματώνονται με βάση τα μοριακά προφίλ και την επιθετικότητα. Τα θηλώδη καρκινώματα του θυρεοειδούς, με πολλούς μορφολογικούς υπότυπους, αντιπροσωπεύουν τις κακοήθειες που μοιάζουν με BRAF, ενώ η διεισδυτική ενθυλακωμένη παραλλαγή του θηλώδους PTC και το θυλακιώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς αντιπροσωπεύουν τις κακοήθειες που μοιάζουν με RAS⁴⁷. Αυτή η νέα ταξινόμηση απαιτεί λεπτομερή υπότυπο

θηλώδους μικροκαρκινώματος, παρόμοιου με τους αντίστοιχους που υπερβαίνουν το 1,0 cm και συνιστά να μην χαρακτηρίζονται ως υπότυπος θηλώδους καρκινώματος του θυρεοειδούς. Τα κριτήρια του υπότυπου ψηλών κυττάρων των θηλωδών καρκινωμάτων του θυρεοειδούς έχουν επανεξεταστεί. Το κρυβριδόμορφο καρκίνωμα του θυρεοειδούς δεν ταξινομείται πλέον ως υπότυπος θηλώδους καρκινώματος του θυρεοειδούς. Ο όρος «κύτταρο Hürthle» σταματά να χρησιμοποιείται, καθώς είναι εσφαλμένη ονομασία⁴⁷.

Το ογκοκυτταρικό καρκίνωμα συζητείται ως ξεχωριστή οντότητα με τη σαφή αναγνώριση ότι αναφέρεται σε νεοπλάσματα που προέρχονται από ογκοκυτταρικά θυλακιώδη κύτταρα (που αποτελούνται από > 75% ογκοκυτταρικά κύτταρα) που στερούνται πυρηνικών χαρακτηριστικών των θηλωδών καρκινωμάτων του θυρεοειδούς (αυτά θα ήταν ογκοκυτταρικό θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς), χαρακτηριστικά υψηλής ποιότητας (νέκρωση και ≥ 5 μιτώσεις ανά 2 mm²). Οι κακοήθειες που προέρχονται από θυλακιώδη κύτταρα υψηλού βαθμού περιλαμβάνουν πλέον τόσο το παραδοσιακό κακώς διαφοροποιημένο καρκίνωμα όσο και τα υψηλού βαθμού διαφοροποιημένα καρκινώματα του θυρεοειδούς, καθώς και τα δύο χαρακτηρίζονται από αυξημένη μιτωτική δραστηριότητα και νέκρωση όγκου, χωρίς αναπλαστική ιστολογία και κλινικά συμπεριφέρονται με παρόμοιο τρόπο⁴⁷.

Το αναπλαστικό καρκίνωμα του θυρεοειδούς παραμένει η πιο αδιαφοροποίητη μορφή. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του θυρεοειδούς θεωρείται πλέον ως υπότυπος αναπλαστικού καρκινώματος. Τα μυελοειδή καρκινώματα του θυρεοειδούς που προέρχονται από κύτταρα C του θυρεοειδούς διατηρούν τη διακριτή τους τομή και υπάρχει ένα ξεχωριστό τμήμα για μεικτούς όγκους που αποτελείται από κύτταρα C και από οποιαδήποτε κακοήθεια προερχόμενη από θυλακιώδη κύτταρα. Ένα σύστημα βαθμολόγησης για τα μυελικά καρκινώματα του θυρεοειδούς εισάγεται επίσης με βάση τον αριθμό μιτωτικών, τη νέκρωση του όγκου και τον δείκτη επισημάνσης Ki67.

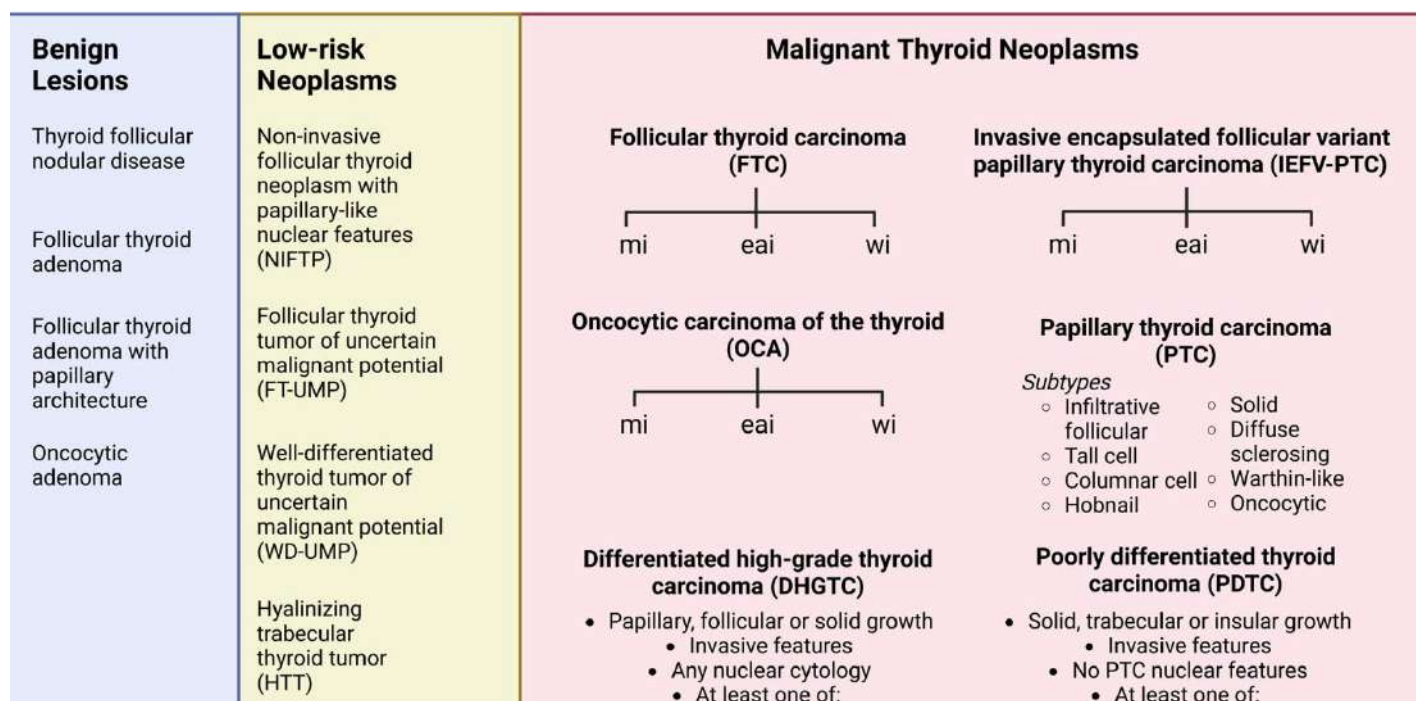
Ένας αριθμός ασυνήθιστων νεοπλασμάτων που εμφανίζονται στον θυρεοειδή έχουν τοποθετηθεί σε νέες ενότητες με βάση την κυτταρογένεσή τους.

Το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα και το εκκριτικό καρκίνωμα τύπου σιελογόνων αδένων περιλαμβάνονται πλέον σε μια ενότητα που ταξινομείται ως «καρκινώματα του θυρεοειδούς τύπου σιελογόνων αδένων». Τα θυμώματα, τα καρκινώματα του θύμου και ο όγκος του επιθηλίου της ατράκτου με στοιχεία που μοιάζουν με τον θύμο ταξινομούνται ως «θυμικοί όγκοι εντός του θυρεοειδούς».

Παραμένουν αρκετοί όγκοι των οποίων η κυτταρική γενεαλογία είναι ασαφής και

αναφέρονται ως τέτοιοι. Αυτοί περιλαμβάνουν το σκληρυντικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα με ηωσινοφιλία και το αδρανές μοριακό καρκίνωμα του θυρεοειδούς. Μια άλλη σημαντική προσθήκη είναι το θυροβλάστωμα, ένας ασυνήθιστος εμβρυϊκός όγκος που σχετίζεται με μεταλλάξεις DICER1.

Όπως σε όλα τα βιβλία του ΠΟΥ έτσι και στην 5^η έκδοση, οι μεσεγχυματικοί και στρωματικοί όγκοι, τα αιματολεμφοειδή νεοπλάσματα, οι όγκοι των γεννητικών κυττάρων και οι μεταστατικές κακοήθειες συζητούνται χωριστά. Η τρέχουσα ταξινόμηση τονίζει επίσης την αξία των βιοδεικτών που μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση και να παρέχουν προγνωστικές πληροφορίες⁴⁷



Σχήμα 4: Επισκόπηση των κύριων διαγνωστικών ομάδων της ταξινόμησης όγκων του θυρεοειδούς του ΠΟΥ για το 2022⁴⁶

2.3.1Επιδημιολογία

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες σημειώθηκαν σταθερές, παγκόσμιες αυξήσεις στη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του θυρεοειδούς^{49,50}.

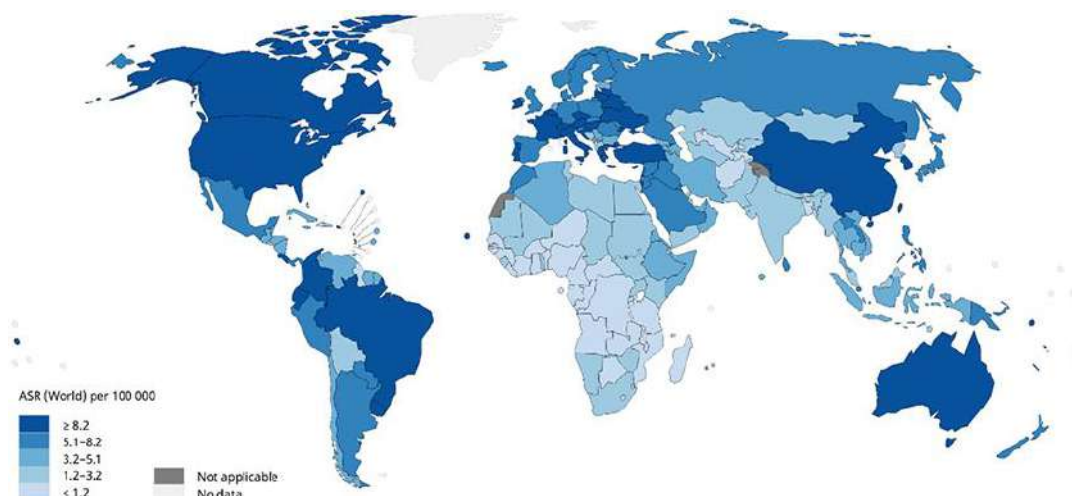
Τα αυξανόμενα ποσοστά επίπτωσης οφείλονται σχεδόν αποκλειστικά στην αυξημένη διάγνωση διαφοροποιημένων καρκίνων του θυρεοειδούς και του θηλώδους καρκίνου ειδικότερα. Τα ποσοστά επίπτωσης για θυλακιώδεις, αναπλαστικούς και μυελικούς καρκίνους του θυρεοειδούς παρέμειναν σχετικά σταθερά τα τελευταία 30 χρόνια. Η διευρυνόμενη χρήση απεικονιστικών τεχνικών, διαδικασιών βιοψίας [π.χ. η αναρρόφηση με λεπτή βελόνα] και η ιατρική παρακολούθηση, μαζί με τη βελτιωμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, έχουν διευκολύνει την ανίχνευση μικρών, υποκλινικών θηλωδών καρκίνων του

θυρεοειδούς⁵¹. Η προκύπτουσα υπερδιάγνωση συνοδεύτηκε πάντα από υπερβολική θεραπεία⁵².

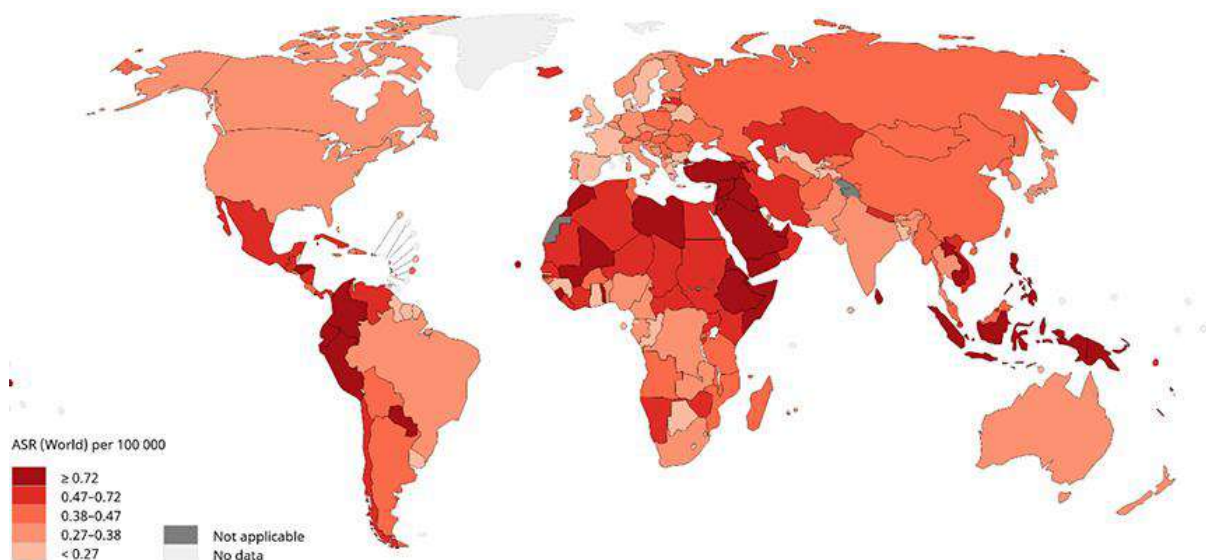
Σύμφωνα με την Ειδική Ομάδα Προληπτικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών, **οι κίνδυνοι** που σχετίζονται με τον προ-συμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του θυρεοειδούς σε ασυμπτωματικούς ενήλικες είναι πιθανό **να υπερβαίνουν τα πιθανά οφέλη** του⁵³. Αυξάνεται, η υποστήριξη επίσης για πιο συντηρητικές, προσαρμοσμένες στον κίνδυνο στρατηγικές για τη διαχείριση του καρκίνου του θυρεοειδούς (συμπεριλαμβανομένης της προσεκτικής αναμονής)^{54,55,56,57}.

2.3.2 Επίπτωση και Θνησιμότητα

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του θυρεοειδούς ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με τη γεωγραφική τοποθεσία (χάρτης 1), ειδικά στις γυναίκες⁵⁸, όπως προαναφέρθηκε ήδη. Γενικά, η υψηλότερη επίπτωση παρατηρείται σε χώρες υψηλότερου εισοδήματος, συμπεριλαμβανομένης της Δημοκρατίας της Κορέας, του Καναδά, της Ιταλίας, της Γαλλίας, του Ισραήλ, της Κροατίας, της Αυστρίας και των ΗΠΑ, καθώς και σε ορισμένες χώρες μεσαίου έως ανώτερου μεσαίου εισοδήματος, όπως η Τουρκία, η Βραζιλία, η Κόστα Ρίκα και η Κίνα^{59,59}. Η συχνότητα εμφάνισης είναι επίσης υψηλή σε ορισμένα νησιωτικά έθνη και εδάφη, όπως η Κύπρος, το Κάβο Βέρντε, η Γαλλική Πολυνησία, η Νέα Καληδονία και το Πουέρτο Ρίκο⁵⁸. Αυτή η διακύμανση πιστεύεται ότι αποδίδεται κυρίως σε γεωγραφικές διαφορές στην πρόσβαση σε πρακτικές περίθαλψης και διάγνωσης, αν και η περιβαλλοντική έκθεση μπορεί επίσης να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο⁶⁰. Σε σύγκριση με τη συχνότητα εμφάνισης, τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του θυρεοειδούς τείνουν να είναι πολύ χαμηλότερα και ποικίλλουν πολύ λιγότερο γεωγραφικά (χάρτης 2).



