



**3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο
Γενικής Χειρουργικής
της Επαγγελματικής Ένωσης
Γενικών Χειρουργών Ελλάδος**

10-12 Ιουνίου 2016

Ξενοδοχείο Volos Palace

Βόλος



Τελικό Πρόγραμμα



Χαιρετισμός Προέδρων Οργανωτικής Επιτροπής

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά έχουμε την τιμή να σας προσκαλέσουμε να συμμετάσχετε στις εργασίες του **3^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου Γενικής Χειρουργικής** της Επαγγελματικής Ένωσης Γενικών Χειρουργών Ελλάδος που θα πραγματοποιηθεί στον Βόλο από τις 10 έως και τις 12 Ιουνίου 2016.

Στο Συνέδριο αυτό φιλοδοξούμε, μαζί με όλους τους συνεργαζόμενους επιστημονικούς φορείς, να παρουσιάσουμε ότι νεότερο υπάρχει στον τομέα της χειρουργικής και να συζητήσουμε τις λύσεις που θα ανεβάσουν τη χώρα μας σε υψηλότερα επίπεδα προσφοράς και επιστημονικής αξιολόγησης.

Η αντιμετώπιση των χειρουργικών ασθενών στις μέρες μας απαιτεί τη συνεργασία και το συντονισμό πολλών ειδικοτήτων για την επίτευξη την ενδεικνυόμενης θεραπευτικής στρατηγικής και του καλύτερου εξατομικευμένου αποτελέσματος.

Η εξέλιξη των εγχειρητικών τεχνικών συνδέεται άρρηκτα με το ρυθμό ανάπτυξης της ιατρικής τεχνολογίας και οφείλουμε να είμαστε πάντοτε ενημερωμένοι ώστε το αποτέλεσμα των επεμβάσεών μας να αποβαίνει πάντοτε σε όφελος των ασθενών.

Ακόμη τα επιτεύγματα της μοριακής βιολογίας, η αποκρυπτογράφηση του γενετικού κώδικα και ο εντοπισμός γονιδιακών μεταλλάξεων που οδηγούν σε κληρονομικές χειρουργικές παθήσεις αποτελούν πλέον απαραίτητο γνωστικό εφόδιο για την καλύτερη αντιμετώπιση τους και τη δημιουργία πρωτοκόλλου καταγραφής τους.

Με εφόδιο λοιπόν, για μια ακόμη φορά το υψηλό επίπεδο γνώσης των συναδέλφων ιατρών και το επιστημονικό κύρος των ομιλητών, σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε ενεργά στις εργασίες του συνεδρίου, συμβάλλοντας καθοριστικά στην επιτυχία του.

Οι Πρόεδροι της Οργανωτικής Επιτροπής

Αντώνιος Μιχαλόπουλος
Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ
Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής
Χειρουργικής Κλινικής ΑΠΘ
ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Θεόδωρος Παυλίδης
Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ
Διευθυντής Β΄ Προπαιδευτικής
Χειρουργικής Κλινικής ΑΠΘ
ΓΝΘ Ιπποκράτειο



Χαιρετισμός Προέδρου Επαγγελματικής Ένωσης Γενικών Χειρουργών Ελλάδος

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η Επαγγελματική Ένωση Γενικών Χειρουργών Ελλάδος, σας προσκαλεί στο **3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Χειρουργικής**, που θα πραγματοποιηθεί στο Βόλο από τις 10 έως και τις 12 Ιουνίου 2016.

Η κατά γενική αναγνώριση επιτυχία των εκδηλώσεων και των συνεδρίων μας όλα τα προηγούμενα χρόνια, μας υποχρεώνει, με αίσθημα ευθύνης, να προσδιορίζουμε κάθε νέα χρονιά πολυεπίπεδη επιστημονική θεματολογία στα γνωστικά αντικείμενα της χειρουργικής αναζητώντας το βέλτιστο συνδυασμό ποιοτικής χειρουργικής παρέμβασης και στοχευμένου θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η εξαιρετική ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας, αναθεωρεί τις καθιερωμένες από χρόνια οπτικές γωνίες χειρουργικής αντιμετώπισης, οπότε σημαντικός στόχος των συνεδρίων μας είναι να επικαιροποιούμε τη γνώση και να επαναπροσδιορίζουμε σε τακτά χρονικά διαστήματα νέους στόχους χειρουργικής πρακτικής.

Η συμμετοχή των συναδέλφων χειρουργών αλλά και ιατρών άλλων ειδικοτήτων, με παρουσίαση εργασιών, συμμετοχή σε στρογγυλές τράπεζες και η γόνιμη ανταλλαγή απόψεων και ιδεών, θα ανοίξουν ελπιδοφόρους ορίζοντες στην επιστημονική χειρουργική γνώση, θα παγιώσουν σταθερές επιστημονικές συνεργασίες και θα δημιουργήσουν νέους δεσμούς φιλίας.

Σας εύχομαι μία ευχάριστη διαμονή και προσδοκώ η ενεργός συμμετοχή σας να συμβάλει στην επιτυχία του συνεδρίου μας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Γεώργιος Αθ. Μπασδάνης

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Πρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Γενικών Χειρουργών Ελλάδος



Επιτροπές

Διοικητικό Συμβούλιο Επαγγελματικής Ένωσης Γενικών Χειρουργών Ελλάδος

Πρόεδρος:	Μπασδάνης Γ.
Αντιπρόεδροι:	Κανέλλος Ι. Παυλίδης Θ.
Γραμματέας:	Ευθυμιάδης Χ.
Ταμίας:	Μιχαλόπουλος Α.
Μέλη:	Χρηστάκης Χ. Τσαλής Κ.

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδροι:	Μιχαλόπουλος Α. Παυλίδης Θ.
Αντιπρόεδροι:	Ευθυμιάδης Χ. Κανέλλος Ι. Πολυχρονίδης Α. Τσαλής Κ.
Επίτιμοι Πρόεδροι:	Λαζαρίδης Χ. Μακρής Ι. Μπασδάνης Γ., Σακαντάμης Α. Χαρλαύτης Ν.

Γενική Γραμματέας: Τζεβελέκη Ι.

Μέλη:

Αγγελόπουλος Σ.	Κτενίδης Κ.	Πιτιακούδης Μ.
Γρηγορίου Μ.	Κυβρακίδης Ε.	Πλιάκος Ι.
Δημητριάδης Χ.	Λυρατζόπουλος Ν.	Πραματευτάκης Μ.Γ.
Εμμανουηλίδης Χ.	Μέκρας Α.	Σαπαλίδης Κ.
Ευθυμιάδης Χ.	Μέκρας Δ.	Σπανός Κ.
Ζανδές Ν.	Ντούρος Β.	Σπυρίδης Χ.
Ιωαννίδης Α.	Πανίδης Σ.	Συμεωνίδης Ν.
Καραγιαννάκης Α.	Παπαβραμίδης Θ.	Συμπιλίδης Γ.
Κεσίσογλου Ι.	Παπαδόπουλος Β.	Τσιμογιάννης Ε.
Κοσμίδης Χ.	Παραμυθιώτης Δ.	Φωτιάδης Π.
Κοτζάμπαση Κ.	Παυλίδης Ε.	Χρηστάκης Χ.



Επιστημονική Επιτροπή

Πρόεδροι:

Λιούπης Α.
Μαράκης Γ.
Σιμόπουλος Κ.
Χριστοφορίδης Ε.

Μέλη:

Αθανασίου Ε.
Αλατσάκης Μ.
Αντωνιάδης Ν.
Γαλάνης Ι.
Γιακουστίδης Δ.
Γιαννούλης Κ.
Δερβένης Χ.
Ευσταθίου Δ.
Ζαχαρούλης Δ.
Ζεκερίδης Θ.
Ζωγράφος Γ.
Θεοδώρου Δ.

Ιωαννίδης Κ.
Καμπαρούδης Α.
Καραϊτιανός Ι.
Κουτελιδάκης Ι.
Κωτίδης Ε.
Μαντζώρος Ι.
Μπαλλάς Κ.
Νάτσικας Β.
Παπαδιαμαντόπουλος Κ.
Παπαζιώγας Β.
Παπανικολάου Β.
Παπανικολάου Χρ.

Σπηλιώτης Ι.
Ταβάκη Ε.
Τεπετές Κ.
Τζοβάρας Γ.
Τσακίρης Γ.
Φαρδέλλας Ι.
Φούζας Ι.
Φριζής Χ.
Χατζημαυρουδής Γ.
Χιώτης Α.

Επιτροπή Κρίσης Εργασιών

Πρόεδροι:

Σπυρίδης Χ.
Χατζηθεόκλητος Ε.

Μέλη:

Παραμυθιώτης Δ.
Ψαρράς Κ.
Τσουλφάς Γ.



- 15:30-16:00 **Προσέλευση - Εγγραφές**
- 16:00-16:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Κ. Τσαλής, Κ. Ιωαννίδης**

Σύγχρονη προσέγγιση στις μεταμοσχεύσεις ήπατος
Δ. Γιακουστίδης
- 16:30-18:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**
ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ
Συντονιστές: **Σ. Παπαβραμίδης, Ι. Κεσίσογλου**

Πρόοδος στα καλοήγη νοσήματα του θυρεοειδή
Ι. Πλιάκος

Χειρουργική προσέγγιση καλώς διαφοροποιημένου καρκίνου του θυρεοειδούς
Β. Παπαζιώγας

Αντιμετώπιση πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού
Θ. Παπαβραμίδης

Χειρουργική προσέγγιση των επινεφριδίων
Α. Καμπαρούδης

Σχολιαστής: **Ι. Κεσίσογλου**
- 18:00-18:30 **Διάλειμμα- Καφές**



18:30-20:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Συντονιστές: **Γ. Ζωγράφος, Α. Λιούπης**

Νεότερες εξελίξεις στον καρκίνο του οισοφάγου

Δ. Θεοδώρου

Καρκίνος παγκρέατος. Τα όρια της χειρουργικής θεραπείας

Κ. Τούτουζας

Σφιγκτηροσωστικές και ορθοσωστικές επεμβάσεις για τον καρκίνο του ορθού

Γ. Θεοδωρόπουλος

Εξελίξεις στην προεγχειρητική διάγνωση και στη χειρουργική του καρκίνου του μαστού

Ν. Μιχαλόπουλος

Σχολιαστής: **Ε. Χατζηθεόκλητος**

20:00-20:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Κ. Ρωμανίδης, Χ. Κοσμίδης**

Λογική και εφαρμογές εξωσωματικής υπερθερμίας

Π. Κουριδάκης

20:30-21:30

Εναρκτήρια Τελετή

Προσφωνήσεις - Χαιρετισμοί

Εναρκτήρια Ομιλία

Η ποιότητα στην υγεία εν μέσω μεταναστευτικής κρίσης

Μ. Αρκούδας



16:30-18:00

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ - VIDEO

Προεδρείο: **Χ. Δεμερτζίδης, Ν. Ζανδές**

- P01 ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΗΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΩΣΗΣ ΚΡΑΝΙΟΥ ΚΑΙ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ**
Σύρμος Ν., Τσιριμώνα Α., Ζιώγα Ε., Βεδεράκη Σ., Μπαμίχα Α., Χατούρας Ν., Σανιδάς Β., Λιούπης Α.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Βόλου
- P02 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΜΕ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΔΙΚΥΚΛΙΣΤΕΣ**
Σύρμος Ν., Χατούρας Ν., Σανιδάς Β., Ντόντος Γ., Χρυσοβαλάντης Α., Κοίλιας Κ., Λιούπης Μ., Λιούπης Α.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Βόλου
- P03 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΗΠΑΤΟΣ**
Κυριακίδου Δ., Ιακωβίδης Π., Φαχούρης Ζ., Ανδρεάδης Ε., Σαπίδης Ν., Οικονόμου Α.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Έδεσσας
- P04 ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΜΕ ΡΑΔΙΟΪΣΟΤΟΠΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ (^{99m}TcO₄): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**
Συμεωνίδης Ν.¹, Κοφινάς Α.¹, Παπατόλιος Γ.¹, Μουρατίδου Κ.¹, Νοτόπουλος Α.², Ψαρράς Κ.¹, Παυλίδης Ε.Θ.¹, Μπαλλάς Κ.¹, Παυλίδης Θ.Ε.¹
¹ Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική, ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο
² Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, ΓΝΘ Ιπποκράτειο
- P05 ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΕΞΕΛΚΩΣΗ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΠΛΗΣΙΟΝ ΜΕΚΕΛΕΙΟΥ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΕΚΤΟΠΟ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟ ΙΣΤΟ**
Ντούρος Β.¹, Ψαρράς Κ.¹, Συνεκίδου Ε.¹, Νοτόπουλος Α.², Παπατόλιος Γ.¹, Μουρατίδου Κ.¹, Παυλίδης Ε.Θ.¹, Συμεωνίδης Ν.¹, Μπαλλάς Κ.¹, Παυλίδης Θ.Ε.¹
¹ Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο
² Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, ΓΝΘ Ιπποκράτειο



VIDEO 1 ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΘΟΛΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑ NISSEN ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ

Ευθυμιάδης Χ., Γρηγορίου Μ., Ιωαννίδης Α., Λαζαρίδης Μ., Μπασδάνης Γ.
Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονικής

VIDEO 2 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΣ ΑΡ. ΛΟΒΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Ευθυμιάδης Χ., Γρηγορίου Μ., Ιωαννίδης Α., Λαζαρίδης Μ., Μπασδάνης Γ.
Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονικής

18:00-19:30

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Ι. Χατζής, Θ. Παπαβραμίδης**

001 ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Παραμυθιώτης Δ., Κοφίνα Κ., Abu Farha S., Τσοποζίδη Μ.,
Κυβρακίδης Ε., Μπασδάνης Γ.
Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

002 ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΚΥΣΤΗ ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΥ ΑΔΕΝΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παραμυθιώτης Δ., Μπαγγέας Π., Κοφίνα Κ., Μάλλιου Π.,
Παπαβραμίδης Θ., Μιχαλόπουλος Α.
Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

003 ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΠΛΕΞΙΔΟΕΙΔΕΣ ΝΕΥΡΟΙΝΩΜΑ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Σκάνδαλος Ι.¹, Στάμπου Π.¹, Αποστολίδου-Κιούτη Φ.¹, Μαυρίδου Μ.²,
Τσομπανίδης Α.³, Καμάς Α.⁴, Χότζογλου Ν.¹
¹Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»
²Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»
³Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»
⁴Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

004 ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Μαρίνη Κ., Πλέκη Α., Χατζηγεωργίου Ι., Τσολακίδου Α., Χαλκίδου Μ.,
Κορωνάιου Α., Ξέρρας Α., Μαρκόπουλος Γ., Δημάκης Κ.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Φλώρινας



005 ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Αποστόλου Χ.¹, Φουντούκης Τ.¹, Αποστολίδου-Κιούτη Φ.¹,
Ριζνιοτοπούλου Π.¹, Στάμπου Π.¹, Ζιάκα Π.², Σκάνδαλος Ι.¹

¹Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

²Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

006 ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ: ΓΡΑΜΜΗ ΣΩΤΗΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Φουντούκης Τ.¹, Αποστόλου Χ.¹, Στάμπου Π.¹, Ριζνιοτοπούλου Π.¹,
Αποστολίδου-Κιούτη Φ.¹, Τσαμασλίδης Γ.², Σκάνδαλος Ι.¹

¹Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

²Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

007 ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ιτσιόπουλος Η.¹, Οικονομίδης Στ.², Μπαγγέας Π.¹, Γοδόσης Δ.¹,
Γιαννακοπούλου Π.¹, Κυβρακίδης Ε.¹, Κτενίδης Κ.¹, Μιχαλόπουλος Α¹

¹Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

²Γ΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

008 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟΥ ΠΕΡΙΝΕΪΚΟΥ-ΟΣΧΕΪΚΟΥ ΙΣΤΙΚΟΥ ΕΛΛΕΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΚΡΗΜΝΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΤΑ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΚΟΠΟ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΜΕΛΙΟΥ

Ευαγγελάτος Π., Λάσκου Στ., Παπαθανασίου Λ., Κωστάκης Η.,
Πενλίδης Μ., Γαλάνης Ι., Χριστοφορίδης Ε.

Β΄ Χειρουργική κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

009 ΣΑΡΚΩΜΑ EWING ΔΕΞΙΟΥ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 47 ΕΤΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Καπούλας Σ., Καλαϊτζής Στ., Καλτσίκης Θ., Λάσκου Σ., Βολουδάκης Ν.,
Ευαγγελάτος Π., Παπαζιώγας Β., Χριστοφορίδης Ε.

Β΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

010 ΥΦΟΛΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΜΕΓΑΚΟΛΟ

Ευθυμιάδης Χ., Ιωαννίδης Α., Γρηγορίου Μ., Λαζαρίδης Μ., Μπασδάνης Γ.
Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης



09:15-10:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Συντονιστές: **Γ. Κουκλάκης, Δ. Καραβίας**

Εικονική κολοσκόπηση - Μεγεθυντική κολοσκόπηση

Ι. Μόσχος

Ενδοσκοπική κάψουλα

Ε. Δελλαπόρτα

Ενδοπροθέσεις παχέος εντέρου - Ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα ορθού

Α. Μπουμπόναρης

Σχολιαστές: **Ε. Ελευθεριάδης, Ε. Χριστοφορίδης**

10:30-11:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Κ. Κτενίδης, Β. Παπαδόπουλος**

Ενδαγγειακή χειρουργική: Σύγχρονες απόψεις

Ν. Σαρατζής

11:00-11:30

Διάλειμμα- Καφές

11:30-13:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

**ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ, ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ
ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Συντονιστές: **Α. Μιχαλόπουλος, Ι. Παπακωνσταντίνου**

Διαγνωστική προσέγγιση ασθενών και οικογενειών με FAP και Lynch

Γ. Γερμανίδης

Γονιδιακή διάγνωση συνδρόμων FAP, Gardner, Lynch και επιπτώσεις στην κλινική εμφάνιση

Φ. Φωστήρα

Παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά των όγκων ασθενών με FAP και Lynch

Α. Χέβα

Χειρουργική αντιμετώπιση του συνδρόμου Lynch και της οικογενούς πολυποδίασης

Ι. Παπακωνσταντίνου

Σχολιαστές: **Γ. Μπασδάνης, Α. Μιχαλόπουλος**



- 13:00-13:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Γ. Μαράκης, Ν. Χαρλαύτης**
Διαφοροδιάγνωση και αντιμετώπιση παγκρεατικών κυστικών όγκων
Ε. Χατζηθεόκλητος
- 13:30-15:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΞΩΗΠΑΤΙΚΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ
Συντονιστές: **Θ. Παυλίδης, Ι. Μακρής**
Καρκίνος χοληδόχου κύστεως
Ε. Παυλίδης
Καρκίνος πυλών ήπατος
Κ. Ψαρράς
Καρκίνος τελικού χοληδόχου πόρου
Ν. Συμεωνίδης
Συντηρητική επεμβατική αντιμετώπιση
Ε. Χριστοφορίδης
Σχολιαστές: **Α. Σακαντάμης, Ν. Χαρλαύτης**
- 15:00-16:30 **Μεσημβρινή διακοπή**
- 16:30-18:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**
ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΡΩΚΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ
Συντονιστές: **Ι. Κανέλλος, Μ.Γ. Πραματευτάκης**
Ραγάδα δακτυλίου
Δ. Μέκρας
Αιμορροϊδοπάθεια
Χ. Κοσμίδης
Συρίγγια: Περιεδρικά και ορθοκολπικά
Α. Μιχαλόπουλος
Πρόπτωση ορθού
Ι. Γαλάνης
Σχολιαστές: **Γ. Μπασδάνης, Χ. Χρηστάκης**



18:00-18:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Χ. Λαζαρίδης, Ι. Σκάνδαλος**

Η εκπαίδευση των ειδικευομένων και η μετεκπαίδευση των νέων χειρουργών: Στόχοι και πρακτικές

Μ. Πιτιακούδης

18:30-19:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Στ. Αποστολίδης, Κ. Βλάχος**

Τεχνικές παρασκευής μειζόνων σπλαγχνικών αγγειακών δομών

Κ. Κτενίδης

19:00-20:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Συντονιστές: **Α. Πολυχρονίδης, Ι. Προυσαλίδης**

Αντιμετώπιση ρήξεως αναστομώνσεων

Ν. Λυρατζόπουλος

Fast track χειρουργική

Ι. Πασσάς

Χρήση παροχετεύσεων στο πεπτικό

Β. Παπαδόπουλος

Στομίες εκτροπής

Σ. Αποστολίδης

Σχολιαστές: **Α. Πολυχρονίδης, Κ. Στάμου**



09:30-11:00

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Ι. Ευαγγέλου, Μ. Αλατσάκης, Ν. Έξαρχος**

**011 ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΛΙΘΙΑΣΗ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ
ΜΕΤΑ ΥΦΟΛΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Παραμυθιώτης Δ., Κοφίνα Κ., Καρακατσάνης Α., Γοδόσης Δ.,
Παπαδόπουλος Β.Ν., Μιχαλόπουλος Α.
Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**012 ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΙΩΝ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Αποστόλου Χ.¹, Φουντούκης Τ.¹, Ριζνιοτοπούλου Π.¹, Τσαμασλίδης Γ.²,
Τσομπανίδης Α.³, Καλαϊτζής Γ.⁴, Πατσιαούρα Κ.⁵, Σκάνδαλος Ι.¹
¹Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»
²Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»
³Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»
⁴Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»
⁵Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

**013 ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΪΤΙΔΑΣ -
ΑΝΟΙΚΤΗ ΚΟΙΛΙΑ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Μιχαλόπουλος Ν., Σαπαλίδης Κ., Κοσμίδης Χ., Λιάβας Λ.,
Μανταλόβας Σ., Κεσίσογλου Ι.
Γ΄ Χειρουργική κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**014 ΔΙΑΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ
ΤΟΥ ΦΥΜΑΤΟΣ ΤΟΥ VATER**

Παραμυθιώτης Δ., Γούλας Π., Κοφίνα Κ., Διαμαντίδου Α., Τσακίρης Γ.,
Μιχαλόπουλος Α.
Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

015 ΚΥΣΤΗ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΙΑΣ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παραμυθιώτης Δ., Κοφίνα Κ., Γούλας Π., Ταβάκη Ε., Παπαβραμίδης Θ.,
Μπασδάνης Γ.
Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ



O16 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΜΗ- ΣΕΜΙΝΩΜΑΤΩΔΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΟΡΧΕΩΝ ΜΕΤΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μανατάκης Δ., Πιντιρέκη Α., Μπαλαλής Δ., Μπερδελής Β., Δαμαλάς Κ., Μπάμπαλη Η., Γαντζούλας Σ., Κουρής Ν., Πλατανιώτης Γ., Γοντικάκης Ε., Κορκολής Δ.

Χειρουργική Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»

O17 ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΕΙΛΕΟ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ψαρράς Κ., Γερόπουλος Γ., Παπατόλιος Γ., Μαρνέρη Α., Κοφινάς Α., Παυλίδης Ε.Θ., Γιαννής Δ., Συμεωνίδης Ν., Μπαλλάς Κ., Παυλίδης Θ.Ε. Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική, ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

O18 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ: ΕΚΒΑΣΗ-ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΡΙΕΤΙΑ 2013-2015

Ψαρράς Κ.¹, Βλαχάκη Ε.², Γιαννής Δ.¹, Μαρνέρη Α.¹, Παυλίδης Ε.Θ.¹, Παπατόλιος Γ.¹, Συμεωνίδης Ν.¹, Μάϊνου Μ.², Μπαλλάς Κ.¹, Παυλίδης Θ.Ε.¹

¹ Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

² Αιματολογικό Εργαστήριο, Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

11:00-11:30 **Διάλειμμα- Καφές**

11:30-12:30 **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**
Προεδρείο: **Β.Ν. Παπαδόπουλος, Χ. Παπαβασιλείου**

P06 ΤΥΧΑΙΑ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

Μανατάκης Δ., Πιντιρέκη Α., Μπαλαλής Δ., Δαμαλάς Κ., Μπάμπαλη Η., Γαντζούλας Σ., Σούλου Β., Δ. Κορκολής Δ., Κουρής Ν., Πλατανιώτης Γ., Γοντικάκης Ε.

Χειρουργική Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα



P07 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΛΟΓΟΥ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ-ΠΡΟΣ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΗΛΩΔΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Μανατάκης Δ., Πιντιρέκη Α., Μπαλαλής Δ., Δαμαλάς Κ.,
Μπάμπαλη Η., Γαντζούλας Σ., Σούλου Β., Κορκολής Δ., Κουρής Ν.,
Πλατανιώτης Γ., Γοντικάκης Ε.
Χειρουργική Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό
Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»

P08 ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μανατάκης Δ., Πιντιρέκη Α., Σούλου Β., Μπαλαλής Δ., Δαμαλάς Κ.,
Μπάμπαλη Η., Γαντζούλας Σ., Δ. Κορκολής Δ., Κουρής Ν.,
Πλατανιώτης Γ., Γοντικάκης Ε.
Χειρουργική Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό
Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»

P09 ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ΔΙΚΗΝ ΑΝΕΣΤΡΑΜΜΕΝΟΥ Τ ΚΑΙ ΑΜΕΣΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΑΥΤΟΛΟΓΟ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΚΡΗΜΝΟ ΚΑΤΩ ΠΟΛΟΥ ΚΑΙ ΕΝΘΕΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κοντούλης Θ., Τζεβελέκη Ι.,
Χειρουργική Μαστού, Κλινική «Άγιος Λουκάς» Θεσσαλονίκης

P10 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ

Κυριακίδου Δ., Φαχούρης Ζ., Ιακωβίδης Π., Σαπίδης Ν., Ανδρεάδης Ε.,
Οικονόμου Α.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Έδεσσας

P11 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ

Κυριακίδου Δ., Ιακωβίδης Π., Φαχούρης Ζ., Ανδρεάδης Ε., Σαπίδης Ν.,
Οικονόμου Α.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Έδεσσας

P12 ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΑ ΑΠΛΗ ΚΥΣΤΗ ΗΠΑΤΟΣ ΠΡΟΒΑΛΛΟΥΣΑ ΣΕ ΣΑΚΟ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ ΕΠΙ ΔΕΞΙΑΣ ΥΠΟΠΛΕΥΡΙΑΣ ΤΟΜΗΣ: ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ψαρράς Κ., Παπατόλιος Γ., Μαρνέρη Α., Γιαννής Δ., Ντούρος Β., Παυλίδης Ε.Θ., Συμεωνίδης Ν., Γερόπουλος Γ., Μπαλλάς Κ., Παυλίδης Θ.Ε.
Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο



12:30-14:00

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Ν. Κρόκος, Σ. Ρουσσογιάννης**

019 ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΥΡΑΜΟΕΙΔΟΥΣ ΛΟΒΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ

Κοφίνα Κ.¹, Παπαβραμίδης Θ.¹, Ζήση Α.², Τζωρακοελευθεράκη Σ.Ε.³,
Κολέτσα Τ.³, Πλιάκος Ι.¹, Πανίδης Σ.¹, Παπαδόπουλος Β.¹, Μιχαλόπουλος Α.¹
¹Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
²ΩΡΛ Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

020 Η ΤΥΧΑΙΑ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΥΠΑΣΒΑΙΣΤΙΑΙΜΙΑΣ

Μιχαλόπουλος Ν., Σαπαλίδης Κ., Κοσμίδης Χ., Λιάβας Λ., Μπαλτάς Χ.,
Κεσίσογλου Ι.
Γ΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

021 Η ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗΣ ΔΙΑ ΛΕΠΤΗΣ ΒΕΛΟΝΗΣ (FNA) ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Λάσκου Σ., Καλαϊτζής Στ., Καλτσίκης Θ., Καπούλας Σ., Βολουδάκης Ν.,
Ευαγγελάτος Π., Παπαζιώγας Β., Χριστοφορίδης Ε.
Β΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

022 ΚΑΤΑΔΥΟΜΕΝΟ ΚΥΣΤΙΚΟ ΜΟΡΦΩΜΑ ΚΑΤΩ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΣΩΜΑΤΙΟΥ

Μάλλιου Π.¹, Παπαβραμίδης Θ.¹, Μπαγγέας Π.¹, Μουσλεχ Ζ.²,
Παπαδόπουλος Β.¹, Παραμυθιώτης Δ.¹, Μιχαλόπουλος Α.¹
¹Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
²Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

023 ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΧΓΡΟΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Τσοποζίδη Μ.¹, Παπαβραμίδης Θ.¹, Αποστολίδου Κ.¹, Περιφάνης Β.²,
Ηλιάδης Α.³, Παραμυθιώτης Δ.¹, Παπαδόπουλος Β.¹, Μιχαλόπουλος Α.¹
¹Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
²Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
³Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ



Ο24 ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΙΣΤΩΝ

Βακής Γ.¹, Μοσχοπούλου Σ.², Σοφούδης Χ.³, Παπαδόπουλος Ο.¹

¹Πανεπιστημιακή Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ανδρέας Συγγρός»

²Αγροτική Ιατρός, ΚΥ Δημητσάνας, Τρίπολη

³Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο ΓΝΑ Ν. Ιωνίας

Ο25 ΣΑ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΝΘΕΜΑΤΑ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Βακής Γ.¹, Μοσχοπούλου Σ.², Σοφούδης Χ.³, Παπαδόπουλος Ο.¹

¹Πανεπιστημιακή Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ανδρέας Συγγρός»

²Αγροτική Ιατρός, ΚΥ Δημητσάνας, Τρίπολη

³Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο ΓΝΑ Ν. Ιωνίας

Ο26 ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΤΕΡΑΤΩΜΑ ΔΕΞΙΑΣ ΩΟΘΗΚΗΣ

Κοφίνα Κ., Παραμυθιώτης Δ., Μπαγγέας Π., Ευσταθίου Γ.,
Παπαδόπουλος Β.Ν., Μιχαλόπουλος Α.

Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Ο27 ΚΑΡΚΙΝΟΣΑΡΚΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μπαγγέας Π., Παραμυθιώτης Δ., Κοφίνα Κ., Μπουτσιαδου Τ.,
Παπαδόπουλος Β.Ν., Μπασδάνης Γ.

Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Ο28 ΝΟΣΟΣ CROHN ΕΠΙΠΛΑΚΕΙΣΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Μοσχοπούλου Σ.¹, Βακής Γ.², Σοφούδης Χ.³

¹ΚΥ Δημητσάνας, Τρίπολη

²Πανεπιστημιακή Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ανδρέας Συγγρός»

³Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο ΓΝΑ Ν. Ιωνίας

14:00-17:00 Μεσημβρινή διακοπή



17:00-18:00

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Προεδρείο: **Ε. Κυβρακίδης, Χ. Χάρη**

P13 ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΡΗΞΗ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΑΠΟ ΤΙΜΟΝΙ ΠΟΔΗΛΑΤΟΥ

Ψαριανός Κ., Ρουσογιάννης Σ., Άγος Χ., Μπαμίχα Α., Ξυλαρδιστός Π., Ντόντος Γ., Λιούπης Α.

Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

P14 ΑΝΑΤΑΞΗ ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΗΣ ΚΗΛΗΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κυριακίδου Δ., Φαχούρης Ζ., Ιακωβίδης Π., Σαπίδης Ν., Ανδρεάδης Ε., Οικονόμου Α.

Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Έδεσσας

P15 ΕΠΙΠΛΟΪΚΗ ΑΠΟΦΥΣΙΤΙΔΑ ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ: ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΠΛΑΝΗΣ

Ψαρράς Κ.¹, Γιαννής Δ.¹, Παπατόλιος Γ.¹, Μουρατίδου Κ.¹, Γιώργαϊνας Ν.², Παυλίδης Ε.Θ.¹, Συμεωνίδης Ν.¹, Μπαλλάς Κ.¹, Παυλίδης Θ.Ε.¹

¹Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική, ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

²Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

P16 ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΘΗΚΗΣ ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ (TAP BLOCK) ΥΠΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΓΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΑ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΙΑΣ

Μπαντάνας Σ., Καναβός Ε., Κελεμουρίδου Ε.

Ιασώ Θεσσαλίας

P17 ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΟΖΩΔΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Παπαδοπούλου Α., Φιλιππάτος Κ., Στυλιανίδου Σ., Τζίτζικας Ι.

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

P18 ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μπαλλάς Κ.¹, Ψαρράς Κ.¹, Μουρατίδου Κ.¹, Γιαννής Δ.¹, Χάχαλης Γ.², Φλάρης Ν.², Παπατόλιος Γ.¹, Παυλίδης Ε.Θ.¹, Συμεωνίδης Ν.¹, Παυλίδης Θ.Ε.¹

¹Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΘ Ιπποκράτειο



**P19 ΑΛΓΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΒΟΘΡΟΥ ΩΣ ΠΡΩΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ
ΟΞΕΙΑΣ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ:
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Καλτσίκης Θ.¹, Βολουδάκης Ν.¹, Παπαθανασίου Λ.¹, Ζήκος Π.¹,
Γκούρβας Β.², Χατζημαυρουδής Γ.¹, Χριστοφορίδης Ε.¹

¹Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

18:00-19:00

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Προεδρείο: **Ν. Αντωνιάδης, Ι. Μαντζώρος**

**P20 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΙΕΣΗΣ ΤΟΥ
ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ**

Παπαδοπούλου Α., Φιλιππάτος Κ., Στυλιανίδου Σ., Τζιτζίκας Ι.

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**P21 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ
ΣΤΟΜΑΧΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ**

Φιλιππάτος Κ., Παπαδοπούλου Α., Μωϋσιάδου Χ., Στυλιανίδου Σ.,
Τζιτζίκας Ι.

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**P22 ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Στυλιανίδου Σ., Παπαδοπούλου Α., Φιλιππάτος Κ., Τζιτζίκας Ι.

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**P23 ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ
ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

Παπαδοπούλου Α., Φιλιππάτος Κ., Μωϋσιάδου Χ., Στυλιανίδου Σ.,
Τζιτζίκας Ι.

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ



**P24 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ.
-Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ**

Φιλιππάτος Κ., Παπαδοπούλου Α., Στυλιανίδου Σ., Τζιτζίκας Ι.
Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ»

**P25 ΥΠΕΡ-ΜΗΚΗΣ (ULTRA-LONG) ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ BARRETT ΩΣ ΤΥΧΑΙΟ
ΕΥΡΗΜΑ ΟΛΙΚΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΕΚΤΟΜΗΣ ΓΙΑ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ**

Μπαλλάς Κ.¹, Παπατόλιος Γ.¹, Ψαρράς Κ.¹, Μαρνέρη Α.¹, Παυλίδης Ε.Θ.¹,
Συμεωνίδης Ν.¹, Μουρατίδου Κ.¹, Γερόπουλος Γ.¹, Κατσίκη Ε.²,
Παυλίδης Θ.Ε.¹

¹Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

²Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΘ Ιπποκράτειο



09:00-10:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΑΧΕΙΑΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ (ΚΛΑΣΙΚΗ, ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ, ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ, SILS) ΣΤΟ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ

Συντονιστές: **Κ. Κωνσταντινίδης, Ε. Τσιμογιάννης**

Ανοιχτή χειρουργική

Δ. Παραμυθιώτης

Λαπαροσκοπική χειρουργική

Α. Μέκρας

Ρομποτική χειρουργική

Χ. Ευθυμιάδης

SILS

Κ. Σαπαλίδης

Σχολιαστές: **Ε. Χριστοφορίδης, Δ. Ζαχαρούλης**

10:30-11:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ε. Φαχαντίδης, Γ. Ζωγράφος**

Κληρονομικότητα και καρκίνος του μαστού

Ι. Τζεβελέκη

11:00-11:30

ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΠΑΤΟΣ

Προεδρείο: **Ι. Σπηλιώτης, Σ. Αγγελόπουλος**

Πρωτοπαθής καρκίνος ήπατος

Κ. Τσαλής

Μεταστατικός καρκίνος ήπατος

Γ. Τσουλφάς



3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Χειρουργικής

10-12 Ιουνίου 2016

Ξενοδοχείο Volos Palace

Βόλος

11:30-12:00 Διάλειμμα- Καφές

12:00-12:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Α. Σακαντάμης, Κ. Μπαλλάς**

Νομικές προεκτάσεις στην άσκηση της χειρουργικής
Μ. Καραγιάννη

12:30-13:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Α. Τέντες, Β. Παπαδόπουλος**

Αποτελέσματα και προοπτικές περιτονεκτομής και ενδοπεριτοναϊκής
χημειοθεραπείας
Ι. Σπηλιώτης

13:00-13:30

Λήξη Συνεδρίου - Συμπεράσματα

Προφορικές Ανακοινώσεις

001 ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Παραμυθιώτης Δ., Κοφίνα Κ., Abu Farha S., Τσοποζίδη Μ., Κυβρακίδης Ε., Μπασδάνης Γ.

Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Η ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, αν και σπάνια, ωστόσο συμπεριλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση του πυελικού άλγους και της ψηλαφητής και επώδυνης μάζας του κοιλιακού τοιχώματος. Η συχνότερη τοιχωματική εντόπιση αυτής είναι επί της καισαρικής τομής, ενώ η εμφάνιση ταυτόχρονα πολλαπλής εστίας είναι σπάνια. Παρουσιάζεται η περίπτωση πολλαπλής εντόπισης ενδομητρίωσης κοιλιακού που αντιμετωπίστηκε με επιτυχία στην κλινική μας.

Παρουσίαση περίπτωσης: Ασθενής, γυναίκα 42 ετών, προσήλθε στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία αιτιώμενη ψηλαφητά μορφώματα και άλγος στο κοιλιακό τοίχωμα με αυξανόμενη ένταση κατά την έμμηνο ρύση. Από το γυναικολογικό ιστορικό, η ασθενής ανέφερε 2 τοκετούς με καισαρική τομή και φυσιολογικό έμμηνο κύκλο. Το χειρουργικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Η διερεύνηση με υπερηχογράφημα και μαγνητική τομογραφία του κοιλιακού τοιχώματος αποκάλυψε δύο ασφώς αφοριζόμενες συμπαγείς μάζες στο τοίχωμα της κάτω κοιλίας, εκατέρωθεν της μέσης γραμμής με συνοδό διόγκωση και σημεία διήθησης του υποκείμενου ορθού κοιλιακού μυός. Ο αιματολογικός έλεγχος ρουτίνας, όπως και οι τιμές των καρκινικών δεικτών, ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Η ασθενής υπεβλήθη σε εκτομή της εγχειρητικής ουλής, της τομής Pfannenstiel, καθώς και σε εκτομή του μορφώματος του κοιλιακού τοιχώματος δεξιά υπομφάλια, στην περιοχή της πρόσθιας θήκης του ορθού κοιλιακού μυός, 7cm άνωθεν της τομής Pfannenstiel. Η αποκατάσταση του ελλείμματος της θήκης έγινε με τη χρήση πλέγματος prolene. Η πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή και εξήλθε της κλινικής την 5^η μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση, των εκταμένων μορφωμάτων, έδειξε την παρουσία εστιών ενδομητρίωσης, χωρίς στοιχεία κακοήθειας.

Συμπεράσματα: Η προεγχειρητική διάγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος είναι συχνά δύσκολη, ιδιαίτερα σε πολλαπλή εντόπιση και εκτός της καισαρικής τομής. Ωστόσο, η παρουσία της ενδομητρίωσης και σε άλλες εντοπίσεις μπορεί να αυξήσει την κλινική υποψία. Ο ενδεδειγμένος απεικονιστικός έλεγχος κρίνεται απαραίτητος, ενώ η πλήρης εκτομή είναι επιβεβλημένη για τον πλήρη έλεγχο της νόσου.



**002 ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΚΥΣΤΗ ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΥ ΑΔΕΝΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Παραμυθιώτης Δ., Μπαγγέας Π., Κοφίνα Κ., Μάλλιου Π., Παπαβραμίδης Θ.,
Μιχαλόπουλος Α.

Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Οι αδένες του Bartholin βρίσκονται συμμετρικά στην οπίσθια περιοχή του κόλπου και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα. Συγκεκριμένα, συμμετέχουν στην έκκριση βλέννης και τη λίπανση του κόλπου. Η εμφάνιση κύστεων στους αδένες αυτούς είναι συχνή και είναι σημαντικό να παρακολουθούνται επειδή μπορεί να υποκρύπτουν νεοπλασματική νόσο, ειδικά όταν το μέγεθος τους είναι μεγάλο. Παρουσιάζεται η περίπτωση ευμεγέθους κύστεως βαρθολινείου αδένου που αντιμετωπίστηκε με επιτυχία στη κλινική μας.

Παρουσίαση περίπτωσης: Ασθενής, θήλυ 41 ετών, προσήλθε στα επείγοντα χειρουργικά ιατρεία συνεπεία επώδυνης διόγκωσης στην περιοχή, πλησίον των μεγάλων χειλέων του αιδοίου. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μάζα επί των μεγάλων χειλέων (ΔΕ) με συνοδά ερύθημα και άλγος. Από το ατομικό ιστορικό, η ασθενής ανέφερε 2 φυσιολογικούς τοκετούς και φυσιολογικό έμμηνο κύκλο. Το χειρουργικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Ο εργαστηριακός αιματολογικός έλεγχος και οι νεοπλασματικοί δείκτες ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο και υπό γενική αναισθησία αφαιρέθηκε το αναφερόμενο μόρφωμα διαστάσεων 17 x 9 cm, στη μεγαλύτερη διάσταση και με καλά καθορισμένα όρια, το οποίο και εστάλλει για παθολογοανατομικό έλεγχο. Η ασθενής ανένηψε καλώς και εξήλθε την 2^η μετεγχειρητική ημέρα σε καλή γενική κατάσταση. Η ιστολογική εξέταση του μορφώματος έδειξε κύστη Βαρθολίνειου αδένου, χωρίς στοιχεία τα οποία να συνηγορούν υπέρ κακοήθειας.

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση κύστης στους βαρθολίνειους αδένες είναι αρκετά συχνή και παρουσιάζεται ως επώδυνη διόγκωση ή τοπικό απόστημα. Ωστόσο, στο 2-3% μπορεί να υποκρύπτεται η κακοήγη εξαλλαγή και απαιτείται επαγρύπνηση για την έγκαιρη και ορθή αντιμετώπιση της νόσου.



003 ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΠΛΕΞΙΔΟΕΙΔΕΣ ΝΕΥΡΟΙΝΩΜΑ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Σκάνδαλος Ι.¹, Στάμπου Π.¹, Αποστολίδου-Κιούτη Φ.¹, Μαυρίδου Μ.², Τσομπανίδης Α.³, Καμάς Α.⁴, Χότζογλου Ν.¹

¹Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

²Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

³Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

⁴Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή: Τα πλεξιδοειδή νευροϊνώματα είναι καλοήθεις όγκοι που εξορμώνται από τα υποδόρια ή τοιχωματικά περιφερικά νεύρα, τα οποία συνήθως σχετίζονται με νευροϊνωμάτωση τύπου Ι.

Ασθενής- μέθοδοι: Ασθενής άνδρας, ηλικίας 48 ετών, με ιστορικό νευροϊνωμάτωσης (Von Recklinghausen - NF τύπου Ι) προσήλθε για αντιμετώπιση ανώδυνης γιγαντιαίας μάζας του υποδορίου του προσθίου θωρακικού τοιχώματος. Στην αξονική τομογραφία διαπιστώθηκαν πολλαπλά νευροϊνώματα θωρακικού τοιχώματος και γιγαντιαία μάζα του υποδορίου του προσθίου θωρακικού τοιχώματος. Ο ασθενής υπό γενική αναισθησία υποβλήθηκε σε εκτομή της μάζας και άμεση συρραφή του τραύματος, με κινητοποίηση δερματικών κρημνών.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Στην ιστοπαθολογική (ιστολογική και ανοσοϊστοχημική) εξέταση διαπιστώθηκε νευροϊνωμα χωρίς στοιχεία κακοήθους νεοπλασματικής εξεργασίας.

Συμπέρασμα: Η εκτομή νευροϊνώματος, επιβάλλεται σε περιπτώσεις αύξησης του μεγέθους του και μεταβολής των χαρακτήρων του καθώς υπάρχει μεγάλη υποψία κακοήθους εξαλλαγής του, καθώς και για αισθητικούς λόγους.

004 ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Μαρίνη Κ., Πλέκη Α., Χατζηγεωργίου Ι., Τσολακίδου Α., Χαλκίδου Μ., Κορωναίου Α., Ξέρρας Α., Μαρκόπουλος Γ., Δημάκης Κ.

Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Φλώρινας

Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας εμφάνισης δερματικών βλαβών που χρήζουν χειρουργικής αφαίρεσης με τοπικούς κρημνούς, καθώς και τα οφέλη που προκύπτουν από την εφαρμογή τους, τόσο για τους κατοίκους του Νομού Φλωρίνης, όσο και για το σύστημα υγείας.

Υλικό και μέθοδοι: Η μελέτη περιλαμβάνει 42 κατοίκους του Νομού Φλωρίνης (20 άνδρες, 22 γυναίκες), με μέσο όρο ηλικίας 75,1 έτη. Διήρκεσε 2 έτη (Απρίλιος 2014-Μάρτιος 2016).

Τα δερματικά ελλείμματα αποκαταστάθηκαν με τοπικούς κρημνούς, οι οποίοι δι-



ακρίνονται σε: περιστροφικούς (rotation flaps), μεταθετούς (transposition flaps), προωθητικούς (advancement flaps) και συνδυασμούς αυτών. Οι βλάβες εντοπίζονται σε περιοχές όπως κανθός, βλέφαρο, ώτα, όπου χωρίς τους κρημνούς θα ήταν αδύνατη η αφαίρεσή τους.

Αποτελέσματα: Στα 42 περιστατικά κρημνών επετεύχθη εκτομή όλων των βλαβών σε υγιή όρια, με άριστο λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα. Κανένας κρημνός δεν παρουσίασε διαπύηση, λοίμωξη, νέκρωση ή καταστροφή. Όσον αφορά στα ποσοστά των βλαβών, διεγνώσθησαν μετά από παθολογοανατομική εξέταση τα κάτωθι:

- BCC: 57,1% (24/42)
- Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα: 14,3% (6/42)
- Κερατοακάνθωμα δέρματος: 7,1% (3/42)
- Σμηγματοροϊκή κεράτωση δέρματος: 7,1% (3/42)
- Καλόηθες ινώδες ιστιοκύττωμα: 4,8% (2/42)
- Επιδερμική κύστη: 4,8% (2/42)
- Επιθηλιακή κύστη: 2,4% (1/42)
- Ακτινική κεράτωση: 2,4% (1/42)

Συμπεράσματα: Η δυνατότητα χρήσης κρημνών αυξάνει τον αριθμό των περιστατικών που μπορούν να αντιμετωπιστούν στην περιφέρεια, με όφελος για τον ασθενή τόσο σε θέμα κόστους, όσο και χρόνου αντιμετώπισης, ενώ ταυτόχρονα τα τριτοβάθμια νοσοκομεία αποσυμφορίζονται. Επιπλέον, παρέχεται αίσθημα ασφάλειας στον ασθενή, λόγω της αντιμετώπισής του σε οικείο περιβάλλον.

Κάθε νοσοκομείο οφείλει να γνωρίζει τις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετεί, ώστε να εξελίσσεται με γνώμονα τη διευκόλυνση των συνθηκών διαβίωσής του.

005 ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Αποστόλου Χ.¹, Φουντούκης Τ.¹, Αποστολίδου-Κιούτη Φ.¹, Ριζνιοπούλου Π.¹, Στάμπου Π.¹, Ζιάκα Π.², Σκάνδαλος Ι.¹

¹Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

²Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή: Η ισχαιμία του άνω άκρου μετά δημιουργία αγγειακής προσπέλασης για αιμοκάθαρση αποτελεί μία σοβαρή και συχνή επιπλοκή της αγγειακής προσπέλασης που εκδηλώνεται με συμπτωματολογία ελάττωσης/εξάλειψης της αρτηριακής ροής του άκρου.

Υλικό - μέθοδοι: Την τελευταία 12ετία αντιμετωπίσαμε χειρουργικά 17 ασθενείς (10 γυναίκες και 7 άνδρες μέσης ηλικίας 68 ετών) με συμπτωματική ισχαιμία του άνω άκρου μετά δημιουργία αγγειακής προσπέλασης για αιμοκάθαρση. Από αυ-

τούς 14 ασθενείς ήταν διαβητικοί. Η διάγνωση έγινε κλινικά ενώ στον απεικονιστικό έλεγχο χρησιμοποιήθηκαν οι υπέρηχοι και η αγγειογραφία. Σε 7 περιπτώσεις (1 περιφερική επαναιμάτωση με διάμεση απολίνωση - DRIL, 2 περιβροχισμός της φλέβας κατά την αρτηριοφλεβική αναστόμωση και 4 απολίνωση της κερκιδικής αρτηρίας περιφερικά της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας) διατηρήθηκε η λειτουργία της αγγειακής προσπέλασης, ενώ σε 10 περιπτώσεις καταργήθηκε η αρτηριοφλεβική επικοινωνία (σε 3 περιπτώσεις έγινε άλλη αρτηριοφλεβική επικοινωνία και σε 7 περιπτώσεις εισήχθη μόνιμος καθετήρας αιμοκάθαρσης).

Συμπέρασμα: Η διάγνωση της ισχαιμίας του άνω άκρου μετά δημιουργία αγγειακής προσπέλασης για αιμοκάθαρση είναι κλινική, τεκμηριώνεται με υπερήχους και αγγειογραφία, η δε χειρουργική επέμβαση αποβλέπει στη διατήρηση της λειτουργίας της αγγειακής προσπέλασης, αλλά πρωτίστως στη διατήρηση της ανατομικής και λειτουργικής ακεραιότητας του άκρου.

006 ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ: ΓΡΑΜΜΗ ΣΩΤΗΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Φουντούκης Τ.¹, Αποστόλου Χ.¹, Στάμπου Π.¹, Ριζιοστοπούλου Π.¹, Αποστολίδου-Κιούτη Φ.¹, Τσαμασλίδης Γ.², Σκάνδαλος Ι.¹

¹Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

²Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή: Η δημιουργία αγγειακής προσπέλασης αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αιμοκάθαρση (save line).

Σκοπός: Παρουσίαση της εμπειρίας μας από τη δημιουργία αγγειακών προσπελάσεων για αιμοκάθαρση.

Ασθενείς - μέθοδοι: Από τον Ιανουάριο 2006 μέχρι και τον Μάρτιο 2016, εκτελέστηκαν ή διορθώθηκαν 872 αγγειακές προσπελάσεις σε 712 ασθενείς (364 γυναίκες και 348 άνδρες), ηλικίας από 13 μέχρι 87 έτη (μέση ηλικία 65). Οι ασθενείς προέρχονταν από διάφορα νοσοκομεία και μονάδες αιμοκάθαρσης της Ελλάδας. Σε όλες τις περιπτώσεις υπήρχε άμεση ή τηλεφωνική επικοινωνία με τους θεράποντες γιατρούς ενώ σε πολλές από αυτές οι ασθενείς προσήλθαν με υπερηχογραφική ή αγγειογραφική απεικόνιση της αγγειακής τους προσπέλασης. Από αυτές 237 αγγειακές προσπελάσεις εκτελέστηκαν σε ημέρα γενικής εφημερίας ως επείγουσες και 635 προγραμματισμένες. Εκτελέστηκαν επεμβάσεις δημιουργίας ή διόρθωσης αυτογενούς αγγειακής προσπέλασης σε 490 περιπτώσεις (25 μεταθέσεις βασιλικής φλέβας), δημιουργίας ή διόρθωσης αγγειακής προσπέλασης με μόσχευμα σε 89 περιπτώσεις (7 με χρησιμοποίηση δικής μας τεχνικής), εισαγωγή μόνιμου καθετήρα αιμοκάθαρσης σε 239 περιπτώσεις (184 με χρησιμοποίηση δικής μας τεχνικής) ενώ σε 54 περιπτώσεις καταργήθηκε η υπάρχουσα αγγειακή



προσπέλαση λόγω επιπλοκής της.

Συμπέρασμα: Η αγγειακή προσπέλαση αποτελεί την αχίλλειο πτέρνα της αιμοκάθαρσης. Πρέπει να υπάρχει γνώση και εξοικείωση των χειρουργών με το αντικείμενο καθώς και αρμονική συνεργασία με τους εμπλεκόμενους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

007 ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ισιόπουλος Η.¹, Οικονομίδης Στ.², Μπαγγέας Π.¹, Γοδόσης Δ.¹,
Γιαννακοπούλου Π.¹, Κυβρακίδης Ε.¹, Κτενίδης Κ.¹, Μιχαλόπουλος Α.¹

¹Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

²Γ΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Οι ορθοπαιδικές κακώσεις, κάθε είδους, είναι πολύ συχνές σε πολυτραυματίες που εισάγονται σε χειρουργικές κλινικές. Συχνότερη αιτία πρόκλησής τους είναι τα ατυχήματα, τροχαία ή άλλα που συνοδεύονται από υψηλή βία. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της αντιμετώπισης των πολυτραυματιών ασθενών που διεκομίσθησαν στην κλινική μας με σύγχρονες χειρουργικές και ορθοπαιδικές κακώσεις.

Υλικό - μέθοδος: Το χρονικό διάστημα 2011-2016 αντιμετωπίστηκαν 120 πολυτραυματίες ασθενείς με σύγχρονες χειρουργικές και ορθοπαιδικές κακώσεις. Οι τελευταίες αφορούσαν κυρίως κατάγματα της λεκάνης, των άνω και κάτω άκρων, της σπονδυλικής στήλης καθώς και εξάρθρημα των μεγάλων αρθρώσεων. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίστηκαν για τα ορθοπαιδικά τους προβλήματα, παράλληλα με τις χειρουργικές τους κακώσεις, συνήθως σε πρώτο χρόνο. Αν οι συνθήκες ή τα τεχνικά μέσα δεν το επέτρεπαν οι ορθοπαιδικές κακώσεις αντιμετωπίστηκαν σε προσφορότερο δεύτερο χρόνο.

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των ασθενών με πολλαπλές χειρουργικές και ορθοπαιδικές κακώσεις δεν χρειάστηκαν περαιτέρω ορθοπαιδική αντιμετώπιση. Όταν αυτή κρίθηκε απαραίτητη, τότε οι ασθενείς μεταφέρθηκαν σε οργανωμένη ορθοπαιδική κλινική.

Συμπεράσματα: Η πρόγνωση των ασθενών με πολλαπλές κακώσεις δεν είναι εύκολο να καθοριστεί. Πολλοί παράγοντες όπως η ηλικία, η ταχύτητα διακομιδής, η άμεση και ακριβής διάγνωση των κακώσεων, η επάρκεια των τεχνικών μέσων και χειρουργικών υλικών, η εμπειρία και η ετοιμότητα της χειρουργικής ομάδας, η αρμονική συνεργασία των διαφόρων ειδικοτήτων αλλά και η σωστή μετεγχειρητική παρακολούθηση και αντιμετώπιση των επιπλοκών, βαραίνουν καθοριστικά στη τελική πρόγνωση του πολυτραυματία ασθενούς. Ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο οφείλει να αποτελεί πρότυπο στην αντιμετώπιση τέτοιων συνθέτων περιστατικών.

