



3ο Πανελλήνιο Συνέδριο & International Forum του Ελληνικού Κολλεγίου Χειρουργών

17-19 Απριλίου 2008
Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani Caravel

Πρώτη Κλινική Εφαρμογή
του Προγράμματος «Σύζευξις»
Τελικό Πρόγραμμα -
Βιβλίο Περιλήψεων

www.hcos.gr

Υπό την αιγίδα των:

Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

Σε συνεργασία με τις:

Ελληνική Αγγειοχειρουργική Εταιρεία
Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία
Ελληνική Εταιρεία Ενδοσκοπικής Χειρουργικής
Ελληνική Εταιρεία Μεταμοσχεύσεων
Ελληνική Εταιρεία Τραύματος και Επείγουσας Χειρουργικής
Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικής Πεπτικού
Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Μαστού
Εταιρεία Βασικών Ιατρικών Επιστημών Ελλάδος
Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας
Greek Chapter of American College of Surgeons

Somatostatin 3 mg
Somastin® Sb



η
συσκευασία
που
ξεχωρίζει

ASACOL®
mesalazine

800



*Συνεχής βελτίωση
για
ένα καλύτερο αύριο!*

 **Helicobacter® INFAI**
¹³C-UBT



Από 12 ετών
και άνω



**Παγκόσμια Αναγνώριση
&
Πρωτοπορία**

 **FARAN** LABORATORIES s.a.

Τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης Φαρμάκων
ΑΘΗΝΑ: Αχαΐας & Τροισινίας, Ν. Κηφισιά Τηλ.: 210.6269.200 - Fax: 210.8071.688
ΘΕΣΣ/ΝΙΚΗ: 9ο χλμ. Θεσ/νίκης Μουδανίων, 570 01 Πυλίο, Τηλ.: 2310.818064 - Fax: 2310.823695
e-mail: faran@otenet.gr

**3ο Πανελλήνιο Συνέδριο
& International Forum**
του Ελληνικού Κολλεγίου Χειρουργών

www.hcos.gr

Περιεχόμενα

	σελ.
Μήνυμα Προέδρου.....	4
Επιτροπές.....	5
Γενικές Πληροφορίες.....	7
Μοριοδότηση Συνεδρίου.....	9
Συνοπτικό Πρόγραμμα.....	10
Επιστημονικό Πρόγραμμα.....	14
Περίληψεις Εργασιών.....	24
• Ελεύθερες Ανακοινώσεις.....	24
• Αναρτημένες Ανακοινώσεις.....	37
Προσκεκλημένοι Ομιλητές.....	52
Ευρετήριο Συγγραφέων.....	60
Ευχαριστίες.....	66

Μήνυμα Προέδρου 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Είναι η τρίτη συνεχής χρονιά που το Ελληνικό Κολλέγιο Χειρουργών διεξάγει το Πανελλήνιο Συνέδριό του στην Αθήνα.

Το Ελληνικό Κολλέγιο Χειρουργών δε θεωρείται ένας Επιστημονικός Σύλλογος Ιατρών, όπως πολλοί άλλοι, αλλά είναι η ομάδα των ακαδημαϊκών επιστημόνων, η αρμοδία στην εκπαίδευση και συνεχή ενημέρωση των νέων Χειρουργών. Γι' αυτό άλλωστε και ονομάζεται Ελληνικό Κολλέγιο Χειρουργών, κατ' αντιστοιχία με τα διεθνή πρότυπα.

Σκεφτήκαμε, πλησιάζοντας περισσότερο τους σκοπούς του Κολλεγίου, να επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον αυτού του 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου στους πολύ πιο νέους συναδέλφους χειρουργούς, κοιτάζοντας προσεκτικότερα και πρακτικότερα τις ανάγκες τους που, έτσι κι αλλιώς, δεν εξαντλούνται σε ένα συνέδριο και δεν καλύπτονται με το ρυθμό εξέλιξης της Χειρουργικής.

Αμέτρητες οι ευκαιρίες ενημέρωσης των νέων σήμερα και ατελείωτος ο αριθμός και η συχνότητα των ιατρικών συνεδρίων. Θεωρούμε όμως υποχρέωσή μας, αφού ποτέ δεν καλύπτονται οι απορίες μας, ιδίως των νέων, να συγχρονίσουμε την τεχνική μετάδοσης των γνώσεων και τη θεματολογία με την παρουσία ειδικών έμπειρων συναδέλφων χειρουργών, έτσι που σε τρεις μέρες, 17, 18 και 19 Απριλίου, να εξαντλήσουμε 4-5 συγκεκριμένα θέματα με συνεχή τηλεματική (τηλεεκπαίδευση) μετάδοση μέσω του προγράμματος «Σύζευξις», πρακτικά και θεωρητικά.

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

Την τελευταία ημέρα (Σάββατο πρωί) θα γίνει Μετεκπαιδευτικό σεμινάριο με Interactive συμμετοχή του ακροατηρίου, στο οποίο και θα βραβευθούν οι τρεις πρώτοι που παρακολούθησαν με χρηματική αμοιβή και επαίνους.

Προφορικές ανακοινώσεις θα γίνουν σε πολύ περιορισμένο αριθμό (μέχρι 20) με αυστηρή κρίση και ερευνητική κατεύθυνση, κλινική ή πειραματική. Θεωρούμε ότι με τον τρόπο αυτό θα περάσουμε ένα ευχάριστο επιστημονικό τριήμερο και θα αποφύγουμε την πλήξη της επανάληψης και του καθιερωμένου.

Επομένως, σας περιμένουμε όλους εσάς τους νέους συναδέλφους στις 17 Απριλίου στο Divani Caravel, στην Αθήνα, γιατί η παρουσία σας μας ενδιαφέρει και μας χρειάζεται.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Ο Πρόεδρος
Ιωάννης Μπράμης
Καθηγητής Χειρουργικής

Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικού Κολλεγίου Χειρουργών

Πρόεδρος	Αλκιβιάδης Κωστάκης
Α' Αντιπρόεδρος	Αθανάσιος Γιαννόπουλος
Β' Αντιπρόεδρος	Χρήστος Τσιγκρής
Γενικός Γραμματέας	Κωνσταντίνος Καραλιώτας
Ειδικός Γραμματέας	Νικόλαος Νικητέας
Ταμίας	Ηρακλής Παπαϊωάννου
Μέλη	Κωνσταντίνος Μανωλάς Γεώργιος Παπαστρατής Κωνσταντίνος Χατζηθεοφίλου

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος	Ιωάννης Μπράμης
Μέλη	Αλκιβιάδης Κωστάκης Αθανάσιος Γιαννόπουλος Χρήστος Τσιγκρής Κωνσταντίνος Καραλιώτας Νικόλαος Νικητέας Ηρακλής Παπαϊωάννου Κωνσταντίνος Μανωλάς Γεώργιος Παπαστρατής Κωνσταντίνος Χατζηθεοφίλου

Επιστημονική Επιτροπή

Πρόεδρος: Αθανάσιος Γιαννόπουλος

Μέλη:	Α. Μαχαίρας	Γ. Ζωγράφος
	Κ. Φωτιάδης	Ε. Γεωργίου
	Γ. Αντσακλής	Δ. Κουτσούρης
	Γ. Καραντζάς	Ε. Λέανδρος
	Α. Νάκος	Α. Μανουράς
	Κ. Καραλιώτας	Π. Μπάλας
	Χ. Τσιγκρής	Ε. Παπαλάμπρος
	Μ. Σαφιολέας	Ο. Παπαδόπουλος
	Α. Καραμπίνης	Ν. Γκουρτσογιάννης
	Π. Μιχαήλ	Π. Παππάς
	Χ. Στεφανάδης	Κ. Μανωλάς
	Α. Καλοφούτης	Κ. Σιμόπουλος
	Β. Γολεμάτης	Γ. Πολυμενέας
	Ι. Καράκωστας	Β. Ζόμπολας
	Ι. Μπράμης	Γ. Κρεασάς
	Α. Φασουλάκη	Α. Κωστάκης
	Θ. Δημόπουλος	Α. Tzakis
	Β. Καλαποθάκη	

Τιμητική Επιτροπή

Επίτιμος Πρόεδρος
Επίτιμος Πρόεδρος
Μέλη

Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και Πάσης Ελλάδος Ιερώνυμος
Γ. Σκαλκέας
Β. Γολεμάτης
Π. Μπάλας
Α. Καλοφούτης
Μ. Φιλιππάκης
Β. Κέκης

Επιτροπή Ακαδημαϊκών Συμβούλων των Ιατρικών Σχολών

Θωμάς Γερασιμίδης	Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Διονύσιος Καββαδίας	Πανεπιστήμιο Πατρών
Φώτης Κατσαρέντζος	Πανεπιστήμιο Πατρών
Άγγελος Καππός	Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Κωνσταντίνος Μανωλάς	Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
Κωνσταντίνος Σιμόπουλος	Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
Δημήτριος Τακούδας	Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Ευάγγελος Τζωρακοελευθεράκης	Πανεπιστήμιο Πατρών
Δημήτριος Τσιφτσής	Πανεπιστήμιο Κρήτης
Μιχαήλ Φατούρος	Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Γεώργιος Χατζηαδάκης	Πανεπιστήμιο Κρήτης
Κωνσταντίνος Χατζηθεοφίλου	Πανεπιστήμιο Λάρισας

Συνεργαζόμενες Επιστημονικές Εταιρείες

Ελληνική Αγγειοχειρουργική Εταιρεία – Πρόεδρος κ. Χ. Λιάπης
Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία – Πρόεδρος κα. Μερóπη Βιολάκη – Παρασκευά
Ελληνική Εταιρεία Ενδοσκοπικής Χειρουργικής – Πρόεδρος κ. Ε. Τσιμογιάννης
Ελληνική Εταιρεία Μεταμοσχεύσεων – Πρόεδρος κ. Α. Κωστάκης
Ελληνική Εταιρεία Τραύματος και Επείγουσας Χειρουργικής – Πρόεδρος κ. Στ. Κατσαραγάκης
Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικής Πεπτικού – Πρόεδρος κ. Ε. Λεάνδρος
Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Μαστού – Πρόεδρος κ. Χρ. Μαρκόπουλος
Εταιρεία Βασικών Ιατρικών Επιστημών Ελλάδος – Πρόεδρος κ. Α. Καλοφούτης
Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας – Πρόεδρος κ. Σ. Ράπτης
Greek Chapter of American College of Surgeons – President C. Liapis

Οργάνωση – Γραμματεία



AFEA - CONGRESS S.A.

Λυκαβηττού 39-41, 10672 Αθήνα
Τηλ: 210 3668853, Fax: 210 3643511
E-mail: afea@hcsathens2008.gr

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τόπος Διεξαγωγής του Συνεδρίου
Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα
Αίθουσα ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ

Ημερομηνία **17-19 Απριλίου 2008**

Επίσημη Γλώσσα του Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική. Για επιλεγμένες συνεδρίες θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση από Αγγλικά στα Ελληνικά.

Κάρτες Συνέδρων (Badges)

Οι κάρτες (badges) θα παραδίδονται από τη Γραμματεία του Συνεδρίου και είναι ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ για την είσοδο, τόσο στο συνεδριακό χώρο, όσο και στην έκθεση, καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

Έκθεση

Στο πλαίσιο του Συνεδρίου διοργανώνεται Έκθεση Εταιρειών Φαρμακευτικών και Τεχνολογικών Προϊόντων.

Κέντρο Δοκιμής Παρουσιάσεων (Slide Center / Preview Desk)

Οι κ.κ. ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν εγκαίρως το σχετικό υλικό των εισηγήσεών τους, (δισκέτες, slides, CDs) τουλάχιστον 1 ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους, στο slide preview desk.

Έντυπο Συνεδριακό Υλικό

Οι Σύεδροι που έχουν προεγγραφεί στο Συνέδριο θα παραλάβουν το Συνεδριακό Υλικό (τελικό πρόγραμμα - βιβλίο περιλήψεων εργασιών) καθώς και την Κάρτα Συνέδρων (badge) από το Γραφείο Προεγγραμμένων της Γραμματείας του Συνεδρίου.

Γραμματεία Ελληνικού Κολληγίου Χειρουργών

Το Ε.Κ.Χ. θα λειτουργεί τη Γραμματεία του στο Συνεδριακό χώρο καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου, για πληρωμές συνδρομών μελών και εγγραφές νέων μελών. Η ετήσια Συνδρομή των μελών του Κολληγίου ανέρχεται στα 60€. Το δικαίωμα εγγραφής στο μητρώο των μελών του Κολληγίου ανέρχεται στα 30€.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Εγγραφές ON SITE
Από 01/04 έως 19/04/08

Ειδικευμένοι € 165

Μέλη Ε.Κ.Χ. € 110

Ειδικευόμενοι * Δωρεάν

Νοσηλεύτες / Φοιτητές * Δωρεάν

* Οι συμμετέχοντες που ανήκουν σε μια από τις παραπάνω κατηγορίες για τις οποίες προβλέπεται μειωμένο δικαίωμα εγγραφής (Ειδικευόμενοι-Νοσηλεύτες-Φοιτητές), είναι **απαραίτητο** να βεβαιώνουν την ιδιότητά τους, προσκομίζοντας αντίστοιχο αποδεικτικό στοιχείο.

Η εγγραφή Συνέδρων περιλαμβάνει:

• Παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος, Συμμετοχή στην Εναρκτήρια Τελετή του Συνεδρίου, Συμμετοχή στη Δεξίωση Υποδοχής, Διαλείμματα καφέ, Συνεδριακό Υλικό, Πιστοποιητικό Συμμετοχής

Οι εγγραφές θα γίνονται στη Γραμματεία του Συνεδρίου, στο ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL τις παρακάτω ημέρες και ώρες:

Πέμπτη 17 Απριλίου 2008	08:00-20:00
Παρασκευή 18 Απριλίου 2008	08:00-20:00
Σάββατο 19 Απριλίου 2008	08:00-15:00

Ελεύθερες & Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Οι Ελεύθερες Ανακοινώσεις παρουσιάζονται στο πρόγραμμα ως ΕΑ και οι Αναρτημένες Ανακοινώσεις – Posters ως ΑΑ

Ελεύθερες / Προφορικές Ανακοινώσεις

Ο χρόνος παρουσίασης κάθε εργασίας θα είναι 7 λεπτά συμπεριλαμβανομένης και της συζήτησης. Για την παρουσίαση της εργασίας τους οι συγγραφείς θα έχουν στη διάθεσή τους PC projector για power point παρουσίαση, καθώς και slide projectors για μονή ή διπλή παρουσίαση.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

- Στο χώρο διεξαγωγής του Συνεδρίου, στο foyer της αίθουσας ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ θα υπάρχουν οι αναρτημένες ανακοινώσεις καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου των Ανακοινώσεων.
- Οι συγγραφείς καλούνται να αναρτήσουν τις εργασίες τους στις προβλεπόμενες θέσεις, η αρίθμηση των οποίων θα αντιστοιχεί στον κωδικό αριθμό παρουσίασης της εργασίας τους.
- Σε κάθε πλαίσιο ανάρτησης Ανακοινώσεων, θα έχει ήδη τοποθετηθεί από τον Οργανωτή ο κωδικός αριθμός της κάθε περίληψης.
- Οι συγγραφείς θα προμηθευτούν τα απαιτούμενα υλικά για την ανάρτηση των Ανακοινώσεων από τη Γραμματεία του Συνεδρίου στο συνεδριακό χώρο.
- Η ανάρτηση των Posters μπορεί να γίνει την Πέμπτη 17 Απριλίου, ώρα 09:00 - 12:00 και η αποξήλωσή τους το Σάββατο 19 Απριλίου, ώρα: 13:00
- Η ευθύνη ανάρτησης και αποξήλωσης των posters την προγραμματισμένη ημέρα και ώρα είναι αποκλειστικά των συγγραφέων και η Ο.Ε. δεν φέρει καμία υποχρέωση σε περίπτωση που καταστραφούν ή χαθούν μετά το πέρας της προγραμματισμένης ώρας αποξήλωσης.

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

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο & International Forum του Ελληνικού Κολλεγίου Χειρουργών, μετά από αξιολόγηση του Επιστημονικού προγράμματος, μοριοδοτήθηκε με δεκαοκτώ (18) μόρια συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME Credits). Επίσημος φορέας για τη μοριοδότηση είναι ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (Π.Ι.Σ.), μετά την υπογραφή σχετικής σύμβασης με τη Union Europeene de Mediciens Specialistes – European Union of Medical Specialsts (UEMS).

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Κάθε εγγεγραμμένος Σύεδρος υποχρεούται να συμπληρώσει την έντυπη φόρμα αξιολόγησης του Συνεδρίου που θα διατίθεται από τη Γραμματεία του Συνεδρίου στο foyer της αίθουσας ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η αξιολόγηση του Συνεδρίου είναι απαραίτητη για την παραλαβή πιστοποιητικού παρακολούθησης.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 17 Απριλίου 2008 ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ

08:30-09:30	Ελεύθερες Ανακοινώσεις (EA01, EA02, EA04, EA05, EA06, EA11)
09:30-09:50	Διάλεξη (Ομιλητής: Γ. Νίκου) Νευρο-ενδοκρινείς όγκοι του γαστρο-εντερο-παγκρεατικού «άξονα»: Ταυτοποίηση και κριτήρια κακοήθειας Προεδρείο: Α. Μαχαίρας
09:50-10:10	Διάλεξη (Ομιλητής: Δ. Βαρβιτσιώτης) Η έννοια και η πρακτική του όρου «κόστος – όφελος» στη χειρουργική Προεδρείο: Κ. Φωτιάδης
10:10-10:30	Διάλεξη (Ομιλητής: Δ. Θεοδώρου) Υπάρχει τρόπος βελτίωσης των ποσοστών επιβίωσης στον καρκίνο του οισοφάγου; Προεδρείο: Π. Μιχαήλ
10:30-10:50	Διάλεξη (Ομιλητής: Χ. Δερβένης) Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του παγκρέατος σήμερα Προεδρείο: Γ. Καραντζάς
10:50-11:10	Διάλεξη (Ομιλητής: Χ. Καλατζής) Ενδοσκοπική διερεύνηση του παχέος εντέρου με «κάψουλα» Προεδρείο: Α. Νάκος
11:10-11:30	Διάλειμμα Καφέ
11:30-12:30	Στρογγύλη Τράπεζα Επίκαιρα θέματα στον καρκίνο του ορθού Προεδρείο: Κ. Καραλιώτας - Χ. Τσιγκρής
12:30-14:10	Στρογγύλη Τράπεζα Επείγουσα χειρουργική στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Προεδρείο: Μ. Σαφιολέας - Α. Καραμπίνης
14:10-14:30	Διάλεξη (Ομιλητής: Ν. Χαρλαύτης) Χειρουργικές Λοιμώξεις: Προφυλακτική χορήγηση αντιβίωσης και η σημασία των ανθεκτικών στελεχών ειδικά στη νεκρωτική παγκρεατίτιδα Προεδρείο: Γ. Αντσακλής
14:30-16:30	Μεσημβρινή Διακοπή Ζωντανή μετάδοση χειρουργικής επέμβασης Σχολιαστής: Κ. Τούτουζας

16:30-17:30	Η ΩΡΑ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Ανάγκη εκσυγχρονισμού της εκπαίδευσης και της συνεχούς ενημέρωσης Προεδρείο: Χ. Στεφανάδης - Α. Καλοφούτης
17:30-18:45	Η ΩΡΑ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ Ιατρικό Λάθος – Επιπλοκή και αναπόφευκτη εγχειρητική συνέπεια Προεδρείο: Ι. Καράκωστας - Β. Γολεμάτης
18:45 - 19:00	Διάλειμμα
19:00-19:30	Lecture (Speaker: A. Fingerhut) Surgical Education today: A real challenge Chairman: Ι. Bramis
19:30-19:50	Διάλεξη (Ομιλήτρια: Γ. Γερολουκά – Κωστοπαναγιώτου) Η σχέση του αναισθησιολόγου με τις περιεγχειρητικές λοιμώξεις Προεδρείο: Α. Φασουλάκη
19:50-20:10	Διάλεξη (Ομιλητής: Σ. Λαδάς) Δεοντολογία και ηθικοί κανόνες στην κλινική πράξη Προεδρείο: Α. Παπαβασιλείου
20:10 - 20:30	Σύντομο μήνυμα - παραίτηση στο νέο Χειρουργό Ομιλητής: Γ. Σκαλκέας
20:30 – 21:30	Επίσημη Τελετή Έναρξης του 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου & International Forum του 3ου Ελληνικού Κολλεγίου Χειρουργών Προσφωνήσεις – Χαιρετισμοί
21:30	ΔΕΞΙΩΣΗ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΩΝ