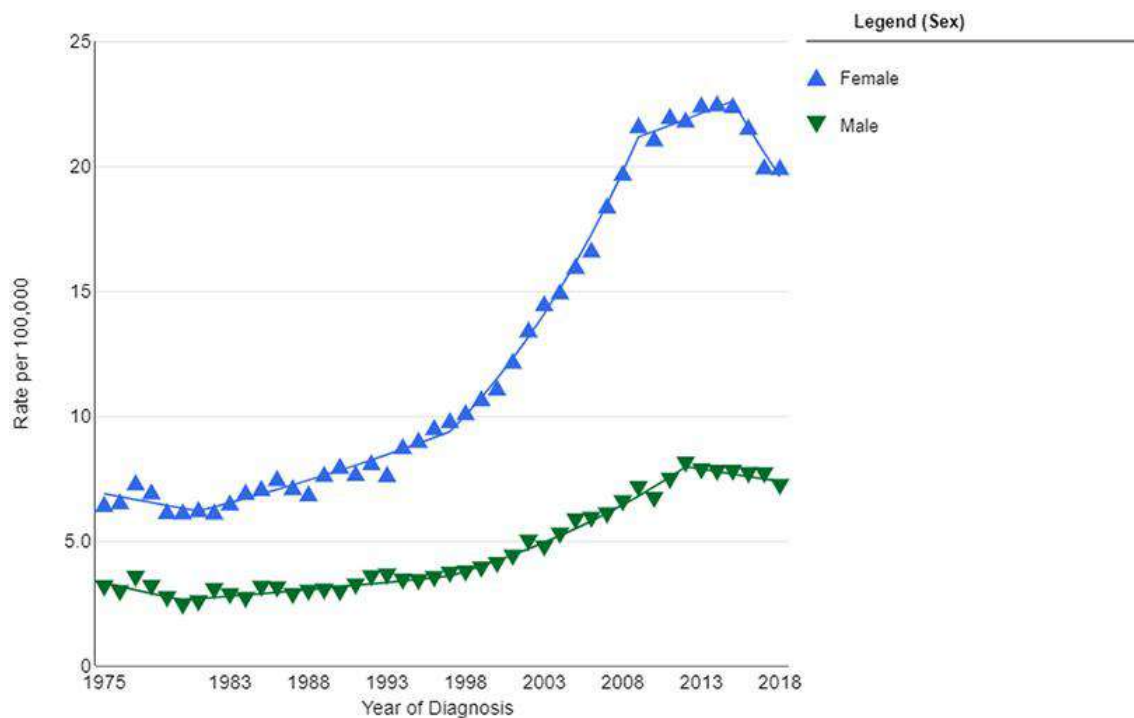
Χάρτης 1: Εκτιμώμενα τυποποιημένα ποσοστά για τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του θυρεοειδούς παγκοσμίως. Πηγή δεδομένων και παραγωγή γραφημάτων: GLOBOCAN 2020, Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.



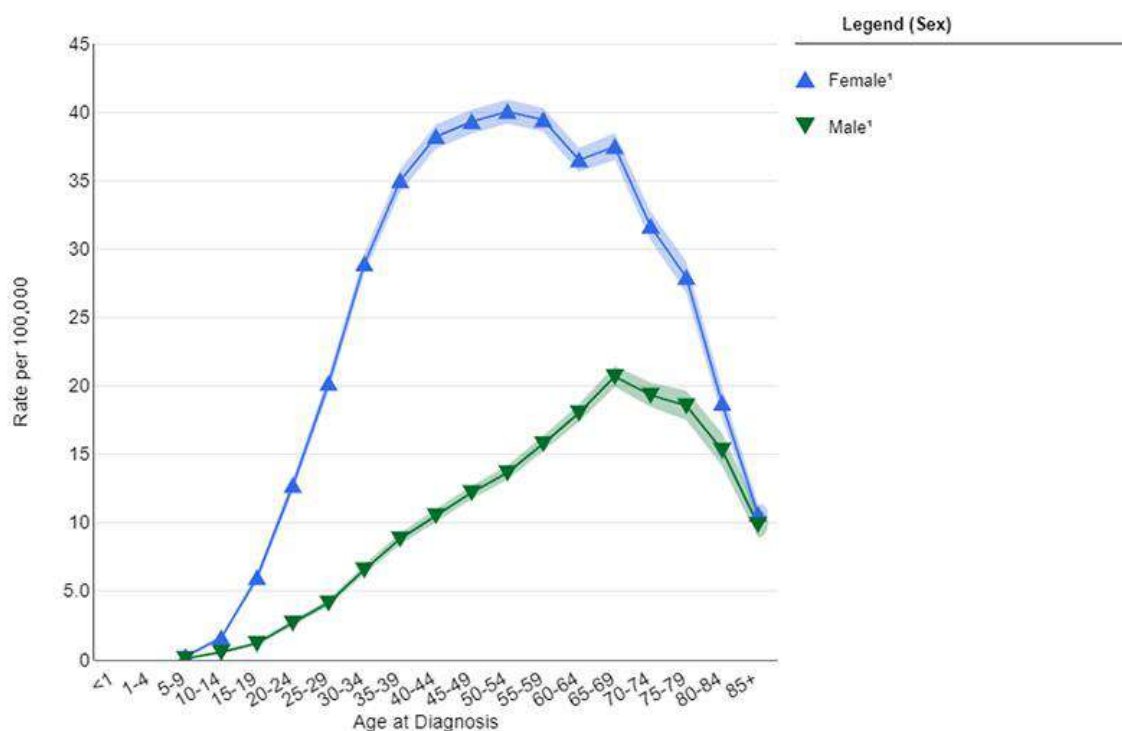
Χάρτης 2: Εκτιμώμενα τυποποιημένα ποσοστά για τη συχνότητα της θνησιμότητας από καρκίνο του θυρεοειδούς παγκοσμίως. Πηγή δεδομένων και παραγωγή γραφημάτων: GLOBOCAN 2020, Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Στις ΗΠΑ, ο καρκίνος του θυρεοειδούς εκτιμάται ότι είναι ο 13^{ος} πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος, αντιπροσωπεύοντας σχεδόν 44.000 νέες διαγνώσεις καρκίνου το 2022 (2,3% του συνόλου) και τον 6^ο πιο συχνά διαγνωσμένο καρκίνο στις γυναίκες⁶¹. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του θυρεοειδούς είναι περίπου τρεις φορές υψηλότερη στις γυναίκες (22,8 ανά 100.000 ετησίως το 2014-2018) από ότι στους άνδρες (8,0 ανά 100.000 ετησίως) (διάγραμμα 1)⁶². Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του θυρεοειδούς αυξάνεται από την εφηβεία έως τη μέση ηλικία, κορυφώνεται περίπου στα 55 έτη στις γυναίκες και στα 65 έτη στους άνδρες και στη συνέχεια μειώνεται με τη μεγαλύτερη ηλικία (διάγραμμα 2)⁶³.

Επί του παρόντος, μία στις 55 γυναίκες στις ΗΠΑ και ένας στους 149 άνδρες στις ΗΠΑ αναμένεται να διαγνωστεί με καρκίνο του θυρεοειδούς κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η θνησιμότητα από καρκίνο του θυρεοειδούς είναι πολύ χαμηλή σε σχέση με τη συχνότητα εμφάνισης (περίπου 0,5 θάνατοι ανά 100.000 ετησίως) με λιγότερες ενδείξεις ανισότητας μεταξύ των φύλων⁵⁸.



Διάγραμμα 1: Επίπτωση καρκίνου του θυρεοειδούς σε άνδρες και γυναίκες στις ΗΠΑ, ανά ημερολογιακό έτος κατά τη διάγνωση (SEER-9, 1975-2018), (όλες οι φυλές). Πηγή δεδομένων και παραγωγή γραφημάτων: SEER, Bethesda, MD⁶³. Οι εκτιμήσεις που βασίζονται σε <16 περιπτώσεις καταστέλλονται.



Διάγραμμα 2: Επίπτωση καρκίνου του θυρεοειδούς σε άνδρες και γυναίκες στις ΗΠΑ, ανά ηλικία κατά τη διάγνωση (SEER-21, 2014-2018), (όλες οι φυλές). Πηγή δεδομένων και παραγωγή γραφημάτων: SEER, Bethesda, MD⁶³. Οι εκτιμήσεις που βασίζονται σε <16 περιπτώσεις καταστέλλονται.

2.3.3 Αιτίες - Παράγοντες Κινδύνου

Ο εντοπισμός πραγματικών αιτιολογικών παραγόντων κινδύνου ήταν μια σημαντική πρόκληση στην επιδημιολογική έρευνα για τον καρκίνο του θυρεοειδούς. Ένα μεγάλο ποσοστό αυτών των όγκων είναι ασυμπτωματικοί και ανιχνεύονται τυχαία, μέσω προληπτικού ελέγχου θυρεοειδούς, απεικόνισης για άσχετους λόγους ή διαγνωστικής εξέτασης καλοηθών καταστάσεων του θυρεοειδούς. Έτσι, ο όρος «παράγοντας κινδύνου» στο πλαίσιο του καρκίνου του θυρεοειδούς μπορεί να σημαίνει οποιοδήποτε χαρακτηριστικό ή έκθεση που αυξάνει την πιθανότητα διάγνωσης καρκίνου του θυρεοειδούς. Όπου είναι δυνατόν, χρησιμοποιούμε τον όρο «αιτιακός παράγοντας κινδύνου» ή «αιτιολογικός παράγοντας» για να δηλώσουμε οποιονδήποτε παράγοντα φαίνεται να πληροί τα περισσότερα ή όλα τα κύρια κριτήρια για την αιτιότητα: χρονικότητα, ισχύς συσχέτισης, συνέπεια, βιολογική κλίση, ειδικότητα, βιολογική αληθοφάνεια, και συνοχή⁶⁴.

Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου είναι αυτοί που μπορούν, θεωρητικά, να αλλάξουν για να αυξήσουν ή να μειώσουν τον κίνδυνο έκβασης του ατόμου (καρκίνος του θυρεοειδούς). Τα στοιχεία σχετικά με τους τροποποιήσιμους (ή δυνητικά τροποποιήσιμους) παράγοντες κινδύνου συνοψίζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Σύνοψη επιδημιολογικών στοιχείων σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του θυρεοειδούς⁶⁴

	Κατεύθυνση Σύνδεσης	Στοιχεία συνέπειας μεταξύ των μελετών και δόσης-απόκρισης	Δυνατότητα μεροληψίας (επιδημιολογικές μελέτες)
Ιοντίζουσα ακτινοβολία	↑ Έκθεση μόνο στην παιδική ηλικία	Συνεπή ευρήματα. ένδειξη δόσης-απόκρισης	Μερική: η έκθεση, εάν είναι γνωστή, μπορεί να σχετίζεται με τον έλεγχο του θυρεοειδούς
Καλοήθεις παθήσεις του θυρεοειδούς	↑ Οζίδια θυρεοειδούς ↑ Βρογχοκήλη ↑ Υπερθυρεοειδισμός–Υποθυρεοειδισμός	Συνεπή ευρήματα. ορισμένες ενδείξεις δόσης-απόκρισης για παραμέτρους λειτουργίας του θυρεοειδούς	Ουσιώδης: καταστάσεις που πιθανώς σχετίζονται με τον έλεγχο του θυρεοειδούς
Διατροφικοί παράγοντες	↑ Ιώδιο (θηλώδης καρκίνος του θυρεοειδούς) ↓ Ιώδιο (θυλακιώδης καρκίνος του θυρεοειδούς) – Λαχανικά ή φρούτα – Κρέας – Καφές ή τσάι	Ασυνεπή ευρήματα. δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις δόσης-απόκρισης (εκτός από ιώδιο και θυλακιώδες καρκίνο του θυρεοειδούς)	Μέτρια (ιώδιο): μπορεί να προκαλέσει σύγχυση σε οικολογικές μελέτες

Μεταβολικοί παράγοντες	↑ Παχυσαρκία/υπερβολική παχυσαρκία – Μεταβολικό σύνδρομο – Διαβήτης Τύπου II – Υπέρταση – Δυσλιπιδαιμία	Συνεπή ευρήματα. ενδείξεις δόσης-απόκρισης (παχυσαρκία/υπερβολική παχυσαρκία)	Μερική: καταστάσεις μπορεί να σχετίζονται με τον έλεγχο του θυρεοειδούς
Αναπαραγωγικοί παράγοντες/στεροειδείς ορμόνες του φύλου	– Ισοτιμία, ηλικία εμμηναρχής, ηλικία εμμηνόπαυσης, χρήση εξωγενών ορμονών ↑ Υστερεκτομή ↑ Υπογονιμότητα	Ασυνεπή ευρήματα. καμία σαφή ένδειξη δόσης-απόκρισης με ορμονικές εκθέσεις	Μέτρια: αναπαραγωγικά συμβάντα ή χρήση ορμονών μπορεί να σχετίζονται με τον έλεγχο του θυρεοειδούς
Περιγεννητικές και ενδομήτριες εκθέσεις	↑ Βάρος γέννησης – Μητρική ή πατρική ηλικία – Χαρακτηριστικά και επιπλοκές εγκυμοσύνης – Μητρικό κάπνισμα ↑ Μητρικές καταστάσεις θυρεοειδούς ↑ Συγγενής υποθυρεοειδισμός	Συνεπή ευρήματα και στοιχεία δόσης-απόκρισης (βάρος γέννησης). Στοιχεία για μητρικές και συγγενείς παθήσεις του θυρεοειδούς βασίζονται σε μία μόνο μελέτη	Μέτρια: μητρικά/πατρικά χαρακτηριστικά και ιατρικές καταστάσεις μπορεί να σχετίζονται με τον έλεγχο του θυρεοειδούς
Κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ	↓	Συνεπή ευρήματα. ένδειξη δόσης-απόκρισης	Μερική: συμπεριφορά μπορεί να σχετίζεται με τον έλεγχο του θυρεοειδούς
Περιβαλλοντικοί Ρύποι	– Επιβραδυντικά φλόγας – Φυτοφάρμακα – – Ηφαιστειακό περιβάλλον/βαρέα μέταλλα	Ασυνεπή ευρήματα. καμία σαφή ένδειξη δόσης-απόκρισης	Μερική: η έκθεση, εάν είναι γνωστή, μπορεί να σχετίζεται με τον έλεγχο του θυρεοειδούς

2.3.4 Διάγνωση και Παθολογία

Η επεξεργασία των Διαγνωστικών Κωδικών Προβλημάτων (DTCs) (συμπεριλαμβανομένων των κακώς διαφοροποιημένων μορφών) περιλαμβάνει προ και μετεγχειρητικές παθολογικές και μοριακές εκτιμήσεις. Προ εγχειρητική παρακέντηση FNA για κυτταρολογικό έλεγχο δεν απαιτείται για οζίδια διαστάσεων 1 cm. Οι αποφάσεις για την αναρρόφηση μεγαλύτερων όζων θα πρέπει να καθοδηγούνται από το μέγεθος της βλάβης και την υπερηχογραφική εμφάνιση⁶⁵. Τα κυτταρολογικά ευρήματα ταξινομούνται σε διαγνωστικές κατηγορίες που σχετίζονται με διαφορετικούς κινδύνους κακοήθειας⁶⁶. Οι περισσότεροι κακοήθεις όγκοι του θυρεοειδούς μπορούν να εντοπιστούν κυτταρολογικά. Αξιοσημείωτες εξαιρέσεις είναι τα Θυλακιώδη Καρκινώματα του Θυρεοειδούς και το πρόσφατα καθορισμένο «μη επεμβατικό θυρεοειδικό νεόπλασμα με θηλώδη πυρηνικά

χαρακτηριστικά» (neoplasm with papillary-like nuclear features -NIFTP), τα οποία συνήθως ταξινομούνται ως ακαθόριστα στα διάφορα σχήματα αναφοράς κυτταρολογίας του θυρεοειδούς⁶⁷.

Η διάγνωση του κακώς διαφοροποιημένου καρκινώματος με βάση η FNA είναι επίσης πρόκληση, εκτός εάν υπάρχει εμφανώς αυξημένη μιτωτική δραστηριότητα και/ή νέκρωση. Η διάγνωση της FNA μπορεί να διευκολυνθεί με αξιολόγηση δεικτών κακοήθειας (συμπεριλαμβανομένων πρωτεϊνών που συνήθως υπερ εκφράζονται σε όγκους, π.χ. HBME1 ή γαλεκτίνη-3) και μοριακών αλλαγών που σχετίζονται ειδικά με κακοήθεια (π.χ. μεταλλάξεις BRAF, συγχωνεύσεις RET, άλλες νέες γονιδιακές αλλοιώσεις). Τα ειδικά σχεδιασμένα πάνελ γονιδίων είναι χρήσιμα για τον εντοπισμό κακοήθειας όταν τα κυτταρολογικά δείγματα είναι μορφολογικά απροσδιόριστα⁶⁸.

Οι εκτομές διαφοροποιημένου καρκίνου του θυρεοειδούς ταξινομούνται ιστολογικά σύμφωνα με τα κριτήρια της ΠΟΥ. Με βάση τα κλινικά στοιχεία της χαμηλής συμπεριφοράς τους κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας παρακολούθησης, οι ενθυλακωμένες μη επεμβατικές παραλλαγές θηλώδους καρκίνου αναφέρονται πλέον ως NIFTP. Αντιπροσωπεύουν έως και το 20% των περιπτώσεων στην Ευρώπη⁶⁹. Η εξάλειψη του όρου «καρκίνωμα» από τον ορισμό αυτής της παραλλαγής θηλώδους καρκίνου υπογραμμίζει την εξαιρετική πρόγνωση του: Το NIFTP σχετίζεται με καμία αναφορά θανάτων που σχετίζονται με καρκίνο και εκτιμώμενο κίνδυνο υποτροπής <1%. Αυτή η νέα οντότητα παρουσιάζει μερική επικάλυψη με την ομάδα όγκων που ορίζονται στην Ευρώπη ως «καλά διαφοροποιημένοι όγκοι αβέβαιου κακοήθους δυναμικού»⁷⁰.