008 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟΥ ΠΕΡΙΝΕΪΚΟΥ-ΟΣΧΕΪΚΟΥ ΙΣΤΙΚΟΥ ΕΛΛΕΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΚΡΗΜΝΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΤΑ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΚΟΠΟ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΜΕΛΙΟΥ

Ευαγγελάτος Π., Λάσκου Στ., Παπαθανασίου Λ., Κωστάκης Η., Πενλίδης Μ.,
Γαλάνης Ι., Χριστοφορίδης Ε.

Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Η αποκατάσταση γιγαντιαίων ιστικών περινεϊκών - οσχείων ελλειμμάτων αποτελούν πρόκληση για το χειρουργό όσον αφορά στην αποκατάστασή τους, για την οποία δεν υπάρχουν διεθνής κατευθυντήριες οδηγίες. Διάφοροι δερματικοί κρημνοί χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση, ενώ συνδυασμός επούλωσης του τραύματος κατά πρώτο και δεύτερο σκοπό είναι συχνά απαραίτητος κατά περίπτωση. Το μέλι manuka, σε επεξεργασμένες μορφές ή ακατέργαστο, φαίνεται ότι ασκεί αντιμικροβιακή προστασία και προάγει την επούλωση. Παρουσιάζουμε την διαχείριση ενός ασθενή με γιγαντιαίο ιστικό έλλειμμα και συνδυαστική επούλωση με κρημνούς και τη χρήση κοινού μελιού για επίτευξη επούλωσης τμήματος του τραύματος κατά δεύτερο σκοπό.

Περίπτωση: Ασθενής, άνδρας, 36 ετών προσήλθε στα Επείγοντα Ιατρεία της Β' Χειρουργικής κλινικής ΑΠΘ λόγω γιγαντιαίου μετεγχειρητικού ιστικού ελλείμματος κατόπιν εκτεταμένης εκτομής «τριχοφωλεακού συριγγίου». Το ιστικό έλλειμμα εκτεινόταν από το επίπεδο της κατώτερης Οσφυϊκής Μοίρας της Σπονδυλικής Στήλης (ραχιαία) έως τις μηροβουβωνικές πτυχές άμφω στο επίπεδο των προσαγωγών μυών (πρόσθια). Επιπλέον, περιελάμβανε και τμήμα του οσχέου. Το δερματικό έλλειμμα ήταν ολικού πάχους. Ο πρωκτός είχε παραμείνει ως η μόνη υγιής νησίδα εκ των ανατομικών δομών της περιοχής, καθώς κατά την διερεύνηση αναγνωρίστηκε τμηματική διατομή του έξω σφιγκτήρα. Ο ασθενής υπεβλήθη σε επιμελή χειρουργικό καθαρισμό, απόξεση, πλύσεις και νεαροποίηση του τραύματος. Κινητοποίηση γλουτιαίων κρημνών άμφω και σύγκλειση κατά πρώτο σκοπό τμήματος του μεγαλύτερου τμήματος του τραύματος, το οποίο περιελάμβανε την ραχιαία επιφάνεια έως και το πρόσθιο περίνεο. Το υπόλοιπο τμήμα αφέθηκε να επουλωθεί κατά 2^ο σκοπό. Η μετεγχειρητική διαχείριση του ασθενούς περιελάμβανε διακοπή της από του στόματος σίτισης, παρεντερική διατροφή, αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη, φαρμακευτική αναστολή των κενώσεων και καθημερινή περιποίηση του τραύματος. Από την 4^η μετεγχειρητική ημέρα ξεκίνησε η χρήση μελιού, υψηλού ιξώδους, επί του τραύματος. Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 10^η μετεγχειρητική ημέρα αφού είχε προηγηθεί εκπαίδευση για την κατ' οίκον περιποίηση του τραύματος. Ακολούθησε παρακολούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα των 10-15 ημερών, έως την πλήρη αποκατάσταση. Άμεσα, μετά τις πρώτες εφαρμογές του μελιού το τραύμα παρουσίασε έντονη κοκκιοποίηση και επιταχυμένη επούλωση. Έξι εβδομάδες μετεγχειρητικά, το τραύμα επουλώθηκε πλήρως, χωρίς



στοιχεία φλεγμονής και ο ασθενής επέστρεψε στις καθημερινές ασχολίες του.

Συμπεράσματα: Σε γιγαντιαία ιστικά ελλείμματα απαιτείται συνδυασμός τεχνικών για την βέλτιστη επούλωση του τραύματος, πάντοτε ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε περιστατικού. Ένας από τους πλέον ενδεδειγμένους τρόπους είναι ο συνδυασμός κρημνών και αποκατάσταση ελλείμματος κατά δεύτερο σκοπό. Στο περιστατικό μας το έλλειμμα αποκαταστάθηκε θεαματικά με την χρήση μελιού, το οποίο φαίνεται ότι προάγει την βέλτιστη, ταχύτερη και υπό άσηπτες συνθήκες επούλωση τραυμάτων.

**009 ΣΑΡΚΩΜΑ EWING ΔΕΞΙΟΥ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 47 ΕΤΩΝ:
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Καπούλας Σ., Καλαϊτζής Στ., Καλτσίκης Θ., Λάσκου Σ., Βολουδάκης Ν.,
Ευαγγελάτος Π., Παπαζιώγας Β., Χριστοφορίδης Ε.
Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Το σάρκωμα Ewing ανήκει στην ομάδα των πρωτογενών νευροεξω-δερμικών όγκων (primitive neuroectodermal tumors/PNETs) και αποτελεί ένα ασύνηθες κακόηθες νεόπλασμα των οστών και των μαλακών μορίων, που παρατηρείται συχνότερα σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες. Η εμφάνιση του σε παρεγχυματικά όργανα είναι πολύ σπάνια, ενώ ελάχιστα περιστατικά με εντόπιση στα επινεφρίδια αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία. Η βιολογική συμπεριφορά του όγκου είναι κακοηθέστατη, η εξέλιξη ταχεία και η πρόγνωση φτωχή.

Παρουσίαση περίπτωσης: Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας γυναίκας 47 ετών η οποία υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία, λόγω ευμεγέθους ογκομορφης εξεργασίας διαστάσεων 15x15x10cm που διαπιστώθηκε στον δεξιό ηπατονεφρικό χώρο ως τυχαίο υπερηχοτομογραφικό και αξονοτομογραφικό εύρημα. Διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε η ύπαρξη ευμεγέθους όγκου στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, μεταξύ του ήπατος και του δεξιού νεφρού. Ο όγκος επεκτεινόταν πίσω από την κάτω κοίλη φλέβα, διηθώντας ολόκληρο το οπίσθιο τοίχωμά της από το ύψος της εισόδου των ηπατικών φλεβών ως το ύψος της δεξιάς νεφρικής φλέβας. Επίσης, το νεόπλασμα δεν μπορούσε να διαχωριστεί από την κάτω επιφάνεια του ήπατος καθώς και την άνω επιφάνεια του δεξιού νεφρού, ενώ επεκτεινόταν μέχρι τον ελάσσονα επιπλοϊκό θύλακο, αντίστοιχα προς τις πύλες του σπληνός.

Συμπεράσματα: Η διεγχειρητική ταχεία βιοψία έδειξε την ύπαρξη κακοήθους νεοπλασματος. Με βάση τα εγχειρητικά ευρήματα, ο όγκος κρίθηκε μη εξαιρεσίμπος. Επίσης, ελήφθησαν για βιοψία διογκωμένοι λεμφαδένες αντίστοιχα προς τη ρίζα της κοιλιακής αρτηρίας. Η οριστική ιστολογική και ανοσοϊστοχημική εξέταση ανέδειξε ευρήματα συμβατά με σάρκωμα Ewing/PNET του δεξιού επινεφριδίου, καθώς και μεταστάσεις από το ίδιο νεόπλασμα στους συναφαιρεθέντες λεμφαδένες. Η ασθενής παραπέμφθηκε για παρηγορική χημειοθεραπεία.

010 ΥΦΟΛΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΜΕΓΑΚΟΛΟ

Ευθυμιάδης Χ., Ιωαννίδης Α., Γρηγορίου Μ., Λαζαρίδης Μ., Μπασδάνης Γ.
Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης

011 ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΛΙΘΙΑΣΗ ΚΟΛΩΒΩΜΑΤΟΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΜΕΤΑ ΥΦΟΛΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Παραμυθιώτης Δ., Κοφίνα Κ., Καρακατσάνης Α., Γοδόσης Δ., Παπαδόπουλος Β.Ν., Μιχαλόπουλος Α.
Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Η υφολική αφαίρεση της χοληδόχου κύστης, είτε μετά από ανοιχτή είτε μετά από λαπαροσκοπική προσπάθεια χολοκυστεκτομής, είναι τακτική που ακολουθείται, συχνά, σε περιπτώσεις «δύσκολης χολοκυστεκτομής». Ωστόσο, η παραμονή κολοβώματος της χοληδόχου μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία υπολειμματικών χολολίθων εντός αυτού. Η συνήθης συμπτωματολογία περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, κοιλιακό άλγος, δυσπεπτικά ενοχλήματα και/ή ίκτερο. Παρουσιάζονται 2 ενδιαφέρουσες περιπτώσεις, με υπολειμματική λιθίαση κολοβώματος της χοληδόχου, που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με συμπληρωματική χολοκυστεκτομή.

Παρουσίαση περιπτώσεων: Η πρώτη περίπτωση αφορά θήλυ ασθενή, 46 ετών, με άλγος δεξιού υποχονδρίου και δυσπεπτικά ενοχλήματα, οκτώ χρόνια μετά την πραγματοποίηση λαπαροσκοπικής υφολικής χολοκυστεκτομής. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία, η οποία και ανέδειξε την ύπαρξη των υπολειπόμενων χολολίθων. Η δεύτερη περίπτωση αφορά, επίσης, θήλυ ασθενή, 62 ετών, η οποία παρουσίασε άλγος δεξιού υποχονδρίου, 10 χρόνια μετά από ανοιχτή χολοκυστεκτομή. Στα πλαίσια της διερεύνησης με υπέρηχο-τομογράφημα της άνω κοιλίας ανευρέθηκε η υπολειμματική λιθίαση. Καμία από τις δύο ασθενείς δεν παρουσίασε ίκτερο και ο έλεγχος για συνύπαρξη χοληδοχολιθίασης ήταν αρνητικός. Αμφότεροι οι ασθενείς υπεβλήθησαν, εκ νέου, σε ανοιχτή χειρουργική επέμβαση για περαιτέρω χολοκυστεκτομή. Η μετεγχειρητική τους πορεία ήταν ομαλή και εξήλθαν την 5^η μετεγχειρητική ημέρα σε καλή γενική κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η υπολειμματική λιθίαση στο κολόβωμα της χοληδόχου μετά υφολική χολοκυστεκτομή θεωρείται σπάνια και συχνά δημιουργεί δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση του άλγους δεξιού υποχονδρίου. Ο ενδεδειγμένος ακτινολογικός και αιματολογικός έλεγχος δύναται να συμβάλλει στη σωστή διάγνωση και κατ'επέκταση στην ορθή αντιμετώπιση με συμπληρωματική χολοκυστεκτομή (ανοιχτή ή λαπαροσκοπική).



012 ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Αποστόλου Χ.¹, Φουντούκης Τ.¹, Ριζνιοτοπούλου Π.¹, Τσαμασλίδης Γ.²,
Τσομπανίδης Α.³, Καλαϊτζής Γ.⁴, Πατσιαούρα Κ.⁵, Σκάνδαλος Ι.¹

¹Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

²Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

³Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

⁴Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

⁵Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

Εισαγωγή: Η εμφυσηματική χολοκυστίτιδα αποτελεί βαρύτατη μορφή οξείας χολοκυστίτιδας που χαρακτηρίζεται από παρουσία αέρα στο τοίχωμα της χοληδόχου κύστης και στον περιχολοκυστικό χώρο.

Ασθενής - μέθοδοι: Παρουσιάζονται 3 περιπτώσεις ασθενών, ανδρών ηλικίας 79, 83 και 86 ετών με εμφυσηματική χολοκυστίτιδα που αντιμετωπίσαμε την τελευταία 8ετία. Στο ιστορικό τους περιλαμβάνονταν χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αρτηριακή υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή και αποφρακτική αγγειοπάθεια ενώ οι δύο τελευταίοι ασθενείς έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη. Κοινό κλινικό σύμπτωμα και των τριών ασθενών ήταν άλγος δεξιού υποχονδρίου και πυρετός από 3, 2 και 5 ημερών αντίστοιχα. Στον εργαστηριακό έλεγχο και στους τρεις ασθενείς διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση (22.900, 14.800 και 18600 / mm³), πολυμορφοπυρήνωση και απορρύθμιση βιοχημικών δεικτών. Η υποψία της κλινικής διάγνωσης εμφυσηματικής χολοκυστίτιδας και στους τρεις ασθενείς τεκμηριώθηκε με τον υπερηχοτομογραφικό έλεγχο και την αξονική τομογραφία. Και οι τρεις ασθενείς υποβλήθηκαν σε επείγουσα ανοικτή χολοκυστεκτομή και παροχέτευση της περιοχής.

Αποτελέσματα: Στην καλλιέργεια χολής απομονώθηκε στον πρώτο ασθενή *Enterococcus faecalis*, στον δεύτερο *Klebsiella pneumoniae* και στον τρίτο *Escherichia coli* και *Enterococcus avium*. Η άμεση μετεγχειρητική κατάσταση ήταν θορυβώδης και στις τρεις περιπτώσεις με νοσηλεία στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Η ιστολογική εξέταση έδειξε τοιχωματική νέκρωση της χοληδόχου κύστης. Ο πρώτος ασθενής εξήλθε της κλινικής την 30η και ο τρίτος την 16^η ημέρα μετεγχειρητική ημέρα ενώ ο δεύτερος ασθενής απεβίωσε την 42η μετεγχειρητική ημέρα από καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια.

Συμπέρασμα: Η εμφυσηματική χολοκυστίτιδα αποτελεί εξαιρετικά βαρεία κατάσταση οξείας χολοκυστίτιδας που αντιμετωπίζεται με επείγουσα χολοκυστεκτομή και συντηρητική υποστηρικτική θεραπεία ακολουθούμενη από υψηλό ποσοστό μετεγχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας.

013 ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΪΤΙΔΑΣ - ΑΝΟΙΚΤΗ ΚΟΙΛΙΑ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Μιχαλόπουλος Ν., Σαπαλίδης Κ., Κοσμίδης Χ., Λιάβας Λ., Μανταλόβας Σ.,
Κεσίσογλου Ι.

Γ' Χειρουργική κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός. Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να δείξει την εμπειρία της κλινικής μας στην αντιμετώπιση περιστατικών με βαριά νεκρωτική φλεγμονή μαλακών μορίων που εμφάνισαν γενικευμένη περιτονίτιδα και χρειάστηκε να παραμείνει ανοικτή κοιλία για την θεραπεία των ασθενών.

Υλικό και μέθοδοι. Τη χρονική περίοδο 2008 έως 2015 αντιμετωπίστηκαν 35 ασθενείς με βαριές νεκρωτικές φλεγμονές μαλακών μορίων. Σε 3 από τους ασθενείς αυτούς (2 γυναίκες και 1 άνδρας) χρειάστηκε να παραμείνει η κοιλία ανοικτή διότι εμφάνισαν εικόνα οξείας κοιλίας με γενικευμένη περιτονίτιδα. Σε αυτούς εκτελέστηκε εκτενής χειρουργικός καθαρισμός των νεκρωμάτων και ερευνητική λαπαροτομία. Η περιτοναϊκή κοιλότητα παρέμεινε ανοικτή για απομάκρυνση νεκρωτικών ιστών, τακτικούς επανελέγχους, αποφυγή συνδρόμου κοιλιακού διαμερίσματος με τοποθέτηση συστήματος VAC για την προσωρινή σύγκλειση της κοιλίας. Σε έναν από τους 3 ασθενείς απαιτήθηκε προσωρινή κολοστομία.

Αποτελέσματα. Οι ασθενείς είχαν μεγάλη νοσηρότητα με μακρά παραμονή στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Όλοι οι ασθενείς επιβίωσαν, η οριστική σύγκλειση της κοιλίας στους 2 ασθενείς έγινε σε 9 και 12 ημέρες αντίστοιχα. Στον τρίτο ασθενή απαιτήθηκε η κοιλία να παραμείνει ανοικτή για 20 ημέρες και σύγκλειση κοιλίας με προγραμματισμένη κήλη, ενώ η αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού εκτελέστηκε σε προγραμματισμένο χειρουργείο 6 μήνες μετά το εξιτήριο μαζί με την οριστική σύγκλειση.

Συμπεράσματα. Οι νεκρωτικές φλεγμονές των μαλακών μορίων μπορεί σπάνια να επιπλακούν με περιτονίτιδα. Ο επιθετικός χειρουργικός καθαρισμός και η αντιμετώπιση με ανοικτή κοιλία συνέβαλε στην επιβίωση των ασθενών αυτών.

014 ΔΙΑΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΦΥΜΑΤΟΣ ΤΟΥ VATER

Παραμυθιώτης Δ., Γούλας Π., Κοφίνα Κ., Διαμαντίδου Α., Τσακίρης Γ.,
Μιχαλόπουλος Α.

Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Τα νεοπλάσματα του δωδεκαδακτύλου θεωρούνται σπάνια αφού αποτελούν λιγότερο του 1% των νεοπλασιών του ΓΕΣ και στο 95% των περιπτώσεων πρόκειται για αδενώματα και αδеноκαρκινώματα. Εμφανίζονται σποραδικά ή στα



πλαίσια πολυποδιασικών συνδρόμων του εντέρου. Καθ' ό τι τα αδενώματα αυτά συνιστούν προκαρκινωματώδεις βλάβες, συνιστάται πάντα η αφαίρεσή τους είτε ενδοσκοπικά είτε χειρουργικά, αναλόγως του μεγέθους και της εντόπισης. Παρουσιάζεται η περίπτωση ευμεγέθους αδενώματος 2^{ης}-3^{ης} μοίρας του δωδεκαδακτύλου που αντιμετωπίστηκε με διαδωδεκαδακτυλική εκτομή στη κλινική μας.

Παρουσίαση περίπτωσης: Ασθενής, θήλυ 74 ετών, στα πλαίσια διερεύνησης χολόστασης, υπεβλήθη σε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού, όπου και ανευρέθη νεοεξεργασία στην περιοχή του φύματος του Vater, μεγέθους περίπου 5 εκ. Οι βιοψίες που ελήφθησαν ανέδειξαν αδένωμα με χαμηλού βαθμού δυσπλασία. Η ασθενής υπεβλήθη σε διαδωδεκαδακτυλική εκτομή του αδενώματος με πλαστική αποκατάσταση του παγκρεατικού και του χοληδόχου πόρου. Η πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή και εξήλθε της κλινικής την 10^η μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος επιβεβαίωσε ότι πρόκειται για αδένωμα (5,5 εκ) με χαμηλού βαθμού δυσπλασία αλλά και με κατά τόπους υψηλού βαθμού δυσπλασία. Στον επανέλεγχο, μετά από 6 μήνες με MRI και ενδοσκόπηση, η ασθενής ήταν ελεύθερη υποτροπής.

Συμπεράσματα: Η εκτομή των αδενωμάτων του φύματος του Vater αποτελεί μία πρόκληση για τον χειρουργό ή τον ενδοσκόπο, με την ενδοσκοπική και τη διαδωδεκαδακτυλική προσπέλαση να αποτελούν αξιόπιστες εναλλακτικές, συγκριτικά με την παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή. Η ενδοσκοπική εξαίρεση υπόκειται σε σημαντικούς περιορισμούς όπως το μέγεθος του όγκου (< 5εκ.) και η ύπαρξη κατάλληλου εξειδικευμένου προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής, ενώ η διαδωδεκαδακτυλική εκτομή προσφέρει μειωμένη νοσηρότητα και επιπλοκές σε σχέση με την παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή, αλλά και συγκρίσιμα ογκολογικά αποτελέσματα.

015 ΚΥΣΤΗ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΙΑΣ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παραμυθιώτης Δ., Κοφίνα Κ., Γούλας Π., Ταβάκη Ε., Παπαβραμίδης Θ., Μπασδάνης Γ. Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Οι μεσεντερικές κύστεις είναι σπάνιες ενδοκοιλιακές μάζες που παρουσιάζουν, δυσκολία στην περιγραφή και την ταξινόμηση, ενώ εμφανίζουν ποικίλη συμπτωματολογία. Παρουσιάζεται μια ενδιαφέρουσα περίπτωση κύστης μεσεντερίου που αντιμετωπίστηκε με επιτυχία στην κλινική μας.

Παρουσίαση περίπτωσης: Ασθενής, γυναίκα 40 ετών, προσήλθε στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία αιτιώμενη διάχυτο και ακαθόριστο κοιλιακό άλγος το τελευταίο τρίμηνο. Το χειρουργικό ιστορικό ήταν ελεύθερο, ενώ πρόσφατα παρουσίασε επεισόδιο ατελούς ειλεού που λύθηκε συντηρητικά. Από τον ακτινολογικό έλεγχο κοιλίας με C.T., ανευρέθη κυστικό μόρφωμα διαστάσεων 8 x 7 cm με καλά

καθορισμένα όρια, προσθίως του αριστερού νεφρού. Ο εργαστηριακός αιματολογικός έλεγχος και οι νεοπλασματικοί δείκτες ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο και υπό γενική αναισθησία αφαιρέθηκε το αναφερθέν μόρφωμα που εδράζονταν στο μεσεντέριο της νήστιδος, το οποίο και εστάλλει για παθολογοανατομικό έλεγχο. Η ασθενής ανένηψε καλώς και εξήλθε την 5^η μετεγχειρητική ημέρα σε καλή γενική κατάσταση. Η ιστολογική εξέταση του μορφώματος αποκάλυψε την κυστική του σύσταση και εκτεταμένη διήθηση από λεμφοκύτταρα και γιγαντοκύτταρα, χωρίς στοιχεία κακοήθειας.

Συμπεράσματα: Οι κύστες μεσεντερίου μπορούν να ταξινομηθούν σε λεμφογενείς, μεσοθηλιακές, εντερικές, ουρογεννητικές, τερατώματα και ψευδοκύστες. Η αναγνώριση των χαρακτηριστικών τους είναι σημαντική για την επιλογή της σωστής αντιμετώπισης και την πρόληψη της υποτροπής τους.

016 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΜΗ- ΣΕΜΙΝΩΜΑΤΩΔΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΟΡΧΕΩΝ ΜΕΤΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μανατάκης Δ., Πιντιρέκη Α., Μπαλαλής Δ., Μπερδελής Β., Δαμαλάς Κ, Μπάμπαλη Η., Γαντζούλας Σ., Κουρής Ν., Πλατανιώτης Γ., Γοντικάκης Ε., Κορκολής Δ.
Χειρουργική Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»

Σκοπός: Ο ρόλος του λαπαροσκοπικού οπισθοπεριτοναϊκού λεμφαδενικού καθαρισμού (retroperitoneal lymph node dissection - RPLND) για υπολειπόμενους οπισθοπεριτοναϊκούς όγκους μετά χημειοθεραπεία σε μη-σεμινωματώδη καρκίνο όρχεων παραμένει αντιφατικός, κυρίως λόγω της τεχνικής δυσκολίας και της μακράς καμπύλης εκμάθησης. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της τεχνικής και των αρχικών αποτελεσμάτων μας με τη λαπαροσκοπική προσέγγιση για RPLND σε μη σεμινωματώδη καρκίνο όρχεων σταδίου 2.

Υλικό και Μέθοδοι: Μεταξύ 2012-2015, 28 ασθενείς σταδίου 2 υπεβλήθησαν σε θεραπευτικό RPLND μετά χημειοθεραπεία, εκ των οποίων 10 επιλεγμένοι ασθενείς με μέση ηλικία $28,8 \pm 7,7$ έτη αντιμετωπίστηκαν πλήρως λαπαροσκοπικά. Πραγματοποιήθηκαν 6 αριστερές και 4 δεξιές λεμφαδενεκτομές, για υπολειπόμενες μάζες 2-5cm (μέσο μέγεθος 3,5cm).

Αποτελέσματα: Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 240 min (εύρος 150-330) και η μέση απώλεια αίματος ήταν 250ml (εύρος 100-1500). Ένας ασθενής μετετράπη στην ανοικτή προσπέλαση λόγω αιμορραγίας από τη νεφρική φλέβα. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 3,2 ημέρες (εύρος 2-7). Η ορθόδρομη εκσπερμάτιση διατηρήθηκε σε όλες τις περιπτώσεις, ενώ ένας ασθενής παρουσίασε χυλώδη ασκίτη μετεγχειρητικά, ο οποίος αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Ο μέσος όρος των λεμ-



φαδένων στο παρασκεύασμα ήταν 12 (εύρος 5-25), ενώ 70% αυτών παρουσίαζαν νόσο (καρκίνωμα 30%, ώριμο τεράτωμα 50%, ίνωση/νέκρωση 30%).

Συμπεράσματα: Ο λαπαροσκοπικός οπισθοπεριτοναϊκός λεμφαδενικός καθαρισμός είναι μία απαιτητική επέμβαση, ωστόσο είναι ασφαλής και εφικτός από έμπειρους χειρουργούς. Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι έχει παρόμοια ογκολογικά αποτελέσματα με την ανοικτή προσπέλαση, προσφέροντας ταυτόχρονα τα οφέλη της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής (μικρότερη διάρκεια νοσηλείας, καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα και ταχύτερη επάνοδο στη φυσιολογική δραστηριότητα).

017 ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΕΙΛΕΟ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ψαρράς Κ., Γερόπουλος Γ., Παπατόλιος Γ., Μαρνέρι Α., Κοφινάς Α., Παυλίδης Ε.Θ., Γιαννής Δ., Συμεωνίδης Ν., Μπαλλάς Κ., Παυλίδης Θ.Ε.
Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική, ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Η μελέτη και ανάλυση των κλινικών και απεικονιστικών ευρημάτων ασθενών που προσήλθαν στα επείγοντα της Β' Χειρουργικής Προπαιδευτικής Κλινικής του Α.Π.Θ., ΓΝΘ «Ιπποκράτειο» με εικόνα μηχανικής απόφραξης του γαστρεντερικού σωλήνα και η αντιμετώπιση αυτών.

Υλικό - μέθοδοι: Η παρούσα εργασία αποτελεί μία αναδρομική μελέτη ελέγχου των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη Β' Χειρουργικής Προπαιδευτικής Κλινικής του Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο» από το 2008 έως το 2014 με κλινική διάγνωση εισόδου τον αποφρακτικό ειλεό. Οι παράγοντες που μελετήθηκαν περιελάμβαναν την παρούσα νόσο, το ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς και τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα (ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση και αξονική κοιλίας όπου αυτό κρίθηκε απαραίτητο).

Αποτελέσματα: Από τους 148 ασθενείς που περιελήφθησαν στη μελέτη οι 118 (80%) αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά ενώ οι 30 (20%) χειρουργικά. Το κοιλιακό άλγος (80%), η αναστολή αποβολής αερίων ή κοπράνων (85%), ο μετεωρισμός της κοιλίας (50%) και οι έμετοι (45%) αποτέλεσαν τα πιο κοινά συμπτώματα και ευρήματα από την κλινική διάγνωση. Τα ανωτέρω συμπτώματα παρατηρήθηκαν σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς που χρειάστηκε να χειρουργηθούν σε σχέση με αυτούς που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά (αναστολή αποβολής αερίων-κοπράνων: 95% vs 80%, μετεωρισμός: 70% vs 40%, έμετοι 60% ως 40%), ενώ όσον αφορά το κοιλιακό άλγος παρατηρήσαμε αντίθετα αποτελέσματα (73% vs 83%). Αναφορικά με την εργαστηριακή εικόνα 47% των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά είχαν λευκοκυττάρωση, ποσοστό παρόμοιο με αυτούς που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά (42%). Οι συμφύσεις (63%), η περιεσφιγμένη κήλη

(13%) και ο καρκίνος παχέος εντέρου (10%) αποτέλεσαν τα συχνότερα αίτια των χειρουργικά αντιμετωπιζόμενων ασθενών, ενώ στη συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά κύριο αίτιο ήταν οι συμφύσεις.