Παρασκευή 18 Απριλίου 2008 ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ

08:30-09:30	Ελεύθερες Ανακοινώσεις (EA03, EA07, EA08, EA09, EA10, EA12, EA13)
09:30-09:50	Διάλεξη (Ομιλητής: Ν. Τσούλος) Υπάρχει σήμερα θέση στοχευμένης χημειοθεραπείας; Προεδρείο: Θ. Δημόπουλος
09:50-10:10	Διάλεξη (Ομιλητής: Α. Χαντζάκης) Ο μαζικός προκλινικός έλεγχος σε πληθυσμιακές ομάδες – Πότε δικαιώνεται και πότε αποτελεί υπερβολή Προεδρείο: Β. Καλαποθάκη

10:10-10:30	Διάλεξη (Ομιλητής: Γ. Φιλιππάκης) Τεχνολογικές εξελίξεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση των μη ψηλαφητών βλαβών του μαστού Προεδρείο: Γ. Ζωγράφος
10:30-11:30	Στρογγύλη Τράπεζα Η ψηφιακή επικοινωνία και η πληροφορική στην υπηρεσία της χειρουργικής σήμερα και στο μέλλον Προεδρείο: Ε. Γεωργίου - Δ. Κουτσούρης
11:30-12:00	Διάλειμμα Καφέ
12:00 - 13:30	Στρογγύλη Τράπεζα Εφαρμοσμένη τεχνολογία στην κλινική πράξη Πραγματικότητα και προοπτικές Προεδρείο: Ε. Λέανδρος - Α. Μανουράς
13:30 - 13:50	Διάλεξη (Ομιλητής: Ο. Παπαδόπουλος) Αποκατάσταση μεγάλων ελλειμμάτων του κοιλιακού τοιχώματος Προεδρείο: Δ. Τσούτσος
13:50 - 14:10	Διάλεξη (Ομιλητής: Ν. Ανεμοδουράς) Κήλες του κοιλιακού τοιχώματος: Απόλυτες και σχετικές ενδείξεις αποκατάστασης Προεδρείο: Δ. Αλεξάκης
14:10 - 14:30	Διάλεξη (Ομιλητής: Δ. Βώρος) Σύνδρομο μετεγχειρητικής αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης Προεδρείο: Γ. Πολυμενέας
14:30 - 17:00	Μεσημβρινή Διακοπή Μετάδοση μαγνητοσκοπημένης χειρουργικής επέμβασης Σχολιαστής: Κ. Τούτουζας
17:00 - 18:00	Στρογγύλη Τράπεζα Η συμβολή της απεικονιστικής τεχνολογίας στη χειρουργική: Διαγνωστική απεικόνιση στον καρκίνο του Γ.Ε.Σ. Προεδρείο: Ν. Γκουρτσογιάννης - Π. Παππάς
18:00 - 19:00	Στρογγύλη Τράπεζα Η συμβολή της τεχνολογίας στην αγγειοχειρουργική: Επιτεύγματα και συμπεράσματα μέχρι σήμερα Προεδρείο: Π. Μπάλας - Ε. Παπαλάμπρος
19:00-19:20	Lecture (Speaker: A. Martinez – Isla) Laparoscopic management of insulinomas Chairman: K. Hatzitheofilou

19:20-19:40	Διάλεξη (Ομιλητής: Θ. Λιακάκος) Γαστρεκτομή για καρκίνο του στομάχου. Θέσεις και αντιθέσεις Προεδρείο: Κ. Σιμόπουλος
19:40-20:15	Στρογγύλη Τράπεζα Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Μαστού Διαγνωστική προσέγγιση του πρώιμου καρκίνου του μαστού Προεδρείο: Β. Ζόμπολας
20:15-20:45	Κεντρική Διάλεξη (Ομιλητής: Μ. Μείμαρης) Επικοινωνία της Ιατρικής Πράξης Προεδρείο: Α. Γιαννόπουλος
21:30	Επίσημο δείπνο ομιλητών και προέδρων

Σάββατο 19 Απριλίου 2008 ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ

09:00-11:00	ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ Πρωτοπαθής και Μεταστατικός Καρκίνος του Ήπατος - Από τη μοριακή του υπόσταση στη σύγχρονη θεραπεία Προεδρείο: Α. Tzakis - Α. Κωστάκης - Π. Σκανδαλάκης
11:00-11:30	Διάλειμμα Καφέ
11:30-13:40	ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ (συνέχεια) Πρωτοπαθής και Μεταστατικός Καρκίνος του Ήπατος - Από τη μοριακή του υπόσταση στη σύγχρονη θεραπεία Προεδρείο: Α. Tzakis - Α. Κωστάκης - Π. Σκανδαλάκης
13:40-14:20	Lecture (Speaker: A. Tzakis) Transplantation for Malignancies Chairman: S. Delis
14:20-14:30	Επίσημη Λήξη του 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου & International Forum του Ελληνικού Κολλεγίου Χειρουργών
15:00 -16:00	Γραπτές εξετάσεις υποψηφίων υποτρόφων

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Πέμπτη 17 Απριλίου 2008

08.00 - 08.30 Προσέλευση – Εγγραφές

08.30 – 09.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
Πρόεδροι: Ιωάννης Καραϊτιανός - Σταμάτης Πίνης

EA01 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΞΑΙΡΕΘΟΥΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ

Μπενετάτος Νικόλαος, Κούλας Σπυρίδων, Ρουστάνης Ευάγγελος,
Βαλτζόγλου Βασίλειος, Τσιμογιάννης Ευάγγελος
Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

EA02 ΠΡΩΪΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Φλέσσας Ιωάννης¹, Φιλιππάκης Γεώργιος¹, Ζαγουρή Φλώρα¹, Γιαννόπουλος Παναγιώτης¹,
Παραράς Νίκος¹, Κοντογιάννη Παναγιώτα¹, Δομάγερ Φίλιππος¹, Χρυσικός Δήμος¹,
Σεργεντάνης Θεόδωρος¹, Μπλέτσα Γαρυφαλλία, Μπράμης Ιωάννης¹, Ζωγράφος Γεώργιος¹
¹Α Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Μονάδα Μαστού, «Πποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

EA04 Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΡΙΖΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ (Ρ.Λ.Κ.) ΣΤΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΜΙΚΡΟΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟΥ (S.L.N).

Κυριοπούλου Ευγενία, Μπασακίδης Ανδρέας, Γκρεμούτης Γεώργιος, Οικονόμου Θωμαΐς,
Παναγιώτου Πέτρος, Ζαπαντιώτη Πολυξένη, Τσούτσος Δημοσθένης
Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι. Ιωάννοβιτς»
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

EA05 ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗ ΡΙΝΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΟΜΗ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ

Χρυσοστομίδης Χρυσόστομος, Κονοφάος Πέτρος, Κωστόπουλος Επαμεινώνδας,
Καρυπίδης Δημήτριος, Τσαντούλας Ζαχαρίας, Παπαδόπουλος Όθων.
Νοσοκομείο Δερματολογικών Νοσημάτων «Α. Συγγρός», Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής & Β'
Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Γενικό Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Πανεπιστήμιο Αθηνών

EA06 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΧΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟΥ (S.L.N) ΣΤΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Κυριοπούλου Ευγενία¹, Παναγιώτου Πέτρος¹, Οικονόμου Θωμαΐς¹, Γκαμάτης Ειρήνη¹,
Παπαδόπουλος Στέφανος¹, Κολαξίδης Εμμανουήλ¹, Παπαδόπουλος Όθων²,
Τσούτσος Δημοσθένης¹.
¹Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής & Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι.Ιωάννοβιτς»,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» ²Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, Νοσοκομείο
Δερματολογικών Νοσημάτων «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

EA11 ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Πωλογιώργης Γ.¹, Μπίρμπα Κ², Πετράκη Κ.³, Κατσιλιέρης Ι.⁴

¹ Γ' Χειρουργικό Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Άγιος Σάββας", ² Αναισθησιολογικό Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Άγιος Σάββας", ³ Παθολογοανατομικό Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Άγιος Σάββας", ⁴ Γ' Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Άγιος Σάββας"

09.30 – 09.50 **Διάλεξη**

Θέμα: Νευρο-ενδοκρινείς όγκοι του γαστρο-εντερο-παγκρεατικού «άξονα»: Ταυτοποίηση και κριτήρια κακοήθειας
Προεδρείο: Αναστάσιος Μαχαίρας
Ομιλητής: Γεώργιος Νίκου

09.50 – 10.10 **Διάλεξη**

Θέμα: Η έννοια και η πρακτική του όρου «κόστος-όφελος» στη χειρουργική
Προεδρείο: Κωνσταντίνος Φωτιάδης
Ομιλητής: Δημήτριος Βαρβιτσιώτης

10.10 -10.30 **Διάλεξη**

Θέμα: Υπάρχει τρόπος βελτίωσης των ποσοστών επιβίωσης στον καρκίνο του οισοφάγου;
Προεδρείο: Παναγιώτης Μιχαήλ
Ομιλητής: Δημήτριος Θεοδώρου

10.30 -10.50 **Διάλεξη**

Θέμα: Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του παγκρέατος σήμερα
Προεδρείο: Γαβριήλ Καραντζάς
Ομιλητής: Χρήστος Δερβένης

10.50 -11.10 **Διάλεξη**

Θέμα: Ενδοσκοπική διερεύνηση του παχέος εντέρου με "κάψουλα"
Προεδρείο: Αντώνης Νάκος
Ομιλητής: Χρυσόστομος Καλατζής

11.10 -11.30 **Διάλειμμα Καφέ**

11.30 - 12.30 **Στρογγύλη Τράπεζα**

Θέμα: Επίκαιρα θέματα στον καρκίνο του ορθού
Προεδρείο: Κωνσταντίνος Καραλιώτας - Χρήστος Τσιγκρής
Εισηγητές: **Γεώργιος Θεοδωρόπουλος:** Η σημασία της ολικής εκτομής του μεσορθού.
Μικέας Γληνάτσος: Διαπρωκτική αφαίρεση ευμεγεθών λαχνωτών πολυπόδων του ορθού
Γεώργιος Σαμέλης: Προεγχειρητική χημειο-ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του ορθού: Πότε και γιατί.

- 12.30 -14.10 **Στρογγύλη Τράπεζα**
Θέμα: Επείγουσα χειρουργική στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Προεδρείο: Μιχαήλ Σαφιολέας - Ανδρέας Καραμπίνης
Εισηγητές : **Γεώργιος Βαϊόπουλος:** Μη χειρουργικές αιτίες οξείας κοιλίας
Αντώνης Παπαχριστοδούλου: Αιμορραγία εκ του Γ.Ε.Σ
Στυλιανός Κατσαραγάκης: Το αμβλύ κοιλιακό τραύμα στη Μ.Ε.Θ.
Νικόλαος Αλεξάκης: Νεκρωτική παγκρεατίτιδα
Χρήστος Μπακογιάννης: Οξεία εντερική ισχαιμία
- 14.10 – 14.30 **Διάλεξη**
Θέμα: Χειρουργικές λοιμώξεις : Προφυλακτική χορήγηση αντιβίωσης και η σημασία των ανθεκτικών στελεχών ειδικά στη νεκρωτική παγκρεατίτιδα
Προεδρείο: Γεώργιος Αντσακλής
Ομιλητής : Νικόλαος Χαρλαύτης
- 14.30 – 16.30 Μεσημβρινή Διακοπή
Ζωντανή μετάδοση χειρουργικής επέμβασης
Σχολιαστής: Κωνσταντίνος Τούτουζας
- 16.30 – 17.30 **Στρογγύλη Τράπεζα**
Θέμα: Η ώρα του ειδικευόμενου στη χειρουργική: Η ανάγκη σύγχρονης εκπαίδευσης και συνεχούς ενημέρωσης.
Προεδρείο: Χριστόδουλος Στεφανάδης - Αναστάσιος Καλοφούτης
Εισηγητές: **Χρήστος Πισιώτης:** Βασικοί κανόνες εκπαίδευσης στη σύγχρονη χειρουργική
Χρήστος Λιάπης: Μεθοδολογία και πλαίσια συνεχούς ενημέρωσης του Χειρουργού
Μαΐκ Χατζηκάλης: Η χειρουργική εκπαίδευση με εξομοιωτές.
- 17.30 – 18.45 **Στρογγύλη Τράπεζα**
Θέμα: Η ώρα του νέου χειρουργού
Ιατρικό λάθος - Επιπλοκή και αναπόφευκτη εγχειρητική συνέπεια
Προεδρείο: Ιωάννης Καράκωστας - Βασίλειος Γολεμάτης
Εισηγητές: **Νικόλαος Κεραμάρης:** Αριστεία και Πρότυπα κλινικής πρακτικής - Διεθνής εμπειρία
Σαράντος Καπτανής: Οικονομικές προεκτάσεις μη προτυποποιημένης Ιατρικής πρακτικής - Ιατρονομική Θεώρηση επιπλοκών και λαθών
Θεόφιλος Ρόζενμπεργκ
Αλέξης Φωτόπουλος: Λάθος ή επιπλοκή: Η άποψη του χειρουργού
- 18.45 –19.00 Διάλειμμα

- 19.00 – 19.30 **Lecture**
Topic: Surgical Education today: a real challenge
Chairman: Ioannis Bramis
Speaker: Abe Fingerhut

- 19.30 – 19.50 **Διάλεξη**
Θέμα: Η σχέση του αναισθησιολόγου με τις περιεγχειρητικές λοιμώξεις
Προεδρείο: Αργυρώ Φασουλάκη
Ομιλητής: Γεωργία Γερολουκά - Κωστοπαναγιώτου
- 19.50 – 20.10 **Διάλεξη**
Θέμα: Δεοντολογία και ηθικοί κανόνες στην κλινική πράξη
Προεδρείο: Αθανάσιος Παπαβασιλείου
Ομιλητής: Σπυρίδων Λαδάς
- 20.15 – 21.15 **Σύντομο μήνυμα - παραίνεση στο νέο Χειρουργό**
Ομιλητής: Γρηγόριος Σκαλκέας, Ομότιμος καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ και ακαδημαϊκός (τέως Πρόεδρος της Ακαδημίας Αθηνών) και Πρόεδρος του Ιατροβιολογικού Ινστιτούτου έρευνας της Ακαδημίας.
- 20.30 Επίσημη έναρξη των εργασιών του Συνεδρίου
Χαιρετισμοί
- 21.30 ΔΕΞΙΩΣΗ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΩΝ
- Παρασκευή 18 Απριλίου 2008**
- 08.30 – 09.30 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
Προεδρείο: Στέφανος Παπαδόπουλος - Ιωάννης Γκρινιάτσος
- EA03 **ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ**
Γερασιμίδης Θωμάς, Κάρκος Χρήστος, Καραμάνος Δημήτριος, Παπάζογλου Κωνσταντίνος, Δεμρόπουλος Φίλιππος, Παπαδημητρίου Δημήτριος, Μαλκότσης Δημήτριος, Καμπαρούδης Απόστολος, Πεζικόγλου Ηρακλής,* Φιλέλη Αργυρώ*
Ε' Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, και *Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη
- EA07 **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ**
Μπενετάτος Νικόλαος, Κούλας Σπυρίδων, Ρουστάνης Ευάγγελος, Βαλτζόγλου Βασίλειος, Τσιμογιάννης Ευάγγελος
Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

EA08 **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΙΜΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΤΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΟΛΛΑΠΛΑΣΙΑΣΜΟ ΤΩΝ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΩΝ ΕΝΤΕΡΟΚΥΤΤΑΡΩΝ, ΣΕ ΕΠΙΜΥΣΕΣ, ΥΠΟ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΠΙΑΣ. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Καντσός Α. Χαρίλαος¹, Παπαδόπουλος Στέφανος¹, Περρέα Δέσποινα², Ξάνθος Θεόδωρος², Βλάχος Ιωάννης², Παντοπούλου Άλκηστις², Χατζηπαντελής Πασχάλης³, Λάζαρης Ανδρέας⁴, Πατσούρης Ευστράτιος⁴, Μπράμης Ιωάννης¹.

1: Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών, Ιπποκράτειο Π.Γ.Ν.Α. 2: Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας «Ν.Σ.Χρηστέας» Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών. 3: Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιπποκράτειο Π.Γ.Ν.Α. 4: Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών

EA09 **Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ V.A.C. (VACUUM ASSISTED CLOSURE) ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΙΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ**

Τσιρώνης Χρήστος, Κυριοπούλου Ευγενία, Ζαπαντιώτη Πολυξένη, Γκρεμούτης Γεώργιος, Μπρούμη Παρασκευή, Μπασακίδης Ανδρέας, Οικονόμου Θωμαΐς, Γκαμάτση Ειρήνη, Τσούτσος Δημοσθένης.

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής & Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι. ΙΩΑΝΝΟΒΙΤΣ», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

EA10 **ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΡΑΓΕΝΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: ΟΚΤΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

Γερασιμίδης Θωμάς, Κάρκος Χρήστος, Καραμάνος Δημήτριος, Παπάζογλου Κωνσταντίνος, Παπαδημητρίου Δημήτριος, Δεμιρόπουλος Φίλιππος, Μαλκότσης Δημήτριος, Καμπαρούδης Απόστολος

Ε' Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

EA12 **ΚΥΣΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ**

Γ. Καρατζάς, Π. Πατάλης, Δ. Μπισταράκης, Κ. Κοπανάκης, Θ. Λιακάκος, Α. Μαχαίρας
Πανεπιστημιακή Κλινική Αττικού Νοσοκομείου

EA13 **ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ: ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Κατσαρώνης Παρασκευάς, Παπαγεωργίου Ευανθία, Μαντάς Δημήτριος, Κόντζογλου Κωνσταντίνος, Κωστάκης Αλκιβιάδης

Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

09.30 – 09.50 **Διάλεξη**

Θέμα: Υπάρχει σήμερα θέση στοχευμένης χημειοθεραπείας;

Προεδρείο: Θάνος - Μελέτης Δημόπουλος

Ομιλητής: Νίκος Τσούλος

09.50 – 10.10

Διάλεξη

Θέμα: Ο μαζικός προκλινικός έλεγχος σε πληθυσμιακές ομάδες - Πότε δικαιώνεται και πότε αποτελεί υπερβολή

Προεδρείο: Βικτωρία Καλαποθάκη

Ομιλητής: Άγγελος Χαντζάκης

10.10 – 10.30

Διάλεξη

Θέμα: Τεχνολογικές εξελίξεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση των μη ψηλαφητών βλαβών του μαστού

Προεδρείο: Γεώργιος Ζωγράφος

Ομιλητής: Γεώργιος Φιλιππάκης

10.30-11.30

Στρογγύλη Τράπεζα

Θέμα: Η ψηφιακή επικοινωνία και πληροφορική στην υπηρεσία της χειρουργικής σήμερα και στο μέλλον

Προεδρείο: Ευάγγελος Γεωργίου - Δημήτριος Κουτσούρης

Εισηγητές: Στέλιος Χατζηδημητρίου: Τί είναι και τί προσφέρει ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς.

