



# 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Κολλεγίου Χειρουργών

Υπό την αιγίδα της Α.Ε. του  
Προέδρου της Δημοκρατίας  
Κυρίου Κάρωλου Παπούλια

16 - 17 Απριλίου 2010  
Ξενοδοχείο Divani Caravel  
Αθήνα

Τελικό Πρόγραμμα - Βιβλίο Περιλήψεων  
[www.hcos.gr](http://www.hcos.gr)



## Περιεχόμενα

Χαιρετισμός Προέδρου	σελ. 3
Επιτροπές	σελ. 4
Θεματολογία Συνεδρίου	σελ. 6
Γενικές Πληροφορίες	σελ. 7
Επιστημονικό Πρόγραμμα	σελ. 8
Ευρετήριο Ομιλητών - Συντονιστών - Προέδρων	σελ.17
Χορηγοί	σελ.18
Ελεύθερες Ανακοινώσεις	σελ.20
Αναρτημένες Ανακοινώσεις	σελ.50
Ευρετήριο Συγγραφέων	σελ.62

Με την Υποστήριξη των:

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
Πανεπιστήμιο Αθηνών  
Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος

## Χαιρετισμός Προέδρου

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Με γνώμονα ότι η συνεχής επιμόρφωση των ιατρών έχει μεγάλη σημασία αφού παρέχει ενημέρωση για τις σημαντικές εξελίξεις που πραγματοποιούνται στην Ιατρική στο ερευνητικό, διαγνωστικό και θεραπευτικό πεδίο, αποφασίσαμε να οργανώσουμε το 4ο στη σειρά Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Κολλεγίου Χειρουργών, στις 16 – 17 Απριλίου του 2010, στην Αθήνα.

Το Ελληνικό Κολλέγιο Χειρουργών έχει σκοπό να συνδέσει την προπτυχιακή εκπαίδευση με τα προγράμματα των ειδικοτήτων, την έρευνα και τη δια βίου εκπαίδευση των χειρουργών όλων των ειδικοτήτων και να προάγει τη χειρουργική δια παντός εν γένει επιστημονικού μέσου.

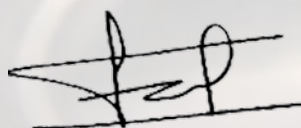
Πιστεύουμε ότι θα οργανώσουμε, ένα ενδιαφέρον και ιδιαίτερος παραγωγικό Συνέδριο με αυξημένα επιστημονικά οφέλη, τόσο για τα μέλη του Ελληνικού Κολλεγίου Χειρουργών καθώς και τους συμμετέχοντες και σε παλαιότερες εκδηλώσεις μας, όσο και για τους νεότερους συναδέλφους και μέλη μας.

Το Επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου θα συγκροτηθεί κυρίως με διαλέξεις ειδικών,τρογγύλες τράπεζες και ενεργό συζήτηση με το ακροατήριο σε συγκεκριμένα θέματα.

Ο καρκίνος του μαστού, οι παθήσεις του εντέρου, τα αιματολογικά νοσήματα, ο καρκίνος του παχέως εντέρου αλλά και θέματα Χειρουργικής Εκπαίδευσης στον 21ο αιώνα είναι από τα θέματα που πιστεύουμε ότι πρέπει να αναπτυχθούν.

Το «Ελληνικό Κολλέγιο Χειρουργών» και εγώ προσωπικά σας προσκαλούμε να εγγραφείτε στο Συνέδριο, αλλά και να γίνετε μέλη του Κολλεγίου και να στηρίξετε με την ενεργό συμμετοχή σας τις εκδηλώσεις μας.

Με φιλικούς χαιρετισμούς  
Ο Πρόεδρος του Συνεδρίου



Αθανάσιος Γιαννόπουλος  
Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ - τ. Υφυπουργός Υγείας



## Επιτροπές

### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΟΛΛΕΓΙΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ  
ΧΡΗΣΤΟΣ ΤΣΙΓΚΡΗΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΡΑΛΙΩΤΑΣ  
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΝΙΚΗΤΕΑΣ  
ΗΡΑΚΛΗΣ ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ  
ΑΛΚΙΒΙΑΔΗΣ ΚΩΣΤΑΚΗΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΑΝΩΛΑΣ †  
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΣΤΡΑΤΗΣ  
ΚΩΝ/ΝΟΣ ΧΑΤΖΗΘΕΟΦΙΛΟΥ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ  
ΕΙΔΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ  
ΤΑΜΙΑΣ  
ΜΕΛΟΣ  
ΜΕΛΟΣ  
ΜΕΛΟΣ  
ΜΕΛΟΣ

### ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΑΛΚΙΒΙΑΔΗΣ ΚΩΣΤΑΚΗΣ  
ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΠΡΑΜΗΣ

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΙ

ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΓΙΑΛΙΚΑΡΗΣ

ΕΙΔΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ  
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΥ  
ΧΡΗΣΤΟΣ ΔΕΡΒΕΝΗΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΡΑΛΙΩΤΑΣ  
ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ ΛΙΑΚΟΣ  
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΑΡΙΝΟΣ  
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΝΙΚΗΤΕΑΣ  
ΗΡΑΚΛΗΣ ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ  
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΣΤΡΑΤΗΣ  
ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΠΙΚΟΥΛΗΣ  
ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΤΣΙΓΑΝΗΣ  
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΦΕΛΕΚΟΥΡΑΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΧΑΤΖΗΘΕΟΦΙΛΟΥ

ΜΕΛΗ

## Επιτροπές

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ ΠΑΠΑΛΑΜΠΡΟΣ

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ  
ΧΡΗΣΤΟΣ ΤΣΙΓΚΡΗΣ

**ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΙ**

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΝΙΚΗΤΕΑΣ

**ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

#### ΜΕΛΗ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΝΤΣΑΚΛΗΣ  
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΥ  
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΚΟΥΡΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ  
ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ  
ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ  
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΖΩΓΡΑΦΟΣ  
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΚΑΛΟΦΟΥΤΗΣ  
ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΡΑΛΙΩΤΑΣ  
ΑΝΔΡΕΑΣ ΚΑΡΑΜΠΙΝΗΣ  
ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΚΑΡΑΤΖΑΣ  
ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΚΑΤΣΑΡΑΓΑΚΗΣ  
ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΟΥΤΣΟΥΡΗΣ  
ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΛΕΑΝΔΡΟΣ  
ΑΝΔΡΕΑΣ ΜΑΝΟΥΡΑΣ

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΑΧΑΙΡΑΣ  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΜΙΧΑΗΛ  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΜΠΑΛΑΣ  
ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΠΡΑΜΗΣ  
ΟΘΩΝΑΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ  
ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ  
ΜΙΧΑΗΛ ΣΑΦΙΟΛΕΑΣ  
ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΣΜΥΡΝΙΩΤΗΣ  
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ  
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΤΣΙΦΤΣΗΣ  
ΑΡΓΥΡΩ ΦΑΣΟΥΛΑΚΗ  
ΜΙΧΑΗΛ ΦΑΤΟΥΡΟΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΦΩΤΙΑΔΗΣ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ

### ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ

- Θωμάς Γερασιμίδης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Φώτης Καλφαρέντζος, Πανεπιστήμιο Πατρών
- Άγγελος Καππός, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
- Διονύσιος Καραβίας, Πανεπιστήμιο Πατρών
- Γεώργιος Κρεατσάς, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Κωνσταντίνος Μανωλάς†, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
- Ιωάννης Μελισσάς, Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Κωνσταντίνος Σιμόπουλος, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
- Δημήτριος Τακούδας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Ευάγγελος Τζωρακολευθεράκης, Πανεπιστήμιο Πατρών
- Μιχάλης Φατούρος, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
- Γεώργιος Χαλκιαδάκης, Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Κωνσταντίνος Χατζηθεοφίλου, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

## Θεματολογία Συνεδρίου

- Εξειλίξεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού
- Γενετικό Υπόστρωμα των Φλεγμονωδών Παθήσεων του Εντέρου
- Ιατρική Σχολή : Όραμα και βηματισμοί
- Χειρουργική εκπαίδευση στον 21ο αιώνα
- Καρκίνος Στομάχου
- Η ευθύνη του χειρουργού
- Σημερινή θέση της σπληνεκτομής στα αιματολογικά νοσήματα
- Πλαστική χειρουργική αποκατάσταση ελλειμμάτων κοιλιακού τοιχώματος
- Αξιολόγηση – Ενδείξεις εφαρμογής των νέων μεθόδων για την αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής και των κλάδων τους



## Γενικές Πληροφορίες

### 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Κολλεγίου Χειρουργών

16-17 Απριλίου 2010

Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα

Συνεδριακή Αίθουσα: Horizon

Εκθεσιακός Χώρος: Athens View

Επίσημη Γλώσσα Συνεδρίου: Ελληνικά

### Ώρες λειτουργίας Γραμματείας Συνεδρίου:

Παρασκευή 16/04/2010: 08:00 – 21:00

Σάββατο 17/04/2010: 08:30 – 21:00

**Κάρτες Συνέδρων (Badges):** Οι κάρτες (badges) θα παραδίδονται από τη Γραμματεία του Συνεδρίου και είναι ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ για την είσοδο τόσο στους συνεδριακούς χώρους όσο και στην έκθεση, καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

**Έκθεση:** Στο πλαίσιο του Συνεδρίου διοργανώνεται Έκθεση Φαρμακευτικών και Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων.

**Κέντρο Παραλαβής Παραυσιάσεων (Slide Preview desk):** Οι κ.κ. ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν εγκαίρως τις παρουσιάσεις των εισηγήσεών τους- τουλάχιστον 1 ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους, στο slide preview desk.

**Προφορικές Ανακοινώσεις:** Ο χρόνος παρουσίασης κάθε εργασίας θα είναι 10 λεπτά συμπεριλαμβανομένης και της συζήτησης. Για την παρουσίαση της εργασίας τους οι συγγραφείς θα έχουν στη διάθεσή τους PC και projector για power point παρουσίαση.

### Αναρτημένες Ανακοινώσεις:

• Στο χώρο διεξαγωγής του Συνεδρίου, σε επιλεγμένο σημείο της αίθουσας Athens View θα τοποθετηθούν οι Αναρτημένες Ανακοινώσεις.

• Οι συγγραφείς καλούνται να αναρτήσουν τις εργασίες τους στις προβλεπόμενες θέσεις, η αρίθμηση των οποίων θα αντιστοιχεί στον κωδικό αριθμό παρουσίασης της εργασίας τους.

• Σε κάθε πλαίσιο ανάρτησης Ανακοινώσεων, θα έχει ήδη τοποθετηθεί από τον Οργανωτή ο κωδικός αριθμός της κάθε εργασίας.

• Οι συγγραφείς θα προμηθευτούν τα απαιτούμενα υλικά για την ανάρτηση των Ανακοινώσεων από τη Γραμματεία του Συνεδρίου.

• Η ευθύνη ανάρτησης και αποξήλωσης των posters είναι αποκλειστικά των συγγραφέων και η Ο.Ε. δε φέρει καμία υποχρέωση σε περίπτωση που καταστραφούν ή χαθούν μετά το πέρας της προγραμματισμένης ώρας αποξήλωσης.

**ΠΡΟΣΟΧΗ.** Η εγγραφή στο Συνέδριο και η παρουσία ενός τουλάχιστον εκ των συγγραφέων θεωρείται απαραίτητη.

**Μοριοδότηση:** Το 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Κολλεγίου Χειρουργών, μετά από αξιολόγηση του Επιστημονικού προγράμματος, μοριοδοτήθηκε με δώδεκα (12) μόρια συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME Credits).

### Διοργάνωση:

### Εταιρεία Οργάνωσης Συνεδρίου:



Ελληνικό Κολλέγιο Χειρουργών

[contact@hcos.gr](mailto:contact@hcos.gr)

[www.hcos.gr](http://www.hcos.gr)



Afeia Travel & Congress Services  
Professional Congress Organizer (PCO)  
Λυκαβηττού 39-41, 106 72 Αθήνα  
τηλ. 2103668877, fax, 2103643511  
[www.afea.gr](http://www.afea.gr)

## Παρασκευή 16 Απριλίου 2010

### Αίθουσα HORIZON

- 09: 00 - 10:30** **Ελεύθερες Ανακοινώσεις**  
**Προεδρείο:** Σ. Πρίγκουρης – Η. Παπαϊωάννου
- EA01** **ΠΕΡΙΝΕΪΚΗ ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΓΑΓΓΡΑΙΝΩΔΗ ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΟΡΘΟΥ**  
**Βουλημενέας Ιωάννης**, Αντωνόπουλος Κωνσταντίνος, Αλιφιεράκης  
Ευάγγελος, Κωστόπουλος Γρηγόριος, Ιωαννίδης Παύλος  
Α Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας – Πειραιώς
- EA02** **ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΤΟΥ**  
**Κουζανίδης Ν.**, Χατζόπουλος Κ., Παπαζαχαρίας Χρ.  
Α' Τμήμα Γενικής Χειρουργικής και Μονάδα Λαπαροενδοσκοπικής Χειρουργικής ΓΝΑ «ΚΑΤ»,  
Κηφισιά
- EA03** **ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ-ΜΙΑ**  
**ΑΣΦΑΛΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗ**  
**Νερούλια Α.**, Φωτίου Ε., Παρασκευόπουλος Ι. Α.  
Α' Τμήμα Γενικής Χειρουργικής και Μονάδα Λαπαροενδοσκοπικής Χειρουργικής ΓΝΑ «ΚΑΤ»,  
Κηφισιά
- EA04** **ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΑ-ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΟΥ, ΠΑΡΑΝΕΦΡΙΚΟΥ**  
**ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΘΥΡΙΔΩΤΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ**  
**Καφέζα Μαρίνα**, Κατσαργύρης Αθανάσιος, Ματθαίου Αλέξανδρος, Ψαρρός  
Βασίλειος, Μαρκάτης Φώτιος, Βουρλιωτάκης Γεώργιος, Μπακογιάννης  
Χρήστος, Γεωργόπουλος Σωτήριος, Κλωνάρης Χρήστος, Παπαλάμπρος  
Ευστάθιος  
Α' Χειρουργική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Αθήνα
- EA05** **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΕΝΔΟΔΙΑΦΥΓΗΣ ΤΥΠΟΥ 2**  
**ΧΩΡΙΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ**  
**Ψάθας Εμμανουήλ**, Ρουκανάς Παναγιώτης, Λιουδάκη Στέλλα, Αυγερινός  
Ευθύμιος, Βερύκοκος Χρήστος, Κλωνάρης Χρήστος, Κουράκης Γρηγόρης  
Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Αθήνα
- EA06** **ΝΕΦΡΟ-ΕΠΙΝΕΦΡΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ (Ν.Ε.Ο): ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ**  
**Κωστόπουλος Γρηγόρης**, Βουλημενέας Ιωάννης, Ιωαννίδης Παύλος  
Α Χειρουργικό Τμήμα Πγεννη Άγιος Παντελεήμων
- EA07** **Η ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.**  
**ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑΣ. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΙ ΝΕΟ;**  
**Κατσούλης Ηρακλής**, Μακασώρης Κωνσταντίνος, Γιαννόπουλος Γεώργιος,  
Διγαλάκης Μιχαήλ  
Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας», Αθήνα
- EA08** **ΔΙΑΣΩΣΗ ΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ**  
**ΚΑΙ STENTING**  
**Κατσαργύρης Αθανάσιος**, Κλωνάρης Χρήστος, Παππάς Πάρης, Ματθαίου



**Παρασκευή 16 Απριλίου 2010**

**Αίθουσα HORIZON**

**Αλέξανδρος, Ψαρρός Βασίλειος, Καφέζα Μαρίνα, Δηλές Κώστας, Σωτήρχος Γεώργιος, Γαρμπής Σπυρίδων, Μπόκος Ιωάννης, Ζαββός Γεώργιος**  
Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού και Χειρουργικής Νεφροπαθών, ΛΑΪΚΟ Νοσοκομείο Αθηνών

**ΕΑ09**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΧΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΠΛΑΚΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΤΑΣΕΟΨΠΟΔΟΧΕΩΝ**

Τσεκούρας Νικόλαος, Κατσαργύρης Αθανάσιος, Μαρκάτης Φώτιος, Ψαρρός Βασίλειος, Καφέζα Μαρίνα, Ματθαίου Αλέξανδρος, Μαρίνος Γεώργιος, Μπακογιάννης Χρήστος, Κληωνάρης Χρήστος, Γεωργόπουλος Σωτήριος, Γιαννόπουλος Αθανάσιος, Παπαλάμπρος Ευστάθιος  
Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

**10: 30 - 12:00**

**Ελεύθερες Ανακοινώσεις**

**Προεδρείο:** Α. Αλεξάνδρου – Σ. Γιαθικάρης

**ΕΑ10**

**ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ, ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΧΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΠΛΑΚΑΣ**

Τσεκούρας Νικόλαος, Κατσαργύρης Αθανάσιος, Μαρκάτης Φώτιος, Ψαρρός Βασίλειος, Καφέζα Μαρίνα, Ματθαίου Αλέξανδρος, Μαρίνος Γεώργιος, Μπακογιάννης Χρήστος, Κληωνάρης Χρήστος, Γεωργόπουλος Σωτήριος, Γιαννόπουλος Αθανάσιος, Παπαλάμπρος Ευστάθιος  
Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΕΑ11**

**ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ ΒΡΑΧΙΟΝΑ : ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Γαλανόπουλος Γεώργιος, Γιαννακοπούλου Σταυρούλα, Φιλαλήθης Παναγιώτης, Λαμπίδης Κωνσταντίνος.  
Νοσοκομείο "Ιαώ" General, Αθήνα

**ΕΑ12**

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΝΑΤΡΙΟΥΡΗΤΙΚΩΝ ΠΕΠΤΙΔΙΩΝ: ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΧΟΙΡΟΥΣ**

Μαρίνης Αθανάσιος<sup>1</sup>, Αργύρα Εριφύλη<sup>2</sup>, Ρέλια Παναγιώτα<sup>3</sup>, Βώρος Διονύσιος<sup>1</sup>, Ποθυμενέας Γεώργιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Χειρουργική Κλινική, «Τζάνειο» Νοσοκομείο Πειραιώς,

<sup>2</sup> Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Αθηνών,

<sup>3</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο &

<sup>4</sup> Β' Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Αθηνών

**ΕΑ13**

**Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΑΧΕΙΑΣ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ**

Αλεβίζος Λεωνίδας, Δαρδαμάνης Δημήτριος, Κοντογιάννη Παναγιώτα, Λιναρδούτσος Δημήτριος, Κοτσαδημητρίου Αικατερίνη, Δαλιανούδης Ιωάννης, Παπαχρηστίδου Σμαράγδα, Πανταλός Γεώργιος, Μαρκογιαννάκης Χαρίδημος, Μανουράς Ανδρέας

Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

**Παρασκευή 16 Απριλίου 2010**

**Αίθουσα HORIZON**

**ΕΑ14 ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΜΕ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΣΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΗΣ Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ».**  
**Γ.Μαρίνος<sup>1</sup>, Ε. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ι.Πατέρας<sup>2</sup>, Κ. Βλάχης<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Π. Κορομπέλης<sup>1</sup>, Λ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κατσακούλης<sup>1</sup>, Α. Πήλαστηρας<sup>1</sup>, Αθ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α΄ Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΝΑ «Λαϊκό»

**ΕΑ15 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΓΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΒΟΘΡΟΥ-ΣΥΝΗΘΕΣ ΑΙΤΙΟ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΤΟ ΤΕΠ ΤΗΣ Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ».**  
**Γ.Μαρίνος<sup>1</sup>, Ε. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ι.Πατέρας<sup>2</sup>, Κ. Βλάχης<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Π. Κορομπέλης<sup>1</sup>, Λ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κατσακούλης<sup>1</sup>, Α. Πήλαστηρας<sup>1</sup>, Αθ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α΄ Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΝΑ «Λαϊκό»

**ΕΑ16 Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΛΟΔΑΠΗ ΙΘΑ-ΓΕΝΕΙΑ ΣΤΟ ΤΕΠ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΩΜΕΑ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ».**  
**Γ.Μαρίνος<sup>1</sup>, Ε. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ι.Πατέρας<sup>2</sup>, Κ. Βλάχης<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Π. Κορομπέλης<sup>1</sup>, Λ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κατσακούλης<sup>1</sup>, Α. Πήλαστηρας<sup>1</sup>, Ε. Χριστοδούλου<sup>3</sup>, Αθ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α΄ Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>3</sup>Ορθοπαιδική Κλινική ΓΝ Καρπενησίου

**ΕΑ17 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΟΠΑΘΕΙΑ ΣΤΟ ΤΕΠ ΤΟΥ ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ**  
**Γ.Μαρίνος<sup>1</sup>, Ε. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ι.Πατέρας<sup>2</sup>, Κ. Βλάχης<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Π. Κορομπέλης<sup>1</sup>, Λ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κατσακούλης<sup>1</sup>, Α. Πήλαστηρας<sup>1</sup>, Αθ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α΄ Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΝΑ «Λαϊκό»

**ΕΑ18 Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΔΑΚΤΥΛΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΣΤΟ ΤΕΠ ΤΟΥ ΛΑΪΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.**  
**Γ.Μαρίνος<sup>1</sup>, Ε. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ι. Πατέρας<sup>2</sup>, Κ. Βλάχης<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Π. Κορομπέλης<sup>1</sup>, Λ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κατσακούλης<sup>1</sup>, Α. Πήλαστηρας<sup>1</sup>, Αθ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α΄ Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΝΑ «Λαϊκό»

**12: 00 - 12:30 Διάλειμμα Καφέ με την ευγενική χορηγία της SANOFI AVEVNTIS.**



## Παρασκευή 16 Απριλίου 2010

### Αίθουσα HORIZON

**12 :30 - 14:00** **Στρογγύλη Τράπεζα**

**Θέμα:** Εξειλίξεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού

**Συντονιστές:** Κ. Κόντζογλου – Κ. Τσίκος

**Εισηγητές:**

**Κ. Ρεβένas:** Ψηφιακή Μαστογραφία και νεώτερες απεικονιστικές μέθοδοι

**Σ. Λανίτης:** Χειρουργική και Διεγχειρητική Ακτινοθεραπεία - RF

**Δ. Κούκουρας:** Φρουρός Λεμφαδένas – Μικρομετάσταση

**Κ. Κόντζογλου:** Ογκοπληστική: Εφαρμογές προβληματισμοί

**Χ. Μαρκόπουλος:** Ορμονοθεραπείa: Που βρισκόμαστε σήμερα

**Ο. Παπαδόπουλος:** Σύγχρονη αποκατάσταση

**Σχολιαστήs:** Γ. Ζωγράφος

**14:00 - 17:00** *Μεσημβρινή Διακοπή*

**17:00 - 17:30** *Διάλειμμα Καφέ με την ευγενική χορηγία της* **INEΞ ΙΑΤΡΙΚΑ Α.Ε.**



**17:30 - 18:00** **Διάλεξη**

**Θέμα:** Γενετικό Υπόστρωμα των Φλεγμονωδών Παθήσεων του Εντέρου

**Προεδρείο:** Θ. Διαμαντής – Γ. Αντσακλής

**Ομιλητής:** Ν. Ανάγνου

**18:00 - 18:30** **Διάλεξη**

**Θέμα:** Ιατρική Σχολή : Όραμα και βηματισμοί

**Προεδρείο:** Α. Καλοφούτης

**Ομιλητής:** Α. Παπαβασιλείου

**18:30 - 20:00** **Στρογγύλη Τράπεζα**

**Θέμα:** Χειρουργική εκπαίδευση στον 21<sup>ο</sup> αιώνα

**Συντονιστές:** Ε. Γεωργίου – Α. Παπαχριστοδούλου

**Εισηγητές:**

**Ε. Λεάνδρος:** Εκπαίδευση στην προηγμένη λαπαροσκοπική χειρουργική

**Ε. Γεωργίου:** Προσομοίωση στην Ιατρική εκπαίδευση

**Κ. Λουκάs:** Τεκμηρίωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων προσομοίωσης

**Ν. Νικητέas:** Εκπαίδευση στη Ρομποτική Χειρουργική. Χτίζοντας τη Χειρουργική του μέλλοντος

### ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ


**20:00 - 20:30** **Προσφωνήσεις**

**20:30** **Εναρκτήρια Ομιλία**

**Θέμα:** Ιατρική Εκπαίδευση & Ανθρωπιστικές Επιστήμες

**Ομιλητής:** Χ. Κίττας

**21:00**

*Δεξίωση Υποδοχής - Cocktail με την Ευγενική Χορηγία της* **Covidien Hellas**  **COVIDIEN**  
*To Cocktail θα προσφερθεί στον Εκθεσιακό Χώρο (Athens View)*



## Σάββατο 17 Απριλίου 2010

### Αίθουσα HORIZON

**09:30 - 11:00** Ελεύθερες Ανακοινώσεις  
Προεδρείο: Π. Ιωαννίδης – Χ. Γεωργίου

**EA19** **ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ ΣΤΟ ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»**  
Γ.Μαρίνος<sup>1</sup>, Ε.Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ι.Πατέρας<sup>2</sup>, Κ. Βλάχης<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Π. Κορομπέλης<sup>1</sup>, Λ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κατσακούλης<sup>1</sup>, Α. Πλα-στηρας<sup>1</sup>, Αθ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΝΑ «Λαϊκό»

**EA20** **Η ΧΡΗΣΗ ΝΕΥΡΟΔΙΕΓΕΡΤΗ ΣΤΙΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΥΡΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΟΣ. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**  
Γαλατερός Γ., Χριστόφιδος Π., Αδάμ Σ. Κούτρης Π., Σταθάκη Μ., Πολίτης Ν., Παϊζης Β.  
Κρατική Χειρουργική Κλινική Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Αθηνών

**EA21** **ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΔΙΠΛΗ ΤΥΦΛΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟΠΙΚΟ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ**  
Τσάμης Δημήτριος, Μιχαλόπουλος Νικόλαος Β., Δεληστάθη Θαλασσινή, Κούρτη Περσεφώνη, Κουτσογιάννη Μαρία, Κουρτέση Αικατερίνη, Μανουράς Ιωάννης, Μαρκογιαννάκης Χαρίδημος, Μα-νουράς Ανδρέας, Ζωγράφος Γεώργιος  
Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

**EA22** **ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**  
Λέτσος Σωτήριος, Γκουζίας Παναγιώτης, Αθανασίου Αθανάσιος  
Γ.Ν Λαμίας

**EA23** **ΤΡΑΥΜΑ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΠΟ ΠΥΡΟΒΟΛΟ ΟΠΛΟ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**  
Πατέρας Ι.<sup>1</sup>, Μιχαήλ Ο.<sup>1</sup>, Παπαλάμπρος Α.<sup>1</sup>, Μαρίνος Γ.<sup>1</sup>, Γιαν-νόπουλος Λ. Καραϊσκος Ι.<sup>1</sup>, Σπάρταλης Ε.<sup>2</sup>, Ράμμος Χ.<sup>3</sup>, Τόμος Π.<sup>2</sup>, Μιχαήλ Π.<sup>1</sup>, Γιαννόπουλος Α.<sup>1</sup>, Παπαλάμπρος Ε.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Α' ΧΚ,  
<sup>2</sup>Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Β' ΧΚ,  
<sup>3</sup>Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων- Β' ΧΚ

**EA24** **ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΤΗΣ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΣΕ ΑΝΟΙΚΤΗ**  
Καμπαρούδης Απόστολος, Καρδάσης Δημήτριος, Λαζόπουλος Αχιλλέας, Αναστασιάδης Κλεάνθης, Φραγκανδρέας Γεώργιος, Πα-σαχαλίδου Ελένη, Κηροπλάστης Κωνσταντίνος, Γερασιμίδης Θωμάς.  
Ε' Χειρουργική Κλινική Α. Π. Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

**Σάββατο 17 Απριλίου 2010**

**Αίθουσα HORIZON**

**ΕΑ25**

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΘΡΟΜΒΟΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ, ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ Ή ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ**

**Θεάκος Ν.<sup>1</sup>, Μάντζαρης Γ.<sup>2</sup>, Π. Δεδενλής<sup>1</sup>, Ροδοδάκης Α.<sup>2</sup>, Βουγάς Β.<sup>3</sup>, Βλάχος Γ.<sup>2</sup>, Ρουσσάκης Α.<sup>3</sup>, Μ. Πατρώνης<sup>1</sup>, Ν. Ιωάννης<sup>1</sup>, Μ. Ιωάννης<sup>1</sup>, Πισπιρίγκου Σ.<sup>1</sup>, Τσούκας Α.<sup>1</sup>, Κ. Μπόλος<sup>1</sup> και Αντσακλής Α.<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup> Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα,

<sup>2</sup> 1η Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»,

<sup>3</sup> Α' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα.