Συμπεράσματα: Ένα μεγάλο δίλλημα των χειρουργών είναι για το εάν ένα περιστατικό αποφρακτικού ειλεού πρέπει να αντιμετωπισθεί χειρουργικά ή συντηρητικά. Το κοιλιακό άλγος, η αναστολή αποβολής αερίων ή κοπράνων, ο μετεωρισμός της κοιλίας και οι έμετοι αποτελούν τα πιο συχνά συμπτώματα. Η ένταση της κλινικής εικόνας μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό δείκτη. Αντιθέτως, το ιστορικό προηγηθέντος χειρουργείου και η λευκοκυττάρωση δεν μπορούν να θεωρηθούν ικανοί παράγοντες προς απόφαση για χειρουργική αντιμετώπιση.

018 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ: ΕΚΒΑΣΗ-ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΡΙΕΤΙΑ 2013-2015

Ψαρράς Κ.¹, Βλαχάκη Ε.², Γιαννής Δ.¹, Μαρνέρη Α.¹, Παυλίδης Ε.Θ.¹, Παπατόλιος Γ.¹, Συμεωνίδης Ν.¹, Μάϊνου Μ.², Μπαλλάς Κ.¹, Παυλίδης Θ.Ε.¹

¹Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

²Αιματολογικό Εργαστήριο, Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Οι αιμοσφαιρινοπάθειες αποτελούν παθήσεις που συχνά συνοδεύονται από χολολιθίαση -χοληδοχολιθίαση, σπληνομεγαλία, υπερσπληνισμό (β-μεσογειακή αναιμία) και έμφρακτα του σπληνός με συνυπό λειτουργική ασπληνία (δρεπανοκυτταρική αναιμία), οι οποίες καθιστούν αναγκαία τη χειρουργική αντιμετώπιση. Η συχνότητα της χολολιθίασης και της σπληνομεγαλίας σε ασθενείς με β-μεσογειακή αναιμία ανέρχεται στο 25,5% και 46,9% αντίστοιχα, ενώ σε ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο η συχνότητα της χολολιθίασης ανέρχεται στο 15,8%.

Υλικά και μέθοδοι: Κατά την τριετία 2013-2015, 9 συνολικά ασθενείς (7 με β-μεσογειακή αναιμία και 2 με δρεπανοκυτταρική νόσο) αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά και καταγράφηκαν οι άμεσες και απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Από τους ασθενείς με β-μεσογειακή αναιμία, 2 υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, 3 υποβλήθηκαν σε σπληνεκτομή και 2 σπληνεκτομή και χολοκυστεκτομή. Από τους ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία ένας υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή και ένας σε χολοπεπτική αναστόμωση. Επί του συνόλου των ασθενών, ομαλή μετεγχειρητική πορεία παρουσίασαν οι 3 στους 9 (33%), ενώ στους υπόλοιπους η συχνότερη παρατηρηθείσα επιπλοκή αφορούσε λοίμωξη κατωτέρου αναπνευστικού, κλινικά και απεικονιστικά τεκμηριωμένη. Ένας από τους ασθενείς με β-μεσογειακή αναιμία και χολοκυστεκτομή εισήχθη εκ νέου, μετά εξαμήνου, λόγω εμπυρέτου και παρουσίας εγκυστωμένης συλλογής υπηπατικά η οποία παροχετεύθηκε υπό καθοδήγηση με αξονικό τομογράφο.



A/A	ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΑ	ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ
1	B-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ, ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ	ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ, ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ	ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ
2	B-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ, ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ	ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ, ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ	ΟΜΑΛΗ
3	B-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ	ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ	ΟΜΑΛΗ
4	B-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ	ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ	ΥΦΗΠΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ
5	B-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ	ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ	ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ
6	B-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ	ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ	ΟΜΑΛΗ
7	B-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ	ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ	ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ
8	ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ (ΒΜΑ/Σ)	ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ	ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ	ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ
9	ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ(Σ/Σ)	ΧΟΛΗΔΟΧΟΛΙΘΙΑΣΗ	ΧΟΛΟΠΕΠΤΙΚΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ	ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Συμπέρασμα: Οι χειρουργικές επεμβάσεις σε ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες δεν είναι ελεύθερες επιπλοκών και οι συχνότερες με βάση τη βιβλιογραφία είναι οι λοιμώξεις ανωτέρου και κατωτέρου αναπνευστικού (66%), οι λοιμώξεις ουροποιητικού (12%) και η μηνιγγίτιδα (8%). Οι σπληνεκτομηθέντες υφίστανται ανοσοκαταστολή μετεγχειρητικά λόγω της απομάκρυνσης του διηθητικού - φαγοκυτταρικού φραγμού του σπληνός και της μειωμένης παραγωγής αντισωμάτων. Συνεπώς, ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης μετεγχειρητικών λοιμώξεων καθιστά αναγκαία την κάλυψη με αποτελεσματική αντιβιοτική αγωγή και εφαρμογή μέτρων πρόληψης μετάδοσης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, παρά τον προληπτικό εμβολιασμό που εφαρμόζεται 40 ημέρες προ του χειρουργείου.

019 ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΥΡΑΜΟΕΙΔΟΥΣ ΛΟΒΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ

Κοφίνα Κ.¹, Παπαβραμίδης Θ.¹, Ζήση Α.², Τζωρακοελευθεράκη Σ.Ε.³, Κολέτσα Τ.³, Πλιάκος Ι.¹, Πανίδης Σ.¹, Παπαδόπουλος Β.¹, Μιχαλόπουλος Α.¹

¹Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

²ΩΡΛ Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Ο πυραμοειδής λοβός μπορεί να εμπλέκεται σε παθήσεις του κυρίως θυρεοειδούς αδένος, ή και να αποτελεί την εντόπιση ανάπτυξης καρκίνου. Παρουσιάζονται δύο σπάνιες περιπτώσεις θηλώδους θυρεοειδικού καρκινώματος, προερ-

χόμενου από τον πυραμοειδή λοβό.

Παρουσίαση περιστατικών:

Ασθενής Ι: Η πρώτη ασθενής, στα πλαίσια διερεύνησης δυσκαταποσίας και δύσπνοιας, υπεβλήθη σε υπερηχογραφία και αξονική τομογραφία, ανέδειξε μια στρόγγυλη, υψηλής πυκνότητας μάζα στην μέση γραμμή του τραχήλου με επέκταση κάτωθεν του υοειδούς οστού, προσομοιάζουσα με κύστη θυρεογλωσσικού πόρου. Η κυτταρολογική εξέταση αποκάλυψε θηλώδες καρκίνωμα (κατηγορία V κατά Bethesda) και η ασθενής υπεβλήθη σε ολική θυρεοειδεκτομή.

Ασθενής ΙΙ: Η δεύτερη ασθενής παρουσίασε μία ταχέως αναπτυσσόμενη μάζα της μέσης γραμμής. Η αξονική έδειξε μια πολυλοβωτή, υψηλής πυκνότητας μάζα στην μέση γραμμή του τραχήλου κάτωθεν του υοειδούς οστού που δεν διηθούσε την τραχεία.

Τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης επιβεβαίωσαν τον καλώς διαφοροποιημένο θυρεοειδικό καρκίνο, ενώ αποκάλυψαν πολυεστιακότητα αυτού. Στη μία περίπτωση δεν ανευρέθηκε λεμφαδενική μετάσταση στο κεντρικό διαμέρισμα του τραχήλου, ενώ στην άλλη βρέθηκε.

Συμπεράσματα: Η κατευθυνόμενη από υπερήχους αναρρόφηση με λεπτή βελόνη θα πρέπει να απαιτείται προεγχειρητικά για την καλύτερη εκτίμηση και αντιμετώπιση ύποπτης πολυεστιακής κακοήθους θυρεοειδικής νόσου, η οποία μπορεί να άρχεται από τον πυραμοειδή λοβό. Επιπρόσθετα, η γνώση της ανατομίας και των παραλλαγών του πυραμοειδούς λοβού είναι σημαντική για τον εντοπισμό και τη ριζική αφαίρεσή του.

020 Η ΤΥΧΑΙΑ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΕΚΤΟΜΗ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΥΠΑΣΒΑΙΣΤΙΑΙΜΙΑΣ

Μιχαλόπουλος Ν., Σαπαλίδης Κ., Κοσμίδης Χ., Λιάβας Λ., Μπαλτάς Χ., Κεσίσογλου Ι.

Γ' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Η ολική θυρεοειδεκτομή είναι η επέμβαση εκλογής για τις χειρουργικές παθήσεις του θυρεοειδούς αδένα. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τη συχνότητα της τυχαίας παραθυρεοειδεκτομής στην ολική θυρεοειδεκτομή και να την συσχετίσει με τη μετεγχειρητική υπασβεστιαίμια.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη (2010-2014), 865 θυρεοειδεκτομές πραγματοποιήθηκαν για καλοήθεις παθήσεις και καρκίνο του θυρεοειδούς. Κριτήρια αποκλεισμού από την μελέτη ήταν τα εξής: λοβεκτομή ή σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή, προηγηθείσα παραθυρεοειδεκτομή, επανεπεμβάσεις, σκόπιμη παραθυρεοειδεκτομή για συνοδές παθήσεις παραθυρεοειδών αδένων, αυτομεταμόσχευση παραθυρεοειδών και ασθενείς με ανεπαρκή δεδομένα. Οι ασθενείς



χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, η ομάδα Α περιελάμβανε τους ασθενείς με τυχαία παραθυρεοειδεκτομή και η ομάδα Β τους ασθενείς χωρίς τυχαία παραθυρεοειδεκτομή. Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν ως προς την εμφάνιση μετεγχειρητικής κλινικής και βιοχημικής υπασβεστιαϊμίας. Επίσης, αναζητήθηκαν παράγοντες κίνδυνου της τυχαίας παραθυρεοειδεκτομής.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 739 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή. Το ποσοστό της τυχαίας παραθυρεοειδεκτομής ήταν 10.89%. Οι δύο ομάδες ήταν συγκρίσιμες μεταξύ τους και δε διέφεραν στατιστικά ως προς τη συχνότητα εμφάνισης τόσο κλινικής όσο και βιοχημικής υπασβεστιαϊμίας. Ως παράγοντες κίνδυνου τυχαίας παραθυρεοειδεκτομής αναγνωρίστηκαν η κακοήθεια, ο λεμφαδενικός καθαρισμός τραχήλου στον ίδιο χρόνο καθώς και η ενδοθυρεοειδική εντόπιση των παραθυρεοειδών.

Συμπεράσματα: Η τυχαία παραθυρεοειδεκτομή είναι επαρκής στα πλαίσια της ολικής θυρεοειδεκτομής, αλλά δεν αυξάνει στατιστικά σημαντικά τον κίνδυνο της επερχόμενης μετεγχειρητικής υπασβεστιαϊμίας.

021 Η ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗΣ ΔΙΑ ΛΕΠΤΗΣ ΒΕΛΟΝΗΣ (FNA) ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Λάσκου Σ., Καλαϊτζής Στ., Καλτσίκης Θ., Καπούλας Σ., Βολουδάκης Ν.,
Ευαγγελάτος Π., Παπαζιώγας Β., Χριστοφορίδης Ε.
Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA) αποτελεί κλινικοεργαστηριακή μέθοδο κυτταρολογικής και ιστολογικής διάγνωσης. Χρησιμοποιείται ως εξέταση πρώτης γραμμής για τη μελέτη ύποπτων θυρεοειδικών όζων. Ουσιαστικά, αποτελεί προέκταση της κλινικής αξιολόγησης και συμβάλλει στη λήψη αποφάσεων για την περαιτέρω αντιμετώπιση των ασθενών.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην αξιολόγηση της διαγνωστικής ακρίβειας της FNA που διενεργήθηκε σε ασθενείς με ύποπτους θυρεοειδικούς όζους.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Σε δείγμα 186 ασθενών διενεργήθηκαν 69 FNA. Γι αυτούς τους ασθενείς συλλέχθηκαν τα μετεγχειρητικά παθολογοανατομικά πορίσματα. Ακολούθησε σύγκριση μεταξύ του πορίσματος της FNA και της ιστολογικής εξέτασης..

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα των κυτταρολογικών εξετάσεων ήταν τα ακόλουθα: 2 (2.8%) Bethesda VI, 10 (14.5%) Bethesda V, 7 (10.1%) Bethesda IV, 15 (21.7%) Bethesda III, 33 (47.8%) Bethesda II. Παρατηρήθηκαν 6 ψευδώς αρνητικές διαγνώσεις και 2 ψευδώς θετικές. Τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα αφορούν 2 περιστατικά με Bethesda II και 4 με Bethesda III που ιστολογικά αποδείχτηκε ότι πρόκειται για θηλώδες καρκίνωμα.

Συμπεράσματα: Η FNA του θυρεοειδούς αδένος είναι εξέταση με υψηλή ακρίβεια και εμφανίζει μικρό ποσοστό ψευδώς- θετικών και ψευδώς αρνητικών διαγνώσεων, όπως φαίνεται και βιβλιογραφικά. Τα κυριότερα διαγνωστικά προβλήματα που προκύπτουν αφορούν την ανεπάρκεια του δείγματος, τη διάγνωση μιας κακοήθειας βάσει 1 ή 2 άτυπων κυτταρολογικών χαρακτηριστικών και τη δυσχερή διάκριση μεταξύ θυλακιώδους νεοπλασίας και θηλώδους καρκινώματος θυλακιώδους τύπου.

022 ΚΑΤΑΔΥΟΜΕΝΟ ΚΥΣΤΙΚΟ ΜΟΡΦΩΜΑ ΚΑΤΩ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΣΩΜΑΤΙΟΥ

Μάλλιου Π.¹, Παπαβραμίδης Θ.¹, Μπαγγέας Π.¹, Μουσλεχ Ζ.², Παπαδόπουλος Β.¹, Παραμυθιώτης Δ.¹, Μιχαλόπουλος Α.¹

¹Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

²Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Οι κύστει παραθυρεοειδούς είναι σπάνιες και στην παγκόσμια βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί περί τις 300 περιπτώσεις. Συνήθως εμφανίζονται ως δι-ογκώσεις του τραχήλου που σπάνια προκαλούν πιεστικά φαινόμενα ή αποτελούν τυχαία ευρήματα σε εξετάσεις ρουτίνας για άλλο λόγο. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης ευμεγέθους καταδυόμενου κυστικού μορφώματος κάτω αριστερά παραθυρεοειδούς σωματίου.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ο ασθενής, στα πλαίσια διερεύνησης λιθίασης των σιελογόνων αδένων, υπεβλήθη σε εργαστηριακό έλεγχο που ανέδειξε υπερασβεσταιμία και υπερπαραθορμοναιμία. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος κατέδειξε ευμέγεθες μórφωμα σύστοιχα με τον αριστερό λοβό με κατάδυση. Ακολούθησε έλεγχος με σπινθηρογράφημα, με πόρισμα μórφωμα που συνηγορεί για μη ύπαρξη παραθυρεοειδικού αδενώματος. Σε MRI έλεγχο ανευρέθηκε κυστικό μórφωμα σύστοιχα με τον κάτω πόλο του αριστερού λοβού με κατάδυση έως το αορτικό τόξο. Η εκτομή του μορφώματος είχε ως αποτέλεσμα διόρθωση της υπερασβεσταιμίας και της υπερπαραθορμοναιμίας, ενώ βιοχημική εξέταση PTH του περιεχομένου υγρού του μορφώματος, ανέδειξε τιμή 53.000 (αραίωση 1:100).

Αποτελέσματα: Το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασης είναι υπερ κυστικού μορφώματος του παραθυρεοειδή.

Συμπεράσματα: Τα κυστικά μορφώματα του παραθυρεοειδή μπορεί να συμπεριφέρονται ως αδενώματα, αλλά να μην παρουσιάζουν χαρακτηριστική απεικονιστική και λειτουργική εικόνα. Η εκτομή τους στο ακέραιο αποτελεί θεραπεία για τον ασθενή.



023 ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΧΓΡΟΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Τσοποζίδη Μ.¹, Παπαβραμίδης Θ.¹, Αποστολίδου Κ.¹, Περιφάνης Β.², Ηλιάδης Α.³, Παραμυθιώτης Δ.¹, Παπαδόπουλος Β.¹, Μιχαλόπουλος Α.¹

¹Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

²Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

³Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Το πρωτοπαθές λέμφωμα του θυρεοειδή αδένος αποτελεί μια σπάνια νοσολογική οντότητα, η διαγνωστική προσέγγιση της οποίας παρουσιάζει ιδιαίτερες προκλήσεις.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα, ετών 81, προσήλθε στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Χειρουργικής λόγω ταχέως αυξανόμενης ευμεγέθους διόγκωσης στην τραχηλική χώρα από εξαμήνου, με δυσκαταποσία και σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας. Πριν την προσέλευσή της προηγήθηκαν 3 διαγνωστικές απόπειρες με βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA) και κυτταρολογική εξέταση, που δεν ανέδειξαν παθολογίες. Χορηγήθηκε δεξαμεθαζόνη για περιορισμό των συμπτωμάτων και τέθηκε ως πιθανή διάγνωση αναπλαστικό καρκίνωμα του θυρεοειδή αδένος. Κατά τη νοσηλεία της, κρίθηκε καταλληλότερη η ανοιχτή χειρουργική βιοψία υπό τοπική αναισθησία. Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε υψηλού βαθμού κακοήθειας, μη Hodgkin, διάχυτο λέμφωμα, από μεγάλα Β-κύτταρα (DCLB). Η ασθενής παραπέμφθηκε άμεσα σε αιματολόγους και τέθηκε σε χημειοθεραπεία στην οποία ανταποκρίθηκε με πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων της.

Συμπέρασμα: Παρά την εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων, όπως η FNA, στην διαφορική διάγνωση των τραχηλικών διογκώσεων, καλό θα είναι επί αποτυχίας αυτών, να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η χειρουργική βιοψία, ως βασικό διαγνωστικό εργαλείο σε συνδυασμό βέβαια με απεικονιστικές μεθόδους, ιδίως σε περιπτώσεις ταχέως αναπτυσσόμενων μαζών.

024 ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΙΣΤΩΝ

Βακής Γ.¹, Μοσχοπούλου Σ.², Σοφούδης Χ.³, Παπαδόπουλος Ο.¹

¹Πανεπιστημιακή Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ανδρέας Συγγρός»

²Αγροτική Ιατρός, ΚΥ Δημητσάνας, Τρίπολη

³Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο ΓΝΑ Ν. Ιωνίας

Εισαγωγή: Η πλαστική αποκατάσταση μαστών χρησιμοποιείται σε ασθενείς με πρόβλημα ανισομαστίας, σε περιπτώσεις αισθητικής δυσμορφίας στην μαζική περιοχή (double babbble deformity), λόγω μη σωστής τοποθέτησης του ενθέματος καθώς και σε περιπτώσεις μαστεκτομής με ή χωρίς διατήρησης της θηλής. Τα τε-

λευταία έτη και παρά τις προσπάθειες ενημέρωσης και αφύπνισης των γυναικών, τα ποσοστά ολικής μαστεκτομής παραμένουν αναίτιως υψηλά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στο Συνέδριο Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας συνολικά, 76,2% των ασθενών υποβλήθηκαν σε κάποια από τις εξής χειρουργικές επεμβάσεις: ολική μαστεκτομή (65,6%), τμηματεκτομή/τεταρτεκτομή (23,4%), μερική μαστεκτομή (6,8%), άλλο (4,2%).

Σκοπός: Η μέθοδος αποκατάστασης της μαζικής περιοχής μετά από μαστεκτομή μέσω αυτόλογων ιστών (δηλαδή από τον ίδιο τον οργανισμό) αποτελεί την πιο σύγχρονη μέθοδο αλλά και την πιο πολύπλοκη τεχνική. Η μέθοδος αυτή παρέχει τη δυνατότητα ανάπλασης του μαστού που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή χωρίς τη συμπληρωματική τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης.

Συζήτηση: Η αποκατάσταση του μαστού με ιστούς από την κοιλιακή χώρα μπορεί να γίνει με τρεις τεχνικές παραλλαγές: είτε με την μέθοδο του μισχωτού TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap) κρημνού του ορθού κοιλιακού (TRAM), του TRAM ελεύθερου ορθού κοιλιακού μυός (FREE TRAM), είτε με τον κρημνό των διαιτηραίνουσών της κάτω επιγάστριας αρτηρίας (DIEP). Στη μέθοδο με τον Μισχωτό μυοδερματικό κρημνό του ορθού κοιλιακού μυός (TRAM), το κατώτερο τμήμα της κοιλιακής χώρας, το οποίο περιλαμβάνει το δέρμα και το λίπος της κοιλιακής χώρας μεταφέρεται στη θέση της μαστεκτομής και σχηματίζεται ο νέος μαστός με δέρμα και λίπος από την κοιλιακή χώρα στις γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή χωρίς τη διατήρηση δέρματος, ενώ σε ασθενείς που έχουν υποστεί μαστεκτομή με διατήρηση δέρματος (SSM) τότε χρησιμοποιείται μόνο το λίπος της κοιλιακής χώρας και όχι το δέρμα με αποτέλεσμα το λίπος να γεμίζει τη θήκη της μαστεκτομής, αφού το δέρμα έχει ήδη διατηρηθεί χαρίζοντας ένα τελείως φυσικό αποτέλεσμα. Η μέθοδος DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) αναφέρεται στον ελεύθερο κρημνό της εν τω βάθει κάτω υπογάστριας διαιτηραίνων αρτηρίας γνωστός και ως κρημνός δέρματος-λίπους της κάτω κοιλιακής χώρας. Οι διαιτηραίνοντες κρημνοί αναφέρονται σε μονάδες ιστών των οποίων η αρτηριακή παροχή εκτελείται από αγγεία που διαπερνούν (διαιτηραίνουν) το υποκείμενο μυϊκό σύστημα. Ο κρημνός DIEP μεταφέρεται από την κάτω κοιλιακή χώρα και συνδέεται μικροχειρουργικά, με τη χρήση ειδικού χειρουργικού μικροσκοπίου, στο θωρακικό τοίχωμα κατά μήκος της ουλής της μαστεκτομής. Αυτό επιτυγχάνεται με τη σύνδεση αρτηριών (παροχέα πλούσιου σε οξυγόνο αίμα) και φλεβών (υπεύθυνες για την απομάκρυνση πτωχού σε αίμα οξυγόνου) του κρημνού με την κεντρική κυκλοφορία, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η καλή αιμάτωση του. Για να βελτιστοποιηθεί η αίσθηση στο ανακατασκευασμένο στήθος, συνδέουμε επιπλέον νεύρα του δέρματος με μεσοπλεύρια νεύρα.

Συμπέρασμα: Η επανόρθωση του μαστού μέσω DIEP προϋποθέτει την παρουσία πλαστικού χειρουργού, με υψηλή ειδικευση στη μικροχειρουργική. Στα χέρια ενός έμπειρου μικροχειρουργού, το ποσοστό απώλειας κρημνού αναλογίζεται



στα 3%. Κατά την επανόρθωση του μαστού με κρημνό DIEP το κοιλιακό τοίχωμα δεν τραυματίζεται ώστε να μην εμφανίζονται αδυναμίες του κοιλιακού τοιχώματος ή παρουσία κηλικών σάκων όπως είναι πιθανό μετά από έναν TPAM κρημνό. Τα οφέλη και τα πλεονεκτήματα που προσφέρονται με τη μέθοδο DIEP υπερτερούν. Ο ανακατασκευασμένος με DIEP μαστός είναι θερμός, με αφή παρόμοια φυσικής μαζικής περιοχής σε αντίθεση με τη πιο σκληρή και αφύσικη αφή των εμφυτευμάτων σιλικόνης. Ο κρημνός DIEP είναι ιδιαίτερα κατάλληλος για ασθενείς με μεγαλύτερη περίμετρο κοιλιακής χώρας. Στην περίπτωση αυτή, το μέγεθος του μαστού μπορεί να σχεδιαστεί έτσι ώστε να ταιριάζει αρμονικά και συμμετρικά με την αντίθετη πλευρά.

025 **CA ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΝΘΕΜΑΤΑ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ . ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ**

Βακής Γ.¹, Μοσχοπούλου Σ.², Σοφούδης Χ.³, Παπαδόπουλος Ο.¹

¹Πανεπιστημιακή Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, ΓΝΑ «Ανδρέας Συγγρός»

²Αγροτική Ιατρός, ΚΥ Δημητσάνας, Τρίπολη

³Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο ΓΝΑ Ν. Ιωνίας

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί, σύμφωνα με την IARC (International Agency for Research on Cancer), την πιο συχνή μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών, με περίπου 1.000.000 νέα κρούσματα παγκοσμίως. Στην Ελλάδα αναφέρονται 4.500 περίπου νέες περιπτώσεις το χρόνο, ενώ υπολογίζεται ότι 1 στις 8 γυναίκες παγκοσμίως θα παρουσιάσει καρκίνο μαστού σε κάποια φάση της ζωής της. Στην Ευρώπη, το 60% των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού διαγιγνώσκεται σε πρώιμο στάδιο. Το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα είναι μόλις 5%. Τα στοιχεία αυτά καταδεικνύουν πόσο ελλιπής είναι η σχετική ενημέρωση μεταξύ των Ελληνίδων.

Σκοπός: Ενδελεχής και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού πριν την διενέργεια πλαστικής αποκατάστασης με ενθέματα σιλικόνης και κατόπιν ο θεραπευτικός σχεδιασμός με απώτερο σκοπό την υγεία της ασθενούς.

Συζήτηση: Στις Η.Π.Α. η πλαστική αποκατάσταση γενικά και η αυξητική μαστών ειδικά, συγκαταλέγονται τα τελευταία χρόνια ανάμεσα στις 3 συχνότερες επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής, κατακτώντας ακόμα και την 1η θέση στην προτίμηση των γυναικών. Όμως η επιτυχημένη επέμβαση προϋποθέτει και σωστή ενημέρωση της ασθενούς πριν την διενέργεια μιας πλαστικής επέμβασης στην περιοχή των μαστών, όπου είναι απαραίτητη η συνάντηση με ένα ειδικό ιατρό με εξειδίκευση στην μαζική περιοχή, όπου μέσω αυτού θα διενεργηθεί ο κατάλληλος απεικονιστικός προληπτικός έλεγχος. Αυτός προϋποθέτει ένα υπερηχογράφημα μαστών αμφοτερόπλευρα και μια μαστογραφία αναφοράς εάν η γυναίκα είναι 35 ετών και πάνω από τα 40 έτη η διενέργεια των ακολούθων κάθε έτος. Σε



περίπτωση ασθενούς με οικογενειακό ιστορικό, είναι επιβεβλημένη η διενέργεια του πρότερου απεικονιστικού ελέγχου δέκα έτη νωρίτερα. Εφόσον η ακολουθία όλων των απεικονιστικών εξετάσεων δεν αναδείξουν σημεία παθολογίας, είναι επιβεβλημένη η διενέργεια της επέμβασης. Σε περίπτωση ανάδειξης σημείων κακοήθειας μέσω των απεικονιστικών εξετάσεων, αναβάλλεται η πλαστική αποκατάσταση. Κύριο μέλημα στον θεραπευτικό σχεδιασμό κατέχει η αντιμετώπιση της ενδεδειγμένης κακοήθειας μέσω χειρουργικής εξαίρεσης και ανάλογα με την τελική ιστολογική εξέταση και την απόφαση του ογκολογικού συμβουλίου συνεδριών ακτινοθεραπείας, χημειοθεραπείας ή ορμονοθεραπείας. Στην περίπτωση ανάπτυξης κακοήθειας μετά τη διενέργεια πλαστικής αποκατάστασης, είναι επιβεβλημένη η αφαίρεση των ενθεμάτων της μαζικής περιοχής και η χάραξη θεραπευτικού σχεδιασμού σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και την τρέχουσα βιβλιογραφία.