Η διάγνωση του NIFTP απαιτεί μια σχολαστική παθολογική εξέταση του όζου με θυλακιώδες πρότυπο για να αποκλειστεί με βεβαιότητα η παρουσία καψικής εισβολής (ακόμη και μικροσκοπικών) και θηλωδών σχηματισμών. Οι μεταλλάξεις RAS αλλά όχι BRAF χαρακτηρίζουν τα NIFTP. Η σωστή αναγνώριση των NIFTP θα πρέπει να μειώσει την περιττή χρήση ριζικών χειρουργικών επεμβάσεων και την άσκοπη χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου (RAI) μετά την ολοκλήρωση της θυρεοειδεκτομής. Οι στρατηγικές παρακολούθησης NIFTP θα πρέπει να μιμούνται εκείνες των καρκινωμάτων πολύ χαμηλού κινδύνου. Υπάρχουν πολλές άλλες παραλλαγές PTC, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων που είναι ιδιαίτερα επιθετικές και σχετίζονται με υψηλότερα στάδια όγκου και λεμφαδενικές μεταστάσεις κατά τη διάγνωση^{71,72}.

Ο ΠΟΥ συνιστά επί του παρόντος να αναφέρονται οι FTC ως «ελάχιστα επεμβατικές» όταν υπάρχει καψική διείσδυση χωρίς αγγειακή συμμετοχή (μια κατάσταση που σχετίζεται με εξαιρετικά καλή πρόγνωση). Οι όροι «αγγειοδιηθητικό» και «ευρέως διηθητικό» θα πρέπει να

προορίζονται για θυλακιώδεις καρκίνους με νεοπλασματικές εμβολές που περιλαμβάνουν <4 ή 4 αιμοφόρα αγγεία, αντίστοιχα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για κακώς διαφοροποιημένα καρκινώματα παραμένουν αμφιλεγόμενα. Μια συναινετική διάσκεψη το 2006 έδωσε την πρόταση του Τορίνο⁷³, η οποία περιορίζει αυτή τη διάγνωση σε διηθητικούς όγκους με σχήμα συμπαγούς/δοκιδωτής/νησιωτικής ανάπτυξης συν τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

- μιτωτικός δείκτης 3 ανά 10 πεδία υψηλής ισχύος
- νέκρωση
- περιελιγμένοι πυρήνες (ελαφρώς μικρότεροι και πιο σκούροι από αυτούς που παρατηρούνται συνήθως στο θηλώδη καρκίνο, με ακανόνιστα περιγράμματα).

Αυτός ο ορισμός οριοθετεί μια κατηγορία καρκίνου του θυρεοειδούς που συμπεριφέρονται επιθετικά ενώ διατηρούν κάποιο βαθμό λειτουργικής διαφοροποίησης [π.χ. παραγωγή θυρεοσφαιρίνης (Tg)].

2.3.5 Χειρουργική Αντιμετώπιση

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του θυρεοειδούς παραδοσιακά γίνεται μέσω διατραχηλικής τομής. Μια τομή στην περιοχή του τραχήλου δίνει στον χειρουργό άμεση πρόσβαση στον θυρεοειδή και επιτρέπει την αναγνώριση και παρασκευή του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου, των αγγείων και των παραθυρεοειδών αδένων. Καθώς η κατανόησή για τον καρκίνο του θυρεοειδούς μεγαλώνει, αυξάνονται και οι χειρουργικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του φάσματος της νόσου. Μετά από δεκαετίες χειρουργικής αφαίρεσης ολόκληρου του θυρεοειδούς για όλους τους καρκίνους που είναι μεγαλύτεροι από 1 cm, ακολουθείται μια πιο λεπτή προσέγγιση. Παράλληλα με τη συνειδητοποίηση ότι ο καλώς διαφοροποιημένος καρκίνος του θυρεοειδούς χαμηλού κινδύνου συμπεριφέρεται διαφορετικά από το καρκίνωμα υψηλού κινδύνου, έχουν αναπτυχθεί καινοτόμες τεχνικές για την ελαχιστοποίηση μιας δερματικής ουλής ή για τη στόχευση μικρών καρκίνων απευθείας χωρίς αφαίρεση του αδένα⁷⁴.

Αυτές οι καινοτομίες παρέχουν πλεονεκτήματα, ωστόσο συνδέονται επίσης με αρκετές προκλήσεις και μπορούν να γίνουν μόνο σε ορισμένες κλινικές καταστάσεις. Με την ανάπτυξη των ενδοσκοπικών διαδικασιών, η δια-στοματική θυρεοειδεκτομή έχει γίνει δημοφιλής για την αποφυγή μιας ουλής στον αυχένα και για την πρόσβασή της στη μέση γραμμή στον θυρεοειδή^{75,76,77,78,79,80}. Περαιτέρω εξελίξεις οδήγησαν στη ρομποτική χειρουργική ως μια πιο δαπανηρή εναλλακτική λύση απομακρυσμένης πρόσβασης που

προσφέρει έλεγχο χωρίς επιπλοκές στα όργανα και μια τρισδιάστατη μεγεθυμένη άποψη του χειρουργικού πεδίου^{81,82}.

Οι πραγματικές ελάχιστα επεμβατικές διαδικασίες καθοδηγούμενες από υπερήχους, όπως η θερμική αφαίρεση, μειώνουν τους κινδύνους υποθυρεοειδισμού μετά τη θεραπεία. Με όλες αυτές τις προσεγγίσεις, η επιλογή ασθενών είναι το κλειδί. Όταν θεραπεύεται ο καρκίνος του θυρεοειδούς, τα πιο αξιόπιστα δεδομένα υποστηρίζουν την προσφορά αυτών των θεραπειών κυρίως σε ασθενείς που θα ήταν κατάλληλοι για πρωτόκολλα ενεργητικής επιτήρησης, όπως ασθενείς με καλά διαφοροποιημένα καρκινώματα θυρεοειδούς που είναι μικρότερα από 1,5 cm–2 cm^{83,84,85}.

Το σύνολο των εργαλείων που διαθέτουν οι χειρουργοί ενδοκρινών στο οπλοστάσιο τους συνεχίζει να αυξάνεται καθώς η απομακρυσμένη πρόσβαση πλησιάζει και η ελάχιστα επεμβατική θερμική αφαίρεση εξαπλώνεται στη Βόρεια Αμερική από την Ευρώπη και την Ασία⁷⁴.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία - Σχεδιασμός της Μελέτης

Στην παρούσα κλινική μελέτη και σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο ,συμμετέχουν ασθενείς της Πανεπιστημιακής ΩΡΛ κλινικής του ΠΝΑ, έχουν οριστεί κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού καθώς και η περίοδος παρακολούθησης αυτών που ορίζεται το διάστημα του ενός έτους και συγκεκριμένα θα δοθεί το ερωτηματολόγιο σε συνέντευξη πριν το χειρουργείο, 3 μήνες μετά το χειρουργείο,6 μήνες μετά το χειρουργείο και 12 μήνες μετά το χειρουργείο.

Όλοι οι συμμετέχοντες ασθενείς, 118 των αριθμό, ήταν σε παρακολούθηση από ειδικούς Ωτορινολαρυγγολόγους ,στα πρωινά και απογευματινά ιατρεία της κλινικής (οι οποίοι ιατροί είχαν ευγενικά συμφωνήσει να με ενημερώνουν για την ύπαρξη ασθενών τους που πληρούνε τα κριτήρια ένταξης στην μελέτη). Χειρουργήθηκαν από τον Ιανουάριο του 2019 μέχρι και τον Μάιο του 2022. Η μελέτη ολοκληρώθηκε τον Μάιο του 2023 όπου και συμπλήρωσαν το έτος παρακολούθησής τους οι τελευταίοι συμμετέχοντες μας. Επιτυχώς ολοκλήρωσαν οι 100 ασθενείς / συμμετέχοντες.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε ήταν το QoL /Thyroid Version το οποίο έχει σχεδιαστεί από την Αμερικανίδα Betty R. Ferrell το 2000, υπάρχει οδηγία για ελεύθερη χρήση και είναι κοινό και για τις 4 φάσεις της μελέτης. Αρχικά μεταφράστηκε ανεξάρτητα από δύο (2) Έλληνες ιθαγενείς μεταφραστές από τα αγγλικά στα Ελληνικά και ακολούθως πάλι ανεξάρτητα από δύο (2) αλλοδαπούς Εγγλέζους ιθαγενείς μεταφραστές από τα Ελληνικά στα Αγγλικά. Το ερωτηματολόγιο δίδονταν με την συνέντευξη και μόνο όταν υπήρχε η συγκατάθεση του ασθενούς για συμμετοχή στην μελέτη είτε με την διάγνωση της κακοήθειας στο ιατρείο , είτε κατά την προσέλευση για τον προ εγχειρητικό έλεγχο τους, στο Νοσοκομείο

Σε κάθε περίπτωση ενημέρωνα τους ασθενείς πολ αναλυτικά για τον σκοπό που εξυπηρετεί αυτή η μελέτη, για την ύπαρξη σχετικής άδειας από το πανεπιστήμιό και το νοσοκομείο (ορισμένοι ζητούσαν να την διαβάσουν για αυτό και την είχα πάντα διαθέσιμη), για την πλήρη ανωνυμία τους ,για την τήρηση του ιατρικού απορρήτου, για τι καλούνται να κάνουν ως συμμετέχοντες, για την δυνατότητα αποχώρησης τους όποτε νοιώσουν αυτοί την ανάγκη και δίχως να οφείλουν καμία εξήγηση. .

Αν και μετά την συνέντευξη , υπήρχε η θέληση για συμμετοχή στην μελέτη, συμπληρώναμε το πρώτο (1^ο) ερωτηματολόγιο μαζί- αν δεν το είχαν ήδη συμπληρωμένο. Επόμενο βήμα ήταν να τους ενημερώσω (και να παραδώσω άμεσα αν το επιθυμούσαν)και για τα υπόλοιπα τρία ερωτηματολόγια, με αρίθμηση και χρονικό/ημερολογιακό προσδιορισμό , αφού με δεδομένη την ημερομηνία της επέμβασης τους, μπορούσε να γίνει ένας προγραμματισμός πότε είναι το 3μηνο ,6μηνο και το 12μηνο. Γινόταν δε πάντα η αναφορά, για να μην αγχώνονται, πως θα κρατώ και εγώ ανάλογο υλικό σε αρχείο για την περίπτωση που ξεχαστεί να συμπληρωθεί ή χαθεί /καταστραφεί και ότι θα επικοινωνήσω μαζί τους το εν λόγω διάστημα για υπενθύμιση συμπλήρωσης και αν τότε κάτι πιθανόν τους δυσκολεύει θα πράξουμε αναλόγως. Καθορίζαμε τους τρόπους επικοινωνίας ,δίδοντάς τους την επιλογή να τους ορίσουν αυτοί , καθώς και τον τρόπο και τόπο των συναντήσεων μας . Η πλειοψηφία επέλεξε την τηλεφωνική επικοινωνία και λίγοι (νεότεροι ηλικιακά) μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Ως τόπος συναντήσεων ορίστηκε από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων το Νοσοκομείο και σε συνέχεια κάποιους ουδέτερους χώρους (πλην όμως της οικίας τους) .Υπήρχαν και ένας αριθμός ασθενών που ζούσαν σε άλλη πόλη ,αυτοί επέλεξαν και συνδύαζαν μια επίσκεψή τους στην πόλη μας(σε κάποια υπηρεσία ή στο εμπορικό κέντρο κλπ.) με την συμπλήρωση /παράδοση του ερωτηματολογίου ή αν αυτό δεν βόλεψε (σπάνια, ομολογουμένως) η συνάντηση γίνονταν με δική μου επίσκεψη στην δική τους πόλη .

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρω ότι ένα μεγάλο χρονικά τμήμα αυτής της μελέτης συνέπλευσε με την περίοδο της Πανδημίας(covid-19), με τον Κορονοϊό σε έξαρση, τον περιορισμό μετακινήσεων και τις τόσες οδηγίες που όριζαν γενικά τις διαπροσωπικές επαφές μας. Σε αυτό το πλαίσιο λογικό ήτανε πολλοί συμμετέχοντες να αρνούσαν να έχουν οποιαδήποτε φυσική επαφή μαζί μου (ως εργαζομένη σε Δημόσιο Νοσοκομείο). Η ανέπαφη επικοινωνία ήτανε μονόδρομος, είτε με τηλεφωνική συνομιλία όπου τους διάβαζα και συμπλήωνα υπομονετικά τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο , είτε με την αποστολή τους μέσω φωτογραφίας (SMS,Viber,Messenger κλπ.)ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, όταν είχανε ήδη συμπληρώσει την σχετική φόρμα. Με τον μεγαλύτερο αριθμό των ασθενών είχε αναπτυχθεί μια σχέση οικειότητας-εμπιστοσύνης, γεγονός που λειτούργησε θετικά ,στη διαχείριση αυτού του πραγματικά δύσκολου διαστήματος. Υπήρξανε πάραυτα απώλειες και 9 ασθενείς μας επέλεξαν να αποχωρήσουν, από την μελέτη, την περίοδο αυτή.

Κριτήρια ένταξης στην ομάδα μελέτης:

- 1) Ασθενείς με καλά διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς που θα υποβληθούν σε θυρεοειδεκτομή με ή χωρίς κεντρικό λεμφαδενικό καθαρισμό
- 2) Ηλικία: 18 με 80 ετών
- 3) Χωρίς ιστορικό άλλης πρόσφατης κακοηθείας.

Κριτήρια αποκλεισμού:

- 1) Προηγηθείσα επέμβαση στον τράχηλο, συμπεριλαμβανομένης της χειρουργικής επέμβασης του θυρεοειδούς
- 2) Άλλοι τύποι καρκίνου θυρεοειδούς
- 3) Ιστορικό με σοβαρό καρδιολογικό πρόβλημα.

Το ερωτηματολόγιο T-QoL που μοιράστηκε περιέχει 30 στοιχεία με 4 διαστάσεις:

- Φυσική Ευεξία (τμήμα 1-2)
- Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας (τμήμα 3-15)
- Κοινωνικότητα (τμήμα 16-23) και
- Πνευματική Ευεξία (τμήμα 24-30).

Κάθε στοιχείο βαθμολογείται σε κλίμακα δέκα σημείων, με το 0 να αντιπροσωπεύει την χειρότερη δυνατή ποιότητα και το 10 την καλύτερη δυνατή τιμή ποιότητας ζωής. Οι βαθμολογίες θα αντιστραφούν για τα αρνητικώς διατυπωμένα στοιχεία (τμήματα 1,3,10-23 και 27) και συνεπώς υψηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Επειδή το στοιχείο 12 (12 b-g) μπορεί να απαντηθεί μόνο μετεγχειρητικά, θα αποκλειστεί από την ανάλυση του πρώτου ερωτηματολογίου (προ χειρουργείου).

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε στην ομάδα μελέτης προ εγχειρητικά και στους 3 μήνες, στους 6 μήνες και στους 12 μήνες μετεγχειρητικά.

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS-23 και τις μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής ανάλυσης. Για την περιγραφική ανάλυση παρουσιάστηκαν οι συχνότητες και τα ποσοστά των ποιοτικών μεταβλητών ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές δόθηκαν μέσες τιμές (τυπικές αποκλίσεις) και οι ελάχιστες και μέγιστες τιμές. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των παραγόντων της έρευνας έγινε χρήση του ελέγχου Cronbach's Alpha. Όσον αφορά την επαγωγική ανάλυση και τη διερεύνηση των συσχετίσεων πραγματοποιήθηκε πρωτίστως έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov – Smirnov με σκοπό τη διερεύνηση της κανονικότητας των παραγόντων για το δείγμα της παρούσας έρευνας και εν συνεχεία εφαρμόστηκαν οι έλεγχοι Spearman (rho) και Mann-Whitney. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%.

2. Αποτελέσματα

2.1 Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 100 ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν σε χειρουργείο για καρκίνο του θυρεοειδούς. Από τους ασθενείς η πλειοψηφία με 63% ήταν γυναίκες και 37% άντρες. Η μέση ηλικία του δείγματος ανέρχεται στα 51,24 έτη (τυπική απόκλιση=15,33) και εύρος τιμών από 18 έως 80 ετών.

2.2 Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/ Θυρεοειδής Αδένας πριν το Χειρουργείο

Ο πίνακας 6 καταγράφει τα ευρήματα της Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας των ασθενών πριν από το χειρουργείο. Ο έλεγχος αξιοπιστίας πραγματοποιήθηκε με τον δείκτη Cronbach's α τιμές του οποίου $>0,700$ υποδηλώνουν πολύ καλή αξιοπιστία των επιμέρους ερωτήσεων που απαρτίζουν τον παράγοντα. Προ εγχειρητικά οι παράγοντες όλοι καταγράφουν πολύ καλή αξιοπιστία για το δείγμα της έρευνας πλην της Πνευματικής Ευεξίας που έχει καλή αξιοπιστία. Τα υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής για τους ασθενείς εμφανίζονται στους παράγοντες Φυσική Ευεξία (7,83) και Κοινωνικότητα (7,11) ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα παρουσιάζονται στις διαστάσεις Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας (5,69) και Πνευματική Ευεξία (4,87).

