



Διοργάνωση  
ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

1897 - 2017



ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

# 200

ΣΥΝΕΔΡΙΟ της ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

ΙΟ<sup>ο</sup> &  
ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



# 20-22

Απριλίου 2018

Ίονιος Ακαδημία  
ΚΕΡΚΥΡΑ



Υπό την Αιγίδα του  
ΙΟΝΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ

ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ



## ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Παρασκευή  
20 Απριλίου 2018,  
Ώρα 17:00-18:00,  
**ΑΙΘΟΥΣΑ Β'**

### ΠΑ01

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΟ ΥΠΟΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟ

Χ. Μαραγκού, Ε. Καναβούρα, Ε. Μοδέστου, Ι. Χαντζόπουλος, Η. Χρέππας, Ι. Ντε Μάτζιο  
*Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα*

### ΠΑ02

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ-ΕΠΑΓΡΥΠΝΙΣΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΙΟ ΣΥΧΝΟ ΓΟΝΙΔΙΑΚΟ ΝΟΣΗΜΑ ΤΗΣ ΚΑΥΚΑΣΙΑΣ ΦΥΛΗΣ

Ε. Καναβούρα, Χ. Μαραγκού, Ι. Χαντζόπουλος, Η. Χρέππας, Ι. Ντε Μάτζιο  
*Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα*

### ΠΑ03

#### ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΝΗΣΜΟΣ ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ

Σ. Κούλας, Σ. Στεφάνου, Γ. Αθανασίου, Ι. Τιμογιάννης  
*Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα*

### ΠΑ04

#### ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Μ. Κόκκινος  
*Ιδιώτης, Κέρκυρα*

### ΠΑ05

#### ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΡΟΛΟ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ ΤΟΥΣ;

Σ. Πατσίρης<sup>1</sup>, Φ. Δοκανάρη<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα  
<sup>2</sup>Ιδιώτης, Φυσικοθεραπεύτρια, Κέρκυρα

### ΠΑ06

#### ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΟ PERFRINGENS

Κ. Νέστορα, Μ. Παύλου, Δ. Αρσένης, Ε. Φαρμάκης, Χ. Παναουρίδης, Μ. Τζιλιάνος,  
Α. Κυράτσα, Σ. Μπεζάτη  
*Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας*

Παρασκευή  
20 Απριλίου 2018,  
Ώρα 18:00-19:00,  
**ΑΙΘΟΥΣΑ Β'**

### ΠΑ07

#### ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΙΜΟΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΑΙΜΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Β. Ανδριώτης, Μ. Τζιλιάνος, Ε. Νασούλα  
*Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα*

### ΠΑ08

#### Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ / ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Β. Ανδριώτης, Μ. Τζιλιάνος, Ε. Νασούλα  
*Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα*

### ΠΑ09

#### ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΗΙΝ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Β. Ανδριώτης, Μ. Τζιλιάνος, Ε. Νασούλα  
*Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα*

### ΠΑ10

#### Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟ - ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Γ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Α. Χριστοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Μπόλωση<sup>1</sup>, Α. Λένα<sup>1</sup>, Α. Λιαρμακοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Τριανταφύλλου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup>Κινητό Χειρουργικό Νοσοκομείο Εκστρατείας-216 Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη



**ΠΑ11**

**ΟΠΤΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ**

Α. Ζησούλης<sup>1</sup>, Ι. Ζησούλης<sup>2</sup>, Γ. Κίτσος<sup>3</sup>, Γ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κλινική Αναισθησιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup>Ιδιώτης, Λάρισα

<sup>3</sup>Οφθαλμολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**ΠΑ12**

**ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ PARKINSON: ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

Ε. Ανυφαντής<sup>1</sup>, Ν. Δημοσιάνος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Λογοθεραπείας, Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός, Κύπρος & Κλινική Νευρολογίας, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup>Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

**ΠΑ13**

**Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΥΠΕΡΘΕΡΜΗΣ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (HIPEC)**

Ι. Κυριαζάνος<sup>1</sup>, Β. Καλλές<sup>1</sup>, Μ. Ζουλάμογλου<sup>1</sup>, Ι. Σπηλιώτης<sup>2</sup>, Δ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική, Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Μεταξά», Αθήνα

**ΠΑ14**

**Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΥΠΕΡΘΕΡΜΗ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΡΟΘΗΚΩΝ**

Ι. Κυριαζάνος<sup>1</sup>, Β. Καλλές<sup>1</sup>, Δ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ε. Φραδέλος<sup>1</sup>, Μ. Ζουλάμογλου<sup>1</sup>,

Ν. Καποδίστριας<sup>2</sup>, Ε. Καραβάνα<sup>1</sup>, Ν. Στάμος<sup>1</sup>, Ν. Ίβρος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup>Παθολόγος - Ογκολόγος, Κέρκυρα

**ΠΑ15**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ D2 ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗΝ 5ΕΤΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ**

Ε. Φραδέλος, Β. Καλλές, Δ. Παπαγεωργίου, Α. Τσέλος, Κ. Παγώνης, Μ. Ζουλάμογλου, Ν. Στάμος, Ν. Ίβρος, Ι. Κυριαζάνος

Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

**ΠΑ16**

**ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΚΑΜΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΡΟΚΑΡ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Σ. Κούλας, Σ. Σπύρου, Α. Νάσιος, Σ. Στεφάνου, Ι. Μητσέλος, Ε. Σίτος, Ι. Τσιμογιάννης

Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

**ΠΑ17**

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΟΛΙΚΟΥ ΠΑΧΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΕΡΚΛΕΙΔΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ**

Κ. Γαστεράτος<sup>1</sup>, Γ. Κορδώσι<sup>2</sup>, Ε. Δουϊτσης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

**ΠΑ18**

**ΔΙΛΟΒΟΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ: ΒΙΝΤΕΟ ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΚΑΙ ΛΑΘΩΝ**

Κ. Χριστοδούλου, Κ. Γαστεράτος, Κ. Ψαράκης, Ε. Αναγνώστη, Ο. Ρουντένκο, Ε. Δουϊτσης

Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

Σάββατο  
21 Απριλίου 2018,  
Ώρα 08:30-09:30,  
ΑΙΘΟΥΣΑ Α'



Σάββατο  
21 Απριλίου 2018,  
Ώρα 13:30-14:30,  
ΑΙΘΟΥΣΑ Β'

### ΠΑ19

#### ΠΟΙΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ;... ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ Η ΝΕΑ ΜΑΣΤΙΓΑ

Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>,  
Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

### ΠΑ20

#### ΣΧΟΛΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ 8Η ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ ΤΝΜ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. ΡΙΖΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ: ΤΕΛΙΚΑ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ... ΜΕΤΡΑΕΙ;

Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>,  
Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

### ΠΑ21

#### ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Μ. Δημοπούλου<sup>1</sup>, Η. Παπανικολάου<sup>2</sup>, Κ. Παγκράτης<sup>2</sup>, Ε. Χαϊν<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Τομέας Δημόσιας Υγείας, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

### ΠΑ22

#### ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ. ΤΙ ΕΙΝΑΙ; ΠΩΣ ΤΟΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΩ; ΤΙ ΚΑΝΩ;

Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>,  
Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

### ΠΑ23

#### Η ΠΑΡΕΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΕΚΦΡΑΣΗΣ MICRORNAS ΣΤΙΣ ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΣΥΧΝΟΤΕΡΩΝ ΣΑΡΚΩΜΑΤΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ IN VIVO, IN VITRO ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Ν. Καποδίστριας<sup>1</sup>, Α. Μουζακίτη<sup>2</sup>, Μ. Μάστορα<sup>1</sup>, Θ. Θεολογής<sup>2</sup>, Σ. Κούλας<sup>3</sup>, Β. Καραβασίλης<sup>4</sup>, Π. Τσέκερης<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Γενική Κλινική Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>3</sup> Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

<sup>4</sup> Επ. Καθηγητής, Μονάδα Σαρκώματος, Τμήμα Ογκολογίας, UCLA, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο

<sup>5</sup> Καθηγητής Ακτινοθεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

### ΠΑ24

#### ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΕ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΠΛΗΡΗ ΥΦΕΣΗ ΧΟΡΗΓΩΝΤΑΣ ΜΕΤΡΟΝΟΜΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΚΥΚΛΟΦΩΣΦΑΜΙΔΗ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΗ ΓΡΑΜΜΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΤΥΡΟΣΙΝΙΚΩΝ ΚΙΝΑΣΩΝ

Ν. Καποδίστριας<sup>1</sup>, Α. Μουζακίτη<sup>2</sup>, Γ. Γκλαντζούνης<sup>3</sup>, Σ. Κούλας<sup>4</sup>, Π. Τσέκερης<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Γενική Κλινική Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>3</sup> Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>4</sup> Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

<sup>5</sup> Καθηγητής Ακτινοθεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα



Σάββατο  
21 Απριλίου 2018,  
Ώρα 17:00-18:00,  
ΑΙΘΟΥΣΑ Β'

**ΠΑ25**

**ΥΠΟΠΛΑΣΙΑ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ROLAND: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Κ. Γαστεράτος<sup>2</sup>, Θ. Κούκουρας<sup>1</sup>, Δ. Τρούσας<sup>3</sup>, Ε. Δουϊτσος<sup>4</sup>

<sup>1</sup> όη ΥΠΕ, Γ.Ν. Κέρκυρας

<sup>2</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>3</sup> Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας

<sup>4</sup> Χειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Κέρκυρας

**ΠΑ26**

**ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΙΖΟΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΥΕΛΟΥ**

Κ. Γαστεράτος, Κ. Νερούτσος, Κ. Χριστοδούλου

Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**ΠΑ27**

**ΟΞΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΦΑΣΙΟΤΟΜΗΣ**

Κ. Γαστεράτος<sup>1</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>1</sup>, Δ. Μάνδουλας<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**ΠΑ28**

**ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΛΙΠΩΜΑ ΜΕΣΟΜΥΪΚΟΥ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Κ. Γαστεράτος<sup>1</sup>, Γ. Κορδώσι<sup>2</sup>, Α. Πορφύρης<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ειδικευόμενος Χειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Επιμελήτρια Β', Ωτορινολαρυγγολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>3</sup> Επιμελητής Β', Χειρουργός, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

**ΠΑ29**

**ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ: ΒΙΝΤΕΟ ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗΣ**

Κ. Χριστοδούλου, Κ. Γαστεράτος, Ε. Αναγνώστη, Σ. Μάνεσης, Κ. Ψαράκης

Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**ΠΑ30**

**ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ, ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ**

Ν. Μπαλής

Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Κέρκυρα

Σάββατο  
21 Απριλίου 2018,  
Ώρα 18:00-19:00,  
ΑΙΘΟΥΣΑ Β'

**ΠΑ31**

**Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ 4ο ΜΕΧΡΙ ΤΟΝ 15ο ΑΙΩΝΑ ΣΤΟ ΒΥΖΑΝΤΙΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΛΗΛΑ ΣΤΗ ΔΥΤΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ**

Σ. Κουσούνης<sup>1</sup>, Μ. Μάνδουλα<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Οδοντίατρος, Περιοδοντολόγος, Queen Mary University of London, Institute of Dentistry, Μέλος του Royal College of Surgeons of England

<sup>2</sup> Ιατροχειρουργική Εταιρεία Κέρκυρας, Κέρκυρα

**ΠΑ32**

**KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS AND THE PREVALENCE OF POLYOMA-BKV IN ALBANIA**

Μ. Dibra<sup>1</sup>, Α. Koroshi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Laboratory of Clinical Microbiology, University Hospital Center "Mother Teresa", Tirana, Albania

<sup>2</sup> Department of Nephrology, Faculty of Medicine, Medical University of Tirana, Tirana, Albania



**ΠΑ33**

**THE PREVALENCE OF CMV, EBV AND BKV IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS IN ALBANIA**

M. Dibra<sup>1</sup>, A. Koroshi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Laboratory of Clinical Microbiology, University Hospital Center "Mother Theresa", Tirana, Albania*

<sup>2</sup> *Department of Nephrology, Faculty of Medicine, Medical University of Tirana, Tirana, Albania*

**ΠΑ34**

**VITAMIN D IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE**

A. Koroshi

*Department of Nephrology, University Hospital Center "Mother Teresa", Tirana, Albania*

**ΠΑ35**

**MICROALBUMINURIA AND ENDOTHELIN-1: VERY SENSITIVE BIOLOGICAL MARKERS FOR RENAL AND CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS IN TYPE II DIABETIC PATIENTS**

B. Hoxha<sup>1</sup>, K. Hoxha<sup>1</sup>, A. Koroshi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Department of Medicine, Central Polyclinic of Tirana, Tirana, Albania*

<sup>2</sup> *Department of Nephrology, University Hospital Center "Mother Teresa", Tirana, Albania*

**ΠΑ36**

**Η ΧΡΗΣΗ ΝΕΥΡΟΔΙΕΓΕΡΤΗ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ. ΕΙΝΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ;**

Σ. Κούλας<sup>1</sup>, Σ. Στεφάνου<sup>1</sup>, Α. Δήμου<sup>1</sup>, Β. Κοσμάς<sup>2</sup>, Κ. Τεπελένης<sup>1</sup>, Ι. Τσιμογιάννης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα*

<sup>2</sup> *Βιοχημικό Τμήμα, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα*



**ΠΑ01.** ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ  
ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΟ ΥΠΟΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟ

**Χ. Μαραγκού, Ε. Καναβούρα, Ε. Μοδέστου, Ι. Χαντζόπουλος, Η. Χρέππας,  
Ι. Ντε Μάτζιο**

*Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα*

**Εισαγωγή:** Ο Συγγενής μεμονωμένος υποαλδοστερονισμός (ΣΜΥ) είναι μια σπάνια διαταραχή, με μη καταγεγραμμένη επίσημη επίπτωση στην διεθνή βιβλιογραφία, που μεταβιβάζεται με αυτοσωμικό υπολειπόμενο χαρακτήρα. Οφείλεται σε ανεπάρκεια της συνθετάσης της αλδοστερόνης, και μολονότι οι περισσότερες περιπτώσεις αποδίδονται σε διάφορες μεταλλάξεις του γονιδίου CYP11B2 μπορεί να εμπλέκονται και άλλοι γενετικοί ή περιβαλλοντολογικοί παράγοντες

**Σκοπός:** Η έγκαιρη διερεύνηση ανεπαρκούς πρόσληψης βάρους στη νεογνική ηλικία

**Υλικό:** Νεογνό 23 ημερών που εισήχθη στην κλινική μας για διερεύνηση ανεπαρκούς πρόσληψης βάρους

**Μέθοδος-αποτελέσματα:** Νεογνό 23 ημερών προσήλθε στα επείγοντα της κλινικής μας λόγω μη πρόσληψης βάρους (βάρος γέννησης: 2990γρ βάρος εισόδου: 3050γρ.). Στον εργαστηριακό έλεγχο (ε/ε) διαπιστώθηκε σοβαρή υπερκαλιαιμία ( $K^+$  8 mg/dl), υπονατρίαμια (122mg/dl) με συνοδό αζωθαιμία (ουρία 66 mg/dl). Έγινε προσπάθεια σταθεροποίησης του περιστατικού και άμεσα διακομίσθηκε σε τριτοβάθμιο κέντρο με την ισχυρή υποψία συγγενούς υποπλασίας επινφριδίων. Από τον ε/ε διαπιστώθηκε αυξημένη ρενίνη, αυξημένη κορτιζόλη και χαμηλή αλδοστερόνη. Το νεογνό ετέθη σε υποκατάσταση με υδροκορτιζόνη και φθοριοκορτιζόνη ενώ εστάλη γονιδιακός έλεγχος όπου ανιχνεύτηκε ομοζυγωτία με κοινή μετάλλαξη των γονέων p.T1851 του γονιδίου CYP11B2. Η τελική διάγνωση είναι ΣΜΥ

**Συμπέρασμα:** Σπάνια γονιδιακά νοσήματα μπορεί να είναι η αιτία μη επαρκούς πρόσληψης βάρους. Η έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων όπως η ΣΜΥ αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, διότι εν δυνάμει αποτελεί θανατηφόρα οντότητα για τα νεογνά και τα βρέφη, το αντίθετο από τους ενήλικες όπου υπάρχει και η ασυμπτωματική μορφή. Είναι σημαντικό ο γενικός παιδίατρος κάθε φορά που αντιμετωπίζει νεογνό ή βρέφος πρώτου τριμήνου με εικόνα shock ή με σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές να σκέφτεται στην διαφορική του διάγνωση την φλοιεπινεφριδιακή ανεπάρκεια.



## **ΠΑ02.** ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ-ΕΠΑΓΡΥΠΝΙΣΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΙΟ ΣΥΧΝΟ ΓΟΝΙΔΙΑΚΟ ΝΟΣΗΜΑ ΤΗΣ ΚΑΥΚΑΣΙΑΣ ΦΥΛΗΣ

**Ε. Καναβούρα, Χ. Μαραγκού, Ι. Χαντζόπουλος, Η. Χρέππας, Ι. Ντε Μάτζιο**

*Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα*

**Εισαγωγή:** Η Κυστική Ίνωση (ΚΙ) είναι η πιο συχνή θανατηφόρα κληρονομική νόσος της Καυκάσιας φυλής που μεταβιβάζεται με αυτοσωμικό υπολειπόμενο χαρακτήρα. Στην Ελλάδα εκτιμάται ότι περίπου 1 στα 2000-2500 παιδιά γεννιούνται με CF με εκτιμώμενο πληθυσμό φορέων το 4-5% του γενικού πληθυσμού. Η συχνότερη γονιδιακή μετάλλαξη στην Ελλάδα είναι η ΔF508, η οποία θεωρείται από τις βαρύτερες σε συμπτωματολογία μεταλλάξεις.

**Σκοπός:** Η επαγρύπνηση της ιατρικής κοινότητας ώστε επί σαφών ενδείξεων να παραπέμπει προγεννητικά για γενετική συμβουλευτική τα ζευγάρια

**Υλικό:** Παρουσίαση βρέφους που νοσηλεύθηκε στη κλινική μας με σοβαρή αναιμία

**Μέθοδος-Αποτελέσματα:** Βρέφος 2 μηνών προσήλθε στο παιδιατρικό ιατρείο για τακτικό έλεγχο θυρεοειδικών ορμονών λόγω συγγενούς υποθυρεοειδισμού υπό θεραπεία. Από το οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται μητέρα ετεροζυγώτης για την ΔF508 ενώ ο πατέρας δεν είχε υποβληθεί σε γονιδιακό έλεγχο προγεννητικά. Λόγω διαπιστωθείσας έντονης ωχρότητας και κόπωσης από την κλινική εξέταση, εστάλη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος. Από τη γενική αίματος διαπιστώθηκε βαριά μη αιμολυτική αναιμία (Hb 6 mg/dl). Το βρέφος αφού σταθεροποιήθηκε με μετάγγιση αίματος παραπέμθηκε σε γβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Ο συνδιασμός της αναιμίας, με την ανεπαρκή πρόσληψη βάρους και την ετεροζυγωτία της μητέρας για ΚΙ έθεσε ισχυρή υποψία για ΚΙ. Διενεργήθηκε τεστ ιδρώτα το οποίο ήταν παθολογικό. Η διάγνωση της ΚΙ επιβεβαιώθηκε και γονιδιακά. Το βρέφος φέρει δύο διαφορετικές μεταλλάξεις και ο πατέρας επιβεβαιώθηκε ότι είναι ετεροζυγώτης.