Christian Bock: Paperless Hospital

Κώστας Δημητρόπουλος: Τηλεεκπαίδευση

11.30 – 12.00

Διάλειμμα Καφέ

12.00 – 13.30

Στρογγύλη Τράπεζα

Θέμα: Εφαρμοσμένη τεχνολογία στη χειρουργική πράξη: Πραγματικότητα και προοπτικές

Προεδρείο: Εμμανουήλ Λέανδρος - Ανδρέας Μανουράς

Εισηγητές: Κωνσταντίνος Αλμπανόπουλος: Ελάχιστα επεμβατικές μέθοδοι στη χειρουργική συμπαγών οργάνων της κοιλίας

Jens Carsten Rueckert: Robotic Thymectomy - Developments and Results

Νικόλαος Νικιτέας: Ρομποτική χειρουργική κοιλίας- Παρόν και μέλλον

Παναγιώτης Κέκνης: Λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή

Χρήστος Φερέτης: N.O.T.E.S. - Ενδοσκοπική Χειρουργική δια φυσικών εισόδων στην κοιλία

Ηλίας Μάργαρης: Απαιτήσεις στην καμπύλη εκμάθησης της νέας λαπαρο-ενδοσκοπικής τεχνολογίας

Σχολιαστές: Εμμανουήλ Καλοκαιρινός

13.30 – 13.50

Διάλεξη

Θέμα: Αποκατάσταση μεγάλων ελλειμμάτων του κοιλιακού τοιχώματος

Προεδρείο: Δημοσθένης Τσούτσος

Ομιλητής: Όθων Παπαδόπουλος

- 14.50 – 14.10 **Διάλεξη**
Θέμα: Κήλες του κοιλιακού τοιχώματος: Απόλυτες και σχετικές ενδείξεις αποκατάστασης
Προεδρείο: Δημήτριος Αλεξάκης
Ομιλητής: Νικόλαος Ανεμοδουράς
- 14.10 – 14.30 **Διάλεξη**
Θέμα: Σύνδρομο μετεγχειρητικής αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης
Προεδρείο: Γεώργιος Πολυμενέας
Ομιλητής: Διονύσιος Βώρος
- 14.30 – 17.00 Μεσημβρινή Διακοπή
Μετάδοση μαγνητοσκοπημένης χειρουργικής επέμβασης
Σχολιαστής: Κωνσταντίνος Τούτουζας
- 17.00 – 18.00 **Στρογγύλη Τράπεζα**
Θέμα: Η συμβολή της σύγχρονης απεικονιστικής τεχνολογίας στη χειρουργική: Διαγνωστική απεικόνιση στον καρκίνο του Γ.Ε.Σ.
Προεδρείο: Νικόλαος Γκουρτσογιάννης - Πάρης Παππάς
Εισηγητές: **Ε. Γεωργίου:** PET SCAN: Χρήσιμο παρόν η ελπιδοφόρο μέλλον;
Ν. Μποντόζογλου: Μαγνητική αγγειογραφία και υπολογιστική αγγειογραφία των σπλαχνικών αρτηριών. Πότε, πώς, γιατί
Σ. Γκουρτσογιάννη: Μαγνητική τομογραφία πυέλου. Συμβολή στη σταδιοποίηση του καρκίνου του ορθού
Ι. Καρούμπαλης: Ενδοσκοπικό υπερηχοτομογράφημα για βλάβες της καρδιοοισοφαγικής συμβολής
- 18.00 – 19.00 **Στρογγύλη Τράπεζα**
Θέμα: Η συμβολή της Τεχνολογίας στην Αγγειοχειρουργική: Επιτεύγματα και συμπεράσματα μέχρι σήμερα
Προεδρείο: Παναγιώτης Μπάλας - Ευστάθιος Παπαλάμπρος
Εισηγητές: **Χρήστος Κλωνάρης:** Ενδαγγειακή χειρουργική σε θωρακικά ανευρύσματα
Φραντζέσκα Σιγάλα: Ενδαγγειακή χειρουργική σε κοιλιακά ανευρύσματα
Σωτήρης Γεωργόπουλος: Ενδαγγειακή χειρουργική στην καρωτιδική νόσο
- 19.00 – 19.20 **Lecture**
Topic: Laparoscopic management of insulinomas
Chairman: Konstantinos Hatzitheofilou
Speaker: Alberto Martinez - Isla
- 19.20 – 19.40 **Διάλεξη**
Θέμα: Γαστρεκτομή για καρκίνο του στομάχου. Θέσεις και αντιθέσεις
Προεδρείο: Κωνσταντίνος Σιμόπουλος
Ομιλητής: Θεόδωρος Λιακάκος

- 19.40 – 20.15 **Στρογγύλη Τράπεζα**
Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Μαστού
Θέμα: Διαγνωστική προσέγγιση του πρώιμου καρκίνου του μαστού
Προεδρείο: Βασίλειος Ζόμπολας
Εισηγητής: Κωνσταντίνος Κουφόπουλος
Σχολιαστής: Ευστράτιος Κούσκος
- 20.15 – 20.45 **ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
Θέμα: Η επικοινωνία του νέου χειρουργού με τον ασθενή
Προεδρείο: Αθανάσιος Γιαννόπουλος
Ομιλητής: Μιχαήλ Μειμάρης
- 21.30 **Επίσημο δείπνο ομιλητών και προέδρων**
- Σάββατο 19 Απριλίου**
- ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ**
- ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ - ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΥ ΥΠΟΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
- Προεδρείο:** Andreas Tzakis - Αλκιβιάδης Κωστάκης - Παναγιώτης Σκανδαλάκης
- 09.00 – 09.15 Σύντομο εισαγωγικό σχόλιο του Προεδρείου
- 09.15 – 11.00 **Εισηγητές: Νικόλαος Ανάγνου**
Καρκινογένεση και μοριακή βιολογία του πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος
- Μιχαήλ Κουτσιλιέρης**
Μηχανισμοί ανάπτυξης και μετάστασης του ηπατοκυτταρικού καρκίνου
- Ιωάννης Κοσκίνας**
Υπάρχει τρόπος έγκαιρης ή προσυμπτωματικής διάγνωσης;
- Αθανάσιος Γουλιάμος**
Απεικονιστική αποτύπωση και σταδιοποίηση του καρκίνου του ήπατος
- Ανδρέας Κόντνης**
Κριτήρια εξαιρεσιμότητας του πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος
- Ibrahim Dagher**
Laparoscopic vascular control in liver surgery
- 11.00 – 11.30 **Διάλειμμα - Καφέ**

3ο Πανελλήνιο Συνέδριο & International Forum του Ελληνικού Κολληγίου Χειρουργών

www.hcos.gr

11.30 – 13.40

Μανούσος Κωνσταντουλάκης
 Ηπατεκτομή για ηπατοκυτταρικό καρκίνο

Ευάγγελος Φελέκουρας
 Ηπατεκτομή για χολαγγειοκαρκίνωμα

Βασίλειος Σμυρνιώτης
 Ενδείξεις και τεχνική του αγγειακού αποκλεισμού στην ηπατεκτομή

Ulf Neumann
 Advance surgery for Klatzki tumors

Ευστάθιος Αντωνίου
 Κρίσιμες επιπλοκές στη μεταμόσχευση ήπατος

Κωνσταντίνος Γεννατάς
 Η θέση της χημειο-συμπληρωματικής θεραπείας στον πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος

Olivier Subrane
 Does preoperative chemotherapy increase the risk of liver resection?

13.40 – 14.20

Special Lecture of the Postgraduate seminar
Topic: Transplantation for malignancies
Chairman: Spyridon Delis
Speaker: Andreas Tzakis

14.20 – 14.30

Επίσημη Λήξη των εργασιών του Συνεδρίου

15.00 - 16.00

Γραπτές Εξετάσεις Υποψηφίων Υποτρόφων

Ενδείξεις: • Το CLEXANE (ηπατικός ενδοπαθή) ενδείκνυται για την προφύλαξη εντός εν τω βάσει βρομοβρωμίου διαστήματος από ορθοπαθή ή γενική λειτουργική, σοβαρές επιπλοκές του πεπτικού εντέρου και του ορθού ή χειρουργικές επιπλοκές καρδίας. • Ενδείκνυται στη θεραπεία της εν τω βάσει φθιφής βρογχίτιδας με ή χωρίς παρεμπόδιση εμφύση. • Ενδείκνυται για την προφύλαξη από τη βρομοβρωμική νόσο σε παθολογικούς (μη καρδιογενούς) ασθενείς κατακλιμακωμένους ελασά οξείας νόσου, όπως καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια, σοβαρή λοίμωξη ή ρευματοειδίτιδα. • Επίσης ενδείκνυται για τη θεραπεία της οξείας αρθρίτιδας και του μη βακτηριακού (μυϊκή ή/και οστική) πόνου, όταν συνδυάζεται με ασπιρίνη. • Το CLEXANE (ηπατικός ενδοπαθή) όπως πληρωτικό υαλουρονικού οξέος, ενδείκνυται σε ασθενείς με ανιχνωμένο στη βιοχημική κινεμάση κατά τη διάρκεια της αμειωμένης **Ανοσολογίας**. Πρέπει να αποφευχθεί η χρήση του CLEXANE στις ακόλουθες περιπτώσεις: • Υπερτασσία είτε στη χρόνια ή οξεία μορφή είτε στην περιεμφύση της συμφορητικής καρδιάς των ΗΠΑ ή/και του Μυοκαρδίου Βάρους. • Επείγουσα αμειωμένη ή σοβαρή διαταραχή του μεταβολισμού ή/και του αίματος. • Καρδιακή ή εμφύση βρογχίτιδας από ενδοπαθή ή άλλη ασθένεια όπως αναπνευστική γλαυκώμα τύπου II (μη βακτηϊκή ή/και βακτηριακή αμειωμένη αμειωμένη) παρουσία καρδιακού ενδοπαθούς. • Επίσης γαστροδωδεκαεστερίτιδα ή/και. • Ανοσογενής εμφύσηση αιχμηρά επηρεάζει τον ιστό των οστών αυστηράς εμφύση. • Οξεία βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα. **Αντενδείξεις:** • **Αιμορραγικές εκκλίσεις:** • Αιμορραγία οξεία ή χρόνια κατά τη διάρκεια με καρδιακό ενδοπαθή σε συνδυασμό με την παρουσία παθολογικών κινδύνων, όπως Οξυγονικές βλάβες προδιαθέτοντες σε αιμορραγία, επείγουσα διαταραχή ή κρίση φαρμακογενούς αιμωγίας που επηρεάζει την αιμόσταση. Θα πρέπει να εξοφλούνται η προέλευση της αιμορραγίας και να χορηγείται η κατάλληλη αγωγή. Μειώσεις αιμορραγίας της οξείας συμφορητικής ανεπάρκειας και ενδοκρανική αιμορραγία είναι ανεπιθύμητες. Μερικές από αυτές είναι βαρύτερες. Είναι ανεπιθύμητες περιπτώσεις νεφρογενούς (αδύναμη) αυξημένων κατά τη σύγκριση κλίσηση καρδιακού ενδοπαθούς και ρωσικού/επικληρίδιος οξυγονικού ή ρωσικού παρακινεμάτος. Αυτό σε περίπτωση οξείας σε βαρύνων βάρους κινδύνου διαταραχής συμφορητικής ή/και μεταβολισμού της μικροκυκλοφορίας ή/και της αιμωγίας. • **Βρομοβρωμική:** Ημία προφύλαξη παθολογικών βρομοβρωμικών είναι ανεπιθύμη κατά τις πρώτες ημέρες της θεραπείας (τύπου II). Επίσης, περιπτώσεις αμειωμένης βρομοβρωμίας με ή χωρίς βρομοβρωμική είναι ανεπιθύμη (τύπου II). • **Τοπικές αντιδράσεις:** Δεν εμφανίζονται εκουμιακές στο σημείο της ένεσης παρά μόνο εάν εφαρμοστεί στον ιστό ή στον ιστό. • **Άλλες:** Αν και σπάνια, μπορεί να παρατηρηθούν θερμικές (φωσφορικές) αντιδράσεις ή συμπτωματικές αλλεργικές αντιδράσεις συμφορητικές και ανεπιθύμητες αυθόρμητες στον αρθρό των αρθρώσεων και σε επίπεδα των πλάσμων ενδύων ανεπιθύμη. **Προειδοποιήσεις:** • **Γενικά:** Οι τοπικές κινήσεις μαρκαίου βάρους εμφανίζονται μεταξύ τους βαρύνει ως προς τον χρόνο παρακινεμάτος τους, το μαρκαίο τους βάρους, την ελκτική αντι-Χα δράση, μονάδες της δοσολογίας. Πι είναι επισημαίνεται ότι για ασφαλή δράση κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής δεν θα πρέπει να είναι σίγουρη από τη διαδικασία της ένεσης και συμφορητική της οξείας του κάθε διαφορετικού. Αυτό σημαίνει προσηή κλάση υπέρβασης δοσολογίας παρακινεμάτος. • **Ρωσικό/επικληρίδιος ανισοπλοία:** Όπως αναφέρεται και με τα άλλα αντιδράσεις είναι ανεπιθύμη περιπτώσεις νεφρογενούς (βρομοβρωμική) αυξημένων κατά την ταχύτερη κλίση καρδιακού ενδοπαθούς με ρωσικό/επικληρίδιο οξυγονικό. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μαρκαίο ή/και μεταβολισμό. Ο κίνδυνος αυτών των φαινομένων είναι υψηλότερος όταν χρησιμοποιείται μεταγενετικά επεκτεταμένη κλίση με την ταχύτερη κλίση επιπλοκών φαρμάκων τα οποία επηρεάζουν την αιμόσταση όπως τα NSAIDs. Επίσης ο κίνδυνος ρωσικού αυξημένου κατά την ταχύτερη ή επιπλοκών κινεμάτος νεφρογενούς παρακινεμάτος. Όταν χρησιμοποιείται η χρησιμοποίηση επεκτεταμένης ή ρωσικού οξυγονικού (αυξημένη) κλίσηση με τη χορήγηση καρδιακού ενδοπαθούς. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι φαρμακογενικές διαταραχές της καρδιακού ενδοπαθούς ώστε να επιταχυνθεί ο κίνδυνος αιμορραγίας στο σημείο ένεσης. Η ταχύτερη και η ταχύτερη κλίση του επιπλοκών κλίσηση είναι καλύτερα να χρησιμοποιείται πριν τη χορήγηση της καρδιακού ενδοπαθούς. Διαφορετικά, είναι σημαντικό να χρησιμοποιείται όταν η αποτελεσματική δράση της καρδιακού ενδοπαθούς είναι καλύτερη. Η αποδοτικότητα ή η αποδοτικότητα του επεκτεταμένου κλίσηση σε ασθενείς που λαμβάνουν δόσεις προφύλαξης καρδιακού ενδοπαθούς για πρόληψη εν τω βάσει φθιφής βρογχίτιδας πρέπει να καθοριστεί 12 ώρες



μετά την τελευταία κλίσηση ενδοπαθούς. Εάν οι ασθενείς που λαμβάνουν επεκτεταμένης δόσης (βάρους) π.χ. 100 αντι-Χα IU/kg (1 mg/kg), δύο φορές την ημέρα ή 150 αντι-Χα IU/kg (1,5 mg/kg) μία φορά την ημέρα, αναμένεται καθυστέρηση τουλάχιστον 24 ώρες μετά την τελευταία δόση να χορηγηθεί ενδοπαθή προκειμένου να αποφευχθεί η οξεία αρθρίτιδα από αμειωμένης κλίσηση, του ασθενούς. Η επεκτεταμένη δόση καρδιακού ενδοπαθούς δεν θα πρέπει να χορηγείται κλίσηση των 2 ωρών από την αποκοπήση του κλίσηση. Εάν ο καρδιακός οξυγονικός κίσηση κλίσηση είναι ο κλίσηση προφύλαξη από βλάση του, απαιτείται έντονη παρακολούθηση και σίγουρη κλίσηση της νεφρογενούς κλίσηση. Οι ασθενείς που λαμβάνουν επεκτεταμένης αγωγή ή προφύλαξη κλίσηση να λαμβάνουν επεκτεταμένης αγωγή για άλλους βρομοβρωμικούς θα πρέπει να παρακολουθούνται καλά για σημεία και συμπτώματα νεφρογενούς κλίσηση. Αν και ο κίνδυνος κλίσηση των νεφρογενούς (βρομοβρωμική) αυξημένων μπορεί να επηρεαστεί από τις δοσολογίες της ενδοπαθούς, τα σημεία και συμπτώματα των νεφρογενούς (βρομοβρωμική) αυξημένων όπως οξεία αρθρίτιδα και/ή οξεία αρθρίτιδα, επεκτεταμένης ή/και οξείας διαταραχής κλίσηση ή/και μεταβολισμού. Ένας ασθενής θα πρέπει να βρεθεί οξεία να επηρεαστεί την από τους ασθενείς κλίσηση αυξημένων κλίσηση από τα πιο πάνω σημεία ή συμπτώματα. Εάν υπάρχει ύποπτη νεφρογενούς (βρομοβρωμική) αυξημένων κλίσηση επεκτεταμένης δόσης και βλάση, συμφορητικής κλίσηση της άρσης της κλίσηση επί του νεφρού κλίσηση. • **Βρομοβρωμική προκλήθεια από πηληρίνη (Pheglin):** Η ενδοπαθή (Pheglin) + ενδοπαθή (Pheglin) + ενδοπαθή (Pheglin) Η καρδιακού ενδοπαθούς δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με κίσηση βρομοβρωμική με ή/και βρομοβρωμική προκλήθεια από πηληρίνη, μόνο ανασταλτική (τύπου II). Ο κίνδυνος να αποκοπήση βρομοβρωμική κίσηση II μπορεί να παρατηρηθεί για μερικό έτη. • **Προειδοποίηση βρομοβρωμική καρδίας:** Δεν υπάρχει επαρκής μελέτη προκειμένου να αποδοκιμασθεί η ασφαλή και αποτελεσματική χρήση της καρδιακού ενδοπαθούς κατά την πρόληψη της βρομοβρωμικής σε ασθενείς με προειδοποίηση βρομοβρωμική καρδίας. Πι από δεν αυξάνεται η χρήση της καρδιακού ενδοπαθούς. **Προειδοποίηση:** Απογοητευτική η ενδοπαθή κλίσηση. Η καρδιακού ενδοπαθούς, όπως και οξεία αρθρίτιδα, είναι επιπλοκή της κλίσηση κλίσηση. Η καρδιακού ενδοπαθούς (δύναμη) αυξημένων κλίσηση όπως οξεία αρθρίτιδα, επεκτεταμένης ή/και οξείας διαταραχής κλίσηση ή/και μεταβολισμού. Ένας ασθενής θα πρέπει να βρεθεί οξεία να επηρεαστεί την από τους ασθενείς κλίσηση αυξημένων κλίσηση από τα πιο πάνω σημεία ή συμπτώματα. Εάν υπάρχει ύποπτη νεφρογενούς (βρομοβρωμική) αυξημένων κλίσηση επεκτεταμένης δόσης και βλάση, συμφορητικής κλίσηση της άρσης της κλίσηση επί του νεφρού κλίσηση. • **Χορηγία προκλήθεια από πηληρίνη (Pheglin):** Η καρδιακού ενδοπαθούς δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με κίσηση βρομοβρωμική με ή/και βρομοβρωμική προκλήθεια από πηληρίνη, μόνο ανασταλτική (τύπου II). Ο κίνδυνος να αποκοπήση βρομοβρωμική κίσηση II μπορεί να παρατηρηθεί για μερικό έτη. • **Προειδοποίηση βρομοβρωμική καρδίας:** Δεν υπάρχει επαρκής μελέτη προκειμένου να αποδοκιμασθεί η ασφαλή και αποτελεσματική χρήση της καρδιακού ενδοπαθούς κατά την πρόληψη της βρομοβρωμικής σε ασθενείς με προειδοποίηση βρομοβρωμική καρδίας. Πι από δεν αυξάνεται η χρήση της καρδιακού ενδοπαθούς. **Προειδοποίηση:** Απογοητευτική η ενδοπαθή κλίσηση. Η καρδιακού ενδοπαθούς, όπως και οξεία αρθρίτιδα, είναι επιπλοκή της κλίσηση κλίσηση. Η καρδιακού ενδοπαθούς (δύναμη) αυξημένων κλίσηση όπως οξεία αρθρίτιδα, επεκτεταμένης ή/και οξείας διαταραχής κλίσηση ή/και μεταβολισμού. Ένας ασθενής θα πρέπει να βρεθεί οξεία να επηρεαστεί την από τους ασθενείς κλίσηση αυξημένων κλίσηση από τα πιο πάνω σημεία ή συμπτώματα. Εάν υπάρχει ύποπτη νεφρογενούς (βρομοβρωμική) αυξημένων κλίσηση επεκτεταμένης δόσης και βλάση, συμφορητικής κλίσηση της άρσης της κλίσηση επί του νεφρού κλίσηση. • **Νεφρική ανεπάρκεια:** Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια παρουσιάζουν κίσηση αυξημένων κλίσηση την έκθεση στη καρδιακού ενδοπαθούς η οποία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης νεφρογενούς (βρομοβρωμική) αυξημένων κλίσηση. Η έκθεση στη νεφρική ανεπάρκεια αυξάνεται σταδιακά σε ασθενείς με νεφρική νεφρική ανεπάρκεια (κλίσηση κλίσηση < 30 ml/min) αυξάνεται προσηήση τόσο της δοσολογίας για τη θεραπεία όσο και της δοσολογίας για πρόληψη. Μολυσία δεν αυξάνεται προσηήση της δοσολογίας σε ασθενείς με κίσηση (κλίσηση κλίσηση 30-60 ml/min) και ή/και (κλίσηση κλίσηση 50-80 ml/min) νεφρική ανεπάρκεια, ωστόσο αυξάνεται προσηήση κίσηση παρακολούθηση. • **Ηπατική ανεπάρκεια:** • **Χορηγία οξυγονικού βάρους:** Αυξάνει ως προς την έκθεση στη καρδιακού ενδοπαθούς με δόσεις προφύλαξης (δύναμη προσηήση αυξημένων με το οξυγονικό βάρους παρακινεμάτος σε γυναίκες με κίσηση βάρους οξυγονικού (< 45 kg) και σε άνδρες με κίσηση οξυγονικού βάρους (< 57 kg), γεγονός το οποίο μπορεί να προκαλέσει αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας. Πι από, σε αυτούς τους ασθενείς απαιτείται ιδιαίτερα προσεκτική κίσηση παρακολούθηση. • **Παρακολούθηση αριθμού αιμοπεταλίων:** Υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης βρομοβρωμικής προκλήθειας από παρακινεμάτος τόσο σε μη κίσηση κλίσηση όσο και σε κίσηση μαρκαίου βάρους, μόνο ανασταλτική (τύπου II). Η απόδοση βρομοβρωμικής (τύπου II) αυξημένων κλίσηση (μετά) της όξης και 21ος ημέρας μετά την έναρξη κίσηση της καρδιακού ενδοπαθούς. Σε εκ πρώτου, αυξάνεται η κίσηση του αρθρού αιμοπεταλίων (και την έναρξη και κίσηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας με καρδιακού ενδοπαθούς. Πρωτόκο, άρθρου παρακολούθηση επιπλοκών κίσηση κίσηση του οξυγονικού του οξυγονικού (DB) έως 50% της αρχικής τιμής) η θεραπεία με καρδιακού ενδοπαθούς πρέπει να διακοπεί οξεία και ο ασθενής να μεταβεί σε άλλη θεραπευτική αγωγή.

ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ... ΩΣ ΤΗΝ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



SanoI-aventis A.E.B.E.
 Αθήνα: Α. Τυλλούδη 34B, Κίριο Α, 176 74 Κολωνάκι, Τηλ.: 210-8001600, Fax: 210-8249088
 Θεσσαλονίκη: Ανδραειοδρόμος 22, Καλαμάτα: Τηλ.: 2310-403672, Fax: 2310-420627
 www.sanoI-aventis.gr



ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΕΑ01

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ
ΝΑ ΕΞΑΙΡΕΘΟΥΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ

Μπενετάτος Νικόλαος, Κούπας Σπυρίδων, Ρουσάνης Ευάγγελος, Βαϊτζόγλου Βασίλειος, Τσιμογιάννης Ευάγγελος

Χειρουργική Κλινική Γ. Ν. Ιωαννίνων « Γ. Χατζηκώστα »

Σκοπός: Οι καλοήθεις πολύποδες του παχέος εντέρου αποτελούν ένδειξη για λαπαροσκοπική κολεκτομή αν είναι μεγάλης διαμέτρου, και δεν μπορούν να αφαιρεθούν ενδοσκοπικά. Σκοπός της αναδρομικής εργασίας αυτής είναι η συχνότητα εξαλλαγής σε τέτοιους πολύποδες, η τεκμηρίωση λαπαροσκοπικής ογκολογικής προσπέλασης και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της λαπαροσκοπικής προσέγγισης.

Μέθοδοι: Ασθενείς με μη εξαιρέσιμους πολύποδες στην ενδοσκόπηση και με καλοήγη προεγχειρητική ιστοπαθολογική έκθεση μελετήθηκαν αναδρομικά. Εκτιμήθηκαν οι εγχειρητικές παράμετροι και η τελική ιστολογική εξέταση.

Αποτελέσματα: Από τον Νοέμβριο του 2000 έως τον Νοέμβριο του 2007, 46 ασθενείς υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική κολεκτομή για πολύποδες. 26 άντρες και 20 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 61,4 έτη (εύρος 38 -80 έτη). Σε δεξιά κολεκτομή υποβλήθηκαν 9 ασθενείς, σε αριστερή κολεκτομή 25 και σε TEM (transanal endoscopic microsurgery) 12. Ο μέσος εγχειρητικός χρόνος ήταν 79 λεπτά. Η μετεγχειρητική περίοδος ήταν ομαλή σε όλες τις περιπτώσεις χωρίς διαφυγή από την αναστόμωση, αιμορραγία ή στένωση του αυλού του εντέρου. Διεγχειρητική κολοσκόπηση πραγματοποιήθηκε σε 5 ασθενείς λόγω της αδυναμίας να αναγνωρισθεί ο πολύποδας κατά την λαπαροσκόπηση. Η μέση διάμετρος του πολύποδα ήταν τα 3,4 cm (1,6-8,5 cm). Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε 22 σωληνολαχνωτούς πολύποδες (40%), 18 σωληνώδεις (32,7%), 1 GIST (1,8%), 3 λιπώματα (5,4%) και 13 πολύποδες με εξαλλαγή σε αδενοκαρκίνωμα (23,6%). Υψηλού βαθμού δυσπλασία αναδείχθηκε σε 9 σωληνώδεις αδενώματα (16,3%) και σε 12 σωληνολαχνωτούς (21,8%). Ο μέσος όρος των λεμφαδένων που αναγνωρίστηκαν στην ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος με αδενοκαρκίνωμα ήταν 15 (εύρος 4-18) ενώ σε αυτά με υψηλού βαθμού δυσπλασία ήταν 4,9 (εύρος 4 – 30). Τα όρια εκτομών ήταν ελεύθερα σε όλες τις περιπτώσεις. Σε καμία περίπτωση δεν έγινε επιπρόσθετη κολεκτομή.

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική κολεκτομή αποτελεί ασφαλή μέθοδο για την αντιμετώπιση των μη εξαιρέσιμων πολύποδων κατά την ενδοσκόπηση με καλοήγη αρχική ιστολογική εξέταση. Η τυπική ογκολογική εκτομή θα πρέπει να είναι η επέμβαση εκλογής σε αυτούς τους ασθενείς, πρακτική που επιβεβαιώνεται από το υψηλό ποσοστό εξαλλαγής σε αδενοκαρκίνωμα σε αυτούς τους πολύποδες.

ΕΑ02

ΠΡΩΪΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Φλέσσας Ιωάννης^{1,2}, Φιλιππάκης Γεώργιος¹, Ζαγουρή Φλώρα¹, Γιαννόπουλος Παναγιώτης¹, Παραράς Νίκος¹, Κοντογιάννη Παναγιώτα¹, Δομάγερ Φίλιππος¹, Χρυσικός Δήμος¹, Σεργεντάνης Θεόδωρος¹, Μπλέτσα Γαρυφαλλία, Μπράμης Ιωάννης¹, Ζωγράφος Γεώργιος¹

¹Α Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Μονάδα Μαστού, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών.

Σκοπός: Διεθνώς η πλειονότητα των γυναικών με καρκίνο του μαστού διαγιγνώσκεται σε πρώιμο στάδιο και όπως φαίνεται από μεγάλο αριθμό μελετών πάνω από το 80% των ασθενών αυτών παρουσιάζουν μακροχρόνια επιβίωση. Δυστυχώς στην Ελλάδα επίσημα στοιχεία καταγραφής δεν υπάρχουν.

Εισαγωγή: Με τον όρο πρώιμος καρκίνος του μαστού, αναφερόμαστε στις μη διηθητικές (in situ) αλλοιώσεις του μαστού, καθώς και σε διηθητικές αλλοιώσεις αυτού, οι οποίες δεν ξεπερνούν τα 5 mm. Ιστολογικά, οι παραπάνω αλλοιώσεις αντιστοιχούν: α) στο μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα του μαστού (DCIS) β) στο μικροδιηθητικό καρκίνωμα και γ) σε οποιοδήποτε άλλο διηθητικό αδενοκαρκίνωμα του μαστού, με διάμετρο ≤5 mm.

Υλικό και Μέθοδος: Στα πλαίσια της 1ης ημερίδας της μονάδας μαστού του «Ιπποκρατείου» Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών κατέθεσαν την εμπειρία τους Διευθυντές Μονάδων μαστού της Ελλάδος.

Αποτελέσματα: Όπως εμφανίζεται στα ειδικά αυτά κέντρα ο μέσος όρος του πρώιμου καρκίνου του μαστού δεν ξεπερνάει το 2%. Το μέσο Ευρωπαϊκό επίπεδο είναι περί το 20%, ενώ στην μονάδα μαστού του νοσοκομείου μας είναι 29%.

Συμπεράσματα: Καθίσταται σαφές ότι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε πρώιμο στάδιο δίδει την δυνατότητα θεραπείας σε ποσοστό πάνω από 80% με άμεσες συνέπειες στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ως εκ τούτου θα πρέπει να αποτελεί στόχο κάθε χώρας.

ΕΑ03

ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ

Γερασιμίδης Θωμάς, Κάρκος Χρήστος, Καραμάνος Δημήτριος, Παπάζογλου Κωνσταντίνος, Δεμιρόπουλος Φίλιππος, Παπαδημητρίου Δημήτριος, Μαλκότης Δημήτριος, Καμπαρούδης Απόστολος, Πεζικόγλου Ηρακλής,* Φιλέλη Αργυρώ*

Ε' Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, και *Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας στην ενδοαυλική αντιμετώπιση της καρωτιδικής νόσου και την εξέλιξη της μεθόδου από την έναρξη της εφαρμογής της μέχρι σήμερα.

Μέθοδοι: 339 ασθενείς (260 άνδρες, μέση ηλικία 72 έτη), υποβλήθηκαν σε ενδοαυλική αντιμετώπιση της καρωτιδικής νόσου (342 επεμβάσεις) την τελευταία δεκαετία (Ιούνιος 1997 - Νοέμβριος 2007). Συνολικά 118 ασθενείς (35%) ήταν συμπτωματικοί και η εντόπιση της βλάβης ήταν αριστερά σε 164 (48%). Στους πρώτους 163 ασθενείς χρησιμοποιήθηκαν balloon-expandable stents, ενώ στους υπόλοιπους 179 self-expandable stents. Συσκευές εγκεφαλικής προστασίας χρησιμοποιήθηκαν στους τελευταίους 84 (25%) ασθενείς. Σε 18 ασθενείς (5%) υπήρχε κοινή έκφυση της ανώνυμης και της αριστερής κοινής καρωτίδας.

Αποτελέσματα: 3 ασθενείς (1%) κατέληξαν εντός 30 ημερών, 6 ασθενείς (1,7%) παρουσίασαν μόνιμο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), 15 (4,4%) παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο και 10 (2,9%) σύνδρομο επαναιμάτωσης. Έτσι, η συνδυασμένη θνητότητα/ΑΕΕ (stroke/death) ήταν 2,3%. 48 ασθενείς (14%) παρουσίασαν βραδυκαρδία και 45 (13%) υπόταση. Έμφραγμα του μυοκαρδίου σημειώθηκε σε 3 ασθενείς (1%). Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 3 μέρες.

Συμπέρασμα: Η ενδοαυλική αντιμετώπιση της καρωτιδικής νόσου αποτελεί ασφαλή μέθοδο με χαμηλή θνητότητα, νευρολογικές και καρδιολογικές επιπλοκές. Τα self-expandable stents, οι συσκευές εγκεφαλικής προστασίας, και η σύγχρονη φαρμακοθεραπεία έχουν συμβάλει στη βελτίωση των αποτελεσμάτων.

ΕΑ04

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΡΙΖΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ (Ρ.Λ.Κ.) ΣΤΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΜΙΚΡΟΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟ (S.L.N).

Κυριοπούλου Ευγενία, Μπασακίδης Ανδρέας, Γκρεμούτης Γεώργιος, Οικονόμου Θωμαΐς, Παναγιώτου Πέτρος, Ζαπαντιώτη Πολυξένη, Τσούτσος Δημοσθένης

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

Εισαγωγή: Παρά τα υψηλά επίπεδα νοσηρότητας, ο Ρ.Λ.Κ. παραμένει διαγνωστική και θεραπευτική μέθοδος εκλογής σε ασθενείς με θετικό S.L.N.

Σκοπός: Η αναγνώριση ασθενών με θετικό S.L.N. που δεν χρήζουν συμπληρωματικό Ρ.Λ.Κ.

Ασθενείς-Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη 431 ασθενών που υποβλήθηκαν σε βιοψία του S.L.N. Τα κριτήρια επιλογής σχετίζονταν με την σταδιοποίηση της νόσου (Clark: >III, Breslow: 1mm-4mm.) με κλινικά αρνητικούς λεμφαδένες. Οι ασθενείς με S.L.N.(+) διαχωρίστηκαν σε 3 ομάδες, ανάλογα με την παθολογοανατομική εκτίμηση του S.L.N. Στην ομάδα Α, οι ασθενείς με μακρομετάσταση του S.L.N., στην ομάδα Β με μικρομετάσταση (1-3 άτυπα κύτταρα κ.ο.π. ή διάμετρος<0.1mm) και στην ομάδα Γ, η διήθηση του S.L.N. ανιχνεύτηκε με ανοσοϊστοχημεία. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε Ρ.Λ.Κ. και ανοσοθεραπεία. Επίσης, μελετήθηκε το ελεύθερο νόσου διάστημα και η επιβίωση.

Αποτελέσματα: Σε 96 ασθενείς ανευρέθηκαν θετικοί S.L.N. (22,3%). Η ομάδα Α είχε 78 ασθενείς (81,3%), η ομάδα Β 10 (10,4%) και η ομάδα Γ 8 (8,3%). Η ιστολογική εκτίμηση του Ρ.Λ.Κ. ανέδειξε λεμφαδενικές μεταστάσεις σε 52 ασθενείς της ομάδας Α (66,6%) και απουσία μεταστάσεων στις ομάδες Β και Γ. Οι ασθενείς της ομάδας Β και Γ δεν εμφάνισαν μεταστάσεις και η πρόγνωση ήταν ίδια των ασθενών με αρνητικό S.L.N.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με S.L.N. μικρομεταστάσεις ή ανιχνεύσιμες μόνο με ανοσοϊστοχημεία δεν επωφελούνται από τον Ρ.Λ.Κ.

EA05

ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗ ΡΙΝΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΟΜΗ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ

Χρυσστομίδης Χρυσόστομος, Κονοφάος Πέτρος, Κωστόπουλος Επαμεινώνδας, Καρυπίδης Δημήτριος, Τσαντούλας Ζαχαρίας, Παπαδόπουλος Όθων.

Νοσοκομείο Δερματολογικών Νοσημάτων «Α. Συγγρός», Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, & Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Γενικό Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χειρουργική αντιμετώπιση των κακόηθων όγκων της ρινός προϋποθέτει την ευρεία εκτομή αυτών, με αποτέλεσμα τη δημιουργία άλλοτε άλλο μεγέθους, ελλείματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας στη χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με όγκο στην περιοχή της ρινός και στη μελέτη της πορείας της νόσου των.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα τελευταία 20 χρόνια αντιμετωπίστηκαν 1585 ασθενείς που εμφάνισαν όγκους στην περιοχή της ρινός και μελετήθηκαν, με βάση την ηλικία, το φύλο, τον ιστολογικό τύπο του όγκου, την εντόπιση αυτού, την επανορθωτική μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε και το άμεσο και απώτερο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα. Σε όλες τις περιπτώσεις έγινε ευρεία εκτομή του όγκου και επανόρθωση του ελλείματος με την ενδεικνυόμενη σε κάθε περίπτωση μέθοδο. Οι τρόποι επανόρθωσης περιλάμβαναν την απευθείας συρραφή σε 926 περιπτώσεις (62,3%), τις τοπικές πλαστικές σε 419 (28,2%) περιπτώσεις, τα μοσχεύματα, δερματικά ή σύνθετα σε 112 (7,5%) περιπτώσεις. Κριτήρια επιλογής της μεθόδου αποτέλεσαν η έκταση και το βάθος του ελλείματος, η πρόγνωση και το στάδιο της νόσου καθώς και η γενική κατάσταση του ασθενούς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 1585 ασθενείς με 1593 ογκόμορφες εξεργασίες ρινός, 845 ήταν άνδρες (53,3%) και 740 γυναίκες (46,7%) ηλικίας από 13 έως 97 έτη (μέση 65,9 έτη). Αναφορικά με τον ιστολογικό τύπο των όγκων, 109 ακανθοκυτταρικά καρκινώματα (6,8%), 1399 βασικοκυτταρικά καρκινώματα (87,8%), 13 μικτά βασικο-ακανθοκυτταρικά καρκινώματα, 15 δερματικά μελανώματα (0,9%) και 57 βλάβες σε άλλες κατηγορίες όπως ρινόφυμα, σάρκωμα κ.α. Σχετικά με τις μετεγχειρητικές επιπλοκές παρατηρήθηκαν 3 διασπάσεις τραύματος, 4 νεκρώσεις μοσχευμάτων και 7 νεκρώσεις του χρησιμοποιούμενου κρημνού. Σε 1008 (63,6%) χάθηκαν τα ίχνη ή δεν ολοκλήρωσαν το follow-up των 5 ετών. Στους υπόλοιπους 577 (36,4%) ασθενείς με πλήρες follow-up, παρατηρήθηκαν 39 υποτροπές (6,75%) και 4 θάνατοι από τη νόσο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η Επανορθωτική της ρινός μετά την εκτομή κακόηθων όγκων αποτελεί επέμβαση ρουτίνας για τον επανορθωτικό Πλαστικό Χειρουργό. Τα κριτήρια επιλογής της μεθόδου κατά περίπτωση, είναι θέμα γνώσης της ογκολογικής χειρουργικής αλλά και εμπειρίας του Χειρουργού στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Το λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα θα πρέπει να υπολογίζονται και να σταθμίζονται εξίσου δεδομένου ότι είναι επέμβαση που εμπλέκει την ευαίσθητη περιοχή του προσώπου

EA06

Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΧΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟΥ (S.L.N) ΣΤΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Κυριοπούλου Ευγενία¹, Παναγιώτου Πέτρος¹, Οικονόμου Θωμαΐς¹, Γκαμάτση Ειρήνη¹, Παπαδόπουλος Στέφανος¹, Κολαξίδης Εμμανουήλ¹, Παπαδόπουλος Όθων², Τσούτσος Δημοσθένης¹.

¹Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής & Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι.Λωάννοβιτς», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

²Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, Νοσοκομείο Δερματολογικών Νοσημάτων «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.

Εισαγωγή: Η εκτίμηση των περιοχικών λεμφαδένων με την βιοψία του S.L.N αποτελεί πολύτιμο εργαλείο στην σταδιοποίηση του μελανώματος.

Σκοπός: Η διαγνωστική αξία της ενδοδερμικής έγχυσης χρωστικής στον εντοπισμό του S.L.N. και οι παράγοντες που επηρεάζουν την χρώση του.

Ασθενείς- Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 24 ασθενείς σταδίου IB-III A (AJCC) που υποβλήθηκαν σε βιοψία S.L.N. Για τον εντοπισμό έγινε έγχυση ραδιοϊσοτόπου Tc99m και μπλε χρωστικής. Μελετήθηκε η ηλικία, οι σωματομετρικές διαστάσεις, η απόσταση πρωτοπαθούς εστίας-S.L.N., η ποσότητα χρωστικής, το είδος αναισθησίας, η ποιοτική ανάλυση χρώσης και ο χρόνος ανεύρεσής του S.L.N.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν 57 έτη και το μέσο B.M.I. 29.87. Ο μέσος αριθμός S.L.N./ασθενή 1.38, η μέση απόσταση πρωτοπαθούς εστίας(Π.Ε)/S.L.N. 40.51 cm. και ο μέσος χρόνος εύρεσης του S.L.N. 27,8min. 17 ασθενείς υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία, 5 σε ραχιαία και 2 σε τοπική. Η ποσότητα χρωστικής ήταν 1,5-2cc. Ικανοποιητική χρώση διαπιστώσαμε σε 30 S.L.N. (91%). Απουσία χρώσης παρατηρήσαμε σε 3 ασθενείς, οι οποίοι έλαβαν γενική αναισθησία, με μέσο B.M.I. 38.85 και μέση απόσταση Π.Ε./S.L.N.48.67cm. Η ποσότητα χρωστικής σε 1 περίπτωση ήταν 1,2cc ενώ σε 1 περίπτωση έγινε υποδρία. Ο χρόνος ανεύρεσης του S.L.N. ήταν παρατεταμένος (44.34min). Δεν υπήρχε συσχέτιση απουσίας χρώσης και σταδιοποίησης νόσου. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Η ανεύρεση του S.L.N. με έγχυση χρωστικής έχει μεγάλη διαγνωστική αξία, είναι ασφαλής και μειώνει το χειρουργικό χρόνο. Εξαρτάται κυρίως από την ποσότητα χρωστικής και τον σωστό τρόπο έγχυσης.