Πίνακας 6: Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής /Θυρεοειδής Αδένας πριν το Χειρουργείο

QOL- THYROID	Cronbach's α	mean $\pm$ st.dev.	min.-max.
Φυσική Ευεξία	0,859	7,83 $\pm$ 1,26	2,69-10
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	0,854	5,69 $\pm$ 1,17	2,19-8,88
Κοινωνικότητα	0,887	7,11 $\pm$ 1,37	2,14 - 9,29
Πνευματική Ευεξία	0,665	4,87 $\pm$ 1,24	2,86 – 8,57
Σύνολο Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα	0,894	6,53 $\pm$ 0,90	3,14 – 8,34

2.2 Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας 3 μήνες μετά το Χειρουργείο

Πίνακας 7: Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας 3 μήνες μετά το Χειρουργείο

QOL- THYROID	Cronbach's α	mean $\pm$ st.dev.	min.-max.
Φυσική Ευεξία	0,827	8,18 $\pm$ 0,77	4,23 – 9,62
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	0,713	6,66 $\pm$ 0,67	3,59 – 7,95
Κοινωνικότητα	0,846	7,43 $\pm$ 0,79	3,86 – 8,71
Πνευματική Ευεξία	0,687	4,59 $\pm$ 0,85	2,86 – 7,14
Σύνολο Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα	0,806	6,95 $\pm$ 0,47	4,80 – 7,84

Ο πίνακας 7 αποτυπώνει τα αποτελέσματα της Ποιότητας Ζωής /Θυρεοειδής Αδένας για τους ασθενείς του δείγματος 3 μήνες μετά το χειρουργείο. Κι εδώ έγινε χρήση του ελέγχου Cronbach's α για τον έλεγχο της αξιοπιστίας. Κι στην φάση αυτή όλοι οι παράγοντες εμφανίζουν πολύ καλή αξιοπιστία πέρα της Πνευματικής Ευεξίας που έχει απλά καλή αξιοπιστία των επιμέρους ερωτήσεων. Τα υψηλότερα επίπεδα παρουσιάζουν οι διαστάσεις Φυσική Ευεξία (8,18) και Κοινωνικότητα (7,43) ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα δίνουν οι παράγοντες Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας (6,66) και Πνευματική Ευεξία (4,59).

2.3 Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας 6 μήνες μετά το Χειρουργείο

Πίνακας 8: Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας / Θυρεοειδής Αδένας 6 μήνες μετά το Χειρουργείο

QOL- THYROID	Cronbach's α	mean$\pm$st.dev.	min.-max.
Φυσική Ευεξία	0,859	8,36 $\pm$ 0,66	6,15 – 9,92
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	0,784	6,94 $\pm$ 0,57	4,82 – 8,36
Κοινωνικότητα	0,705	7,67 $\pm$ 0,47	6,64 – 8,57
Πνευματική Ευεξία	0,754	4,49 $\pm$ 0,87	3,14 – 6,71
Σύνολο Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα	0,838	7,14 $\pm$ 0,39	5,71 – 7,79

Η ανάλυση των ευρημάτων για την Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας για τους ασθενείς του δείγματος 6 μήνες μετά το χειρουργείο δίνονται στον πίνακα 8. Ο έλεγχος αξιοπιστίας απέδωσε πολύ καλή αξιοπιστία και συνοχή των επιμέρους ερωτήσεων της κλίμακας για όλους τους παράγοντες. Και στην συγκεκριμένη φάση τα υψηλότερα επίπεδα καταγράφουν οι παράγοντες Φυσική Ευεξία (8,36) και Κοινωνικότητα (7,67) ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα για τους ασθενείς εμφανίζονται στον παράγοντα Πνευματική Ευεξία (4,49).

2.4 Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής/ Θυρεοειδής Αδένας 12 μήνες μετά το Χειρουργείο

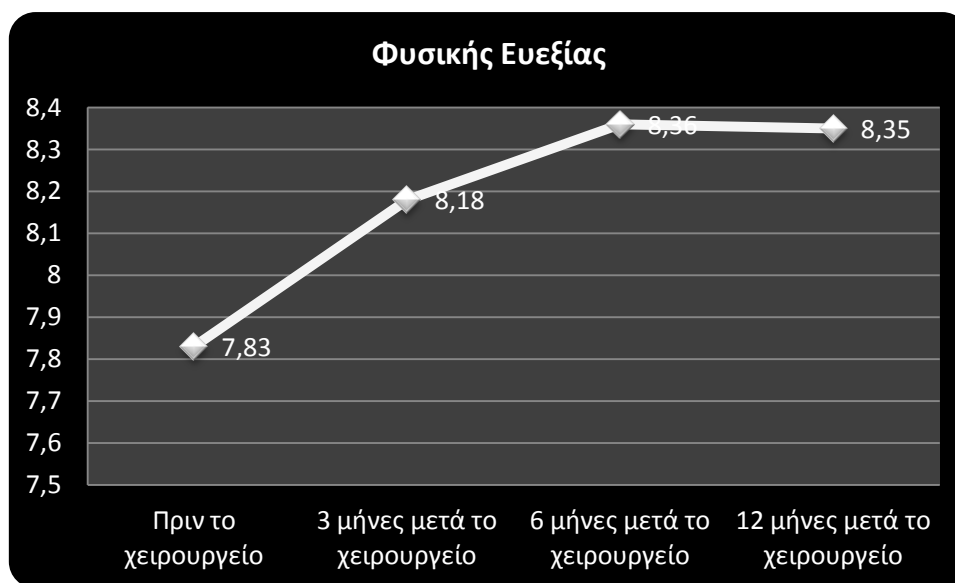
Πίνακας 9: Ανάλυση Ευρημάτων Κλίμακας Ποιότητας Ζωής / θυρεοειδής αδένας ,12 μήνες μετά το Χειρουργείο

QOL- THYROID	Cronbach's α	mean$\pm$st.dev.	min.-max.
Φυσική Ευεξία	0,775	8,35 $\pm$ 0,49	6,85 – 9,85
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	0,714	7,22 $\pm$ 0,44	4,82 – 8,36
Κοινωνικότητα	0,616	7,77 $\pm$ 0,39	6,93 – 8,93
Πνευματική Ευεξία	0,665	4,28 $\pm$ 0,70	2,86 – 6,71
Σύνολο Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα	0,717	7,25 $\pm$ 0,29	6,43 – 8,11

Ο πίνακας 9 δίνει τα αποτελέσματα της ανάλυσης για την κλίμακα της Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας 12 μήνες μετά το Χειρουργείο. Ο έλεγχος αξιοπιστίας εδώ απέδωσε πολύ καλή αξιοπιστία για όλους τους παράγοντες πλην των Κοινωνικών Ανησυχιών και της Πνευματικής Ευεξίας οι οποίοι καταγράφουν απλά καλή αξιοπιστία και συνοχή στις επιμέρους ερωτήσεις που απαρτίζουν την εκάστοτε διάσταση.

2.5 Μεταβολή Ποιότητας Ζωής/ Θυρεοειδής Αδένας

2.5.1 Φυσική Ευεξία

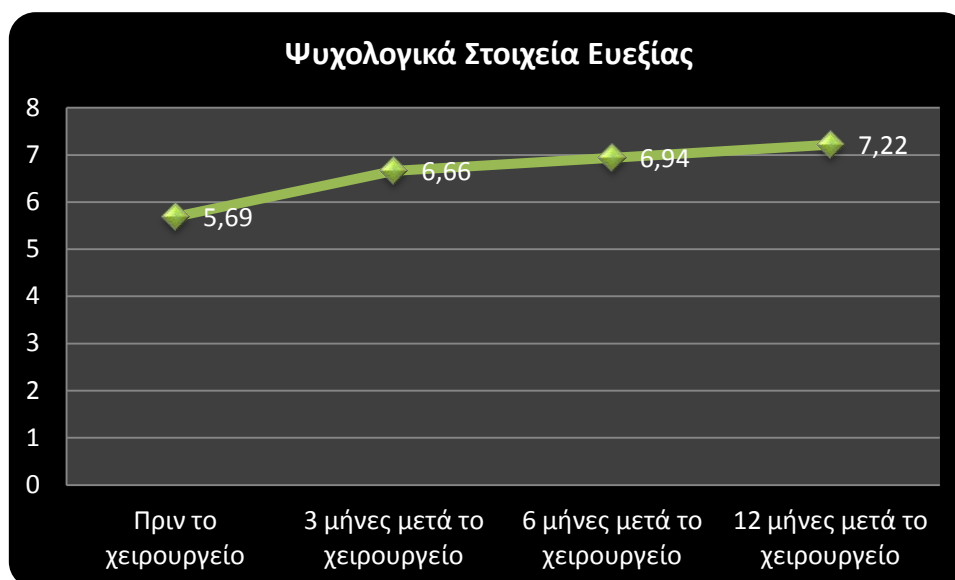


Διάγραμμα 3: Μεταβολή Φυσικής Ευεξίας

Εξετάζοντας τις μεταβολές στα επίπεδα της Φυσικής Ευεξίας για το δείγμα των ασθενών της έρευνας (διάγραμμα 3) διαπιστώνεται ότι υπάρχει αύξηση στα επίπεδα της φυσικής υγείας των ασθενών 3 μήνες μετά το χειρουργείο, και συνεχίζει να αυξάνεται 6 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Στον ένα χρόνο μετά το χειρουργείο καταγράφεται μικρή πτώση της τάξης του (0,01) που δεν θεωρείται ότι έχει σημαντική επίδραση. Συνοπτικά, η φυσική υγεία των ασθενών κρίνεται ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα με την πάροδο του ενός έτους.

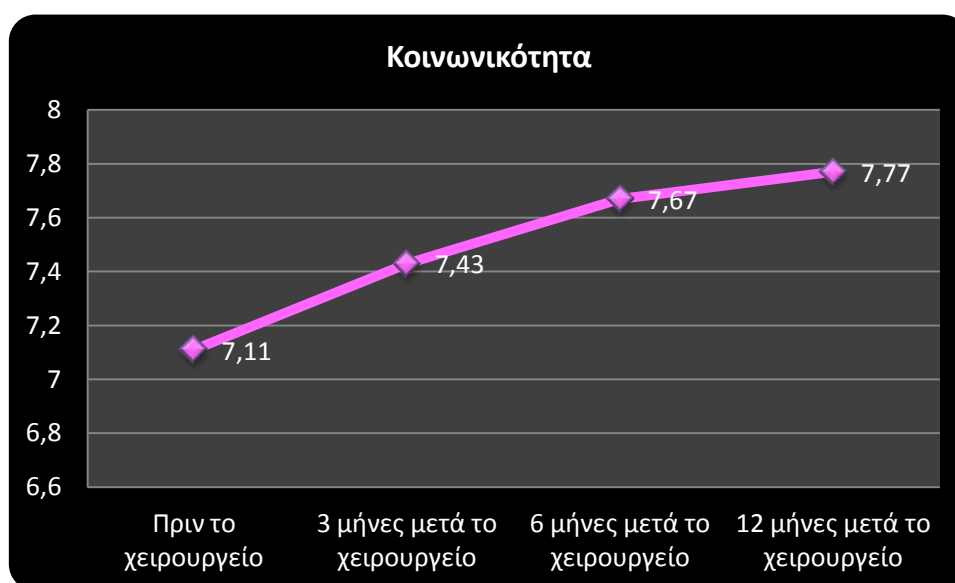
2.5.2 Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας

Το διάγραμμα 4 καταγράφει τη μεταβολή των επιπέδων για τα Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας. Κι εδώ αποτυπώνεται σταθερή και αυξητική τάση μετά το χειρουργείο φτάνοντας στο έτος, στο 7,22 από 5,69 που ήταν η τιμή των ασθενών προ χειρουργείου (διάγραμμα 4).



Διάγραμμα 4: Μεταβολή επιπέδων των Ψυχολογικών Στοιχείων Ευεξίας

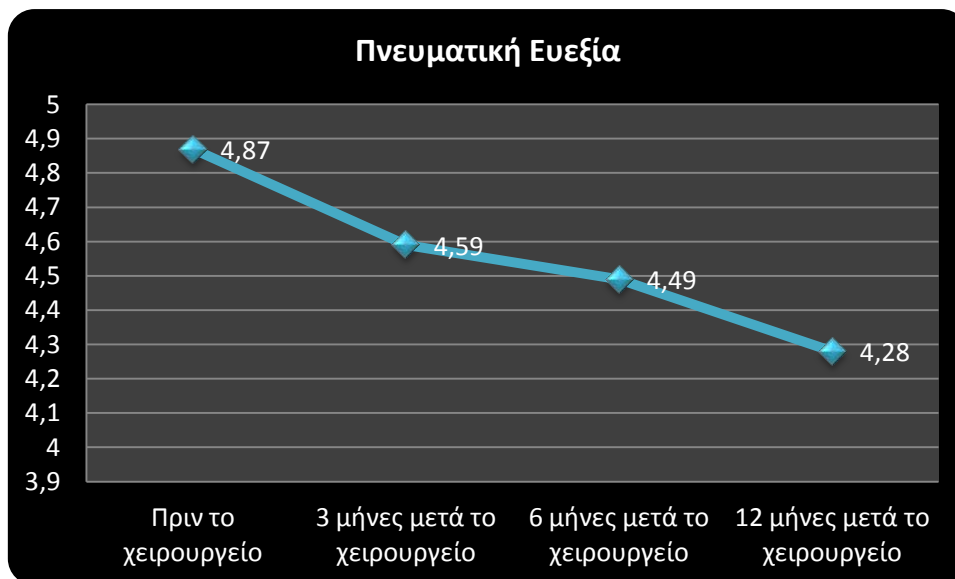
2.5.3 Κοινωνικότητα



Διάγραμμα 5: Μεταβολή Κοινωνικότητας

Το διάγραμμα 5 αποτυπώνει τη μεταβολή επιπέδου της ποιότητας ζωής της κοινωνικότητας. Παρατηρείται αύξηση του επιπέδου από 7,11 σε 7,77 μέσα σε ένα έτος της τάξης του 0,66 (διάγραμμα 5).

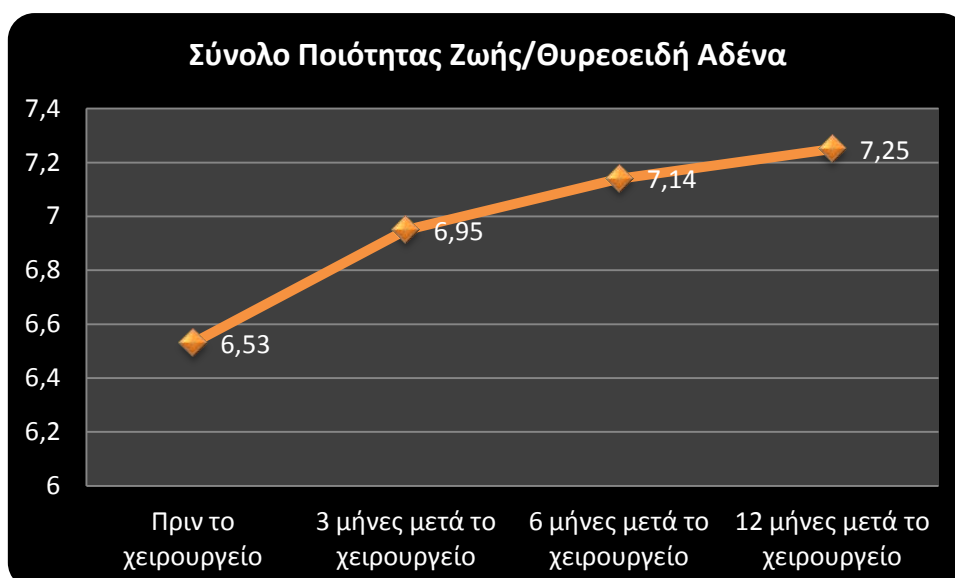
2.5.4 Πνευματική Ευεξία



Διάγραμμα 6: Μεταβολή Πνευματικής Ευεξίας

Η πνευματική ευεξία εν αντιθέσει με τους άλλους τρεις παράγοντες καταγράφει πτώση με την πάροδο του ενός έτους από το χειρουργείο και συγκεκριμένα από 4,87 φτάνει στο 4,28 σημειώνοντας πτώση 0,59 (διάγραμμα 6). Ο παράγοντας Πνευματική Ευεξία καταγράφει από την πρώτη στιγμή πολύ χαμηλά επίπεδα κατώτερα από το 5 που αντιστοιχεί στη μέση τιμή και αυτό ίσως συνάδει με την περίοδο πανδημίας όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα όπου οι άνθρωποι είχαν να αντιμετωπίσουν τον εγκλεισμό και τις επιπτώσεις του κορονοϊού γεγονός που έφερε σημαντικές συνέπειες στην πνευματική τους ευεξία.