**Συμπέρασμα:** Είναι ευθύνη των γιατρών επί ενδείξεων να παραπέμπουν προγεννητικά για γενετική συμβουλευτική ώστε να προλαμβάνεται η γέννηση παιδιών με σοβαρά γονιδιακά νοσήματα ή έστω να δίνεται η δυνατότητα στο ζευγάρι να αποφασίζει έχοντας γνώση και σωστή ενημέρωση. Δεν υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ γονότυπου και φαινότυπου στην ΚΙ και αυτό αφενός λόγω των πολλών μεταλλάξεων στο ίδιο γονίδιο όσο και από το γεγονός ότι ο φαινότυπος μπορεί να επηρεαστεί από άλλους παράγοντες όπως γενετικοί (τροποποιητικά γονίδια της νόσου) ή περιβαλλοντικοί.





**ΠΑ03. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΝΗΣΜΟΣ ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ**

**Σ. Κούλας, Σ. Στεφάνου, Γ. Αθανασίου, Ι. Τσιμογιάννης**

*Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα*

Παρουσιάζεται η περίπτωση γυναίκας ηλικίας 38 ετών, παχύσαρκης (BMI =38), η οποία ελάμβανε επί διαιτίας αντικαταθλιπτική αγωγή ενώ παραπονιόταν για έντονο κνησμό κυρίως στα άκρα και στην πλάτη κατά τις βραδινές ώρες. Σε τυχαίο αιματολογικό έλεγχο, ανευρέθη σημαντική αύξηση των επιπέδων του ασβεστίου του αίματος, σε τιμές πάνω από 12,5 mg/dl, αλλά και της παραθορμόνης σε δυσθεώρητα υψηλές τιμές. Λόγω αυτού του γεγονότος, επισκέφθηκε έναν Ενδοκρινολόγο, ο οποίος και διέγνωσε πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό λόγω ενός ευμεγέθους αδενώματος του αριστερού κάτω παραθυρεοειδούς σωματίου.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε εκτομή του αδενώματος και μέτρηση της παραθορμόνης (PTH) διεγχειρητικά αμέσως μετά την αφαίρεση του αδενώματος. Η ταχεία βιοψία αλλά και η μεγάλη μείωση της τιμής της PTH, επιβεβαίωσαν ότι επρόκειτο για αδένωμα παραθυρεοειδούς. Η ασθενής υποβαλλόταν σε συνεχείς μετρήσεις PTH και Ca κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, οι οποίες ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Δύο χρόνια αργότερα, η ασθενής δεν λαμβάνει πλέον αντικαταθλιπτική θεραπεία, βρίσκεται σε άριστη κλινική κατάσταση, ενώ ο απεικονιστικός και εργαστηριακός έλεγχος θυρεοειδούς και παραθυρεοειδών είναι σε φυσιολογικά επίπεδα.



#### **ΠΑ04. ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**

**M. Κόκκινος**

*Ιδιώτης, Κέρκυρα*

Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή αντιμετώπισης κακόηθους υπερασβεστιαμίας σε γυναίκα με καρκίνο μαστού με δευτεροπαθείς εστίες στα οστά ανθεκτική στις εγκεκριμένες θεραπείες (ενυδάτωση, διούρηση, διφωσφονικά, δενοσουμάμπη, καλιτονίνη, κορτικοστεροειδή, χημειοθεραπεία και ραδιενεργό). Η υπερασβεστιαμία θεωρήθηκε χημική (PTHrP) και ελέγχθηκε επιτυχώς με σινακαλσετη.



**ΠΑ05. ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΡΟΛΟ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ ΤΟΥΣ;**

**Σ. Πατσίρης<sup>1</sup>, Φ. Δοκανάρη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup>Ιδιώτης Φυσικοθεραπεύτρια

Η αναπνευστική φυσικοθεραπεία είναι ο τομέας της φυσικοθεραπείας που ασχολείται με την αποκατάσταση ατόμων με καρδιοαναπνευστικά προβλήματα. Η φαρέτρα της διαθέτει πληθώρα μέσων και τεχνικών που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και προβλημάτων εξαιτίας των αναπνευστικών νοσημάτων, σε ολόκληρο το φάσμα τους (οξεία, υποξεία και χρόνια φάση) και οδηγώντας στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που ταλαιπωρούνται από αυτά. Σήμερα, οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες την εντάσσουν στο θεραπευτικό πλάνο τους στηριζόμενες στα αποτελέσματα των ερευνών για την προσφορά της στην αποκατάσταση ασθενών με καρδιοαναπνευστικά προβλήματα και κυρίως την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Μάλλον όμως αυτό δεν φαίνεται να ακολουθείται και από τους ίδιους τους ασθενείς. Όπως διαπιστώνεται με την παρούσα πιλοτική έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας σε δείγμα 36 ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, με σκοπό την μελέτη της γνώσης τους για την αναπνευστική φυσικοθεραπεία στην αντιμετώπιση του προβλήματος τους, οι ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια σε μεγάλο ποσοστό παρουσιάζουν άγνοια για την αναπνευστική φυσικοθεραπεία, τον ρόλο αυτής στην αντιμετώπιση του αναπνευστικού προβλήματος τους καθώς και στην βοήθεια που μπορεί να τους προσφέρει για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Επίσης, φαίνεται και η άγνοια για το ίδιο τους το πρόβλημα, ανεξάρτητα από τον χρόνο ταλαιπωρίας τους από αυτό.



## **ΠΑ06. ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΟ PERFRINGENS**

**Κ. Νέστορα, Μ. Παύλου, Δ. Αρσένης, Ε. Φαρμάκης, Χ. Παναουρίδης, Μ.  
Τζιλιάνος,**

**Α. Κυράτσα, Σ. Μπεζάτη**

*Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα*

Το *Clostridium Perfringens* μπορεί να προκαλέσει διάφορες λοιμωξεις, αεριογόνο γάγγραινα, νεκρωτική εντεροκολίτιδα, τροφική δηλητηρίαση κ ά. Ενω η σηψαιμία είναι σπάνια, εκδηλώνεται με βαριά ως μοιραία κλινική εικόνα, εξαιτίας της τοξίνης του βακτηρίου που προκαλεί μαζική ενδοαγγειακή αιμόλυση.

Παρουσιάζουμε έναν ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη που ανέπτυξε ηπατικό απόστημα , μαζική ενδοαγγειακή αιμόλυση και σππτικό shock από *Clostridium Perfringens*. Η μικροσκόπηση του άμεσου παρασκευάσματος του περιφερικού αίματος έδειξε έδειξε υποχρωμία, εμπύρνηνα ερυθρά, άφθονα σφαιροκύτταρα .

Η δοκιμασία Coombs ήταν αρνητική. Από την καλλιέργεια αίματος απομονώθηκε *Clostridium perfringens*. Από την καλλιέργεια του ηπατικού αποστήματος απομονώθηκε αναερόβιως *Clostridium perfringens*.

Το *Clostridium Perfringens* πρέπει να το υποπτευόμαστε σε ασθενή με πυρετό , βαρια αιμολυτική αναιμία με αρνητική Coombs.Το επίχρισμα περιφερικού αίματος μπορεί να επιταχύνει τη διάγνωση.

Έγκαιρη διάγνωση και άμεση χειρουργική παρέμβαση σε συνδυασμό με στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή συμβάλλουν στην καλύτερη πρόγνωση.



**ΠΑ07. ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΙΜΟΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΑΙΜΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**

**Β. Ανδριώτης, Μ. Τζιλιάνος, Ε. Νασούλα**

*Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα*

**Εισαγωγή:** Η φυσική εξέταση, η λήψη του ιατρικού ιστορικού καθώς και ο εργαστηριακός έλεγχος των αιμοδοτών είναι μέρος της διαδικασίας που ακολουθείτε, με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας του αίματος που προορίζεται για μετάγγιση στους ασθενείς, αλλά και για την προστασία της υγείας και της ασφάλειας των ίδιων των αιμοδοτών.

**Σκοπός:** της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των απορρίψεων των αιμοδοτών ως προς το αίτιο και τη συχνότητα αυτών.

**Υλικό και μέθοδοι:** Μελετήθηκαν τα αίτια απόρριψης 837 αιμοδοτών κατά την προαιμοληπτική διαδικασία καθώς και 35.958 αιμοδοτών κατά την μετααιμοληπτική διαδικασία. Τα ανωτέρω δεδομένα αφορούν το χρονικό διάστημα από το 2013 έως το 2017 που καταγράφηκαν από την Υπηρεσία Αιμοδοσίας του Γ.Ν. Κέρκυρας. Για τον έλεγχο των μονάδων αίματος εφαρμόστηκαν ανοσοενζυμικές τεχνικές ELISA για τον πρωτογενή έλεγχο και η επιβεβαίωση έγινε με τις τεχνικές ανοσοαποτυπώματος Western-Blot σε κέντρο αναφοράς (Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ).