Συμπέρασμα: Σε κάθε ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε επέμβαση πλαστικής αποκατάστασης μαστών είναι αναγκαία η έγκαιρη και ενδεδειγμένη ενημέρωση, καθώς και ο σωστός προληπτικός απεικονιστικός έλεγχος. Αποτέλεσμα όλων αυτών αποτελεί η πτωτική τάση καταγραφής κρουσμάτων θανάτων γυναικών από καρκίνο του μαστού από τις αρχές του 1990. Αναγκαία προϋπόθεση αποτελεί η συνεργασία ακτινολόγων, χειρουργών, παθολογοανατόμων καθώς και ογκολόγων παθολόγων και ακτινοθεραπευτών με μοναδικό γνώμονα την εξασφάλιση επιβίωσης και ποιότητας ζωής της ασθενούς.

026 ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΤΕΡΑΤΩΜΑ ΔΕΞΙΑΣ ΩΟΘΗΚΗΣ

Κοφίνα Κ., Παραμυθιώτης Δ., Μπαγγέας Π., Ευσταθίου Γ., Παπαδόπουλος Β.Ν., Μιχαλόπουλος Α.

Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Τα τερατώματα αποτελούν το 10-20% του συνόλου των ωοθηκικών νεοπλασμάτων και θεωρούνται τα πιο συχνά νεοπλάσματα σε νέες ασθενείς. Τα νεοπλάσματα αυτά περιέχουν ιστούς που προέρχονται από περισσότερα από ένα εμβρυϊκά στρώματα, με συχνότερα τα οστά, τα μαλλιά και τα δόντια. Η κλινική τους πορεία είναι συνήθως ασυμπτωματική, αν και δύναται να παρουσιάσουν οξέα συμπτώματα, έως και ρήξη. Παρουσιάζεται η περίπτωση ευμεγέθους τερατώματος δεξιάς ωοθήκης που αντιμετωπίστηκε με επιτυχία στην κλινική μας.

Παρουσίαση περίπτωσης: Ασθενής, γυναίκα 40 ετών, προσήλθε στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία αιτιώμενη άλγος υπογαστρίου, αίσθημα βάρους και δυσκοιλιότητα τις τελευταίες ημέρες. Από το ατομικό ιστορικό, η ασθενής ανέφερε τέσσερις φυσιολογικούς τοκετούς και φυσιολογικό έμμηνο κύκλο. Το χειρουργικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Από τον ακτινολογικό έλεγχο με C.T., ανευρέθη κυστικό μόρφωμα



διαστάσεων 10 x 9 x 7 cm με καλά καθορισμένα όρια στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, πιθανώς εξορμώμενο από την δεξιά ωοθήκη, που περιείχε λίπος και εστίες ασβεστοποίησης. Τα προαναφερθέντα ευρήματα ήταν ενδεικτικά ενός ώριμου τερατώματος ωοθήκης. Οι νεοπλασματικοί δείκτες ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Πραγματοποιήθηκε εκτομή του μορφώματος και η ασθενής εξήλθε την έβδομη μετεγχειρητική ημέρα σε καλή γενική κατάσταση. Η ιστολογική εξέταση έδειξε κυστικό νεόπλασμα με μορφολογικά χαρακτηριστικά συμβατά με δερμοειδή κύστη (ώριμο κυστικό τεράτωμα) δεξιάς ωοθήκης.

Συμπεράσματα: Αν και τα ωοθηκικά τερατώματα είναι καλοήθεις όγκοι, ωστόσο στο 0.1-0.2% των περιπτώσεων παρουσιάζουν κακοήγη εξαλλαγή. Σε ασθενείς με ευμεγέθη κυστικά μορφώματα ελάσσονος πυέλου πρέπει στην διαφορική διάγνωση να περιλαμβάνεται η υποψία ύπαρξης ενός τερατώματος. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή τους είναι απαραίτητη για την πρόληψη επιπλοκών και την εκδήλωση κακοήθειας.

027 ΚΑΡΚΙΝΟΣΑΡΚΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μπαγγέας Π., Παραμυθιώτης Δ., Κοφίνα Κ., Μπουτσιάδου Τ, Παπαδόπουλος Β.Ν., Μπασδάνης Γ.

Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Τα καρκινοσαρκώματα της μήτρας είναι εξαιρετικά σπάνια και εμφανίζονται, κυρίως, 15-17 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. Τα πιο συχνά συμπτώματα των νεοπλασμάτων αυτών αποτελούν η μητρορραγία και η διόγκωση της μήτρας. Σε ένα μικρότερο ποσοστό των περιπτώσεων τα παραπάνω συμπτώματα συνοδεύονται από άλγος υπογαστρίου. Παρουσιάζεται η περίπτωση καρκινοσαρκώματος μήτρας που αντιμετωπίστηκε με επιτυχία στην κλινική μας.

Παρουσίαση περίπτωσης: Ασθενής θήλυ 64 ετών, προσήλθε στα επείγοντα χειρουργικά ιατρεία συνεπεία αναιμίας, κοιλιακού άλγους και διαλείπουσας μητρορραγίας από μηνός. Από το γυναικολογικό ιστορικό δεν ανέφερε τοκετούς, ενώ στην γυναικολογική εξέταση, τόσο το κολπικό επίχρισμα, όσο και η υστεροσκόπηση δεν κατέδειξαν κάποια παθολογία πέραν 2 μορφωμάτων μήτρας (1,2 cm και 2,1 cm) τα οποία θεωρήθηκαν ινομυώματα. Από τον αιματολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε Hct 27%, ενώ ο υπόλοιπος έλεγχος, όπως και οι τιμές των καρκινικών δεικτών, ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Ο ακτινολογικός έλεγχος με C.T., αποκάλυψε διόγκωση της μήτρας. Την 4^η ημέρα της νοσηλείας της, η ασθενής εμφάνισε αθρόα μητρορραγία και οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου διενεργήθηκε επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε μάζα στην μήτρα, ενώ η υπόλοιπη περιτοναϊκή κοιλότητα ελέγχθηκε χωρίς παθολογικά ευρήματα. Αποφασίστηκε η διενέργεια υστερεκτομής. Η ασθενής ανένηψε καλώς

και εξήλθε την 2^η μετεγχειρητική ημέρα σε καλή γενική κατάσταση. Η παθολογο-ανατομική έκθεση έδειξε την ύπαρξη καρκινοσαρκώματος (μικτός μυλερριανός όγκος) της μήτρας, υψηλής κακοήθειας με άφθονες λεμφαγγειακές διηθήσεις και η ασθενής παραπέμφθηκε στους ογκολόγους. Ακολούθησε η διενέργεια χημειοθεραπείας (Platinum, anthracycline, and alkylating agent) σε 6 κύκλους των 21 ημερών. Η ασθενής είχε εξαιρετική ανταπόκριση και 3 χρόνια μετά την αρχική διάγνωση ελέγχεται καλώς χωρίς εικόνα υποτροπής της νόσου.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς σε εμμηνόπαυση με συμπτώματα κοιλιαλγίας, μη-τρορραγίας και ευμεγέθους μήτρας πρέπει στην διαφορική διάγνωση να περιλαμβάνεται το καρκινοσάρκωμα αυτής.

028 ΝΟΣΟΣ CROHN ΕΠΙΠΛΑΚΕΙΣΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Μοσχοπούλου Σ.¹, Βακής Γ.², Σοφούδης Χ.³

¹ΚΥ Δημητσάνας, Τρίπολη

²Πανεπιστημιακή Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, ΓΝΑ « Ανδρέας Συγγρός»

³Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο ΓΝΑ Ν. Ιωνίας

Εισαγωγή: Η κύηση αναγνωρίζεται αναμφισβήτητα ως μια από τις σημαντικότερες περιόδους στη ζωή της γυναίκας. Συνοδεύεται από φυσιολογικές αλλαγές μείζονος σημασίας προκειμένου να επιτευχθεί η ανάπτυξη του εμβρύου. Η επιτυχής και στοχευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση των προϋπαρχόντων νοσημάτων της κυοφορούσας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της ενδεδειγμένης παρακολούθησης της κύησης. Η νόσος του Crohn συνιστά μία εκ των δυο φλεγμονωδών νόσων του εντέρου. Η παθοφυσιολογία της έγκειται στην ικανότητα πρόκλησης φλεγμονής του βλεννογόνου καθόλο το μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα από το στόμα ως τον πρωκτό, καθώς και στην παρουσία επιπλοκών εκτός του γαστρεντερικού σωλήνα. Χαρακτηρίζεται από φάση κλινικής ύφεσης ή έξαρσης των συμπτωμάτων. Υπολογίζεται ότι προσβάλλει 5,6/100,000 ενήλικες και τείνει να διαγιγνώσκεται συχνότερα σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας μεταξύ 20-30 ετών.

Σκοπός: Η χάραξη καταλλήλου θεραπευτικού σχεδιασμού επιτόκου προσβληθείσα με Νόσο Crohn .

Συζήτηση: Ως ιδανικός χρόνος σύλληψης για γυναίκες πάσχουσες από Νόσο Crohn, θεωρείται η περίοδος κλινικής ύφεσης της νόσου. Κυοφορούσες πάσχουσες από Νόσο Crohn σε φάση έξαρσης αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο αποβολής, πρόωρου τοκετού ή υπολειπόμενης ανάπτυξης του εμβρύου (IUGR). Η επιτυχής θεραπευτική αντιμετώπιση των εξάρσεων της νόσου Crohn είναι κρίσιμη κατά τη διάρκεια της κύησης. Με γνώμονα την τρέχουσα διεθνή βιβλιογραφία, θεωρείται ότι το όφελος της συνέχισης της θεραπείας της Νόσου Crohn κατά την κύηση, υπερτερεί των κινδύνων. Εξαίρεση αποτελεί η χορήγηση Μεθοτρεξάτης η οποία



αποτελεί απόλυτη αντένδειξη, καθώς μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες της ανάπτυξης του εμβρύου και εμβρυικό θάνατο. Η χορήγηση Μεθοτρεξάτης αντενδείκνυται απόλυτα και κατά το θηλασμό. Η χορήγηση αντιβιοτικών πρέπει επίσης να αποφεύγεται κατά την κύηση. Ασφαλής αποτελεί η χορήγηση φαρμάκων της κατηγορίας 5-ASA κατά την κύηση και το θηλασμό. Η χρήση των κορτικοστεροειδών πρέπει να περιορίζεται στην ελάχιστη απαιτούμενη δόση κατά την κύηση και το θηλασμό. Η χορήγηση βιολογικών παραγόντων όπως είναι η Ινφλιξιμάμπη επίσης θεωρείται ασφαλής κατά την κύηση και το θηλασμό. Οι επίτοκες με Νόσο Crohn διαδραματίζουν αυξημένες ανάγκες σε Φιλικό Οξύ, Βιταμίνη B12 και Σίδηρο. Ως εκ τούτου κατάλληλα επιλεγμένα συμπληρώματα διατροφής πρέπει να χορηγούνται από την έναρξη της κύησης. Ειδικά οι γυναίκες που λαμβάνουν Σουλφασαλαζίνη ως θεραπεία εκλογής πρέπει να λαμβάνουν συμπλήρωμα Φιλικού Οξέος, καθώς η Σουλφασαλαζίνη ανταγωνίζεται την απορρόφησή αυτού, αυξάνοντας τον κίνδυνο ανωμαλιών του εμβρυικού νευρικού σωλήνα. Η διενέργεια Καισαρικής Τομής θεωρείται ως ενδεδειγμένη μέθοδος αντιμετώπισης σε παρουσία επιπλοκών της νόσου κατά την περιπρωκτική ή ορθική περιοχή.

Συμπέρασμα: Είναι επιτακτική η διενέργεια περισσότερων αναδρομικών μελετών με απώτερο σκοπό τον ακριβή προσδιορισμό της φαρμακευτικής ασφάλειας έναντι της νόσου κατά τη γαλουχία. Ο στοχευμένος και επιτυχής θεραπευτικός σχεδιασμός της Νόσου Crohn απαιτεί τη συντονισμένη συνεργασία του Μαιευτήρα-Γυναικολόγου με το Γαστρεντερολόγο, με επίκεντρο πάντα την ασθενή και στόχο την ασφαλή περάτωση της κύησης για τη μητέρα και το έμβρυο.

Ηλεκτρονικά Αναρτημένες Ανακοινώσεις - E-Poster

P01 ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΗΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΩΣΗΣ ΚΡΑΝΙΟΥ ΚΑΙ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Σύρμος Ν., Τσιριμώνα Α., Ζιώγα Ε., Βεδεράκη Σ., Μπαμίχα Α., Χαυτούρας Ν., Σανιδάς Β., Λιούπης Α.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Βόλου

Εισαγωγή: Οι τραυματικές κακώσεις κρανίου και αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης (ΑΜΣΣ) σε άτομα παιδικής και εφηβικής ηλικίας (<18 ετών) αποτελούν συχνές τραυματικές καταστάσεις στην πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ).

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτή είναι η παρουσίαση δέκα περιπτώσεων, συνδυασμένων τραυματικών κακώσεων (κρανίου και ΑΜΣΣ), σε άτομα παιδικής και εφηβικής ηλικίας που προσήλθαν για εκτίμηση από κέντρα ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας)

Υλικό - Μέθοδος: Συγκεκριμένα 6 αγόρια (60 %) και 4 κορίτσια (40%) ηλικίας κάτω των 18 ετών. 5 περιπτώσεις αφορούσαν (50%) τραυματισμούς σε αθλοπαιδιές, 2 πτώσεις σε οικιακά ατυχήματα (20%) ενώ καταγράφηκαν και τρία οδικά τροχαία ατυχήματα (30%). Στις 5 περιπτώσεις (50%) δεν υπήρξε προηγούμενη τηλεφωνική επικοινωνία από το κέντρο ΠΦΥ, ενώ σε άλλες 5 (50%) υπήρξε. Συνοδεΐα γιατρού και διακομιδή με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ υπήρξε σε 4 περιπτώσεις (40%), διακομιδή με ενάλιο μέσο, χωρίς συνοδεΐα γιατρού, σε δύο περιπτώσεις (20%), ενώ 4 ασθενείς προσήλθαν συνοδεΐα των οικείων τους (40%). Απλός ακτινογραφικός έλεγχος απουσίαζε σε 9 περιπτώσεις (90%), ενημερωτικό σημείωμα σε 4 περιπτώσεις (40%), ενώ αυχενικός κηδεμόνας απουσίαζε σε 8 περιπτώσεις (80%). Σε καμία περίπτωση δεν ζητήθηκε από το κέντρο παραπομπής προς το κέντρο αξιολόγησης έστω και μια απλή αδρή παιδιατρική εκτίμηση

Αποτελέσματα: Σε κλινική εξέταση, ακτινογραφίες (κρανίου και ΑΜΣΣ) υποβλήθηκαν, το σύνολο των ασθενών (10,100%). Εισαγωγή για παρακολούθηση έγινε σε 4 περιπτώσεις (40%), ενώ υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου έγινε σε 2 περιπτώσεις (20%). Πausίπινη φαρμακευτική αγωγή τέθηκε σε 8 (8%) περιπτώσεις και αυχενικός κηδεμόνας σε 5 περιπτώσεις (50%). Οδηγίες για τραυματισμούς, έλαβε το σύνολο των ασθενών (10,100%)

Συμπεράσματα: Η σωστή αξιολόγηση, οδηγεί σε καλή έκβαση. Χρειάζεται α) κατάλληλη οργάνωση β) περισσότερη εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του στην διαχείριση τραυματισμών που αφορούν το ΚΝΣ (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα).



P02 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΜΕ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΔΙΚΥΚΛΙΣΤΕΣ

Σύρμος Ν., Χατούρας Ν., Σανιδάς Β., Ντόντος Γ., Χρυσοβαλάντης Α., Κοίλιας Κ., Λιούπης Μ., Λιούπης Α.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Βόλου

Σκοπός: Η παρουσίαση περιπτώσεων τροχαίων ατυχημάτων με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (Κ.Ε.Κ) σε νεαρούς δικυκλιστές (άτομα κάτω των 30 ετών).

Υλικό - Μέθοδος: Συγκεκριμένα μελετήθηκαν 7 νεαροί άντρες (70%) και 3 νεαρές γυναίκες (30%) ηλικίας από 16 μέχρι 30 έτη. Οι δέκα αυτές περιπτώσεις αφορούσαν 8 (80%) τραυματισμούς από δίκυκλα και 2 από ποδήλατα (20%).

Αποτελέσματα: Χρήση ή ακόμα και κατάχρηση αλκοόλης υπήρχε σε 5 περιπτώσεις (50%), ενώ πιθανή χρήση άλλων ουσιών σε 3 περιπτώσεις (30%). Παράβαση ή πολλαπλές παραβάσεις του κώδικα οδικής κυκλοφορίας (ΚΟΚ), παρατηρήθηκαν σε 6 περιπτώσεις (60%). Έλλειψη κράνους, υπήρχε και στις 10 περιπτώσεις (100%). 2 (20%) νεαρά άτομα κατέληξαν άμεσα στον τόπο του ατυχήματος, 2 (20%) νεαρά άτομα κατέληξαν με βαρείες Κ.Ε.Κ μέσα σε διάστημα λίγων ημερών- εβδομάδων μετά από νοσηλεία, 6 νεαρά άτομα επέζησαν (60%), τα δύο μετά από σωτήρια νευροχειρουργική επέμβαση και τα υπόλοιπα 4 (40%) με μικρότερες ορθοπαιδικές και άλλους τραυματισμούς.

Συμπεράσματα: Α) Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας, ιδίως σε νεαρά άτομα, επηρεάζοντας αρνητικά την ίδια την ανθρώπινη ζωή, αλλά και την ποιότητα ζωής, εφόσον επιβιώσουν, Β) Τα μέτρα προστασίας (κράνος) σώζουν, στην κυριολεξία, ανθρώπινες ζωές, Γ) Επιβάλλεται η πιστή τήρηση του ΚΟΚ και Δ) Η συνεισφορά της νευροχειρουργικής ειδικότητας κρίνεται υπέρ-πολύτιμη και απολύτως απαραίτητη.

P03 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΗΠΑΤΟΣ

Κυριακίδου Δ., Ιακωβίδης Π., Φαχούρης Ζ., Ανδρεάδης Ε., Σαπίδης Ν., Οικονόμου Α.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Έδεσσας

Σκοπός: Είναι να παρουσιάσουμε τη διαγνωστική προσέγγιση καθώς και τα αποτελέσματα της αντιμετώπισης ασθενών με κάκωση ήπατος μετά από κλειστή κάκωση κοιλίας.

Υλικό-Μέθοδοι: κατά τη χρονική περίοδο από το 2006 έως το 2016 αντιμετωπίστηκαν 310 ασθενείς με κλειστή κάκωση κοιλίας ποικίλης βαρύτητας. Κάκωση ήπατος ανευρέθη σε 20 (6,5%) από αυτούς. Ερευνητική λαπαροτομία διενεργήθηκε σε 7 (35%) ασθενείς, ενώ συντηρητικά αντιμετωπίστηκαν οι 13 (65%). Οι ασθενείς

νείς που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά ήταν κυρίως σταδίου IV, V, ενώ αυτοί που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά ήταν κυρίως σταδίου I-III. Η απόφαση για ερευνητική λαπαροτομία βασίστηκε κυρίως στη κλινική εικόνα, ενώ σημαντικά συνέβαλλαν τα ευρήματα του U/S ελέγχου, τα ευρήματα της CT και η θετική διαγνωστική πλήυση κοιλίας. Τα κλινικά ευρήματα που επέβαλαν την επείγουσα λαπαροτομία ήταν το βαρύ ολιγαιμικό shock και σημεία περιτονίτιδας σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ασθενών που ανευρέθησαν να πάσχουν από κάκωση ήπατος, χειρουργικά αντιμετωπίστηκαν οι 7 και διενεργήθηκε συρραφή ήπατος σε όλες τις περιπτώσεις, ενώ από τους 13 που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά μόνο 1 χρειάστηκε τελικά ερευνητική λαπαροτομία.

Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των ασθενών με κάκωση ήπατος μετά από κλειστή κάκωση κοιλίας μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά. Η απόφαση για ερευνητική λαπαροτομία θα βασιστεί κατά κύριο λόγο στην κλινική εικόνα. Ο U/S έλεγχος κοιλίας αποτελεί την αρχική εξέταση σε ασθενείς με αιμοδυναμική αστάθεια, καθώς είναι μια γρήγορη, αξιόπιστη και μη επεμβατική μέθοδος. Η CT αποτελεί την εξέταση εκλογής σε ασθενείς που αντιμετωπίζονται συντηρητικά.

P04 ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΜΕ ΡΑΔΙΟΪΣΟΤΟΠΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ (^{99m}TcO₄): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Συμεωνίδης Ν.¹, Κοφινάς Α.¹, Παπατόλιος Γ.¹, Μουρατίδου Κ.¹, Νοτόπουλος Α.², Ψαρράς Κ.¹, Παυλίδης Ε.Θ.¹, Μπαλλάς Κ.¹, Παυλίδης Θ.Ε.¹

¹Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

²Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Η αιμορραγία από το πεπτικό σύστημα αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θανάτου στο δυτικό κόσμο, με ποσοστά θνητότητας που κυμαίνονται από 10-30%. Η αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό αντιπροσωπεύει περίπου το 21% του συνόλου των αιμορραγιών του πεπτικού. Λόγω του αυτοπεριοριζόμενου και διαλείποντος χαρακτήρα της, η ακριβής προεγχειρητική εντόπιση του σημείου της αιμορραγίας αποτελεί συνήθως σημαντικό διαγνωστικό πρόβλημα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της περίπτωσης ενός ασθενούς με αιμορραγία πεπτικού, η διάγνωση της οποίας έγινε με τη βοήθεια της Πυρηνικής Ιατρικής.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 68 ετών διεκομίσθη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών από δευτεροβάθμιο νοσοκομείο με αιμορραγία πεπτικού (μέλαινες κενώσεις), αρχόμενη από 72 ωρών, με ανάγκη χορήγησης οχτώ μονάδων



συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων το τελευταίο 24ωρο. Υπεβλήθη σε γαστροσκόπηση, χωρίς να ανευρεθεί εστία ενεργού αιμορραγίας, ενώ η διενέργεια κολοσκόπησης ήταν αδύνατη λόγω αδυναμίας προετοιμασίας του εντέρου. Στη συνέχεια διενεργήθηκε σπινθηρογράφημα μετά από χορήγηση αυτόλογων, επισημασμένων με $^{99m}\text{TcO}_4^-$ ερυθρών αιμοσφαιρίων, το οποίο κατέδειξε εστία συγκεντρώσεως των αιμοσφαιρίων στη δεξιά άνω κοιλία και στο ύψος περίπου της κολικής καμπής. Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου ανευρέθη αιμορραγία από εκκολπώματα του ανιόντος κόλου και υπεβλήθη σε δεξιά κολεκτομή.

Συζήτηση: Η θέση της ραδιοϊσοτοπικής μελέτης στην αιμορραγία από το πεπτικό σύστημα έχει αποτελέσει ζήτημα αντιπαράθεσης στη διεθνή βιβλιογραφία. Σήμερα, το σπινθηρογράφημα μετά από χορήγηση επισημασμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων θεωρείται ασφαλής, γρήγορη και σχετικά μη επεμβατική μέθοδος. Στόχος της είναι να καθορίσει εάν ο ασθενής αιμορραγεί ενεργά, να εντοπίσει το πάσχον τμήμα του εντέρου και να εκτιμήσει το ρυθμό της αιμορραγίας. Η ευαισθησία της μεθόδου φτάνει το 93%, η ειδικότητα το 95% και χρησιμοποιείται μόνη ή σε συνδυασμό με την ψηφιακή αφαιρετική ή CT αγγειογραφία στη διαγνωστική προσέγγιση της οξείας γαστρεντερικής αιμορραγίας.

P05 ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΕΞΕΛΚΩΣΗ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΠΛΗΣΙΟΝ ΜΕΚΕΛΕΙΟΥ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΕΚΤΟΠΟ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟ ΙΣΤΟ

Ντούρος Β.¹, Ψαρράς Κ.¹, Συνεκίδου Ε.¹, Νοτόπουλος Α.², Παπατόλιος Γ.¹, Μουρατίδου Κ.¹, Παυλίδης Ε.Θ.¹, Συμεωνίδης Ν.¹, Μπαλλάς Κ.¹, Παυλίδης Θ.Ε.¹

¹Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

²Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Η μεκέλειος απόφυση αποτελεί υπόλειμμα του ομφαλομεσεντερικού πόρου (2-4%). Εντοπίζεται συνήθως στα 60 περίπου cm από την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Τις περισσότερες φορές ανευρίσκεται τυχαία διότι ως επί το πλείστον οι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί.

Παρουσίαση περιστατικού: Θήλυ ασθενής, 15 ετών, προσήλθε στα επείγοντα αιτιώμενη μέλαινες κενώσεις από εβδομάδος με συνοδό ζάλη και αδυναμία. Η κλινική εξέταση ανέδειξε αιμορροϊδοπάθεια και στοιχεία μέλαινας στο ορθό. Εργαστηριακά προέκυψαν χαμηλές τιμές αιματοκρίτη (18,9%) και αιμοσφαιρίνης (6,2). Ενδοσκόπηση, κολονοσκόπηση και CT κοιλίας ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η ραδιοϊσοτοπική μελέτη (Meckel scinti-scan) ανέδειξε εστιακή, αυξημένη συγκέντρωση του ραδιοφαρμάκου στην κάτω κοιλιακή χώρα, αριστερά της μέσης γραμμής, ευρήματα που συνηγορούσαν υπέρ της ύπαρξης έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου σε εκκόλψωμα Meckel. Κατά την ερευνητική λαπαροτομία ανευρέθη ευμεγέθης μεκέλειος απόφυση (4x3 cm) στα 60 cm από την ειλεοτυφλική



βαλβίδα με πεπαχυμένο τοίχωμα και εμφανή αιμορραγικά στοιχεία. Πραγματοποιήθηκε εκτομή με τη χρήση ευθέος κοπτοράπτη. Στο παρασκεύασμα ανευρέθη έκτοπος γαστρικός βλεννογόνος με παρουσία έλκους το οποίο αποτέλεσε το αίτιο της αιμορραγίας. Η παθολογοανατομική έκθεση επιβεβαίωσε την παρουσία έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου 3x3 cm, με εστιακή εξέλκωση στο βλεννογόνο του παρακείμενου λεπτού εντέρου, καθώς και οζώδους, εξωτοιχωματικού έκτοπου παγκρεατικού ιστού 0,7 cm. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή και εξήλθε την 6^η μετεγχειρητική ημέρα.