**ΕΑ26**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ**

**Νατούδη Μ., Δημόπουλος Λ., Δημόπουλος Χ., Δοξαστάκη Αικ., Δημοπούλου Α.ή, Ζιώζια Β., Μαρκογιαννάκης Χ., Κουτσουμάνης Κ., Μανουράς Α.**

Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΕΑ27**

**ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΤΟΜΗ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ**

**Μέμος Ν., Al-harethee Wasim, Πλαστήρας Α., Πείτσιδου Κ., Σπυρόπουλος Β., Δουλάμη Γ., Μαρκογιαννάκης Χ., Κουτσουμάνης Κ., Μανουράς Α., Ζωγράφος Γ.**

Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

**11:00 - 12:30**

**Στρογγύλη Τράπεζα**

**Θέμα:** Καρκίνος Στομάχου

**Συντονιστές:** Γ. Κουράκης – Α. Λιάκος

**Εισηγητές:**

**Ι. Καραβοκυρός:** Καρκίνος καρδιοοισοφαγικής συμβολής. Χειρουργική θεραπεία

**Γ. Δουρίδας:** Πρώιμος γαστρικός καρκίνος (early gastric cancer).

Θεραπευτικές επιλογές

**Ι. Γκρινιάτσος:** Καρκίνος Στομάχου. Η ογκολογικώς αναγκαία περιγαστρική λεμφαδενική κένωση

**12:30 - 14:00**

**Στρογγύλη Τράπεζα**

**Θέμα:** Η ευθύνη του χειρουργού

**Συντονιστές:** Χ.Τσιγκρής – Χ. Σπηλιοπούλου

**Εισηγητές:**

**Χ. Σπηλιοπούλου:** Οι βασικές υποχρεώσεις του χειρουργού απέναντι στον ασθενή

**Ε. Παπαευαγγέλου:** Η ποινική και αστική ευθύνη ενός χειρουργού

**Π. Παυλόπουλος:** Ιατρικό σφάλμα ή επιπλοκή; Πώς γίνεται η διάκριση;

**Χ. Μπακογιάννης:** Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει στην καθημέρα πράξη ένας χειρουργός

**Σάββατο 17 Απριλίου 2010**

**Αίθουσα HORIZON**

**14:00 - 15:00** *Μεσημβρινή διακοπή*

**15:00** **Αξιολόγηση Αναρτημένων Ανακοινώσεων**  
**Προεδρείο:** Γ. Αντσακλής - Χρ. Τσιγκρής

**15:30 - 18:00** **Ελεύθερες Ανακοινώσεις**  
**Προεδρείο:** Σ. Λέτσος – Θ. Τσιγάνης

**EA28** **ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**  
**Παπαηλίου Ι.<sup>1</sup>, Ευαγγελιδάκης Ε.<sup>2</sup>, Λιπαράκη Μ.<sup>2</sup>, Μανουράς Ι.<sup>1</sup>, Παπαδήμα Α.<sup>3</sup>, Λαγουδιανάκης Ε.<sup>1</sup>, Μαρκογιαννάκης Χ.<sup>1</sup>, Κέκης Π.Β.<sup>1,2</sup>, Μανουράς Α.<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών  
<sup>2</sup>Ιατρικό Κέντρο Αθηνών  
<sup>3</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

**EA29** **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ.**  
**Θ.Τσιγάνης, Λ.Γιαννόπουλος, Κ.Κατσένης, Ε.Παπαλήμπος, Α.Γιαννόπουλος**  
Α'χειρουργική Κλινική Λαϊκό Νοσοκομείο  
Αρεταίειον Νοσοκομείο (Αγγειοχειρουργική Μοναδά)  
Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας  
Ευγενίδειο Θεραπευτήριο Πανεπιστήμιο Αθηνών

**EA30** **ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗ ΚΑΙ ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΠΑΡΑΘΥΡΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΜΟΝΗΡΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΑ ΠΑΡΑΘΥΡΟΕΙΔΟΥΣ**  
**Μέμος Ν.<sup>1</sup>, Μαθακτάρη Σ.<sup>2</sup>, Τζουτζουράκη Π.<sup>3</sup>, Κωνσταντέλου Ε.<sup>1</sup>, Κωνσταντακόπουλος Σ.<sup>1</sup>, Τσιρίβα Μ.<sup>1</sup>, Φαράκλα Ι.<sup>1</sup>, Θεοδούλου Δ.<sup>1</sup>, Μ. Χ.<sup>1</sup>, Μανουράς Α.<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών  
<sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών  
<sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

**EA31** **ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CONN**  
**Φλέσσας Ι., Καντσός Χ., Γομάτος Η., Πανουσόπουλος Σ. Γ., Κλειδή Ε., Λαρεντζάκης Α., Μαρκογιαννάκης Χ., Κέκης Π. Β., Μα-νουράς Α., Ζωγράφος Γ.**  
Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

**EA32** **Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ**  
**Αναστασιάδης Κηλέανθης, Καμπαρούδης Απόστολος, Καρδάσης Δημήτριος, Φραγκανδρέας Γεώργιος, Πασχαλίδου Ελένη, Λαζόπουλος Αχιλλέας, Κηροπλάστης Κωνσταντίνος, Γερασιμίδης Θωμάς.**  
Ε' Χειρουργική Κλινική Α. Π. Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»



**Σάββατο 17 Απριλίου 2010**

**Αίθουσα HORIZON**

- ΕΑ33** **Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΗΜΙΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΣΕ ΣΥΝΘΕΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΤΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ**  
**Β. Ζώνης, Α. Παπαηλιού, Β. Φωτόπουλος**  
Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς".
- ΕΑ34** **Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ GORE EXCLUDER ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΡΗΞΗΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 6-ΕΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**  
**Παπαδημητρίου Δ., Καραμάνος Δ., Παπάζογλου Κ., Κάρκος Χ., Δεμιρόπουλος Φ., Ζαμπάς Ν., Γερασιμίδης Θ.**  
Ε' Χειρ/κή Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν.Θ., Θεσσαλονίκη
- ΕΑ35** **Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ 21ο ΑΙΩΝΑ ΣΕ ΕΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ**  
**Ούπας Β., Κρεάνγκα Μ., Καψετάκης Π., Βραχνίδης Σ., Αναστασίου Α.σ., Δασκαλάκης Κρ.**  
Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν. Ρεθύμνης, Κρήτη
- ΕΑ36** **Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**  
**Κρεάνγκα Μ., Ούπας Β., Βραχνίδης Στ., Καψετάκης Π., Αναστασίου Α., Δασκαλάκης Κρ.**  
Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν. Ρεθύμνης, Κρήτη
- ΕΑ37** **ΟΞΕΙΑ ΑΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**  
**Χ.Γεωργίου, Κ.Κατσιμάνης, Α.Λιάκος, Α.Σκαρμούτσος, Α.Αθανασίου, Ι.Σκαρμούτσος, Γ.Καραπιέρης, Α.Προδρομίδης, Ε.Καραπιέρης, Η.Παπαιωάννου**  
Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Λαμίας
- ΕΑ38** **Η ΧΡΗΣΗ ΥΒΡΙΔΙΚΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ PILON**  
**Β. Ζώνης, Α. Παπαηλιού, Β. Φωτόπουλος**  
Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς".
- ΕΑ39** **ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΣΑΡΚΩΜΑ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ**  
**Χ.Γεωργίου, Α. Λιάκος, Κ.Κατσιμάνης, Κ.Λαγού<sup>1</sup>, Α.Παναγόπουλος<sup>1</sup>, Α. Σκαρμούτσος, Ι.Σκαρμούτσος, Α.Αθανασίου, Κ.Ιωάννου, Η.Παπαιωάννου**  
Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Λαμίας  
<sup>1</sup>Τμήμα Αξονικού Τομογράφου Γ.Ν.Λαμίας
- ΕΑ40** **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ**  
**<sup>1</sup>Ε. Κυριοπούλου, <sup>1</sup>Π. Ζαπαντιώτη, <sup>1</sup>Δ. Τσούτσος, <sup>2</sup>Ε. Παπαλιώδη, <sup>3</sup>Ε. Γκόγκα**  
<sup>1</sup>Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι. Ιωάννοβιτς», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»  
<sup>2</sup>Τμήμα Παθολογικής Ανατομίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»  
<sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

**Σάββατο 17 Απριλίου 2010**

**Αίθουσα HORIZON**

**ΕΑ41**

**ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΟΥ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΧΟΡΙΟΥ (INTEGRA);**

**<sup>1</sup>Π. Ζαπαντιώτη, <sup>1</sup>Ε. Κυριοπούλου, <sup>1</sup>Δ. Τσούτσος, <sup>2</sup>Β. Δημητρίου, <sup>2</sup>Ι. Ζωγόγιαννης**  
<sup>1</sup>Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι. Ιωάννοβιτς», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

<sup>2</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

**ΕΑ42**

**Διεγχειρητική νευροπαρακολούθηση κατά την καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή. Παρουσίαση της εμπειρίας μας**

**Ψύλλης Αν., Σίσκος Δ., Πυργάκης Κ., Γιαννακάκης Σ., Παπαχα-ραλάμπους Γ., Μακρής Σ., Αντωνίου Ι., Μαητέζος Χρ.**

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Κ.Α.Τ.

**ΕΑ43**

**Ενδοαυλική αποκατάσταση Α.Κ.Α. στο <<Νοσοκομείο Κ.Α.Τ.>> κατά το τελευταίο 12μηνο.**

**Γούλλης Σ., Κασφίκης Φ., Γιαννακάκης Σ., Μακρής Σ., Παπαχα-ραλάμπους Γ., Αντωνίου Ι., Μαητέζος Χρ.**

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Κ.Α.Τ.

**18:00 - 19:00**

**Στρογγύλη Τράπεζα**

**Θέμα:** Σημερινή θέση της σπληνεκτομής στα αιματολογικά νοσήματα

**Συντονιστές:** Ι. Δερβενούλης – Κ. Κωνσταντόπουλος

**Εισηγητές:**

**Ι. Ρόμπος:** Σπληνεκτομή στην αυτοάνοση θρομβοπενία και στα κακοήθη λεμφώματα

**Θ. Καρατζάς:** Τεχνικές σπληνεκτομής. Ανοικτή – Λαπαροσκοπική – Εμβολισμός

**19:00 - 19:30**

**Διάλεξη**

**Θέμα:** Πλαστική χειρουργική αποκατάσταση ελλειμμάτων κοιλιακού τοιχώματος

**Προεδρείο:** Μ. Σαφιοθέας – Κ. Σιμόπουλος

**Ομιλητής:** Ο. Παπαδόπουλος

**19:30 - 21:00**

**Στρογγύλη Τράπεζα**

**Θέμα:** Αξιολόγηση – Ενδείξεις εφαρμογής των νέων μεθόδων για την αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής και των κλάδων τους

**Συντονιστές:** Θ. Γερασιμίδης – Χ.Λιάπης

**Εισηγητές:**

**Τ. Παπαπέτρου:** Ενδαγγειακή αποκατάσταση ΑΚΑ. Πρώτη θεραπευτική επιλογή;

**Κ. Μουθακάκης:** Η σκοτεινή πλευρά της ενδαγγειακής αντιμετώπισης των ΑΚΑ

**Χ. Μαητέζος:** Μικρά ΑΚΑ – Σύγχρονες θέσεις αντιμετώπισης

**Γ. Βουρλιωτάκης:** Ραγέντα ανευρύσματα κοιλιακής αορτής: Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση ελαττώνει τη θνησιμότητα;

## Ευρετήριο Ομιλητών - Συντονιστών - Προέδρων

Α. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΛΑΪΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Ν. ΑΝΑΓΝΟΥ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ
Γ. ΑΝΤΣΑΚΛΗΣ	ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Γ. ΒΟΥΡΛΙΩΤΑΚΗΣ	ΕΠΙΜ. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ, 401 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
Θ. ΓΕΡΑΣΙΜΙΔΗΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Α.Π.Θ.
Ε. ΓΕΩΡΓΙΟΥ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Χ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Β΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ
Σ. ΓΙΑΛΙΚΑΡΗΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ
Α. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ - τ. ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
Ι. ΓΚΡΙΝΙΑΤΣΟΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Ι. ΔΕΡΒΕΝΟΥΛΑΣ	ΑΝ.ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ
Θ. ΔΙΑΜΑΝΤΗΣ	ΑΝ.ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Γ. ΔΟΥΡΙΔΑΣ	ΕΠΙΜ. Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν.ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ
Γ. ΖΩΓΡΑΦΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Π. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ
Ι. ΚΑΡΑΒΟΚΥΡΟΣ	ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Α. ΚΑΛΟΦΟΥΤΗΣ	ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ ΕΚΠΑ
Θ. ΚΑΡΑΤΖΑΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Χ. ΚΙΤΤΑΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ - τ. ΠΡΥΤΑΝΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
Κ. ΚΟΝΤΖΟΓΛΟΥ	ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Δ. ΚΟΥΚΟΥΡΑΣ	ΑΝ.ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ
Γ. ΚΟΥΡΑΚΛΗΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ	ΑΝ.ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ
Σ. ΛΑΝΙΤΗΣ	ΕΠΙΜ. Β΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν.Α. ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ
Ε. ΛΕΑΝΔΡΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Σ. ΛΕΤΣΟΣ	Δ/ΝΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΣΥ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ
Α. ΛΙΑΚΟΣ	Δ/ΝΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΣΥ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ
Χ. ΛΙΑΠΗΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Κ. ΛΟΥΚΑΣ	ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ
Χ. ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ	ΑΝ.ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Χ. ΜΑΛΤΕΖΟΣ	Δ/ΝΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν.Α. ΚΑΤ
Χ. ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ	ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Κ. ΜΟΥΛΑΚΑΚΗΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ ΕΠΙΜ. Β΄ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν.Α. ΑΤΤΙΚΟ
Ν. ΝΙΚΗΤΕΑΣ	ΑΝ.ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Α. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ ΕΚΠΑ
Ο. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Ε. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ	ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ - ΝΟΜΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ Ι.Σ.Α.
Η. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ	Δ/ΝΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΣΥ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ
Α. ΠΑΠΑΠΕΤΡΟΥ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν.Α. ΑΤΤΙΚΟ
Α. ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Π. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΝΟΜΙΚΗΣ ΕΚΠΑ - τ. ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ - ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ
Σ. ΠΡΙΓΚΟΥΡΗΣ	Δ/ΝΤΗΣ Δ΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ
Κ. ΡΕΒΕΝΑΣ	Δ/ΝΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΣΥ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΪΚΟ
Ι. ΡΟΜΠΟΣ	ΑΝ.ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
Μ. ΣΑΦΙΟΛΕΑΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Κ. ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΣ	ΠΡΥΤΑΝΗΣ ΔΗΜΟΚΡΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΡΑΚΗΣ
Χ. ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ	ΑΝ.ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ & ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ
Θ. ΤΣΙΓΑΝΗΣ	ΙΑΤΡΟΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ
Κ. ΤΣΙΚΟΣ	Δ/ΝΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΑΣΤΟΥ Γ.Ν.Α. ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ



## Χορηγοί

Το Ελληνικό Κολλέγιο Χειρουργών, ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρείες για την πολύτιμη συμβολή τους στην επιτυχημένη οργάνωση και διεξαγωγή του 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου του



Φροντίδα για τον άνθρωπο



 **TAVANIC®**  
levofloxacin **IV/oral**



PHOTOLLEV/09.12.02

Πριν τη συνταγογράφηση, συμβουλευτείτε την Παράγραφο Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.  
Για περισσότερες πληροφορίες, απευθυνθείτε στο εμπορικό τμήμα της sanofi-aventis.

sanofi-aventis A.E.B.E.  
Λεωφ. Συγγρού 348, Κτήριο Α', 176 74 Καλλιθέα, Τηλ.: 210 90 01 600, Fax: 210 92 49 129  
[www.sanofi-aventis.gr](http://www.sanofi-aventis.gr)

**sanofi aventis**

Παρασκευάζονται στην Ελλάδα

## Ελεύθερες Ανακοινώσεις

### **ΕΑ01 ΠΕΡΙΝΕΪΚΗ ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΓΑΓΓΡΑΙΝΩΔΗ ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΟΡΘΟΥ**

**Βουλημενέας Ιωάννης**, Αντωνόπουλος Κωνσταντίνος, Αλιφιεράκης Ευάγγελος, Κωστόπουλος Γρηγόριος, Ιωαννίδης Παύλος

Α Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας – Πειραιώς

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η περίσφιγξη σπανίως επιπλέκει τη χρόνια, προοδευτική μορφή της πρόπτωσης ορθού ολικού πάχους. Ακόμα πιο σπάνια, εξελίσσεται σε στραγγαλισμό του εντέρου, κάνοντας απαραίτητη την επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Περιγράφεται η περίπτωση περισφιγμένης οξείας πρόπτωσης ορθού, χωρίς να αναφέρεται η ύπαρξη σχετικού ιστορικού κατά το παρελθόν. Ο ασθενής υποβλήθηκε επείγοντως σε περινεϊκή ορθοσιγμοειδεκτομή (επέμβαση Altemeier) σε συνδυασμό με προστατευτική loop σιγμοειδοστομία. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή με πολύ καλό τελικό αποτέλεσμα μετά τη σύγκληση της κοίλοστομίας.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η επιτυχής αντιμετώπιση αυτού του ασθενούς καταδεικνύει την αξία της επέμβασης Altemeier στο δύσκολο και ασυνήθιστο σενάριο της περίσφιγξης του εντέρου.

### **ΕΑ02 ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΤΟΥ**

**Κουζανίδης Ν.**, Χατζόπουλος Κ., Παπαζαχαρίας Χρ.

Α' Τμήμα Γενικής Χειρουργικής και Μονάδα Λαπαροενδοσκοπικής Χειρουργικής ΓΝΑ «ΚΑΤ», Κηφισιά

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφή τραυματιών που προσεκομίσθηκαν με κακώσεις κοιλιακών και πυελικών οργάνων και το ποσοστό αυτών που οδηγήθηκε στο χειρουργείο συνεπεία αιμοδυναμικής αστάθειας ή περιτονίτιδας.

**ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη που καταγράφει τα στοιχεία από 1-1-2005 μέχρι 31-12-2009 στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών σε ημέρα εφημερίας του Α' Τμήματος της Γενικής Χειρουργικής του νοσοκομείου "ΚΑΤ". Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο κατά περίπτωση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εξετάστηκαν συνολικά 10239 ασθενείς από τους οποίους οι 7054 (68.9%) ήταν συνεπεία τραύματος (5585€ και 1469€). Μετά από πλήρη κλινικοεργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο στο χειρουργείο οδηγήθηκαν οι 163(2.3%). Διεγχειρητικά βρέθηκαν οι κάτωθι κακώσεις: κακώσεις σπληνός (n=79), κακώσεις ήπατος (n=44), κακώσεις ΓΕΣ, μεσεντερίου και μεσοκόλπου (n=35), κακώσεις παγκρέατος (n=11), κακώσεις νεφρών (n=19), ρήξη του διαφράγματος (n=9), ρήξη της ουροδόχου κύστεως (n=13), κακώσεις των οργάνων του περινέου (μήτρας-ορθού-προστάτη-ουρήθρας) (n=23). Οι 49 ασθενείς έφεραν περισσότερες από μία κακώσεις. Η συνολική θνητότητα (δι- και μετεγχειρητική) ανήλθε στο 11%(n=18), ενώ μετεγχειρητικές επιπλοκές παρουσίασαν 19% (n=31). Μετεγχειρητικά στη ΜΕΘ νοσηλεύθηκαν 31% (n=51).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ένα μεγάλο ποσοστό τραυματιών που προσκομίζονται στο νοσοκομείο μας αντιμετωπίζεται συντηρητικά με αιμοδυναμική παρακολούθηση και απεικονιστικό έλεγχο, ενώ ένα μικρό ποσοστό θα οδηγηθεί στο χειρουργείο. Η άμεση και έγκαιρη αντιμετώπιση ενός πολυτραυματία είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιβίωσή του.



### **ΕΑ03 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ-ΜΙΑ ΑΣΦΑΛΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗ**

**Νερούλια Α., Φωτίου Ε., Παρασκευόπουλος Ι. Α.**

Α' Τμήμα Γενικής Χειρουργικής και Μονάδα Λαπαροενδοσκοπικής Χειρουργικής ΓΝΑ «ΚΑΤ», Κηφισιά

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να μελετήσουμε με πόση ασφάλεια μπορούν να υποβληθούν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή (Λ/Χ) ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα (ΟΧ)

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τα τελευταία πέντε (5) έτη έχουν πραγματοποιηθεί στο Α' Τμήμα Γενικής Χειρουργικής 1217 Λ/Χ. Σύμφωνα με τα κλινικά, διεγχειρητικά και παθολογοανατομικά ευρήματα, από τους ασθενείς αυτούς οι 587(48%) έπασχαν από ΟΧ ή υποξεία επί εδάφους χρόνιας χολοκυστίτιδας. Αναζητήθηκαν οι επιπλοκές και η συχνότητα καθεμίας από αυτές.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από το σύνολο των 1217 Λ/Χ που διενεργήθηκαν από το 2005 έως το 2009, οι 587 έγιναν σε ασθενείς με οξεία (ή υποξεία) χολοκυστίτιδα. Το 37.2% ήταν άνδρες και το 62.8% γυναίκες, με ηλικίες που κυμαίνονταν από τα 18 έως και τα 89 έτη. Από αυτούς, 11 είχαν εμπύημα χοληδόχου κύστεως, 15 ύδρωπα και 561 ασθενείς είχαν οξεία (ή υποξεία) χολοκυστίτιδα με πολλαπλές συμφύσεις και πεπαχυμένο τοίχωμα χοληδόχου κύστεως. Μετατροπή της επέμβασης σε ανοιχτή χολοκυστεκτομή, λόγω δυσκολίας αναγνώρισης των ανατομικών δομών και των σχέσεών τους, έγινε σε 14(2.4%) περιπτώσεις. Μετεγχειρητικώς σε 13 ασθενείς σημειώθηκε χολόρροια και υφηπατική συλλογή, εκ των οποίων οι 5 χρειάστηκαν επανεπέμβαση, ενώ οι υπόλοιποι υποβλήθηκαν σε ERCP/ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή επιτυχώς. Δεν υπήρξε μετεγχειρητική θνητότητα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε ασθενείς που έπασχαν από ΟΧ, το ποσοστό μετατροπής της Λ/Χ σε ανοιχτή δεν ήταν υψηλό. Οι επιπλοκές που παρουσιάστηκαν ήταν στα ίδια επίπεδα με αυτές των Λ/Χ χωρίς σημεία/συμπτώματα οξείας χολοκυστίτιδας.

Θεωρούμε κατά συνέπεια την λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή σε ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα ασφαλή, εφόσον βεβαίως υπάρχει η ανάλογη εμπειρία.

### **ΕΑ04 ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΑ-ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΟΥ, ΠΑΡΑΝΕΦΡΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΘΥΡΙΔΩΤΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ**

**Καφέζα Μαρίνα, Κατσαργύρης Αθανάσιος, Μαθαίου Αλέξανδρος, Ψαρρός Βασίλειος, Μαρκάκης Φώτιος, Βουρλιωτάκης Γεώργιος, Μπακογιάννης Χρήστος, Γεωργόπουλος Σωτήριος, Κλωνάρης Χρήστος, Παπαλάμπρος Ευστάθιος**

Α' Χειρουργική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα παρα-αναστομωτικά ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής είναι μια σχετικά σπάνια απώτερη επιπλοκή της ανοικτής αποκατάστασης των ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής. Η χειρουργική τους αποκατάσταση συνοδεύεται από αξιοσημείωτη νοσηρότητα και θνητότητα. Η ενδαγγειακή τους αποκατάσταση έχει αναδείξει πολύ καλά Αποτελέσματα σε επιλεγμένους ασθενείς. Όταν τα ανευρύσματα αυτά εκτείνονται παρανεφρικά, δηλαδή οι νεφρικές αρτηρίες βρίσκονται ακριβώς πριν το ανεύρυσμα, χωρίς να υπάρχει ζώνη στήριξης του μοσχεύματος, η ενδαγγειακή αποκατάσταση είναι πλέον εφικτή μόνο με ειδικά διαμορφωμένα θυριδωτά μοσχεύματα. Πρόκειται για μοσχεύματα με οπές που αντιστοιχούν στα στόμια των σπληχνικών αρτηριών, ενώ στις νεφρικών αρτηρίες τοποθετούνται επιπλέον ενδονάρθηκες ώστε να ενισχυθεί η στήριξη του μοσχεύματος.

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:** Ασθενής 79 ετών παρουσιάζει παρανεφρικό αναστομωτικό ανεύρυσμα μέγιστης διαμέτρου 5,1 εκατ., 10 έτη μετά από ανοικτή αποκατάσταση υπονεφρικού ανευρύσματος κοιλιακής αορτής.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ενδαγγειακά με τοποθέτηση, θυριδωτού μοσχεύματος, (Zenith, Cook) και επικαλυμμένων ενδοαρτηρίων στις νεφρικές αρτηρίες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η τοποθέτηση του μοσχεύματος ήταν τεχνικά και κλινικά επιτυχής. Ο ασθενής εξήλθε την 4η μετεγχειρητική ημέρα με καλή νεφρική λειτουργία. Κατά τον μετεγχειρητικό απεικονιστικό έλεγχο (1ο και 3ο μήνα) με αξονική τομογραφία δεν ανεδείχθησαν σημεία διαφυγής ή μετακίνησης του μοσχεύματος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα θυριδωτά μοσχεύματα αποτελούν μια ικανοποιητική εναλλακτική θεραπεία των παρανεφρικών ανευρυσμάτων. Απαιτούν βεβαίως λεπτομερή σχεδιασμό κατασκευής και τοποθέτησης του μοσχεύματος, ενώ συνεχόμενα εξελίσσονται και βελτιώνονται.

#### **ΕΑ05 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΕΝΔΟΔΙΑΦΥΓΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΧΩΡΙΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ**

**Ψάθας Εμμανουήλ, Ρουκανάς Παναγιώτης, Λιουδάκη Στέλλα, Αυγερινός Ευθύμιος, Βερύκοκος Χρήστος, Κληωνάρης Χρήστος, Κουράκης Γρηγόρης**

Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ:** Η ενδοαυλική αποκατάσταση των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής (EVAR) έχει συντελέσει στην μείωση της περιεγχειρητικής θνητότητας και νοσηρότητας σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Παρόλα αυτά, τα ποσοστά απώτερων επανεπεμβάσεων αποτελούν υπαρκτό μειονέκτημα. Η παρουσία παλίνδρομης αιματικής ροής εντός του ανευρυσματικού σάκου από τις οσφυϊκές αρτηρίες ή την κάτω μεσεντέριο (ενδοδιαφυγή τύπου 2), μπορεί να οδηγήσει σε συνεχιζόμενη αύξηση του ανευρύσματος, όπως στην περίπτωση που παρουσιάζουμε.

**Υλικό και Μέθοδος:** Περίπτωση ασθενούς με εμμένουσα ενδοδιαφυγή τύπου 2 και αύξηση της διαμέτρου του ανευρύσματος, 5 έτη μετά από EVAR, ο οποίος αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με διάνοιξη του σάκου και ενδοσφαιρική απολίνωση οσφυϊκής αρτηρίας, χωρίς αορτικό αποκλεισμό και με διατήρηση του ενδοαυλικού μοσχεύματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής ακολούθησε ομαλή μετεγχειρητική πορεία, με καλή βατότητα του μοσχεύματος και απουσία ενδοδιαφυγής κατά την μετεγχειρητική παρακολούθηση.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πλήρης αφαίρεση της ενδοπρόθεσης και η αντικατάστασή της με συνθετικό μόσχευμα αποτελεί την συνήθη τακτική επι αποτυχίας της ενδοαυλικής αντιμετώπισης των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής, συνδέεται όμως με υψηλά ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας, καθώς απαιτεί σε αρκετές περιπτώσεις υπερνεφρικό αποκλεισμό. Η διατήρηση της ενδοαυλικής πρόθεσης και η αποφυγή του αορτικού αποκλεισμού αποτελεί μια λιγότερο επεμβατική λύση, με χαμηλότερο περιεγχειρητικό κίνδυνο και καλά Αποτελέσματα.

#### **ΕΑ06 ΝΕΦΡΟ-ΕΠΙΝΕΦΡΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ (Ν.Ε.Ο): ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ** **Κωστόπουλος Γρηγόρης, Βουλημενέας Ιωάννης, Ιωαννίδης Παύλος**

Α Χειρουργικό Τμήμα Πγκνη "Άγιος Παντελεήμων"

Η χειρουργική διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στην θεραπεία των Ν.Ε.Ο. ακόμα και σε προχωρημένα στάδια εξέλιξης τους. Εγγενείς της βιολογικής αλλήλα και σύμφυτες της ανατομικής



θέσης ιδιαιτερότητες, συνιστούν δυσκολίες που οφείλει να είναι προετοιμασμένος ο χειρουργός να αντιμετωπίσει.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Την 15ετία 1995-2009 αντιμετωπίστηκαν 14 Ν.Ε.Ο σταδίων III-IV. Οι 10 ήσαν νεφρικοί όγκοι (Renal Cell Carcinoma RCC) και 4 φλοιοεπινεφριδιακοί καρκίνοι. Εν block νεφρο-επινεφριδεκτομή και επινεφριδεκρομή αντίστοιχα, με εκτεταμένη λαμφαδεκτομή ήταν η βασική επέμβαση σε όλους με διακοιλιακή Chevron (δεξιά ή αριστερά) προσπέλαση. Θρομβεκτομή τα κάτω κοίλης (I.V.C) χρειάστηκαν σε 5 από τους 9 δεξιούς Ν.Ε.Ο.σε έναν μετά από τοποθέτηση φίλτρου στην κάτω κάτω κοίλη προεγχειρητικά. Μεγαλύτεροι οι 5 αριστεροί Ν.Ε.Ο. και με πλέον εκτεταμένες λεμφαδενικές μάζες από τον Αλήρειο, άνω μεσεντέρια αγγεία μέχρι τα λαγόνια. Διαγνωστικά και με πρόθεση εμβολισμού προηγήθηκε εκλεκτική αγγειογραφία σε 1 RCC. Σε 3 από τα 4 RCC συναφαιρέθηκε και ο σπλήνας ενώ σε έναν χρειάστηκε και ουραία παγκρεατεκτομή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με μηδενική περιεγχειρητική θνησιμότητα και μείζονα νοσηρότητα σημειώθηκαν ελάσσονες επιπλοκές σε 6 από τους 10: Υπεζωκοτικές συλλογές, πυκνοατελεκτασίες, μια υποκλινική Π.Ε. και ένα έλασσον, βραχείας διάρκειας παγκρεατικό συρίγγιο. Με τους 4 να νοσηλεύονται στη ΜΕΘ από 2-8 ημέρες ο συνολικός χρόνος νοσηλείας κυμάνθηκε από 9-22 ημέρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι νέοι είναι κατά κανόνα τυχαιώματα και συνήθως κακοήγη σε προχωρημένα στάδια.