**Αποτελέσματα:** Σχετικά με τα αίτια απόρριψης των αιμοδοτών διαπιστώθηκαν τα εξής:  
**Καταγραφή αιμοδοτών κατά το χρονικό διάστημα 2013 - 2017 πίνακας 1.**

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ	ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΣ (ΠΟΣΟΣΤΟ %)	ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ (ΠΟΣΟΣΤΟ %)	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ (ΠΟΣΟΣΤΟ %)	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ (ΠΟΣΟΣΤΟ %)
2013	7.381	39,3%	60,7%	70%	30%
2014	7.301	37,7%	62,3%	66,3%	33,7%
2015	7.056	37,8%	62,2%	63,6%	36,4%
2016	6.985	37,5%	62,5%	68,6%	31,4%
2017	7.295	36,7%	63,3%	68%	32%

**Αίτια απόρριψης αιμοδοτών κατά την προαιμοληπτική διαδικασία πίνακας 2.**



### Αίτια απόρριψης αιμοδοτών κατά την προαιμοληπτική διαδικασία πίνακας 2.

	ΑΝΑΙΜΙΑ	ΛΟΙΜΩΞΗ	ΥΠΟΤΑΣΗ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΦΑΡΜΑΚΑ	ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΑΠΟΡΡΙΨΗ	ΜΟΝΙΜΗ ΑΠΟΡΡΙΨΗ	ΆΛΛΑ ΑΙΤΙΑ
ΑΠΠΟΡΙΨΕΙΣ	191	174	30	24	39	183	48	184
ΠΟΣΟΣΤΟ %	22%	20%	3,4%	2,7%	4,5%	20,9%	5,5%	21%

### Αίτια απόρριψης αιμοδοτών κατά την μετααιμοληπτική διαδικασία πίνακας 3.

ΕΤΟΣ	HbsAg NAT(+)	Anti-HCV RIBA(+) NAT(+)	Anti-HIV1,2 WB(+) NAT(+)	Anti-HTLV 1,2 WB(+)	ΣΥΦΙΛΗ	ΣΥΝΟΛΟ
2013	9	1	0	0	3	13
2014	3	1	0	0	2	6
2015	9	2	2	0	4	17
2016	6	3	0	0	2	11
2017	7	3	0	0	3	13

**Συμπέρασμα :** Η υγεία και η ασφάλεια των αιμοδοτών είναι τόσο σημαντική όσο και η ασφάλεια των ασθενών που μεταγγίζονται, για αυτόν τον λόγο πρέπει να είμαστε σίγουροι ότι ο αιμοδότης δεν κινδυνεύει όταν προσφέρει αίμα. Η τελική απόφαση για την αποδοχή ή απόρριψη ενός αιμοδότη επαφίεται στην κρίση του υπεύθυνου προσωπικού κάθε αιμοδοσίας ξεχωριστά.



## ΠΑ08. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ / ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

**Β. Ανδριώτης, Μ. Τζιλιάνος, Ε. Νασούλα**

*Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η αλλογενής μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων / μυελού των οστών, αποτελεί μια καθιερωμένη θεραπεία για την αντιμετώπιση αρκετών σοβαρών αιματολογικών, νεοπλασματικών και γενετικών νοσημάτων. Στόχος της είναι η αντικατάσταση του παθολογικού μυελού από υγιή κύτταρα, τα οποία λαμβάνονται από έναν δότη και δημιουργούν στο λήπτη ένα νέο υγιές αιμοποιητικό σύστημα.

**ΣΚΟΠΟΣ** της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των εθελοντών δοτών αιμοποιητικών κυττάρων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Υλικό αποτέλεσαν 546 εθελοντές που καταγράφηκαν ως δότες μυελού κατά το χρονικό διάστημα 2014 έως το 2017 στην Υπηρεσία Αιμοδοσίας του Γ.Ν. Κέρκυρας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την Υπηρεσία Αιμοδοσίας του Γ.Ν. Κέρκυρας καταγράφηκαν 546 δότες αιμοποιητικών κυττάρων, ηλικίας 18-45 ετών. Από αυτούς οι 285 (ποσοστό 52,8%) ήταν άνδρες και οι 261 ( ποσοστό 47,8%) γυναίκες. Κατά το ανωτέρω χρονικό διάστημα 6 βρέθηκαν υποψήφιοι δότες και υποβλήθηκαν σε συμπληρωματικό έλεγχο (3 άνδρες και 3 γυναίκες, όλοι Έλληνες ). Δυστυχώς κανείς δεν βρέθηκε κατάλληλος για να δώσει μόσχευμα.

**Καταγραφή δοτών αιμοποιητικών κυττάρων κατά το χρονικό διάστημα 2014 - 2017 ανά έτος καταγραφής πίνακας 1.**

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΟΤΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ	ΑΝΔΡΕΣ (ΠΟΣΟΣΤΟ %)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΠΟΣΟΣΤΟ %)
2014	61	27 (44,3%)	34 (55,7%)
2015	157	92 (58,6%)	65 (41,4%)
2016	187	95 (50,8%)	92 (49,2%)
2017	141	71 (50,4%)	70 (49,6%)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στη χώρα μας όπου ο εθελοντισμός είναι ακόμη ζητούμενο η πολιτεία προσπαθεί μέσα από διάφορους τρόπους να ενισχύσει την εθελοντική προσφορά αιμοποιητικών κυττάρων.

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα πραγματοποιούνται πάνω από 200 αλλογενείς μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών στις περισσότερες εκ των οποίων ο δότης είναι εθελοντής που δεν έχει συγγένεια με τον πάσχοντα. Οι υπηρεσίες Αιμοδοσίας οφείλουν να εντάξουν στην καθημερινή τους λειτουργία εκτός από την προσέλκυση των εθελοντών αιμοδοτών και αυτή των δοτών μυελού των οστών. Αυτό θα επιτευχθεί με τη συνεχή και συστηματική ενημέρωση και διαφώτιση διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων, ξεκινώντας από τον χώρο της εκπαίδευσης, από το σχολείο.







2015	0	1	11	4	3	3	0	13	4
2016	1	9	41	18	45	147	5	211	39
2017	4	4	39	28	16	50	2	234	81

**Επιδημιολογική καταγραφή των οροθετικών εξεταζόμενων με HIV λοίμωξη  
 πίνακας 3.**

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	ΘΕΤΙΚΟ	ΕΛΛΗΝΕΣ	ΑΛΛΟΔΑΠΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
2015	837	557	280	2	0	2	2	0
2016	663	339	324	5	2	3	5	0
2017	731	481	250	6	6	0	6	0

**Συμπέρασμα:** Η συχνότητα της νόσου εξακολουθεί να παραμένει χαμηλή στην χώρα μας σε σχέση με άλλες χώρες, ιδιαίτερα μεταξύ των εθελοντών αιμοδοτών. Εν τούτοις είναι αναγκαία η παρακολούθηση των οροθετικών από κλινική και ανοσολογική άποψη για μελλοντική εμφάνιση νόσου.



## **ΠΑ 10. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟ - ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ**

**Γ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Α. Χριστοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Μπόλωση<sup>1</sup>, Α. Λένα<sup>1</sup>, Α. Λιαρμακοπούλου<sup>1</sup>,  
Χ. Τριανταφύλλου<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

<sup>2</sup> *Κινητό Χειρουργικό Νοσοκομείο Εκστρατείας- 216 Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη*

Η αντιμετώπιση του πόνου αποτέλεσε την πρώτη αρμοδιότητα του Ασκληπιού, όπως προκύπτει από τον Ορφικό ύμνο. Στην Ομηρική Ιατρική, οι θεοί τιμωρούν στέλνοντας τον πόνο. Για την αντιμετώπισή του, χορηγούνται βότανα οδυνηφάγα, γίνεται επίκληση στους Θεούς και υπάρχουν αναφορές για την εφαρμογή της φλεβοτομίας και θεραπευτικού αγγίγματος. Όταν τραυματίστηκε ο Αινείας, η θεά Αφροδίτη τον θέραιψε με δίκταμο, ενώ με το ίδιο φυτό έκανε κατάπλασμα και απάλυνε τους πόνους του τοκετού της. Παράδειγμα χρόνιου πόνου από μια παλιά αθεράπευτη πληγή που εκδηλώνεται με εξάρσεις και υφέσεις περιγράφεται στην τραγωδία του Σοφοκλή «Φιλοκλήτης» που θεραπεύεται με βότανο.

Στα έπη του Ομήρου συναντάμε διάφορες μορφές φαρμάκων και το μυστηριώδες φυτό «νηπενθές», πιθανότητα όπιο, που ήταν γνωστό από τη μινωική εποχή. Υπάρχουν και αναλγητικά βότανα, που η ιστορία τους χάνεται στα βάθη των αιώνων, όπως ο κολχικός κρόκος που περιγράφηκε στον Αργοναυτικό κύκλο. Από τον 9 π.Χ. αιώνα για την αντιμετώπιση του πόνου αθλητών αναφέρονται φλεβοτομίες, χορήγηση εμετικών, καθαρτικών και λουτρών. Από τον 6<sup>ο</sup> π.Χ. ιδρύονται Ιατρικές Σχολές όπου διδάσκεται η θεραπεία πόνου: ο Ευρυφώνας, δάσκαλος της Κνιδικής Σχολής για την αντιμετώπιση του πόνου εφάρμοζε τον καυτηριασμό, ενώ ο Ηρόδικος είναι ο πρώτος που εφάρμοσε τη θεραπευτική σωματική άσκηση και τις μαλάξεις.

Ωστόσο για την εξέλιξη της ιατρικής και την αντιμετώπιση του πόνου ήταν αναγκαίος ένας μεγάλος νους, μια επιστημονική μορφή, που θα μπορούσε να δώσει την ανατροπή.