2.5.5 Σύνολο



Διάγραμμα 7: Μεταβολή Συνόλου Ποιότητας Ζωής(T QoL)

Στο σύνολό της η ποιότητας ζωής των ασθενών καταγράφει αύξηση από 6,53 σε 7,25 υποδεικνύοντας ότι η φυσική υγεία, η ψυχολογική υγεία και η κοινωνική ζωή καλυτέρεψε μετά το χειρουργείο και σε πάροδο ενός έτους (διάγραμμα 7).

2.6 Συσχετίσεις

2.6.1 Πριν το Χειρουργείο

Πίνακας 10: Συσχετίσεις μεταξύ των Παραγόντων Ποιότητας Ζωής/ θυρεοειδής αδένας πριν το χειρουργείο

		Φυσική Ευεξία	Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	Κοινωνικότητα	Πνευματική Ευεξία
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	rho	0,489**			
	p	<0,001			
Κοινωνικότητα	rho	0,470**	0,473**		
	p	<0,001	<0,001		
Πνευματική Ευεξία	rho	-0,201*	0,032	-0,136	
	p	0,045	0,750	0,179	
Σύνολο	rho	0,716**	0,822**	0,745**	0,064
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,530

Ελέγχοντας τις συσχετίσεις που προέκυψαν για τους παράγοντες της έρευνας για την καταγραφή πριν από το χειρουργείο (πίνακας 10) διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες Φυσική Ευεξία, Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας, Κοινωνικότητα και το Σύνολο της Ποιότητας Ζωής (T QoL) εμφανίζουν θετικές συσχετίσεις μεταξύ τους υποδηλώνοντας ότι αύξηση του επιπέδου στην μία διάσταση συνεπάγεται αντίστοιχη αύξηση του επιπέδου για την άλλη διάσταση. Μόνο η Φυσική Ευεξία με την Πνευματική Ευεξία καταγράφουν αρνητική συσχέτιση υποδεικνύοντας ότι αύξηση του επιπέδου Φυσικής Ευεξίας είχε σαν αποτέλεσμα μείωση στα επίπεδα Πνευματικής Ευεξίας για τους ασθενείς του δείγματος πριν από τη χειρουργική επέμβαση.

Πίνακας 11: Επίδραση της Ηλικίας τους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής/ θυρεοειδής αδένας , πριν το Χειρουργείο

		Ηλικία
Φυσική Ευεξία	rho	0,090
	p	0,372
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	rho	-0,005
	p	0,962
Κοινωνικότητα	rho	0,404**
	p	<0,001
Πνευματική Ευεξία	rho	-0,173
	p	0,086
Σύνολο	rho	0,105
	p	0,298

Η μεταβλητή της ηλικίας φαίνεται να επηρεάζει τα επίπεδα των Κοινωνικών ανησυχιών ($p < 0,001$) καταγράφοντας θετική συσχέτιση (πίνακας 11). Ειδικότερα, οι πιο μεγάλοι ηλικιακά φαίνεται να εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα κοινωνικότητας.

Πίνακας 12: Επίδραση του Φύλου στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής / θυρεοειδής αδένας πριν το Χειρουργείο

	Φύλο		P value
	Άντρας	Γυναίκα	
Φυσική Ευεξία	<u>8,38</u>	7,92	0,007
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	<u>6,06</u>	5,43	0,002
Κοινωνικότητα	<u>7,64</u>	7,42	0,037
Πνευματική Ευεξία	4,28	4,57	0,333
Σύνολο Ποιότητας Ζωής	<u>6,84</u>	6,52	0,011

Το φύλο επιδρά στα επίπεδα Φυσικής Ευεξίας ($p=0,007$), Ψυχολογικών Στοιχείων Ευεξίας ($p=0,002$), Κοινωνικών Ανησυχιών ($p=0,037$) και συνόλου Ποιότητας Ζωής (T QoL) ($p=0,011$) πριν από την πραγματοποίηση του χειρουργείου και συγκεκριμένα οι άντρες του δείγματος εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα έναντι των γυναικών.

2.6.2 3 Μήνες μετά το Χειρουργείο

Πίνακας 13: Συσχετίσεις μεταξύ των Παραγόντων Ποιότητας Ζωής /θυρεοειδής αδένας 3 μήνες μετά το χειρουργείο

		Φυσική Ευεξία	Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	Κοινωνικότητα	Πνευματική Ευεξία
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	rho	0,277**			
	p	0,005			
Κοινωνικότητα	rho	-0,020	0,263**		
	p	0,842	0,008		
Πνευματική Ευεξία	rho	-0,142	-0,041	-0,238*	
	p	0,159	0,685	0,017	
Σύνολο	rho	0,488**	0,820**	0,546**	0,046
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,650

Διερευνώντας τις συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων 3 μήνες μετά από το χειρουργείο (πίνακας 13) διαπιστώνονται θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στους παράγοντες Φυσική Ευεξία, Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας και σύνολο Ποιότητας Ζωής (T QoL). Καταγράφεται επίσης μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις Κοινωνικότητα και την Πνευματική Ευεξία.

Πίνακας 14: Επίδραση της Ηλικίας τους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής / θυρεοειδής αδένας 3 μήνες μετά το χειρουργείο

		Ηλικία
Φυσική Ευεξία	rho	0,325**
	p	0,001
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	rho	-0,041
	p	0,687
Κοινωνικότητα	rho	0,537**
	p	<0,001
Πνευματική Ευεξία	rho	-0,109
	p	0,281
Σύνολο	rho	0,095
	p	0,350

Ο πίνακας 14 αποδίδει τα αποτελέσματα της ηλικίας στους παράγοντες της έρευνας. Σύμφωνα με τα ευρήματα η ηλικία συσχετίζεται αρνητικά με τη Φυσική Ευεξία ($p=0,001$) και αρνητικά με τις Κοινωνικότητα ($p<0,001$). Ουσιαστικά, οι νεότεροι ασθενείς καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα φυσικής ευεξίας ενώ οι μεγαλύτεροι ηλικιακά έχουν υψηλότερη κοινωνικότητα.

Πίνακας 15: Επίδραση του Φύλου στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής(T QoL) 3 μήνες μετά το χειρουργείο

	Φύλο		P value
	Άντρας	Γυναίκα	
Φυσική Ευεξία	8,46	8,23	0,168
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	6,72	6,72	0,980
Κοινωνικότητα	7,64	7,57	0,479
Πνευματική Ευεξία	4,28	4,57	0,095
Σύνολο Ποιότητας Ζωής	7,01	7,00	0,563

Σύμφωνα με τα ευρήματα του πίνακα 15 και την επίδραση του φύλου στους παράγοντες Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας, 3 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση δεν διαπιστώθηκε κάποια συσχέτιση.

2.6.3 6 Μήνες μετά το Χειρουργείο

Πίνακας 16: Συσχετίσεις μεταξύ των Παραγόντων Ποιότητας Ζωής /θυρεοειδής αδένας 6 μήνες μετά το χειρουργείο

		Φυσική Ευεξία	Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	Κοινωνικότητα	Πνευματική Ευεξία
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	rho	0,481**			
	p	<0,001			
Κοινωνικότητα	rho	0,163	0,334**		
	p	0,105	0,001		
Πνευματική Ευεξία	rho	0,168	0,112	-0,051	
	p	0,095	0,267	0,618	
Σύνολο	rho	0,701**	0,854**	0,504**	0,352**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Σύμφωνα με τα ευρήματα του πίνακα 16 και τις συσχετίσεις ανάμεσα στους παράγοντες της Ποιότητας Ζωής /Θυρεοειδής Αδένας , 6 μήνες μετά το χειρουργείο, διαπιστώθηκαν θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στους παράγοντες Φυσική Ευεξία, Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας, Κοινωνικότητα και σύνολο Ποιότητας Ζωής(T QoL) . Ο παράγοντας Πνευματική Ευεξία δεν καταγράφει κάποια συσχέτιση.

Πίνακας 17: Επίδραση της Ηλικίας τους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής/ θυρεοειδής αδένας) 6 μήνες μετά το χειρουργείο

		Ηλικία
Φυσική Ευεξία	rho	-0,462^{**}
	p	<0,001
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	rho	-0,188
	p	0,060
Κοινωνικότητα	rho	0,324^{**}
	p	0,001
Πνευματική Ευεξία	rho	-0,251[*]
	p	0,012
Σύνολο	rho	-0,213[*]
	p	0,034

Αναφορικά με την επίδραση της ηλικίας των ασθενών στα επίπεδα των παραγόντων Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας διαπιστώνονται θετική συσχέτιση με τον παράγοντα Κοινωνικότητα (p=0,001) και αρνητικές συσχετίσεις με τους παράγοντες Φυσική Ευεξία (p<0,001), Πνευματική Ευεξία (p=0,012) και σύνολο της Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδή Αδένα (p=0,034).

Πίνακας 18: Επίδραση του Φύλου στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής/ θυρεοειδής αδένας 6 μήνες μετά το χειρουργείο

	Φύλο		P value
	Άντρας	Γυναίκα	
Φυσική Ευεξία	8,53	8,53	0,277
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	7,00	7,04	0,516
Κοινωνικότητα	7,85	7,71	0,197
Πνευματική Ευεξία	4,14	<u>4,42</u>	0,012
Σύνολο Ποιότητας Ζωής	7,26	7,21	0,477

Η επίδραση του φύλου φαίνεται στον παράγοντα Πνευματική Ευεξία (p=0,012) μετά τους 6 μήνες από το χειρουργείο με τις γυναίκες του δείγματος να καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα έναντι των αντρών (πίνακας 18).

2.6.4 12 Μήνες μετά το Χειρουργείο

Στους 12 μήνες μετά το χειρουργείο διαπιστώνονται θετικές συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων Φυσική Ευεξία, Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας, Κοινωνικότητα και σύνολο της Ποιότητας Ζωής(T QoL) (πίνακας 19).

Πίνακας 19: Συσχετίσεις μεταξύ των Παραγόντων Ποιότητας Ζωής/ θυρεοειδής αδένας 12 μήνες μετά το χειρουργείο

		Φυσική Ευεξία	Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	Κοινωνικότητα	Πνευματική Ευεξία
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	rho	0,552**			
	p	<0,001			
Κοινωνικότητα	rho	0,096	0,200*		
	p	0,342	0,046		
Πνευματική Ευεξία	rho	0,083	0,047	-0,128	
	p	0,410	0,642	0,205	
Σύνολο	rho	0,741**	0,823**	0,394**	0,321**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001

Η μεταβλητή της ηλικίας φαίνεται να συσχετίζεται θετικά τα επίπεδα του παράγοντα Κοινωνικότητα ($p<0,001$) με τους πιο μεγάλους ηλικιακά ασθενείς να εμφανίζουν καλύτερα επίπεδα, και καταγράφει αρνητική συσχέτιση με τους παράγοντες Φυσική Ευεξία ($p<0,001$), Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας ($p=0,017$), Πνευματική Ευεξία ($p=0,036$) και σύνολο Ποιότητας Ζωής Θυρεοειδή Αδένα ($p=0,033$) (πίνακας 20).

Πίνακας 20: Επίδραση της Ηλικίας τους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής / θυρεοειδής αδένας 12 μήνες μετά το χειρουργείο

		Ηλικία
Φυσική Ευεξία	rho	-0,408**
	p	<0,001
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	rho	-0,238*
	p	0,017
Κοινωνικότητα	rho	0,484**
	p	<0,001
Πνευματική Ευεξία	rho	-0,210*
	p	0,036
Σύνολο	rho	-0,213*
	p	0,033

Τέλος, στον πίνακα 21 δίνονται τα αποτελέσματα της επίδρασης του φύλου στους παράγοντες της Ποιότητας Ζωής /Θυρεοειδής Αδένας ,12 μήνες μετά το χειρουργείο . Σύμφωνα με τα ευρήματα η μεταβλητή του φύλου επιδρά στα επίπεδα Κοινωνικών Ανησυχιών ($p=0,004$) και Πνευματικής Ευεξίας ($p<0,001$). Οι άντρες καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα Κοινωνικών Ανησυχιών ενώ οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα Πνευματικής Ευεξίας.

Πίνακας 21: Επίδραση του Φύλου στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής /θυρεοειδής αδένας 12 μήνες μετά το χειρουργείο

	Φύλο		P value
	Άντρας	Γυναίκα	
Φυσική Ευεξία	8,46	8,30	0,075
Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας	7,22	7,13	0,175
Κοινωνικότητα	<u>7,85</u>	7,57	0,004
Πνευματική Ευεξία	3,85	<u>4,42</u>	<0,001
Σύνολο Ποιότητας Ζωής	7,26	7,19	0,206

Συμπεράσματα

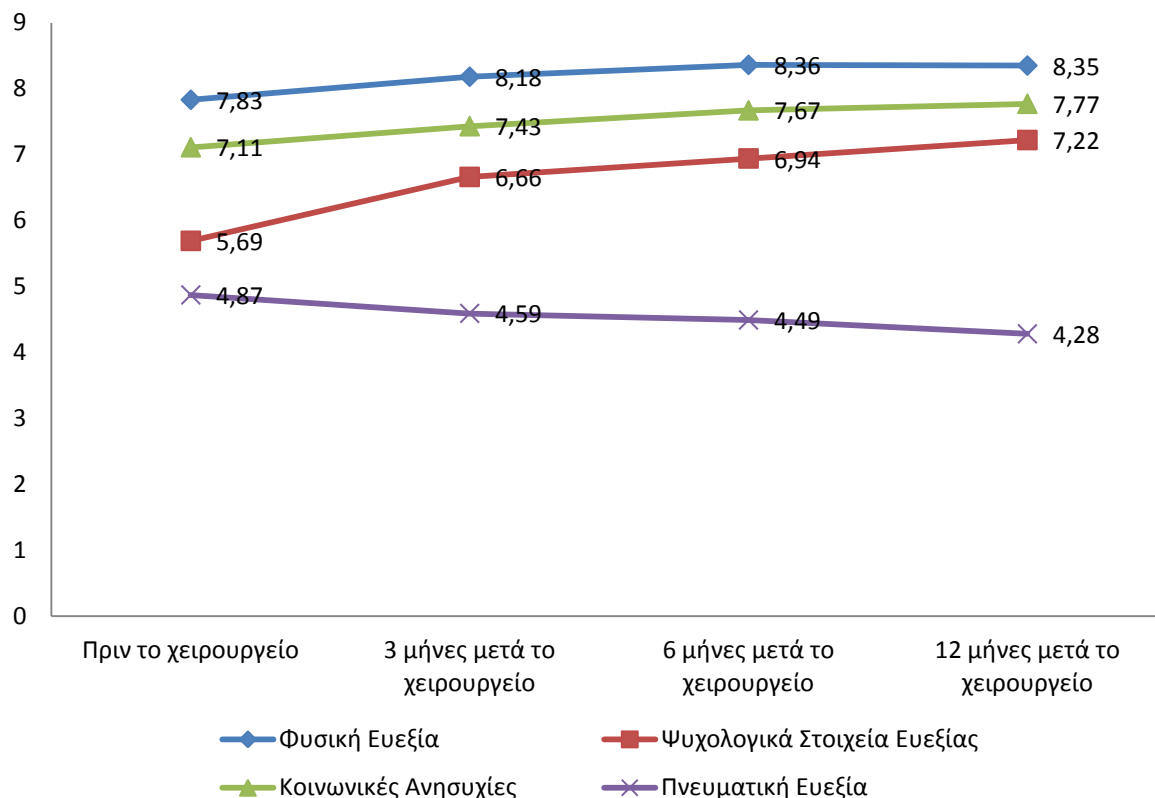
Η παρούσα διδακτορική διατριβή είχε σαν στόχο τη διερεύνηση της μεταβολής της Ποιότητας Ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική αντιμετώπιση κακοηθών νεοπλασμάτων του θυρεοειδούς αδένος. Ειδικότερα, έγινε χρήση του ερωτηματολογίου Quality of Life – Thyroid Version που περιέχει 30 ερωτήσεις και εξετάστηκαν οι παράγοντές του: Φυσική Ευεξία, Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας, Κοινωνικότητα και Πνευματική Ευεξία. Διερευνήθηκαν τόσο τα επίπεδα των παραγόντων μεμονωμένα όσο και η μεταβολή τους στο διάστημα ενός έτους από τη χειρουργική επέμβαση που υπεβλήθησαν καθώς και οι συσχετίσεις μεταξύ τους ανά περίοδο και η συσχέτισή τους με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της διδακτορικής καθώς και το συγκεντρωτικό διάγραμμα 8 προκύπτει ότι για τους παράγοντες Φυσική Ευεξία, Κοινωνικότητα, Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας καταγράφουν θετική μεταβολή στον έναν χρόνο από τη χειρουργική επέμβαση. Η Φυσική Ευεξία κατέγραψε αύξηση επιπέδων της τάξης του 5,2%, τα Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας παρουσίασαν την υψηλότερη αύξηση με 15,3% στην πάροδο του ενός έτους και ακολουθεί η Κοινωνικότητα με αύξηση κατά 6,6% για το ίδιο διάστημα. Ο μόνος παράγοντας που κατέγραψε μείωση της τάξης του 5,9% ήταν η Πνευματική Ευεξία. Το εύρημα αυτό ίσως να συνάδει με την περίοδο όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα καθώς οι ασθενείς είχαν να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές της υγείας τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 με αποτέλεσμα να είχε αρνητική επιρροή στα επίπεδα της πνευματικής τους υγείας.