-Η χειρουργική, ριζική ή κυτταρομειωτική παραμένει το κλειδί της θεραπευτικής αντιμετώπισης και κλινικής έκβασης.

-Παρουσιάζουν χειρουργικές δυσκολίες που συνιστούν βιο-ανατομικές ιδιαιτερότητες που απαιτούν πολυπαραγοντική αντιμετώπιση.

**ΕΑ07 Η ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑΣ. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΙ ΝΕΟ;**

**Κατούλης Ηρακλής, Μακατσώρης Κωνσταντίνος, Γιαννόπουλος Γεώργιος, Διγαλάκης Μιχαήλ**

Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μεσεντέριος ισχαιμία, που περιγράφηκε πρώτα από τον Benivienne το 1509, ακόμα και σήμερα παραμένει ένα δύσκολο πρόβλημα με δυσχερή διάγνωση και συχνά δυσμενή έκβαση. Η συνολική θνητότητά της δεν έχει βελτιωθεί παρά τα εξελιγμένα διαγνωστικά μέσα και την έγκαιρη παρέμβαση.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Την τελευταία τριετία αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική μας 11 περιστατικά οξείας μεσεντερίου ισχαιμίας θρομβοεμβολικής αιτιολογίας. Οι 10 στους 11 ασθενείς ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία τα 82 έτη (70-98). Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία και εντερεκτομή, ανάλογη της έκτασης της ισχαιμίας, εκτός από μία περίπτωση καθολικής νέκρωσης του λεπτού εντέρου ("open-close").

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Επανεπέμβαση χρειάστηκε σε μία περίπτωση λόγω διαφυγής νησιδοεγκαρκσίας αναστόμωσης. Η θνητότητα ανήλθε στο 45%. Δύο από τους πέντε ασθενείς που απεβίωσαν, κατέληξαν μέσα στις πρώτες 48 ώρες από την επέμβαση. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 15 ημέρες.



**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μεσεντέριος ισχαιμία παρουσιάζει διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις στα πλαίσια των δυνατοτήτων ενός Γενικού Νοσοκομείου. Η εφαρμογή ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών θα μπορούσε να βοηθήσει στη διάγνωση και να βελτιώσει την έκβαση. Οι ασθενείς που αναπτύσσουν σύνδρομο βραχέος εντέρου μετά από εκτεταμένη εντερεκτομή είναι εφικτό να επιβιώσουν με παρεντερική διατροφή στο σπίτι.

#### **ΕΑ08 ΔΙΑΣΩΣΗ ΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ STENTING**

**Κατσαργύρης Αθανάσιος, Κλωνάρης Χρήστος, Παππάς Πάρης, Ματθαίου Αλέξανδρος, Ψαρρός Βασίλειος, Καφέζα Μαρίνα, Δηλές Κώστας, Σωτήρχος Γεώργιος, Γαρμπής Σπυρίδων, Μπόκος Ιωάννης, Ζαββός Γεώργιος**

Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού και Χειρουργικής Νεφροπαθών, ΛΑΪΚΟ Νοσοκομείο Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ:** Η στένωση της μεταμοσχευμένης νεφρικής αρτηρίας αποτελεί την πιο συχνή αγγειακή επιπλοκή (75%) της μεταμόσχευσης νεφρού με συχνότητα 1%-23% και μπορεί να οδηγήσει σε μετα-μεταμοσχευτική υπέρταση, δυσλειτουργία ή και απώλεια του νεφρικού μοσχεύματος. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου της ενδαγγειακών τεχνικών στη διάσωση των νεφρικών μοσχευμάτων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Εξετάσθηκαν αναδρομικά οι ασθενείς με στένωση νεφρικής αρτηρίας του μεταμοσχευμένου νεφρού που αντιμετωπίστηκαν με ενδαγγειακές τεχνικές κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2007-Δεκέμβριος 2009.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη διετία 2007-2009 πραγματοποιήθηκαν 170 μεταμοσχεύσεις νεφρού. Τέσσερις ασθενείς με πτωματικό νεφρικό μόσχευμα παρουσίασαν σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία οφειλόμενη σε στένωση/επώλωση της νεφρικής αρτηρίας. Από αυτούς, 3 παρουσίασαν έκπτωση νεφρικής λειτουργίας και υπέρταση 1.5-6 μήνες μετεγχειρητικά και 1 παρουσίασε καθυστερημένη έναρξη λειτουργίας του νεφρικού μοσχεύματος. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με αγγειοπλαστική + stenting της νεφρικής αρτηρίας με άμεση αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας και βελτίωση ή θεραπεία της υπέρτασης. Κατά τη διάρκεια παρακολούθησης παρατηρήθηκε μία περίπτωση επαναστένωσης που αντιμετωπίστηκε με νέα αγγειοπλαστική και τοποθέτηση stent. Επί του παρόντος και οι 4 ασθενείς παραμένουν σε άριστη κατάσταση με πολύ καλή νεφρική λειτουργία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ενδαγγειακή χειρουργική προσφέρει ασφαλή και αποτελεσματική αντιμετώπιση της στένωσης της μεταμοσχευμένης νεφρικής αρτηρίας και πρέπει σήμερα να θεωρείται ως η θεραπεία εκλογής τόσο για την αντιμετώπιση της υπέρτασης όσο και για τη διάσωση του νεφρικού μοσχεύματος.

#### **ΕΑ09 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΧΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΠΛΑΚΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΤΑΣΕΟΪΠΟΔΟΧΕΩΝ**

**Τσεκούρας Νικόλαος, Κατσαργύρης Αθανάσιος, Μαρκάτης Φώτιος, Ψαρρός Βασίλειος, Καφέζα Μαρίνα, Ματθαίου Αλέξανδρος, Μαρίνος Γεώργιος, Μπακογιάννης Χρήστος, Κλωνάρης Χρήστος, Γεωργόπουλος Σωτήριος, Γιαννόπουλος Αθανάσιος, Παπαλάμπρος Ευστάθιος**

Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ηχογένεια της αθηρωματικής πλάκας επηρεάζει την αιμοδυναμική των αγγείων.

**Σκοπός:** Η μελέτη της συσχέτισης της ηχογένειας της καρωτιδικής πλάκας με την ευαισθησία των καρωτιδικών τασεοϋποδοχέων.

**ΥΛΙΚΟ:** Σαραντα δύο ασθενείς με μονόπλευρη αποφρακτική καρωτιδική νόσο (66.6% ασυμπτωματικοί).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε 2 ομάδες, ανάλογα με την ηχογένεια της πλάκας, η οποία προσδιορίστηκε με την βοήθεια υπερηχογραφικού ελέγχου. Η εκτίμηση της καρωτιδικής τασεοευαισθησίας έγινε με την μέτρηση της τιμής του αυτόματου τασεοαντακλαστικού (ΑΤ), με χρήση της συσκευής BaroCor System.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεκαέξι ασθενείς (38%) βρέθηκαν να έχουν υποηχογενείς πλάκες, ενώ οι υπόλοιποι 26 ασθενείς (61,9%) ταξινομήθηκαν στην ομάδα των υπερηχογενών πλάκων. Η ομάδα των υποηχογενών πλάκων βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη ( $\chi^2=8.077$ ,  $p=0.004$ ), καθώς και αριθμό ασθενών με συμπτωματική πλάκα ( $\chi^2=8.576$ ,  $p=0.003$ ). Επιπλέον, η μέση τιμή ΑΤ στην ομάδα των υποηχογενών βηλαβών (5,0312 msec/mmHg), βρέθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη τιμή στην ομάδα των υπερηχογενών πλάκων (2,9654msec/mmHg), [ $F=10,065$ ,  $p=0.003$ ].

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Σε ασθενείς με μονόπλευρη, αιμοδυναμικά σημαντική στένωση της έσω καρωτίδας, η ευαισθησία των καρωτιδικών υποδοχέων φαίνεται να εξαρτάται από την ηχογένεια της καρωτιδικής πλάκας. Η ευαισθησία αυτή φαίνεται να είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς με υποηχογενή πλάκα.

#### **ΕΑ10 ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ, ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΧΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΠΛΑΚΑΣ**

Τσεκούρας Νικόλαος, Κατσαργύρης Αθανάσιος, Μαρκάτης Φώτιος, Ψαρρός Βασίλειος, Καφέζα Μαρίνα, Μαθαίου Αλέξανδρος, Μαρίνος Γεώργιος, Μπακογιάννης Χρήστος, Κλωνάρης Χρήστος, Γεωργόπουλος Σωτήριος, Γιαννόπουλος Αθανάσιος, Παπαλάμπρος Ευστάθιος

Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Υπάρχει γνωστή επίδραση της καρωτιδικής ενδαρτηρεκτομής (ΚΕ) στους καρωτιδικούς τασεοϋποδοχείς.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να μελετήσει την μεταβολή της ευαισθησίας των καρωτιδικών υποδοχέων, μετά από ΚΕ, σε ασθενείς με υποηχογενείς και υπερηχογενείς πλάκες.

**ΥΛΙΚΟ:** Μελετήθηκαν 42 ασθενείς με μονόπλευρη αποφρακτική καρωτιδική νόσο. Είκοσι οχτώ από αυτούς ήταν ασυμπτωματικοί (66,6%).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η ηχογένεια της πλάκας προσδιορίστηκε με την βοήθεια υπερηχογραφικού ελέγχου, και οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε 2 ομάδες (υποηχογενών και υπερηχογενών πλάκων αντίστοιχα). Η εκτίμηση της καρωτιδικής τασεοευαισθησίας έγινε με την μέτρηση της τιμής του αυτόματου τασεοαντακλαστικού (ΑΤ), 24 ώρες πριν, 24 και 48 ώρες μετά την ΚΕ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μέση τιμή του ΑΤ προεγχειρητικά: 3,752 msec/mmHg. Εικοσιτέσσερις και 48 ώρες μετεγχειρητικά το ΑΤ μειώθηκε στατιστικά σημαντικά στις τιμές 2,140 msec/mmHg και 2,145 msec/mmHg αντίστοιχα ( $z=-4,133$ ,  $p=0.001$ ,  $z=-4,556$ ,  $p=0,00$ , αντίστοιχα). Όταν συγκρίθηκαν οι τιμές ΑΤ, μεταξύ των ασθενών με υποηχογενή και υπερηχογενή πλάκα, στις 24 και 48 ώρες



μετεγχειρητικά, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων. Συμπεράσματα: Η διαφορά στην ταξοευαισθησία που διαπιστώνεται πριν την επέμβαση καρωτιδικής ενδαρτηρεκτομής σε ασθενείς με υποπηχογενή και υπερπηχογενή πλάκα, εξαλείφεται μετά την επέμβαση.

## ΕΑ11 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ ΒΡΑΧΙΟΝΑ: ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΑΝΑ-ΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γαλανόπουλος Γεώργιος, Γιαννακοπούλου Σταυρούλα, Φιλαλήθης Παναγιώτης, Λαμπίδης Κωνσταντίνος.

Νοσοκομείο 'Ιασώ' General, Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύνδρομο διαμερίσματος του βραχίονα είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα. Περιγράφουμε περίπτωση αυτόματου συνδρόμου προσθίου διαμερίσματος σε ασθενή, που λάμβανε αντιπηκτικά.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Γυναίκα 81 ετών προσήλθε αιτώμενη άλγος δεξιού βραχίονα. Δεν ανέφερε προηγηθείσα κάκωση. Προ μηνός είχε νοσηλευτεί για εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή και λάμβανε ασενοκουμαρόλη. Στην κλινική εξέταση παρουσίαζε οίδημα και τάση στο βραχίονα και τον αγκωνιαίο βόθρο, καθώς και ελαφρά ωχρότητα στην άκρη χείρα. Είχε ψηλαφητές σφύξεις στην ωλένια, αλλά όχι στην κερκιδική αρτηρία. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ήπια λευκοκυττάρωση. Αποφασίστηκε επανεκτίμηση σε λίγες ώρες, οπότε παρατηρήθηκε σημαντική επιδείνωση της κλινικής εικόνας. Μια επείγουσα US εξέταση ανέδειξε συλλογή υπό το δικέφαλο μυ. Αφού τέθηκε διάγνωση συνδρόμου προσθίου διαμερίσματος βραχίονα, οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου πραγματοποιήθηκε διάνοιξη της περιτονίας (fasciotomy) και παροχέτευση ευμεγέθους αιματώματος υπό τη βραχεία κεφαλή του δικεφάλου. Τα συμπτώματα υποχώρησαν προοδευτικά και η ασθενής εξήλθε σε καλή κατάσταση και χωρίς νευρομυϊκή υπολειμματική νόσο.

Το σύνδρομο διαμερίσματος του βραχίονα είναι σπάνιο και για να διαγνωσθεί έγκαιρα χρειάζεται αυξημένη κλινική υποψία. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προέκυψαν ελάχιστα περιστατικά με εντόπιση του συνδρόμου στο βραχίονα, είτε λόγω ρήξης του τένοντα του δικεφάλου μυός είτε λόγω κάκωσης από την περιχειρίδα πιεσόμετρου είτε λόγω ενδομυϊκής ένεσης ναρκωτικών ουσιών.

## ΕΑ12 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΝΑΤΡΙΟΥ-ΡΗΤΙΚΩΝ ΠΕΠΤΙΔΙΩΝ: ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΧΟΙΡΟΥΣ

Μαρίνης Αθανάσιος<sup>1</sup>, Αργύρα Εριφύλη<sup>2</sup>, Ρέλια Παναγιώτα<sup>3</sup>, Βώρος Διονύσιος<sup>1</sup>, Πολυμενέας Γεώργιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Χειρουργική Κλινική, «Τζάνειο» Νοσοκομείο Πειραιώς,

<sup>2</sup> Α' Ανασθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Αθηνών,

<sup>3</sup> Ανασθησιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο &

<sup>4</sup> Β' Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η αρνητική επίδραση της αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης (ΕΠ) στο καρδιαγγειακό σύστημα έχει εκτενώς μελετηθεί τα τελευταία χρόνια. Οι παραδοσιακές μέθοδοι προσδιορισμού του προφορτίου, όπως η κεντρική φλεβική πίεση και η πίεση ενσφύνησης της πνευμονικής αρτηρίας, ανευρίσκονται συνήθως αυξημένες λόγω ταυτόχρονης αύξησης της ενδοθωρακικής πίεσης.



που συμβαίνουν στην ενδοκοιλιακή υπέρταση.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** 11 χοίροι συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη αυτή, στους οποίους εγκαταστάθηκε πνευμοπερίτοναιο αρχικά στα 20mmHg και μετά στα 45mmHg, το οποίο στο τέλος αναστράφηκε. Στα πειραματόζωα καταγράφηκαν αιμοδυναμικές μετρήσεις μέσω καθετήρα Swan-Ganz και μετρήθηκαν οι μεταβολές των νατριουρητικών πεπτιδίων pro-ANP και pro-BNP στο αίμα στις διάφορες φάσεις του πειράματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται όλες οι μετρήσεις (μέση τιμή ± σταθερά απόκλιση) και η στατιστική ανάλυση.

	Baseline (T1)	IAP 20mmHg (T2)	IAP 45mmHg (T3)	IAP 45mmHg (T4)	Overall p-value
<b>PEPTIDES</b>					
pro-ANP (fmol/ml)	1136.7±1672.2	1016.7±1622.3	1016.7±1622.3	1034.4±1645	0.103
pro-BNP (fmol/ml)	786.7±398.2	867.7±219.7	867.7±219.7	890.2±349.5	< 0.001
<b>HEMODYNAMICS</b>					
A.P. (mmHg)	87.9±9.1	90.4±15.1	90.4±15.1	87.6±4.1	< 0.001
C.V.P. (mmHg)	7.4±3.7	5.2±3.6	5.2±3.6	5.6±3.7	0.003
P.A.P. (mmHg)	20.2±3.5	30.6±18.2	30.6±18.2	30.1±22.7	0.007
P.C.W.P. (mmHg)	10.7±4.3	9.7±6.1	8.7±6.3	9.6±4.4	0.001
C.O. (Lt/min/m <sup>2</sup> )	3.1±0.6	3±1.1	2.4±0.6	3.8±0.8	< 0,001
C.I. (Lt/min/m <sup>2</sup> )	4±1.1	3.9±1.5	3.1±0.7	4.9±1.1	< 0,001
H.R. (bpm)	123.6±14.5	114.6±13.1	141.2±26.4	150.1±27.2	< 0,001
S.V.R.(dyne-sec/ cm <sup>5</sup> /m <sup>2</sup> )	2169.9±575.2	2135.7±592.1	2885.4±580	1760.1±387.5	< 0,001
P.V.R.(dyne-sec/ cm <sup>5</sup> /m <sup>2</sup> )	253.4±58.7	283±124.8	490.5±145.4	241.9±80.7	< 0,001
a-v dO <sub>2</sub>	3.3±0.7	4±1.1	4.7±1.3	3±0.7	< 0,001
SvO <sub>2</sub> (%)	81.1±6	74.7±6	71.7±6.4	82.5±4.9	< 0,001

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι αιμοδυναμικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της αυξημένης ΕΠ αντικατοπτρίζονται στα επίπεδα των νατριουρητικών πεπτιδίων. Η ελάττωση του προφορτίου συνοδεύθηκε από ελάττωση του pro-ANP, ενώ η δυσλειτουργία της συστολικής λειτουργίας

των κοιλιών συνοδεύθηκε από στατιστικά σημαντική αύξηση του pro-BNP. Σε κλινικό επίπεδο, τα νατριουρητικά πεπτίδια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες του προφορτίου και της συστολικής δυσλειτουργίας της καρδιάς στο σύνδρομο αυξημένης ΕΠ.

### **ΕΑ13 Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΑΧΕΙΑΣ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΕΚΤΟΜΗ**

**Αλεξίζος Λεωνίδας, Δαρδαμάνης Δημήτριος, Κοντογιάννη Παναγιώτα, Λιναρδούτσος Δημήτριος, Κοτσαδημητρίου Αικατερίνη, Δαλιανούδης Ιωάννης, Παπαχρηστίδου Σμαράγδα, Πανταλός Γεώργιος, Μαρκογιαννάκης Χαρίδημος, Μανουράς Ανδρέας**

Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ανάλυση αποτελεσμάτων της ταχείας διεγχειρητικής μέτρησης παραθορμόνης (IOPTH monitoring) στην ελάχιστη επεμβατική παραθυρεοειδεκτομή για μονήρη αδενώματα παραθυρεοειδούς.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Προοπτική μελέτη των ασθενών (n=45) με μονήρη αδενώματα παραθυρεοειδούς που χειρουργήθηκαν από 01/01/2008 έως 28/02/2010 με την εστιασμένη/στοχευμένη παραθυρεοειδεκτομή (πλάγια τομή 1-2cm: focused parathyroidectomy). Σε όλους χρησιμοποιήθηκαν αυστηρά κριτήρια επιλογής και διεγχειρητικά ταχεία βιοψία και IOPTH monitoring (PTH άμεσα προεγχειρητικά, PTH0, στα 5min, PTH1, και 15min, PTH2, μετά την αφαίρεση του αδενώματος).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η προεγχειρητική PTH0 ήταν  $246,9 \pm 18,1$  pg/ml. Οι μέσες PTH1 και PTH2 ήταν  $44,2 \pm 5,7$  pg/ml (82,1% πτώση) και  $25,8 \pm 4,6$  pg/ml (90% μείωση) και όλοι οι ασθενείς είχαν φυσιολογική PTH2, επιβεβαιώνοντας την εξαίρεση του παθολογικού παραθυρεοειδούς αδένος σε συμφωνία με την ταχεία. Ο εγχειρητικός χρόνος ήταν  $18,3 \pm 4,5$  min, η αναμονή της ταχείας  $20,7 \pm 4,7$  min και της PTH  $16,4 \pm 2,5$  min. Η εστιασμένη τεχνική ήταν επιτυχής σε όλα τα περιστατικά χωρίς ανάγκη μετατροπής στην κλασσική επέμβαση. Τέσσερις ασθενείς (8,9%) χρειάστηκαν αναλγησία με παρακεταμόλη και ένας (2,2%) per os ασβέστιο. Η μέση νοσηλεία ήταν  $16,8 \pm 5,3$  ώρες. Όλοι οι ασθενείς παραμένουν με φυσιολογικό ασβέστιο και PTH έως σήμερα (follow-up: 2-28 μήνες).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το IOPTH monitoring στη χειρουργική του υπερπαραθυρεοειδισμού είναι πολύτιμο, ανοίγοντας νέους ορίζοντες στις ελάχιστες επεμβατικές τεχνικές. Μεγαλύτερο διάστημα παρακολούθησης απαιτείται για τη διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για την πιθανότητα υποτροπής.

### **ΕΑ14 ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΛΗΘΑΝ ΜΕ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΣΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΗΣ Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ».**

**Γ.Μαρίνος<sup>1</sup>, Ε. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ι.Πατέρας<sup>2</sup>, Κ. Βλάχος<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Π. Κορομπέλης<sup>1</sup>, Λ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κατσακούλης<sup>1</sup>, Α. Πλάστηρας<sup>1</sup>, Αθ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΝΑ «Λαϊκό»

Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των περιστατικών με βουβωνοκήλη που προσήλθαν στη διάρκεια ενός έτους στο ΤΕΠ και στα τακτικά ιατρεία της Α' Χειρουργικής Κλινικής, του είδους της βουβωνοκήλης, της χρησιμότητας της κλινικής εξέτασης και του υπερηχογραφήματος στη διαφορική διάγνωση της νόσου καθώς και της ανάγκης για επείγουσα χειρουργική επέμβαση.



**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** μελετήθηκαν οι ασθενείς που προσήλθαν στα ιατρεία της Α' Χειρουργικής Κλινικής από το 2007 έως το 2008. Οι ασθενείς με βουβωνοκήλη διαχωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα με το φύλο, το είδος της βουβωνοκήλης και τον κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο που οδήγησε στη διάγνωση της νόσου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** στο χρονικό διάστημα από το 2007 έως το 2008 στην Α' Χειρουργική Κλινική προσήλθαν 4900 ασθενείς, 3700 στο ΤΕΠ και 1200 στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Από αυτούς, 520 (10,6%) προσήλθαν για πιθανή βουβωνοκήλη. Το 92% ήταν άνδρες και το 8% ήταν γυναίκες. Σε 350 (88%) ασθενείς διεγνώσθη βουβωνοκήλη ύστερα από απλή κλινική εξέταση. Από την εξέταση βρέθηκε ότι οι 100 (29%) έπασχαν από ευθεία βουβωνοκήλη, οι 180 (51%) από ίσχια, οι 35 (10%) από μη ανατασσίμενη, οι 20 (6%) από περιεσφυγμένη και οι 15(4%) είχαν βουβωνοκήλη "δίκην παντελονιού". Σε 44 από αυτούς (12%) έγινε υπερηχογράφημα για επιβεβαίωση των ευρημάτων της κλινικής εξέτασης. Σε 52 ασθενείς (13%) η απλή κλινική εξέταση οδήγησε στη διάγνωση πιθανής σιωπηλής βουβωνοκήλης. Στο σύνολο των ασθενών αυτών έγινε υπερηχογράφημα και σε 16 από αυτούς (30%) τέθηκε η διάγνωση βουβωνοκήλης. Από το σύνολο των 351 ασθενών, οι 40 (11,3%) χρειάστηκαν επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Συμπεράσματα: η σωστή λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα έχει αποτέλεσμα τη μείωση των περιστατικών με βουβωνοκήλη στο ΤΕΠ των Νοσοκομείων και την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από το Γενικό Ιατρό.

#### **ΕΑ15 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΓΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΒΟΘΡΟΥ-ΣΥΝΗΘΕΣ ΑΙΤΙΟ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΤΟ ΤΕΠ ΤΗΣ Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ».**

Γ.Μαρίνος<sup>1</sup>, Ε. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ι.Πατέρας<sup>2</sup>, Κ. Βλάχος<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Π. Κορομπέλης<sup>1</sup>, Λ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κατσακούλας<sup>1</sup>, Α. Πλαστηρας<sup>1</sup>, Αθ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΝΑ «Λαϊκό»

Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των περιστατικών με άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου στα ιατρεία της Α' Χειρουργικής Κλινικής του Λαϊκού Νοσοκομείου.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** μελετήθηκαν 4.900 ασθενείς που προσήλθαν τόσο στο ΤΕΠ κατά τη διάρκεια εφημερίας όσο και στα τακτικά ιατρεία της Α' Χειρουργικής Κλινικής στο διάστημα από 2007 έως 2008. Από αυτούς, 3.700 επισκέφθηκαν το ΤΕΠ και 1.200 τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους ασθενείς που μελετήθηκαν 1470 εμφάνιζαν άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου, 794 άνδρες και 686 γυναίκες. Κατά την κλινική εξέταση ανευρέθη η αιτιολογία του άλγους σε 620 άντρες και 510 γυναίκες. Στις γυναίκες η αιτία του άλγους ήταν: οξεία σκωληκοειδίτιδα 22%, κοιλικός δεξιού νεφρού 25%, γαστρεντερίτιδα 31%, κοιλικός εντέρου 14%, δεξιά βουβωνοκήλη 0,5%, ελκώδη κοιλίτιδα 6,5%, συστροφή σκωληκοειδούς απόφυσης 1%, ρήξη κύστης ΔΕ ωοθήκης 2%, συστροφή ΔΕ ωοθήκης 0,5%, εξαρτηματίτιδα 6% και ρήξη εξωμυτρίου κύστης 1,5%. Στους άντρες 21% είχαν οξεία σκωληκοειδίτιδα, 27% κοιλικό ΔΕ νεφρού, 33% γαστρεντερίτιδα, 12% κοιλικό εντέρου, 40% ΔΕ βουβωνοκήλη, 5% ελκώδη κοιλίτιδα και 2% συστροφή σκωληκοειδούς απόφυσης. Το υπερηχογράφημα βοήθησε στην διαφοροδιάγνωση στο 46% των ανδρών και 35% των γυναικών με οξεία σκωληκοειδίτιδα, 97% και 98% με κοιλικό ΔΕ νεφρού, 20% και 23% με συστροφή σκωληκοειδούς απόφυσης και στο 95% ανδρών και γυναικών με ΔΕ βουβωνοκήλη, στο 90% γυναικών με ρήξη κύστης ΔΕ ωοθήκης, 80% με συστροφή ωοθήκης, 25% με εξαρτηματίτιδα και 95% με ρήξη εξωμυτρίου κύστης.



**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** το άλγος του δεξιού λαγόνιου βόθρου είναι ένα σύνηθες αίτιο προσέλευσης των ασθενών στο Νοσοκομείο. Ο Γενικός Ιατρός με την κλινική εξέταση, τη λήψη του ιστορικού και τον εργαστηριακό έλεγχο μπορεί να αντιμετωπίσει τους ασθενείς αυτούς στα Κέντρα Υγείας.

#### **ΕΑ16 Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΕΛΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΛΟΔΑΠΗ ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ ΣΤΟ ΤΕΠ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ».**

Γ.Μαρίνος<sup>1</sup>, Ε. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ι.Πατέρας<sup>2</sup>, Κ. Βλάχος<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Π. Κορομπέλης<sup>1</sup>, Λ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κατσακούλας<sup>1</sup>, Α. Πλάστηρας<sup>1</sup>, Ε. Χριστοδούλου<sup>3</sup>, Αθ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>3</sup>Ορθοπαιδική Κλινική ΓΝ Καρπενησίου

Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των περιστατικών με αλλοδαπή ιθαγένεια στο ΤΕΠ της Χειρουργικής, Ορθοπαιδικής και ΩΡΛ Κλινικής του ΓΝΑ «Λαϊκό».

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν οι αλλοδαποί ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ του Χειρουργικού Τομέα του Γ.Ν.Α. ΛΑΪΚΟ, σε ημέρα εφημερίας, κατά το χρονικό διάστημα από 10/2/2007 έως και 10/2/2008. Προσδιορίστηκε ο αριθμός των ασθενών με αλλοδαπή ιθαγένεια που εξετάστηκαν, σε ποια κλινική εξετάστηκαν και πόσες εισαγωγές έγιναν στο Νοσοκομείο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** I) Χειρουργική Κλινική : προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία 9820 ασθενείς. Κατανομή φύλου 57% άντρες και 43% γυναίκες. Οι αλλοδαποί που εξετάστηκαν ήταν το 15% των ασθενών, από τους οποίους το 61% ήταν άντρες και το 39% ήταν γυναίκες. Το 2,5% των αλλοδαπών ασθενών ήταν ανασφάλιστοι. Ανάγκη εισαγωγής στο Νοσοκομείο είχε το 34% των εξεταζομένων αλλοδαπών. II) Ορθοπαιδική Κλινική: προσήλθαν 9051 ασθενείς (άντρες 52%, γυναίκες 48%), στα επείγοντα ιατρεία της Ορθοπαιδικής Κλινικής. Από την ανάλυση διαπιστώθηκε ότι οι αλλοδαποί ασθενείς ήταν 18% του συνόλου, από τους οποίους το 61% ήταν άντρες και το 39% γυναίκες. Ανασφάλιστοι ήταν το 3,6%. Εισαγωγή στο Νοσοκομείο έγινε στο 2,7% των περιστατικών. III) ΩΡΛ Κλινική : στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία προσήλθαν 2122 ασθενείς (54% άντρες και 46% γυναίκες). Από αυτούς αλλοδαποί ιθαγενείς ήταν το 13%, από τους οποίους το 55% ήταν άντρες και το 45% ήταν γυναίκες. Ανασφάλιστοι ήταν το 2,8% . Το 8% των εξεταζομένων αλλοδαπών εισήχθη στο Νοσοκομείο.