## ΠΑ11. ΟΠΤΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ

**Α. Ζησούλης<sup>1</sup>, Ι. Ζησούλης<sup>2</sup>, Γ. Κίτσος<sup>3</sup>, Γ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Κλινική Αναισθησιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Ιδιώτης, Λάρισα

<sup>3</sup> Οφθαλμολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Ο βελονισμός και ο ωτοβελονισμός έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του γλαυκώματος. Σε προοπτική, διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη βρέθηκε σημαντική μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης και βελτίωση της οπτικής οξύτητας μετά ωτική πιεσοθεραπεία. Σκοπός της εργασίας είναι να μελετήσουμε εάν ο ωτικός ηλεκτροβελονισμός συμβάλει στη μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης.

**Ασθενείς και μέθοδος:** Πρόδρομη μελέτη σε ασθενείς με γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας υπό αγωγή, μετά από έγκριση της Ε.Ε. του ΠΓΝΙ και έγγραφη ενημερωμένη συναίνεση των ασθενών. Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα: γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας με πίεση >21 mm Hg, ηλικία ασθενών >30 έτη, τοπική αντιγλαυκωματική θεραπευτική αγωγή για τουλάχιστον 3 μήνες, ενυπόγραφη συναίνεση. Κριτήρια αποκλεισμού: φλεγμονή ματιών ασθενείς μ χειρουργική επέμβαση για γλαύκωμα, μυωπία, ή άλλες ασθένειες των ματιών, σοβαρή οπτική νευροπόθεια; προχωρημένη απώλεια οπτικού πεδίου αντένδειξη στη διενέργεια ωτοβελονισμού, αρτηριακή υπέρταση. Ο ωτικός ηλεκτροβελονισμός εφαρμόστηκε εβδομαδιαίως (3 συνεδρίες) στα σημεία ήπαρ, νεφρός και οφθαλμός με 2 Hz, 175 ms για 1 λεπτό. Σε όλους τους ασθενείς καταγράφηκαν τα βιομετρικά στοιχεία οι συνοδοί νόσοι, η φαρμακευτική αγωγή, και η διάρκεια των συμπτωμάτων. Οι οφθαλμολογικές μετρήσεις έγιναν με τη βοήθεια της Τομογραφίας Οπτικής Συνοχής πριν, 1 ώρα και 3 μήνες μετά την ωτική διέγερση.

**Στατιστική:** μη παραμετρικά τεστ:  $\chi^2$ , Fisher exact test Wilcoxon rank sum και Kruskal-Wallis test

**Αποτελέσματα:** Εξετάστηκαν 20 γλαυκωματικά μάτια σε 12 ασθενείς. Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% υπήρξε στατιστικά σημαντική βελτίωση της ενδοφθάλμιας πίεσης στα σημεία μέτρησης 1 ώρα μετά την ωτική διέγερση και τρεις μήνες μετά ( $p < 0,001$ ). Δεν καταγράφηκε μεταβολή στους δείκτες Avg RNFL, Avg Sup, RNFL Cup/Disk, Rim area, GCC Inf, FLV%, GLV%, ενώ σημαντικές ήταν οι μεταβολές στο GCC Total και GCC Sup ( $p < 0,05$ ), και οριακή η μεταβολή του Avg Inf RNFL ( $p < -\text{τιμή} = 0.053$ ).

**Συζήτηση:** Η ελάττωση της ΕΟΠ φαίνεται ότι είναι σημαντική αμέσως μετά την πρώτη συνεδρία και παραμένει σε παρόμοιες τιμές 3 μήνες μετά, γεγονός που υποδηλώνει την ταχεία ελάττωση της ΕΟΠ μετά την πρώτη εφαρμογή του ωτοβελονισμού και την διατήρηση της χωρίς όμως περαιτέρω ελάττωση της στις επόμενες συνεδρίες. Τα αναφερόμενα αποτελέσματα υποδηλώνουν σαφώς ότι η αισθητηριακή διέγερση ωτικών σημείων στην αντιμετώπιση του γλαυκώματος αξίζει περαιτέρω έρευνας.



## **ΠΑ12. ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ PARKINSON: ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

**Ε. Ανυφαντής<sup>1</sup>, Ν. Δημοσιάνος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Λογοθεραπείας, Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός, Κύπρος & Κλινική Νευρολογίας, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

Η Νόσος του Parkinson είναι μία νευροεκφυλιστική νόσος η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από κινητικές διαταραχές, όπως η βραδυκινησία, ο τρόμος και η δυσκαμψία. Μεγάλο ερευνητικό και κλινικό ενδιαφέρον έχει επίσης στραφεί στη μελέτη των μη-κινητικών συμπτωμάτων που συνοδεύουν τη νόσο. Ένα από αυτά είναι και η εμφάνιση των γνωστικών ελλείψεων.

Σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα τα άτομα με νόσο Parkinson μπορεί να εμφανίσουν άνοια στα προχωρημένα στάδια της νόσου ενώ πρόσφατα ιδιαίτερο βάρος έχει δοθεί στην μελέτη των κλινικών χαρακτηριστικών της διαγνωστικής κατηγορίας της Ήπιης Νοητικής Έκπτωσης (Mild Cognitive Impairment- MCI). Σχετικά με τα γνωστικά ελλείμματα, τα άτομα με νόσο Parkinson εμφανίζουν δυσκολίες στη μνήμη, την προσοχή, τις γλωσσικές ικανότητες, τις εκτελεστικές λειτουργίες και τις οπτικοχωρικές λειτουργίες. Οι δυσκολίες αυτές εμφανίζονται ακόμα και στα αρχικά στάδια της νόσου. Σκοπός της παρουσίασης είναι η σύντομη ανασκόπηση των πρόσφατων δεδομένων στον τομέα των γνωστικών διαταραχών στη νόσο του Parkinson καθώς και η εφαρμογή αυτών στην κλινική πρακτική.



**ΠΑ 13.** Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΥΠΕΡΘΕΡΜΗΣ  
ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (HIPEC)

**Ι. Κυριαζάνος<sup>1</sup>, Β. Καλλές<sup>1</sup>, Μ. Ζουλάμογλου<sup>1</sup>, Ι. Σπηλιώτης<sup>2</sup>, Δ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup> Χειρουργική Κλινική, Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Μεταξά», Αθήνα

**Σκοπός:** Η Υπέρθερμη Ενδοπεριτοναϊκή Χημειοθεραπεία (HIPEC) χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στη θεραπεία της περιτοναϊκής καρκινωμάτωσης. Η εισαγωγή της HIPEC στο θεραπευτικό πλάνο προσφέρει τον συνδυασμό της ενδοπεριτοναϊκής χορήγησης κυτταροτοξικής χημειοθεραπείας, με τις άμεσες κυτταροτοξικές επιδράσεις της υπερθερμίας και έχει αναφερθεί ότι βελτιώνει την έκβαση των ασθενών. Η μέθοδος αυτή διαδίδεται γρήγορα, με πολλή χειρουργικές ομάδες να έχουν αναπτύξει προγράμματα θεραπείας περιτοναϊκής κακοήθειας. Ωστόσο, είναι σαφές ότι απαιτούνται πρωτόκολλα για τη διαχείριση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στο χώρο του χειρουργείου έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος για το προσωπικό που συμμετέχει στη διαδικασία.

**Υλικό-Μέθοδος:** Διενεργήθηκε συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων PubMed χρησιμοποιώντας τους όρους «peritoneal malignancy», «hyperthermic intraperitoneal chemotherapy», «cytoreductive surgery», «safety measures».

**Αποτελέσματα:** Μέσα από τη βιβλιογραφική αναζήτηση, καταγράφηκε το υπόβαθρο, με βάση το οποίο προκύπτει ο επαγγελματικός κίνδυνος των συμμετεχόντων στις χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες χορηγούνται χημειοθεραπευτικά σκευάσματα στο χώρο του χειρουργείου. Αποτυπώνονται οι σύγχρονες οδηγίες για την ασφάλεια της χειρουργικής ομάδας κατά τη διενέργεια της HIPEC και παρατίθενται προτάσεις για την ασφαλή διεξαγωγή της μεθόδου.

**Συμπεράσματα:** Η έκθεση του προσωπικού κατά τη HIPEC μπορεί να προκύψει από τη μόλυνση του αέρα, την άμεση επαφή με τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες αλλά και την επαφή με αντικείμενα ή ιστούς που έχουν εκτεθεί προηγουμένως σε αυτούς. Είναι αναγκαίο να θεσπιστούν κατευθυντήριες γραμμές για την ασφαλή διενέργεια της HIPEC, συμπεριλαμβανομένης όχι μόνο της διαχείρισης των περιβαλλοντικών κινδύνων, αλλά και για τα θέματα επαγγελματικής υγείας.



## **ΠΑ14.** Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΥΠΕΡΘΕΡΜΗ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΩΟΘΗΚΩΝ

**Ι. Κυριαζάνος<sup>1</sup>, Β. Καλλής<sup>1</sup>, Δ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ε. Φραδέλλος<sup>1</sup>, Μ. Ζουλάμογλου<sup>1</sup>,  
Ν. Καποδίστριας<sup>2</sup>, Ε. Καραβάνα<sup>1</sup>, Ν. Στάμος<sup>1</sup>, Ν. Ίβρος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup> Παθολόγος - Ογκολόγος, Κέρκυρα

**Σκοπός:** Η υπέρθερμη ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία αποτελεί μια μέθοδο τοπικοπεριοχικής αντιμετώπισης της νόσου που έχει εφαρμοσθεί τελευταία σε επιλεγμένους ασθενείς με καρκίνο ωοθηκών. Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει την εμπειρία της κλινικής μας στην αντιμετώπιση της νόσου εφαρμόζοντας κυτταρομειωτική χειρουργική σε συνδυασμό με υπέρθερμη ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία (HIPEC).