Η μεταβολή της συνολικής Ποιότητας Ζωής (T QoL), για τους ασθενείς, στο διάστημα του ενός έτους από τη χειρουργική επέμβαση ήταν επίσης θετική και αυξήθηκε κατά 7,2% .

Αναφορικά με τις συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων διαπιστώθηκαν θετικές ισχυρές συσχετίσεις ανάμεσα στους παράγοντες Φυσικής Ευεξίας, Ψυχολογικά Στοιχεία Ευεξίας, Κοινωνικότητα καθώς και της συνολικής Ποιότητας Ζωής(T QoL) σε όλες τις

περιόδους, πριν το χειρουργείο, 3 μήνες, 6 μήνες και 12 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Αρνητική συσχέτιση καταγράφηκε μεταξύ του παράγοντα Πνευματική Ευεξία και Φυσική Ευεξία πριν το χειρουργείο και με την Κοινωνικότητα από τους 3 μήνες μετά το χειρουργείο.



Διάγραμμα 8: Συγκεντρωτικό διάγραμμα μεταβολής των παραγόντων της Ποιότητας Ζωής/ Θυρεοειδής Αδένας

Η διερεύνηση των συσχετίσεων των παραγόντων Ποιότητας Ζωής/Θυρεοειδής Αδένας και δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών απέδωσε ότι οι άντρες του δείγματος είχαν υψηλότερα επίπεδα Φυσικής Ευεξίας, Ψυχολογικών Στοιχείων Ευεξίας, Κοινωνικότητας και συνόλου Ποιότητας Ζωής (T QoL) πριν από την πραγματοποίηση του χειρουργείου έναντι των γυναικών. Έξι μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση οι γυναίκες κατέγραψαν υψηλότερα επίπεδα Πνευματικής Ευεξίας συγκριτικά με τους άντρες ασθενείς, που συνεχίστηκε και ένα έτος μετά το χειρουργείο. Οι άντρες εν αντιθέσει ένα έτος μετά τη χειρουργική επέμβαση αποδίδουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικότητας σε σχέση με τις γυναίκες.

Αναφορικά με την ηλικία διαπιστώθηκε ότι οι πιο μεγάλοι ηλικιακά ασθενείς έχουν αυξημένα επίπεδα κοινωνικότητας πριν την πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης. Στους 3 μήνες μετά το χειρουργείο βρέθηκε ότι οι νεότεροι ασθενείς καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα φυσικής ευεξίας ενώ οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς έχουν υψηλότερα

επίπεδα κοινωνικότητας. Τα ευρήματα αυτά συνεχίζουν και κατά τους 6 μήνες μετά το χειρουργείο όπου οι νεότεροι ασθενείς καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα φυσικής και πνευματικής ευεξίας καθώς και συνόλου της Ποιότητας Ζωής (T QoL) ενώ οι πιο ηλικιωμένοι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικότητας. Στον ένα χρόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση τα αποτελέσματα δεν αλλάζουν ιδιαίτερα καθώς και πάλι οι νεότεροι ασθενείς παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα φυσικής, πνευματικής και ψυχολογικής ευεξίας καθώς και συνολικής Ποιότητας Ζωής (T QoL) ενώ οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικότητας.

Η έρευνα της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι μοναδική (τουλάχιστον μέχρι την έναρξη αυτής) για τα δεδομένα της χώρας μας και δεν έχει διαπιστωθεί στη βιβλιογραφία κάτι αντίστοιχο. Μέρος της έχει γίνει αποδεκτό προς δημοσίευση στο Ιατρικό περιοδικό Cureus journal of medical science (is indexed in PubMed, with Impact Factor 1,2) ως άρθρο με τίτλο : “Quality of Life in Patients With Well-Differentiated Thyroid Carcinoma After Total Thyroidectomy in Greece.”

Παρόλα αυτά τα ευρήματα της μεμονωμένα, επιβεβαιώνονται ή απορρίπτονται από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Σε παλιότερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Novoa Gómez και συν.⁸⁷ αξιολογήθηκε η ψυχολογική ευεξία και η ποιότητα ζωής σε 75 ασθενείς με καρκίνο του θυρεοειδή μετεγχειρητικά. Τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξαν οι ερευνητές συνάδουν με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καθώς διαπιστώθηκε υψηλή, θετική και ευθέως ανάλογη συσχέτιση μεταξύ του χρόνου μετά την θυρεοειδεκτομή και του βαθμού Ψυχολογικής Ευεξίας και Ποιότητας Ζωής που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς. Συγκεκριμένα, τα επίπεδα τόσο της Ποιότητας Ζωής όσο και της Ψυχολογικής Ευεξίας αυξήθηκαν με την πάροδο του χρόνου μετά την χειρουργική επέμβαση στην οποία υπεβλήθησαν.

Στην έρευνά τους οι Dehghan και συν.⁸⁸ εξετάζοντας την πνευματική υγεία σε 184 ασθενείς με καρκίνο του θυρεοειδή αδένος, κατά την περίοδο του COVID-19 στην περιοχή του Ιράν, κατέληξαν στο ότι οι συμμετέχοντες εμφάνισαν υψηλά επίπεδα ψυχικού και σωματικού άγχους και ανησυχιών για τη νόσο COVID-19, γεγονός που οδήγησε σε επιπτώσεις στη ζωή τους. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τα χαμηλά επίπεδα πνευματικής ευεξίας που παρουσίασαν οι ασθενείς του δείγματος της παρούσας μελέτης τα οποία κιόλας μειώνονταν σε βάθος ενός έτους μετά το χειρουργείο κι όσο προχωρούσαν στο ζενίθ της πανδημίας COVID-19. Στο πλαίσιο αυτό, οι Khiyalι και συν.⁸⁹, στην πολύ πρόσφατη έρευνά τους ανέφεραν ότι η ενίσχυση της πνευματικής ευεξίας και της ανθεκτικότητας στους ασθενείς με καρκίνο θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας, καθώς αυτές

οι ιδιότητες αποτελούν πολύτιμους πόρους για την καταπολέμηση του καρκίνου και τη μείωση του άγχους των ασθενών, ειδικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Αμερικανική Ένωση Θυρεοειδούς (American Thyroid Association)⁹⁰ διαπίστωσαν ότι άτομα με μόνιμα χαμηλά επίπεδα παραθυρεοειδούς ορμόνης μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου του θυρεοειδούς είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με άτομα με φυσιολογικά επίπεδα παραθυρεοειδούς ορμόνης μετά την επέμβαση. Αυτό περιλάμβανε χειρότερη σωματική λειτουργία, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργία, καθώς και περισσότερο μυρμήγκιασμα/μούδιασμα, περισσότερη ανησυχία, περισσότερη κόπωση, μεγαλύτερη δυσκολία στην αναπνοή και μεγαλύτερη δυσκολία στον ύπνο. Τα άτομα που είχαν χαμηλά επίπεδα παραθυρεοειδούς ορμόνης μετά από χειρουργική επέμβαση στον θυρεοειδή δεν είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν πόνο στις αρθρώσεις, μυϊκές κράμπες ή ταχυπαλμία. Η μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι η πιο εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση ήταν πιο πιθανό να οδηγήσει σε μόνιμα χαμηλά επίπεδα παραθυρεοειδούς ορμόνης.

Στην έρευνα τους οι Büttner και συν.⁹¹ αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνου του θυρεοειδούς αδένος, ένα χρόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση. Συνολικά 75 (56%) από 134 επιλέξιμους ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη. Οι ασθενείς με επίμονη/παρατεταμένη πρόσληψη ασβεστίου ή βιταμίνης D ανέφεραν χειρότερη ποιότητα ζωής στους τομείς της παγκόσμιας υγείας, της σωματικής λειτουργίας, της λειτουργικότητας των ρόλων, της συναισθηματικής λειτουργίας και της αϋπνίας σε σχέση με ασθενείς χωρίς τρέχουσα πρόσληψη. Η τρέχουσα πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D, η τριτοβάθμια εκπαίδευση, η συμβίωση με έναν σύντροφο και η ηλικία επηρέασαν τις πιθανότητες να έχουμε χειρότερη ποιότητα ζωής από τον γενικό πληθυσμό προσαρμοσμένο στην ηλικία και το φύλο. Τα ευρήματα της έρευνας συνάδουν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας καθώς και το φύλο και η ηλικία διαπιστώθηκε ότι επιδρούν στα επίπεδα της ποιότητας ζωής.

Συμπερασματικά βάσει της μελέτης αυτής μπορούμε να πούμε ότι:

Το καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα του θυρεοειδούς δύναται να επηρεάσει τη Ποιότητα Ζωής (T-QoL) των ασθενών. Μακροπρόθεσμα η ολική θυρεοειδεκτομή φαίνεται ότι βελτιώνει τη φυσική κατάσταση, την ψυχολογική ευεξία και την κοινωνικότητα των ασθενών. Ωστόσο μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην πνευματική υγεία τους.

Πιστεύουμε ότι χρειάζονται μεγαλύτερες μελέτες, να ανιχνεύσουν τις σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων που καθορίζουν τη ποιότητα ζωής, καθώς και άλλους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, έτσι ώστε να βελτιώσουμε τα πρωτόκολλα διαχείρισης, φροντίδας και χειρουργικής αντιμετώπισης των ασθενών αυτών.

Βιβλιογραφία

1. Fugazzola L, Elisei R, Fuhrer D, Jarzab B, Leboulleux S, Newbold K, Smit J. 2019 European Thyroid Association Guidelines for the Treatment and Follow-Up of Advanced Radioiodine-Refractory Thyroid Cancer. *Eur Thyroid J.* 2019 Oct;8(5):227-245. doi: 10.1159/000502229
2. Silaghi H, Lozovanu V, Georgescu CE, Pop C, Nasui BA, Cătoi AF, Silaghi CA. State of the Art in the Current Management and Future Directions of Targeted Therapy for Differentiated Thyroid Cancer. *Int J Mol Sci.* 2022 Mar 23;23(7):3470. doi: 10.3390/ijms23073470.
3. Palot Manzil FF, Kaur H. Radioactive Iodine For Thyroid Malignancies. 2022 Oct 5. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan.
4. Jin S, Sugitani I. Narrative review of management of thyroid surgery complications. *GlandSurg.* 2021 Mar;10(3):1135-1146. doi: 10.21037/gs-20-859.
5. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, Schuff KG, Sherman SI, Sosa JA, Steward DL, Tuttle RM, Wartofsky L. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016 Jan;26(1):1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020.
6. Samuels MH, Kolobova I, Smeraglio A, Peters D, Janowsky JS, Schuff KG. The effects of levothyroxine replacement or suppressive therapy on health status, mood, and cognition. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014 Mar;99(3):843-51. doi: 10.1210/jc.2013-3686.
7. Bates MF, Lamas MR, Randle RW, Long KL, Pitt SC, Schneider DF, Sippel RS. Back so soon? Is early recurrence of papillary thyroid cancer really just persistent disease? *Surgery.* 2018 Jan;163(1):118-123. doi: 10.1016/j.surg.2017.05.028
8. Uslar V, Becker C, Weyhe D, Tabriz N. Thyroid disease-specific quality of life questionnaires - A systematic review. *Endocrinol Diabetes Metab.* 2022 Sep;5(5):e357. doi: 10.1002/edm2.357.

9. Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human resources for health*. 2017;15(1):63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>
10. Lowe G, Plummer V, O'Brien AP, Boyd L. Time to clarify-the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of advanced nursing*. 2012;68(3): 677–685. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x>
11. Centers for Disease Control and Prevention. (2019). HRQOL Concepts. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>
12. World Health Organization. (2012). WHOQOL- Measuring Quality of Life. Retrieved from <https://www.who.int/tools/whoqol>
13. Oxford Languages The Home of Language Data. (2022, August 26). <https://languages.oup.com/>
14. Barcaccia B, Esposito G, Matarese M, Bertolaso M, Elvira M, De Marinis MG. Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase? *Europe's Journal of Psychology*, 2013;9(1):185- 203. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.484>
15. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic medicine*, 2002;64(3):510–519. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000- 00016>
16. WHOQOLSRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social science & medicine*, 2006;62(6):1486–1497. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.001>
17. Haas BK. A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. *Western Journal of Nursing Research*, 1999; 21: 728-742. <http://dx.doi.org/10.1177/01939459922044153>
18. Post MWM. Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Top. Spinal Cord Inj.Rehabil.*, 2014;20:167–180
19. Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *Am. J. Cardiol.* 1984;54:908–913

20. Heldwein FL, Sánchez-Salas RE, Sánchez-Salas R, Teloken PE, Teloken C, Castillo O, Vallancien G. Health and quality of life in urology: Issues in general urology and urological oncology. *Arch Esp Urol.*, 2009;62:519–530.
21. Aaronson NK. Quantitative issues in health-related quality of life assessment. *Health Policy*, 1988;10, 217–230
22. Le Grande M, Ski CF, Thompson DR, Scuffham P, Kularatna S, Jackson, AC, Brown, A. Social and emotional wellbeing assessment instruments for use with Indigenous Australians: A critical review. *Social science & medicine*, 2017;187:164–173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.046>
23. Hörnquist JO. The concept of quality of life. *Scandinavian journal of social medicine*, 1982;10(2):57–61. <https://doi.org/10.1177/140349488201000204>
24. van Knippenberg FC, de Haes JC. Measuring the quality of life of cancer patients: psychometric properties of instruments. *Journal of clinical epidemiology*, 1988;41(11):1043–1053. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(88\)90073-x](https://doi.org/10.1016/0895-4356(88)90073-x)
25. Emerson EB. Evaluating the impact of deinstitutionalization on the lives of mentally retarded people. *American journal of mental deficiency*, 1985;90(3):277–288.
26. Institute of Medicine (US) Division of Health Care Services; Heithoff KA, Lohr K, editors. Effectiveness and Outcomes in Health Care: Proceedings of an Invitational Conference. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990. 17, Assessing Health-Related Quality of Life Outcomes. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233989/>
27. Wood-Dauphinée S, Exner G, Bostanci B, Exner G, Glass C, Jochheim KA, Kluger P, Koller M, Krishnan KR, Post MW, Ragnarsson KT, Rommel T, Zitnay G, SCI Consensus Group. Quality of life in patients with spinal cord injury--basic issues, assessment, and recommendations. *Restorative neurology and neuroscience*, 2002;20(3-4):135–149
28. Janssen CG, Schuengel C, Stolk J. Perspectives on quality of life of people with intellectual disabilities: the interpretation of discrepancies between clients and caregivers. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 2005;14(1):57–69. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-1692-z>
29. Grewal I, Lewis J, Flynn T, Brown J, Bond J, Coast J. Developing attributes for a

- generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities? *Social science & medicine*, 2006; 62(8): 1891–1901. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.023>
30. Courtenay BC, Poon LW, Martin P, Clayton GM, Johnson MA. Religiosity and adaptation in the oldest-old. *International journal of aging & human development*, 1992;34(1):47–56. <https://doi.org/10.2190/N058-Y7X6-YLGJ-XBGE>
 31. Sugiyama T, Thompson CW, Alves S. Associations Between Neighborhood Open Space Attributes and Quality of Life for Older People in Britain. *Environment and Behavior*, 2009;41(1):3–21. <https://doi.org/10.1177/0013916507311688>
 32. Albert SM, Castillo-Castanada C, Jacobs DM, Sano M, Bell K, Merchant C, Small S, Stern Y. Proxy-reported quality of life in Alzheimer's patients: Comparison of clinical and population-based samples. *Journal of Mental Health and Aging*, 1999;5(1):49–58
 33. Bowling A. *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. 4th ed. Berkshire (Eng); New York: Open University Press, 2014.
 34. Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 1993;18(1):32–38. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x>
 35. Mandzuk LL, McMillan DE. A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 2005;9(1):12–18. doi: 10.1016/j.joon.2004.11.001
 36. Wood AM, Taylor PJ, Joseph S. Does the CES-D measure a continuum from depression to happiness? Comparing substantive and artifactual models. *Psychiatry research*, 2010;177(1-2):120–123. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.003>
 37. Lorraine OW, Kay CA. *Strategies for theory construction in nursing*. 6th ed. Ny, Ny: Pearson, 2019.
 38. Aqtam I, Ayed A, Zaben K. Quality of Life: Concept Analysis. *Saudi Journal of Nursing and Health Care*, 2023;6:10-15. 10.36348/sjnhc.2023.v06i01.003.
 39. PequenoNPF, Cabral NLA, Marchioni DM, Lima SCVC, Lyra CO. Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health Qual Life Outcomes*. 2020 Jun 30;18(1):208. doi: 10.1186/s12955-020-01347-7.
 40. Αθανασιάδης-Σισμάνης Α. Ωτορρινολαρυγγολογία. Χειρουργική κεφαλής και τραχήλου. Β τόμος. Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, 2010.