ΕΑ07

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

Μπενετάτος Νικόλαος, Κούλας Σπυρίδων, Ρουστάνης Ευάγγελος, Βαλτζόγλου Βασίλειος, Τσιμογιάννης Ευάγγελος

Χειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

Σκοπός: Η αναδρομική μελέτη των επιπλοκών στο σύνολο των λαπαροσκοπικών χολοκυστεκτομών που πραγματοποιήθηκαν την τελευταία δεκαπενταετία στην κλινική μας.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή (Λ.Χ) κατά την περίοδο 1992-2007. Σε όλους τους ασθενείς, πνευμοπερίτονεο έγινε με την ανοικτή μέθοδο (εκτός από τις πρώτες 40 Λ.Χ). Το σύνολο των επιπλοκών χωρίστηκαν σε μείζονες και ελάσσονες επί των χοληφόρων καθώς και επί των άλλων οργάνων.

Αποτελέσματα: Κατά την τελευταία δεκαπενταετία η κλινική μας πραγματοποίησε 4.530 Λ.Χ.. 1426 άντρες (31,5%) και 3104 γυναίκες (68,5%) με μέσο όρο ηλικίας τα 53,5 έτη (εύρος 9 – 87 έτη). Οι κυριότερες επιπλοκές ήταν η κάκωση εξωηπατικών χοληφόρων σε 9 περιπτώσεις (0,2%) ήτοι η διατομή χοληδόχου πόρου σε 4, διατομή δεξιού ηπατικού σε 2, έγκαυμα χοληδόχου πόρου με μονοπολική διαθερμία σε 2, κάκωση και μικρής έκτασης έγκαυμα του χοληδόχου πόρου με διαθερμία υπερήχων σε 1 ασθενή. Αιμορραγία σε 15 ασθενείς (0,33%) εκ των οποίων σε 9 έγινε ερευνητική λαπαροσκόπηση, έλεγχος και επίσχεση της αιμορραγίας ενώ 6 αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Μείζων τραυματισμός κοίλου σπλάγχνου έγινε σε 4 περιπτώσεις (0,09%), μία παχέος εντέρου μετά από τραυματισμό από τοποθέτηση υποξυφοειδικού trocar και 3 του λεπτού εντέρου (1 άμεση διάγνωση, 2 μετά 24ωρο). Υψηλατικά αποστήματα – χολώματα παρουσιάστηκαν σε 3 περιπτώσεις (0,06%), τα οποία παροχετεύθηκαν επαρκώς υπό την καθοδήγηση αξονικού τομογράφου.

Άλλες ελάσσονες επιπλοκές ήταν; Χολόρροια παρουσίασαν 36 ασθενείς (0,8%) εκ των οποίων σε 25 έγινε συντηρητική αντιμετώπιση, σε 8 έγινε ερευνητική λαπαροσκόπηση, ενώ σε 3 ερευνητική λαπαροτομία. Ειλεός σε 17 ασθενείς (συντηρητική αντιμετώπιση σε όλες τις περιπτώσεις), κήλη στις πύλες των trocar's των 10mm σε 15 ασθενείς (0,33%). Συνολικά 29 ασθενείς (0,61%) παρουσίασαν μείζονα επιπλοκή ενώ 68 ελάσσονα (1,5%). Το ποσοστό μετατροπής σε ανοικτή επέμβαση ανήλθε σε 1,55% (68 εκ των οποίων οι 23 έγιναν στις πρώτες 500 επεμβάσεις). Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 1,3 ημέρες ενώ οι ασθενείς επέστρεψαν στις δραστηριότητες των σε 7-15 ημέρες.

Συμπέρασμα: Οι μείζονες επιπλοκές και κυρίως εκείνες των εξωηπατικών χοληφόρων μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή δεν έχουν εκλείψει ενώ η σοβαροτάτα τους εξαρτάται άμεσα από την διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της χειρουργικής ομάδας

ΕΑ08

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΙΜΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΤΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΟΛΛΑΠΛΑΣΙΑΣΜΟ ΤΩΝ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΩΝ ΕΝΤΕΡΟΚΥΤΤΑΡΩΝ, ΣΕ ΕΠΙΜΥΕΣ, ΥΠΟ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΤΙΑΣ. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Καντσός Α. Χαρίλαος¹, Παπαδόπουλος Στέφανος¹, Περρέα Δέσποινα², Ξάνθος Θεόδωρος², Βλάχος Ιωάννης², Παντοπούλου Άλκηστis², Χατζηπαντελής Πασχάλης³, Λάζαρης Ανδρέας⁴, Πατσούρης Ευστράτιος⁴, Μπράμης Ιωάννης¹.

- 1: Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών, Ιπποκράτειο Π.Γ.Ν.Α.
- 2: Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας «Ν.Σ.Χρηστέας» Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών.
- 3: Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιπποκράτειο Π.Γ.Ν.Α.
- 4: Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών.

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο συνδυασμός χειρουργικού τραύματος και αστίας οδηγεί σε διαταραχές της εντερικής βλεννογονίας δομής και λειτουργίας καθώς και σε δυσλειτουργία του εντερικού φραγμού.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι επιδράσεις της χορήγησης Νιμοδιπίνης (Nimodipine), επί του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου και τον πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών εντεροκυττάρων, υπό συνθήκες λαπαροτομίας και αστίας, σε επίμυες.

Υλικό-Μέθοδος: Τριάντα επίμυες τύπου Wistar χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: Α: Ομάδα ελέγχου (n=15), όπου οι επίμυες υποβλήθηκαν σε λαπαροτομία και 48ωρη μετεγχειρητική αστία και Β: Ομάδα Νιμοδιπίνης (n=15), της οποίας οι επίμυες υποβλήθηκαν σε λαπαροτομία ακολουθούμενη από ενδοπεριτοναϊκή χορήγηση Νιμοδιπίνης και 48ωρη μετεγχειρητική αστία. Ο πολλαπλασιασμός των επιθηλιακών κυττάρων των εντερικών λαχνών του ειλεού προσδιορίστηκε 48 ώρες μετά τη λαπαροτομία.

ΕΑ09

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ V.A.C. (VACUUM ASSISTED CLOSURE) ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΙΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ

Τσιρώνης Χρήστος, Κυριοπούλου Ευγενία, Ζαπαντιώτη Πολυξένη, Γκρεμούτης Γεώργιος, Μπρούμη Παρασκευή, Μπασακίδης Ανδρέας, Οικονόμου Θωμαΐς, Γκαμάτση Ειρήνη, Τσούτσος Δημοσθένης.

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής & Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι. ΙΩΑΝΝΟΒΙΤΣ»
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Εισαγωγή: Η αποκατάσταση ιστικών ελλειμμάτων συχνά αποτελεί δυσεπίλυτο χειρουργικό πρόβλημα.

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας από τη χρήση της συσκευής V.A.C. στην αποκατάσταση ιστικών ελλειμμάτων.

Ασθενείς και μέθοδος: Συμπεριλάβαμε ασθενείς στους οποίους χρησιμοποιήθηκε V.A.C. κατά την τελευταία τετραετία. Μελετήθηκαν: αριθμός, ηλικία, φύλο των ασθενών, ανατομική εντόπιση, αιτιολογία του ελλείμματος, διάρκεια και έκβαση της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Αντιμετωπίστηκαν 36 ασθενείς (21 άντρες, 15 γυναίκες) ηλικίας 24 - 90 ετών. Τα ελλείμματα εντοπίζονταν σε: κάτω άκρα (18), άνω άκρα (3), κορμό (3), γλουτούς και ιεροκοκκυγική χώρα (12). Τα ελλείμματα οφείλονταν σε: κατακλίσεις (12), σακχαρώδη διαβήτη (6), τραυματικές κακώσεις (9), αγγειακές παθήσεις (6) και μετεγχειρητικές διασπάσεις (3). Το V.A.C. χρησιμοποιήθηκε από 5 - 32 ημέρες.

Η βελτίωση ήταν θεαματική με ανάπτυξη κοκκιδώδους ιστού. Το V.A.C. συνέβαλε στην σχεδόν πλήρη επούλωση των τραυμάτων (9 ασθενείς). Η κοκκίωση του τραύματος επέτρεψε τη χειρουργική αποκατάσταση είτε με δερματικά μοσχεύματα (19 ασθενείς), είτε με τοπικούς κρημνούς (6 ασθενείς), ενώ σε 2 ασθενείς χρησιμοποιήθηκε δευτερογενώς για την ταχύτερη πρόσληψη των δερματικών μοσχευμάτων.

Συμπεράσματα: Το V.A.C. συμβάλλει αποτελεσματικά στη διαδικασία επούλωσης βελτιώνοντας τις τοπικές συνθήκες του τραύματος. Οι πιθανότητες επιτυχίας μιας προγραμματισμένης χειρουργικής αποκατάστασης αυξάνονται ή δίνεται η δυνατότητα της κατά δεύτερο σκοπό επούλωσης.

ΕΑ10

ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΡΑΓΕΝΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: ΟΚΤΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Γερασιμίδης Θωμάς, Κάρκος Χρήστος, Καραμάνος Δημήτριος, Παπάζογλου Κωνσταντίνος, Παπαδημητρίου Δημήτριος, Δεμιρόπουλος Φίλιππος, Μαλκότσης Δημήτριος, Καμπαρούδης Απόστολος
Ε' Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην ενδοαυλική αποκατάσταση των ραγέντων ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής (ΡΑΚΑ).

Μέθοδοι: Από το Μάρτιο του 1998 μέχρι τον Αύγουστο του 2006, συνολικά 69 ασθενείς προσήλθαν με ΡΑΚΑ. Από αυτούς 67 υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία και 8 κατέληξαν πριν χειρουργηθούν. 42 ασθενείς (63%) ήταν κατάλληλοι για ενδοαυλική αποκατάσταση. Όλοι εκτός από έναν (βλάβη c-arm) αντιμετωπίστηκαν ενδοαυτικά. 27 χειρουργήθηκαν με τοπική αναισθησία, 3 με γενική, ενώ 11 ξεκίνησαν με τοπική που μετατράπηκε στη συνέχεια σε γενική αναισθησία. Τοποθετήθηκαν 28 διχαλωτά και 14 αορτομονά μοσχεύματα.

Αποτελέσματα: Η θνητότητα τις πρώτες 30 μέρες ήταν 41%. Επίσης, είχαμε 19 επιπλοκές σε 16 ασθενείς (4 καρδιολογικές, 6 αναπνευστικές, 7 νεφρολογικές, 1 ΑΕΕ και 1 σε σχέση με το ενδομόσχευμα). Δύο ασθενείς χρειάστηκαν επανεπέμβαση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, ένας για ενδοδιαφυγή τύπου I, και ένας για αποκλεισμό σκέλους. Κατά την μετέπειτα παρακολούθηση (μέσος όρος 730, εύρος 90-2580 μέρες), η επιβίωση στον 1ο χρόνο ήταν 53% και στην πενταετία 50%. Πραγματοποιήθηκαν 3 επανεπεμβάσεις (ενδοδιαφυγή τύπου I σε 2, θρόμβωση του μοσχεύματος σε 1).

Συμπεράσματα: Η ενδοαυλική αποκατάσταση των ΡΑΚΑ είναι εφικτή και τα αρχικά αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά. Το αν υπερτερεί της ανοικτής μεθόδου θα το δείξει το μέλλον.

EA11

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Πωλογιώργης Ι. Γεώργιος¹, Μπίρμπα Κων/να², Πετράκη Κων/να³ & Κατσιλιέρης Ιωάννης⁴
¹Γ' Χειρουργικό, ²Αναισθησιολογικό, ³Παθολογοανατομικό & ⁴Γ' Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα
Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

Σκοπός: Αναδρομική μελέτη 60 ασθενών με κακόηθες μελάνωμα κεφαλής-τραχήλου της περιόδου 1990 έως 1995, μετά 15ετή τακτική και ανελλιπή παρακολούθηση.

Μέθοδος και υλικό: Η μέση ηλικία ήταν 67 έτη, 18 (30%) ήσαν άνδρες και 42 (70%) γυναίκες. Το μελάνωμα ήταν στο πρόσωπο σε 38 περιπτώσεις (63,3%), στον τράχηλο σε 11 (18,3%) και στο τριχωτό σε 11 (18,3%). Οζώδες μελάνωμα ευρέθη σε 35 περιπτώσεις (58,3%), επιπολής εξαπλούμενο σε 22 (36,6%) και lentigo σε 3 (5%). Το πάχος του πρωτοπαθούς κατά Breslow ήταν από 0,75 έως 1,49 χιλ. σε 5 περιπτώσεις (8,4%), από 1,5 έως 3,99 χιλ. σε 13 (21,6%) και μεγαλύτερο των 4 χιλ. σε 42 (70%). Το βάθος διήθησης ήταν επιπέδου I κατά Clark σε 3 περιπτώσεις (5%), II σε 1 (1,7%), III σε 9 (15%), IV σε 13 (21,7%) και V σε 34 (56,6%). Το στάδιο (κατά U.I.C.C./A.J.C.C.S) ήταν I σε 47 περιπτώσεις (78,3%), II σε 7 (11,7%) και IIIB σε 6 (10%). Η θεραπεία συνίστατο σε ευρεία εκτομή-συρραφή σε 33 (55%) περιπτώσεις, μόσχευμα δέρματος σε 17 (28,3%) και κρημνό σε 10 (16,7%). Λεμφαδενικός καθαρισμός έγινε σε 16 περιπτώσεις (26,7%), ακτινοθεραπεία σε 8 (13,3%), χημειοθεραπεία σε 8 (13,3%) και ιντερφερόνη σε 5 (8,3%).

Αποτελέσματα: Το 5ετές, 10ετές και 15ετές μεσοδιάστημα ελεύθερο νόσου ήταν 44%, 28,7% και 28,7% και η επιβίωση 62,1%, 32,8,7% και 26,8%, αντίστοιχα. Η συχνότερη μορφή υποτροπής ήταν η λεμφική: 19 περιπτώσεις (31,6%), από τις οποίες 4 υπό σταθερή ύφεση. Η στατική ανάλυση (Mantel & Cox) έδειξε ότι οι σημαντικότεροι δυσμενείς παράγοντες ήταν: 1. Η εντόπιση (τριχωτό κεφαλής/τράχηλος/πρόσωπο, P <0,0001), συνδεδεμένη με καθυστερημένη διάγνωση (μέχρι 6 μήνες) και πιθανότητα λεμφαδενικής διήθησης (P <0,0005). 2. Το στάδιο (P <0,005). 3. Ο ιστολογικός τύπος (οζώδες/επιπολής εξαπλούμενο/lentigo, P <0,0005). 4. Το πάχος του μελανώματος κατά Breslow (P <0,005) και Clark (P < 0,2). Μεγαλύτερη επιβίωση χωρίς στατιστική αξία παρουσίασαν οι γυναίκες (53,2%, 27,5%, 27,5%) έναντι των ανδρών (49,4%, 32,3%, 32,4%).

Συμπεράσματα: Οι σημαντικότεροι προγνωστικοί παράγοντες μελανωμάτων κεφαλής-τραχήλου είναι η τοπογραφία, το στάδιο, η ιστολογική ταξινόμηση και η μικροσταδιοποίηση. Η υποκλινική λεμφαδενική διήθηση φαίνεται ότι ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τις μεταστάσεις, ακόμη και μετά πολλά έτη, γεγονός που τονίζει την αξία της αρχικής σταδιοποίησης και ριζικής θεραπείας.

EA12

ΚΥΣΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Γ. Καρατζάς, Π. Πατάπης, Δ. Μπιστοράκης, Κ. Κοπανάκης, Θ. Λιακάκος, Α. Μαχαίρας

Παρουσιάζεται η εμπειρία της Γ' Πανεπιστημιακής Χειρουργικής Κλινικής στην αντιμετώπιση ασθενών με κυστικά νεοπλασμάτα του παγκρέατος.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ : Την περίοδο 08/2004 – 11/2007 αντιμετωπίστηκαν στην κλινική 10 (δέκα) περιπτώσεις ασθενών με κυστικά νεοπλασμάτα παγκρέατος. Εξ αυτών 5 (πέντε) ασθενείς ήταν άνδρες και 5 (πέντε) ήταν γυναίκες, μέσης ηλικίας 67 ετών (32 – 74 έτη).

Η κύρια συμπτωματολογία ήταν: σε 2 (δύο) ασθενείς ο αποφρακτικός ίκτερος, σε 3 (τρεις) ασθενείς πόνος στην άνω κοιλία και σε 5 (πέντε) ήταν τυχαίο εύρημα. Σε όλες τις περιπτώσεις, η κυστική διαμόρφωση των βλαβών διαγνώστηκε με αξονική τομογραφία με πρωτόκολλο παγκρέατος και μαγνητική. Όλοι οι ασθενείς μετά από το συνήθη προεγχειρητικό έλεγχο, υπεβλήθησαν σε θεραπευτική χειρουργική επέμβαση.

Έγιναν 7 (επτά) περιφερικές παγκρεατεκτομές, 2 (δύο) παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομές και 1 (μία) σχεδόν ολική παγκρεατεκτομή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Η παθολογοανατομική εξέταση των παρασκευασμάτων έδειξε 4 (τέσσερα) IPNM, 2 (δύο) ορώδη κυσταδενώματα, 1 (ένα) βλεννώδες κυσταδένωμα, 1 (ένα) κυσταδενοκαρκίνωμα, 1 (ένα) νευροενδοκρινές νεόπλασμα και μία αυτοάνοση παγκρεατίτιδα.

Δεν υπήρξε διεγχειρητικός θάνατος. Η νοσηρότητα ήταν 30%, και οφειλόταν σε ανάπτυξη παγκρεατικού συριγγίου σε 3 (τρεις) ασθενείς. Η αντιμετώπιση των παγκρεατικών συριγγίων ήταν συντηρητική, με μέσο χρόνο σύγκλεισης του συριγγίου τις τέσσερις εβδομάδες (2,4 και 6 εβδομάδες).

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών ήταν 4 έως 43 μήνες, μέσος όρος 16,8 μήνες. Όλοι δε οι ασθενείς είναι εν ζωή και σε καλή γενική κατάσταση.

EA13

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ: ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Κατσαρώνης Παρασκευάς, Παπαγεωργίου Ευανθία, Μαντάς Δημήτριος, Κόντζογλου Κωνσταντίνος,
Κωστάκης Αλκιβιάδης
Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

Σκοπός: Σκοπός της αναδρομικής αυτής εργασίας είναι η καταγραφή των επιπλοκών που εμφανίζονται τόσο κατά τη διάρκεια της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής όσο και στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο καθώς επίσης και οι τρόποι αντιμετώπισής τους.

Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη βασίστηκε σε μια σειρά 860 ασθενών ηλικίας από 20 έως 86 ετών με μέση ηλικία τα 45 έτη που υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή από το 2001 έως το 2007. Από αυτούς 497 ήταν γυναίκες και 363 άνδρες.