**Μέθοδος:** Κατά το διάστημα 2009 – 2017, 16 ασθενείς με μέση ηλικία 59,5 έτη (37 – 78 έτη) υπεβλήθησαν σε επέμβαση κυτταρομείωσης και υπέρθερμη ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία για καρκίνο ωοθηκών. Στις 7 περιπτώσεις, η κυτταρομείωση διενεργήθηκε σε πρώτο χρόνο (interval CRS) ενώ σε 9 περιπτώσεις διενεργήθηκε για υποτροπή της κακοήθειας. Καταγράφηκαν οι επιπλοκές και η θνητότητα της μεθόδου, καθώς και το διάστημα ελεύθερο νόσου και η συνολική επιβίωση των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Το μέσο διεγχειρητικό PCI score ήταν 18 (2-29). Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 327 λεπτά (180 – 490 λεπτά). Επαρκής κυτταρομείωση (CC-0/1) επετεύχθη στο 100% των περιπτώσεων. Η μέση διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν 1,8 ημέρες (1-7 ημέρες). ενώ η μέση διάρκεια συνολικής νοσηλείας ήταν 22 ημέρες (9-43 ημέρες). Επιπλοκές καταγράφηκαν σε 4 περιπτώσεις (26%), ενώ 2 ασθενείς υπεβλήθησαν σε επανεπέμβαση λόγω ενδοκοιλιακής συλλογής και ενδοκοιλιακής αιμορραγίας αντίστοιχα. Δεν καταγράφηκε περίπτωση θανάτου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. 1 ασθενής εμφάνισε χημική περιτονίτιδα εντός 90 ημερών από την επέμβαση. Το μέσο διάστημα ελεύθερο νόσου ανέρχεται στους 19,9 μήνες, ενώ η μέση επιβίωση στους 51,5 μήνες.

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή κυτταρομείωσης και HIPEC αποτελεί μια ασφαλή επιλογή σε εξειδικευμένο τμήμα χειρουργικής ογκολογίας. Το όφελος όσον αφορά στο διάστημα ελεύθερης νόσου και συνολικής επιβίωσης ασθενών χρειάζεται να αξιολογηθεί περαιτέρω.



**ΠΑ 15.** Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ D2 ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗΝ 5ΕΤΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ

**Ε. Φραδέλλος, Β. Καλλής, Δ. Παπαγεωργίου, Α. Τσέλος, Κ. Παγώνης, Μ. Ζουλάμογλου, Ν. Στάμος, Ν. Ίβρος, Ι. Κυριαζάνος**

*Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα*

**Σκοπός:** Η έκταση του λεμφαδενικού καθαρισμού σε ασθενείς με γαστρικό καρκίνο παραμένει υπό συζήτηση, καθώς το όφελος της συνολικής επιβίωσης παραμένει ασαφές. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι η ανάλυση της δετούς εμπειρίας μας και η διερεύνηση του πιθανού όφελους του D2 λεμφαδενικού καθαρισμού στην επιβίωση των ασθενών με γαστρικό καρκίνο.

**Υλικό και μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 108 ασθενείς (62 άνδρες - 46 γυναίκες), με μέσο όρο ηλικίας 75 έτη (34-99), που υποβλήθηκαν σε επέμβαση για καρκίνο στομάχου από το 2009 έως το 2017. Οι παραμέτροι που λήφθηκαν υπ' όψιν ήταν το φύλο, η ηλικία, η ιστολογική ταξινόμηση του όγκου και τα χαρακτηριστικά της επεμβάσεως, συμπεριλαμβανομένων του τύπου της γαστρεκτομής και της έκτασης του λεμφαδενικού καθαρισμού. Τα αποτελέσματα των ασθενών αναλύθηκαν με βάση τις επιπλοκές, την θνησιμότητα και την επιβίωση. Η ανάλυση της επιβίωσης έγινε χρησιμοποιώντας καμπύλες Kaplan-Meier.

**Αποτελέσματα:** 55/108 ασθενείς υποβλήθηκαν σε γαστρεκτομή με D2 λεμφαδενικό καθαρισμό. Ο μέσος αριθμός των λεμφαδένων που αφαιρέθηκαν στους ασθενείς αυτούς ήταν 31,5. Το ποσοστό των επιπλοκών και της θνησιμότητας των ασθενών ήταν 22,2% και 3,7%, αντίστοιχα. Δεν υπήρξε διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων ασθενών όσον αφορά τις επιπλοκές και τη θνησιμότητα. Η 5ετής επιβίωση ανά στάδιο ήταν 42,8%(D1) και 56,1%(D2) για το Στάδιο I (p=0,06), 40,6%(D1), 54,3%(D2) για το Στάδιο II (p=0,06), και 25,9%(D1) και 39,1%(D2) για το Στάδιο III της νόσου(p=0,051).

**Συμπεράσματα:** Η εκτέλεση D2 λεμφαδενικού καθαρισμού παραμένει μια ασφαλή επιλογή στην αντιμετώπιση των ασθενών με εξαιρεσιμο γαστρικό καρκίνο. Ο D2 λεμφαδενικός καθαρισμός συνεισφέρει στην 5ετή επιβίωση των ασθενών με γαστρικό καρκίνο.



## **ΠΑ16. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΚΑΜΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΡΟΚΑΡ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**Σ. Κούλλας, Σ. Σπύρου, Α. Νάσιος, Σ. Στεφάνου, Ι. Μπτσέλος, Ε. Σίτος, Ι. Τσιμογιάννης**  
*Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα*

Γυναίκα ασθενής 70 ετών, υποβάλλεται σε λαπαροτομία για κολεκτομή λόγω καρκίνου παχέος εντέρου. Από την κολοσκόπηση διαγιγνώσκεται, μια ευμεγέθης ανθοκραμβοειδής μάζα στα 80 cm απο τον πρωκτό. Λαμβάνονται ιστοτεμάχια τα οποία αποτελούν εξελκωμένα τμήματα βλεννογόνου διηθούμενα από μέτριας- χαμηλής βαθμίδος διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα. Η αξονική κοιλίας αντίθετα, περιγράφει τοιχωματική πάχυνση του τυφλού- ανιόντος κόλου και την ύπαρξη επιχωρίων λεμφαδένων.

Διενέργεια μέσης υπερ- υπομφάλιου τομής και διάνοιξη του κοιλιακού τοιχώματος κατά στρώματα. Είσοδος στην περιτοναϊκή κοιλότητα και ανεύρεση μάζας στη μεσότητα του ανιόντος κόλου που διηθεί το πλάγιοτοιχωματικό περιτόναιο. Διενεργείται δεξιά ημικολεκτομή.

Λόγω αμφιβολίας για την ύπαρξη σύγχρονου καρκίνου στο κατιόν κόλον, (ευρήματα κολοσκόπησης), κρίνεται απαραίτητη η ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου. Λόγω βλάβης του κολοσκοπίου, χρησιμοποιείται κάμερα λαπαροσκόπησης και τροκάρ εργασίας λαπαροσκοπικής χειρουργικής.

Τεχνική: Τοποθέτηση κομπρεσών και απομόνωση της περιτοναϊκής κοιλότητας. Διενεργείται κολοτομή στο κοιλόβωμα του εγκαρσίου επάνω στην κολική ταινία στο σημείο όπου αργότερα θα δημιουργηθεί η ειλεοεγκάρσια αναστόμωση.

Τοποθέτηση τροκάρ διαμέτρου 10mm, δια της δημιουργηθείσας οπής και εισαγωγή CO<sub>2</sub>. Διάταση του εντέρου και είσοδος κάμερας στον αυλό του. Επισκόπηση του αυλού έως την αριστερή κολική καμπή και την αρχή του κατιόντος, χωρίς να αναδεικνύεται κάποια μάζα.

Στη συνέχεια διενεργείται οπή στην κολική ταινία στο κάτω τριτημόριο του σιγμοειδούς. Εισαγωγή τροκάρ εργασίας 10mm και είσοδος κάμερας στον αυλό του εντέρου. Επισκόπηση έως την αριστερή κολική καμπή, χωρίς να υπά ρχει κάτι το παθολογικό.

Αφού ολοκληρώνεται ο ενδοσκοπικός έλεγχος του εντέρου, αποσύρονται τα τροκάρ εργασίας. Σύγκληση με ορομυϊκές ραφές της κολοτομής. Στη συνέχεια διενεργείται ειλεο-εγκάρσια αναστόμωση με GIA και TA.





**ΠΑ17. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΟΛΙΚΟΥ ΠΑΧΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΕΡΚΛΕΙΔΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ**

**Κ. Γαστεράτος<sup>1</sup>, Γ Κορδώση<sup>2</sup>, Ε. Δουϊτσος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> ΩΡΛ Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της κλινικής εικόνας δερματικών μοσχευμάτων ολικού πάχους (ΔΜΟΠ) από την υπερκλείδια περιοχή. Παρουσίαση των χειρουργικών αποτελεσμάτων μίας σειράς ασθενών με διάφορες δερματικές βλάβες, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε πλαστική αποκατάσταση με ΔΜΟΠ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η μελέτη ήταν αναδρομική μεταξύ των ετών 2015 και 2018. Πραγματοποιήθηκε στατική ανάλυση των ασθενών με το λογισμικό SPSS και κατηγοριοποιήθηκαν σε ομάδες ανάλογα με τους δημογραφικούς παράγοντες, τον τύπο του δερματικής βλάβης (ακτινική κεράτωση, βασικοκυτταρικός, ακανθοκυτταρικός καρκίνος, μελαγχρωματικοί σπίλοι, κτλ), εντόπιση της βλάβης, μακροσκοπικά χαρακτηριστικά της βλάβης (ασυμμετρία, όρια, χρώμα, διάμετρος), συνοδές παθήσεις, λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα βάση αντικειμενικών κριτηρίων. Για την περιγραφή της μορφολογίας των ΔΜΟΠ χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: ερύθημα, χρώμα, υφή, τηλεγγειεκτασία, τριχοφυΐα, χείλη του τραύματος, ρίκνωση, υποτροπή. Επίσης, πραγματοποιήθηκε έλεγχος των ιστολογικών πορισμάτων για το αν η βλάβη αφαιρέθηκε επί υγιών ή μη ορίων.

**Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν άνδρες από 60 έως 75 ετών. Τα αποτελέσματα της λειτουργικής και αισθητικής αποκατάστασης ήταν πολύ ικανοποιητικά έως άριστα. Μόνο ένα ΔΜΟΠ εμφάνισε μερική νέκρωση, η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Παρατηρήθηκε μία μόνο υποτροπή επί του ΔΜΟΠ.

**Συμπεράσματα:** Στη μελέτη μας, η χρησιμοποίηση ΔΜΟΠ από την υπερκλείδια χώρα ως δότρια περιοχή ήταν άριστη μέθοδος επανόρθωσης των δερματικών ελλειμμάτων. Πραγματοποιήθηκε με τοπική αναισθησία σε ηλικιωμένους ασθενείς με πολλαπλές συνοδές παθήσεις και μειωμένη κινητικότητα. Η χρήση συγκεκριμένων αντικειμενικών παραγόντων είναι απαραίτητη για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της εικόνας ενός ΔΜΟΠ.



## **ΠΑ 18.** ΔΙΛΟΒΟΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ: ΒΙΝΤΕΟ ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΚΑΙ ΛΑΘΩΝ

**Κ. Χριστοδούλου, Κ. Γαστεράτος, Κ. Ψαράκης, Ε. Αναγνώστη, Ο. Ρουντένκο,  
Ε. Δουϊτσας**

*Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα*

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η αποφυγή λάθων στην αντιμετώπιση δίλοβου κληψιδροειδούς χοληδόχου κύστεως. Ταυτόχρονα, προβολή υψηλής ευκρίνειας μαγνητοσκοπημένης επέμβασης λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής δίλοβου χοληδόχου κύστεως και περιγραφή της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής τεχνικής (minimally invasive surgery). Στο πρώτο βίντεο περιγράφεται η λάθος τεχνική που μας έδωσε την ευκαιρία να μελετήσουμε αυτή την κατάσταση.

**Υλικό & Μέθοδος:** Αποτέλεσε διεγχειρητικό λάθος ατελούς επέμβασης που έγινε αθηλαχού με αποτέλεσμα 65-χρονος πάσχων να οδηγηθεί εκ νέου σε συμπληρωματική επέμβαση σε τρεις χρόνους (πρώτη επέμβαση ημιχολοκυστεκτομή, δεύτερη επέμβαση ERCP, τρίτη επέμβαση ολοκλήρωση της χολοκυστεκτομής). Δεύτερο περιστατικό 27-χρονη με δίλοβο χοληδόχο που αντιμετωπίστηκε ριζικά με λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή με υψηλής ευκρίνειας μηχανήματα χωρίς επιπλοκές. Αναζήτηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας, μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων Medline, Google Scholar και του Συνδέσμου Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL-Link) με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: δίλοβος, χοληδόχος κύστη, λαπαροσκοπική χολεκυστεκτομή, Unified Classification of Multiple Gallbladders.

**Αποτελέσματα:** Παρουσίαση δύο περιστατικών ασθενών. Το πρώτο που παρουσιάζει το διεγχειρητικό λάθος της μη αναγνώρισης της δίλοβου χοληδόχου κύστεως με αποτέλεσμα οι λίθοι να παραμείνουν στην εναπομείνασα κύστη και τη δημιουργία χολαγγειακής κρίσης που δημιούργησαν την ανάγκη αντιμετώπισης σε τρεις χρόνους. Δεύτερο περιστατικό, 27-χρονη που αντιμετωπίστηκε ριζικά σε ένα χρόνο με τη βοήθεια υψηλής ευκρίνειας μηχανημάτων και σωστής τεχνικής.

**Συμπεράσματα:** Ο προεγχειρητικός έλεγχος είναι σημαντικός για την ακριβή διάγνωση της δίλοβου χοληδόχου κύστεως. Ωστόσο, λόγω τεχνικών δυσκολιών και λόγω της αεροπλήθειας και παρεμβολής του εγκάρσιου κόλου, χρειάζεται προσοχή, υψηλής ευκρίνειας μηχανήματα και υπομονή ώστε να παρασκευάζεται σε πρώτο χρόνο η δίλοβος χοληδόχος κύστη που πιθανόν να διέλαθε της διάγνωσης προεγχειρητικά.



**ΠΑ19. ΠΟΙΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ;...  
ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ Η ΝΕΑ ΜΑΣΤΙΓΑ**

**Σ. Νικοηούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>,  
Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**Σκοπός της εργασίας :** Το μεσοθηλίωμα αποτελεί τη νέα μάστιγα . Ο ρόλος του αμιάντου στην εμφάνιση του είναι γνωστός από τη δεκαετία του '60. Πριν από 20 χρόνια οι καταγεγραμμένοι θάνατοι από μεσοθηλίωμα στην Ευρώπη ήταν 5000/έτος . Εφέτος αναμένεται να καταλήξουν περίπου 9000 συνάνθρωποι μας ! Το μεσοθηλίωμα παρουσιάζει μια ιδιαιτερότητα στην φυσική πορεία εξέλιξης του που χαρακτηρίζεται από μια ιδιαίτερα μακρά λανθάνουσα περίοδο η οποία μπορεί να φτάσει και τα σαράντα χρόνια!

**Υλικό & μέθοδος :** Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική έρευνα σχετικών αναφορών. Χρησιμοποιήθηκε διαδικτυακή αναζήτηση των αρχείων της εθνικής ιατρικής βιβλιοθήκης των ΗΠΑ μέσω της διαδικτυακής πύλης Pubmed . Περιορίσαμε την έρευνα μας σε εργασίες από το 2010 και μετά.

**Αποτελέσματα:** Είναι αλήθεια ότι οι πλέον σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές έχουν βοηθήσει αρκετά στην πρώιμη εντόπιση της νόσου. Είναι επίσης αλήθεια ότι γίνονται προσπάθειες απομάκρυνσης προϊόντων από αμιάντο . Επίσης έχει γίνει μια σημαντική προσπάθεια ενημέρωσης του κοινού για τον αποδεδειγμένα καρκινογόνο ρόλο του αμιάντου. Η χειρουργική αντιμετώπιση δυστυχώς δεν έχει δώσει τα αναμενόμενα αποτελέσματα . Η ακτινοθεραπεία και αυτή από μόνη της έχει πενιχρά αποτελέσματα . Η χημειοθεραπεία και συγκεκριμένα ο συνδυασμός cis- πλατίνης με remetrexed παρουσιάζει τα καλύτερα αποτελέσματα .

**Συμπεράσματα:** Το μεσοθηλίωμα παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα που δυστυχώς αυξάνεται προοδευτικά. Η χειρουργική αντιμετώπιση παραμένει η μέθοδος εκλογής στην αντιμετώπιση του , αλλά μόνο σε πρώιμο στάδιο . Ο συνδυασμός Cis/Rem παραμένει η θεραπεία εκλογής σε προχωρημένο στάδιο . Υπό έρευνα βρίσκονται νεότερα μόρια ( αναστολείς EGFR , αντι- VEGF παράγοντες , αναστολείς VEGF – TK, μονοκλωνικά αντισώματα).



## **ΠΑ20. ΣΧΟΛΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ 8Η ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ TNM ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. ΡΙΖΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ: ΤΕΛΙΚΑ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ... ΜΕΤΡΑΕΙ;**

**Σ. Νικοηούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**Σκοπός της εργασίας:** Τα ποσοστά θνητότητας των ανδρών από καρκίνο του πνεύμονα μειώνονται στον δυτικό κόσμο ενώ αυξάνονται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις γυναίκες αυξάνονται παγκοσμίως, με εξαίρεση τις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά και την Αυστραλία. Αυτές οι διαφορές αντικατοπτρίζουν ιστορικές και δημογραφικές διαφορές στην κατανάλωση προϊόντων καπνού. Η σταδιοποίηση κατά τη στιγμή της διάγνωσης είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας σε ότι αφορά την επιβίωση. Σκοπός αυτής της επισκόπησης είναι να συζητηθούν οι αλλαγές στην 8η έκδοση της κατάταξης TNM για τον καρκίνο πνεύμονα και οι επιπτώσεις στην πρόγνωση.

**Υλικός & μέθοδος:** Διεξήχθη συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση για τον εντοπισμό σχετικών αναφορών στα αρχεία της Εθνικής Ιατρικής Βιβλιοθήκης των ΗΠΑ. Μια διεθνής βάση δεδομένων για τον καρκίνο του πνεύμονα αναπτύχθηκε από 35 πηγές σε 16 χώρες σε όλο τον κόσμο με δεδομένα που αφορούσαν 94708 περιπτώσεις.