Συζήτηση: Η πιθανότητα επιπλοκών της μεκελείου απόφυσης ανέρχεται στο 4%. Στους ενήλικες πιο συχνή επιπλοκή είναι η απόφραξη, ενώ στα παιδιά η αιμορραγία. Άλλες επιπλοκές αποτελούν η φλεγμονή (μεκελίτιδα), η ρήξη, η δημιουργία αποστήματος, τα συρίγγια και η κακοήθης εξαλλαγή. Το 90% των περιπτώσεων αιμορραγίας οφείλεται στην παρουσία έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου ο οποίος ανιχνεύεται με το Meckel's scinti-scan και τη χρήση Tc^{99m} (ευαισθησία 85%, ειδικότητα 90%). Εκτός του γαστρικού βλεννογόνου περιγράφεται επίσης η ύπαρξη έκτοπου ιστού παγκρέατος, ενδομητρίου, δωδεκαδακτύλου, παχέος εντέρου, ήπατος και χοληφόρων. Θεραπεία εκλογής της επιπλακείας μεκελείου απόφυσης είναι η σφηνοειδής χειρουργική εκτομή ή η τμηματική εντερεκτομή.

VIDEO 1 ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΘΟΛΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑ NISSEN ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ

Ευθυμιάδης Χ., Γρηγορίου Μ., Ιωαννίδης Α., Λαζαρίδης Μ., Μπασδάνης Γ.
Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονική

VIDEO 2 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΣ ΑΡ. ΛΟΒΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Ευθυμιάδης Χ., Γρηγορίου Μ., Ιωαννίδης Α., Λαζαρίδης Μ., Μπασδάνης Γ.
Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονική

P06 ΤΥΧΑΙΑ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΕΚΤΟΜΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΙΔΕΚΤΟΜΗ

Μανατάκης Δ., Πιντιρέκη Α., Μπαλαλής Δ., Δαμαλάς Κ., Μπάμπαλη Η., Γαντζούλας Σ., Σούλου Β., Δ. Κορκολής Δ., Κουρής Ν., Πλατανιώτης Γ., Γοντικάκης Ε.
Χειρουργική Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

Σκοπός: Η ανεύρεση παραθυρεοειδών αδένων στο παρασκεύασμα της ολικής θυρεοειδεκτομής είναι ένα σχετικό συχνό εύρημα (5-30%), δεν έχουν ωστόσο



αποσαφηνιστεί οι κλινικές της συνέπειες. Σκοπός μας ήταν η εκτίμηση της συχνότητας της ατυχηματικής παραθυρεοειδεκτομής στους ασθενείς μας, η ανάλυση των κλινικών και βιοχημικών επιπτώσεων και η αναγνώριση πιθανών παραγόντων κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα περιστατικά ολικής θυρεοειδεκτομής μεταξύ 2005-2015 (δημογραφικά στοιχεία, κλινικό ιστορικό, βιοχημικές εξετάσεις, ιστολογικό πόρισμα) και έγινε σύγκριση των κλινικών, βιοχημικών και παθολογοανατομικών παραμέτρων μεταξύ των ασθενών που παρουσίασαν ή όχι τυχαία παραθυρεοειδεκτομή.

Αποτελέσματα: Συνολικά 281 ασθενείς (63 άνδρες, 218 γυναίκες) υπεβλήθησαν σε ολική θυρεοειδεκτομή, με μέση ηλικία 54 έτη. Τυχαία παραθυρεοειδεκτομή παρατηρήθηκε σε 70 περιπτώσεις (24,9%), με 44,3% των παραθυρεοειδών αδένων να εντοπίζονται ενδοθυρεοειδικά. Μετεγχειρητική βιοχημική υποασβεσταιμία παρατηρήθηκε σε 28,6% των ασθενών με παραθυρεοειδεκτομή, έναντι 13,3% των ασθενών χωρίς ($p=0,003$). Η συμπτωματική υποασβεσταιμία δε διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων (5,7% και 3,8%, $p=0,49$). Η ηλικία, το φύλο, το μέγεθος του παρασκευάσματος, η παρουσία θυρεοειδίτιδας ή κακοήθειας δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών.

Συμπεράσματα: Η τυχαία παραθυρεοειδεκτομή είναι μία σχετικά συχνή επιπλοκή της θυρεοειδεκτομής, ακόμη και σε έμπειρους χειρουργούς, διότι μεγάλο ποσοστό των εκταμένων παραθυρεοειδών αδένων εντοπίζονται ενδοθυρεοειδικά. Η μελέτη μας ανέδειξε συσχέτιση της παραθυρεοειδεκτομής με παροδική βιοχημική υποασβεσταιμία, όχι όμως με κλινικώς συμπτωματική νόσο. Η ηλικία, το φύλο, το μέγεθος του θυρεοειδούς, η θυρεοειδίτιδα και κακοήθεια δεν αναγνωρίστηκαν ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου.

P07 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΛΟΓΟΥ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ-ΠΡΟΣ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΗΛΩΔΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Μανατάκης Δ., Πιντιρέκη Α., Μπαλαλής Δ., Δαμαλάς Κ., Μπάμπαλη Η., Γαντζούλας Σ., Σούλου Β., Κορκολής Δ., Κουρής Ν., Πλατανιώτης Γ., Γοντικάκης Ε.
Χειρουργική Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Ο Άγιος Σάββας»

Σκοπός: Ο λόγος των ουδετερόφιλων-προς-λεμφοκύτταρα (neutrophil-to-lymphocyte ratio, NLR) έχει χρησιμοποιηθεί ως δείκτης συστηματικής φλεγμονώδους απάντησης σε πληθώρα καρκίνων. Αν και ο καρκίνος του θυρεοειδούς έχει τεκμηριωμένη σχέση με τη χρόνια φλεγμονή, η χρήση του δείκτη NLR κατά την προεγχειρητική και μετεγχειρητική αξιολόγηση των ασθενών με θηλώδες καρκίνωμα (PTC) παραμένει περιορισμένη και αντιφατική. Σκοπός μας ήταν η μελέτη

του δείκτη NLR σε ασθενείς με PTC και η συσχέτισή του με τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά του όγκου.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα περιστατικά PTC μεταξύ 2006-2015 και συγκεντρώθηκαν στοιχεία για το μέγεθος, την πλευρικότητα, την πολυεστιακότητα και τη διήθηση κάψας, αγγείων και λεμφαδένων. Ο λόγος NLR υπολογίσθηκε ως το πηλίκο του απόλυτου αριθμού ουδετερόφιλων προς τον απόλυτο αριθμό λεμφοκυττάρων, βάσει της προεγχειρητικής γενικής αίματος.

Αποτελέσματα: Συνολικά 155 ασθενείς (45 άνδρες, 110 γυναίκες) διεγνώσθησαν με PTC, με μέση ηλικία 53 έτη. Το μέσο μέγεθος του όγκου ήταν $1,10 \pm 0,8 \text{ cm}$, ενώ 70/155 νεοπλάσματα (45.2%) ήταν πολυεστιακά, 49/155 (31.6%) αμφοτερόπλευρα, 9/155 (5.8%) παρουσίασαν διήθηση λεμφαδένων και 25/155 (16,1%) διήθηση της θυρεοειδικής κάψας ή των αγγείων. Ο λόγος NLR ήταν σημαντικά υψηλότερος στα μεγαλύτερα καρκινώματα ($>4 \text{ cm}$) σε σύγκριση με τα μικροκαρκινώματα (3,55 vs 2,43 $p=0,016$) και τα καρκινώματα έως 2cm (3,55 vs 2.39 $p=0,027$). Επιπλέον το NLR ανευρέθη υψηλότερο στα πολυεστιακά καρκινώματα σε σχέση με τις μονοεστιακές νεοεξεργασίες (2,68 vs 2,32 $p=0,02$), όπως επίσης και στα αμφοτερόπλευρα καρκινώματα (2,74 vs 2,36 $p=0,027$). Επιπροσθέτως τα καρκινώματα με διήθηση λεμφαδένων παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο NLR σε σχέση με τα N0 καρκινώματα (3,35 vs 2,43 $p=0,011$), όπως επίσης και τα καρκινώματα με διήθηση της κάψας του αδένου (2,83 vs 2,41 $p=0,04$). Αντιθέτως η παρουσία θυρεοειδίτιδας στο παρασκεύασμα (2,43 vs 2,39 $p=0,41$) και η θυλακιώδης ποικιλία (2,49 vs 2,45 $p=0,40$) δε συσχετίστηκαν με υψηλότερο NLR.

Συμπεράσματα: Ο υψηλός προεγχειρητικός λόγος ουδετερόφιλων-προς-λεμφοκύτταρα σε ασθενείς με PTC έχει συσχετισθεί στη βιβλιογραφία με μεγαλύτερη ηλικία κατά τη διάγνωση της κακοήθειας, μεγαλύτερο μέγεθος όγκου και πτωχότερη πρόγνωση. Η μελέτη μας παρατήρησε τάση προς υψηλότερες τιμές NLR σε πιο επιθετικά νεοπλάσματα, η οποία ήταν στατιστικώς σημαντική για όγκους $>4 \text{ cm}$, αμφοτερόπλευρους, πολυεστιακούς και όγκους με διήθηση κάψας/αγγείων και λεμφαδένων. Ως δείκτης φλεγμονής, το πηλίκο NLR εξάγεται εύκολα από την προεγχειρητική γενική αίματος και η μελέτη του παρουσιάζει ενδιαφέρουσες προοπτικές.

P08 ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μανατάκης Δ., Πιντιρέκη Α., Σούλου Β., Μπαλαλής Δ., Δαμαλάς Κ., Μπάμπαλη Η., Γαντζούλας Σ., Δ. Κορκολής Δ., Κουρής Ν., Πλατανιώτης Γ., Γοντικάκης Ε.
Χειρουργική Ογκολογική Κλινική, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»

Σκοπός: Η συχνότητα των θυρεοειδικών όζων αυξάνει προοδευτικά με την ηλικία, ενώ τα θυρεοειδικά καρκινώματα παρουσιάζουν τάση για επιθετικότερη συμπερι-



φορά σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Σκοπός της μελέτης μας είναι η ανάλυση των χειρουργικών ενδείξεων και των περιεγχειρητικών επιπλοκών της ολικής θυρεοειδεκτομής σε ασθενείς άνω των 65 ετών.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ολική θυρεοειδεκτομή μεταξύ 2006-2015 και συγκεντρώθηκαν στοιχεία για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την οριστική διάγνωση και την περιεγχειρητική νοσηρότητα.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 234 ασθενείς (ομάδα Α: <65 ετών, n=172, μέση ηλικία $48,1 \pm 11,1$ έτη και ομάδα Β: >65 ετών, n=62, μέση ηλικία $71,8 \pm 5,0$ έτη). Η αναλογία ανδρών/γυναικών και τα προεγχειρητικά επίπεδα TSH δε διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Επίσης οι ομάδες ήταν συγκρίσιμες όσον αφορά στη διάγνωση κακοήθειας, την ανεύρεση θηλώδους μικροκαρκινώματος ως τυχαίο εύρημα και την παρουσία θυρεοειδίτιδας. Νόσος Graves παρατηρήθηκε μόνο στην ομάδα Α (4/172). Το μέγεθος των κακοήθων όγκων ήταν ελαφρώς μεγαλύτερο στην ομάδα Β (1,95 vs 2,39 cm, $p=0,06$). Στην ομάδα Α, 3 ασθενείς παρουσίασαν παροδική πάρεση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου, ενώ σε δύο ασθενείς απαιτήθηκε επανεπέμβαση λόγω μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Τυχαία παραθυρεοειδεκτομή παρατηρήθηκε σε 24% και 32% των ασθενών αντίστοιχα ($p>0,05$), ενώ βιοχημική υπασβεστιαίμια ήταν συχνότερη στην ομάδα Α (36,6% vs 11,6% $p<0,01$). Συμπτώματα παροδικού υποπαραθυρεοειδισμού παρατηρήθηκαν σε 5/172 (2,9%) και 2/62 (3,2%) των ασθενών ($p>0,05$).

Συμπεράσματα: Η ολική θυρεοειδεκτομή είναι μία ασφαλής επέμβαση στους ηλικιωμένους και η ηλικία δεν πρέπει να αποτελεί αντένδειξη για χειρουργική παρέμβαση. Η μελέτη μας δεν κατέδειξε στατιστικές διαφορές στη διάγνωση κακοήθειας ή θυρεοειδίτιδας μεταξύ των δύο ομάδων, ενώ και τα ποσοστά των επιπλοκών ήταν συγκρίσιμα. Η μετεγχειρητική βιοχημική υπασβεστιαίμια ήταν συχνότερη στην ομάδα <65 ετών, ωστόσο η συχνότητα του κλινικού υποπαραθυρεοειδισμού δεν παρουσίασε διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες.

P09 ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ΔΙΚΗΝ ΑΝΕΣΤΡΑΜΜΕΝΟΥ Τ ΚΑΙ ΑΜΕΣΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΑΥΤΟΛΟΓΟ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΚΡΗΜΝΟ ΚΑΤΩ ΠΟΛΟΥ ΚΑΙ ΕΝΘΕΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κοντούλης Θ., Τζεβελέκη Ι.

Χειρουργική Μαστού, Κλινική «Άγιος Λουκάς» Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού υποδόριας μαστεκτομής δίκην ανεστραμμένου Τ (τύπου IV) με ταυτόχρονη δημιουργία αυτόλογου δερματικού κρημνού από τον κάτω πόλο του μαστού και άμεση αποκατάσταση με ένθεμα.

Υλικό - Μέθοδος: Η περίπτωση αφορά σε γυναίκα 56 ετών με καρκίνο στη 12^η

ώρα του δεξιού μαστού. Επιλέχθηκε μαστεκτομή με διατήρηση του δέρματος δί-
κην ανεστραμμένου T με αφαίρεση της θηλής και της θηλαίας άλω. Το δέρμα του
κάτω πόλου του μαστού αποεπιθηλιοποιήθηκε και διατηρήθηκε ως δερματικός
κρημνός. Το ένθεμα τοποθετήθηκε κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ, ο οποίος
συρράφθηκε στο δερματικό κρημνό για την κάλυψη του κατώτερου τμήματος του
ενθέματος. Επίσης, η ασθενής υπεβλήθη σε μασχαλιαίο λεμφαδενικό καθαρισμό.

Αποτελέσματα: Η ασθενής εξήλθε τη 2^η μετεγχειρητική ημέρα και οι παροχε-
τεύσεις αφαιρέθηκαν μετά από μία εβδομάδα. Η μετεγχειρητική της πορεία ήταν
ομαλή. Ακολούθησε επέμβαση συμμετρίας στον άλλο μαστό μετά από 9 μήνες.

Συμπεράσματα: Η υποδόρια μαστεκτομή τύπου IV είναι χρήσιμη τεχνική σε επι-
λεγμένες ασθενείς με καρκίνο μαστού και μεγάλους πτωτικούς μαστούς που επι-
θυμούν άμεση αποκατάσταση. Η δημιουργία του δερματικού κρημνού από τον
κάτω πόλο του μαστού είναι εφικτή σε γυναίκες με καρκίνο στο άνω ημιμόριο του
μαστού. Η τεχνική αυτή προσφέρει πλήρη κάλυψη του ενθέματος με αυτόλογο
ιστό, χαμηλό κόστος σε σύγκριση με τη χρήση ακυτταρικών οργανικών ή συνθε-
τικών μεμβρανών αλλά και μείωση του συνολικού μεγέθους του αναπλασμένου
μαστού.

P10 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ

Κυριακίδου Δ., Φαχούρης Ζ., Ιακωβίδης Π., Σαπίδης Ν., Ανδρεάδης Ε. Οικονόμου Α.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Έδεσσας

Σκοπός: αυτής της μελέτης είναι να παρουσιάσουμε αναδρομικά τα αποτελέσμα-
τά μας μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή σε ασθενείς με προηγηθείσα
επέμβαση κοιλίας.

Υλικό-Μέθοδοι: Κατά τη χρονική περίοδο 2008-2015, 120 ασθενείς με προηγη-
θείσα επέμβαση κοιλίας υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Ήταν
36 άνδρες και 84 γυναίκες με μ.ο. ηλικίας 50 (21-80) έτη. Οι προηγηθείσες επεμβά-
σεις ήταν σκωληκοειδεκτομή σε 60 περιπτώσεις, υστερεκτομή σε 26, καισαρική
σε 24, γαστρεκτομή σε 4, ωθηκεκτομή σε 6, νεφρεκτομή σε 4 και συνδυασμός
τους.

Αποτελέσματα: Σε 6 (5%) ασθενείς η επέμβαση μετατράπηκε σε ανοικτή, σε 2
από αυτούς λόγω εκτεταμένων συμφύσεων. Η μετεγχειρητική θνητότητα ήταν
μηδενική. Η μετεγχειρητική νοσηρότητα ήταν 1,6 % καθώς σε 2 ασθενείς εκδη-
λώθηκε χοληφόρο συρίγγιο μετεγχειρητικά το οποίο υποχώρησε με συντηρητι-
κή αντιμετώπιση σε διάστημα 2 εβδομάδων. Ο μέσος εγχειρητικός χρόνος ήταν
55 (35-120) λεπτά, ενώ ο μέσος όρος παραμονής στο νοσοκομείο ήταν 1,9 (1-12)
ημέρες.



Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή μπορεί να διενεργηθεί με ασφάλεια σε ασθενείς με προηγηθείσα επέμβαση κοιλίας. Η τοποθέτηση trocar Hasson με ανοιχτή μέθοδο κρίνεται απαραίτητη για την ασφαλή δημιουργία πνευμοπεριτοναίου.

P11 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ

Κυριακίδου Δ., Ιακωβίδης Π., Φαχούρης Ζ., Ανδρεάδης Ε., Σαπίδης Ν., Οικονόμου Α.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Έδεσσας

Σκοπός: αυτής της μελέτης είναι να καταγραφούν και να παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της άμεσης λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής σε περιπτώσεις οξείας χολοκυστίτιδας.

Υλικό-Μέθοδοι: Την χρονική περίοδο 2008-2016, 260 ασθενείς νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας λόγω οξείας χολοκυστίτιδας. Άμεση λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή εντός των 2 πρώτων 24ώρων, επιχειρήθηκε σε 150 ασθενείς ενώ οι υπόλοιποι αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά και σε δεύτερο χρόνο προγραμματίστηκε χειρουργική επέμβαση. Από αυτούς 67 ήταν άνδρες και 83 γυναίκες με μ.ο. ηλικίας τα 75 και 64 έτη αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Σε 35 (23%) ασθενείς η επέμβαση μετατράπηκε σε ανοικτή, λόγω διεγχειρητικών τεχνικών δυσκολιών. Η θνητότητα ήταν μηδενική. Η νοσηρότητα ήταν 5% καθώς 8 ασθενείς εμφάνισαν μετεγχειρητική χολόρροια. Οι 2 από αυτούς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, ενώ στους υπόλοιπους 6 διενεργήθηκε ERCP και τοποθέτηση πλαστικής ενδοπρόθεσης. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 2 (1-15) ημέρες.

Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή σε ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα εντός των 2 πρώτων 24ώρων είναι ασφαλής και αποτελεσματική εφόσον διενεργείται από έμπειρο χειρουργό.

P12 ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΑ ΑΠΛΗ ΚΥΣΤΗ ΗΠΑΤΟΣ ΠΡΟΒΑΛΛΟΥΣΑ ΣΕ ΣΑΚΟ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ ΕΠΙ ΔΕΞΙΑΣ ΥΠΟΠΛΕΥΡΙΑΣ ΤΟΜΗΣ: ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ψαρράς Κ., Παπατόλιος Γ., Μαρνέρη Α., Γιαννής Δ., Ντούρος Β., Παυλίδης Ε.Θ., Συμεωνίδης Ν., Γερόπουλος Γ., Μπαλλάς Κ., Παυλίδης Θ.Ε.
Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Η εμφάνιση μετεγχειρητικής κήλης επί δεξιάς υποπλευρίας τομής (τομή Kocher) αποτελεί σπάνια οντότητα (1,78%), σπανιότερη από αυτή της μέσης τομής (8%). Η παρουσία δε τμήματος του ήπατος ως περιεχόμενο του κηλικού σάκου μέσης υπερομφαλίου ή υποπλευρίας τομής αποτελεί εξαιρετικά σπάνιο γε-

γονός, καθώς ελάχιστα περιστατικά έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία.

Παρουσίαση περιστατικού: Άντρας 69 ετών προσήλθε αιτιώμενος άλγος δεξιού υποχονδρίου διαξιφιστικού τύπου και σταθερής έντασης, αρχόμενο από 24ώρου με συνοδό ναυτία και μετεωρισμό, σε έδαφος προϋπάρχουσας από διμήνου αυτομάτως ανατασσόμενης μάζας της περιοχής αυτής. Βάσει του ατομικού του αναμνηστικού, ο ασθενής είχε υποβληθεί σε ανοιχτή χολοκυστεκτομή διά τομής Kocher προ 8ετίας. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε μη ανατασσόμενη διόγκωση δεξιού υποχονδρίου διαμέτρου περί των 8 εκ, επί της δεξιάς υποπλευρικού τομής με συνοδό ερυθρότητα και έντονη ευαισθησία κατά την ψηλάφηση και την επίκρουση. Από τον απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία προέκυψε η παρουσία πολλαπλών απλών κύστεων ποικίλου μεγέθους σε όλο το ηπατικό παρέγχυμα, διαμέτρου από 5mm έως και 12cm, με την μεγαλύτερη από αυτές να εξορμάται από τον αριστερό λοβό και να προβάλλει μέσω της μετεγχειρητικής τομής Kocher προς το δεξιό πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, προκαλώντας σημαντικού βαθμού ατροφία του υπερκείμενου ορθού κοιλιακού μυός. Λόγω της παρουσίας πολλαπλών κύστεων ο ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά με διαδερμική παροχέτευση της γιγαντιαίας κύστης.

Συζήτηση: Η προβολή απλής κύστης ήπατος διά μετεγχειρητικής κήλης αποτελεί ένα εξαιρετικά σπάνιο περιστατικό, καθώς δεν έχει περιγραφεί παρόμοια περίπτωση στη βιβλιογραφία. Παρουσία κήλης στην άνω κοιλία θα πρέπει να εγείρει υποψίες για πιθανή προβολή συμπαγούς οργάνου στον κηλικό σάκο. Για τη θεραπεία της απλής κύστης του ήπατος εφ' όσον είναι συμπτωματική, διενεργείται εκτομή της οροφής (deeroofing) και καταστροφή του μονόστιβου επιθηλίου με διαθερμοπηξία, ενώ στην περίπτωση πολλαπλών συμπτωματικών κύστεων έχει ένδειξη και η διαδερμική παροχέτευση για την άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων.

- P13 ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΡΗΞΗ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΑΠΟ ΤΙΜΟΝΙ ΠΟΔΗΛΑΤΟΥ**
Ψαριανός Κ., Ρουσογιάννης Σ., Άγος Χ., Μπαμίχα Α., Ξυλαρδιστός Π., Ντόντος Γ., Λιούπης Α.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

Εισαγωγή: Τα ατυχήματα με ποδήλατο είναι η συχνότερη τραυματική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στα παιδιά. Οι κακώσεις από το τιμόνι μπορούν να επιφέρουν σοβαρές βλάβες συμπαγών οργάνων, χωρίς ωστόσο να συνοδεύονται από εμφανείς εξωτερικές κακώσεις. Η διάγνωση της μεμονωμένης κάκωσης του λεπτού εντέρου είναι ακόμη πιο δύσκολη, αφού τα κλινικά σημεία μπορεί να είναι ελάχιστα.

Παρουσίαση περιστατικού: 8χρονο αγόρι προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω πτώσης από ποδήλατο και κάκωση αριστερής κοιλιακής χώρας από το τιμόνι. Είχε φυσιολο-



γικά ζωτικά σημεία και από την κλινική εξέταση μία εκχύμωση στην περιοχή της κάκωσης και τοπικό άλγος. Ήταν αιμοδυναμικά σταθερός με φυσιολογική ακτινογραφία κοιλίας, ενώ από τον υπέρηχο κοιλίας ανευρέθη ελεύθερο υγρό ανάμεσα στις εντερικές έλικες. Υπεβλήθη σε CT κοιλίας που ανέδειξε εικόνα ρήξης κοίλου σπλάχνου. Στο χειρουργείο διαπιστώθηκε ρήξη νήστιδας και αιμάτωμα στο μεσεντέριο που απαίτησε εντερεκτομή με ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

Συζήτηση: Οι κακώσεις από ποδήλατο είναι συνήθως σύνθετες. Στην κοιλιακή χώρα αφορούν συνήθως τα συμπαγή όργανα και η αντιμετώπισή τους είναι κυρίως συντηρητική. Μεμονωμένη κάκωση κοιλίας με ρήξη λεπτού εντέρου που χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης αναφέρεται σπάνια στην διεθνή βιβλιογραφία.

Συμπεράσματα: Οι κακώσεις με συνοδή ρήξη του λεπτού εντέρου από το τιμόνι του ποδηλάτου είναι αρκετά σπάνιες ειδικά όταν δεν συνοδεύονται από άλλες κακώσεις. Η κλινική εικόνα, το ιστορικό αλλά κυρίως η κλινική υποψία είναι βασικά μέσα για την διάγνωση τέτοιων κακώσεων.

P14 ΑΝΑΤΑΞΗ ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΗΣ ΚΗΛΗΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κυριακίδου Δ., Φαχούρης Ζ., Ιακωβίδης Π., Σαπίδης Ν., Ανδρεάδης Ε., Οικονόμου Α.
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Έδεσσας

Η ανάταξη της περισφιγμένης κήλης είναι μία άτυπη τεχνική, όμως αρκετά συνηθισμένη.

Σκοπός: Αναδρομική μελέτη της ανάταξης περισφιγμένης κήλης στα ιατρεία των επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας.

Υλικό-Μέθοδος: Κατά το χρονικό διάστημα 2008-2016 προσήλθαν 152 ασθενείς με περισφιγμένη κήλη. Σε 48 περιπτώσεις (32%) η ανάταξη ήταν επιτυχής, ενώ σε 104 περιπτώσεις (68%) ανεπιτυχής. Η πρώτη ομάδα ασθενών νοσηλεύτηκε 24-48 ώρες για παρακολούθηση. Κανένας ασθενής αυτής της ομάδας δεν εμφάνισε επιπλοκή και συστήθηκε σε όλους προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς της δεύτερης ομάδας χειρουργήθηκαν εκτάκτως και σε 26 (25%) διενεργήθηκε εκτομή του περισφιγμένου σπλάγχνου λόγω ισχαιμικής νέκρωσης.

Αποτελέσματα: Στο 32% των περιπτώσεων με περισφιγμένη κήλη ήταν δυνατή η ασφαλής ανάταξη. Σε καμία από τις περιπτώσεις διαπιστωμένης διεγχειρητικά ισχαιμικής νέκρωσης κοίλου σπλάγχνου, δεν κατέστη δυνατή η προεγχειρητική ανάταξη της κήλης.

Συμπεράσματα: Η συντηρητική ανάταξη της περισφιγμένης κήλης οδηγεί τον ασθενή σε τακτική χειρουργική αποκατάσταση, εξασφαλίζοντας καλύτερη προετοιμασία και τοποθέτηση πλέγματος σε άσηπτο περιβάλλον, ενώ σχεδόν πάντα είναι αδύνατη η ανάταξη της περισφιγμένης κήλης σε ασθενείς με ισχαιμική νέκρωση κοίλου σπλάγχνου.