Αποτελέσματα: Σε 58 ασθενείς (6.8%) είχαμε μετατροπή σε ανοικτή χολοκυστεκτομή. Σε 40 λόγω εντόνου φλεγμονής σε 6 λόγω διεγχειρητικής αιμορραγίας σε 3 λόγω τραυματισμού του χοληδόχου πόρου και τέλος λόγω μετεγχειρητικών συμφύσεων από προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις σε 6 ασθενείς. Κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο σε 3 περιπτώσεις διενεργήθηκε ερευνητική λαπαροτομία, λόγω αιμορραγίας από trocar (2 ασθενείς) και χολοπεριτόναιου (1 ασθενής). Σε 26 ασθενείς (3%) εμφανίστηκε παγκρεατίτιδα μετεγχειρητικά, η οποία αντιμετωπίστηκε με ERCP σε 23 ασθενείς (σε 16 πραγματοποιήθηκε καθαρισμός με basket και σε 7 τοποθετήθηκε stent στο χοληδόχο πόρο). Μείζονες επιπλοκές είχαμε σε 3 ασθενείς (0.35%). Στους δύο έγινε διατομή του χοληδόχου πόρου κατά τη διάρκεια της επέμβασης και ακολούθησε χολοπεπτική αναστόμωση, ενώ σε έναν ασθενή έγινε διατομή του χοληδόχου πόρου και τραυματισμός της ηπατικής αρτηρίας και της πυλαίας φλέβας και πραγματοποιήθηκε δεξιά ηπατεκτομή και χολοπεπτική αναστόμωση.

Συμπεράσματα: Τόσο το ποσοστό μετατροπής ανεξαρτήτως αιτίου, όσο και τα ποσοστά ελασσόνων επιπλοκών είναι εξαιρετικά χαμηλά αν συνυπολογίσουμε ότι στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, ανεξαρτήτως βαρύτητας της νόσου τους. Μείζονες επιπλοκές είχαμε σε σχετικά χαμηλό ποσοστό ανάλογο με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή θεωρείται πλέον ως επέμβαση εκλογής και θα πρέπει να πραγματοποιείται στη πλειοψηφία των χολοκυστεκτομών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (AA01 – AA14)

AA01

« Η βρογχοπλαστική στην χειρουργική αντιμετώπιση σπάνιου Ενδοβρογχικού Όγκου »

Αθ.Σταματελόπουλος¹, Δ.Γαρμπής¹, Κ.Πετράκη², Α. Ρασιδάκης³, Μ.Δουζίνας¹

(1)Θωρακοχειρουργική Κλινική Metropolitan Hospital,(2) Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Metropolitan Hospital, (3)Πνευμονολογική Κλινική Metropolitan Hospital

Στην παρούσα εργασία γίνεται περιγραφή μιας σπάνιας περίπτωσης διάγνωσης και αντιμετώπισης ενδοβρογχικού όγκου.

Άνδρας 62 ετών προσήλθε τον Αύγουστο του 2006 με έμπυρετο, πυώδη απόχρεψη και εικόνα ατελεκτασίας στο δεξιό κάτω πνευμονικό πεδίο. Ήπια βελτίωση κατεγράφη μετά την συντηρητική αντιμετώπιση. Σε ακόλουθο έλεγχο με CT θώρακος κατεδείχθη ενδοαυλική μάζα αποφράζουσα τον δεξιό ενδιάμεσο βρόγχο. Η βρογχοσκόπηση επιβεβαίωσε το ως άνω εύρημα και ελήφθησαν βιοψίες οι οποίες διέγνωσαν βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα. Μετά από ενδελεχή προεγχειρητικό έλεγχο ο ασθενής υπεβλήθη σε δεξιά θωρακοτομή και μέση και κάτω λοβεκτομή και συρραφή του υπολειπόμενου βρογχικού κολοβώματος με 3-0 prolene. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν καλή, άνευ επιπλοκών και εξήλθε την 7η μετεγχειρητική ημέρα.

Το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα αποτελεί μια σπάνια μορφή όγκων των σιελογόνων αδένων με συχνότητα 0,2% στο σύνολο των βρογχογενών όγκων με αργή εξέλιξη. Η συμπτωματολογία συνήθως εξαρτάται από το μέγεθος και την έκταση της απόφραξης των αεροφόρων οδών. Στην μέχρι σήμερα βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί 18 περιστατικά εκ των οποίων τα περισσότερα στην παιδική ηλικία. Η πιο αποδεκτή θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η χειρουργική εξαίρεση της νόσου. Με τη σειρά της αυτή εξαρτάται από την κατάσταση του ασθενούς, τις αναπνευστικές του εφεδρείες, και την επέκταση της νόσου. Η ενδεχόμενη συμπληρωματική χημειοθεραπεία καθώς ακτινοθεραπεία είναι υπό συζήτηση και εξαρτάται από τον βαθμό κυτταρολογικής διαφοροποίησης.

AA02

Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΜΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Μπλίρη Καλλιόπη, Γκιουζέλης Δημήτριος, Σταυρόπουλος Μάριος και Διγαλάκης Μιχαήλ
Α Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ», Αθήνα
Δ/ντης Δρ Μ.Κ. Διγαλάκης

Α.ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Στην παρούσα αναδρομική μελέτη περιγράφουμε την στρατηγική μας σε ότι αφορά την πρόληψη των μετεγχειρητικών λοιμώξεων και τα αποτελέσματα που είχε η προσπάθειά μας αυτή.

Β. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Τους τελευταίους 20 μήνες χειρουργήθηκαν στην κλινική μας 865 ασθενείς. Στους ασθενείς τηρήθηκαν αυστηρώς οι κανόνες αντισηψίας διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν χημειοπροφύλαξη σύμφωνα με τα ισχύοντα βιβλιογραφικά δεδομένα.

Γ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των χειρουργηθέντων ασθενών ανέπτυξαν σοβαρές μετεγχειρητικές λοιμώξεις 35 ασθενείς (ποσοστό 4%). Λοίμωξη χειρουργικού τραύματος εμφάνισαν 21 ασθενείς (60%), ουροποιητικού 12 (34%), αναπνευστικού 8 (23%) και σηψαιμία οφειλόμενη σε ενδοφλέβιους καθετήρες 15 ασθενείς (43%). 57% των ασθενών παρουσίασαν άνω της μίας λοίμωξης.

Η μικροβιακή χλωρίδα που απομονώθηκε στις σχετικές καλλιέργειες είναι η ακόλουθη:

- 1.Χειρουργικό τραύμα: Ent. faecalis 38%, Staph. aureus 19% κ.ά.
- 2.Λοιμώξεις ουροποιητικού: E. coli 41%, Ent. faecalis 25% κ.ά.
- 3.Λοιμώξεις αναπνευστικού: Kl. Pneumoniae 62% κ.ά.
- 4.Ενδοφλέβιοι κεντρικοί καθετήρες: Acinetobacter baumannii 40% κ.ά.
- 5.Καλλιέργειες αίματος: Kl. Pneumoniae 20%, C. Albicans 20 % κ.ά.

Οι λοιμώξεις αντιμετωπίστηκαν αρχικά με εμπειρική χορήγηση αντιβιοτικών και τροποποίηση αυτών όπου χρειάστηκε βάσει καλλιέργειας.

Δ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το χαμηλό ποσοστό χειρουργικών λοιμώξεων που εμφάνισε η κλινική μας οφείλεται:

- α) στην αυστηρή τήρηση των κανόνων αντισηψίας
- β) στην χρήση των αντιβιοτικών με αυστηρότατη ένδειξη
- γ) στην ανά τρίμηνο γενική καθαριότητα της κλινικής

AA03

“ΠΡΩΙΜΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΓΕΝΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΩΝ ΑΥΞΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΕΛΚΩΝ ΕΚ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΣ.”

Γιαννόπουλος Παναγιώτης, Τσόβολου Ειρήνη-Χαρίκλεια, Τσίπας Παντελής, Λιασής Λάμπρος, Ταμπάκης Χάρης, Ντουράκης Δημήτρης, Τζαρδής Περικλής.
Α' Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα, Ελλάδα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα έλκη εκ κατακλίσεως αποτελούν δυσίατο ιατρικό πρόβλημα, με σοβαρές κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις. Η χειρουργική φροντίδα αυτών περιλαμβάνει καθημερινές αλλαγές του τραύματος και τοποθέτηση ενός επιθέματος που διευκολύνει την επούλωση. Προσφάτως, έχει καταστεί εμφανής η χρησιμότητα των αυξητικών παραγόντων στην προαγωγή της φυσιολογικής διαδικασίας επούλωσης.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση των ενδογενών αιμοπεταλιακών αυξητικών παραγόντων (ΕΑΑΠ) στη θεραπευτική αντιμετώπιση ελκών εκ κατακλίσεως.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Μέχρι στιγμής, η εφαρμογή γίνεται ανά εβδομάδα με παράλληλη εφαρμογή της κλασσικής αγωγής. Έχει εφαρμοστεί σε δέκα(10) ασθενείς, εννέα(9) άνδρες και μία(1) γυναίκα, με μέσο όρο (Μ.Ο.) ηλικίας τα 68 έτη (όρια τα 52-87 έτη), οι οποίοι έχουν παρακολουθηθεί για διάστημα από 2 έως και 12 εβδομάδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σαφής η επιτάχυνση της ανάπτυξης υγιούς κοκκιοματώδους ιστού στα τραύματα των ασθενών, ενώ έχει σημειωθεί και μία περίπτωση πλήρους επούλωσης της κατάκλισης. Τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων με φωτογραφικό υλικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εύκολη και ασφαλής αυτή μέθοδος θεραπείας των ελκών εκ κατακλίσεως εμφανίζει ικανοποιητικά πρώιμα αποτελέσματα, με σαφή προαγωγή της επούλωσης καθώς και πιθανή διευκόλυνση της περιχαράκωσης και απόπτωσης των νεκρωμάτων. Για την καλύτερη αξιολόγηση της μεθόδου αυτής είναι αναγκαία η χρήση της για μεγαλύτερο διάστημα, όπως και η προσεκτική οικονομοτεχνική μελέτη του κόστους αυτής.

AA04

«Η χρήση βιολογικού πλέγματος στη χειρουργική αντιμετώπιση μετεγχειρητικών κηλών».

Τζαρδής Περικλής, Κρητικός Εμμανουήλ, Τσόβολου Ειρήνη-Χαρίκλεια, Σταυράκης Ιωάννης, Κωνσταντίνου Χλόη, Γιαννόπουλος Παναγιώτης, Ριτσιότι Λουτσίνα*, Λαοπόδης Βασίλειος,
Α' Χειρουργική Κλινική, Αναισθησιολογική Κλινική*, Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα, Ελλάδα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το υψηλό ποσοστό υποτροπής μετά από χειρουργική συρραφή κήλης του κοιλιακού τοιχώματος καθιστά την τοποθέτηση πλέγματος αναγκαία. Στην κλινική μας χρησιμοποιήθηκε το χοίρειο βιολογικό πλέγμα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση θεμάτων που ανακύπτουν μετά την τοποθέτηση πλέγματος κατά τη χειρουργική αποκατάσταση κηλών του κοιλιακού τοιχώματος.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΙ: Χοίρειο βιολογικό πλέγμα χρησιμοποιήθηκε σε 57 ασθενείς σε χρονική διάρκεια 28 μηνών. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ανοικτή χειρουργική επέμβαση με μέσο χρόνο χειρουργείου 75 λεπτών (35 λεπτά μέσος χρόνος τοποθέτησης πλέγματος). Τριάντα ασθενείς είχαν μετεγχειρητική κήλη (3 περισφιγμένες), 7 κοιλιοκήλη (1 περισφιγμένη), 11 ομφαλοκήλη (2 περισφιγμένες), και οι υπόλοιποι χειρουργήθηκαν για άλλο λόγο (πχ κήλη κολοστομίας, ανοικτή κοιλία, διάσπαση τραύματος κτλ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μέχρι τώρα, δεν έχει σημειωθεί καμία υποτροπή μετά από παρακολούθηση 4-28 μηνών. Μικρές επιπλοκές σημειώθηκαν σε ποσοστό 29% όπως σχηματισμός ορώδους συλλογής (παροχέτευση), αιματώματος (παροχέτευση), ήπιο κοιλιακό άλγος, διόγκωση κοιλιακού τοιχώματος, ατελής μετεγχειρητικός ειλεός (συντηρητική αντιμετώπιση). Ένα πλέγμα έπρεπε να αφαιρεθεί λόγω σηπτικών επιπλοκών. Δύο ασθενείς κατέληξαν στην άμεσο μετεγχειρητική περίοδο λόγω σήψης και καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας. Δεν ανιχνεύτηκαν περιπτώσεις ασθενών με πλήρη συμφυτικό ειλεό ή σχηματισμό συριγγίων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Φαίνεται ότι η χειρουργική αποκατάσταση των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος με τη χρήση χοίρειου βιολογικού πλέγματος, είναι ελκυστική λύση σε ένα περίπλοκο πρόβλημα, ιδιαίτερα επί παρουσίας φλεγμονής.

AA05

ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΟΥΡΗΤΗΡΑ ΣΤΟΝ ΣΑΚΟ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ;

Πλουμίδης Αχιλλέας, Καρυώτης Ιωάννης, Βολάνης Δημήτριος, Μπουλαλάς Ιωάννης, Μελίδης Παναγιώτης, Δελακάς Δημήτριος
Ουρολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Ασκληπιείο Βούλας»

Εισαγωγή: Η ουρητηροβουβωνοκήλη είναι μία σπάνια ανατομική παραλλαγή της θέσης του ουρητήρα. Συνήθως αφορά παχύσαρκους άνδρες ηλικίας 50 – 60 ετών. Η διάγνωση διολισθαίνοντας τμήματος του ουρητήρα σε περίπτωση οσχεοβουβωνοκήλης μπορεί να διαλάβει και να οδηγήσει σε ιατρογενή κάκωση του οργάνου.

Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης ουρητηροβουβωνοκήλης με ουρητηρική απόφραξη.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής 58 ετών προσήλθε αιτιώμενος συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό. Ανέφερε ιστορικό προηγηθείσας πλαστικής αποκατάστασης αριστερής και δεξιάς βουβωνοκήλης προ 15ετίας. Κατά την κλινική εξέταση αναδείχθηκε οσχεοβουβωνοκήλη αμφοτερόπλευρα. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε διάταση του αριστερού πυελοκαλυκτικού συστήματος καθώς και έκτοπη πορεία του ουρητήρα που έφτανε μέχρι το όσχεο διαμέσου του αριστερού βουβωνικού πόρου. Παράλληλα διαπιστώθηκε ικανή ποσότητα οπισθοπεριτοναϊκού λίπους χωρίς την παρουσία άλλου ενδοπεριτοναϊκού ή εξωπεριτοναϊκού οργάνου. Η απόφραξη του ουρητήρα ήταν αποτέλεσμα της γωνίωσης τμήματος αυτού εντός του βουβωνικού πόρου, ενώ η ουροδόχος κύστη ήταν σε φυσιολογική θέση.

Αποτελέσματα: Με τροποποιημένη τομή κατά Gibson επεκτεινόμενη προς τον βουβωνικό πόρο, έγινε παρασκευή του ουρητήρα, εκτομή του παθολογικού τμήματος αυτού μήκους 18 εκατοστών και τελικο-τελική αναστόμωση αυτού με ταυτόχρονη αποκατάσταση της βουβωνοκήλης από την ίδια χειρουργική τομή. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή.

Συμπέρασμα: Η διάγνωση διολίθωσης τμήματος του ουρητήρα σε περιπτώσεις οσχεοβουβωνοκήλης συχνά παραβλέπεται λόγω της έλλειψης συμπτωμάτων από το ανώτερο ουροποιητικό. Επομένως, η παρουσία εξωπεριτοναϊκού λίπους, χωρίς αληθή κηλικό σάκο, θα πρέπει να θέτει την υποψία συνύπαρξης του ουρητήρα.

AA06

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟ

Φλέσσας Ιωάννης¹, Φιλιππάκης Γεώργιος¹, Ζαγουρή Φλώρα¹, Γιαννόπουλος Παναγιώτης¹, Δαρδαμάνης Δημήτριος¹, Μιχαλόπουλος Νίκος¹, Πανοπούλου Ευφροσύνη¹, Γομάτος Ηλίας¹, Τσούνη Πηνελόπη¹, Δρουβέλη Θεοδώρα¹, Μπράμης Ιωάννης¹, Ζωγράφος Γεώργιος¹.

¹Α Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Μονάδα Μαστού, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών.

Εισαγωγή: Μετά από ανασκόπηση πρόσφατων πολυκεντρικών και τυχαιοποιημένων μελετών, εκτιμήθηκαν οι αναθεωρημένες οδηγίες από την ASCO και το NCCN.

Σκοπός: Ο γενικός χειρουργός οφείλει να είναι ενήμερος για τα νεώτερα δεδομένα στην μετεγχειρητική παρακολούθηση ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Υλικό και Μέθοδος: Σύμφωνα με το consensus του St Gallen 2007, οι προγνωστικοί παράγοντες καρκίνου του μαστού είναι: το μέγεθος όγκου (T), η ιστολογική διαβάθμιση (Grade), η περι-ογκική αγγειακή διήθηση, η υπερέκφραση ή ενίσχυση HER2/Neu, οι ορμονικοί υποδοχείς (οιστρογονικοί-ER, προγεστερονικοί-PgR) και ο αριθμός διηθμένων μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Επι τη βάση αυτή οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού κατηγοριοποιούνται σε τρεις βαθμίδες κίνδυνου: 1) Χαμηλού κινδύνου, 2) Ενδιαμέσου κινδύνου, 3) Υψηλού κινδύνου.

Αποτελέσματα: Όλες οι κατηγορίες ασθενών οφείλουν να έχουν λεπτομερές ιστορικό (σύστημα καταγραφής δεδομένων) και φυσική εξέταση από εξειδικευμένο ιατρό. Η εξέταση συνίσταται να πραγματοποιείται κάθε 3-6 μήνες για τα 3 πρώτα χρόνια, κάθε 6-12 μήνες για τα επόμενα 2 χρόνια και μετά ετησίως. Γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ογκεκτομή, θα πρέπει να πραγματοποιούν την πρώτη μαστογραφία μετά την τελική ακτινοθεραπεία, όχι νωρίτερα από 6 μήνες και μετά ετησίως. Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου συνίσταται γονδιακός έλεγχος. Επί κλινικών ενδείξεων υπότροπης ή προχωρημένης νόσου οι ασθενείς οφείλουν να υποβληθούν σε περαιτέρω παρακλινικές εξετάσεις (CT, M.R.I, σπινθηρογράφημα οστών, PET, αιματολογικός έλεγχος, μέτρηση καρκινικών δεικτών).

Συμπεράσματα: Προσεκτική λήψη του ιστορικού, φυσική εξέταση και μαστογραφία συνεχίζουν να είναι η κορωνίδα της κατάλληλης μετεγχειρητικής παρακολούθησης γυναικών με καρκίνο του μαστού.

AA07

ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Πανουσάκη Ευθυμία¹, Σχίζας Νικήτας¹, Τσέβης Κωνσταντίνος¹, Κωτσοβόλου Φωτεινή², Χατζηδάκη Ελένη², Γεωργόπουλος Νικόλαος², Λαμπρόπουλος Λεωνίδας¹, Ζαμπέλη Ευανθία³, Γεωργιοπούλου Ευσταθία¹

¹Β' Χειρουργική Κλινική, ²Ακτινολογικό τμήμα, ³Γαστρεντερολογικό τμήμα, Γ.Ν.Καλαμάτας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο εγκολεασμός του εντέρου είναι σπάνιος στους ενήλικες. Εκδηλώνεται με ποικιλία οξέων, διαλειπόντων ή και χρόνιων συμπτωμάτων, γεγονός που καθιστά δυσχερή την προεγχειρητική διάγνωση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Πρόκειται για άνδρα, ηλικίας 72 ετών, ο οποίος ζει μόνος. Διακομίστηκε αιτώμενος εμέτους από 24ώρου, καθώς επίσης καταβολή, ανορεξία και απώλεια βάρους, χρονολογούμενα από μηνός. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτης υπό αγωγή. Κατά την τελευταία διετία ο ασθενής νοσηλεύτηκε επανειλημμένως (σε άλλο νοσοκομείο) με τη διάγνωση της 'αναιμίας', για την οποία μεταγγιζόταν χωρίς να έχει ποτέ διερευνηθεί. Είχε υποβληθεί σε γαστροσκόπηση, η οποία ήταν φυσιολογική. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ωχρότητα και ήπια διάταση της κοιλίας. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ορθόχρωμη αναιμία, λευκοκυττάρωση, απορρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη και έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Η ακτινογραφία κοιλίας κατέδειξε τεράστια διάταση του στομάχου καθώς και του εγγύς λεπτού εντέρου. Στο υπερηχογράφημα απεικονίστηκε τμήμα εντέρου με παχυσμένο τοίχωμα και η ουροδόχος κύστη σε υπερπλήρωση, με ίζημα. Η αξονική κοιλίας αποκάλυψε διάταση νηστιδικής έλικας με συνοδό πάχυνση του τοιχώματος και μονήρη, ευμεγέθη μεσεντέριο λεμφαδένα. Η αρχική αντιμετώπιση του ασθενούς περιέλαβε τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα (που απέδωσε 1700ml χολωδών υγρών) και ουροκαθετήρα (που απέδωσε 1500ml ούρων) καθώς και έναρξη αντιβιοτικής αγωγής. Η νεφρική λειτουργία βελτιώθηκε, ενώ η παροχή από τον ρινογαστρικό καθετήρα επέμεινε μέχρι την 4η ημέρα νοσηλείας, οπότε διενεργήθηκε απεικονιστικός έλεγχος με γαστρογραφίνη. Διαπιστώθηκε εκσεσημασμένη διάταση της νήστιδας. Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου και ανευρέθη εγκολεασμός έλικας της νήστιδας λόγω της παρουσίας δύο πολυποειδών εξεργασιών. Διενεργήθηκε εντερεκτομή και νηστιδονηστιδική αναστόμωση. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε αδενωματώδη πολύποδα και αδενοκαρκίνωμα λεπτού εντέρου. Σημειώνουμε ότι η διάγνωση του εγκολεασμού είναι συνήθως χειρουργική. Η ενδεχόμενη αντιμετώπιση είναι η εκτομή αφού στις περισσότερες περιπτώσεις υπόκειται κακοήθεια.