**ΣΥΜΠΕΡΣΑΜΑ:** Καθίσταται εμφανές ότι το ποσοστό των αλλοδαπών που εξετάστηκε, απαιτείται να καταγράφεται και να μελετάται τακτικά, για να μπορεί να προσδιορισθεί το μέγεθος και ο αντίκτυπος σε κάθε τομέα της ζωής τους. Στην αντιμετώπιση αυτού του κοινωνικού προβλήματος, μεταξύ αλλοδαπών και ΕΣΥ θα μπορούσε με άμεσο και έμμεσο τρόπο να έχει ρόλο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

#### **ΕΑ17 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΟΠΑΘΕΙΑ ΣΤΟ ΤΕΠ ΤΟΥ ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ**

Γ.Μαρίνος<sup>1</sup>, Ε. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ι.Πατέρας<sup>2</sup>, Κ. Βλάχος<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Π. Κορομπέλης<sup>1</sup>, Λ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κατσακούλας<sup>1</sup>, Α. Πλάστηρας<sup>1</sup>, Αθ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΝΑ «Λαϊκό»

Σκοπός της εργασίας ήταν η καταγραφή των ατόμων με αιμορροϊδοπάθεια που προσήλθαν κατά τη διάρκεια ενός έτους στο ΤΕΠ και στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Α' Χειρουργικής Κλινικής, η μελέτη της σοβαρότητας της νόσου, της κλινικής της εικόνας και της θεραπευτικής της προσέγγισης.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 4900 ασθενείς που προσήλθαν τόσο στα ΤΕΠ κατά τη διάρκεια της εφημερίας όσο και στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Α' Χειρουργικής Κλινικής, στο χρονικό διάστημα από 5/6/2007 έως 5/6/2008. Από αυτούς, οι 3700 επισκέφτηκαν το ΤΕΠ και οι 1200 τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Οι 231 (4,7%) έπασχαν από αιμορροϊδοπάθεια. Από αυτούς, οι 166 (72%) ήταν άνδρες και οι 65 (28%) ήταν γυναίκες. Οι ασθενείς με αιμορροϊδοπάθεια διαχωρίστηκαν σε 4 ομάδες ανάλογα με την κλινική εικόνα, το βαθμό αιμορροϊδοπάθειας, τους παράγοντες κινδύνου και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με την κλινική εικόνα το 93% εμφάνιζε απλή αιμορραγία, το 4% έντονη αιμορραγία και το 3% θρόμβωση. Ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου, 152 (66%) ασθενείς ήταν grade 1, 43 (19%) grade 2, 23 (10%) grade 3 και 13 (5%) ασθενείς grade 4. Ως προς τους παράγοντες κινδύνου, το 30% είχαν θετικό κληρονομικό ιστορικό, το 50% έκαναν καθιστική ζωή, το 60% είχαν χρόνια δυσκοιλιότητα, το 40% είχαν κακή διατροφή και το 25% βαριά χειρωνακτική εργασία. Στο σύνολο των ασθενών (100%) συνεστήθη διαγνωστικά ενδοσκοπικός ή ορθοσκοπικός έλεγχος και θεραπευτικά κατάλληλη δίαιτα, φαρμακευτική αγωγή και αλοιφή με τοπικό αναισθητικό, ενώ στο 48% (110 άτομα) τακτική παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία της Κλινικής. Τέλος, 5 ασθενείς (2%) οδηγήθηκαν λόγω θρόμβωσης σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** είναι σαφές πως ένα μεγάλο ποσοστό περιστατικών με αιμορροϊδοπάθεια θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και με ασφάλεια από το Γενικό – Οικογενειακό ιατρό στους χώρους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Παρόλα αυτά, ο ρόλος του γενικού-οικογενειακού γιατρού στην αντιμετώπιση της αιμορροϊδοπάθειας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας χρήζει περαιτέρω διερεύνησης και μελλοντικές έρευνες θα βοηθήσουν στην διαλεύκανσή του.

#### **ΕΑ18 Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΔΑΚΤΥΛΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΣΤΟ ΤΕΠ ΤΟΥ ΛΑΪΚΟΥ ΝΟΣΟ-ΚΟΜΕΙΟΥ.**

**Γ.Μαρίνος<sup>1</sup>, Ε. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ι. Πατέρας<sup>2</sup>, Κ. Βλάχος<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Π. Κορομπέλης<sup>1</sup>, Λ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κατσακούδας<sup>1</sup>, Α. Πλαστήρας<sup>1</sup>, Αθ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΝΑ «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** της εργασίας είναι η καταγραφή των περιστατικών που προσήλθαν στο ΤΕΠ και στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Α' Χειρουργικής Κλινικής και υποβλήθηκαν σε δακτυλική εξέταση καθώς και η μελέτη των ευρημάτων της εν λόγω εξέτασης.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** μελετήθηκαν οι ασθενείς που προσήλθαν τόσο στο ΤΕΠ κατά τη διάρκεια εφημερίας όσο και στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Α' Χειρουργικής Κλινικής κατά τη διάρκεια του διαστήματος 5/6/2007 - 5/6/2008. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε δακτυλική εξέταση διαχωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα με τα ευρήματα της εξέτασης και την ανάγκη εξέτασης από άλλη ειδικότητα εκτός του Γενικού Χειρουργού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** στο χρονικό διάστημα από 5/6/2007 έως 5/6/2008 στην Α' Χειρουργική Κλινική προσήλθαν 4.900 ασθενείς, 3.700 στα ΤΕΠ και 1.200 στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Από αυτούς 1715 (35%) υποβλήθηκαν σε δακτυλική εξέταση. Οι 1046 (61%) ήταν άντρες και οι 669 (39%) γυναίκες. Η δακτυλική εξέταση σε 291 ασθενείς (17%) έδωσε παθολογικά ευρήματα. Αναλυτικά 142 ασθενείς (49%) εμφάνιζαν αιμορροϊδοπάθεια, 32 (11%) ραγάδα πρωκτού, 3 (1%) στένωση/χαλάρωση δακτυλίου, 27 (9%) διάγνωση προστάτη, 15 (5%) περιεδρικό απόστημα, 16 (5%) αιμορραγία ανώτερου πεπτικού/μέλαινες κενώσεις, 27 (10%)



ενεργή αιμορραγία κατώτερου πεπτικού, 9 (3%) απόφραξη λόγω κοπρολίθου, ενώ 20 ασθενείς (7%) οδηγήθηκαν σε έλεγχο για ειλεό. Από τους ασθενείς που είχαν παθολογικά ευρήματα στη δακτυλική εξέταση οι 64 (22%) εξετάσθηκαν και από ιατρό άλλης ειδικότητας. Τέλος, 6 ασθενείς (2%) υποβλήθηκαν σε επείγουσα ενδοσκόπηση (κολονοσκόπηση/γαστροσκόπηση) ενώ 17 (6%) παρέμειναν για νοσηλεία στο Νοσοκομείο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** τα Αποτελέσματα της έρευνας μαρτυρούν την αναγκαιότητα να πραγματοποιείται σωστά η δακτυλική εξέταση κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης των ασθενών. Για τον Γενικό Ιατρό αποτελεί ένα σημαντικό όπλο στη φαρέτρα για την καλύτερη κλινική εξέταση και διαγνωστική προσέγγιση των περιστατικών.

## ΕΑ19 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ ΣΤΟ ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»

Γ.Μαρίνος<sup>1</sup>, Ε.Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ι.Πατέρας<sup>2</sup>, Κ. Βλάχος<sup>1</sup>, Γ. Σιάσος<sup>1</sup>, Π. Κορομπέλης<sup>1</sup>, Λ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Κατσακούλης<sup>1</sup>, Α. Πλαστήρας<sup>1</sup>, Αθ. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΝΑ «Λαϊκό»

**ΣΚΟΠΟΣ:** της μελέτης είναι η καταγραφή και αντιμετώπιση των εγκαυμάτων στο ΤΕΠ του Λαϊκού και ο ρόλος του Γενικού Γιατρού.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν όλα τα περιστατικά που προσήλθαν με εγκαύματα στο ΤΕΠ και διαχωρίστηκαν ανάλογα με τη βαρύτητα και τη σοβαρότητα των βλαβών. Έγινε η κλασική ταξινόμηση των εγκαυμάτων σε τρεις βαθμούς Α' Βαθμού, Β' Βαθμού, Γ' Βαθμού. Επίσης μελετήθηκαν η κλινική εξέταση και η θεραπευτική αντιμετώπιση.

**Αποτελέσματα:** Σε σύνολο 410 ασθενών που προσήλθαν στα ΤΕΠ του Λαϊκού κατά το χρονικό διάστημα 2005-2006 το 57% ήταν άνδρες ηλικίας 14-76 ετών και 43% ήταν γυναίκες ηλικίας 14-79 ετών. Η ταξινόμηση των εγκαυμάτων ήταν Α' Βαθμού 71%, Β' Βαθμού 24%, Γ' Βαθμού 5%. Το 25% ήταν εργατικά ατυχήματα και το 32% ήταν οικιακά ατυχήματα. Η αντιμετώπιση των ασθενών έγινε στο 95% στα ΤΕΠ με πλύσεις με φυσιολογικό ορό, καθαρισμό των εγκαυμάτων και τοπική χρήση αντιβιοτικών. Στο 10% έγινε διακομιδή των ασθενών σε ειδική μονάδα εγκαυμάτων, αφού προηγήθηκε εξασφάλιση του αεραγωγού με ενδοτραχειακή διασωλήνωση και τοποθετήθηκε ενδοφλέβιος καθετήρας. Το 62% επανεξετάστηκε μετά 3 μήνες, ενώ 8% χρειάστηκε εξέταση από πλάστικό χειρουργό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Γίνεται εμφανές ότι ένας μεγάλος αριθμός των περιστατικών με εγκαύματα θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στην Π.Φ.Υ. Στα περιστατικά που χρήζουν εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας, ο κατάλληλα εκπαιδευμένος Γενικός Γιατρός μπορεί να δώσει τις πρώτες βοήθειες κάτι που είναι σημαντικό για τη διατήρηση των ζωτικών σημείων και τη θετική έκβαση των ασθενών.

## ΕΑ20 Η ΧΡΗΣΗ ΝΕΥΡΟΔΙΕΓΕΡΤΗ ΣΤΙΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΥΡΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΟΣ. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Γαλιатеρός Γ., Χριστόφίλος Π., Αδάμ Σ. Κούτρας Π., Σταθάκη Μ., Πολίτης Ν., Παϊζης Β.

Κρατική Χειρουργική Κλινική Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Αθηνών

Η κάκωση του κάτω λαρυγγικού νεύρου είναι μια από τις πλέον σοβαρές επιπλοκές της χειρουργικής του θυρεοειδούς.

Μπορεί να είναι παροδική ή μόνιμη, ενώ είναι πολύ σοβαρή κατάσταση η αμφοτερόπλευρη



βλάβη με παράλυση των φωνητικών χορδών. Η επίπτωση του τραυματισμού του κάτω λαρυγγικού νεύρου κυμαίνεται διεθνώς από 0% - 11%.

Η συστηματική Παρασκευή, αναγνώριση και προφύλαξη του κατά τις επεμβάσεις, έχει αλτρώσει σημαντικά την πιθανότητα του τραυματισμού του. Εν τούτοις αυτό δεν είναι πάντοτε εφικτό ιδιαίτερα σε επανεπεμβάσεις στην περιοχή, ή σε κακοήθεις όγκους με επέκταση στους τραχηλικούς λεμφαδένες που απαιτείται εκτεταμένος καθαρισμός.

Η διεγχειρητική χρήση νευροδιεγέρτη στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να αποτελέσει σημαντική βοήθεια στην αναγνώριση του νεύρου.

Στην κλινική μας την τελευταία διετία δηλ. 2008-2010 χειρουργήθηκαν 60 ασθενείς για διάφορες παθήσεις του θυρεοειδούς.

Για δύο ασθενείς ήταν η δεύτερη επανεπέμβαση. Όλοι υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή. Ανευρέθηκαν 13 περιπτώσεις θηλώδους καρκινώματος. Σε 37 συνοδικά ασθενείς χρησιμοποιήθηκε νευροδιεγέρτης.

Ολιγοήμερη πάρεση μιας φωνητικής χορδής παρατηρήθηκε σε ένα (1) ασθενή της ομάδας που χρησιμοποιήθηκε νευροδιεγέρτης, ενώ σε 1 (ένα) της άλλης ομάδας η πάρεση ήταν μόνιμη.

Ο χρυσός κανόνας της χειρουργικής του θυρεοειδούς αδένα, είναι η παρασκευή και η αναγνώριση του παλίνδρομου νεύρου ενώ η χρήση νευροδιεγέρτη είναι σημαντικό βοήθημα σε δύσκολες ανατομικά καταστάσεις.

## **ΕΑ21 ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΔΙΠΛΗ ΤΥΦΛΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟΠΙΚΟ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ**

**Τσάμης Δημήτριος, Μιχαλόπουλος Νικόλαος Β., Δεληστάθη Θαλασσινή, Κούρτη Περσεφόνη, Κουτσογιάννη Μαρία, Κουρτέση Αικατερίνη, Μανουράς Ιωάννης, Μαρκογιαννάκης Χαρίδημος, Μανουράς Ανδρέας, Ζωγράφος Γεώργιος**

Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αναζήτηση ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της διήθησης του χειρουργικού τραύματος με τοπικό αναισθητικό στην ολική θυρεοειδεκτομή.

**Μέθοδος:** Στην προοπτική τυχαίοποιημένη διπλή τυφή αυτή μελέτη, οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες: αυτούς στους οποίους έγινε διήθηση της τομής με levobupivacaine στο τέλος της επέμβασης (πριν τη σύγκλειση του δέρματος-ομάδα Α-ν=50), αυτούς που η διήθηση έγινε πριν τη διενέργεια της τομής (ομάδα Β-ν=50) και εκείνους χωρίς διήθηση (ομάδα ελέγχου-ομάδα Γ-ν=50).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι 3 ομάδες ήταν ομοιογενείς όσον αφορά στην ηλικία, φύλο, ASA, TSH, FT3, FT4, PTH, Vit D, Ca, P, εγχειρητικό και αναισθητικό χρόνο, διάμετρο, βάρος και όγκο του αδένα, ιστολογική διάγνωση, διάρκεια νοσηλείας και επιπλοκές. Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου. Η ομάδα Α εμφάνισε μείωση του μετεγχειρητικού stress (TNF, IL-1, IL-2, IL-6, IL-8, IL-10,  $p < 0,05$ ), του μετεγχειρητικού πόνου ηρεμίας και κατάποσης (VAS σκορ,  $p < 0,05$ ) και της κατανάλωσης αναλγητικών ( $p < 0,05$ ). Επίσης, παρουσίασε υψηλότερα σκορ στα μετεγχειρητικά ερωτηματολόγια SF-36 και EQ-5D ( $p < 0,05$ ), ενώ δεν υπήρχαν διαφορές προεγχειρητικά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διήθηση της τομής με τοπικό αναισθητικό στο τέλος της ολικής θυρεοειδεκτομής είναι ασφαλής και έχει ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση του μετεγχειρητικού πόνου και της κατανάλωσης αναλγητικών, ελάττωση του μετεγχειρητικού stress και μεγαλύτερη ικανοποίηση και καλύτερο επίπεδο ψυχοσωματικής υγείας και ποιότητας ζωής των ασθενών.

## **ΕΑ22 ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΗ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

**Λέτσος Σωτήριος, Γκουζίας Παναγιώτης, Αθανασίου Αθανάσιος**

Γ.Ν Λαμίας

**Σκοπός** της εργασίας είναι η μελέτη της ασφάλειας εκτέλεσης επείγουσών λαπαροσκοπικών επεμβάσεων σε ηλικιωμένους ασθενείς και το κατά πόσον ωφελούνται οι ασθενείς αυτοί από τα πλεονεκτήματα της μεθόδου (μειωμένος χρόνος νοσηλείας, μειωμένη ιστική βλάβη, μειωμένο μετεγχειρητικό stress)

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από τον Ιανουάριο του 2009 μέχρι το Δεκέμβριο του 2009, 48 ασθενείς, ηλικίας άνω των 70 ετών υποβλήθηκαν σε επείγουσες λαπαροσκοπικές επεμβάσεις. Οι 29 ήταν άνδρες (60,6%) και οι 19 γυναίκες (39,4%). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 75,7 έτη. Οι επεμβάσεις στις οποίες υποβλήθηκαν οι ασθενείς ήταν: λαπαροσκοπικές χολοκυστεκτομές 36 (75%), ερευνητικές λαπαροσκοπήσεις 6 (12,5%), συμφυσιολύσεις 4 (8,3%) και λαπαροσκοπικές σκωληκοειδεκτομές 2 (4,1%). Όλες οι επεμβάσεις ήταν επείγουσες. Αξιολογήθηκαν οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και ο χρόνος νοσηλείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος μετεγχειρητικός χρόνος νοσηλείας ήταν 3,8 ημέρες. Οι κύριες επιπλοκές στην ομάδα αυτή των ασθενών ήταν: ήπιες καρδιοαναπνευστικές (18,75%), δυσουρικές ενοχλήσεις (6,25%), μετεγχειρητικό άλγος (8,3%). Η θνητότητα ήταν μηδενική. 3 ασθενείς (6,25%) από την ομάδα των λαπαροσκοπικών χολοκυστεκτομών χρειάστηκε να υποβληθούν σε ERCP με τοποθέτηση stent στο χοληδόχο πόρο χωρίς περαιτέρω επιπλοκές, ενώ 6 επεμβάσεις μετατράπηκαν σε ανοικτές (12,5%). Τα ποσοστά διαπύσης τραύματος ήταν μηδενικά, όπως και τα ποσοστά για DVT.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η λαπαροσκοπική χειρουργική παρουσιάζει μειωμένη νοσηρότητα και θνητότητα σε σχέση με την ανοικτή στους ηλικιωμένους ασθενείς.

## **ΕΑ23 ΤΡΑΥΜΑ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΠΟ ΠΥΡΟΒΟΛΟ ΟΠΛΟ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

**Πατέρας Ι.<sup>1</sup>, Μιχαήλ Ο.<sup>1</sup>, Παπαλάμπρος Α.<sup>1</sup>, Μαρίνος Γ.<sup>1</sup>, Γιαννόπουλος Λ. Καραϊσκος Ι.<sup>1</sup>, Σπάρταλης Ε.<sup>2</sup>, Ράμμος Χ.<sup>3</sup>, Τόμος Π.<sup>2</sup>, Μιχαήλ Π.<sup>1</sup>, Γιαννόπουλος Α.<sup>1</sup>, Παπαλάμπρος Ε.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Α' ΧΚ,

<sup>2</sup>Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Β' ΧΚ,

<sup>3</sup>Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων- Β' ΧΚ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μελέτη της ικανής και αναγκαίας ενέργειας η οποία θα βοηθήσει να διατηρηθεί η ζωή του τραυματία μέχρις ότου τεθεί δυνατή η ριζική χειρουργική ή μη επεμβατική αντιμετώπιση του προβλήματος.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 58 ετών προσέρχεται στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου μας σε κατάσταση αναπνευστικής ανεπάρκειας (δυσχέρειας) και GCS 10 μετά από τραυματισμό από πυροβόλο όπλο στο Αρ. Ημιθώρακιο και στα έσω της Αρ. Θυλής. Σημείο εξόδου του βλήματος δε διαπιστώθηκε. Η πίεση του κατά την προσέλευση ήταν 90/60 mmHg και σφύξεις 110 bpm. Ακροαστικά υπήρχε σοβαρή μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος Αρ και η αναπνοή του θύμιζε αρρυθμη αναπνοή (Chayne-Stokes). Υπολογίζεται πως ο χρόνος παραμονής του στην κατάσταση στην οποία μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο υπερέβαινε την μία ώρα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Άμεσα μεταφέρθηκε στο χειρουργείο όπου ετέθη σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης BULLAU καθιστώντας έκδηλη την παρουσία πνευμοθώρακα χωρίς ιδιαίτερα



στοιχεία αιμορραγίας επαναφέροντας τον καρδιοαναπνευστικό ρυθμό στο φυσιολογικό, καθώς ολιγαιμία εκ του σωλήνα παροχέτευσης και κοιλιακού U/S είχε αποκλεισθεί. Μετα τοῦτο διασωληνώθηκε και διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος. Ανεδείχθει θλάση του πνευμονικού παρεγχύματος από το βλήμα με την ενσφηνώσή του στην Αρ. ωμοπλάτη, καθώς η ανεπηρέαστες φάνηκαν οι υπολοίπες δομές και αγγεία της θωρακική κοιλότητας. Ο ασθενής παρέμεινε στην ΜΕΘ δυο ημέρες και μετεπειτα χειρουργήθηκε για αφαίρεση του βλήματος και συρραφή του πνεύμονος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Είναι αξιοσημείωτο το πως σε έναν ασθενή με θωρακικό τραύμα από πυροβόλο όπλο ομαλοποιούνται οι κάρδιο-αναπνευστικές του λειτουργίες μετά από την τοποθέτηση ενός BULLEAU εξασφαλίζοντας την ειδική κατάσταση του θώρακα αλλά και την γενικότερη του ασθενούς. Η εμπειρία μας αυτή επιβεβαιώνει τα συγγράμματα του ATLS περί φροντίδας τέτοιου είδους ασθενών με μεγάλη χρηστική αξία.

**Συζήτηση:** Παρότι οι αμιγείς ανοικτές κακώσεις αποτελούν το 15% των θωρακικών κακώσεων και η σχέση ανοικτών/κλειστών κακώσεων είναι 1:1,2 εμφάνισή τους στην καθημερινή πράξη δεν παύει να μας απασχολεί και να μας προκαλεί έως και σήμερα. Βασικό κριτήριο μεθόδευσης ενός τραυματισμού όπως ο προαναφερθής είναι οι ενδείξεις αστάθειας της καταστάσεως του ασθενούς που περιγράφονται στις προϋποθέσεις αμέσου θωρακοτομής όπως:

- Αγγειακό τραύμα θωρακικής εξόδου
- Μεγάλη απώλεια ιστών θωρακικού τοιχώματος
- Μαζική απώλεια αέρα από το Bullau
- Συνεχιζόμενη απώλεια αίματος > 250ml/h από το Bullau
- Ακτινολογική ή ενδοσκοπική απόδειξη κάκωσης τραχείας ή βρόγχων, οισοφάγου, μεγάλου αγγείου
- Εμβολή από αέρα
- Διέλευση σφαίρας από το μεσοθωράκιο ή ενσφηνωσή της σε μεγάλο αγγείο ή την καρδιά.

Έτσι λοιπόν επιλέγει η συντηρητική προσέγγιση του ασθενούς όπως παρακολούθηση σταθεροποίηση και εκλεκτική θωρακοτομή αφού βέβαια πρώτα απ'όλα έχει τοποθετηθεί σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης Bullau. Η θνητότητα των ανοικτών κακώσεων θώρακα παραμένει μεταξύ 4-8%.

Βιβλιογραφία:

- ATLS Course: Thoracic injuries
- "Trauma" by Moore, Felliciano, Mattox: Trauma to the Chest wall and Lung
- " Κακώσεις του Θώρακα", Μιχαήλ Παναγ. Αναπλ. Καθηγητής Χειρουργικής & Χειρουργικής Θώρακα, Δ/ντής Θ/Χ Κλινικής Π.Α.

## ΕΑ24 ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΤΗΣ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΣΕ ΑΝΟΙΚΤΗ

Καμπαρούδης Απόστολος, Καρδάσης Δημήτριος, Λαζόπουλος Αχιλλέας, Αναστασιάδης Κλεάνθης, Φραγκανδρέας Γεώργιος, Πασχαλίδου Ελένη, Κηροπλάστης Κωνσταντίνος, Γερασιμίδης Θωμάς.

Ε' Χειρουργική Κλινική Α. Π. Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή αποτελεί πλέον τη μέθοδο εκλογής στη θεραπεία της χολολιθίαςης.

Σκοπός της αναδρομικής μελέτης είναι η ανάλυση της συχνότητας και των αιτιών που οδήγησαν



την μετατροπή εκλεκτικής λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής σε ανοικτή, καθώς και της επιβάρυνσης της νοσηρότητας από την διαδικασία αυτή.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στο χρονικό διάστημα 1/1/1999 - 31/12/2009 διενεργήθηκε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή σε 656 ασθενείς με χοληλιθίαση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε 77 (11,74%) ασθενείς, 45 γυναίκες, ηλικίας 19 – 79 ετών (μέσος όρος: 57,92 έτη) και 32 άνδρες, ηλικίας 15 – 78 ετών (μέσος όρος: 61,00 έτη) ήταν αναγκαία η μετατροπή της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής σε ανοικτή. Το ετήσιο ποσοστό μετατροπής κυμάνθηκε μεταξύ 6,00% και 21,88%, με πτώση του μέσου όρου του από 14,26% κατά την εξαετία 1999 – 2004 σε 8,17% κατά την πενταετία 2005 - 2009. Συχνότερα αίτια μετατροπής ήταν η ύπαρξη μη προσπελάσιμων συμφύσεων (49,35%), το φλεγμονώδες ή σκληρό τοίχωμα της χοληδόχου κύστης (16,88%) και η αιμορραγία (9,09%). Η μετεγχειρητική νοσηλεία αυξήθηκε από 3-57 ημέρες, ενώ 3 ασθενείς παρουσίασαν λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος. Δεν υπήρξε θάνατος μέσα στις 30 πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι ασφαλής και έχει καθιερωθεί ως θεραπεία εκλογής της συμπτωματικής χοληλιθίασης. Η μετατροπή της σε ανοικτή δεν θεωρείται επιπλοκή αλλά αναγκαία διαδικασία, γιατί αποτελεί το κατάλληλο βήμα αντιμετώπισης δυσκολιών ή επιπλοκών που προκύπτουν κατά την εξέλιξη της λαπαροσκοπικής προσέγγισης. Με την απόκτηση λαπαροσκοπικής χειρουργικής εμπειρίας παρατηρείται μείωση του ποσοστού μετατροπής.

#### **ΕΛ25 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΘΡΟΜΒΟΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ, ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ Ή ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ**

Θεάκος Νίκος<sup>1</sup>, Μάντζαρης Γεώργιος<sup>2</sup>, Παναγιώτης Δεδενλής<sup>1</sup>, Ροδολάκης Αλέξανδρος<sup>2</sup>, Βουγάς Βασίλειος<sup>3</sup>, Βλάχος Γεώργιος<sup>2</sup>, Ρουσάκης Αντώνιος<sup>3</sup>, Μάριος Πατρώνης<sup>1</sup>, Νενεκίδης Ιωάννης<sup>1</sup>, Μαμιδάκης Ιωάννης<sup>1</sup>, Πισπιρίγκου Σταματίνα<sup>1</sup>, Τσούκας Αντώνιος<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Μπόλος<sup>1</sup> και Αντσακλής Άρης<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα,

<sup>2</sup>1η Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»,

<sup>3</sup>Α' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της συμβολής της θρομβοελαστογραφίας στη διάγνωση των διαταραχών των αιμοπεταλίων σε ασθενείς με πρωτοπαθή κακοήθη νόσο των πνευμόνων, του παχέος εντέρου ή των ωοθηκών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από 1/3/2006 έως 28/2/2010, 55 ασθενείς με πρωτοπαθή καρκίνο των πνευμόνων, 63 ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών, καθώς και 52 ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου υποβλήθηκαν σε ριζική χειρουργική επέμβαση. Όλοι οι ασθενείς εξετάστηκαν προεγχειρητικά τόσο με τις συνήθεις μεθόδους ελέγχου της πήκτικότητας του αίματος (PLT, χρόνοι PT και aPTT, συγκέντρωση ινωδογόνου), όσο και με τη μέθοδο της θρομβοελαστογραφίας. Οι επιμέρους βασικές παράμετροι που καταγράφηκαν ήταν οι συντελεστές R, K, Angle, G και MA, καθώς και ο δείκτης πήκτικότητας. Με την εφαρμογή της μεθόδου της «χαρτογράφησης των αιμοπεταλίων» ήταν εφικτή η εφαρμογή της θρομβοελαστογραφίας σε ασθενείς που συστηματικά λάμβαναν προεγχειρητικά, αντιπηκτικά ή αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι συνήθεις μέθοδοι ελέγχου της πήκτικότητας ήταν φυσιολογικές σε

όλους τους ασθενείς. Στον παρακάτω πίνακα αναγράφονται οι τιμές των παραμέτρων της θρομβοελαστογραφίας.