P15 ΕΠΙΠΛΟΪΚΗ ΑΠΟΦΥΣΙΤΙΔΑ ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ: ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΠΛΑΝΗΣ

Ψαρράς Κ.¹, Γιαννής Δ.¹, Παπατόλιος Γ.¹, Μουρατίδου Κ.¹, Γιώργαινας Ν.²,
Παυλίδης Ε.Θ.¹, Συμεωνίδης Ν.¹, Μπαλλάς Κ.¹, Παυλίδης Θ.Ε.¹

¹Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

²Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Ως επιπλοϊκή αποφυσίτιδα ορίζεται η φλεγμονή μιας ή περισσότερων επιπλοϊκών αποφύσεων του παχέος εντέρου. Αυτές αποτελούν θυλάκους λιπώδους ιστού καλυπτόμενους από ορογόνο, που προσκολλώνται στο τοίχωμα του εντέρου μέσω αγγειακού μίσχου και εντοπίζονται κυρίως στην περιοχή του σιγμοειδούς και του τυφλού. Η απουσία ειδικών κλινικών σημείων και η μίμηση χειρουργικών παθήσεων, όπως η εκκολπωματίτιδα ή η διάτρηση σιγμοειδούς, οδηγούν σε υποδιάγνωση αυτής της σπάνιας κλινικής οντότητας.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα ασθενής 45 ετών προσήλθε στα επείγοντα αιτιώμενη οξύ άλγος αριστερού λαγονίου βόθρου, αιφνίδιας έναρξης από 30 ωρών, συνεχές, διαξιφιστικού τύπου και μη υφόμενο με τη λήψη παρακεταμόλης. Η ασθενής ανέφερε συνοδό δεκατική πυρετική κίνηση έως 37,6° C και δύο επεισόδια διαρροϊκών κενώσεων. Κατά την κλινική εξέταση παρουσίαζε έντονη ευαισθησία στον αριστερό λαγόνιο βόθρο τόσο στην επιπολής, όσο και στην εν τω βάθει ψηλάφηση, καθώς και σημεία περιτοναϊσμού. Η ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη εργαστηριακό, γυναικολογικό και ουρολογικό έλεγχο χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Ακολούθως διενεργήθηκε αξονική τομογραφία άνω, κάτω κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, όπου παρατηρήθηκε έμπροσθεν της μετάπτωσης του κατιόντος προς το σιγμοειδές έντονη ρύπανση του ενδοπεριτοναϊκού λιπώδους ιστού με ανάδειξη σωληνώδους σχηματισμού διαστάσεων 2.6 x 9.5 mm με περιφερικό υπόπυκνο δακτύλιο πάχους 2mm. Τα ανωτέρω ευρήματα θεωρήθηκαν συμβατά με επιπλοϊκή αποφυσίτιδα και αρχικά αποφασίστηκε συντηρητική αντιμετώπιση με διπλό αντιβιοτικό σχήμα. Λόγω της επιμονής του οξέος άλγους, ανθεκτικού στη χορήγηση αναλγητικών, αποφασίστηκε σύντομα η διενέργεια ερευνητικής λαπαροσκόπησης. Αναγνωρίστηκε επιπλοϊκή απόφυση οιδηματώδης και πεπαχυσμένη με νέκρωση στην κορυφή αυτής μεγέθους $\approx$ 2cm προσκολλημένη στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα στο σημείο της εντόνου ευαισθησίας. Διενεργήθηκε στη συνέχεια εκτομή της πάσχουσας επιπλοϊκής απόφυσης και η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία με άμεση ύφεση του άλγους και έλαβε εξιτήριο την επομένη.

Συζήτηση: Η επιπλοϊκή αποφυσίτιδα αποτελεί σπάνια πάθηση που υποδιαγιγνώσκεται και καθώς μιμείται την κλινική εικόνα σοβαρότερων παθήσεων μπορεί να οδηγήσει σε διενέργεια περιττών διαγνωστικών και θεραπευτικών χειρισμών. Συνήθως αντιμετωπίζεται συντηρητικά με χορήγηση αντιβιοτικών και παρακολούθηση, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατή και εύκολη η λαπαροσκοπική εκτομή για άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων.



P16 ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΘΗΚΗΣ ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ (TAP BLOCK) ΥΠΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΓΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΑ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΙΑΣ

Μπαντάνας Σ., Καναβός Ε., Κελεμουρίδου Ε.
Ιασώ Θεσσαλίας

Σκοπός: Με την παρούσα εργασία θέλουμε να δείξουμε ότι το TAP block υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και μόνο είναι μια μέθοδος απλή στην εκτέλεση μπορεί να αποτελέσει μία εναλλακτική μέθοδο αναλγησίας μετεγχειρητικά σε επεμβάσεις κάτω κοιλίας.

Υλικό και μέθοδος: 40 ασθενείς ASA II-III υπό γενική ή υπαραχνοειδή αναισθησία υπεβλήθησαν σε επεμβάσεις κάτω κοιλίας (35 ασθενείς υποβλήθησαν σε βουβωνοκήλη , 5 σε καισαρική τομή). Με το πέρας της επέμβασης υπό υπερηχογραφικό έλεγχο με Linear κεφαλή , διενεργήθη TAP block με την χρήση διαλύματος Ροπιβακαΐνης 0,5% και συνολικό όγκο 20 ml στο ανατομικό τρίγωνο του Petit για τις βουβωνοκήλες , και αμφοτερόπλευρα στις καισαρικές τομές.

Αποτελέσματα: Εξαιρετικά αποτελέσματα ως προς τον πόνο VAS 2 για περίπου 18-24 ώρες μετεγχειρητικά καλυπτόμενοι με Παρακεταμόλη 1000 mg . Γρήγορη κινητοποίηση των ασθενών με λιγότερα μετεγχειρητικές επιπλοκές. Δεν υπήρξαν επιπλοκές (τοξικότητα του τοπικού αναισθητικού, πιθανή διάτρηση του εντέρου από την βελόνη) όταν το block γίνεται υπερηχογραφικά .

Συμπεράσματα: Υπό υπερηχογραφικό έλεγχο αποτελεί μία ασφαλή και απλή μέθοδο μετεγχειρητικής αναλγησίας σε επεμβάσεις κάτω κοιλίας, παρόλα αυτά μόνο το 3% των Αναισθησιολόγων Δημοσίων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων κάνουν χρήση των υπερήχων για αναισθησιολογικές πράξεις Υπέρχει έναντι της χρήσης επισκληριδίου καθετήρος και της χρήσης οπιοειδών για τον έλεγχο του πόνου, για την γρήγορη κινητοποίηση εντός ωρών (3-4), λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές (πιθανότητα θρομβώσεων) και με καλύτερη ψυχολογική διάθεση των ασθενών (λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος, γρήγορη κινητοποίηση).

P17 ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΟΖΩΔΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Παπαδοπούλου Α., Φιλιππάτος Κ., Στυλιανίδου Σ., Τζιτζίκας Ι.
Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Τα πρωτοπαθή οζώδη δερματικά λεμφώματα ανήκουν στα πρωτοπαθή δερματικά Β-κυτταρικά λεμφώματα και διαγιγνώσκονται σε ποσοστό 11% όλων των ασθενών με δερματικά λεμφώματα. Έχουν καλή πρόγνωση με ποσοστό πενταετούς επιβίωσης 95%. Τοπικές δερματικές υποτροπές εμφανίζονται σε ποσο-

στό 20%. Θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική αφαίρεση σε συνδυασμό με συμπληρωματική ακτινοθεραπεία.

Υλικό - Μέθοδοι: Ασθενής, θήλυ, ηλικίας 63 ετών εμφάνισε προ έτους δερματική διόγκωση στην αριστερή προωτιαία χώρα με προοδευτική αύξηση του μεγέθους της, η οποία αφαιρέθηκε χειρουργικά. Ιστολογικά διαγνώστηκε δερματικό μη Hodgkin λέμφωμα του τύπου του πρωτοπαθούς δερματικού οζώδους δερματικού λεμφώματος Β κυτταρικής αρχής. Η σταδιοποίηση δεν ανέδειξε άλλη εντόπιση της νόσου. Ο εντοπισμός του όγκου στόχου έγινε με CT - εξομοίωσης. Η ασθενής υπεβλήθη σε συμπληρωματική ακτινοθεραπεία με ηλεκτρόνια γραμμικού επιταχυντή ενέργειας 6 MeV με συνολική δόση 30 Gy σε 15 συνεδρίες των 2 Gy.

Αποτελέσματα: Η ασθενής ολοκλήρωσε τη θεραπεία με καλή ανοχή. Ο ετήσιος επανέλεγχος με CT σπλαχνικού κρανίου δεν εμφάνισε εικόνα τοπικής υποτροπής.

Συμπεράσματα: Σημαντική είναι η συνεισφορά της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση των δερματικών λεμφωμάτων. Η χορήγηση χαμηλών δόσεων αποτελεί άριστη θεραπευτική προσέγγιση ελαττώνοντας την εμφάνιση τοπικών υποτροπών, οι οποίες ανέρχονται σε ποσοστό 20%.

P18 ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μπαλλάς Κ.¹, Ψαρράς Κ.¹, Μουρατίδου Κ.¹, Γιαννής Δ.¹, Χάχαλης Γ.², Φλάρης Ν.², Παπατόλιος Γ.¹, Παυλίδης Ε.Θ.¹, Συμεωνίδης Ν.¹, Παυλίδης Θ.Ε.¹

¹Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Τα νευροενδοκρινή νεοπλάσματα των χοληφόρων αποτελούν σπάνιες οντότητες (0,1 - 2% στο σύνολο των νευροενδοκρινών όγκων του γαστρεντερικού συστήματος), ενώ τα νευροενδοκρινή καρκινώματα από μεγάλα κύτταρα είναι εξαιρετικά σπάνια και αποτελούν νεοπλάσματα υψηλού βαθμού κακοήθειας. Παρ' όλο που μπορεί να εμφανίζουν ορμονική δραστηριότητα, συνηθέστερα γίνονται αντιληπτά με μη ειδική συμπτωματολογία, όπως κολικός χοληφόρων ή αποφρακτικός ίκτερος. Είναι δύσκολη η προεγχειρητική διαφορική διάγνωση ανάμεσα σε νευροενδοκρινές καρκίνωμα και αδenoκαρκίνωμα χοληφόρων βάσει απεικονιστικών ευρημάτων και καρκινικών δεικτών. Η τελική διάγνωση τεκμηριώνεται με την βοήθεια της ιστοπαθολογικής και ανοσοϊστοχημικής μελέτης του παρασκευάσματος.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας ασθενής 75 ετών προσήλθε με ανώδυνο ίκτερο από μηνός. Εργαστηριακά παρουσίαζε: ολική χολερυθρίνη 24,92mg/dl, άμεση χολερυθρίνη 11,06 mg/dl, AST 195 mg/dl, ALT 372 mg/dl, ALP 514 mg/dl



dl, γGT 514 mg/dl. Στο υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε ενδοαυλικό περιεχόμενο στην τελική μοίρα του κυστικού πόρου, στην περιοχή της συμβολής με τον κοινό ηπατικό (~1cm) και συνοδός διάταση των ενδοηπατικών χολαγγείων. Από την αξονική και τη μαγνητική τομογραφία διαπιστώθηκε μέτρια διάταση των ενδοηπατικών χολαγγείων καθώς και του εξωηπατικού χοληφόρου δένδρου μέχρι το επίπεδο της συμβολής κοινού χοληδόχου και κυστικού πόρου, στένωση του κοινού χοληδόχου πόρου και πάχυνση του τοιχώματός του πριν την είσοδό του στο πάγκρεας, χωρίς παρουσία δευτεροπαθών μεταστατικών εστιών. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή κατά Longmire - Traverso με λεμφαδενικό καθαρισμό. Η ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε νευροενδοκρινές καρκίνωμα από μεγάλα κύτταρα με αναπλαστικά κυτταρολογικά χαρακτηριστικά και μικρομετάσταση σε έναν λεμφαδένα του κοινού χοληδόχου πόρου. Τα νεοπλασματικά κύτταρα ήταν διάχυτα θετικά για χρωμογρανίνη, μέτρια θετικά για συναπτοφυσίνη και ήπια θετικά για CD56. Ο ασθενής σε 3 μήνες μετά το χειρουργείο εμφάνισε ηπατικές μεταστάσεις. Έλαβε χημειοθεραπεία με πλατίνα και ετοποσίδη, η οποία οδήγησε σε υποχώρηση των μεταστατικών εστιών. Ωστόσο, σε 4 μήνες εμφάνισε εκ νέου υποτροπή της νόσου. Ο ασθενής απεβίωσε σε 1,5 έτος από την επέμβαση.

Συζήτηση: Το πρωτοπαθές νευροενδοκρινές καρκίνωμα του κοινού χοληδόχου πόρου είναι εξαιρετικά σπάνιο νεόπλασμα, διότι φυσιολογικά ο βλεννογόνος του πόρου δεν χαρακτηρίζεται από παρουσία νευροενδοκρινικών κυττάρων. Ως εκ τούτου, η προέλευση αυτών των καρκινωμάτων παραμένει ασαφής. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι χαμηλής διαφοροποίησης και για την θεραπεία του όγκου συνιστάται ριζική αφαίρεσή μαζί με λεμφαδενικό καθαρισμό της περιοχής. Παρ' όλα αυτά, τα νευροενδοκρινή νεοπλάσματα των χοληφόρων χαρακτηρίζονται από χαμηλή πενταετή επιβίωση και φτωχή πρόγνωση.

P19 ΑΛΓΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΒΟΘΡΟΥ ΩΣ ΠΡΩΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΟΞΕΙΑΣ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Καλτσίκης Θ.¹, Βολουδάκης Ν.¹, Παπαθανασίου Α.¹, Ζήκος Π.¹, Γκούρβας Β.², Χατζημαυρουδής Γ.¹, Χριστοφορίδης Ε.¹

¹ Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

² Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Η εκκολπωμάτωση της σκωληκοειδούς απόφυσης είναι σπάνια νόσος, που συνήθως προσβάλλει άνδρες νεαρής ηλικίας. Η οξεία εκκολπωματίτιδα της σκωληκοειδούς απόφυσης αποτελεί επικίνδυνη κατάσταση λόγω της αυξημένης πιθανότητας διάτρησης. Συνήθως η νόσος μιμείται την οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Το υπερηχογράφημα, αλλά κυρίως η αξονική τομογραφία αποτελούν τις βασικές απεικονιστικές μεθόδους διάγνωσης της νόσου. Εντούτοις στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων η διάγνωση τίθεται μετεγχειρητικά με βάση τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης.

Περίπτωση: Άνδρας ασθενής, 66 ετών, προσήλθε στα επείγοντα ιατρεία της Κλινικής μας αιτιώμενος άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο από 24ωρου, με συνοδό ναυτία και ανορεξία. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε θετικό το σημείο McBurney και ύπαρξη αναπηδώσας ευαισθησίας. Οι αιματολογικές εξετάσεις έδειξαν ήπια λευκοκυττάρωση (WBC: 13200/mm³) με πολυμορφοπυρήνωση (87%) και αυξημένη CRP (4,5mg/dl). Με βάση τα αποτελέσματα της κλινικής εξέτασης και του εργαστηριακού ελέγχου τέθηκε η πιθανή διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία με τομή McBurney κατά την οποία διαπιστώθηκε οξεία φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης και εκτελέστηκε τυπική σκωληκοειδεκτομή. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς υπήρξε ανεπίπλεκτη και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο τη 2^η μετεγχειρητική ημέρα σε καλή γενική κατάσταση. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε την παρουσία ρήξης εκκολπώματος της σκωληκοειδούς απόφυσης (οξεία φλεγμονή σε έδαφος αδενωματώδους υπερπλασίας, χωρίς αξιόλογη επιθηλιακή δυσπλασία του βλεννογόνου της σκωληκοειδούς απόφυσης).

Συμπέρασμα: Η παθογένεση της εκκολπωματικής νόσου της σκωληκοειδούς απόφυσης είναι υπό διερεύνηση. Μελέτες συνδέουν την παρουσία της με φλεγμονώδη αίτια (προηγούμενα επεισόδια οξείας σκωληκοειδίτιδας), βλεννώδες καρκίνωμα, νευροενδοκρινείς όγκους και αδenoκαρκίνωμα. Θεραπεία εκλογής αποτελεί η σκωληκοειδεκτομή. Εφόσον όμως διαπιστωθεί η παρουσία κακοήθους νεοπλασματος μπορεί υπό προϋποθέσεις να απαιτηθεί επανεπέμβαση και εκτέλεση δεξιάς κολεκτομής.

P20 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΙΕΣΗΣ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Παπαδοπούλου Α., Φιλιππάτος Κ., Στυλιανίδου Σ., Τζίτζικας Ι.
Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Η συμπίεση του νωτιαίου μυελού με την επακόλουθη νευρολογική συμπτωματολογία, αποτελεί επείγουσα ογκολογική κατάσταση. Οι θεραπευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης της συμπίεσης του νωτιαίου μυελού στοχεύουν στη διατήρηση ή βελτίωση της νευρολογικής λειτουργίας, κυρίως της κινητικής ικανότητας του ασθενούς, στην ελάττωση του άλγους και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Σκοπός: Προσδιορισμός του ρόλου της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση της



συμπίεσης του νωτιαίου μυελού.

Υλικό - μέθοδος: Αναζήτηση της ηλεκτρονικής βιβλιοθήκης του Pubmed τυχαioποιημένων μελετών που αφορούν στην αποτελεσματικότητα των ακτινοθεραπευτικών χειρισμών αντιμετώπισης της συμπίεσης του νωτιαίου μυελού.

Αποτελέσματα: Ανευρέθησαν 9 τυχαioποιημένες μελέτες, οι οποίες δείχνουν την αποτελεσματικότητα της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση της συμπίεσης του νωτιαίου μυελού. Οι χορηγούμενες δόσεις ήταν 16 Gy έως 30 Gy. Διατήρηση ή βελτίωση της κινητικότητας διαπιστώθηκε σε ποσοστό 59% με 100% των ασθενών και ανακούφιση από τον πόνο σε ποσοστό 67% με 90%. Πέντε μελέτες συγκρίνουν μακρόχρονα με βραχύχρονα σχήματα ακτινοθεραπείας. Όλα τα σχήματα δείχνουν ανακούφιση από τον πόνο (52% - 85%) και βελτίωση της κινητικότητας (60% - 71%). Ο Rades και οι συνεργάτες του συγκρίνοντας τα δύο σχήματα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μακρόχρονα σχήματα σχετίζονται με καλύτερο ετήσιο τοπικό έλεγχο της νόσου (81% vs 61%).

Συμπεράσματα: Εφαρμόζονται βραχύχρονα σχήματα (8 Gy/1 συν. ή 20 Gy /5 συν.) σε ασθενείς με πτωχή πρόγνωση, ενώ μακρόχρονα σχήματα (30Gy/10 συν. ή 40 Gy/20 συν.) προτιμούνται σε ασθενείς με καλό προσδόκιμο επιβίωσης και ανεγχείρητη βλάβη. Βραχύχρονα σχήματα ακτινοθεραπείας (30 Gy/10 συν. ή περισσότερο) σε συνδυασμό με χειρουργική αποσυμπίεση ενδείκνυται σε ασθενείς με μονήρη εντόπιση, πρόσφατη οξεία έναρξη συμπτωματολογίας, καλή γενική κατάσταση και προσδόκιμο επιβίωσης 3-9 μήνες. Τεκμηριώνεται η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση της συμπίεσης του νωτιαίου μυελού, προσφέροντας αναλγησία, διατήρηση της κινητικότητας και βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

P21 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Φίλιππότης Κ., Παπαδοπούλου Α., Μωυσιάδου Χ., Στυλιανίδου Σ., Τζιτζίκας Ι.
Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του στομάχου είναι μια πολύ κοινή ασθένεια παγκοσμίως και η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο, επηρεάζοντας περίπου ένα εκατομμύριο άτομα ετησίως, με περισσότερους από 500.000 θανάτους ανά έτος παγκοσμίως. Η χειρουργική εκτομή παραμένει η πρωταρχική θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Όμως το ποσοστό της υποτροπής είτε τοπικά είτε στους λεμφαδένες μετά από εγχείρηση μόνο, ανέρχεται στο 87%. Η χρησιμοποίηση μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας σε συνδυασμό με ή χωρίς ακτινοθεραπεία παρουσίασαν αξιόλογα αποτελέσματα ώστε να φθάσουν να αποτελούν σήμερα την ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή.



Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο του στομάχου που υποβλήθηκαν σε μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με η χωρίς χημειοθεραπεία.

Υλικό - Μέθοδοι: Από το 2010 έως και το 2015 υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία στομάχου 41 ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο και σταδιοποιημένο καρκίνο του στομάχου εκ των οποίων οι 31 ήταν άνδρες και οι 10 γυναίκες, με μέση τα 64.7 έτη (εύρος 39-88). Τριάντα τέσσερις ασθενείς υποβλήθηκαν σε συνδυασμένη χημειοθεραπεία, ενώ 7 σε ακτινοθεραπεία μόνο. Χρησιμοποιήθηκε CT εξομοιωτής για τον εντοπισμό του όγκου στόχου και η θεραπεία έγινε με γραμμικό επιταχυντή με πολύφυλλο κατευθυντήρα φωτονίων, ενέργειας 16 MV. Η μέση δόση ήταν 45 Gy με συνδυασμό 2-4 πεδίων.

Αποτελέσματα: Τριάντα εννέα ασθενείς ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους, ένας διέκοψε λόγω βεβαρυμμένης γενικής κατάστασης και ένας απεβίωσε από τη νόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Δεκαοκτώ ασθενείς παρουσίασαν παρενέργειες όπως επιγαστραλγία, αναιμία, λεμφοπενία, αδυναμία - καταβολή, πολλές από τις οποίες οφείλονταν στην συνδυασμένη χορήγηση χημειοθεραπείας και αντιμετωπίστηκαν με φαρμακευτική αγωγή και διάλλειμα της θεραπείας.

Συμπεράσματα: Τα τελευταία χρόνια έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στην μετεγχειρητική Χημειο-Ακτινοθεραπεία του καρκίνου του στομάχου. Η θεραπεία γίνεται καλά ανεκτή από τους ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα επιτυγχάνεται σε ένα μεγάλο ποσοστό των αρρώστων βελτίωση της συνολικής επιβίωσης και του διαστήματος ελεύθερου νόσου.

P22 ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στυλιανίδου Σ., Παπαδοπούλου Α., Φιλιππάτος Κ., Τζίτζικας Ι..

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Οι πρωτοπαθείς όγκοι του ήπατος είναι τέσσερις φορές συχνότεροι στην Ασία και Αφρική, απ' ότι στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ. Αυξημένη συχνότητα παρατηρείται σε ηλικιωμένους άνδρες με χρόνια λοίμωξη του ήπατος και παχυσαρκία. Αρκετά συχνά αντιμετωπίζουμε ασθενείς με χολαγγειοκαρκίνωμα και ηπατικές μεταστάσεις. Συνήθως στη θεραπευτική αντιμετώπιση συμβάλλουν η χειρουργική, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία.

Σκοπός: Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας όσον αφορά στους πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς όγκους του ήπατος και στο χολαγγειοκαρκίνωμα.

Υλικό - Μέθοδοι: Αναζήτηση των πηγών στην ηλεκτρονική βιβλιογραφία Pubmed και σύγχρονη βιβλιογραφία για την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας. Σε ανεγχείρητη νόσο ήπατος γίνεται διηπατική χημειοθεραπεία με εμβολισμό με καλό ποσοστό



ανταπόκρισης στον τοπικό έλεγχο χωρίς όμως βελτίωση στην επιβίωση. Ο καρκίνος της χοληδόχου κύστης θεραπεύεται με εξωτερική ακτινοβολία με συνδυασμό ή χωρίς διεγχειρητική ακτινοθεραπεία (IORT) 15 Gy και 5-FU με καλή έκβαση σε ασθενείς με προηγηθείσα πλήρη χειρουργική αφαίρεση ή μικροσκοπική υπολειπόμενη νόσο. Σε ανεγχείρητη νόσο δίδεται δόση 54 Gy σε 30 συνεδρίες (Fr) με 1.8 Gy/Fr. Στις ηπατικές μεταστάσεις επιτυγχάνεται τοπικός έλεγχος με 3DCRT, IMRT και στερεοτακτική ακτινοθεραπεία (26 Gy). Δόση 20-30 Gy σε 13-20 συνεδρίες με 1.5 Gy/Fr ανακουφίζει την ηπατομεγαλία.

Αποτελέσματα: Καλή ανταπόκριση στην ακτινοθεραπεία 3DCRT, όμως η ακτινική ηπατίτιδα αποτελεί περιοριστικό παράγοντα. Η δόση ακτινοβολίας όλου του ήπατος δεν πρέπει να είναι >30 Gy. Στο ανεγχείρητο χολαγγειοκαρκίνωμα την εξωτερική (3DRT) στοχευμένη ακτινοθεραπεία ακολουθεί διεγχειρητική ακτινοθεραπεία ή βραχυθεραπεία με καθυστέρηση υποτροπής κατά 4 μήνες και επιβίωση 2 ετών κατά 21%. Στις ηπατικές μεταστάσεις επιτυγχάνεται τοπικός έλεγχος 80% σε 18 μήνες στερεοτακτική ακτινοθεραπεία.

Συμπεράσματα: Η εξωτερική ακτινοθεραπεία συμβάλλει επικουρικά στη θεραπευτική αντιμετώπιση των όγκων του ήπατος και των χοληφόρων. Η ακτινική ηπατίτιδα περιορίζεται με την εφαρμογή των σύγχρονων μεθόδων ακτινοθεραπείας IMRT, στερεοτακτική και IORT. Περισσότερα σύνθετα ακτινοθεραπευτικά πλάνα, χορήγηση ακτινοθεραπείας με Yttrium-9 και στερεοτακτική ακτινοθεραπεία σε ανεγχείρητους όγκους είναι υπό έρευνα. Η χορήγηση της ακτινοθεραπείας γίνεται επιλεκτικά και εξατομικευμένα, με καλή πρόγνωση, αυξάνοντας τον τοπικό έλεγχο της νόσου και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών.

P23 ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Παπαδοπούλου Α., Φιλιππάτος Κ., Μωυσιάδου Χ., Στυλιανίδου Σ., Τζιτζίκας Ι.
Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Ασθενείς με τοπικά προχωρημένο γαστρικό καρκίνο έχουν πτωχή πρόγνωση. Ωστόσο, η διενέργεια ανακουφιστικών μεθόδων όπως η παρηγορητική γαστρεκτομή, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η τοποθέτηση γαστρικού stent κρίνεται αναγκαία εξασφαλίζοντας βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης καθορίζεται από το προσδόκιμο επιβίωσης και τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Η ακτινοθεραπεία ενδείκνυται σε ανεγχείρητους ασθενείς, παρέχοντας ταχεία και ικανοποιητική ανακούφιση από συμπτώματα όπως η αιμορραγία, ο πόνος και η δυσκολία σίτισης λόγω απόφραξης από τον όγκο.

Σκοπός: Επισημαίνουμε την αποτελεσματικότητα της παρηγορητικής ακτινοθε-

ραπείας σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένο γαστρικό καρκίνο.

Υλικό - Μέθοδοι: Από το 2010 έως και το 2015 υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία στομάχου 41 ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο και σταδιοποιημένο καρκίνο του στομάχου εκ των οποίων οι τρεις αφορούσαν ασθενείς με τοπικά προχωρημένο γαστρικό καρκίνο και παραπέμφθηκαν στο τμήμα μας λόγω αιμορραγίας και δυσκολίας σίτισης εξαιτίας απόφραξης από τον όγκο. Και οι 3 ήταν άνδρες, με ηλικίες από 82 έως 84 έτη. Χρησιμοποιήθηκε CT εξομοιωτής για τον εντοπισμό του όγκου στόχου και η θεραπεία έγινε με γραμμικό επιταχυντή με πολύφυλλο κατευθυντήρα φωτονίων, ενέργειας 16 MV. Χορηγήθηκε δόση 8 Gy εφάπαξ στην περίπτωση της αιμορραγίας και 20 Gy σε 5 συνεδρίες στις περιπτώσεις της απόφραξης με συνδυασμό 2-4 πεδίων.