AA08

ΓΥΝΑΙΚΟΜΑΣΤΙΑ : Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΞΑΕΤΙΑ

Γκρεμούτης Γεώργιος, Οικονόμου Θωμαΐς, Ζαπαντιώτη Πολυξένη, Μπασακίδης Ανδρέας, Παναγιώτου Πέτρος, Μηρούμη Παρασκευή, Τσούτσος Δημοσθένης

Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών <<Γ. Γεννηματάς>>
Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής - Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων <<Ι. Ιωάννοβιτς>>

Εισαγωγή: Η γυναικομαστία αναφέρεται στην καλοήγη διόγκωση του μαστού στον άνδρα.

Σκοπός: Η παρουσίαση του τρόπου αντιμετώπισης των ασθενών με γυναικομαστία.

Υλικό: Συμπεριελήφθησαν ασθενείς με ιδιοπαθή γυναικομαστία (I-III βαθμού) η οποία επέμενε για περισσότερο από ένα έτος και αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας κατά την τελευταία εξαετία.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά ο αριθμός και η ηλικία των ασθενών, η εντόπιση, ο βαθμός και το αίτιο της νόσου, οι ενδείξεις χειρουργικής αποκατάστασης και το είδος της επέμβασης.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 76 ασθενείς, ηλικίας 20-35 ετών, με γυναικομαστία εντοπιζόμενη ετερόπλευρα σε 20 ασθενείς και αμφοτερόπλευρα σε 56 . Προεγχειρητικά οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ενδοκρινολογικό και απεικονιστικό έλεγχο. Εικοσιένα ασθενείς υπεβλήθησαν σε λιποαναρρόφηση, 47 σε εκτομή του μαζικού αδένου και 8 σε συνδυασμό αυτών. Η χειρουργική αντιμετώπιση με τη χρήση της λιποαναρρόφησης ήταν ευκολότερη, περισσότερο αναίμακτη και ο χειρουργικός χρόνος μειωμένος. Παροχέτευση τοποθετήθηκε στους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε εκτομή του μαζικού αδένου . Οι επιπλοκές ήταν μικρής βαρύτητας και αφορούσαν σε σερώματα (4 ασθενείς), αιματώματα (3 ασθενείς) και εισολκή της θηλής (2 ασθενείς). Το αισθητικό αποτέλεσμα κρίθηκε πολύ ικανοποιητικό στους περισσότερους ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η αποκατάσταση της γυναικομαστίας προσφέρει καλό αισθητικό αποτέλεσμα. Παρουσιάζει μικρή νοσηρότητα και οι ασθενείς επιστρέφουν σύντομα στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

AA09

ΤΙΤΛΟΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑΣ ΥΓΡΗΣ ΦΑΣΗΣ «THIN PREP» ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟΥ ΣΤΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Κονοφάος Πέτρος, Χρυσοστομίδης Χρυσόστομος, Τσαντούλας Ζαχαρίας, Καρυπίδης Δημήτριος, Χάμπας Γρηγόριος, Φραγκούλης Μάριος, Παπαδόπουλος Όθων.

Νοσοκομείο Δερματολογικών Νοσημάτων «Α. Συγγρός», Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής. & Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Γενικό Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η βιοψία του Λεμφαδένα «φρουρού» (SLN) στο μελάνωμα αξιολογεί σοβαρά τη θέση των επιχώριων λεμφαδένων, παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την πρόγνωση του μελανώματος, διευκολύνει τον έγκαιρο θεραπευτικό λεμφαδενικό «καθαρισμό» και καθορίζει τους ασθενείς που είναι υποψήφιοι για πιθανή συμπληρωματική θεραπεία. Η τρέχουσα μελέτη είχε ως σκοπό να αξιολογήσει τη δυνατότητα λήψης και αξιολόγησης κυτταρολογικών δειγμάτων σε PreservCyt® ως πρακτική μεθοδολογία συλλογής για την εκτίμηση του λεμφαδένα «φρουρού» (SLN) στους ασθενείς με τα μελανώματα.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Από τον Ιανουάριο του 2004 μέχρι τον Δεκέμβριο του 2006 70 ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο δερματικό μελάνωμα, υποβλήθηκαν στην ενδοβλαβική βιοψία FNA του SLN. Μετά από τον προσδιορισμό του /των SLN (s), η βιοψία FNA του SLN εκτελέστηκε με το μία βελόνη διαμέτρου 0,6 mm. (23 gauge). Όλα τα δείγματα SLNs εξετάστηκαν (χρησιμοποιώντας την βασική μικροσκόπηση x40 και x200) από τον ίδιο παθολογοανατόμο και κυτταρολόγο, όπου κανένας από αυτούς δεν είχαν οποιαδήποτε γνώση του ιατρικού ιστορικού του ασθενή. Η ιστοπαθολογική διάγνωση του εξαιρεθέντος SLN έδωσε τελικά και τη διάγνωση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο βαθμός λάθους για την κυτερομετρία TP ήταν 2.17%. Ευαισθησία, Ιδιομορφία, Θετική Προγνωστική Αξία (PPV), Αρνητική Προγνωστική Αξία (NPV), και η Γενική Ακρίβεια (OA) για την τεχνική TP ήταν 92,31%, 100%, 100%, 97,06% και 97,83% αντίστοιχα. Χρησιμοποιώντας την κυτερομετρία TP, υπήρξε υψηλότερη πυκνότητα και κατανομή της χρώσης, συγκρινόμενη με την ανοσοϊστοχημεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ακρίβεια της τεχνικής TP στην εκτίμηση του λεμφαδένα «φρουρού» SLN είναι συγκρίσιμη με εκείνη της ιστολογικής αξιολόγησης, και θα μπορούσε να είναι ύψιστης σημασίας για τον προγραμματισμό της χειρουργικής αντιμετώπισης, εφόσον είναι διαδικασία που διεκπεραιώνεται άμεσα, γνωρίζοντας ότι η ταχεία βιοψία είναι μέθοδος που δεν ενδείκνυται για την εκτίμηση του λεμφαδένα «φρουρού».

AA10

Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Μπρούμη Παρασκευή, Κυριοπούλου Ευγενία, Παπαδόπουλος Στέφανος, Μπασακίδης Ανδρέας, Οικονόμου Θωμαΐς, Παπαλιώδη Ευγενία, Τσοτύσος Δημοσθένης.

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής & Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι.Ιωάννοβιτς» & Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Εισαγωγή: Η δερματοσκόπηση επιτρέπει την ευκολότερη και ακριβέστερη διάγνωση μελαγχρωστικών αλλοιώσεων που δεν είναι εύκολα ορατές με γυμνό μάτι.

Σκοπός: Η διαγνωστική αξία της δερματοσκόπησης στην πρώιμη ανίχνευση του μελανώματος.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά: Ο αριθμός των ασθενών, οι ενδείξεις για αφαίρεση βλαβών κατόπιν χαρτογράφησης (Total Dermatoscopy Score / T.D.S.), ο αριθμός αυτών που χειρουργήθηκαν, η εντόπιση και τα ιστολογικά ευρήματα.

Αποτελέσματα: Η μελέτη αφορούσε σε 270 ασθενείς (2005-2007) από τους οποίους 82 χειρουργήθηκαν για αφαίρεση ύποπτης βλάβης. Σε 69 ασθενείς ανεδείχθησαν καλοήθεις δερματικές αλλοιώσεις ενώ σε 13 μελάνωμα. Τα ιστολογικά ευρήματα ήταν: 1 μελάνωμα in situ, 3 μελανώματα ≤ 0.35 mm, 3 μελανώματα 0.5-0.9 mm & 6 μελανώματα 0.9-1.8 mm. Οι βλάβες εντοπίζονταν: 8 στη ράχη, 3 στην κνήμη, 1 στο χέρι, 1 στην κοιλιά. Ο ασθενής με το μελάνωμα in situ είχε χειρουργηθεί προ βμήνου για άλλο δερματικό μελάνωμα σε διαφορετική εντόπιση.

Συμπεράσματα: Η χαρτογράφηση είναι άριστη μέθοδος ελέγχου & διάγνωσης του μελανώματος σε πρώιμη φάση.

AA11

THE ROLE OF BIOARTIFICIAL LIVER IN GUT BARRIER FUNCTION AFTER MAJOR HEPATECTOMY

Nastos Constantinos¹, Arkadopoulos Nikolaos¹, Kalogeropoulou Eleni², Pafiti Agathi¹, Zerva Loukia², Papoutsidakis Nikolaos¹, Kalimeris Constantinos², Defterevos George¹, Kipriotis Dimosthenis¹, Polizois Constantinos¹, Kabouroglou George¹, Fragoulidis George¹, Papalois Apostolos², Kostopanagioutou Georgia², Smirniotis Vasilios¹.

¹ 2nd Department of Surgery, Experimental-Research Department, University of Athens, Aretaieion Hospital, Athens

² 2nd Department of Anesthesiology, University of Athens, Attikon Hospital, Athens

³ Experimental-Research Department, Elpen, Athens

AIM: To evaluate the role of a bioartificial liver support device in gut barrier function in postoperative fulminant hepatic failure after major hepatectomy.

METHODS: 12 female pigs were subjected to major hepatectomy 60-70% using the Pringle maneuver and side to side portocaval shunt to avoid splachnic congestion. Postoperatively, 150min liver ischemia and then 24hrs reperfusion was carried out. At 6 hours of reperfusion 6 animals were subjected to a 6 hour supportive session with HepatAssist2000 bioartificial liver support device and the rest received standard intensive care and (control group). Bacterial translocation (BT) was assessed by quantitative blood cultures. Intestinal microscopy was used to assess intestinal mucosal injury (IMI). Portal pressure was monitored in both groups.

RESULTS: Significant differences were found in BT in portal and systemic circulation ($p < 0.05$) and in IMI pathology scores between the two groups ($3,33 \pm 1,21$ vs. $1,17 \pm 0,75$, $p = 0,004$) but not in portal pressure.

CONCLUSIONS: Major hepatectomy was followed by moderate to severe IMI and increased bacterial translocation. HepatAssist2000 attenuated bacterial translocation and IMI, implying a beneficial effect of the system in postoperative fulminant hepatic failure derived MODS.

The project is co-funded by the European Social Fund and National Resources – (EPEAEK II)

AA12

ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΥΠΟ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΒΙΟΨΙΑ (ΜΑΜΜΟΤΟΜΕ) ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΜΙΑ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ?

Ζωγράφος Κ. Γεώργιος¹, Ζαγουρή Φλώρα¹, Σεργεντάνης Ν. Θεόδωρος¹, Προβατοπούλου Ξένια², Καλογερά Ελένη², Φλέσσας Ιωάννης¹, Δαρδαμάνης Δημήτριος¹, Φιλιππάκης Γεώργιος¹, Πανοπούλου Ευφροσύνη¹, Μπράμης Ιωάννης¹, Γούναρη Αντωνία².

¹Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Μονάδα Μαστού

²Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο

ΣΚΟΠΟΣ: Η υποβοηθούμενη υπό αναρρόφηση βιοψία (Mammotome) του μαστού χρησιμοποιείται για την εκτίμηση μη ψηλαφητών μαστογραφικών αλλοιώσεων. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση των ενδοκρινικών απαντήσεων συνδεδεμένων με το στρες και το άγχος κατά τη διάρκεια του Mammotome.

ΥΛΙΚΟ& ΜΕΘΟΔΟΣ: Βιοψία με τη συσκευή Mammotome (βελόνα 11 G) στο στερεοτακτικό τραπέζι της Fischer πραγματοποιήθηκε σε 22 γυναίκες. Η αδρεναλίνη, η νοραδρεναλίνη, η προλακτίνη, η κορτιζόλη, η αυξητική ορμόνη, η γλυκόζη και η ινσουλίνη εκτιμήθηκαν στον ορό στις ασθενείς αυτές πριν, κατά τη διάρκεια (στα 10 και 30 λεπτά), στο τέλος και 1 ώρα μετά τη βιοψία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αρχική τιμή της αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης στον ορό ήταν αυξημένη σε 14/22 και 13/22 ασθενείς αντίστοιχα. Η αρχική τιμή της αυξητικής ορμόνης, ινσουλίνης, γλυκόζης, προλακτίνης και κορτιζόλης ήταν αυξημένες σε <10% των ασθενών.

Σε όλα τα σημεία ελέγχου, η προλακτίνη του ορού και η κορτιζόλη εμφάνισαν αύξηση (vs. αρχικές μετρήσεις). Η νοραδρεναλίνη του ορού και η αυξητική ορμόνη ήταν αυξημένες στο τέλος και μια ώρα μετά το πέρας της βιοψίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αμέσως πριν την έναρξη της βιοψίας με τη συσκευή Mammotome, οι ασθενείς είναι αγχωμένες περιμένοντας την βιοψία. Η ακόλουθη, επιπλέον αύξηση μπορεί να αποδοθεί στο χειρουργικό τραύμα.

AA13

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΤΟΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΣΤΗ ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΥΠΟ ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ.

Ζαγουρή Φλώρα, Σεργεντάνης Θεόδωρος Ν., Μιχαλόπουλος Νικόλαος, Δρίκος Αρμόδιος, Λυμπερόπουλος Νικόλαος, Δομάγιερ Φίλιππος, Φλέσσας Ιωάννης, Δημητριάδου Ειρήνη, Φώτου Μαρία, Μπράμης Ιωάννης, Ζωγράφος Γεώργιος Κ.

Μονάδα Μαστού, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση του πόνου και των παραμέτρων που τον επηρεάζουν στη βιοψία του μαστού υπό τοπική αναισθησία.

ΥΛΙΚΟ& ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην μελέτη περιλήφθηκαν 50 συνεχόμενες προεμνηνοπαυσιακές ασθενείς (26- 51 ετών) με ύποπτη αλλοίωση (2-3 εκ. σε διάμετρο) που υπέστησαν βιοψία με τοπική αναισθησία και στις οποίες αποδείχθηκε καλοήθεια. Όλες οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε εξέταση με το Mini-Mental-State exam για τον αποκλεισμό ψύχωσης και δεν λάμβαναν φαρμακευτικά σκευάσματα που θα τροποποιούσαν την ένταση του πόνου. Κατά τη διάρκεια της βιοψίας χορηγήθηκαν 15cc 1% λιδοκαΐνη. Για την εκτίμηση του πόνου χρησιμοποιήθηκε η visual analog scale, μια 10βάθμια κλίμακα (0=καθόλου πόνος, 10= ο εντονότερος δυνατός πόνος). Η ηλικία των ασθενών, η φάση του εμμηνορρυσιακού κύκλου, το ιστορικό θηλασμού, η πυκνότητα του μαζικού παρεγχύματος [σύμφωνα με το 4βάθμιο σύστημα του ACR: 1(=εξαιρετικά λιπώδες)- 4(=εξαιρετικά πυκνό)] και η διάρκεια της βιοψίας συσχετίστηκαν με το μέσο αναφερόμενο πόνο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος αναφερόμενος πόνος ήταν 2.80 ± 0.97 (mean \pm SD). Η διάρκεια της βιοψίας ήταν 43.6 ± 5.6 minutes. Η διάρκεια της βιοψίας δεν συσχετίστηκε με το μέσο αναφερόμενο πόνο (Spearman's rho=0.184, p=0.202). Οι γυναίκες στην ωχρινική φάση του κύκλου (n=23) παρουσίασαν οριακά υψηλότερο πόνο vs. των γυναικών που δεν ήταν (n=27), δηλ. 3.30 ± 1.11 vs. 2.37 ± 0.56 (p=0.001, Mann-Whitney-Wilcoxon test for independent samples). Υπήρχε θετική συσχέτιση ανάμεσα στον πόνο και την πυκνότητα του μαζικού παρεγχύματος (Spearman's rho =0.487, p<0.001), ενώ αντίθετα ο μέσος πόνος δε συσχετίστηκε με το ιστορικό θηλασμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η βιοψία κατά τη διάρκεια της ωχρινικής φάσης του κύκλου και το πυκνό μαζικό παρέγχυμα είναι παράγοντες που αυξάνουν τον πόνο.

AA14

ΥΠΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΤΥΠΗΣ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΥΠΟ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΒΙΟΨΙΑ (Mammotome®).

Ζαγουρή Φλώρα, Σεργεντάνης Θεόδωρος Ν, Νόννη Αφροδίτη, Μιχαηλόπουλος Νικόλαος, Βασιλική Οικονόμου, Γιαννακοπούλου Γεωργία, Κουλιχέρη Δήμητρα, Χρυσικός Δημοσθένης, Σπυρόπουλος Βασίλης, Καββαδίας Σπύρος, Ζωγράφος Γεώργιος Κ.

Μονάδα Μαστού, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η υποβοηθούμενη υπό αναρρόφηση βιοψία (Mammotome®) χρησιμοποιείται για τη διάγνωση μη ψηλαφητών μαστογραφικών αλλοιώσεων. Το μεγαλύτερο μειονέκτημα της μεθόδου είναι η υποεκτίμηση, δηλαδή η ύπαρξη πιο σοβαρής ιστολογικής διάγνωσης από αυτήν που τέθηκε με τη βιοπτική μέθοδο. Η ανεύρεση τρόπων μείωσης του ποσοστού υποεκτίμησης της μεθόδου είναι σημαντική.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τις ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Mammotome® στο στερεοτακτικό τραπέζι της Fischer, αναζητήθηκαν αναδρομικά οι ασθενείς στις οποίες είχε τεθεί η διάγνωση της άτυπης επιθηλιακής υπερπλασίας. Οι ασθενείς αυτές προέρχονται από περίοδο διπλής τυφλής μελέτης εφαρμογής πρωτοκόλλου αφαίρεσης 24-36 τεμαχιδίων (standard) και 96 τεμαχιδίων (extended) καθώς και την περίοδο πριν και μετά. Η μαστογραφία του μαστού ή/ και του παρασκευάσματος μετά το πέρας της βιοψίας επιβεβαίωσε την αφαίρεση της ύποπτης αλλοίωσης. Ακολούθησε ανοιχτή χειρουργική επέμβαση μετά από σήμανση με συρμάτινο οδηγό και τέθηκε η μετεγχειρητική διάγνωση από έναν δεύτερο παθολογοανατόμο που δεν γνώριζε το αποτέλεσμα της προεγχειρητικής διάγνωσης. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν μεταξύ τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 31 περιπτώσεις διαπιστώθηκε η ύπαρξη άτυπης επιθηλιακής υπερπλασίας με την υποβοηθούμενη υπό αναρρόφηση βιοψία (προεγχειρητική διάγνωση). Το ποσοστό υποεκτίμησης στο standard πρωτόκολλο ήταν 1/6 ενώ στο extended ήταν 0/25. Σε 2/6 (33.3%) περιπτώσεις του standard protocol και σε 23/25 (92%) περιπτώσεις του extended πρωτοκόλλου αφαιρέθηκε όλη η αλλοίωση και δεν διαπιστώθηκε ADH ή καρκίνος μετεγχειρητικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με την αφαίρεση περισσότερων τεμαχιδίων κατά τη διάρκεια της υποβοηθούμενης υπό αναρρόφηση βιοψίας έχουμε επιτύχει την ελαχιστοποίηση της υποεκτίμησης στην ADH.