	Καρκίνος Πνευμόνων (n=55)	Καρκίνος Ωοθηκών (n=63)	Καρκίνος Παχέος Εντέρου (n=52)
R (min)	4.3	3.1	6.8
K (min)	2.8	1.1	2.3
Angle (deg)	75.6	76.3	64.4
MA (mm)	77.5	69.8	73.7
CI	3.8	4.3	1.2

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Με τη μέθοδο της θρομβοελαστογραφίας, διαπιστώσαμε ότι οι ασθενείς με πρωτοπαθή καρκίνο των ωοθηκών ή των πνευμόνων εμφανίζουν υπερπηκτικότητα, ενώ οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, παρόλο που δεν παρουσιάζουν παθολογικές τιμές του δείκτη ηκτικότητας, εντούτοις χαρακτηρίζονται από αυξημένη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων. Ο κλινικός έλεγχος της ηκτικότητας αδυνατεί να προσδιορίσει ενδεχόμενες διαταραχές στην λειτουργία των αιμοπεταλίων.

## **ΕΑ26 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ**

**Νατούδη Μαρία, Δημόπουλος Λεωνίδας, Δημόπουλος Χρήστος, Δοξαστάκη Αικατερίνη, Δημοπούλου Αγγελική, Ζιώζια Βασιλική, Μαρκογιαννάκης Χαρίδημος, Κουτσογιάννης Κωνσταντίνος, Μανουράς Ανδρέας**

Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αναζήτηση του ρόλου της προεγχειρητικής βιταμίνης D και του ασβεστίου καθώς και της μετεγχειρητικής παραθορμόνης (PTH) στην ολική θυρεοειδεκτομή ως προς την πρόγνωση της μετεγχειρητικής υποασβεστιαμίας.

Μέθοδος: Προοπτική μελέτη όλων των ολικών θυρεοειδεκτομών από 1/1/2009 έως 30/4/2009 (n=105). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: αυτούς με μετεγχειρητική υποασβεστιαμία (ομάδα Α) και εκείνους χωρίς (ομάδα Β).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Είκοσι περιστατικά (19%) εμφάνισαν υποασβεστιαμία κατά την μετεγχειρητική περίοδο (ομάδα Α). Η υποασβεστιαμία ήταν ασυμπτωματική σε 14 (13,3%) και συμπτωματική σε 6 (5,7%). Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν παροδική υποασβεστιαμία. Στη μονοπαραγοντική σύγκριση, η ομάδα Α είχε σημαντικά χαμηλότερο προεγχειρητικό ασβέστιο, προεγχειρητική 25(OH) VitD3 και μετεγχειρητική PTH από την ομάδα Β (p<0,05). Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε την προεγχειρητική 25(OH) VitD3 (OR=0,8, 95%CI=0,82-0,95, p=0,009) και το προεγχειρητικό ασβέστιο (OR=0,04, 95%CI=0,007-0,26, p=0,001) ως ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες της μετεγχειρητικής υποασβεστιαμίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η προεγχειρητική μέτρηση της βιταμίνης D και του ασβεστίου και η μετεγχειρητική μέτρηση παραθορμόνης στους ασθενείς που υποβάλλονται σε θυρεοειδεκτομή είναι πολύτιμη για την πρόγνωση της μετεγχειρητικής υποασβεστιαμίας και τα αποτελέσματά τους θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως κριτήρια για την εκλεκτική μετεγχειρητική χορήγηση



δισκίων ασβεστίου. Η προεγχειρητική θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με υποβιταμίνωση D πιθανώς να έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της συχνότητας ανάπτυξης της επιπλοκής αυτής.

## **ΕΑ27 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΤΟΜΗ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ**

**Μέμος Νικόλαος**, Al-harethee Wasim, Πλαστήρας Άρns, Πείτσιδου Κυριακή, Σπυρόπουλος Βασίλειος, Δουλάμη Γεωργία, Μαρκογιαννάκης Χαρίδημος, Κουτσουμάνης Κωνσταντίνος, Μανουράς Ανδρέας, Ζωγράφος Γεώργιος

Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αναζήτηση προγνωστικών παραγόντων μετεγχειρητικής υπασβεστιαϊμίας μετά από εκτομή μονήρους αδενώματος παραθυρεοειδούς.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Προοπτική μελέτη όλων των ασθενών με μονήρη αδενώματα παραθυρεοειδούς που χειρουργήθηκαν το 2009 (n=40). Εξαιρέθηκαν όσοι υποβλήθηκαν ταυτόχρονα σε θυρεοειδεκτομή. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε αυτούς με (ομάδα Α) και εκείνους χωρίς μετεγχειρητική υπασβεστιαϊμία (ομάδα Β).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε όλους διενεργήθηκε ταχεία βιοψία που επιβεβαίωσε την αφαίρεση του παθολογικού παραθυρεοειδούς αδένου. Με βάση αυστηρά κριτήρια, 21 (52,5%) χειρουργήθηκαν με εστιασμένη/στοχευμένη παραθυρεοειδεκτομή (πλήγια τομή 1-2cm: focused parathyroidectomy), με χρήση ταχείας διεγχειρητικής PTH, 7 (17,5%) με ετερόπλευρη διερεύνηση και 12 (30%) με αμφοτερόπλευρη διερεύνηση τραχήλου. Μετεγχειρητική υπασβεστιαϊμία παρουσίασαν 12 περιστατικά (30% του συνόλου): 7 της αμφοτερόπλευρης (58,3% των ασθενών της συγκεκριμένης ομάδας), 4 της ετερόπλευρης (57,1%) και 1 της ελάχιστης επεμβατικής τεχνικής (4,7%) (p=0,004). Η μονοπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ότι οι ασθενείς της ομάδας Α είχαν χαμηλότερη PTH στα 15min μετά την αφαίρεση του αδενώματος και στις 12 μετεγχειρητικές ώρες, χαμηλότερη προεγχειρητική 25(OH)VitD3, υψηλότερο φωσφόρο στις 12 μετεγχειρητικές ώρες και είχαν υποβληθεί λιγότερο συχνά σε εστιασμένη/στοχευμένη παραθυρεοειδεκτομή από τη Β (p<0,05). Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε τη χειρουργική τεχνική ως το μοναδικό ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της μετεγχειρητικής υπασβεστιαϊμίας (OR=47,85-95% CI=2,31-196,78- p=0,01).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ελάχιστη επεμβατική εκτομή μονήρους αδενώματος παραθυρεοειδούς οδηγεί σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό μετεγχειρητικής υπασβεστιαϊμίας.

## **ΕΑ28 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

**Παπανηλίου Ιωάννα<sup>1</sup>**, Ευαγγελιδάκης Εμμανουήλ<sup>2</sup>, Λιπαράκη Μαρία<sup>2</sup>, Μανουράς Ιωάννης<sup>1</sup>, Παπαδήμα Αρτεμισία<sup>3</sup>, Λαγουδιανάκης Εμμανουήλ<sup>1</sup>, Μαρκογιαννάκης Χαρίδημος<sup>1</sup>, Κέκης Παναγιώτης Β.<sup>1,2</sup>, Μανουράς Ανδρέας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

<sup>2</sup>Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

<sup>3</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών



**ΣΚΟΠΟΣ:** Ανάλυση των περιεχειρητικών αποτελεσμάτων των λαπαροσκοπικών επινεφριδεκτομών σε ασθενείς με προηγούμενες ανοιχτές επεμβάσεις κοιλίας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Προοπτική μελέτη όλων των ασθενών με ιστορικό προηγούμενης/ων ανοιχτής/ών επέμβασης/επεμβάσεων κοιλίας που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή στο τμήμα μας την 3ετία 2007-2009.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Την ομάδα μελέτης αποτέλεσαν 18 ασθενείς (μέση ηλικία:  $51,8 \pm 7,6$  έτη - γυναίκες: 66,7%). Δύο περιστατικά (11,1%) είχαν τρεις προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις κοιλίας, 5 (27,7%) δύο και 11 (61,2%) μία επέμβαση. Ένας ασθενής (5,5%) υπεβλήθη σε αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή λόγω ανθεκτικής νόσου Cushing, 6 (33,3%) σε δεξιά και 11 (61,2%) αριστερή επινεφριδεκτομή. Η τελική διάγνωση στις ετερόπλευρες επεμβάσεις ήταν: μη λειτουργικό αδένωμα σε 5 ασθενείς (29,4%), σύνδρομο Cushing 4 (23,5%), μονήρης μετάσταση 3 (17,6%), φαιοχρωμοκύττωμα 2 (11,8%), σύνδρομο Conn 2 (11,8%) και κύστη σε 1 (5,9%). Η μέση διάμετρος του όγκου ήταν  $5,7 \pm 1,6$  cm (εύρος: 2-9 cm). Ο εγχειρητικός χρόνος ήταν  $75 \pm 9,3$  min. Καμία μετατροπή σε ανοιχτή επινεφριδεκτομή δεν παρατηρήθηκε. Ένας ασθενής (5,5%) υπέστη ουρολοίμωξη μετεγχειρητικά. Ο μέσος χρόνος μετεγχειρητικής νοσηλείας ήταν  $36,9 \pm 7,2$  ώρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή είναι ασφαλής και αποτελεσματική, ακόμη και σε ασθενείς με προηγούμενες ανοιχτές επεμβάσεις κοιλίας.

## **ΕΑ29 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ.**

**Θ.Τσιγάνης, Λ.Γιαννόπουλος, Κ.Κατσένης, Ε.Παπαλάμπρος, Α.Γιαννόπουλος**

Α'χειρουργική Κλινική Λαϊκό Νοσοκομείο  
Αρεταίειον Νοσοκομείο (Αγγειοχειρουργική Μονάδα)  
Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας  
Ευγενίδειο Θεραπευτήριο Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Σκοπός** της εργασίας είναι η καταγραφή του ανευρύσματος στον γενικό πληθυσμό καθώς και να καθορίσουμε του προδιαθεσικούς παράγοντες που σχετίζονται με αυτό.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Για την μελέτη συνεργάστηκαν 6 διαγνωστικά εργαστήρια(νοσοκομεία ΕΣΥ-πανεπιστήμιο.Υλικό της εργασίας μας αποτέλεσαν 2300 ασθενείς από έτος 2000εως 2006. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε υπερηχοτομογραφικό έλεγχο άνω και κάτω κοιλίας για παθήσεις ενδοκοιλιακών οργάνων και συγχρόνως εκτιμάτο και το μέγεθος της κοιλιακής αορτής έως τις εκφύσεις των νεφρικών αρτηριών καθώς και το μέγεθος των κοινών λαγονίων. Κατεγράφετο η μεγαλύτερη διάμετρος. Η διάμετρος της αορτής μεταξύ των νεφρικών αρτηριών θεωρείτο το φυσιολογικό μέγεθος της αορτής. Σε κάθε ασθενή θεωρούμε ως παράγοντες κινδύνου την ηλικία, το κάπνισμα, την υπέρταση, τον Σ.Δ, την υπερκολληστεριναιμία, την στεφανιαία νόσο (γενικά καρδιολογικά προβλήματα), τα χρόνια πνευμονολογικά νοσήματα, την υπερτροφία προστάτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μεταξύ των 2300 ασθενών που υπεβλήθησαν σε U/S κοιλίας ανευρέθησαν 170 ασθενείς με διάμετρο κοιλιακής αορτής  $>4$  εκ., 539 ασθενείς με εύρος αορτής 2 έως 3 εκ. Απ' τους 539 ασθενείς ήρθαν για επανάληψη U/S μετά 6μηνου 410 ασθενείς απ' τους οποίους 63

είχαν μέγεθος κοιλιακής αορτής 4 εκ. και άνω και 321 ασθενείς με ελάχιστη μεταβολή στο εύρος της κοιλιακής αορτής, απ' τους 321 ασθενείς οι 208 επανήλθαν για επανέλεγκο μετά 6 μηνών όπου διαπιστώθηκε σε 28 ασθενείς εύρος αορτής 4 εκ. και άνω. Στους 410 ασθενείς όλοι ήταν καπνιστές, 58 είχαν Σ.Δ και χοληστερίνη, 105 με υπερτροφία προστάτη, 95 με πνευμονοπάθεια, 78 με υπέρταση, 4 με νόσο Hodgkin. Στο σύνολο των ασθενών μας οι παράγοντες κίνδυνου που κατεγράφησαν (2300 ασθενείς) ήταν ηλικίας 45-85χρ, κάπνισμα 1530, υπέρταση-πνευμονοπάθεια- υπερτροφία προστάτη. 1600 άνδρες και 420 γυναίκες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ως παράγοντες κίνδυνου που σχετίζονται με την δημιουργία και την εξέλιξη του ανευρύσματος κοιλιακής αορτής απομονώθηκε η υπέρταση, η υπερτροφία προστάτη και η χρ.πνευμονοπάθεια. Ενώ η χοληστερίνη, τα καρδιολογικά νοσήματα, η ηλικία δεν θεωρήθηκαν ότι έχουν άμεση σχέση με το ανεύρυσμα.

## ΕΛ30 ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗ ΚΑΙ ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΜΟΝΗΡΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΑ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΟΥΣ

**Μέμος Νικόλαος<sup>1</sup>, Μαλακτάρη Σοφία<sup>2</sup>, Τζουτζουράκη Παρασκευή<sup>3</sup>, Κωνσταντέλου Ελίσσάβετ<sup>1</sup>, Κωνσταντακόπουλος Σωτήριος<sup>1</sup>, Τσιρίβα Μαρία<sup>1</sup>, Παράκλη Ιωάννα<sup>1</sup>, Θεοδούλου Δανάη<sup>1</sup>, Μαρκογιαννάκης Χαρίδημος<sup>1</sup>, Μανουράς Ανδρέας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

<sup>2</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

<sup>3</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ανάλυση των αποτελεσμάτων της εστιασμένης και της κλασσικής παραθυρεοειδεκτομής για μονήρη αδενώματα παραθυρεοειδούς.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Προοπτική μελέτη των ασθενών με μονήρη αδενώματα παραθυρεοειδούς που χειρουργήθηκαν στο τμήμα μας τη διετία 2008-2009 (v=50). Εξαιρέθηκαν όλοι όσοι υποβλήθηκαν σε ταυτόχρονη θυρεοειδεκτομή. Σε όλους εφαρμόστηκε ταχεία βιοψία και ταχεία διεγχειρητική μέτρηση παραθορμόνης (μέτρηση PTH άμεσα προεγχειρητικά, PTH0, στα 5min, PTH1, και 15min, PTH2, μετά την αφαίρεση του αδενώματος).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με εφαρμογή αυστηρών κριτηρίων επιλογής με βάση τον προεγχειρητικό κλινικοεργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, η πλειοψηφία (v=40, 80%) χειρουργήθηκε με εστιασμένη/στοχευμένη παραθυρεοειδεκτομή (πλάγια τομή 1-2cm: focused parathyroidectomy) ενώ η κλασσική επέμβαση εφαρμόστηκε σε 10 (20%) ασθενείς. Η ελάχιστη επεμβατική τεχνική ήταν επιτυχής σε όλους χωρίς την ανάγκη μετατροπής στην κλασσική επέμβαση. Οι ασθενείς της εστιασμένης παραθυρεοειδεκτομής παρουσίασαν σημαντικά λιγότερο εγχειρητικό χρόνο, μετεγχειρητικό πόνο και μειωμένη συχνότητα παροδικού μετεγχειρητικού υποπαραθυρεοειδισμού και ανάγκη χορήγησης ασβεστίου και αναλγητικών (p<0,05). Όλοι οι ασθενείς παραμένουν με φυσιολογικό ασβέστιο και PTH κατά το μικρό χρονικό διάστημα παρακολούθησης (4-28 μήνες).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εστιασμένη παραθυρεοειδεκτομή για μονήρη αδενώματα παραθυρεοειδούς παρουσιάζει μειωμένο εγχειρητικό χρόνο, μετεγχειρητικό πόνο και συχνότητα μετεγχειρητικού υποπαραθυρεοειδισμού σε σύγκριση με την κλασσική τεχνική. Μεγαλύτερο διάστημα παρακολούθησης απαιτείται για τη διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για την πιθανότητα υποτροπής.



### **ΕΑ31 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CONN**

**Φίλσσας Ιωάννης, Καντσός Χαρίλαος, Γομάτος Ηλίας, Πανουσόπουλος Σωτήριος Γεώργιος, Κλειδή Ελευθερία, Λαρεντζάκης Αντρέας, Μαρκογιαννάκης Χαρίδημος, Κέκης Παναγιώτης Β., Μανουράς Ανδρέας, Ζωγράφος Γεώργιος**

Τμήμα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ανάλυση των αποτελεσμάτων της λαπαροσκοπικής επινεφριδεκτομής σε ασθενείς με σύνδρομο Conn.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Προοπτική μελέτη όλων των λαπαροσκοπικών επινεφριδεκτομών για σύνδρομο Conn στο τμήμα μας από το 2006 έως το 2009.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα 72 περιστατικά που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή, 15 (20,8%) έπασχαν από σύνδρομο Conn και αποτέλεσαν την ομάδα μελέτης (ηλικία:  $47 \pm 5,3$  έτη - γυναίκες: 73,3%). Σε 3 (20%) έγινε μερική και σε 12 (80%) ολική ετερόπλευρη επινεφριδεκτομή. Πέντε επεμβάσεις (33,3%) αφορούσαν στο αριστερό ενώ 10 (66,7%) στο δεξιό επινεφρίδιο. Η μέση διάμετρος του όγκου ήταν  $3 \pm 0,5$ cm (εύρος: 1,5-6,5cm). Ο χειρουργικός χρόνος ήταν  $65,6 \pm 7,5$ min. Καμία διεγχειρητική ή μετεγχειρητική επιπλοκή ή μετατροπή δεν παρατηρήθηκε. Μετεγχειρητικά, ο χρόνος επανασίτισης ήταν  $5,5 \pm 2,3$  ώρες ενώ το VAS σκορ πόνου (κλίμακα: 0-10) στην ηρεμία και στην κίνηση ήταν αντίστοιχα  $2,1 \pm 0,8$  και  $3,2 \pm 0,9$ . Ο χρόνος νοσηλείας ήταν  $28,7 \pm 5,6$  ώρες. Κατά το μικρό διάστημα μετεγχειρητικής παρακολούθησης ( $26,7 \pm 8,5$  μήνες), δεν έχει παρουσιαστεί υποτροπή του συνδρόμου, οι ασθενείς είναι ευκαταίμακτοι χωρίς αγωγή και η υπέρταση είτε υποχώρησε είτε ρυθμίζεται με λιγότερες δόσεις φαρμάκων.

**Συμπεράσματα:** Η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή σε ασθενείς με σύνδρομο Conn είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Απαραίτητη προϋπόθεση για ικανοποιητικά περιεγχειρητικά και απώτερα μετεγχειρητικά αποτελέσματα αποτελεί η άριστη συνεργασία ενδοκρινολόγων, ακτινολόγων, χειρουργών με εμπειρία στη λαπαροσκοπική ενδοκρινική χειρουργική, αναισθησιολόγων και παθολογοανατόμων.

### **ΕΑ32 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ**

**Αναστασιάδης Κλεάνθης, Καμπαρούδης Απόστολος, Καρδάσης Δημήτριος, Φραγκανδρέας Γεώργιος, Πασχαλίδου Ελένη, Λαζόπουλος Αχιλλέας, Κηροπλάστης Κωνσταντίνος, Γερασιμίδης Θωμάς.**

Ε' Χειρουργική Κλινική Α. Π. Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

**Σκοπός** της αναδρομικής μελέτης είναι η ανάλυση της συχνότητας και της νοσηρότητας, η διερεύνηση των αιτιών, και ο τρόπος αντιμετώπισης της αιμορραγίας από το χειρουργικό τραύμα της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Στο χρονικό διάστημα 1/3/1994 – 31/12/2009 διενεργήθηκε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή σε 710 ασθενείς με χοληλιθίαση. Διεγχειρητικά τοποθετήθηκε σε όλους τους ασθενείς υπηρητική παροχέτευση. Αιμορραγία συνέβη σε 19 (2,67%) ασθενείς, ηλικίας 26 - 88 ετών, 9 άνδρες και 10 γυναίκες. Σε 11/19 (1,55%) ασθενείς, η αιμορραγία διαπιστώθηκε διεγχειρητικά και σε 10 απ' αυτούς αποτέλεσε αιτία μετατροπής της εγχείρησης σε ανοικτή. Σε 8/11 (1,12%) η αιμορραγία προέρχονταν από την κοίτη της χοληδόχου κύστης, σε 1/11 (0,14%) από ηπατική φλέβα επί κίρρωτικού ήπατος και σε 2/11 (0,28%) από κλάδο ή το κοιλόβωμα της κυστικής αρτηρίας. Όλοι αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς είτε με απολίνωση των



αιμορραγούντων αγγείων, είτε με αιμόσταση με την χρήση αιμοστατικών ραφών ή σπόγγων ή διαθερμίας. Σε μία ασθενή προκλήθηκε θερμική κάκωση του κοινού ηπατικού πόρου από την προσπάθεια αιμόστασης, που αντιμετωπίσθηκε σε δεύτερο χρόνο με ηπατικονησιδική αναστόμωση. Σε 8/11 (1,12%) ασθενείς, 5 γυναίκες και 3 άνδρες, η αιμορραγία διαπιστώθηκε μετεγχειρητικά από την κλινική εικόνα, τον αιματολογικό και απεικονιστικό έλεγχο και την παροχή αίματος από την υφηπατική παροχέτευση. Σε 7/8 απαιτήθηκε επανεγχείρηση μεταξύ 1ης και 13ης μετεγχειρητικής ημέρας, ενώ 1/8 αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά. Σε 4/8 (0,56%) ασθενείς εστία της αιμορραγίας ήταν η κοίτη της χοληδόχου κύστης και αντιμετωπίσθηκε με αιμόσταση, σε 2/8 (0,28%) τα σημεία εισόδου των υποδοχέων των εργαλείων (trocars) που αντιμετωπίσθηκε με ραφές απολίνωσης, ενώ σε 1 (0,28%) δεν βρέθηκε συγκεκριμένο σημείο αιμορραγίας και έγινε μόνο αφαίρεση πηγμάτων και έκπλυση της περιοχής. Αποτελέσματα: Δεν υπήρξε διεγχειρητική ή μετεγχειρητική θνητότητα και ο χρόνος μετεγχειρητικής νοσηλείας αυξήθηκε από 4 έως 47 ημέρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αιμορραγία αποτελεί σοβαρό λόγο μετατροπής της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής σε ανοικτή και αιτία επανεγχείρησης στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Η κοίτη της χοληδόχου κύστης αποτελεί την συχνότερη θέση αιμορραγίας και ακολουθούν η κυστική αρτηρία και τα σημεία εισόδου των υποδοχέων των εργαλείων. Η ελάττωση του πνευμοπεριτοναίου πριν το τέλος της εγχείρησης στα 5 mmHg βοηθά στην αναγνώριση αιμορραγιών από την κοίτη. Τέλος, η άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση αποτελούν προϋποθέσεις για την καλή έκβαση.

### **ΕΑ33 Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΗΜΙΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΣΕ ΣΥΝΘΕΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΤΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ**

**Β. Ζώης, Α. Παπαηλιού, Β. Φωτόπουλος**

Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς".

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα κατάγματα του εγγύς βραχιονίου συμβαίνουν συχνά στους ηλικιωμένους ως αποτέλεσμα της πτωχής ποιότητας οστού. Η ημιαρθροπλαστική του ώμου φαίνεται πως έχει ιδιαίτερη θέση στην θεραπεία των σύνθετων καταγμάτων της περιοχής αυτής, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Κατά το χρονικό διάστημα 2000-2007 αντιμετωπίσθηκαν χειρουργικά με τη χρήση ημιαρθροπλαστικής 30 ασθενείς εκ των οποίων 21 γυναίκες και 9 άνδρες. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 76 έτη (εύρος 52-84). Δεκαοχτώ κατάγματα ήταν 4-τεμαχίων και 12 κατάγματα 3-τεμαχίων. Σε όλες τους ασθενείς έγινε θωρακοδελτοειδής προσπέλαση και σταθεροποίηση της προθέσεως με τσιμέντο. Εικοσι τέσσερις ασθενείς ήταν διαθέσιμοι στην αξιολόγηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 27 μήνες (10- 49 μήνες). Σύμφωνα με το constant score, 11 ασθενείς είχαν άριστα Αποτελέσματα, 9 ασθενείς ικανοποιητικά, 6 ασθενείς μέτρια και 4 ασθενείς πτωχά Αποτελέσματα. Η πιο συχνή επιπλοκή που παρατηρήθηκε ήταν η πτωχή ανάταξη και σταθεροποίηση του μείζονος βραχιονίου ογκώματος (4 περιπτώσεις) και μία έκτοπη οστεοποίηση. Φλεγμονές δεν υπήρξαν.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η καλή χειρουργική τεχνική με ιδιαίτερη προσοχή στη σταθεροποίηση των ογκωμάτων, ακολουθούμενη με ένα εντατικό πρόγραμμα αποκατάστασης, μπορεί να δώσει ικανοποιητικά Αποτελέσματα στην πλειονότητα των καταγμάτων αυτών.

### **ΕΑ34 Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ GORE EXCLUDER ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΡΗΞΗΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 6-ΕΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

**Παπαδημητρίου Δημήτριος, Καραμάνος Δημήτριος, Παπάζογλου Κωνσταντίνος, Κάρκος Χρήστος, Δεμιρόπουλος Φίλιππος, Ζαμπάς Νεόφυτος, Γερασιμίδης Θωμάς.**

Ε' Χειρ/κή Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν.Θ., Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ:** η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αντιμετώπιση ασθενών με ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (ρΑΚΑ) με τη χρήση ενδοαυλικού μοσχεύματος GORE EXCLUDER. Γίνεται εκτίμηση των αποτελεσμάτων από τη χρήση της συγκεκριμένης συσκευής σε αυτές τις περιπτώσεις.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Κατά τη χρονική περίοδο Μάρτιος 1998-Δεκέμβριος 2008, 61 ασθενείς με ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής υπεβλήθησαν σε ενδοαυλική αποκατάσταση της βλάβης. Στους 49 τοποθετήθηκε διχαλωτό ενδοαυλικό μόσχευμα (19 Excluder, 29 Talent, 1 AneuRx). Σε 15 από τους 19 που αντιμετωπίστηκαν με EXCLUDER από το 2002, η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση τοπικής αναισθησίας, ενώ στους υπόλοιπους η παρέμβαση ξεκίνησε με τοπική και ολοκληρώθηκε με γενική αναισθησία. Μπαλόνι αποκλεισμού της αορτής χρησιμοποιήθηκε σε 4 περιπτώσεις (21%).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η εναπόθεση του ενδοαυλικού μοσχεύματος EXCLUDER στην ενδεικνυόμενη θέση χωρίς τύπου I ή τύπου III ενδοδιαφυγή ήταν επιτυχής σε όλες τις περιπτώσεις. Ο μέσος χειρουργικός χρόνος μέχρι τον αποκλεισμό του ανευρύσματος ήταν 35 min. 3 ασθενείς κατέληξαν άμεσα μετεγχειρητικά ή λίγο αργότερα μετά το τέλος της παρέμβασης. (2 λόγω υπογκαιμικής καταπληξίας και 1 λόγω καρδιακής αρρυθμίας) και 1 ακόμη κατέληξε την 27η μετεγχειρητική ημέρα στη ΜΕΘ λόγω καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας. 5 συνολικά επιπλοκές σημειώθηκαν σε 4 από τους ασθενείς και 1 επανεπέμβαση απαιτήθηκε για να διορθωθεί μια περιφερική τύπου I ενδοδιαφυγή. Κατά τη μετ. παρακολούθηση, μέσης χρονικής διάρκειας 1083 ημερών (202-2506 ημέρες), 1 ακόμη ασθενής κατέληξε από αιτία μη σχετιζόμενη με την παρέμβαση. Κανείς από τους ασθενείς δε χάθηκε κατά τη μετ. παρακολούθηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο αποκλεισμός της ρήξης με τη χρήση του ενδοαυλικού μοσχεύματος GORE EXCLUDER αποτελεί μια ικανοποιητική επιλογή λαμβάνοντας υπόψη τα εξαιρετικά διεγχειρητικά και μεσοπρόθεσμα Αποτελέσματα.

### **ΕΑ35 Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ 21ο ΑΙΩΝΑ ΣΕ ΕΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ**

**Ούπας Βασίλειος, Κρεάνγκα Μιχαήλ, Καψετάκης Πέτρος, Βραχνίδης Σταύρος, Αναστασίου Αναστάσιος, Δασκαλάκης Κριτόλαος.**

Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν. Ρεθύμνης, Κρήτη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η σωστή εκπαίδευση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στη καριέρα κάθε νέου ιατρού. Επιλέγοντας δε την χειρουργική ειδικότητα, η αρτιότερη κατάρτιση με επαρκή πρακτική εξάσκηση είναι καίρια ώστε να αναδειχτούν οι χειρουργικές δεξιότητες.

Τι συμβαίνει όμως στην πραγματικότητα?

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξουμε κάποιες θετικές και αρνητικές πτυχές της χειρουργικής εκπαίδευσης διάρκειας 4 ετών σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο της Ελλάδας.