41. Συλλογικό, Harrison. Εσωτερική παθολογία, 17^η έκδοση, 2^{ος} τόμος, Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, 2010.
42. Hu MI, Vassilopoulou-Sellin R, Lustig R, Lamont JP. "Thyroid and Parathyroid Cancers" in Pazdur R, Wagman LD, Camphausen KA, Hoskins WJ (Eds) Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. 11 ed. 2008.
43. Al-Zaher N, Al-Salam S, El Teraifi H. Thyroid carcinoma in the United Arab Emirates: perspectives and experience of a tertiary care hospital. Hematology/Oncology and Stem Cell Therapy, 2008;1:14-21.
44. National Cancer Institute. What You Need to Know About Thyroid Cancer National Cancer Institute, 2010.
45. Nady T. A study on incidence of malignancy in thyroid nodules. PSG Institute of Medical Sciences and Research Department of General Surgery.
46. JuhlinCC, Mete O, Baloch Z. The 2022 WHO classification of thyroid tumors: novel concepts in nomenclature and grading. Endocrine-Related Cancer, 2022;3(2):e220293. <https://doi.org/10.1530/ERC-22-0293>
47. Baloch ZW, Asa SL, Barletta JA et al. Overview of the 2022 WHO Classification of Thyroid Neoplasms. EndocrPathol., 2022;33,:27–63. <https://doi.org/10.1007/s12022-022-09707-3>
48. Bakshi J, Patro SK, Kaur N, Panda NK, Budhiraja G. Understanding Malignancies of the Thyroid Gland: Institutional Experience. Indian J OtolaryngolHeadNeckSurg. 2018 Dec;70(4):482-489. doi: 10.1007/s12070-018-1492-3.
49. European Network of Cancer Registries Factsheets. https://www.encreu/sites/default/files/factsheets/ENCR_Factsheet_Thyroid_2017.pdf (12 March 2023, date last accessed)
50. Kitahara CM, Sosa JA. The changing incidence of thyroid cancer. NatRevEndocrinol 2016; 12(11): 646–653.
51. Vaccarella S, Franceschi S, Bray F et al. Worldwide thyroid-cancer epidemic? The increasing impact of overdiagnosis. N Engl J Med 2016;375(7): 614–617
52. Ahn HS, Welch HG. South Korea's thyroid-cancer “epidemic”—turning the tide. N Engl J Med 2015; 373(24): 2389–2390.
53. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ et al. Screening for thyroid cancer: US

- Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2017; 317: 1882–1887
54. Pacini F, Schlumberger M, Dralle H et al. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *Eur J Endocrinol* 2006; 154(6): 787–803
55. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016; 26(1): 1–133
56. Mitchell AL, Gandhi A, Scott-Coombes D, Perros P. Management of thyroid cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol* 2016; 130(S2): S150–S160
57. Pacini F, Basolo F, Bellantone R et al. Italian consensus on diagnosis and treatment of differentiated thyroid cancer: joint statements of six Italian societies. *J Endocrinol Invest* 2018; 41(7): 849–876.
58. Ferlay J, Lam F, Colombet M, Mery L, Pineros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2020. Dec [cited 2021 Nov 24]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>.
59. Lortet-Tieulent J, Franceschi S, Dal Maso L, Vaccarella S. Thyroid cancer “epidemic” also occurs in low- and middle-income countries. *Int J Cancer* 2019;144:2082–7
60. Pizzato M, Li M, Vignat J, Laversanne M, Singh D, La Vecchia C, et al. The epidemiological landscape of thyroid cancer worldwide: GLOBOCAN estimates for incidence and mortality rates in 2020. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2022;10:264–272
61. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin* 2022;72:7–33
62. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER) Cancer Statistics Review, 1975–2018 [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2021. Apr 15 [cited 2021 Nov 24]. Available from: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2018.
63. SEER*Explorer: An interactive website for SEER cancer statistics [Internet]. Bethesda (MD): Surveillance Research Program, National Cancer Institute; 2021. Sep

27 [cited 2021 Nov 24]. Available from: <https://seer.cancer.gov/explorer/>.

64. Kitahara CM, Schneider AB. Epidemiology of Thyroid Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2022 Jul 1;31(7):1284-1297. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-21-1440
65. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016; 26(1): 1–133
66. Pacini F, Basolo F, Bellantone R et al. Italian consensus on diagnosis and treatment of differentiated thyroid cancer: joint statements of six Italian societies. *J Endocrinol Invest* 2018; 41(7): 849–876.
67. Maletta F, Massa F, Torregrossa L et al. Cytological features of “noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features” and their correlation with tumor histology. *Hum Pathol* 2016; 54: 134–142.
68. Nikiforova MN, Mercurio S, Wald AI et al. Analytical performance of the ThyroSeq v3 genomic classifier for cancer diagnosis in thyroid nodules. *Cancer* 2018; 124(8): 1682–1690.
69. Nikiforov YE, Seethala RR, Tallini G et al. Nomenclature revision for encapsulated follicular variant of papillary thyroid carcinoma: a paradigm shift to reduce overtreatment of indolent tumors. *JAMA Oncol* 2016; 2(8): 1023–1029
70. Williams ED. Guest editorial: two proposals regarding the terminology of thyroid tumors. *Int J Surg Pathol* 2000; 8(3): 181–183
71. Lloyd RV, Osamura RY, Kloppel G, Rosai J (Eds). *WHO Classification of Tumors of Endocrine Organs*. Lyon: IARC Press 2017.
72. Asioli S, Erickson LA, Sebo TJ et al. Papillary thyroid carcinoma with prominent hobnail features: a new aggressive variant of moderately differentiated papillary carcinoma. A clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular study of eight cases. *Am J Surg Pathol* 2010; 34(1): 44–52.
73. Volante M, Collini P, Nikiforov YE et al. Poorly differentiated thyroid carcinoma: the Turin proposal for the use of uniform diagnostic criteria and an algorithmic diagnostic approach. *Am J Surg Pathol* 2007; 31(8): 1256–1264.
74. Pace-Asciak P, Russell JO, Tufano RP. Surgical treatment of thyroid cancer: Established and novel approaches. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2023

- Jan;37(1):101664. doi: 10.1016/j.beem.2022.101664.
75. Best AR, ShipchandlerTZ, Cordes SR. Midcervical scar satisfaction in thyroidectomy patients. *Laryngoscope*. 2017 May;127(5):1247-1252. doi: 10.1002/lary.26177.
 76. Choi Y, Lee JH, Kim YH, Lee YS, Chang HS, Park CS, Roh MR. Impact of postthyroidectomy scar on the quality of life of thyroid cancer patients. *Ann Dermatol*. 2014 Dec;26(6):693-9. doi: 10.5021/ad.2014.26.6.693.
 77. Berber E, Bernet V, Fahey TJ 3rd, Kebebew E, Shaha A, Stack BC Jr, Stang M, Steward DL, Terris DJ; American Thyroid Association Surgical Affairs Committee. American Thyroid Association Statement on Remote-Access Thyroid Surgery. *Thyroid*. 2016 Mar;26(3):331-7. doi: 10.1089/thy.2015.0407. PMID: 26858014
 78. Kandil E, Saeed A, Mohamed SE, Alsaleh N, Aslam R, Moulthrop T. Modified robotic-assisted thyroidectomy: an initial experience with the retroauricular approach. *Laryngoscope*. 2015 Mar;125(3):767-71. doi: 10.1002/lary.24786.
 79. Anuwong A. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. *World J Surg*. 2016 Mar;40(3):491-7. doi: 10.1007/s00268-015-3320-1.
 80. Russell JO, Noureldine SI, Al Khadem MG, Tufano RP. Minimally invasive and remote-access thyroid surgery in the era of the 2015 American Thyroid Association guidelines. *LaryngoscopeInvestigOtolaryngol*. 2016 Nov 14;1(6):175-179. doi: 10.1002/lio2.36. PMID: 28894814
 81. Tae K, Ji YB, Song CM, Ryu J. Robotic and Endoscopic Thyroid Surgery: Evolution and Advances. *ClinExpOtorhinolaryngol*. 2019 Feb;12(1):1-11. doi: 10.21053/ceo.2018.00766. Epub 2018 Sep 11.
 82. Kang SW, Jeong JJ, Yun JS, Sung TY, Lee SC, Lee YS, Nam KH, Chang HS, Chung WY, Park CS. Robot-assisted endoscopic surgery for thyroid cancer: experience with the first 100 patients. *Surg Endosc*. 2009 Nov;23(11):2399-406. doi: 10.1007/s00464-009-0366-x.
 83. Fernandez Ranvier G, Meknat A, Guevara DE, Llorente PM, Vidal Fortuny J, Sneider M, Chen YH, Inabnet W 3rd. International Multi-institutional Experience with the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2020 Mar;30(3):278-283. doi: 10.1089/lap.2019.0645.

84. Orloff LA, Noel JE, Stack BC Jr, Russell MD, Angelos P, Baek JH, Brumund KT, Chiang FY, Cunnane MB, Davies L, Frasoldati A, Feng AY, Hegedüs L, Iwata AJ, Kandil E, Kuo J, Lombardi C, Lupo M, Maia AL, McIver B, Na DG, Novizio R, Papini E, Patel KN, Rangel L, Russell JO, Shin J, Shindo M, Shonka DC Jr, Karcioglu AS, Sinclair C, Singer M, Spiezia S, Steck JH, Steward D, Tae K, Tolley N, Valcavi R, Tufano RP, Tuttle RM, Volpi E, Wu CW, Abdelhamid Ahmed AH, Randolph GW. Radiofrequency ablation and related ultrasound-guided ablation technologies for treatment of benign and malignant thyroid disease: An international multidisciplinary consensus statement of the American Head and Neck Society Endocrine Surgery Section with the Asia Pacific Society of Thyroid Surgery, Associazione Medici Endocrinologi, British Association of Endocrine and Thyroid Surgeons, European Thyroid Association, Italian Society of Endocrine Surgery Units, Korean Society of Thyroid Radiology, Latin American Thyroid Society, and Thyroid Nodules Therapies Association. *Head Neck*. 2022 Mar;44(3):633-660. doi: 10.1002/hed.26960.
85. Lim HK, Cho SJ, Baek JH, Lee KD, Son CW, Son JM, Baek SM. US-Guided Radiofrequency Ablation for Low-Risk Papillary Thyroid Microcarcinoma: Efficacy and Safety in a Large Population. *Korean J Radiol*. 2019 Dec;20(12):1653-1661. doi: 10.3348/kjr.2019.0192
86. Ahn J, Jeon MJ, Song E, Kim TY, Kim WB, Shong YK, Kim WG. Quality of Life in Patients with Papillary Thyroid Microcarcinoma According to Treatment: Total Thyroidectomy with or without Radioactive Iodine Ablation. *EndocrinolMetab (Seoul)*. 2020 Mar;35(1):115-121. doi: 10.3803/EnM.2020.35.1.115
87. Novoa Gómez MM, Vargas Gutiérrez RM, Obispo Castellanos SA, Pertuz Vergara M, et al. Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. *Terapia Psicológica* 2010; 28:69-84.
88. Dehghan M, Namjoo Z, Zarei A, Tajadini H, Bahrami A, Zakeri MA. The Relationship between Coronavirus Anxiety, Mindfulness and Spiritual Health in Patients with Cancer: A Survey in Southeast Iran. *Psychiatry Investig*. 2021 May;18(5):443-452.
89. Khiyali, Z., Naderi, Z., Vakil, M. *et al.* A study of COVID anxiety, spiritual well-being and resilience levels in patients with cancer undergoing chemotherapy during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in the south of Iran. *BMC*

Psychol 2023;11: 75.

90. Büttner M, Locati LD, Pinto M, Araújo C, Tomaszewska IM, Kiyota N, Vidhubala E, Brannan C, Hammerlid E, Husson O, Salem D, Ioannidis G, Gamper E, Arraras JJ, Andry G, Inhestern J, Theurer J, Taylor K, Singer S. Quality of Life in Patients With Hypoparathyroidism After Treatment for Thyroid Cancer. *J ClinEndocrinolMetab*. 2020 Dec 1;105(12):dgaa597.
91. Büttner M, Hinz A, Singer S, Musholt TJ. Quality of life of patients more than 1 year after surgery for thyroid cancer. *Hormones (Athens)*. 2020 Jun;19(2):233-243.

Παράρτημα

Παράρτημα Ι – Ερωτηματολόγιο



Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας University of Thessaly
Σχολή Επιστημών Υγείας School of Health Sciences
Τμήμα Ιατρικής Faculty of Medicine



Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική Otorhinolaryngology Department
Διευθυντής: Ιωάννης Γ. Μπιζάκης, Καθηγητής Chairman: John G. Bizakis, Professor

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ/ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ: Βεβαιώνω ότι έχω ενημερωθεί για τους επιστημονικούς σκοπούς της συμπλήρωσης του παρόντος ερωτηματολογίου και ότι τα στοιχεία που θα συλλέξουν οι ερευνητές θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονικούς ερευνητικούς λόγους και τηρουμένης της απαραίτητης εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας των παρεχόμενων πληροφοριών. Η συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου δηλώνει αυτόματα τη συναίνεση συμμετοχής μου στην υπό εκπόνηση έρευνα.

Οδηγίες: Ενδιαφερόμαστε να γνωρίζουμε πως νοιώθετε που έχετε καρκίνο στο θυρεοειδή και πως αυτός επηρεάζει τη ποιότητα της ζωής σας. Σας παρακαλούμε να απαντήσετε όλες τις ακόλουθες ερωτήσεις με βάση πως νοιώθατε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Κυκλώστε το νούμερο που αντιστοιχεί στην απάντησή σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο :

ΑΜΚΑ :

Φύλο:

☐ Άνδρας

☐ Γυναίκα

Τηλέφωνο :

Ηλικία :

Υπεύθυνοι Μελέτης:

Αγγλοπούλου Όλγα

Προϊσταμένη Πανεπιστημιακής ΩΡΛ Κλινικής ΠΓΝ Λάρισας

Χατζηιωάννου Ιωάννης Αναπληρωτής Καθηγητής

Πανεπιστημιακής ΩΡΛ Κλινικής ΠΓΝ Λάρισας

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Μεζούριλο, ΤΚ 41110, ΤΘ 1425, Λάρισα

Τηλ.: 2413 502140, 2413 502125

Fax: 2413 501569

Email: johnbizakis@med.uth.gr, johnbizakis@yahoo.gr

General University Hospital of Larissa

Mezourilo, PC 41110, PO Box 1425, Larissa, Greece

Tel.: +30 2413 502140, +30 2413 502125

Fax: +30 2413 501569

Email: johnbizakis@med.uth.gr, johnbizakis@yahoo.gr

Φυσική ευεξία										
1. Σε ποιο βαθμό τα ακόλουθα υπήρξαν πρόβλημα κατά τη διάρκεια της πάθησης σου και της θεραπείας σου:	Κανένα Πρόβλημα									Σοβαρό Πρόβλημα
<u>Κόπωση</u>	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Αλλαγές στην όρεξη</u>	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ακαθόριστοι πόνοι ή πόνο	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Διαταραχές στον ύπνο</u>	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Δυσκοιλιότητα</u>	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Διαταραχές στην έμμηνο ρύση ή στη γονιμότητα</u>	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Αύξηση του βάρους</u>	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Ανοχή στο κρύο ή στο ζέστη</u>	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Ξερό δέρμα ή αλλαγές στα μαλλιά</u>	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Αλλαγές στη φωνή</u>	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Κινητικές δεξιότητες/συντονισμός</u>	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Πρήξιμο-οίδημα/κατακράτηση υγρών</u>	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Βαθμολόγησε τη συνολική σου φυσική υγεία	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ψυχολογικά στοιχεία ευεξίας										
3. Πόσο δύσκολο είναι για σένα να ανταπεξέλθεις με τη νόσο σου και τη θεραπεία;	Καθόλου δύσκολο									Πολύ Δύσκολο
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής σου;	Καθόλου Καλή									Εξαιρετική
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Πόσο ευτυχισμένος νοιώθεις;	Καθόλου									Πολύ
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Νοιώθεις ότι έχεις τον έλεγχο των πραγμάτων της ζωής σου;	Καθόλου									Τελείως
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Πόσο ικανοποιημένος είσαι με τη ζωή σου;	Καθόλου									Τελείως
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Πώς είναι η τωρινή σου δυνατότητα να είσαι συγκεντρωμένος ή να θυμάσαι πράγματα;	Καθόλου καλή									Εξαιρετική
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Πόσο χρήσιμος αισθάνεσαι;	Καθόλου									Πάρα πολύ
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Η ασθένεια σου ή η θεραπεία σου έχουν προκαλέσει αλλαγές στην εμφάνιση σου;	Καθόλου									Πάρα πολλές
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Η ασθένεια σου έχει προκαλέσει αλλαγές στην ιδέα που έχεις για σένα (στο πώς εσύ βλέπεις τον εαυτό σου);	Καθόλου									Πάρα πολύ
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Πόσο ανησυχία σας προκάλεσαν τα παρακάτω που αφορούσαν την ασθένεια σας και τη θεραπεία										