Αποτελέσματα: Και οι τρεις ασθενείς ολοκλήρωσαν τη θεραπεία με καλή ανοχή, χωρίς παρενέργειες. Στην περίπτωση της αιμορραγίας υπήρξε άμεση αιμόσταση ενώ στις περιπτώσεις της απόφραξης σημειώθηκε ύφεση του άλγους και βελτίωση της λειτουργίας του γαστρεντερικού συστήματος

Συμπεράσματα: Επιβεβαιώνεται η αποτελεσματικότητα της παρηγορητικής ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του τοπικά προχωρημένου γαστρικού καρκίνου προσφέροντας ικανοποιητικό τοπικό έλεγχο μέσω της αιμοστατικής και αναλγητικής της δράσης και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών.

P24 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Φιλίππατος Κ., Παπαδοπούλου Α., Στυλιανίδου Σ., Τζίτζικας Ι.,
Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Θεραπεία εκλογής του καρκίνου του ορθού είναι η ριζική χειρουργική αφαίρεση, με ή χωρίς διατήρηση του σφιγκτήρα. Η εμφάνιση τοπικής υποτροπής μετά από χειρουργική εκτομή του όγκου ανέρχεται σε ποσοστό 15-50%. Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας ως προεγχειρητική ή μετεγχειρητική έχει αποδειχθεί πως ελαττώνει τα ποσοστά της τοπικής υποτροπής. Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι συχνά θεραπεία εκλογής και εφαρμόζεται ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι, η πιθανή αποφυγή της κοιλιοπερινεϊκής εκτομής, η διατήρηση του σφιγκτήρα και η υποσταδιοποίηση της νόσου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αντιμετώπιση ασθενών με ορθικό καρκίνο που υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Υλικό - Μέθοδοι: Από το 2010 έως και το 2015 υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία ελάσσονος πυέλου 110 ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο και σταδιοποιημέ-



νο καρκίνο του ορθού. Οι 70 ήταν άνδρες και οι 40 γυναίκες με μέση ηλικία τα 68,4 έτη (εύρος 24-89). Χρησιμοποιήθηκε CT εξομοιωτής για τον εντοπισμό του όγκου στόχου και το πεδίο ακτινοβολήσης περιελάμβανε τον πρωτοπαθή όγκο και τους επιχώριους πυελικούς λεμφαδένες. Η θεραπεία έγινε με γραμμικό επιταχυντή με πολύφυλλο κατευθυντήρα φωτονίων, ενέργειας 16 MV. Χορηγήθηκε μέση δόση 50 Gy με συνδυασμό 2-4 πεδίων.

Αποτελέσματα: Εκατόν ένας από τους 110 ασθενείς έλαβαν πριν ή κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπεία. Από τους 110 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία, οι 23 υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική, οι 78 σε μετεγχειρητική και οι 9 σε ανακουφιστική ακτινοθεραπεία λόγω τοπικής υποτροπής. Ογδονταπέντε ασθενείς παρουσίασαν παρενέργειες όπως διάρροια, δυσουρικά ενοχλήματα, αναιμία, λεμφοπενία, επιθηλιόλυση περιπρωκτικής περιοχής και μεσογλουτιαίας πτυχής που αντιμετωπίστηκαν με φαρμακευτική αγωγή και διάλλειμα της θεραπείας.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά η προεγχειρητική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία αποτελεί άριστη θεραπευτική προσέγγιση στον καρκίνο του ορθού. Αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης και βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

P25 ΥΠΕΡ-ΜΗΚΗΣ (ULTRA-LONG) ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ BARRETT ΩΣ ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ ΟΛΙΚΗΣ ΟΙΣΟΦΑΓΕΚΤΟΜΗΣ ΓΙΑ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Μπαλλάς Κ.¹, Παπατόλιος Γ.¹, Ψαρράς Κ.¹, Μαρνέρη Α.¹, Παυλίδης Ε.Θ.¹, Συμεωνίδης Ν.¹, Μουρατίδου Κ.¹, Γερόπουλος Γ.¹, Κατσίκη Ε.², Παυλίδης Θ.Ε.¹

¹Β' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

²Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Ο οισοφάγος Barrett αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου, όπου το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του οισοφάγου αντικαθίσταται με μονόστιβο κυλινδρικό γαστρικού ή εντερικού τύπου και θεωρείται ο κύριος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος. Ανάλογα με το μήκος της μεταπλασίας, ο οισοφάγος Barrett χωρίζεται σε: ultra-short (<1 εκ), short (1-3 εκ), long (3-8 εκ) και ultra-long (>8 εκ). Ως Ultra Long Segment Barrett Esophagus (ULSBE) λοιπόν, ορίζεται αυτός που η μετάπλαση του πλακώδους επιθηλίου υπερβαίνει τα 8 εκ και συνοδεύεται από αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άντρας 85 ετών προσήλθε αιτιώμενος οπισθοστερνικό καύσο, δυσπεπτικά ενοχλήματα και σταδιακά επιδεινούμενη δυσφαγία από διμήνου, με συνοδό απώλεια βάρους 8 κιλών. Κατά την οισοφαγογαστροσκόπηση, αναδείχτηκε ύποπτη ελκωτική εξεργασία διαμέτρου 2 εκ. στο κατώτερο τρι-

τημόριο του οισοφάγου, η βιοψία της οποίας ανέδειξε αδеноκαρκίνωμα χαμηλής διαφοροποίησης, ενώ ετέθη η υπόνοια υπερ-μήκους οισοφάγου Barrett, καθώς παρατηρήθηκαν ύποπτες αλλοιώσεις σχεδόν καθ' όλο το μήκος αυτού. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε πάχυνση στο κατώτερο τριτημόριο του οισοφάγου, χωρίς την παρουσία παθολογικών λεμφαδένων στο μεσοθωράκιο. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε διακοιλιακή ολική οισοφαγεκτομή και εκτομή του κεντρικού τμήματος του στομάχου. Ακολούθησε σωληνοποίηση του οισοφάγου και αποκατάσταση της συνέχειας του γαστρεντερικού με οισοφαγογαστρική αναστόμωση μετά από αριστερή τραχηλική τομή. Η μετεγχειρητική πορεία υπήρξε ομαλή και έλαβε εξιτήριο την 12^η μετεγχειρητική ημέρα. Κατά την μακροσκοπική εξέταση του παρασκευάσματος αναγνωρίστηκε στον βλεννογόνο του οισοφάγου ελκωτική εξεργασία μήκους 2 εκ., η οποία αντιστοιχούσε μικροσκοπικά σε αδеноκαρκίνωμα χαμηλής διαφοροποίησης που διηθούσε τον περιοισοφαγικό λιπώδη ιστό χωρίς να μεθίσταται σε λεμφαδένες (στάδιο T3NO). Κατά την ιστολογική εξέταση πολυάριθμων τομών από όλο το μήκος του οισοφάγου καθώς και των ορίων αυτού διαπιστώθηκε ότι το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο είχε αντικατασταθεί σε όλη του την έκταση από βλεννογόνο γαστρικού τύπου, με παρουσία καλυκοειδών κυττάρων. Με βάση την παραπάνω εικόνα τέθηκε η διάγνωση ανάπτυξης αδеноκαρκινώματος του οισοφάγου σε έδαφος υπερ-μήκους οισοφάγου Barrett (ULSBE).

Συζήτηση: Ο υπερ-μήκης (Ultra-Long) οισοφάγος Barrett αποτελεί μία σπάνια οντότητα, με δυσμενή πρόγνωση για τον ασθενή, καθώς το μήκος του φαίνεται να συσχετίζεται με το βαθμό της δυσπλασίας του οισοφαγικού βλεννογόνου. Σε περίπτωση υπόνοιας ULSBE θα πρέπει να λαμβάνονται βιοψίες καθ' όλο το μήκος του οισοφάγου και θα πρέπει να αποφασίζεται η διενέργεια ολικής οισοφαγεκτομής για αποφυγή υποτροπής της νόσου.



Πρόεδροι - Ομιλητές - Σχολιαστές

Αγγελόπουλος Σ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Δ' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ Γ.
Παπανικολάου

Αλατσάκης Μ.

Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ, Χειρουργικό
Τμήμα, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς - Ο Άγιος
Δημήτριος»

Αντωνιάδης Ν.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων,
ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Αποστολίδης Σ.

Αν. Καθηγητής Ανατομίας ΑΠΘ

Αρκούδας Ν.

Οικονομολόγος, Διδάκτωρ Διοικητικής
Επιστήμης, τ. Διοικητής Νοσοκομείων,
Θεσσαλονίκη

Βλάχος Κ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Γαλάνης Ι.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Β' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ Γ. Γεννηματάς

Γερμανίδης Γ.

Επ. Καθηγητής Γαστρεντερολογίας ΑΠΘ,
Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Γιακουστίδης Δ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής-
Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, Χειρουργική
Κλινική Μεταμοσχεύσεων,
ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Δελλαπόρτα Ε.

Γαστρεντερολόγος, Επικουρική
Επιμελήτρια, ΠΓΝ Έβρου -
Αλεξανδρούπολης

Δεμερτζίδης Χ.

Χειρουργός, Συντονιστής Διευθυντής
Χειρουργικής Κλινικής, ΓΝ Βέροιας

Ελευθεριάδης Ε.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Έξαρχος Ν.

Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ, ΓΝ Βόλου

Ευαγγέλου Ι.

Χειρουργός, Αν. Συντονιστής Διευθυντής,
Β' Χειρουργική Κλινικής
ΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

Ευθυμιάδης Χ.

Χειρουργός, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο
Θεσσαλονίκης

Ζανδές Ν.

Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ, Χειρουργική
Κλινική, ΓΝ Κοζάνης «Μαμάτσειο»

Ζαχαρούλης Δ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Ζωγράφος Γ.

Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ,
Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής
Χειρουργικής Κλινικής, ΓΝΑ Ιπποκράτειο

Θεοδωρόπουλος Γ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ,
Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική,
ΓΝΑ Ιπποκράτειο

Θεοδώρου Δ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

Ιωαννίδης Κ.

Χειρουργός, Συντονιστής Διευθυντής
Χειρουργικής Κλινικής, ΓΝ Δράμας

Καμπαρούδης Α.

Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο



Κανέλλος Ι.

Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Καραβίας Δ.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής
Πανεπιστημίου Πατρών

Καραγιάννη Μ.

Δικηγόρος

Κεσίσσογλου Ι.

Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Διευθυντής Γ' Χειρουργικής Κλινικής,
ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Κοσμίδης Χ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Γ' Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Κουκλάκης Γ.

Καθηγητής Γαστρεντερολογίας
ΔΠΘ, Διευθυντής Εργαστηρίου
Γαστρεντερολογίας-Ηπατολογίας,
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Κουριδάκης Π.

Διευθυντής Β' Χειρουργικής Κλινικής,
424 ΓΣΝΕ

Κρόκος Ν.

Χειρουργός, Συντονιστής Διευθυντής,
Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

Κτενίδης Κ.

Αν. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής ΑΠΘ,
Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική,
ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Κυβρακίδης Ε.

Χειρουργός, Επιμελητής Α' ΕΣΥ,
Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική,
ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Κωνσταντινίδης Κ.

Γενικός Χειρουργός, Διευθυντής Γενικής
Βαριατρικής, Λαπαροσκοπικής και
Ρομποτικής Χειρουργικής Κλινικής,
«Ιατρικό Κέντρο Αθηνών»

Λαζαρίδης Χ.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Λιούπης Α.

Χειρουργός, Συντονιστής Διευθυντής,
Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝ Βόλου
Αχιλλοπούλειο

Λυρατζόπουλος Ν.

Καθηγητής Χειρουργικής ΔΠΘ,
Α' Χειρουργική Κλινική,
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Μαντζώρος Ι.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Δ' Χειρουργική Κλινική,
ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου

Μαράκης Γ.

Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Διευθυντής Α' Χειρουργικής Κλινικής,
ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Μέκρας Α.

Επιμελητής Γενικής Χειρουργικής
Verbundkrankenhaus Bernkastel -
Wittlich, Γερμανία, Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής ΑΠΘ, Επιστημονικός Συνεργάτης
Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής,
ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Μέκρας Δ.

Γενικός Χειρουργός, Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής ΑΠΘ, Συνεργάτης ΙΔΚ

Μιχαλόπουλος Α.

Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής
Χειρουργικής Κλινικής, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Μιχαλόπουλος Ν.

Χειρουργός, Α' Προπαιδευτική
Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο

Μόσχος Ι.

Γαστρεντερολόγος, Αρχίατρος,
Υποδιευθυντής Γαστρεντερολογικής
Κλινικής 424 ΓΣΝΕ



Μπαλλάς Κ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική,
ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Μπασδάνης Γ.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Μπουμπόναρης Α.

Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής
Γαστρεντερολογικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ

Παπαβασιλείου Χ.

Χειρουργός, Διευθυντής Α' ΕΣΥ Α'
Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Παπαβραμίδης Θ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική,
ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Παπαβραμίδης Σ.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Παπαδόπουλος Β.Ν.

Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ, Χειρουργική
Κλινική, ΓΝ Βέροιας

Παπαδόπουλος Β.

Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική,
ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Παπαζιώγας Β.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Β' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ Γ. Γεννηματάς

Παπακωνσταντίνου Ι.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ,
Β' Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο
Αρεταίειο, Αθήνα

Παραμυθιώτης Δ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική,
ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Πασσάς Ι.

Ειδικευόμενος Χειρουργικής,
ΓΝΑ «Κωνσταντοπούλειο»

Παυλίδης Ε.

Χειρουργός, Επιστ. Συνεργάτης
Β' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής
ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Παυλίδης Θ.

Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Διευθυντής Β' Προπαιδευτικής
Χειρουργικής Κλινικής ΑΠΘ,
ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Πιτιακούδης Μ.

Καθηγητής Χειρουργικής ΔΠΘ,
Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική &
Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής
και Χειρουργικής Έρευνας,
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Πλιάκος Ι.

Χειρουργός, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Πανεπ.
Υπότροφος Α' Προπαιδευτική
Χειρουργικής Κλινικής, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Πολυχρονίδης Α.

Καθηγητής Χειρουργικής ΔΠΘ,
Διευθυντής Α' Χειρουργικής Κλινικής,
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Πραματευτάκης Μ.Γ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Προυσαλίδης Ι.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Ρουσογιάννης Σ.

Χειρουργός, Επιμελητής Β' ΕΣΥ,
Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Βόλου
«Αχιλλοπούλειο»

Ρωμανίδης Κ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΔΠΘ,
Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική,
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Σακαντάμης Α.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Σαπαλίδης Κ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Γ' Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ



Σαρατζής Ν.

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής ΑΠΘ,
Α΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική,
ΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

Σκάνδαλος Ι.

Χειρουργός, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ,
ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

Σπηλιώτης Ι.

Χειρουργός, Συντονιστής Διευθυντής,
Α΄ Χειρουργικό Τμήμα, ΕΑΝΠ «Μεταξά»

Στάμου Κ.

Χειρουργός, Αθήνα

Συμεωνίδης Ν.

Χειρουργός, Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ,
Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική
ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Τέντες Απ.

Χειρουργός - Ογκολόγος, Πρόγραμμα
Περιτοναϊκής Κακοήθειας, Νοσοκομείο
Metropolitan, Αθήνα

Τζεβελέκη Ι.

Χειρουργός, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο
Θεσσαλονίκης

Τούτουζας Κ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ,
Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική,
ΓΝΑ Ιπποκράτειο

Τσαλής Κ

Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Διευθυντής Δ΄ Χειρουργικής Κλινικής
ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου

Τσιμογιάννης Ε.

Χειρουργός, τ. Συντονιστής Διευθυντής
ΕΣΥ

Τσουλφάς Γ

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Α΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική,
ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Φαχαντίδης Ε.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Φωστήρα Φ.

Συνεργαζόμενη Ερευνήτρια Βαθμίδος
Δ΄, Εργαστήριο Μοριακής Διαγνωστικής,
ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος

Χάρη Χ.

Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Α΄ Προπαιδευτική
Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Χαρλαύτης Ν.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Χατζηθεόκλητος Ε.

MD, PhD, Χειρουργός, Ιατρικό
Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης,
Πρόεδρος ΧΕΒΕ

Χατζής Ι.

Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ, Χειρουργικό
Τμήμα, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς - Ο Άγιος
Δημήτριος»

Χέβα Α.

Παθολογοανατόμος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ,
Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου,
ΓΝΘ Παπανικολάου

Χρηστάκης Χρ.

Χειρουργός, τ. Διευθυντής Χειρουργικής
Κλινικής ΙΚΑ - ETAM ΠΑΝΑΓΙΑ, Υπεύθυνος
Μονάδος Χειρουργικής Ογκολογίας
Euromedica Κυανός Σταυρός,
Θεσσαλονίκη

Χριστοφορίδης Ε.

Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Διευθυντής Β΄ Χειρουργικής Κλινικής
ΓΝΘ Γ. Γεννηματάς

Ψαρράς Κ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική,
ΓΝΘ Ιπποκράτειο



Ευρετήριο Συγγραφέων

Abu Farha S.	O01	Καρακατσάνης Α.	O11
Άγος Χ.	P13	Κατσίκη Ε.	P25
Ανδρεάδης Ε.	PO3, P11, P10, P14	Κελεμουρίδου Ε.	P16
Αποστολίδου Κ.	O23	Κεσίσσoglou Ι.	O13, O20
Αποστολίδου-Κιούτη Φ.	O03, O06, O05	Κοίλιας Κ.	PO2
Αποστόλου Χ.	O12, O06, O05	Κολέτσα Τ.	O19
Βακής Γ.	O28, O24, O25	Κοντούλης Θ.	P09
Βεδεράκη Σ.	PO1	Κορκολής Δ.	P06, P08, O16, P07
Βλαχάκη Ε.	O18	Κορωναίου Α.	O04
Βολουδάκης Ν.	P19, O09, O21	Κοσμίδης Χ.	O13, O20
Γαλάνης Ι.	O08	Κουρής Ν.	O16, P06, P07, P08
Γαντζούλας Σ.	P06, P07, O16, P08	Κοφίνα Κ.	O19, O01, O11, O15, O02, O27, O14, O26
Γερόπουλος Γ	O17, 912, P25	Κοφινάς Α	O17, P04
Γιαννακοπούλου Π.	O07	Κτενίδης Κ.	O07
Γιαννής Δ	O17, O18, P12, P18, P15	Κυβρακίδης Ε.	O01, O07
Γιώργαινας Ν.	P15	Κυριακίδου Δ.	PO3, P10, P11, P14
Γκούρβας Β.	P19	Κωστάκης Η.	O08
Γοδόσης Δ.	O07, O11	Λαζαρίδης Μ.	O10, VIDEO 1, VIDEO 2
Γοντικάκης Ε.	P06, O16, P08, P07	Λάσκου Σ.	O09, O21, O08
Γούλας Π.	O14, O15	Λιάβας Λ.	O13, O20
Γρηγορίου Μ.	O10, VIDEO 1, VIDEO 2	Λιούπης Α.	P13, P01, P02,
Δαμαλάς Κ	O16, P06, P07, P08	Λιούπης Μ.	PO2
Δημάκης Κ.	O04	Μάϊνου Μ.	O18
Διαμαντίδου Α.	O14	Μάλλιου Π.	O02, O22
Ευαγγελάτος Π.	O09, O21, O28	Μανατάκης Δ.	O16, P06, P07, P08
Ευθυμιάδης Χ.	VIDEO 1, VIDEO 2, O10	Μανταλόβας Σ.	O13
Ευσταθίου Γ.	O26	Μαρίνη Κ.	O04
Ζήκος Π.	P19	Μαρκόπουλος Γ.	O04
Ζήση Α.	O19	Μαρνέρη Α	O17, P12, O18, P25
Ζιάκα Π.	O05	Μαυρίδου Μ.	O03
Ζιώγα Ε.	PO1	Μιχαλόπουλος Α.	O22, O23, O19, O02, O11, O14, O26, O07
Ηλιάδης Α.	O23	Μιχαλόπουλος Ν.	O13, O20
Ιακωβίδης Π.	PO3, P11, P10, P14	Μοσχοπούλου Σ.	O24, O28, O25
Ιτσιόπουλος Η.	O07	Μουρατίδου Κ.	P18, P15, P05, P25, P04
Ιωαννίδης Α.	O10, VIDEO 1, VIDEO 2	Μουσλεχ Ζ.	O22
Καλαϊτζής Γ.	O12, O09, O21	Μπαγγέας Π.	O27, O02, O07, O26, O22,
Καλτσίκης Θ.	O09, O21, P19	Μπαλαλής Δ.	O16, P06, P07, P08
Καμάς Α.	O03		
Καναβός Ε.	P16		
Καπούλας Σ.	O21, O09		



Μπαλλάς Κ	O17, P05, O18, P12, P04, P18, P25, P15	Ριζνιοτοπούλου Π.	O12, O05, O06 P13
Μπαλτάς Χ.	O20	Ρουσογιάννης Σ.	P02, P01
Μπαμίχα Α.	P13, P01	Σανιδάς Β.	O13, O20
Μπάμπαλη Η.	P06, O16, P07, P08	Σαπαλίδης Κ.	P10, P14, P03, P11
Μπαντάνας Σ.	P16	Σαπίδης Ν.	O05, O06, O03, O12
Μπασσάνης Γ.	O10, O01, VIDEO1, VIDEO2, O15, O27	Σκάνδαλος Ι.	P08, P06, P07
Μπερδελής Β.	O16	Σούλου Β.	O28, O24, O25
Μπουτσιάδου Τ.	O27	Σοφούδης Χ.	O03, O05, O06
Μωϋσιάδου Χ.	P21, P23	Στάμπου Π.	P17, P20, P24, P21, P22, P23
Νοτόπουλος Α.	PO5, P04	Στυλιανίδου Σ.	O17, P25, O18, P12, P05, P18, P15, P04
Ντόντος Γ.	PO2, P13	Συμεωνίδης Ν	PO5
Ντούρος Β.	P12, P05	Συνεκίδου Ε.	PO1, P02
Ξέρρας Α.	O04	Σύρμος Ν.	O15
Ξυλαρδιστός Π.	P13	Ταβάκη Ε.	P09
Οικονομίδης Στ.	O07	Τζεβελέκη Ι.	P17, P20, P24, P21, P22, P23
Οικονόμου Α.	PO3, P10, P11, P14	Τζιτζίκας Ι.	O19
Πανίδης Σ.	O19	Τζωρακοελευθεράκη Σ.Ε.	O14
Παπαβραμίδης Θ.	O19, O22, O23, O02, O15,	Τσακίρης Γ.	O12, O06
Παπαδόπουλος Β.	O22, O19, O23	Τσαμασλίδης Γ.	PO1
Παπαδόπουλος Β.Ν.	O11, O26, O27	Τσιριμώνα Α.	O04
Παπαδόπουλος Ο.	O24, O25	Τσολακίδου Α.	O03, O12
Παπαδοπούλου Α.	P21, P24, P22, P17, P20, P23	Τσομπανίδης Α.	O01, O23
Παπαζιώγας Β.	O09, O21	Τσοποζίδης Μ.	P10, P14, P03, P11
Παπαθανασίου Λ.	O08, P19	Φαχούρης Ζ.	P17, P20, P23, P22, P21, P24 P18
Παπατόλιος Γ	O17, P12, P25, P05, O18, P18, P15, P04	Φιλίππατος Κ.	O12, O05, O06
Παραμυθιώτης Δ.	O26, O27, O22, O23, O01, O02, O11, O14, O15	Φλάρης Ν.	O04
Πατσιαούρα Κ.	O12	Φουντούκης Τ.	O04
Παυλίδης Ε.Θ	O17, O18, P25, P12, P05, P18, P04, P15	Χαλκίδου Μ.	P19
Παυλίδης Θ.Ε.	PO5, O17, O18, P12, P18, P25, P04, P15	Χατζηγεωργίου Ι.	PO2, P01
Πενλίδης Μ.	O08	Χατζημαυρουδής Γ.	P18
Περιφάνης Β.	O23	Χαυτούρας Ν.	P18
Πιντιρέκη Α.	O16, P06, P07, P08	Χάχαλης Γ.	O03
Πλατανιώτης Γ.	O16, P06, P07, P08	Χότζογλου Ν.	O08, P19, O21, P09
Πλέκη Α.	O04	Χριστοφορίδης Ε.	PO2
Πλιάκος Ι.	O19	Χρυσοβαλάντης Α.	P13
		Ψαριανός Κ.	O17, P05, P18, P25, O18, P12, P15, P04
		Ψαρράς Κ	



Γενικές Πληροφορίες

Ημερομηνία και τόπος διεξαγωγής του συνεδρίου 10-12 Ιουνίου 2016

Ξενοδοχείο Volos Palace (Ξενοφώντος & Θράκων, 383 33 Βόλος, Τηλ: 24210 76501-5, Φαξ: 24210 76507, www.volospalace.gr)

Γλώσσα συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η ελληνική.

Συμμετοχή

Κατηγορία	Κόστος Εγγραφής
Ειδικοί	100€
Ειδικευόμενοι	50€
Νοσηλεύτες / Τεχνικοί/ Μεταπτυχιακοί Φοιτητές	30€
Προπτυχιακοί Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

Το δικαίωμα συμμετοχής για τους συνέδρους περιλαμβάνει:

Ειδικοί, Ειδικευόμενοι, Νοσηλεύτες, Τεχνικοί, Μεταπτυχιακοί Φοιτητές

- Παρακολούθηση συνεδρίου
- Επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο
- Συνεδριακό υλικό
- Εναρκτήρια τελετή
- Πιστοποιητικό συμμετοχής

Προπτυχιακοί Φοιτητές

- Παρακολούθηση συνεδρίου
- Επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο
- Πιστοποιητικό συμμετοχής

Πιστοποιητικό συμμετοχής

Σύμφωνα με τη νέα εγκύκλιο του ΕΟΦ για την παραλαβή του πιστοποιητικού απαιτείται η παρακολούθηση του 60% του συνολικού χρόνου του επιστημονικού προγράμματος. Θα υπάρχει σύστημα καταμέτρησης με Barcode.



Μοριοδότηση συνεδρίου

Στο συνέδριο θα χορηγηθούν **14 μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Γραμματεία συνεδρίου



Global Events
...makes the difference!

Διοργάνωση Συνεδρίων - Εκδηλώσεων

Θεσσαλονίκη: Σταδίου 50Α, 55534 Πυλαία, Θεσσαλονίκη

Τηλ.: 2310 247743, 2310 247734, Φαξ: 2310 247746, e-mail: info@globalevents.gr

Αθήνα: Αγγέλου Μεταξά 21, Εμπορικό Κέντρο Galleria, 16675 Γλυφάδα, Αθήνα

Τηλ.: 210 3250260, Φαξ: 210 3250260, e-mail: athens@globalevents.gr

www.globalevents.gr



Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή του 3^ο Πανελλήνιου Συνεδρίου Γενικής Χειρουργικής ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρείες για τη συμβολή τους στη διοργάνωση.



TygacilTM
tigecycline

EcaltaTM
Anidulafungin

VFEND[®]
(voriconazole)

ZYVOXID[®]
Linezolid

AI-01-FEB14

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



Συμβουλευτείτε τις Περιλήψεις Χαρακτηριστικών των Προϊόντων που διατίθενται από τη Pfizer Hellas A.E.
PFIZER HELLAS A.E. Λεωφ. Μεσογείων 243, 154 51 Ν. Ψυχικό, Τηλ. Επιστημονικής Ενλημέρωσης: 210 67 85 800