**Υλικό- Μέθοδος:** Πενήντα ειδικευόμενοι γενικής χειρουργικής έχουν συμπληρώσει ένα



ερωτηματολόγιο για την εκπαίδευση στο νοσοκομείο. Από αυτούς, 47 συνεχίσουν άλλες χειρουργικές ειδικότητες και μόνο 3 είναι της κύριας ειδικότητας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 75% των ειδικευομένων θεωρούν ελλιπή την εκπαίδευση λόγω απουσίας οργανωτικού πλάνου ειδικότητας.

Το 90% θεωρούν δύσκολο το εργασιακό περιβάλλον (μεγάλος αριθμός εφημεριών, 24ώρες γενικές εφημερίες σε καθημερινή βάση), με αποτέλεσμα την μειωμένη δυνατότητα εκπαίδευσης.

Παρότι ακολουθείται εβδομαδιαία καταρτισμένο πρόγραμμα μαθημάτων γενικής χειρουργικής υπό την επιμέλεια Διευθυντού Κλινικής, είναι πολύ δύσκολο να εφαρμοστεί λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πραγματικότητα αναδεικνύει την ελλιπή εκπαίδευση λόγω απουσίας οργανωτικού πλάνου ειδικότητας και φόρτου εργασίας. Η ποιότητα της εκπαίδευσης έχει αφεθεί στη καλή διάθεση εκπαιδευτή-εκπαιδευόμενου. Η μειωμένες ευκαιρίες για εκπαίδευση στα περιφερικά νοσοκομεία αποθαρρύνουν τους εν δυνάμει υποψηφίους νέους χειρουργούς.

## **ΕΑ36 Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

**Κρεάνγκα Μιχαέλα, Ούπας Βασίλειος, Βραχνίδης Σταύρος, Καψετάκης Πέτρος, Αναστασίου Αναστάσιος, Δασκαλάκης Κριτόλαος**

Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν. Ρεθύμνης, Κρήτη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ζητήματα χειρουργικής ευθύνης απασχολούν όλο και πιο συχνά πλέον τους ιατρούς, τα νοσοκομεία, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, αλλά και τη κοινή γνώμη. Σκοπός: Κανένας χειρουργός δεν εγγυάται την ίαση. Εγγυάται και ευθύνεται όμως για τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιήσει για την απόκτηση αποτελέσματος της ίασης. Υπογραμμίζουμε τη σημασία προ- και μετεγχειρητικής χειρουργικής πράξης.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελέτη της νομοθεσίας που αφορά τη χειρουργική πράξη, προσωπικές εμπειρίες χειρουργών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι υποχρεώσεις του χειρουργού πριν και μετά την επέμβαση είναι εξίσου σημαντικές και είναι αυτές που συνιστούν τις περισσότερες φορές το έναυσμα για μια δικαστική διαμάχη. Η ενημέρωση και η συγκατάθεση του ασθενούς είναι πολλές φορές η αιτία που η σχέση εμπιστοσύνης ασθενούς –χειρουργού διαταράσσεται. Η πλημμελής τήρηση του αρχείου ή του φακέλου του ασθενούς αποτελεί συχνά παγίδα για τον χειρουργό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πλημμελής χειρουργική συμπεριφορά, ένα διαγνωστικό σφάλμα, μία θεραπευτική αστοχία συνιστούν ιατρικό- ανθρώπινο λάθος και είναι σωστό, εφόσον προκαλούν τη σωματική βλάβη ή το θάνατο του ασθενούς, να οδηγήσουν συνακόλουθα στην ποινική και στην αστική ευθύνη του ιατρού. Οι περιπτώσεις αυτές είναι όμως λίγες. Δυστυχώς, αρκετές είναι οι περιπτώσεις όπου, ενώ δεν υπάρχει ιατρικό λάθος, οι χειρουργοί εμπλέκονται σε πολυετείς δικαστικές διαμάχες για να αποδείξουν την αθωότητα τους.

## **ΕΑ37 ΟΞΕΙΑ ΑΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

**Χ.Γεωργίου, Κ.Κατσιμάνης, Α.Λιάκος, Α.Σκαρμούτσος, Α.Αθανασίου, Ι.Σκαρμούτσος, Γ.Καραπιτέρης, Α.Προδρομίδης, Ε.Καραπιτέρης, Η.Παπαιωάννου**

Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Λαμίας



**ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΣΚΟΠΟΣ:** Η οξεία αλιθιασική χολοκυστίτιδα (AAC) είναι γνωστό πως εμφανίζεται συνήθως σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς που συχνά νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Αν και αποτελεί το 2-15% του συνόλου των περιστατικών οξείας χολοκυστίτιδας είναι σχετικά σπάνια στον γενικό πληθυσμό, με υψηλό όμως ποσοστό επιπλοκών. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση δύο περιστατικών AAC που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην κλινική μας το τελευταίο 3μηνο και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ως προς την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της AAC.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για άντρες ηλικίας 82 και 59 ετών που προσήλθαν στο τμήμα επείγοντων του Γ.Ν.Λαμίας με εικόνα οξείας χειρουργικής κοιλίας. Εκ του κλινικοεργαστηριακού ελέγχου διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση, αύξηση των τρανσαμινασών, ήπια αύξηση της τιμής της χολερυθρίνης (έως 2.4 ολική), αύξηση της τιμής της ALP, ενώ στην περίπτωση του υπερήλικα παρουσιάστηκε σοβαρή επιδείνωση της νεφρικής του λειτουργίας με εικόνα αρχόμενου πνευμονικού οιδήματος. Και στους δύο ασθενείς έγινε έλεγχος με U/S και C/T κοιλίας που ανέδειξε εικόνα οξείας χολοκυστίτιδας με διάταση της χοληδόχου κύστης και περιχολοκυστικό οίδημα, χωρίς ευρήματα λιθίαςης. Κοινό προδιαθεσικό παράγοντα αποτελούσε και για τους δύο ο σακχαρώδης διαβήτης, ενώ ο υπερήλικας ανέφερε ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας. Αποτελέσματα: Και οι δύο ασθενείς υπεβλήθησαν σε επείγουσα χολοκυστεκτομή (ανοικτή προσπέλαση), όπου διαπιστώθηκε γαγγραινώδης χολοκυστίτιδα διεγχειρητικά. Η μετεγχειρητική τους πορεία ήταν ομαλή και έλαβαν εξιτήριο μετά από 7 ημέρες ο ασθενής των 59 ετών, και μετά από 15 ημέρες ο ασθενής των 82 ετών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η οξεία αλιθιασική χολοκυστίτιδα αν και σχετικά σπάνια στον γενικό πληθυσμό, μπορεί να αποτελέσει ένα διαγνωστικό πρόβλημα σε ασθενείς που προσέρχονται με εικόνα οξείας κοιλίας. Η έγκαιρη διάγνωση με την βοήθεια U/S (επανάληψη του υπερήχου ανά 24 ώρες μπορεί να είναι απαραίτητη σε κάποιες περιπτώσεις), αλλά και με C/T κοιλίας, είναι απαραίτητη για την αποφυγή επιπλοκών που είναι συχνές στην AAC (γάγγραινα – ρήξη). Η χειρουργική αντιμετώπιση (χολοκυστεκτομή) είναι η θεραπεία εκλογής στους ασθενείς με AAC και επιβάλλεται να γίνεται άμεσα. Η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών αυτών, μετά από έγκαιρη χολοκυστεκτομή, δεν φαίνεται να διαφέρει (προς το χειρότερο), σε σχέση με εκείνους που πάσχουν από οξεία λιθιασική χολοκυστίτιδα.

#### **ΕΑ38 Η ΧΡΗΣΗ ΥΒΡΙΔΙΚΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ PILON**

**Β. Ζώνης, Α. Παπανηλιού, Β. Φωτόπουλος**

Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς".

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα κατάγματα Pilon αποτελούν σύνθετες κακώσεις του κάτω άκρου και μια πραγματική πρόκληση για τον χειρουργό ορθοπαιδικό. Είναι κατάγματα της περιφερικής κνημιαίας μετάφυσης στα οποία συμμετέχει η αρθρική επιφάνεια και συνδυάζονται με τραυματισμό των μαλακών μοριών. Συνοδεύονται από μεγάλη συχνότητα επιπλοκών, όπως διάσπαση και φλεγμονή του τραύματος, φλεγμονή των βελονών, οστεομυελίτιδα, καθυστερημένη πώρωση και μετατραυματική αρθρίτιδα. Στόχος της χειρουργικής θεραπείας είναι η επίτευξη ανατομικής ανάταξης της αρθρικής επιφάνειας και επαρκής σταθεροποίηση που θα επιτρέψουν την πρόωπη κινητοποίηση του ασθενούς.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το χρονικό διάστημα 2003-2008 αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας 37 ασθενείς με διάγνωση 'κάταγμα Pilon', 28 ήταν κλειστά και 9 επιπλεγμένα εκ των οποίων 30

άντρες και 7 γυναίκες με Μ.Ο ηλικίας 43 έτη. Τα επιπλεγμένα κατάγματα αντιμετωπίστηκαν άμεσα ενώ τα υπόλοιπα σε διάστημα 10 ημερών ανάλογα με την κατάσταση των μαλακών μορίων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η αξιολόγηση των ασθενών έγινε με βάση τα κριτήρια των Teeny and Wiss score και την ακτινολογική απεικόνιση, όπου είχαμε σε ποσοστό 19% άριστα Αποτελέσματα, 29% καλά, 32% μέτρια και 19% πτωχά. Σε 5 ασθενείς ποσοστό 14% παρατηρήθηκαν επιπλοκές όπως φλεγμονή του τραύματος, φλεγμονή των βελόνων, ψευδάρθρωση και πώρωση σε πλημμελή θέση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χρήση της υβριδικής εξωτερικής οστεοσύνθεσης σε συνδυασμό με ελάχιστη εσωτερική πιστεύουμε ότι αποτελεί μια αποτελεσματική χειρουργική αντιμετώπιση των καταγμάτων αυτών έχοντας ως πλεονέκτημα, το μικρό βαθμό τραυματισμού των ήδη κακοποιημένων μαλακών μορίων, την άμεση κινητοποίηση της ποδοκνημικής, την ικανοποιητική σταθερότητα που παρέχεται στο κάταγμα και το σύντομο χειρουργικό χρόνο που απαιτείται για την τοποθέτησή της. Τα φτωχά Αποτελέσματα σχετίζονται κυρίως με το βαθμό κάκωσης των μαλακών μορίων, το βαθμό ενδοαρθρικής συμμετοχής και τη δυσχέρεια επίτευξης ανατομικής ανάταξης του κατάγματος.

#### **ΕΑ39 ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΣΑΡΚΩΜΑ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ**

Χ.Γεωργίου, Α.Λιάκος, Κ.Κατσιμάνης, Κ.Λαγού<sup>1</sup>, Α.Παναγόπουλος<sup>1</sup>, Α.Σκαρμούτσος, Ι.Σκαρμούτσος, Α.Αθανασίου, Κ.Ιωάννου, Η.Παπαιωάννου

Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Λαμίας

<sup>1</sup>Τμήμα Αξονικού Τομογράφου Γ.Ν.Λαμίας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΣΚΟΠΟΣ:** Τα αδιαφοροποιήτα – πολύμορφα σαρκώματα αποτελούν μία σπάνια κλινική οντότητα καλύπτοντας το 5% του συνόλου των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων, εμφανιζόμενα κυρίως στα άκρα με μεγαλύτερη συχνότητα στην 6η και 7η δεκαετία της ζωής. Η μεταστατική τους δραστηριότητα καθώς και η ταχύτατη εξάπλωσή τους τοπικοπεριοχικά καθιστά, σε πολλές περιπτώσεις, αδύνατη την εξαίρεσή τους, ενώ περιορίζει δραματικά το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού με αδιαφοροποιήτο σάρκωμα μαλακών μορίων που αντιμετωπίσαμε στην κλινική μας, καθώς και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ως προς την αντιμετώπιση της νόσου.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πρόκειται για άνδρα 70 ετών ο οποίος προσήλθε στα Ε.Ι του Χειρουργικού Τμήματος του Γ.Ν.Λαμίας με ψηλαφητό μώλωμα δεξιάς μασχαλιαίας κοιλότητας. Εκ της κλινικής εξέτασης διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για μώλωμα κινητό dmax= 4.5 cm. Ο ασθενής δεν ανέφερε αιμωδίες στο σύστοιχο άκρο, ούτε ευαισθησία κατά την ψηλάφηση, ενώ δεν εμφάνιζε οίδημα στο σύστοιχο άνω άκρο. Έγινε προεγχειρητικός απεικονιστικός έλεγχος του ασθενούς με C/T θώρακος και μαστογραφία, όπου και διαπιστώθηκε συμπαγής μάζα δεξιάς μασχαλιαίας κοιλότητας dmax=5.5 cm καθώς και διογκωμένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες σύστοιχα. Επίσης μικροσκόπηση αλλοιώσεων στο πνευμονικό παρέγχυμα αμφοτερόπλευρα. Ο ασθενής υπεβλήθη σε ανοικτή βιοψία της βλάβης προκειμένου να τεθεί ιστολογική διάγνωση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα Αποτελέσματα της βιοψίας κατέδειξαν αδιαφοροποιήτο κακόηθες νεόπλασμα συμβατό με πολύμορφο σάρκωμα μαλακών μορίων. Ο ασθενής εκλήθη εκ νέου στη Χειρουργική Κλινική για να υποβληθεί σε σταδιοποίηση και ριζική χειρουργική εκτομή της βλάβης. Κατά τη χρονική στιγμή που ο ασθενής επανεκτιμήθηκε (4 εβδομάδες μετά την



βιοψία), εμφάνιζε προχωρημένη νόσο τοπικοπεριοχικά, με διήθηση του δέρματος στην περιοχή της χειρουργικής τομής, οίδημα και αίσθημα αιμωδίας στο σύστοιχο άνω άκρο, ενώ από τον νέο απεικονιστικό έλεγχο με C/T θώρακος παρουσίαζε επιδείνωση και αύξηση του μεγέθους των βλαβών στους πνεύμονες που είχαν εντοπισθεί από την πρώτη αξονική τομογραφία. Διεχειρνητικά το σάρκωμα κρίθηκε ως μη εξαιρεσίμο λόγω της εκτεταμένης διήθησης που εμφάνιζε στους πέριξ ιστούς (μύες, αγγεία, νεύρα) της περιοχής της μασχάλης. Ελήφθησαν εκ νέου ιστοτεμαχίδια από την βλάβη για περαιτέρω ανοσοϊστοχημικό έλεγχο και ο ασθενής με την έξοδό του από την Κλινική μας, παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο Νοσοκομείο των Αθηνών για να υποβληθεί σε χημιοθεραπεία και τοπική ακτινοθεραπεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αδιαφοροποιήτα σαρκώματα των μαλακών μορίων αποτελούν μία ευτυχώς σπάνια αλλά πολύ επιθετική μορφή κακοήθους νεοπλασματος. Η ευρεία χειρουργική εκτομή της βλάβης αποτελεί φυσικά την θεραπεία εκλογής σε κάθε περίπτωση. Σε πολλές όμως περιπτώσεις αυτή είναι αδύνατη λόγω της ταχύτητας εξάπλωσης του νεοπλασματος τοπικοπεριοχικά. Η προεγχειρητική Neoadjuvant χημειο και ακτινοθεραπεία ίσως βοηθά στον τοπικό έλεγχο της νόσου. Η αυξημένη όμως συχνότητα εμφάνισης πνευμονικών μεταστάσεων στους ασθενείς αυτούς στον χρόνο διάγνωσης της νόσου, μειώνει δραματικά το προσδόκιμο επιβίωσης και περιορίζει τις θεραπευτικές επιλογές.

#### **ΕΑ40 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

**<sup>1</sup>Ε. Κυριοπούλου, <sup>1</sup>Π. Ζαπαντιώτη, <sup>1</sup>Δ. Τσούτσος, <sup>2</sup>Ε. Παπαηλώδη, <sup>3</sup>Ε. Γκόγκα**

<sup>1</sup>Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι. Ιωάννοβιτς», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

<sup>2</sup>Τμήμα Παθολογικής Ανατομίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

<sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η συχνότητα του μελάνωματος κεφαλής-τραχήλου έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια. Σκοπός της μελέτης είναι η αναγνώριση συγκεκριμένων φαινότυπων και παραγόντων κινδύνου καθώς και η αντιμετώπισή του.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ/ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στην αναδρομική αυτή μελέτη περιλαμβάνονται όλοι οι ασθενείς με μελάνωμα κεφαλής- τραχήλου οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική μας κατά την τελευταία δεκαετία. Εξετάσαμε την ηλικία, το φύλο, το φωτότυπο, το επάγγελμα, την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, την ακριβή ανατομική εντόπιση, τη σταδιοποίηση της νόσου, τη χειρουργική αντιμετώπιση και την πρόγνωση των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η συχνότητα του μελάνωματος κεφαλής-τραχήλου (180 ασθενείς) σε σχέση με το σύνολο των μελανωμάτων (1139 ασθενείς) ανέρχεται στο 6.33% αυτών. Η αναλογία ανδρών/γυναικών ήταν 1.2 και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 55.86 έτη. Η ηλικία των ασθενών με μελάνωμα κεφαλής ήταν μεγαλύτερη (58.53 έτη) σε σχέση με των ασθενών με μελάνωμα τραχήλου (38.47 έτη). Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν φαινότυπο Fitzpatrick II (32.8%) και III (53.4%).

Υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης παρουσίαζαν ασθενείς με μεγαλύτερο εισόδημα, χωρίς επαγγελματική αλλά με περιοδική έκθεση στον ήλιο. Η ανατομική εντόπιση συσχετιζόταν με περιοχές περισσότερο εκτεθειμένες στον ήλιο: πρόσωπο (42.8%), τριχωτό (22.3%), τράχηλος (17.2%) και πτερύγιο ωτός (11.7%), ενώ η εντόπισή του ήταν πιο σπάνια στα βλέφαρα (1.7%) και στα χείλη (1.2%).

Ο ιστολογικός τύπος αφορούσε κυρίως το επιφανειακό εξαπλούμενο μελάνωμα (50%), ακολουθούμενο από το οζώδες και το lentigo μελάνωμα. Οι περισσότεροι όγκοι ήταν Clark

V (29.5%), III (23.9%) και II (17.8%). Σε ποσοστό 40%, οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε S.L.N. Το 17% αυτών εμφάνισαν μεταστάσεις στον λεμφαδένα φρουρό, ενώ σε 2.8% δεν ήταν δυνατή η αναγνώριση του S.L.N. Όλοι οι ασθενείς με θετικό S.L.N. υποβλήθηκαν σε λεμφαδενικό καθαρισμό. Από αυτούς, 35% εμφάνισαν άλλες λεμφαδενικές μεταστάσεις. Σε όλα τα στάδια, οι ασθενείς με μελάνωμα κεφαλής-τραχήλου είχαν χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με μελανώματα άλλων εντοπίσεων. Η θνησιμότητα των ασθενών με μελάνωμα κεφαλής (31%) και μελάνωμα τραχήλου (36%) ήταν υψηλότερη σε σχέση με άλλα μελανώματα παρόμοιου μεγέθους, πάχους και τύπου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα μελανώματα κεφαλής-τραχήλου συσχετίζονται με την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, παρουσιάζουν πιο πολύπλοκη βιολογική συμπεριφορά, εμφανίζονται σε μεγαλύτερες ηλικίες και έχουν χειρότερη πρόγνωση. Αυτά πιθανότατα οφείλονται στο λεπτότερο δέρμα κεφαλής-τραχήλου, την μεγαλύτερη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία και το πλούσιο αγγειακό και λεμφικό δίκτυο των περιοχών αυτών.

## ΕΑ41 ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΔΙΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΧΟΡΙΟΥ (INTEGRA);

<sup>1</sup>Π. Ζαπαντιώτη, <sup>1</sup>Ε. Κυριοπούλου, <sup>1</sup>Δ. Τσούτσος, <sup>2</sup>Β. Δημητρίου, <sup>2</sup>Ι. Ζωγόγιαννης

1Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι. Ιωάννοβιτς», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

2Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ελαστικότητα του τεχνητού χορίου (Integra) καθώς και η χρήση του στην αποκατάσταση ελλειμμάτων ολικού πάχους είναι ήδη γνωστά. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η παρουσίαση της ικανότητας του Integra προς διάταση σε χρονική περίοδο ημερών, μηνών ή/και ετών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε αυτή την ανδρομική μελέτη περιλαμβάνονται τρεις ασθενείς (2 γυναίκες κα 1 άνδρας). Η πρώτη ασθενής είναι γυναίκα 28 ετών με ρικνωτικές μετεγκαυματικές ουλές του θωρακικού τοιχώματος και του δεξιού μαστού και υποπλάσια του δεξιού μαστικού αδένα. Η δεύτερη ασθενής είναι γυναίκα 30 ετών με ρικνωτικές μετεγκαυματικές ουλές του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Και οι δύο ασθενείς είχαν υποστεί θερμικό έγκαυμα των ανωτέρω περιοχών σε παιδική ηλικία το οποίο επουλώθηκε κατά β' σκοπό. Ο τρίτος ασθενής είναι άνδρας 14 ετών ο οποίος έφερε έναν γιγάντιο συγγενή σπίλο στο βραχίονα. Κατά το πρώτο χειρουργικό στάδιο οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε εκτομή των μετεγκαυματικών ουλών και ευρεία εκτομή του σπίλου και τα ελλείμματα αποκαταστάθηκαν με τη χρήση τεχνητού χορίου (Integra). Στην πρώτη ασθενή στο ίδιο χειρουργικό στάδιο τοποθετήθηκε και διατατήρας δέρματος (T.E) κάτω από το δεξί μαστό. Μετά από τρεις εβδομάδες, κατά το δεύτερο χειρουργικό στάδιο, αφαιρέθηκε το εξωτερικό στρώμα σιλικόνης του Integra και τοποθετήθηκε λεπτό (<0,5mm) δερματικό αυτομόσχευμα σε όλους τους ασθενείς. Η πρώτη ασθενής υποβλήθηκε σε ένα επιπλέον χειρουργικό στάδιο, όπου αφαιρέθηκε ο διατατήρας δέρματος (ο οποίος είχε ήδη διαταθεί με επανειλημμένες εγχύσεις φυσιολογικού ορού) και τοποθετήθηκε ένθεμα σιλικόνης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεν υπήρξαν μετεχειρητικές επιπλοκές. Η διάταση του Integra επιτεύχθηκε με το διατατήρα δέρματος στην 28χρονη γυναίκα μέσα σε περίοδο αρκετών ημερών με αποτέλεσμα τη δυνατότητα χρήσης ενός μόνιμου ενθέματος σιλικόνης το οποίο τελικά οδήγησε στη δημιουργία ενός φυσιολογικού μαστού σε σχήμα, όγκο και μέγεθος. Στην 30χρονη γυναίκα το Integra διατάθηκε σε μια περίοδο μηνών οδηγώντας την ασθενή σε μια τελειόμνην κύηση. Στο 14χρονο αγόρι η διάταση του Integra πραγματοποιήθηκε σε μια διάρκεια ετών καθώς ο ασθενής μεγάλωνε.



**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το Integra μπορεί να διαταθεί σε ένα διάστημα ημερών έως και ετών. Η ικανότητα διάτασης του Integra προσφέρει μια ασφαλή και αξιόπιστη εναλλακτική επανορθωτική μέθοδο ειδικά σε περιοχές όπου η διάταση αποτελεί αναγκαιότητα για ένα επιτυχές λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις

### **ΑΑ01 ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΩΜΑΤΟΣ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ ΣΕ ΘΗΛΥ ΕΦΗΒΗ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

**Σερέτης Χαράλαμπος<sup>1</sup>, Σερέτης Φώτιος<sup>2</sup>, Λιάκος Νικόλαος<sup>1</sup>, Κυριακόπουλος Κωνσταντίνος<sup>3</sup>, Παναγιωτόπουλος Νικόλαος<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Πατρική Σχολή Α.Π.Θ.

<sup>2</sup>Πατρική Σχολή Πατρών

<sup>3</sup>Β' Χειρουργική Κλινική 401 ΓΣΝΑ, Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού διερεύνησης οξέων διαλειτουργικών επεισοδίων κοιλιακών άλγων σε θήλυ έφηβο 16 ετών οφειλόμενων σε διαταραχές του κύκλου λόγω ύπαρξης μακροπρολακτινώματος υπόφυσης.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:** Θήλυ έφηβος 16 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων αιτιώμενη διάχυτο περιομφαλικό οξύ κοιλιακό άλγος. Κατά τη λήψη του ιστορικού αναφέρθηκε ύπαρξη ανάλογων επεισοδίων από εξαμήνου χωρίς ανεύρεση υποκείμενου αιτίου. Επιπρόσθετα, η ασθενής ανέφερε διαταραχές εμμήνου ρύσεως από έτους χωρίς όμως δυσμηνόρροια. Κατά τον πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο που ακολούθησε δεν προέκυψε παθολογικό εύρημα, ενώ η ύφεση του κοιλιακού άλγους συνέβη αυτόματα εντός ολίγων ωρών. Η ασθενής παραπέμφθηκε για υπερηχογραφικό έλεγχο κοιλίας και έσω γεννητικών οργάνων, ο οποίος αξιολογήθηκε ως φυσιολογικός. Σε δεύτερο χρόνο η ασθενής πραγματοποίησε πλήρη ενδοκρινολογικό έλεγχο, κατά τον οποίο ανευρέθη τιμή προλακτίνης 456,04 ng/ml (Φ.Τ. < 25 ng/ml). Λόγω του φυσιολογικού υπερήχου έσω γεννητικών οργάνων, της φυσιολογικής λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένος (ορμόνες, αντισώματα κ.φ.) και της μη αναφερόμενης λήψης φαρμάκων, η ασθενής παραπέμφθηκε για διενέργεια MRI εγκεφάλου, η οποία αποκάλυψε αδένωμα υπόφυσης 1.2X1X1 cm με φυσιολογική απεικόνιση του οπτικού χιάσματος,

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο πλήρης ενδοκρινολογικός έλεγχος πρέπει να αποτελεί αναγκαίο συμπλήρωμα στη διαγνωστική προσέγγιση σε περιπτώσεις αδιευκρίνιστης αιτιολογίας χρόνιων υποτροπιάζοντων κοιλιακών άλγων.

### **ΑΑ02 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

**Πιπέρος Θεόδωρος<sup>1,2</sup>, Μαριόλης-Σαψάκος Θεόδωρος<sup>1,2</sup>, Παπακωνσταντίνου Ευαγγελία<sup>1,2</sup>, Ορφανός Φιλόθεος<sup>1</sup>, Μαρκογιαννάκης Αντώνιος<sup>2</sup>, Τσιγάνης Θεόδωρος<sup>1</sup>, Μανώλης Ευάγγελος<sup>2</sup>, Γιαννόπουλος Λ.**

<sup>1</sup>Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, Χειρουργικός Τομέας, Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup>Εργαστήριο Ανατομίας, Ιστολογίας, Εμβρυολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας και τα αποτελέσματα από την διεγχειρητική χρήση του υπερηχογραφήματος στη χειρουργική του μαστού.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη είναι αναδρομική. Περιλαμβάνει τα έτη 2007 και 2008 και αφορά 40 ασθενείς, 38 γυναίκες και 2 άνδρες. Η ηλικία των ασθενών ήταν από 20 έως 65 έτη με μ.ο 38 έτη. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε εξέταση με υπερηχογράφημα και μαστογραφία προεγχειρητικά, και 30 από αυτούς είχαν καλοήθεις παθήσεις, ενώ 10 είχαν καρκίνο μαστού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Χρησιμοποιήσαμε διεγχειρητικό υπερηχογράφημα σε όλους τους ασθενείς. Από τους 30 ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις ανευρέθησαν 22 ινοαδενώματα, 5 κύστες μαστού



και 3 αποστήματα. Στους ασθενείς με καρκίνο μαστού, το υπερηχογράφημα προσδιόρισε την έκταση της βλάβης και την ακριβή θέση και μέγεθος του λεμφαδένα φρουρού. Στις καλοήθεις παθήσεις το υπερηχογράφημα προσδιόρισε τα όρια εκτομής. Υποβοήθησε στην ελαχιστοποίηση των ορίων εκτομής και επομένως στην αφαίρεση του απαραίτητου τμήματος του μαστού. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τα αρνητικά όρια εκτομής σε όλους τους ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Το διεγχειρητικό υπερηχογράφημα παίζει σπουδαίο ρόλο στη χειρουργική του μαστού. Με αυτή την τεχνική επιτυγχάνονται ελάχιστες εκτομές με καθαρά όρια και εξαιρετικά αισθητικά αποτελέσματα. Γίνεται ευκολότερη η αναγνώριση του φρουρού λεμφαδένα. Όμως, είναι απαραίτητο ο χειρουργός να έχει εμπειρία στο υπερηχογράφημα και συχνά είναι σημαντικό η εξέταση να συσχετίζεται με τη συνεπικουρία της ταχείας βιοψίας.

### **AA03 ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Πιπέρης Θεόδωρος<sup>1</sup>, Ορφανός Φιλόθεος<sup>1</sup>, Κυριακού Κυριάκος<sup>2</sup>, Θεοδούλου Κακουλλής<sup>1</sup>, Χαρκοφτάκης Ιωάννης<sup>1</sup>, Μεννάκος Ευάγγελος<sup>3</sup>, Στάμου Κωνσταντίνος<sup>3</sup>, Τσιγάνης Θεόδωρος<sup>1</sup>, Μαριόλης-Σαψάκος Θεόδωρος<sup>1</sup>, Γιαννόπουλος Λ.