σας:											
<u>Αρχική διάγνωση</u>	Καθόλου ανησυχία										Πάρα πολύ ανησυχία
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Χειρουργική επέμβαση</u>	Καθόλου ανησυχία										Πάρα πολύ ανησυχία
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Χρόνος που παρήλθε μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας</u>	Καθόλου ανησυχία										Πάρα πολύ ανησυχία
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο</u>	Καθόλου ανησυχία										Πάρα πολύ ανησυχία
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Σπινθηρογράφημα ολόκληρου του σώματος	Καθόλου ανησυχία										Πάρα πολύ ανησυχία
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Εξέταση θυρεοσφαίρινης</u>	Καθόλου ανησυχία										Πάρα πολύ ανησυχία
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Διακοπή χορήγησης θυρεοειδικής ορμόνης</u>	Καθόλου ανησυχία										Πάρα πολύ ανησυχία
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13. Πόσο άγχος έχεις;	Καθόλου										Πολύ
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. Πόσο κατάθλιψη έχεις;	Καθόλου										Πολύ
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15. Σε τι βαθμό φοβάσαι για τα παρακάτω:											
<u>Μελλοντικές διαγνωστικές εξετάσεις</u>	Κανένας φόβος										Πολύ φόβος
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Ένας δεύτερος καρκίνος</u>	Κανένας φόβος										Πολύ φόβος
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Υποτροπή του καρκίνου σου</u>	Κανένας φόβος										Πολύ φόβος
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

<u>Επέκταση (μετάσταση) του καρκίνου σου</u>	Κανένας φόβος										Πολύ φόβος
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Κοινωνικότητα											
16. Πόση ανησυχία έχει προκαλέσει η ασθένεια σου στην οικογένεια σου;	Καθόλου									Πολύ	
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17. Η στήριξη που έχεις από τους άλλους ικανοποιούν τις ανάγκες σου;	Καθόλου									Πολύ	
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18. Η συνεχής φροντίδα της υγείας σου επηρεάζει τις προσωπικές σου σχέσεις;	Καθόλου									Πολύ	
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19. Η ασθένεια σου έχει επηρεάσει τη σεξουαλική σου συμπεριφορά;	Καθόλου									Πολύ	
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
20. Σε ποίο βαθμό η ασθένεια σου και η θεραπεία της έχουν επηρεάσει την εργασία σου;											
<u>Κίνητρο να εργασθείς</u>	Κανένα Πρόβλημα									Σοβαρό Πρόβλημα	
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Χρόνος που μένεις μακριά από τη δουλειά σου</u>	Κανένα Πρόβλημα									Σοβαρό Πρόβλημα	
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Παραγωγικότητα στην εργασία σου</u>	Κανένα Πρόβλημα									Σοβαρό Πρόβλημα	
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Ποιότητα εργασίας</u>	Κανένα Πρόβλημα									Σοβαρό Πρόβλημα	
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21. Σε ποίο βαθμό η ασθένεια σου και η θεραπεία της παρεμβαίνουν με τις δραστηριότητες στο σπίτι σου;											
<u>Η οδήγηση του αυτοκινήτου</u>	Κανένα Πρόβλημα									Σοβαρό Πρόβλημα	
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Οι δουλειές του σπιτιού</u>	Κανένα Πρόβλημα									Σοβαρό Πρόβλημα	
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Προετοιμασία γευμάτων</u>	Κανένα Πρόβλημα									Σοβαρό Πρόβλημα	
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο/χόμπι</u>	Κανένα Πρόβλημα									Σοβαρό Πρόβλημα	
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

22. Σε ποιο βαθμό πιστεύεις η ασθένεια σου και η θεραπεία της έχουν συμβάλει στην απομόνωση σου;	Καθόλου									Πολύ
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Πόση οικονομική επιβάρυνση υφίστασαι σαν συνέπεια της ασθένειας σου και της θεραπείας της;	Καθόλου									Πολύ
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Πνευματική ευεξία										
24. Πόσο σημαντικό είναι για σένα η συμμετοχή σου σε θρησκευτικές δραστηριότητες, όπως το να προσεύχεσαι πηγαίνοντας στην εκκλησία;	Καθόλου σημαντικό									Πολύ σημαντικό
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Πόσο σημαντικές για σένα είναι άλλες πνευματικές δραστηριότητες, όπως ο διαλογισμός;	Καθόλου σημαντικό									Πολύ σημαντικό
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Πόσο πολύ έχει αλλάξει η πνευματική σου ζωή σαν συνέπεια του καρκίνου σου;	Καθόλου σημαντικά									Πολύ σημαντικά
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Πόσο αβέβαιος/η νοιώθεις για το μέλλον σου;	Καθόλου αβέβαιος									Πολύ αβέβαιος
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Σε ποιο βαθμό η ασθένεια σου έχει προκαλέσει θετικές αλλαγές στη ζωή σου;	Καθόλου									Πολύ
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Διαισθάνεσαι ένα σκοπό/αποστολή στη ζωή σου ή ένα λόγο να είσαι ζωντανός;	Κανένα									Πολλούς
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Πόσο αισιόδοξος είσαι;	Καθόλου									Πολύ
	0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Παράρτημα II – Άδειες

	ΑΔΙΑΒΑΘΜΗΤΟ Λάρισα, Αριθμ. πρωτ.: 1301 ΚΟΙΝΟ ΠΡΟΣ: κ. Όλγα Αγγλοπούλου,	Π.Τ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 1301 ΗΜΕΡΙΑ: 24/01/2019 												
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ 5^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ – ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΑΙΜΠΙΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ» ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΛΑΡΙΣΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΜΗΜΑ: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ														
<table border="0"><tr><td>Ταχ. Διεύθυνση</td><td>: Περιοχή Μεζούρλο, Τ.Θ. 1425</td></tr><tr><td>Ταχ. Κώδικας</td><td>: 41110</td></tr><tr><td>Πληροφορίες</td><td>: Καραγγέλη Μαρία</td></tr><tr><td>Τηλέφωνο</td><td>: 2413502764</td></tr><tr><td>Τηλεμοιτυπία</td><td>: 2410670248</td></tr><tr><td>Ηλ. Διεύθυνση</td><td>: epistimoniko@gmail.com</td></tr></table>			Ταχ. Διεύθυνση	: Περιοχή Μεζούρλο, Τ.Θ. 1425	Ταχ. Κώδικας	: 41110	Πληροφορίες	: Καραγγέλη Μαρία	Τηλέφωνο	: 2413502764	Τηλεμοιτυπία	: 2410670248	Ηλ. Διεύθυνση	: epistimoniko@gmail.com
Ταχ. Διεύθυνση	: Περιοχή Μεζούρλο, Τ.Θ. 1425													
Ταχ. Κώδικας	: 41110													
Πληροφορίες	: Καραγγέλη Μαρία													
Τηλέφωνο	: 2413502764													
Τηλεμοιτυπία	: 2410670248													
Ηλ. Διεύθυνση	: epistimoniko@gmail.com													
ΘΕΜΑ : Διαβίβαση απόφασης του Επιστημονικού Συμβουλίου. ΣΧΕΤ. : Η από 09-01-19 αίτησή σας.														
Σας διαβιβάζουμε την αριθ. 9/1^{ης}/17-01-2019 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου, με θέμα: «Έγκριση μελέτης με θέμα “Μελέτη μεταβολών ποιότητας ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική αντιμετώπιση κακοήθων νεοπλασμάτων του θυρεοειδούς αδένος”, για τις δικές σας ενέργειες. Παραμένουμε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση.														
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ. Καθηγητής Ε. ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ														
Θεωρήθηκε για την ακρίβεια  Ο προϊστάμενος της Γραμματείας ΣΤΡΟΥΘΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΓΡΑΜΜΑΤΕΩΝ														

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
της 1^{ης} /17-01-2019 Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου
του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ – ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ
«ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ» ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΛΑΡΙΣΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Στη Λάρισα σήμερα **17 Ιανουαρίου 2019**, ημέρα της εβδομάδας **Πέμπτη** και ώρα **11.00 π.μ.**, στο Γραφείο του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ – ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ» ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΛΑΡΙΣΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, μετά την αριθ. πρωτ. 2263/15-01-19 πρόσκληση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ – ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ» ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΛΑΡΙΣΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, συνήλθε σε **τακτική συνεδρίαση** το Επιστημονικό Συμβούλιο, το οποίο συγκροτήθηκε βάσει των αριθ. Α372/24-04-2018 και Α814/05.10.2018 αποφάσεων του Διοικητή του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ – ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ» ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΛΑΡΙΣΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, για να συζητήσει επί θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης.

Παρόντα κατά τη συνεδρίαση είναι τα ακόλουθα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου:

1.	Ζακυνθινός Επαμεινώνδας	Καθ. Διευθυντής Κλινικής Εντατικής Θεραπείας	Πρόεδρος (για τα θέματα 1-33)
2.	Σκουλαρίγκης Ιωάννης	Καθ. Καρδιολογικής Κλινικής	Τακτικό μέλος (εκτός των θεμάτων 5, 13, 14)
3.	Ανυφαντής Γεώργιος Σπυρίδων	Επ. Καθ. Εμβρυολογίας	Τακτικό μέλος
4.	Σολδάτου Ευγενία	ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων	Τακτικό μέλος
5.	Τσιγάρα Σταυρούλα	ΠΕ Νοσηλευτικής	Αναπληρωματικό μέλος
6.	Τζιαστούδη Ειρήνη	Επιμελήτρια Β' Παθολογικής Ανατομικής	Τακτικό μέλος
7.	Κωτσάκης Αθανάσιος	Αν. Καθ. Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής	Αναπληρωτής του Προέδρου του Ε.Σ. (για το θέμα 34)

Οι κ. Α. Τσικρίκα, κ. Δ. Αληφακιώτη, κ. Α. Μαλίτα, κ. Β. Αναγνωστόπουλος απουσίαζαν λόγω κωλύματος.

Στη συνεδρίαση παρέστη ως Γραμματέας του Συμβουλίου η Καραγγέλη Μαρία, ΔΕ Διοικητικών-Γραμματέων.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία ο Πρόεδρος κηρύσσει την έναρξη της συνεδρίασης και θέτει προς συζήτηση τα παρακάτω θέματα της Ημερήσιας Διάταξης:

ΘΕΜΑ 9^ο:

Κατάθεση προς έγκριση του με αριθ. πρωτ. 1301/09-01-19 εγγράφου με θέμα: «Έγκριση μελέτης με θέμα "Μελέτη μεταβολών ποιότητας ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική αντιμετώπιση κακοήθων νεοπλασμάτων του θυρεοειδούς αδένος"» από την κ. Όλγα Αγγλοπούλου Προϊσταμένη Νοσηλευτικού Τμήματος της Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής του Π.Γ.Ν.Α. – Γ.Ν.Α. «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ» ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΛΑΡΙΣΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Τίθεται υπόψη του Επιστημονικού Συμβουλίου προς έγκριση το εν λόγω θέμα, με το ακόλουθο περιεχόμενο:

Αξιότιμε κ. Ζακυνθινέ,

Παρακαλώ όπως φέρετε προς συζήτηση στο Επιστημονικό Συμβούλιο την πρότασή μας για την διενέργεια μίας προοπτικής κλινικής μελέτης με θέμα την Μελέτη μεταβολών ποιότητας ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική αντιμετώπιση κακοήθων νεοπλασμάτων του θυρεοειδούς και υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση (συνημμένο αντίγραφο πρωτοκόλλου). Θα ήθελα να διαβεβαιώσω τόσο εσάς όσο και τα υπόλοιπα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου ότι όλες οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας καθώς και

οι ισχύουσες νομικές διατάξεις αναφορικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών θα τηρηθούν κατά την διενέργεια της συγκεκριμένης μελέτης.

Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι θα συμμετάσχουν στην μελέτη μόνο ασθενείς που έχουν δώσει γραπτή συγκατάθεση.

Θα ήθελα να σας ευχαριστήσω εκ των προτέρων για την συνεργασίας και είμαι στην διάθεσή σας για τυχόν ερωτήσεις ή επεξηγήσεις.

Με τιμή,

Τα μέλη του Ε.Σ., λαμβάνοντας υπόψη τα ακόλουθα:

τα όσα αναφέρονται στο ανωτέρω έγγραφο, τα συνημμένα σε αυτό κατατεθέντα στοιχεία και μετά από διαλογική συζήτηση

Ομόφωνα, γνωμοδοτούν

1. Θετικά για την έγκριση του θέματος «Έγκριση μελέτης με θέμα "Μελέτη μεταβολών ποιότητας ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική αντιμετώπιση κακοήθων νεοπλασμάτων του θυρεοειδούς αδένος"», όπως κατατέθηκε με το αριθ. πρωτ. 1301/09-01-19 έγγραφο από την κ. Ολγα Αγγλοπούλου Προϊσταμένη Νοσηλευτικού Τμήματος της Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής του Π.Γ.Ν.Α. – Γ.Ν.Α. «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ» ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΛΑΡΙΣΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
2. Θετικά για την έγκριση όλων των σχετικών με το εν λόγω θέμα κατατεθέντων στοιχείων, ήτοι:
 - ερευνητικό πρωτόκολλο
 - δήλωση συναίνεσης συμμετοχής
 - ερωτηματολόγιο
 - υπεύθυνη δήλωση
 - βεβαίωση σπουδών

Αυθημερόν επικύρωση της παρούσης.

5η Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΠΑΝΕΠ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. Κ.
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Επαμεινώνδας Ζακυνθινός
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ - ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

Κωτσάκης Αθανάσιος

ΤΑ ΜΕΛΗ
Τζιαστούδη Ειρήνη
Σκουλαρίγκης Ιωάννης
Σολδάτου Ευγενία
Ανυφαντής Γεώργιος Σπυριδων
Τσιγάρα Σταυρούλα

Ακριβές Απόσπασμα Πρακτικού
της 1^{ης} /17-01-2019
Τακτικής Συνεδρίασης Ε.Σ.
Λάρισα, 17-01-2019
Η Γραμματέας του Ε.Σ.
Καραγγέλη Μαρία

Hi Dr. Agglopoulou,

You were recently listed as a co-author of the Cureus article, "[Quality of Life in Patients With Well-Differentiated Thyroid Carcinoma After Total Thyroidectomy in Greece](#)." We're pleased to report that this article has been published and will appear in PubMed Central in approximately six weeks.

Use the "View my article" button below to view the published article. Remember to share the article with your friends and colleagues and encourage them to score it with our SIQ™ system. Congratulations!

Thanks,
The Cureus Editorial Team



PUBLISHED

Original Article

Quality of Life in Patients With Well-Differentiated Thyroid Carcinoma After Total Thyroidectomy in Greece

[Olga Agglopoulou](#), [Eleni Gkrinia](#), [...] [Ioannis Bizakis](#)

Categories: Endocrinology/Diabetes/Metabolism, Otolaryngology

Abstract

Introduction: Well-differentiated thyroid cancer is among the most common types of endocrine cancer. Despite its increasing prevalence, the prognosis of thyroid cancer is rather good, with a five-year survival rate ranging between 80% and 90%, depending on the histological type. Not only the post-treatment complications and the side effects of the lifelong medication but also the possibility of a recurrence may have a negative impact on the patient's quality of life (QoL).

Objective: The aim of this study is to investigate the impact of total thyroidectomy on the

QoL of patients with well-differentiated thyroid carcinoma.

Methods: A prospective study was performed in patients who underwent total thyroidectomy due to well-differentiated thyroid carcinoma in the Otolaryngology-Head and Neck Surgery Department at the University Hospital of Larissa, Greece. The QoL was evaluated based on the “Quality of Life (Thyroid Version)” questionnaire.

Results: One hundred patients participated in the study, with a mean age of 51.24 ± 15.33 years. Of these, 63 (63%) were females and 37 (37%) were males. Social concerns, physical well-being, and psychological well-being presented a gradual positive alteration during the first 12 months after the surgery, with psychological well-being reporting the most significant progress of 15.3%. However, spiritual well-being appeared to decline over time. The younger patients progressively improved their physical, psychological, and mental well-being; however, the older patients showed an amelioration of their social skills. Female patients reported higher levels of spiritual well-being, whereas males developed better social skills.

Conclusions: In the long term, total thyroidectomy can ameliorate patients’ physical status, psychological well-being, and social concerns. However, it might have a negative effect on their mental health during the first 12 months postoperatively. In addition, QoL is directly influenced by demographic characteristics such as age and gender.