AA15

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΝΤΕΡΟ - ΝΕΟΚΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΙΖΙΚΗ ΚΥΣΤΕΟΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ

Βολάνης Δημήτριος, Σεραφεινίδης Εφραίμ, Πλουμίδης Αχιλλέας, Καρδάκος Ιωάννης, Φιλίππου Πρόδρομος, Δελακάς Δημήτριος

Ουρολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Ασκληπιείο Βούλας»

Εισαγωγή: Η ριζική κυστεοπροστατεκτομή με δημιουργία ορθότοπης εγκρατούς ειλεοκύστης, αποτελεί την θεραπεία εκλογής για το διηθητικό ουροθηλιακό καρκίνωμα της ουροδόχου κύστης σε άνδρες μέσης ηλικίας.

Σκοπός: Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς 62 ετών που εμφάνισε 16 μήνες μετά από ριζική κυστεοπροστατεκτομή εντερο - νεοκυστικό συρίγγιο.

Υλικό και Μέθοδος: Ο ασθενής προσήλθε αναφέροντας διαλείπουσα πνευματουρία και αποβολή άπεπτων τροφών στα ούρα. Ακολούθησε ανιούσα κυστεογραφία και αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας με χορήγηση σκιαγραφικού ενδοφλεβίως και ταυτόχρονη λήψη γαστρογραφίνης όπου και αναδείχθηκε διαφυγή γαστρογραφίνης στη νεοκύστη, χωρίς υποτροπή από τη βασική νόσο. Κατά την κυστεοσκόπηση, εντοπίστηκε στο θόλο της νεοκύστης σημείο εισόδου φυσαλίδων. Η συντηρητική αντιμετώπιση (τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και παρεντερική διατροφή) διήρκεσε 20 ημέρες χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η ενδοπεριτοναϊκή παρουσία της νεοκύστης με τους μετεμφυτευμένους ουρητήρες καθώς και οι πολλαπλές συμφύσεις του λεπτού εντέρου κατέστησαν την παρασκευή δυσχερή. Τελικά, μετά από παρασκευή του λεπτού εντέρου ανευρέθηκε το συρίγγιο στο σημείο της πλάγιο - πλάγιας αναστόμωσης του ειλεού που χρησιμοποιήθηκε στην πρώτη επέμβαση για τη δημιουργία νεοκύστης. Ακολούθησε εντεροαναστόμωση και συρραφή του στομίου της νεοκύστης σε ένα στρώμα.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή. Ο ρινογαστρικός σωλήνας αφαιρέθηκε την 7η ημέρα και ο ασθενής σιτίστηκε την 12η ημέρα. Ο ουροκαθετήρας παρέμεινε συνολικά 21 ημέρες.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση του εντερο - νεοκυστικού συρίγγιου μπορεί να τεθεί από τα σημεία και τα συμπτώματα. Ο απεικονιστικός έλεγχος επιβεβαιώνει την επικοινωνία αλλά αδυνατεί να εντοπίσει το ακριβές σημείο του συρίγγιου. Η χειρουργική παρασκευή είναι δυσχερής λόγω συμφύσεων και διάτασης της νεοκύστης. Η χειρουργική αποκατάσταση πρέπει να διασφαλίσει την ακεραιότητα της νεοκύστης και να μειώσει την πιθανότητα υποτροπής.

ΞΕΝΟΙ & ΕΛΛΗΝΕΣ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

C. Bock, Senior Marketing Manager, Mobility Programs EMEA, Fujitsu Siemens Computers

I. Dagher, Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Service de Chirurgie Générale et Digestive, Hôpital Antoine Bécère, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

A. Fingerhut, Centre Hospitalier Intreommunal

A. Martinez – Isla, Consultant, Laparoscopic Surgeon St. Mary's Hospital, London

U. Neumann, Dpt of General, Visceral & Transplantation Surgery, Charite Campus Virchow Klinikum

J. Rueckert, Dpt of General, Visceral & Transplantation Surgery, Charite Campus Virchow Klinikum

O. Soubrane, Head of Department of Hepatobiliary Surgery, Cochin University Hospital

A. Tzakis, MD

Δ. Αλεξιάκης, Λέκτορας Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Κ. Αημιανόπουλος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Α' Πρ. Χειρ. Κλινική Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Ν. Ανεμοδουράς

Ν. Ανάγνου, Καθηγητής Βιολογίας Ε.Κ.Π.Α.

Γ. Αντσακλής, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Ε. Αντωνίου, Λέκτορας Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Δ. Βαρβιτσιώτης, Αν. Διοικητής Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

Δ. Βώρος, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Κ. Γεννατάς

Γ. Γερολιουκά – Κωστοπαναγιώτου, Αν. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, ΑΤΤΙΚΟ Νοσοκομείο

Ε. Γεωργίου, Καθηγητής Ιατρικής Φυσικής Ε.Κ.Π.Α.

Σ. Γεωργόπουλος, Επ. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής

Α. Γιαννόπουλος, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Ν. Γκουρτσογιάννης, Καθηγητής Ακτινολογίας Παν. Νοσοκομείο Ηρακλείου

Σ. Γκουρτσογιάννη

Ι. Γκρινιάτσος, Λέκτορας Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Μ. Γλυνιάτσος, Αν Διευθυντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Β. Γολεμάτης, Ομότιμος Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Αθ. Γουλιάμος, Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Σ. Δελής

Χ. Δερβένης, Διευθυντής Α' Χειρ. Κλινικής Περ. Γεν. Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας «Αγία Όλγα»

Κ. Δημητρόπουλος, Intracom

Θ. Δημόπουλος, Καθηγητής Παθολογίας Ε.Κ.Π.Α.

Ζ. Ζόμπολας, Χειρουργός

Γ. Ζωγράφος, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Γ. Θεοδωρόπουλος, Λέκτορας Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Δ. Θεοδώρου, Λέκτορας Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Β. Καλαποθάκη, Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ε.Κ.Π.Α.

Χ. Καλατζής

Ε. Καλοκαιρινός, Πρόεδρος Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

Α. Καλοφούτης, Ομότιμος Καθηγητής Βιολογικής Χημείας Ε.Κ.Π.Α.

Σ. Καπτανής, Ειδικευόμενος Πλαστικός Χειρουργός, Υποψ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Ι. Καραϊτιανός, Αντιπρόσωπος Ε.Κ.Π.Α.

Ι. Καρακώστας, Αντιπρόσωπος Ε.Κ.Π.Α.

Κ. Καραλιώτας, Χειρουργός, Δ/ντης Ογκολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «Ερυθρός Σταυρός»

Α. Καραμπίνης, Αν. Καθηγητής Παθολογίας Ε.Κ.Π.Α.

Γ. Καρατζάς, Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Ι. Καρούμπαλης, Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Γενικού Κρατικού Αθηνών

Στ. Κατσαραγάκης, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Π. Κέκης, Χειρουργός

Ν. Κεραμάρης, Πρ. Ετ. Νέων Ιατρών & Επιστημόνων Υγείας, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Χρ. Κλωνάρης, Επ. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Α. Κόντης

Ι. Κοσκίνης, Αν. Καθηγητής Παθολογίας Ε.Κ.Π.Α.

Ε. Κούσκος, Χειρουργός

Μ. Κουτσιλιέρης, Καθηγητής Φυσιολογίας Ε.Κ.Π.Α.

Δ. Κουτσούρης, Καθηγητής Βιοτεχνολογίας Ε.Μ.Π.

Κ. Κουφόπουλος, Ακτινοδιαγνώστης

Μ. Κωνσταντουλάκης, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Α. Κωστάκης, Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α., Δ/ντης Β' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Α. "ΛΑΪΚΟ"

Σ. Λαδάς, Καθηγητής Παθολογίας Ε.Κ.Π.Α.

Εμμ. Λέανδρος, Αν. Καθηγητής Ε.Κ.Π.Α.

Θ. Λιακάκος, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Χρ. Λιάπης, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Α. Μανουράς, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Α. Μαχαίρας, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Η. Μάργαρης

Μ. Μείμάρης, Καθηγητής Νέων Τεχνολογιών, Τμήμα Επικοινωνίας & Μ.Μ.Ε. Ε.Κ.Π.Α.

Π. Μιχαήλ

Χ. Μπακογιάννης, Λέκτορας Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

Π. Μπάλας

Ι. Μπράμης, Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.

- Α. Νάκος**, Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
- Ν. Νικιτέας**, Επ. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.
- Γ. Νίκου**, Αν. Διευθυντής Α' Παθολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής, «ΛΑΪΚΟ» Νοσοκομείο
- Αθ. Παπαβασιλείου**, Καθηγητής Βιολογικής Χημείας Ε.Κ.Π.Α.
- Στ. Παπαδόπουλος**, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.
- Ο. Παπαδόπουλος**, Αν. Καθηγητής Πλαστικής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.
- Ε. Παπαλάμπρος**, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.
- Γ. Παπαστρατής**
- Α. Παπαχριστοδούλου**, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.
- Π. Παππάς**, Αν. Διευθυντής Ακτινολογικής κλινικής, «ΛΑΪΚΟ» Νοσοκομείο
- Σ. Πίνης**, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Γενικό Κρατικό Πειραιά
- Χ. Πισιώτης**, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.
- Γ. Ποθυμενάς**, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.
- Θ. Ρόζενμπεργκ**, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.
- Γ. Σαμέλης**, Αν. Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ογκολόγος
- Μ. Σαφιολέας**, Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.
- Φ. Σιγάλα**, Λέκτορας Αγγειοχειρουργικής, Ε.Κ.Π.Α.
- Κ. Σιμόπουλος**, Καθηγητής Χειρουργικής, Πρύτανης Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης
- Γ. Σκαλκέας**, Ομ. Καθ. Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α., Πρόεδρος Ιατροβιολογικού Ινστιτούτου Έρευνας της Ακαδημίας Αθηνών

- Π. Σκανδαλάκης**, Καθ. Ανατομίας Ε.Κ.Π.Α.
- Β. Σμυρνιώτης**, Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.
- Χ. Στεφανάδης**, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής, Καθηγητής Καρδιολογίας Ε.Κ.Π.Α.
- Χρ. Τσιγκρής**, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.
- Ν. Τσούλης**, Βιοχημικός Διευθυντής, Genekor
- Δ. Τσούτσος**, Δ/ντης Πλαστικής Χειρουργικής, Γενικό Κρατικό Αθηνών
- Α. Φασουλάκη**, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Δ/τρια Α' Αναισθησιολογικής Κλινικής ΑΡΕΤΑΙΟ
- Ε. Φελέκουρας**, Επ. Καθηγητής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.
- Χ. Φερέτης**, Χειρουργός-Ενδοσκόπος, Νοσοκομείο «ΙΑΣΩ General»
- Γ. Φιλιππάκης**, Επιστημονικός Συνεργάτης, Χειρουργός
- Κ. Φωτιάδης**, Αν. Καθηγητής, Χειρουργός
- Α. Φωτόπουλος**, Αν. Καθηγητής, Χειρουργός
- Α. Χαντζάκης**, Καθηγητής Υγιεινής & Επιδημιολογίας Ε.Κ.Π.Α.
- Μ. Χατζηκάλης**
- Ν. Χαρηλαύτης**, Καθηγητής Χειρουργικής Α.Π.Θ.
- Σ Χατζηδημητρίου**
- Κ. Χατζηθεοφίλου**, Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Λάρισας

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ:



AFEA S.A.

Λυκαβηττού 39-41, 10672 Αθήνα

Τηλ: 210 36 68 853

Fax: 210 36 43 511

E-mail: info@afea.gr

**Peri-Strips Dry[®] with
Veritas[®] Collagen Matrix**
Staple Line Reinforcement



**Experience with the
Veritas[®] Collagen Matrix
technology in a wet format**

Prior to implant, Veritas Collagen Matrix is extremely acellular



Pre-implant

At three months post implant, Veritas exhibits host fibroblast infiltration and proliferation



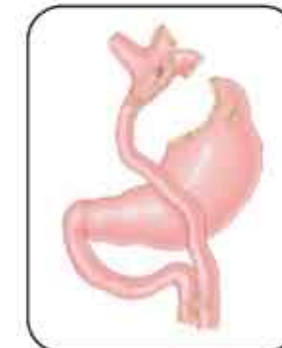
Porcine Model

At 28 days, Veritas explant exhibits a pronounced angiogenic response



Rabbit Model

Bariatric



Procedures

- Gastric bypass**
- Roux-en-Y
 - Vertical banded gastroplasty
 - Biliopancreatic diversion

Applications

- Gastric
- Small bowel
- Mesentery

Synovis
Surgical Innovations

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

A

Arkadopoulos N. AA11

D

Defterevas G. AA11

F

Fragoulidis G. AA11

K

Kabouroglou G. AA11

Kalimeris C. AA11

Kalogeropoulou E. AA11

Kipriotis D. AA11

Kostopanagiotou G. AA11

N

Nastos C.

P

Pafiti A. AA11

Papalois A. AA11

Papoutsidakis N. AA11

Polizois C. AA11

S

Smirniotis V. AA11

Z

Zerva L. AA11

B

Βαλτζόγλου Β. EA01, EA07

Βλάχος Ι. EA08

Βολάνης Δ. AA05

Γ

Γαρμπής Δ. AA01

Γερασιμίδης Θ. EA03, EA10

Γεωργιοπούλου Ε. AA07

Γεωργόπουλος Ν. AA07

Γιαννακοπούλου Γ. AA14

Γιαννόπουλος Π. EA02, AA03, AA04, AA06

Γκαμάτση Ε. EA09, EA06

Γκιουζέλης Δ. AA02

Γκρεμούτης Γ. EA04, EA09, AA08

Γομάτος Η. AA06

Γούναρη Α. AA12

Δ

Δαρδαμάνης Δ. AA06, AA12

Δελακάς Δ. AA05

Δεμιρόπουλος Φ. EA03, EA10

Δημητριάδου Ε. AA13

Διγαλάκης Μ. AA02

Δομάγερ Φ. EA02, AA13

Δουζίνης Μ. AA01

Δρίκος Α. AA13

Δρουβέλη Θ. AA06

Z

Ζαγουρή Φ.	EA02,	AA06,	AA12,	AA13,	AA14
Ζαμπέλη Ε.	AA07				
Ζαπαντιώτη Π.	EA04,	EA09,	AA08		
Ζωγράφος Γ.	EA02,	AA06,	AA12,	AA13,	AA14

K

Καββαδίας Σ.	AA14				
Καλογερά Ε.	AA12				
Καμπαρούδης Α.	EA03,	EA10			
Καντσός Χ.	EA08				
Καραμάνος Δ.	EA03,	EA10			
Καρατζάς Γ.	EA12				
Κάρκος Χ.	EA03,	EA10			
Καρυπίδης Δ.	EA05,	AA09			
Καρυώτης Ι.	AA05				
Κατσιλιέρης Ι.	EA11				
Κατσαρώνης Π.	EA13				
Κολαξίδης Ε.	EA06				
Κονοφάος Π.	EA05,	AA09			
Κοντογιάννη Π.	EA02				
Κόντζογλου Κ.	EA13				
Κοπανάκης Κ.	EA12				
Κούλας Σ.	EA01,	EA07			
Κουλοχέρη Δ.	AA14				
Κρητικός Ε.	AA04				
Κυριοπούλου Ε.	EA04,	EA06,	EA09,	AA10	
Κωνσταντίνου Χ.	AA04				
Κωστάκης Α.	EA13				
Κωστόπουλος Ε.	EA05				
Κωτσοβόλου Φ.	AA07				

Λ

Λάζαρης Α.	EA08				
Λαμπρόπουλος Λ.	AA07				
Λαοπόδης Β.	AA04				
Λιακάκος Θ.	EA12				
Λιασής Λ.	AA03				
Λυμπερόπουλος Ν.	AA13				

M

Μαλκότσης Δ.	EA03,	EA10			
Μαντάς Δ.	EA13				
Μαχαίρας Α.	EA12				
Μελίδης Π.	AA05				
Μιχαλόπουλος Ν.	AA06,	AA13,	AA14		
Μπασακίδης Α.	EA04,	EA09	AA08,	AA10	
Μπενετάτος Ν.	EA01,	EA07			
Μπιλίρη Κ.	AA02				
Μπίρμπα Κ.	EA11				
Μπισταράκης Δ.	EA12				
Μπλέτσα Γ.	EA02				
Μπουλαλάς Ι.	AA05				
Μπράμης Ι.	EA02,	EA08,	AA06,	AA12,	AA13
Μπρούμη Π.	EA09,	AA08,	AA10		

N

Νόννη Α.	AA14				
Ντουράκης Δ.	AA03				

Ξ

Ξάνθος Θ.	EA08				
-----------	------	--	--	--	--

Ο

Οικονόμου Β.	AA14
Οικονόμου Θ.	EA04, EA06, EA09, AA08, AA10

Π

Παναγιώτου Π.	EA04, AA08, EA06
Πανοπούλου Ε.	AA06, AA12
Πανουσάκη Ε.	AA07
Παντοπούλου Α.	EA08
Παπαγεωργίου Ε.	EA13
Παπαδημητρίου Δ.	EA03, EA10
Παπαδόπουλος Ο.	EA05, EA06, AA09
Παπαδόπουλος Σ.	EA06, EA08, AA10
Πατάζογλου Κ.	EA03, EA10
Παπαλιώδη Ε.	AA10
Παραράς Ν.	EA02
Πατάπης Π.	EA12
Πατσούρης Ε.	EA08
Πεζικόγλου Η.	EA03
Περρέα Δ.	EA08,
Πετράκη Κ.	AA01, EA11
Πλουμίδης Α.	AA05
Προβατοπούλου Ξ.	AA12
Πωλογιώργης Γ.	EA11

Ρ

Ρασιδάκης Α.	AA01
Ριτσιότι Λ.	AA04
Ρουστάνης Ε.	EA01, EA07

Σ

Σεργεντάνης Θ.	EA02, AA12, AA13, AA14
Σπυρόπουλος Β.	AA14
Σταματελόπουλος Α.	AA01
Σταυράκης Ι.	AA04
Σταυρόπουλος Μ.	AA02
Σχίζας Ν.	AA07

Τ

Ταμπάκης Χ.	AA03
Τζαρδής Π.	AA03, AA04
Τσαντούλας Ζ.	EA05, AA09
Τσέβης Κ.	AA07
Τσιμογιάννης Ε.	EA07
Τσίπας Π.	AA03
Τσιρώνης Χ.	EA09
Τσόβολου Ε.	AA03, AA04
Τσουνή Π.	AA06
Τσουτσος Δ.	EA04, EA06, EA09, AA08, AA10

Φ

Φιλέλη Α.	EA03
Φιλιππάκης Γ.	EA02, AA06, AA12
Φλέσσας Ι.	EA02, AA06, AA12, AA13
Φραγκούλης Μ.	AA09
Φώτου Μ.	AA13

Χ

Χάμπας Γ.	AA09
Χατζηδάκη Ε.	AA07
Χατζηπαντελής Π.	EA08
Χρυσικός Δ.	EA02, AA14
Χρυσοστομίδης Χ.	EA05, AA09

ΧΟΡΗΓΟΙ

Το Ελληνικό Κολλέγιο Χειρουργών ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρείες για τη συμβολή τους στη διεξαγωγή του 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου & International Forum του

JOHNSON & JOHNSON HELLAS ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ Α.Ε.Β.Ε.

DEMO
FUJITSU - SIEMENS COMPUTERS
BAYER
TYCO (Covidien)
FARAN
SANOFI AVENTIS
DIOPHAR S.A.
NYCOMED HELLAS
LILLY
MARAC ELECTRONICS S.A.
INTRACOM

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ:



AFEA S.A.

Λυκαβηττού 39-41, 10672 Αθήνα

Τηλ: 210 36 68 853

Fax: 210 36 43 511

E-mail: info@afea.gr

Avelox[®] I.V. 400mg

moxifloxacin



U385CP000004



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ
Αθήνα: Σαυρού 18-20, 151 25 Μαρούσι,
τηλ: 210 6187500, fax: 210 6187573

Γραφείο Β. Ελλάδος: Κ. Αριστοτέλει (Ιδρυτική) οδός, 555 10
Πύλαια Θεσσαλονίκης, τηλ: 2310 399400