<sup>1</sup>Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, Χειρουργικός Τομέας, Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup>Θεραπευτήριο ΥΓΕΙΑ, Χειρουργικός Τομέας

<sup>3</sup>Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας όσον αφορά τη χρήση των παροχετεύσεων στις χειρουργικές επεμβάσεις του μαστού για καρκίνο μαστού.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη. Περιλαμβάνει την πενταετία 2004-2008. Αφορά γυναίκες οι οποίες υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης για διηθητικό καρκίνο μαστού. Ο αριθμός των ασθενών ήταν 120 ηλικίας από 35 έως 77 ετών με μ.ο ηλικίας τα 45 έτη. Έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων από τη χρήση παροχέτευσης μόνο στη μασχαλιαία κοιλότητα σε σχέση με τη χρήση παροχετεύσεων τόσο στη μασχάλη όσο και στην κύρια περιοχή τραύματος πάνω από το μείζονα θωρακικό.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου 2004-2008 120 γυναίκες υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης για διηθητικό καρκίνο μαστού. Σε 60 ασθενείς τοποθετήθηκε παροχέτευση μόνο στην περιοχή της μασχαλιαίας κοιλότητας. Στις υπόλοιπες 60 ασθενείς μετά την επέμβαση τοποθετήθηκε παροχέτευση κενού τόσο στη μασχάλη όσο και πάνω από τον μείζονα θωρακικό μυ. 10 (17%) των ασθενών με παροχέτευση κενού μόνο στη μασχαλιαία κοιλότητα παρουσίασαν αιμάτωμα, όρωμα και συλλογή πύου. Αντίθετα καμία από τις ασθενείς με διπλή παροχέτευση κενού δεν παρουσίασε επιπλοκές από το τραύμα. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας για την ομάδα Α ήταν 5 ημέρες και για την ομάδα Β 3 ημέρες. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν την ίδια δόση προφυλακτικής αντιβίωσης διεγχειρητικά με αμοξικιλίνη-κλαβουλανικό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρήση των παροχετεύσεων είναι πολύ σημαντική στην χειρουργική του μαστού. Μετά από μαστεκτομή συνιστούμε τη χρήση δυο παροχετεύσεων τόσο στη μασχάλη όσο και στην περιοχή της κύριας εκτομής. Με αυτό τον τρόπο μειώνονται οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών, πλεονεκτήματα που αφορούν επιπλέον τη νοσηρότητα και το κόστος θεραπείας.

### **AA04 HIGH RISK LEVELS FOR SUFFERING A TRAFFIC INJURY IN PRIMARY HEALTH CARE. PRESENTATION OF THE VENETO-ROAD TRAFFIC PROJECT.**

Syrmos Nikolaos, Ricci Piero

Literature shows that not only are traffic injuries due to accidents, but that there is also a correlation between different chronic conditions, the consumption of certain types of drugs, the intake of psychoactive substances and the self perception of risk and the impact/incidence of traffic accidents. There are few studies on these aspects in primary health care. To outline the distribution of risk factors associated with Road Traffic Injuries in a driving population assigned to a group of primary health care centres in Veneto province. Also to study the road traffic injuries distribution of diverse risk factors related to the possibility of suffering an according to age, sex and population groups, to assess the relationship between these same risk factors and self risk perception for suffering an road traffic accident , and to outline the association between the number of risk factors and the history of reported collisions. This is a cross-sectional, multicentre study from 14 urban health care centres. Randomly selected sample age 18 or above with a medical register in any of the 14 participating primary health care centres. Basic unit of care, consisting of a general practitioner and a nurse, both of whom caring for the same population (1000 to 2000 people per unit).Data collection will be performed using a survey carried out by health professionals, who will use the clinical registers and the information reported by the patient during the visit to collect the baseline data: illnesses, medication intake, alcohol and psychoactive consumption, and self perception of risk. We expect to obtain a risk profile of the Road Traffic Injuries subjects in relation to in the primary health care field, and to create a group for a prospective follow-up.

**ΑΑ05 ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ-ΕΚΒΑΣΗ-ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ 33 ΕΤΩΝ**

**Νικόλαος Σύρμος, Χαράλαμπος Ηλιάδης, Βασίλειος Βαθαδάκης, Κωνσταντίνος Γρηγορίου, Δημήτριος Αρβανιτάκης, Φώτης Χαραλαμπίδης**

Νευροχειρουργική Κλινική-Βενιζέλειο Νοσοκομείο, Ηράκλειο Κρήτης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (Κ.Ε.Κ) σε άτομα παιδικής και νεανικής ηλικίας αποτελούν συχνό φαινόμενο με σοβαρές κοινωνικές και ιατρικές προεκτάσεις.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε μια αναδρομική καταγραφή και ανάλυση σε περιστατικά κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες (<20 ετών) που αντιμετωπίσαμε στο νοσοκομείο μας το χρονικό διάστημα 1977-2009.

**Υλικό:** Καταγράψαμε και αναλύσαμε 350 περιπτώσεις που αφορούσαν 265 αγόρια-ποσοστό 75,7%- και 85 κορίτσια-ποσοστό 24,3%-ηλικίας από 1 έως 20 ετών ,με μέσο όρο ηλικίας τα 14,5 έτη.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το δείγμα μας χωρίστηκε σε 4 ομάδες με βάση την ηλικία (1 έως 5, 6 έως 10, 11 έως 15 και 16 έως 20) και σε δύο ομάδες με βάση την χρονολογική καταγραφή ( 1977-1994 ,πρώτη ομάδα και 1995-2009,δεύτερη ομάδα).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι Κ.Ε.Κ σε άτομα παιδικής και νεανικής ηλικίας είναι συχνότερες στα αγόρια με κυριότερα αίτια τα σφοδρά οδικά τροχαία ατυχήματα μετά την ηλικία των 15 ετών και τα ατυχήματα σε παιχνίδια σε μικρότερες ηλικίες. Κατά το πρώτο χρονικό διάστημα της καταγραφής αντιμετωπίσαμε περισσότερες περιπτώσεις λόγω της μοναδικότητας της κλινικής για την περιοχή ευθύνης του νοσοκομείου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι Κ.Ε.Κ χρήζουν σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση η οποία απαιτεί σωστή οργάνωση του συστήματος ,κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού και κατάλληλα μέσα και υποδομή.



#### **ΑΑ06 ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΗΣ ΟΓΚΟΣ ΜΕΚΕΛΕΙΟΥ ΑΠΟΦΥΣΕΩΣ**

**Λιντζέρης Ιωάννης, Σκαντζός Εμμανουήλ, Αγρογιάννη Ξανθή, Λαμπρόπουλος Λεωνίδας, Γιατράκος Ιωάννης, Βαράτσος Αλέξιος, Παπασταματάκης Γεώργιος, Πονηράκος Βενετσάνος.**  
Β'Χειρουργική Κλινική Γ.Π.Ν Τρίπολης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μεκέλειος απόφυση αποτελεί τη συχνότερη συγγενή ανωμαλία του λεπτού εντέρου και η συχνότητα της στο γενικό πληθυσμό είναι 1-3%. Είναι αποτέλεσμα της ατελούς απόφραξης του ομφαλομεσεντερικού πόρου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης μεκελείου απόφυσης επιπλεγμένης με καρκινοειδή όγκο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για ένα αγόρι ηλικίας 5 ετών που προσεκορίσθη με εικόνα οξέος άλγους δεξιού λαγονίου βόθρου από ωρών ,χωρίς άλλη συνοδή συμπτωματολογία όπως πυρετό ή εντερική αιμορραγία. Το παιδί είχε όψη πάσχοντος. Κατά την κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν ευαισθησία και σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων ,με ήπια λευκοκυττάρωση. Ως εκ τούτου αντιμετωπίστηκε χειρουργικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη διάρκεια της επέμβασης απεκαλύφθη η ύπαρξη φλεγμαίνουσας απόφυσης Meckel .Διενεργήθη εκτομή της καθώς και σκωληκοειδεκτομή. Ο ιστολογικός έλεγχος του χειρουργικού παρασκευάσματος κατέδειξε την ύπαρξη καρκινοειδούς με διήθηση όλου του τοιχώματος στη μεκέλαιο απόφυση και συνοδών φλεγμονωδών στοιχείων με απουσία αλλοιώσεων της σκωληκοειδούς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι όγκοι της μεκελείου αποτελούν μια σπάνια επιπλοκή σε ποσοστό της τάξεως 0.5-1.9 % του συνόλου των επιπλοκών σε αντίθεση με τις συνήθως παρατηρούμενες, αιμορραγία, απόφραξη, φλεγμονή. Ακόμη δε σπανιότερη στη βιβλιογραφία είναι η αναφορά ύπαρξης καρκινοειδούς στην απόφυση αυτή κατά την παιδική ηλικία.

#### **ΑΑ07 ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΜΑΖΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΜΟΝΟ ΒΗΧΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

**Λιντζέρης Ιωάννης, Κονταξής Βασίλειος, Πρίγκουρης Παναγιώτης, Κόχυλας Νικόλαος, Μαστροσταμάτης Ιωάννης, Λαπατσάνης Δημήτριος, Ιωσηφίδης Λάzaros, Πρίγκουρης Σωτήριος.**  
Δ'Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η δημιουργία αιματώματος στους μεγάλους κοιλιακούς μύες είναι μια ασυνήθιστη νοσολογική οντότητα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μιας περίπτωσης ασθενούς που εμφάνισε κοιλιακή μάζα μετά από επίμονο βήχα, ενώ ελάμβανε αντιπηκτική αγωγή.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για μια ασθενή 84 ετών υπό αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε θεραπευτική δόση ,λόγω πνευμονικής εμβολής, από επταμέρου. Η ασθενής διεκομίσθη στην κλινική μας λόγω κοιλιακού άλγους ,ψηλαφητής μάζας στη δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα και αναιμίας. Αναφέρεται προ του επεισοδίου η εμφάνιση επίμονου, παροξυσμικού βήχα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία κοιλίας κατέδειξε την ύπαρξη αιματώματος στην περιοχή του ορθού κοιλιακού μυός δεξιά. Λόγω της συνεχιζόμενης αιμορραγίας, της επιδείνωσης της κλινικής εικόνας και της πτώσης του αιματοκρίτη, η ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρά τη σπανιότητα της άνω κλινικής εικόνας καθίσταται σαφές, τόσο από την παρούσα εργασία όσο και από την ανασκόπηση της τρέχουσας βιβλιογραφίας, ότι πρέπει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση η υποψία αιματώματος σε κάθε περίπτωση ηλικιωμένου ασθενούς υπό αντιπηκτική αγωγή που προσέρχεται με εικόνα οξείας χειρουργικής κοιλίας.

**ΑΑ08 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΡΙΚΗ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ**  
Λιντζέρης Ιωάννης<sup>1</sup>, Φελέκουρας Ευάγγελος<sup>2</sup>, Διαμαντής Θεόδωρος<sup>2</sup>, Μπαστούνης Ηλίας<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Β' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Τρίπολης  
<sup>2</sup>Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύστημα ραδιοσυχνότητας θερμότητας (RFA-Radiofrequency Ablation) είναι μια ελάχιστα επεμβατική θεραπευτική τεχνική που εφαρμόζεται σε αρκετές περιπτώσεις κακοήθων όγκων προκαλώντας ιστική θερμική καταστροφή.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με τη χρησιμότητα και εφαρμογή του RFA ως μέσου για τη μερική εκτομή ενός εύθρυπτου παρεγχυματώδους οργάνου με πλούσια αιμάτωση όπως ο σπλήνας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανατρέξαμε στη σύγχρονη βιβλιογραφία διερευνώντας την ύπαρξη ή μη αληθινού κλινικού όφελους από τη χρήση του RFA στα πλαίσια θεραπευτικής σπληνεκτομής ασθενών που εμφάνιζαν ανάλογη ένδειξη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από το 2003 έως και σήμερα αναφέρονται 29 περιπτώσεις ανθρώπων που υπεβλήθησαν επιτυχώς σε μερική σπληνεκτομή με τη βοήθεια του RFA. Όπως προκύπτει από τις αντίστοιχες εργασίες η μέθοδος σχετίζεται με ενθαρρυντικά αποτελέσματα όσον αφορά την ασφάλεια του ασθενούς, την εγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία του, τη μικρή ποσότητα προκαλούμενης αιμορραγίας και τη διατήρηση υγιούς λειτουργικού σπληνικού ιστού. Λαπαροσκοπική μερική σπληνεκτομή με RFA καταγράφεται σε 3 ασθενείς με σπληνικές κύστες καθώς και σε κάποιες μικρές σειρές με πειραματικά μοντέλα, με εξίσου ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Καταφαίνεται ότι η τεχνική του RFA είναι μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδος που επιτρέπει τη διεξαγωγή μιας ασφαούς και δυναμικά αναίμακτης μερικής σπληνεκτομής σε επιλεγμένους ασθενείς. Ωστόσο, είναι φανερό ότι απαιτείται η κλινική εφαρμογή της σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και ζωικών μοντέλων προκειμένου να διασαφηνισθούν απόλυτα οι λεπτομέρειες επιτυχούς έκβασης της, ο συνδυασμός με τη λαπαροσκοπική τεχνική και ο καθορισμός των πιθανών επιπλοκών.

**ΑΑ09 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΩΣ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΕΜΦΩΜΑ HODGKIN ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΘΗΚΑΝ ΚΑΘ' ΥΠΕΡΟΧΗΝ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΕΧΟΥΣΑ ΑΝΘΡΑΚΥΚΛΙΝΗ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

**Βασιλακόπουλος ΘΠ, Παππάς ΧΠ, Αγγελιοπούλου ΜΚ, Πάγκαλης ΓΑ\*, Κοκόρη Σ, Παζαίτη Α, Κάρλης Δ, Κωνσταντόπουλος Κ\*\*, Παναγιωτίδης Π, Μπερής Φ, Παπαδήμης Ε, Κοντός Μ.**  
Αιματολογική Κλινική και Α' Χειρουργική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Παρούσα θέση: \*Ιατρικό Κέντρο Ψυχικού, \*\*Α' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ).



**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το λέμφωμα Hodgkin (HL) είναι ιάσιμο στο 70-80% των ασθενών. Η επιτυχής αυτή όμως έκβαση ενίοτε επιπλέκεται από την εμφάνιση όψιμων επιπλοκών, κυρίως δε δευτεροπαθών αιματολογικών νεοπλασιών και συμπαγών όγκων. Η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως επιπλοκή της θεραπείας του HL, ιδιαίτερα σε ασθενείς που έχουν λάβει ακτινοβολήση σε εκτεταμένο πεδίο και θεραπευτική δόση. Η ογκογόνος δράση της ακτινοβολήσης περιορισμένου πεδίου και δόσης σε συνδυασμό με χημιοθεραπεία περιέχουσα ανθρακυκλίνη, που αποτελεί και την τρέχουσα θεραπεία εκλογής, δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο καθορισμός της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού σε σειρά ασθενών, οι οποίες είχαν καθ' υπεροχήν αντιμετωπισθεί με χημιοθεραπεία περιέχουσα ανθρακυκλίνη με ή χωρίς ακτινοβολήση, συνήθως περιορισμένου πεδίου και δόσης.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μεταξύ 1125 ασθενών από τη βάση δεδομένων της Αιματολογικής Κλινικής του ΕΚΠΑ, 479 ήταν θήλεις και μελετήθηκαν ως προς την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Τα κλινικοεργαστηριακά τους χαρακτηριστικά κατά τη διάγνωση ήταν: Διάμεση ηλικία 28 έτη (14-81), κλινικό στάδιο I,II,III,IV 17%,55%,15% και 13% των ασθενών, Β-συμπτώματα 37%, οζώδης σκλήρυνση 77%, μεικτή κυτταροβρίθεια 15%, λεμφοκυτταρική επικράτηση 6%, χημιοθεραπεία τύπου ABVD (περιέχουσα ανθρακυκλίνη) 86%, χημιοθεραπεία τύπου MOPP 12%, μονοθεραπεία με ακτινοβολήση 2%. Ακτινοβολήση έλαβε το 74% των ασθενών, ως επί το πλείστον στο προσβεβλημένο από τη νόσο πεδίο και συνήθως σε δόση 2800-3000 cGy. Η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού εκτιμήθηκε με τη μέθοδο Kaplan-Meier.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης των 479 θηλέων ασθενών ήταν 88 μήνες: 36% εξ' αυτών είχαν παρακολουθήση >10 ετών. Με 6 καταγεγραμμένες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού κατά τον χρόνο της ανάλυσης, η πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου στα 5, 10, 15 και 20 έτη ήταν 0.5%, 1.7%, 4.4% και 4.4% αντίστοιχα. Η διάμεση ηλικία των 6 ασθενών ήταν 43 έτη (26-54) κατά το χρόνο της διάγνωσης του HL και 46.5 έτη (33-63) κατά το χρόνο διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Το κλινικό στάδιο του HL ήταν I (n=1), II (n=3), III (n=1) και IV (n=1), ενώ 4/6 ασθενείς είχαν Β-συμπτώματα. Το διάμεσο διάστημα μεταξύ της διάγνωσης HL και καρκίνου του μαστού ήταν 67 μήνες (8-198). Και οι 6 ασθενείς είχαν λάβει χημιοθεραπεία με ανθρακυκλίνη και είχαν ακτινοβοληθεί με διάμεση δόση 2870 cGy. Παρ' όλη αυτά, το μεσοθωράκιο ή/και οι μασχάλες περιλαμβάνονταν στο πεδίο ακτινοβολήσης μόνο σε 3/6 ασθενείς. Αξίζει να σημειωθεί ότι μεταξύ 646 αρρένων ασθενών καταγράφηκε επίσης μία περίπτωση καρκίνου του μαστού σε ασθενή ηλικίας 49 ετών, 265 μήνες μετά από εκτεταμένη ακτινοβολήση τύπου μανδύα σε υψηλή δόση 4300 cGy και χημιοθεραπεία με 6 κύκλους MOPP/ABVD.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε σειρά 479 θηλέων ασθενών με HL, διάμεση ηλικία 28 ετών και διάμεση παρακολούθηση 7.5 ετών περίπου (>10 ετών στο 36% των ασθενών), οι οποίες είχαν λάβει κυρίως την τρεχόντως αποδεκτή χημιοθεραπεία με ή χωρίς ακτινοθεραπεία περιορισμένου πεδίου και δόσης, η 10-ετής και 20-ετής πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού ήταν 1.7% και 4.4% αντίστοιχα, με καταγραφή 6 κρουσμάτων. Σε 3/6 περιπτώσεις ο καρκίνος του μαστού αναπτύχθηκε εκτός πεδίου ακτινοβολήσης. Παρατηρήθηκε επίσης μία περίπτωση καρκίνου του μαστού μεταξύ 679 αρρένων. Το κατά πόσον οι περιπτώσεις καρκίνου του μαστού υπερβαίνουν τις αναμενόμενες στον υπό μελέτη πληθυσμό καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της νόσου σε ασθενείς που έχουν θεραπευθεί για HL βρίσκονται υπό λεπτομερέστερη ανάλυση.

**ΑΑ10 ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΘΗΛΩΔΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΘΥΡΟΕΙΔΕΚΤΟΜΕΣ ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΜΕΤΑΞΥ 1991-2006**

**Δημητρίου Ν., Μιχαήλ Ο., Παππάς Π., Μπράμης Κ., Παπαλάμπρος Α., Πατέρας Ι., Λιακόπουλος Δ., Βαρελά Ε., Γιαννόπουλος Α., Φελέκουρας Ε., Γκρινιάτσος Ι.**

Α Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΛΑΪΚΟ Νοσοκομείο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να εξετασθεί η επίπτωση, η συχνότητα, οι τάσεις, καθώς επίσης και πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα του θηλώδους καρκινώματος του θυρεοειδούς (PTC) σε μη-ιωδοπενικούς Έλληνες ασθενείς, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε θυρεοειδεκτομή

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά όλα τα ιστολογικά παρασκευάσματα θυρεοειδεκτομής του «Λαϊκού» Νοσοκομείου μεταξύ 1991 και 2006. Σε όλους τους ασθενείς καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, ιστορικό, κλινική εικόνα, προεγχειρητικά και διεγχειρητικά ευρήματα. Συνολικά, 1426 ασθενείς (265 άνδρες, 1161 γυναίκες) υποβλήθηκαν σε θυρεοειδεκτομή τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ενώ η εγχειρητική τεχνική περιελάμβανε ολική θυρεοειδεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό της προτραχειακής και παρατραχειακής χώρας. Οι κακοήθειες ταξινομήθηκαν με βάση την ταξινόμηση της WHO και σταδιοποιήθηκαν με βάση το σύστημα TNM.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** PTC διαπιστώθηκε σε 278 ασθενείς. Από το 1999 και μετά διαπιστώνεται στροφή προς την ολική θυρεοειδεκτομή και στατιστικώς σημαντική αύξηση του θηλώδους καρκινώματος και του θηλώδους μικροκαρκινώματος. Την ίδια χρονική περίοδο διαπιστώθηκαν επίσης: μείωση των PTC > 10mm, μεγαλύτερη συχνότητα T1 όγκων, μικρότερη συχνότητα T4 όγκων, χαμηλότερη συχνότητα διηθημένων παρατραχειακών λεμφαδένων, μεγαλύτερη συχνότητα όγκων σταδίου Ι και μικρότερη συχνότητα όγκων σταδίου IV. Τέλος, από το 2003 και μετά διαπιστώθηκε μεγαλύτερη συχνότητα PTC σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 51-70 ετών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η αυξημένη συχνότητα ανεύρεσης PTC σε παρασκευάσματα θυρεοειδεκτομής μετά το 1999, σχετίζεται σαφώς με την αυξημένη συχνότητα του θηλώδους μικροκαρκινώματος. Ως πιθανές εξηγήσεις μπορούν να θεωρηθούν η τάση για ολική θυρεοειδεκτομή και η λεπτομερέστερη εξέταση του παρασκευάσματος από τους παθολογοανατόμους. Η επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως του ατυχήματος του Chernobyl δεν φαίνεται να είναι σημαντικός, καθώς δεν διαπιστώθηκε μείωση της ηλικίας εμφάνισης της νόσου, όπως έχει παρατηρηθεί σε άλλες χώρες.

**ΑΑ11 ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΚΗΛΩΝ**

**Μιχαήλ Ο., Δημητρίου Ν., Μπάσιος Ν., Διαμαντής Δ., Παζαϊτή Α., Καπαρέλιος Δ., Μαντωνάκης Ε., Σουφλήρης Δ., Παγκράτης Σ., Γιαννόπουλος Α., Τσιγκρής Χ., Διαμαντής Θ., Γκρινιάτσος Ι.**

Α Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΛΑΪΚΟ Νοσοκομείο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να ελεγχθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα μιας υβριδικής τεχνικής πλαστικής αποκατάστασης υποτροπιάζουσών μετεγχειρητικών κηλών, που συνδυάζει την κλασσική ανοικτή μέθοδο με τη λαπαροσκοπική.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έξι ασθενείς που έπασχαν από υποτροπιάζουσες και επιπλεγμένες μετεγχειρητικές κήλες υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση με την υβριδική τεχνική, μεταξύ Ιανουαρίου 2008 και Δεκεμβρίου 2008. Με το ανοικτό μέρος της επέμβασης διασφαλίσθηκε η ασφαλής και επαρκής συμφοσιόλυση, η ανάταξη του περιεχομένου της κήλης στην περιτοναϊκή κοιλότητα και η σωστή τοποθέτηση των εντερικών ελίκων με μειωμένη πιθανότητα διάτρησης του εντέρου κατά τους



χειρισμούς. Κατά τη διάρκεια του λαπαροσκοπικού μέρους της επέμβασης, πλέγμα e-PTFE τοποθετήθηκε ενδοπεριτοναϊκά έτσι ώστε να καλύπτεται το χάσμα τουλάχιστον κατά 3cm προς κάθε κατεύθυνση. Το πλέγμα καθηλώθηκε αρχικά υπό τάση με τέσσερα διατοιχωματικά ράμματα στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και στερεώθηκε με μεταλλικά clips, έτσι ώστε να αποφευχθεί η μεθυστική του παραμόρφωση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το κληλικό χάσμα ήταν μεταξύ 116 και 187cm<sup>2</sup>, το μέγεθος του πλέγματος που χρησιμοποιήθηκε ήταν μεταξύ 308 και 468cm<sup>2</sup>, ο χειρουργικός χρόνος της ανοικτής επέμβασης ήταν 100 έως 176 min και της λαπαροσκοπικής 27 έως 31 min (συνολικός εγχειρητικός χρόνος 127-208 min). Με μέγιστο χρόνο μετεγχειρητικής παρακολούθησης τους 12 μήνες, όλοι οι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί, ενώ δεν έχει καταγραφεί υποτροπή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η υβριδική τεχνική είναι ασφαλής για την αντιμετώπιση υποτροπιαζουσών και δύσκολων μετεγχειρητικών κηλών. Μεγαλύτερος χρόνος παρακολούθησης χρειάζεται για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα και η σχέση κόστος προς όφελος της μεθόδου.

#### **ΑΑ12 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ ΚΑΤΑ RΟΥΧ-ΕΝ-Y ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ DA VINCI ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟΓΟΝΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

**Θ. Διαμαντής, Α. Αλεξανδρου, Δ. Διαμαντής, Ν.Μπάσιος, Ι. Πατέρας, Δ. Κάρλης, Κ. Μπράμης, Χ. Τσιγκρής, Ε. Παπαλάμπρος, Α. Γιαννόπουλος.**

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή,

Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΠΝ Λαϊκό

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η εφαρμογή του ρομποτικού συστήματος Da Vinci διευκολύνει την εκτέλεση σύνθετων λαπαροσκοπικών επεμβάσεων, όπως της γαστρικής παράκαμψης για τη θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας, λόγω της τρισδιάστατης όρασης, της σταθερότητας των βραχιόνων, της δυνατότητά τους για πολύ λεπτές κινήσεις και της σχετικής ανεξαρτησίας του χειρουργού από το επίπεδο δεξιοτήτων των βοηθών του.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το Νοέμβριο του 2008 έως το Μάρτιο του 2010 εκτελέστηκαν στην Κλινική μας 11 επεμβάσεις αυτού του είδους. Η χειρουργική ομάδα περιελάμβανε έναν ειδικευμένο χειρουργό στην κοσμή, έναν ειδικευμένο και έναν ειδικευόμενο χειρουργό, καθώς και έναν τεχνικό του ρομπότ στο χειρουργικό τραπέζι. Το πνευμοπεριτόναιο και η τοποθέτηση των 6 trocars γινόταν με τη μέθοδο Verress. Για την εμπλοκή του ρομποτικού συστήματος χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος double cannulation και ενεργοποιούνταν οι 3 από τους 4 βραχίονες.

Για την παρασκευή του στομάχου χρησιμοποιήθηκε το τροποποιημένο για το ρομπότ ψαλίδι υπερήχων και για την διατομή του το συρραπτικό Echelon 60 mm. Το οπίσθιο τοίχωμα της γαστρονηστιδικής αναστόμωσης κατασκευαζόταν με αρθρωτό ευθύγραμμο κοπτορράπη 45 mm, ενώ το πρόσθιο με συνεχόμενη ραφή με Vicryl 3-0. Η νησιδονηστιδική αναστόμωση κατασκευαζόταν αντίστοιχα με το Echelon 60 mm ενώ οι εντεροτομές συγκλείονταν με συνεχόμενη ραφή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μετεγχειρητική νοσηρότης, θνητότης και η συχνότης μετατροπών σε ανοικτή επέμβαση ήταν μηδενικές. Μία φορά απαιτήθηκε απεμπλοκή του ρομπότ και τοποθέτηση ενός επιπρόσθετου trocar 5 mm για την κατασκευή της νησιδονηστιδικής αναστόμωσης. Ο χρόνος εμπλοκής του ρομπότ ήταν κάτω από 15 λεπτά και ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 195 λεπτά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χρησιμότητα του συστήματος Da Vinci είναι μέγιστη στην εκτέλεση της λαπαροσκοπικής γαστρικής παράκαμψης για τη θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας λόγω της βελτίωσης της όρασης του χειρουργού στην κονσόλα, της δυνατότητάς του να ελέγχει συγχρόνως την κάμερα, ενώ χρησιμοποιεί τα χέρια του για τις παρασκευές και τις κατασκευές της επέμβασης, καθώς και της μεγαλύτερης επιτρεπόμενης επιδεξιότητας στις χειροποιήτες ραφές.

#### **ΑΑ13 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΜΗΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ DA VINCI ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟΓΟΝΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

**Θ. Διαμαντής, Α. Αλεξανδρου, Δ. Διαμαντής, Ε. Μαντωνάκης, Ν. Δημητρίου, Π. Παππάς, Ι. Καραϊσκος, Χ. Τσιγκρής, Ε. Παπαλάμπρος, Α. Γιαννόπουλος.**

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή,  
Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΠΝ Λαϊκό

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η εφαρμογή του ρομποτικού συστήματος Da Vinci στην εκτέλεση σύνθετων λαπαροσκοπικών επεμβάσεων, όπως της επιμήκου γαστρεκτομής για τη θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας, έχει εγγενή πλεονεκτήματα, όπως η τρισδιάστατη όραση, η σταθερότητα των βραχιόνων, η δυνατότητά τους για πολύ λεπτές κινήσεις και η σχετική ανεξαρτησία του χειρουργού από το επίπεδο δεξιοτήτων των βοηθών του.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το Νοέμβριο του 2008 έως σήμερα εκτελέσθηκαν στην Κλινική μας 21 επεμβάσεις αυτού του είδους. Η χειρουργική ομάδα περιελάμβανε έναν ειδικευμένο χειρουργό στην κονσόλα, έναν ειδικευμένο και έναν ειδικευόμενο χειρουργό, καθώς και έναν τεχνικό του ρομπότ στο χειρουργικό τραπέζι. Το πνευμοπεριτόναιο και η τοποθέτηση των 5 trocars γινόταν με τη μέθοδο Verress. Για την εμπλοκή του ρομποτικού συστήματος χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος double canulation και ενεργοποιούνταν οι 3 από τους 4 βραχίονες.

Για την απαγγείωση του μείζονος τόξου του στομάχου χρησιμοποιήθηκε το τροποποιημένο ψαλίδι υπερήχων. Η διατομή του στομάχου γινόταν με τη χρήση του συρραπτικού Echelon 60 mm, που χειριζόταν ο χειρουργός που στεκόταν στο χειρουργικό τραπέζι. Ενίσχυση της γραμμής συρραφής με επιπλέον ραφές δεν χρειάστηκε σε καμία περίπτωση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η απεμπλοκή του ρομπότ, η μετατροπή της επέμβασης σε ανοικτή ή η τοποθέτηση επιπρόσθετου trocar δεν απαιτήθηκε ποτέ. Η μετεγχειρητική νοσηρότης και θνητότης ήταν μηδενικές. Ο χρόνος εμπλοκής του συστήματος ήταν κάτω από 15 λεπτά, ενώ ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 89 λεπτά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χρησιμότητα του συστήματος Da Vinci στην εκτέλεση της λαπαροσκοπικής επιμήκου γαστρεκτομής για τη θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας συνίσταται στη βελτίωση της όρασης του χειρουργού στην κονσόλα και στη δυνατότητά του να ελέγχει συγχρόνως την κάμερα, ενώ χρησιμοποιεί τα χέρια του για την παρασκευή του στομάχου, γεγονότα που αυξάνουν σημαντικά το αίσθημα ασφάλειας του χειρουργού κατά την εκτέλεση της σύνθετης αυτής επέμβασης.

#### **ΑΑ14 ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΡΥΘΜΙΖΟΜΕΝΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟΓΟΝΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ DA VINCI**

**Θ. Διαμαντής, Α. Αλεξανδρου, Π. Παππάς, Ν. Μπάσιος, Δ. Καπαρέλλος, Α. Παπαλάμπρος, Κ. Μπράμης, Χ. Τσιγκρής, Ε. Παπαλάμπρος, Α. Γιαννόπουλος.**

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή,  
Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΠΝ Λαϊκό



**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η εφαρμογή του ρομποτικού συστήματος Da Vinci στην εκτέλεση των βαριατρικών επεμβάσεων έχει εγγενή πλεονεκτήματα, όπως η τρισδιάστατη όραση, η σταθερότητα των βραχιόνων, η δυνατότητά τους για πολύ λεπτές κινήσεις και η σχετική ανεξαρτησία του χειρουργού από το επίπεδο δεξιότητας των βοηθών του.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το Νοέμβριο του 2008 έως σήμερα εκτελέσθηκαν στην Κλινική μας 3 επεμβάσεις λαπαροσκοπικής τοποθέτησης ρυθμιζόμενου γαστρικού δακτυλίου με τη χρήση του συστήματος Da Vinci. Η χειρουργική ομάδα περιελάμβανε έναν ειδικευμένο χειρουργό στην κοινότομη, έναν ειδικευμένο και έναν ειδικευόμενο χειρουργό, καθώς και έναν τεχνικό του ρομπότ στο χειρουργικό τραπέζι. Το πνευμοπεριτόναιο και η τοποθέτηση των 5 trocars γινόταν με τη μέθοδο Verress. Για την εμπλοκή του ρομποτικού συστήματος χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος double canulation και ενεργοποιούνταν οι 3 από τους 4 βραχίονες. Η τρισδιάστατη όραση που παρέχει το διπλό σύστημα λήψης της εικόνας από την κάμερα του ρομπότ, η δυνατότητα του χειρουργού να ελέγχει συγχρόνως την κάμερα, ενώ χειρίζεται τα αρθρωτά ρομποτικά εργαλεία, ήταν σημαντικά υποβοηθητικά στοιχεία για την παρασκευή της γωνίας του His, και τη δημιουργία του οπισθογαστρικού tunnel. Οι καθηλωτικές ραφές του δακτυλίου διευκολύνθηκαν από τη μεγάλη ελευθερία κινήσεων που επιτρέπουν οι ρομποτικοί βραχίονες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η απεμπλοκή του ρομπότ, η μετατροπή της επέμβασης σε ανοικτή ή η τοποθέτηση επιπρόσθετου trocar δεν απαιτήθηκε ποτέ. Η μετεγχειρητική νοσηρότης και θνητότης ήταν μηδενικές. Ο χρόνος εμπλοκής του συστήματος ήταν κάτω από 15 λεπτά, ενώ ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 57 λεπτά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χρησιμότητα του συστήματος Da Vinci στην τοποθέτηση ρυθμιζόμενου γαστρικού δακτυλίου για τη θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας συνίσταται στη βελτίωση της όρασης του χειρουργού στην κοινότομη, στη δυνατότητά του να ελέγχει συγχρόνως την κάμερα, ενώ χρησιμοποιεί τα χέρια του για την παρασκευή του στομάχου, επίσης διευκολύνει την τοποθέτηση των καθηλωτικών ραφών.

#### **ΑΑ 15 ΡΟΜΠΟΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΘΟΛΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑ NISSEN ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ DA VINCI**

**Θ. Διαμαντής, Α. Αλεξανδρου, Π. Παππάς, Δ. Καπαρέλιος, Δ. Μαργαρίτη, Ε. Βαρελά, Α. Αθανασίου, Χ. Τσιγκρής, Ε. Παπαλάμπρος, Α. Γιαννόπουλος.**

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή,

Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΠΝ Λαϊκό

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η εφαρμογή του ρομποτικού συστήματος Da Vinci στην εκτέλεση σύνθετων επεμβάσεων έχει εγγενή πλεονεκτήματα, όπως η τρισδιάστατη όραση, η σταθερότητα των βραχιόνων, η δυνατότητά τους για πολύ λεπτές κινήσεις και η σχετική ανεξαρτησία του χειρουργού από το επίπεδο δεξιότητας των βοηθών του.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το Νοέμβριο του 2008 έως σήμερα εκτελέσθηκαν στην Κλινική μας 4 επεμβάσεις λαπαροσκοπικής θολοπλαστικής κατά Nissen με τη χρήση του συστήματος Da Vinci. Η χειρουργική ομάδα περιελάμβανε έναν ειδικευμένο χειρουργό στην κοινότομη, έναν ειδικευμένο και έναν ειδικευόμενο χειρουργό, καθώς και έναν τεχνικό του ρομπότ στο χειρουργικό τραπέζι. Το πνευμοπεριτόναιο και η τοποθέτηση των 5 trocars γινόταν με τη μέθοδο Verress. Για την εμπλοκή του συστήματος χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος double canulation και συνήθως ενεργοποιούνταν οι 3 από τους 4 βραχίονες. Η τρισδιάστατη όραση, ο έλεγχος της

κάμερας με σύγχρονο χειρισμό άλλων εργαλείων και το αρθρωτό ρομποτικό ψαλίδι συνέβαλλαν στην δημιουργία του οπισθογαστρικού tunnel και την παρασκευή της γωνίας του His. Η διατομή των βραχέων γαστρικών αγγείων γινόταν με το τροποποιημένο ψαλίδι υπερήχων. Οι ραφές της θολοπλαστικής και της σύγκλησης των σκελών του διαφράγματος διευκολύνθηκαν από την ελευθερία κινήσεων που επιτρέπουν οι βραχιόνες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μία φορά απαιτήθηκε απεμπλοκή του ρομπότ και η επέμβαση ολοκληρώθηκε λαπαροσκοπικά. Μία φορά απαιτήθηκε μετατροπή της επέμβασης σε ανοικτή. Υπήρξε μία περίπτωση μετεγχειρητικής νοσηρότητας. Η μετεγχειρητική θνητότης ήταν μηδενική. Ο χρόνος εμπλοκής του συστήματος ήταν κάτω από 15 λεπτά. Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 180 λεπτά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χρησιμότητα του συστήματος Da Vinci στη θολοπλαστική συνίσταται στη βελτίωση της όρασης του χειρουργού στην κοινότητα, στη δυνατότητά του να ελέγχει συγχρόνως την κάμερα, ενώ χρησιμοποιεί τα χέρια του για την παρασκευή του στομάχου, ενώ επίσης διευκολύνει την τοποθέτηση των ραφών. Χρειάζεται προσοχή στο ενδεχόμενο διεγχειρητικών τραυματισμών λόγω απουσίας απτικού αισθήματος αντίστασης από τους ιστούς σε συνδυασμό με τη μεγάλη ισχύ των βραχιόνων.

## **AA16 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ *Helicobacter pylori* ΣΤΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΧΟΛΟΛΙΘΩΝ**

**Μιχαήλ Ο, Δημητρίου Ν, Πρασάς Ε, Παππάς Π, Διαμαντής Δ, Κάρλης Δ, Καραϊσκος Ι, Μαργαρίτη Θ, Γιαννόπουλος Α, Τσιγκρής Χ, Φελέκουρας Ε, Γκρινιάτσος Ι.**

Α Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΛΑΪΚΟ Νοσοκομείο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Το *H.pylori* έχει προταθεί ως ένα πιθανό αίτιο δημιουργίας χοληστερινικών χολολιθών. Στην παρούσα μελέτη αναζητούμε πιθανή συσχέτιση μεταξύ ανίχνευσης *H.pylori* στο βλεννογόνο της χοληδόχου κύστης και σχηματισμού χοληστερινικών χολόλιθων.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ιστολογικά παρασκευάσματα χοληδόχων κύστεων προερχόμενα από χολοκυστεκτομή είτε λόγω συμπτωματικής χοληλιθίασης οφειλόμενης σε χοληστερινικούς χολόλιθους (ομάδα χοληλιθίασης, n=89) είτε ως μέρος άλλων επεμβάσεων χωρίς παρουσία χολολιθών (ομάδα ελέγχου, n=42) εξετάστηκαν ιστολογικά με την συνήθη μέθοδο αιματοξυλίνης-εωσίνης. Το *H.pylori* ανιχνεύθηκε με χρώση Giemsa και επιβεβαιώθηκε με χρώση Warthin-Starry, ενώ όλα τα παρασκευάσματα υποβλήθηκαν σε PCR για την αναζήτηση του DNA του μικροβίου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με τη συνήθη ιστολογική εξέταση, *H.pylori* ανευρέθηκε στο βλεννογόνο της χοληδόχου κύστης σε 4 ασθενείς με και σε 2 χωρίς χοληλιθίαση. Στους ίδιους ακριβώς ασθενείς, DNA του μικροβίου διαπιστώθηκε με τη μέθοδο PCR. Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ παρουσίας *H.pylori* στο βλεννογόνο της χοληδόχου κύστης και δημιουργίας χολόλιθων. Καταγράφηκαν όμως, υψηλότερη συχνότητα ιστολογικής οξείας φλεγμονής στην ομάδα της χοληλιθίασης (p=NS) και στην ομάδα *H.pylori*(+) (p=NS), καθώς επίσης και υψηλότερη συχνότητα *H.pylori*(+) σε ασθενείς με χοληλιθίαση και κλινική εικόνα οξείας χολοκυτίτιδας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το *H.pylori* ανευρίσκεται με μικρή συχνότητα στο βλεννογόνο της χοληδόχου κύστης και δεν φαίνεται να σχετίζεται αιτιολογικά με τη δημιουργία χοληστερινικών χολολιθών. Η υψηλότερη συχνότητα ανίχνευσης του *H.pylori* σε άτομα με οξεία χολοκυτίτιδα και χοληλιθίαση, πιθανόν υποδηλώνει κάποιο δευτερεύοντα ρόλο του στη χοληλιθίαση.



### **ΑΑ17 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΗΜΕΙΟ ΚΗΛΑΙΔΙΤΗ**

**Καθαϊτζής Ιωάννης, Μαρκάκης Χαράλαμπος, Ρίζος Σπύρος**

Α Χειρουργική Κλινική Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η περιγεγραμμένη παρουσία αέρα κάτω από το δεξίο ημιδιάφραγμα στην ακτινογραφία θώρακος ή κοιλίας είναι μια σπάνια ανατομική παραλλαγή που πρωτοπεριγράφηκε από τον Δημήτριο Κηλαϊδίτη το 1910 στη Βιέννη. Η συχνότητα εμφάνισης είναι 0,1 έως 1% και οφείλεται στην παρεμβολή εντέρου κυρίως εγκάρσιου κόλπου στο χώρο μεταξύ της άνω επιφάνειας του ήπατος και του διαφράγματος. Το σημείο Κηλαϊδίτη συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα. Σποραδικές βιβλιογραφικές αναφορές περιγράφουν κοιλιακό μετεωρισμό, αναπνευστική δυσχέρεια και λειτουργικές εντερικές διαταραχές οπότε τότε ονομάζεται σύνδρομο Κηλαϊδίτη.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρουσίασης του περιστατικού είναι να περιγραφεί η ενδεχόμενη δυσκολία εκτέλεσης λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής σε ασθενή με σημείο Κηλαϊδίτη.

**Παρουσίαση:** Άνδρας ηλικίας 61 ετών υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή για συμπτωματική χολολιθίαση. Στην προεγχειρητική ακτινογραφία θώρακος διαπιστώθηκε η ύπαρξη σημείου Κηλαϊδίτη. Έγινε αξονική τομογραφία άνω κοιλίας που επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Διεγχειρητικά, παρατηρήθηκε ένα μεγάλο σε μήκος, κινητό, εγκάρσιο κόλο που παρεμβαλλόταν μεταξύ του ήπατος και του διαφράγματος. Ανατάχθηκε εύκολα με λαπαροσκοπικές λαβίδες και διενεργήθηκε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς προβλήματα. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο την επομένη. Σε ακτινογραφικό έλεγχο την 10η μετεγχειρητική ημέρα διαπιστώθηκε η παραμονή του σημείου Κηλαϊδίτη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ανάταξη του εντέρου συνήθως εγκάρσιου κόλπου που προκαλεί το σημείο Κηλαϊδίτη είναι εύκολη λαπαροσκοπικά και δεν προβάλλει επιπλέον τεχνικές δυσκολίες στην εκτέλεση λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής.

### **ΑΑ18 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΩΡΙΣ ΤΑΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΠΟΛΥΕΣΤΕΡΑ**

**Σύρμος Νικόλαος, Τελεβάντος Ανδρέας, Καπουτζής Νικόλαος**

Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Γουμένισσας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε την εμπειρία μας στην αποκατάσταση βουβωνοκήλης με π्लाστική χωρίς τάση με χρήση πλέγματος πολυεστέρα

**Υλικό – Μέθοδος:** Σε 64 περιπτώσεις που αντιμετωπίσαμε (εύρος ηλικίας από 17 έως 77 έτη, μέσος όρος 59,5 έτη), αναλύσαμε τα αποτελέσματά μας. Είχαμε 40 περιπτώσεις θοξής βουβωνοκήλης-ποσοστό 62,5%-, 19 ευθείας –ποσοστό 29,7%-και 5 μεικτές –ποσοστό 7,8%. Οι δεξιές βουβωνοκήλεις αφορούσαν 48 περιπτώσεις και οι αριστερές 16 περιπτώσεις-ποσοστά 75% και 25% αντίστοιχα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έγινε επανεκτίμηση των ασθενών σε τακτά χρονικά διαστήματα στις 60 περιπτώσεις, ποσοστό –ποσοστό 93,7%-. Ιδιαίτερες επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν εκτός από παρουσία μικρού αιματώματος σε 3 περιπτώσεις-ποσοστό 4,6% που χρειάστηκε παροχέτευση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** φαίνεται ότι η αποκατάσταση βουβωνοκήλης με π्लाστική χωρίς τάση με χρήση πλέγματος πολυεστέρα έχει καλά αποτελέσματα με χαμηλά ποσοστά νοσηρότητας και υποτροπής.

## Ευρετήριο Συγγραφέων

[illegible]



## Ευρετήριο Συγγραφέων

Γομάτος Ηλίας	EA31					
Γρηγορίου Κ.	AA05					
Δαλιανούδης Ι.	EA13					
Δαρδαμάνης Δ.	EA13					
Δασκαλάκης Κρ.	EA35	EA36				
Δεδενλίας Π.	EA25					
Δεληστάθη Θ.	EA21					
Δεμιρόπουλος Φ.	EA34					
Δηλές Κ.	EA08					
Δημητρίου Β.	EA41					
Δημητρίου Ν.	AA10	AA11	AA13	AA16		
Δημόπουλος Λ.	EA26					
Δημόπουλος Χρ.	EA26					
Δημοπούλου Αγγ.	EA26					
Διαμαντής Δ.	AA11	AA12	AA13	AA16		
Διαμαντής Θ.	AA08	AA11	AA12	AA13	AA14	AA15
Διγαλάκης Μ.	EA07					
Δοξαστάκη Αικ.	EA26					
Δουλάμη Γ.	EA27					
Ευαγγελιδάκης Εμμ.	EA28					
Ζαββός Γ.	EA08					
Ζαμπάς Ν.	EA34					
Ζαπαντιώτη Π.	EA40	EA41				
Ζιώζια Β.	EA26					
Ζωγόγιαννης Ι.	EA41					
Ζωγράφος Γ.	EA21	EA27	EA31			
Ζώνης Β.	EA33	EA38				
Ηλιάδης Χ.	AA05					
Θεάκος Ν.	EA25					
Θεοδούλου Δ.	EA30					
Θεοδούλου Κ.	AA02					
Ιωαννίδης Π.	EA01	EA06				
Ιωάννου Κ.	EA39					
Ιωσηφίδης Λ.	AA07					
Καλαϊτζής Ι.	AA17					
Καμπαρούδης Απ.	EA24	EA32				
Καντσός Χ.	EA31					
Καπαρέλης Δ.	AA11	AA14	AA15			
Καπουτζής Ν.	AA18					
Καραϊσκος Ι.	AA13	AA16	EA23			
Καραμάνος Δ.	EA34					
Καραπιέρης Γ.	EA37					
Καραπιέρης Ε.	EA37					
Καρδάσης Δ.	EA24	EA32				

## Ευρετήριο Συγγραφέων

Κάρκος Χρ.	EA34					
Κάρηες Δ.	AA09	AA12	AA16			
Κατσακούλης Γ.	EA14	EA15	EA16	EA17	EA18	EA19
Κατσαργύρης Α.	EA04	EA08	EA09	EA10		
Κατσένης Κ.	EA29					
Κατσιμάνης Κ.	EA37	EA39				
Κατσούλης Η.	EA07					
Καφέζα Μ.	EA04	EA08	EA09	EA10		
Καφετάκης Π.	EA35	EA36				
Κέκης Π. Β.	EA28	EA31				
Κηροπλάστης Κ.	EA24	EA32				
Κλειδή Ελ.	EA31					
Κλωνάρης Χρ.	EA04	EA05	EA08	EA09	EA10	
Κοκόρη Σ.	AA09					
Κονταξής Β.	AA07					
Κοντογιάννη Π.	EA13					
Κοντός Μ.	AA09					
Κορομπέλης Π.	EA14	EA15	EA16	EA17	EA18	EA19
Κοτσαδημητρίου Αικ.	EA13					
Κουζανίδης Ν.	EA02					
Κουράκλης Γρ.	EA05					
Κουρτέση Αικ.	EA21					
Κούρτη Π.	EA21					
Κούτρας Π.	EA20					
Κουτσογιάννη Μ.	EA21					
Κουτσουμάνης Κ.	EA26	EA27				
Κόχυλης Ν.	AA07					
Κρεάνγκα Μ.	EA35	EA36				
Κυριακόπουλος Κ.	AA01					
Κυριακού Κ.	AA02					
Κυριοπούλου Ε.	EA40	EA41				
Κωνσταντακόπουλος Σ.	EA30					
Κωνσταντέλου Ελ.	EA30					
Κωνσταντόπουλος Κ.	AA09					
Κωστόπουλος Γρ.	EA01	EA06				
Λαγού Κ.	EA39					
Λαγουδιανάκης Εμμ.	EA28					
Λαζόπουλος Αχ.	EA24	EA32				
Λαμπίδης Κ.	EA11					
Λαμπρόπουλος Λ.	AA06					
Λαπατσάνης Δ.	AA07					
Λαρεντζάκης Αντ.	EA31					
Λέτσος Σ.	EA22					
Λιακόπουλος Δ.	AA10					



## Ευρετήριο Συγγραφέων

Λιάκος Α.	EA37	EA39							
Λιάκος Ν.	AA01								
Λιναρδούτσος Δ.	EA13								
Λιντζέρης Ι.	AA06	AA07	AA08						
Λιουδάκη Σ.	EA05								
Λιπαράκη Μ.	EA28								
Μακατσώρης Κ.	EA07								
Μαϊλακτάρη Σ.	EA30								
Μαμιδάκης Ι.	EA25								
Μανουράς Ανδ.	EA13	EA21	EA26	EA27	EA28	EA30	EA31		
Μανουράς Ι.	EA21	EA28							
Μάντζαρης Γ.	EA25								
Μαντωνάκης Ε.	AA11	AA13							
Μανώλης Ε.	AA03								
Μαργαρίτη Δ.	AA15								
Μαργαρίτη Θ.	AA16								
Μαρίνης Α.	EA12								
Μαρίνος Γ.	EA09	EA10	EA14	EA15	EA16	EA17	EA18	EA19	
	EA23								
Μαριόλης-Σαψάκος Θ.	AA02	AA03							
Μαρκάκης Χ.	AA17								
Μαρκάτης Φ.	EA04	EA09	EA10						
Μαρκογιαννάκης Αν.	AA03								
Μαρκογιαννάκης Χ.	EA13	EA21	EA26	EA27	EA28	EA30	EA31		
Μαστροσταμάτης Ι.	AA07								
Ματθαίου Α.	EA04	EA08	EA09	EA10					
Μέμος Ν.	EA27	EA30							
Μενενάκος Ε.	AA02								
Μιχαήλ Ο.	AA10	AA11	AA16	EA23					
Μιχαήλ Π.	EA23								
Μιχαήλπουλος Ν.	EA21								
Μπακογιάννης Χρ.	EA04	EA09	EA10						
Μπάσιος Ν.	AA11	AA12	AA14						
Μπαστούνης Η.	AA08								
Μπερής Φ.	AA09								
Μπόκος Ι.	EA08								
Μπόλος Κ.	EA25								
Μπράμης Κ.	AA10	AA12	AA14						
Νατούδη Μ.	EA26								
Νεκεκίδης Ι.	EA25								
Νερούλια Α.,	EA03								
Ορφανός Φ.	AA02	AA03							
Ούπας Β.	EA35	EA36							
Πάγκαλης Γ.Α.	AA09								

## Ευρετήριο Συγγραφέων

Παγκράτης Σ.	AA11						
Παζαΐτη Α.	AA09	AA11					
Παϊζης Β.	EA20						
Παναγιωτίδης Π.	AA09						
Παναγιωτόπουλος Ν.	AA01						
Παναγόπουλος Α.	EA39						
Πανουσόπουλος Σ. Γ.	EA31						
Πανταλής Γ.	EA13						
Παπαγεωργίου Ε.	EA14	EA15	EA16	EA17	EA18	EA19	
Παπαδήμα Αρ.	EA28						
Παπαδημητρίου Δ.	EA34						
Παπαζαχαρίας Χρ.	EA02						
Παπάζογλου Κ.	EA34						
Παπαηλιού Α.	EA33	EA38					
Παπαηλίου Ι.	EA28						
Παπαιωάννου Η.	EA37	EA39					
Παπακωνσταντίνου Ε.	AA03						
Παπαλάμπρος Α.	AA10	AA14	EA23				
Παπαλάμπρος Ε.	AA09	AA12	AA13	AA14	AA15	EA04	EA09
	EA10	EA23	EA29				
Παπαηλιώδη Ε.	EA40						
Παπασταματάκης Γ.	AA06						
Παπαχρηστίδου Σμ.	EA13						
Παππάς Π.	AA09	AA10	AA13	AA14	AA15	AA16	EA08
Παρασκευόπουλος Ι. Α.	EA03						
Πασχαλίδου Ελ.	EA24	EA32					
Πατέρας Ι.	AA10	AA12	EA14	EA15	EA16	EA17	EA18
	EA19	EA23					
Πατρώνης Μ.	EA25						
Πεϊτσίδου Κ.	EA27						
Πιπέρος Θ.	AA02	AA03					
Πισπιρίγκου Στ.	EA25						
Πηλαστήρας Αρ.	EA14	EA15	EA16	EA17	EA18	EA19	EA27
Πολίτης Ν.	EA20						
Ποθυμενέας Γ.	EA12						
Πονηράκος Β.	AA06						
Πρασσάς Ε.	AA16						
Πρίγκουρης Π.	AA07						
Πρίγκουρης Σ.	AA07						
Προδρομίδης Α.	EA37						
Ράμμος Χ.	EA23						
Ρέλια Π.	EA12						
Ρίζος Σπ.	AA17						
Ροδοδάκης Αθ.	EA25						



## Ευρετήριο Συγγραφέων

Ρουκανάς Π.	EA05					
Ρουσάκης Αν.	EA25					
Σερέτης Φ.	AA01					
Σερέτης Χ.	AA01					
Σιάσος Γ.	EA14	EA15	EA16	EA17	EA18	EA19
Σκαντζός Εμμ.	AA06					
Σκαρμούτσος Α.	EA37	EA39				
Σκαρμούτσος Ι.	EA37	EA39				
Σουφλήρης Δ.	AA11					
Σπάρταλης Ε.	EA23					
Σπυρόπουλος Β.	EA27					
Σταθάκη Μ.	EA20					
Στάμου Κ.	AA02					
Συρμός Ν.	AA05	AA18				
Σωτήρχος Γ.	EA08					
Τελεβάντος Ανδ.	AA18					
Τζουτζουράκη Π.	EA30					
Τόμος Π.	EA23					
Τσάμης Δ.	EA21					
Τσεκούρας Ν.	EA09	EA10				
Τσιγάνης Θ.	AA03	AA02	EA29			
Τσιγκρής Χρ.	AA11	AA12	AA13	AA14	AA15	AA16
Τσιρίβα Μ.	EA30					
Τσούκας Αν.	EA25					
Τσούτσος Δ.	EA40	EA41				
Φαράκλα Ι.	EA30					
Φελέκουρας Ε.	AA08	AA10	AA16			
Φιλαλήθης Π.	EA11					
Φλέσσας Ι.	EA31					
Φραγκανδρέας Γ.	EA24	EA32				
Φωτίου Ε.	EA03					
Φωτόπουλος Β.	EA33	EA38				
Χαραλαμπίδης Φ.	AA05					
Χαρκοφτάκης Ι.	AA02					
Χατζόπουλος Κ.	EA02					
Χριστοδούλου Ε.	EA16					
Χριστόφιλος Π.	EA20					
Ψάθας Ε.	EA05					
Ψαρρός Β.	EA04	EA08	EA09	EA10		

## Σημειώσεις



## Σημειώσεις

## Σημειώσεις



**Διοργάνωση:**



Ελληνικό Κολλέγιο  
Χειρουργών

[contact@hcos.gr](mailto:contact@hcos.gr)

[www.hcos.gr](http://www.hcos.gr)

**Εταιρεία Οργάνωσης Συνεδρίου:**



Afea Travel & Congress Services  
Professional Congress Organizer (PCO)

Λυκαβηττού 39-41, 106 72 Αθήνα

τηλ. 2103668877, fax, 2103643511

[www.afea.gr](http://www.afea.gr)



Η εταιρεία Afea Travel & Congress Services S.A., συμμετέχοντας ενεργά σε προγράμματα προστασίας του περιβάλλοντος, φροντίζει ώστε οι εκτυπώσεις του συνεδρίου να είναι από ανακυκλώσιμες πρώτες ύλες ή να ανακυκλώνονται μετά το πέρας του Συνεδρίου

# Ενδυναμώνοντας τη ζωή παντού



PROG.COM/08.10.02

Doris Felix Inzerilis Image

Ένα πλήρες  
χαρτοφυλάκιο  
προϊόντων  
και μία προσέγγιση  
προσαρμοσμένη  
σε κάθε χώρα

Η sanofi-aventis είναι μία από τις κορυφαίες φαρμακευτικές εταιρείες στον κόσμο, με ηγετική θέση στην Ελλάδα.

**Αποστολή και δέσμευση** των εργαζομένων της είναι η εποικοδομητική συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας, ώστε ο **κάθε Έλληνας ασθενής να έχει άμεση πρόσβαση** στην κατάλληλη θεραπευτική αγωγή με τα **καινοτόμα φάρμακα της έρευνάς της** στους τομείς:

**Θρόμβωση, Καρδιαγγειακά Νοσήματα, Διαβήτης, Ογκολογία, Διαταραχές του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, Εσωτερική Παθολογία και Εμβόλια.**

Κάθε μέρα εργαζόμαστε για το πολυτιμότερο αγαθό: **την Υγεία.**

**sanofi aventis**

Προτεραιότητα στην υγεία