**Αποτελέσματα:** Αυτή η νέα έκδοση του TNM έδωσε επιπλέον έμφαση στο μέγεθος του όγκου προσθέτοντας νέα όρια. Τα περαιτέρω αυτά όρια καθιστούν το μέγεθος του όγκου υποχρεωτικό δείκτη όλες τις κατηγορίες T. Για πρώτη φορά εισήχθη ένας νέος όρος, το ελάχιστο επεμβατικό αδενοκαρκίνωμα. Οι πρόσθετες αλλαγές στα όρια πρόκειται σίγουρα να μεταβάλουν τις θεραπευτικές ενδείξεις στο άμεσο μέλλον. Η ταξινόμηση των λεμφαδένων παρέμεινε αμετάβλητη στη νέα έκδοση.

**Συμπεράσματα:** Η νέα σταδιοποίηση αναμένεται να προσφέρει μεγαλύτερη ακρίβεια στην πρόγνωση της νόσου. Πολλοί ασθενείς πρόκειται να ταξινομηθούν σε διαφορετικό στάδιο νόσου σε σχέση με την μέχρι πρότινος σε χρήση έκδοση TNM. Είναι γεγονός ότι έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στο μέγεθος του όγκου.



## **ΠΑ21. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

**Μ. Δημοπούλου<sup>1</sup>, Η. Παπανικολάου<sup>2</sup>, Κ. Παγκράτης<sup>2</sup>, Ε. Χαϊνή<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Τομέας Δημόσιας Υγείας, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

**Εισαγωγή:** Η πρόληψη του καρκίνου είναι πιο εύκολη από ό,τι πιθανώς πιστεύει η πλειοψηφία του κόσμου. Μερικές απλές αλλαγές στον τρόπο ζωής, μπορούν να μειώσουν δραστικά την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να σώσουν ζωές. Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις ανεπτυγμένες χώρες. Η πλειοψηφία ωστόσο των όγκων του πνεύμονα διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Το υψηλό ποσοστό θνητότητας έχει επιβάλει τη διαφορετική προσέγγιση όπως είναι η πρώιμη ή έγκαιρη διάγνωση.

**Σκοπός:** «Όποιος προλαμβάνει δεν αρρωσταίνει». Το σύνθημα της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας για μια καλύτερη ζωή χωρίς αρρώστια, είναι και το ζητούμενο της επιστημονικής κοινότητας. Γι' αυτό προσπαθούμε να παρουσιάσουμε έναν "οδηγό" ζωής που βασίζεται στις πιο σημαντικές πληροφορίες που απομακρύνουν τον κίνδυνο του καρκίνου.

**Μεθοδολογία:** Εμβόλια, φάρμακα, διαγνωστικά τεστ, πρωτοποριακά μηχανήματα ρίχνονται στη μάχη κατά του καρκίνου. Ερευνητές από όλο τον κόσμο κλείνουν σε εργαστήρια και παρακολουθούν τη ζωή των ανθρώπων κυττάρων, με σκοπό να διερευνήσουν τα αίτια και τους μηχανισμούς της καρκινογένεσης. Πού ακριβώς βρισκόμαστε; Ποιες είναι οι τελευταίες εξελίξεις όσον αφορά τη θεραπεία και τη διάγνωση του καρκίνου; Πόσο σημαντική είναι η πρόληψη;

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, λόγω της αυξητικής τάσης του καρκίνου σε όλο τον κόσμο, οι θάνατοι, από 7,6 εκατομμύρια το 2008, αναμένεται το 2030 να φτάσουν 13,1 εκατομμύρια. Στην Ελλάδα, 24.000 ζωές χάνονται κάθε χρόνο από καρκίνο, ενώ 37.000 άνθρωποι προσβάλλονται από κάποια μορφή της νόσου, σύμφωνα με στοιχεία του International Agency for Research on Cancer. Η διακοπή του καπνίσματος, ο έλεγχος του βάρους, ο περιορισμός των βλαπτικών συνηθειών, η άθληση, η ψυχοσωματική ευεξία, η σωστή διατροφή, ο ετήσιος έλεγχος, η έγκαιρη διάγνωση αλλά και η εξατομικευμένη παρέμβαση και θεραπεία, αποτελούν πυλώνες της πρόληψης και της αντιμετώπισης της νόσου.

**Συμπεράσματα:** Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση αποτελούν το πιο σημαντικό κομμάτι στην αντιμετώπιση και την αποφυγή ορισμένων ειδών καρκίνου. Μπορούμε όλοι να υιοθετήσουμε αρχές που συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας μας και ταυτόχρονα στην αποφυγή ορισμένων τύπων καρκίνου, πάντα στο πλαίσιο των οδηγιών του Ευρωπαϊκού Κώδικα. Τα τελευταία χρόνια ήταν ιδιαίτερα παραγωγικά όσον αφορά τη δημιουργία φαρμάκων νέας γενιάς πιο αποτελεσματικών και λιγότερο τοξικών από τα παλιά. Η μεγάλη ελπίδα των επιστημόνων για τη δημιουργία των νέων φαρμάκων βασίζεται στην εξατομίκευση, δηλαδή στον προσδιορισμό του ιδιαίτερου προφίλ του καρκίνου κάθε ασθενούς.



## **ΠΑ22. ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ. ΤΙ ΕΙΝΑΙ; ΠΩΣ ΤΟΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΩ; ΤΙ ΚΑΝΩ;**

**Σ. Νικοηούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Σ. Μάνεσς<sup>3</sup>,  
Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**Σκοπός της εργασίας :** Ο πρωτοπαθής αυτόματος πνευμοθώρακας αποτελεί την πιο συχνή μορφή πνευμοθώρακα στις Δυτικοευρωπαϊκές χώρες . Πιστεύεται ότι ο πραγματικός αριθμός είναι κατά πολύ μεγαλύτερος αφού αρκετοί ασθενείς αναπτύσσουν πνευμοθώρακα μικρής έκτασης που πολλές φορές περνά απαρατήρητος. Ο δευτεροπαθής αυτόματος πνευμοθώρακας είναι αυτός που συνδυάζεται με υποκείμενη πνευμονική νόσο . Σε αυτά τα είδη πνευμοθώρακα θα πρέπει να συνηγορήσουμε τους τραυματικούς και τους ιατρογενείς. Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι να αναδείξει τις βασικές αρχές διάγνωσης και αντιμετώπισης αυτού .

**Υλικό & μέθοδος :** Διεξήχθη συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση για τον εντοπισμό σχετικών αναφορών. Μελέτες και άρθρα της τελευταίας δεκαετίας (2007-2017) εντοπίστηκαν διαδικτυακά στα αρχεία της Εθνικής Ιατρικής Βιβλιοθήκης των ΗΠΑ μέσω της ιστοσελίδας [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com).

**Αποτελέσματα:** Το βασικό πρόβλημα σε ότι αφορά τον αυτόματο πνευμοθώρακα πέρα από τη νόσο αυτή καθ' αυτή είναι ο παράγοντας υποτροπή . Πάνω από 70% των υποτροπών παρουσιάζονται τα πρώτα δύο χρόνια μετά το πρώτο επεισόδιο . Η μέθοδος εκλογής αντιμετώπισης του αυτόματου πνευμοθώρακα εξαρτάται από την έκταση της νόσου, την κλινική κατάσταση του ασθενή, την πιθανότητα υποτροπής , την παρουσία εμμένουσας διαφυγής αέρα, την παρουσία υποκείμενης πνευμονικής νόσου, τη διαθεσιμότητα ειδικού εξοπλισμού και την εμπειρία του χειρουργού.

**Συμπεράσματα:** Πριν επιλέξουμε οποιαδήποτε μέθοδο , καλό είναι να γνωρίζουμε τα τρία σημεία- κλειδιά σύμφωνα με το British Thoracic Society : Η παρουσία αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα δεν αποτελεί αυτή καθ' αυτή ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την κλινική εικόνα και όχι από την ακτινολογική. Η παρουσία μεγάλου βαθμού πνευμονικής σύμπτωσης δεν σημαίνει απαραίτητα εμμένουσα διαφυγή αέρα.



**ΠΑ23.** Η ΠΑΡΕΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΕΚΦΡΑΣΗΣ MICRORNAS ΣΤΙΣ ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΣΥΧΝΟΤΕΡΩΝ ΣΑΡΚΩΜΑΤΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ IN VIVO, IN VITRO ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

**Ν. Καποδίστριας<sup>1</sup>, Α. Μουζακίτη<sup>2</sup>, Μ. Μάστορα<sup>1</sup>, Θ. Θεολογής<sup>2</sup>, Σ. Κούλας<sup>3</sup>, Β. Καραβασίλης<sup>4</sup>, Π. Τσέκερης<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Γενική Κλινική Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>3</sup> Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

<sup>4</sup> Επ. Καθηγητής, Μονάδα Σαρκώματος, Τμήμα Ογκολογίας, UCLA, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο

<sup>5</sup> Καθηγητής Ακτινοθεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Τα microRnas είναι μικρά μόρια Rna (ως 22 νουκλεοτιδία) που ρυθμίζουν στην έκφραση των γονιδίων παρεμβαίνοντας μετα-μεταγραφικά καταστέλλοντας το αγγελιοφόρο RNA (mRNA) και αποσιωπώντας την διαδικασία της μετάφρασης (Rnainterference). Επίσης ένα microRna έχει την δυνατότητα να στοχεύει εκατοντάδες μόρια mRNA. Διαταραχές της έκφρασης των microRnas φαίνεται να αποτελούν βάση πάνω στην οποία μπορούν να αναπτυχθούν κακοηθείες.

**Σκοπός εργασίας.** Η ανάδειξη των διαταραχών έκφρασης microRnas στα σαρκώματα μαλακών μορίων, μια ετερογενής ομάδα νεοπλασμάτων, και οι διάφοροι τρόποι με τους οποίους εμπλέκονται στους μηχανισμούς ογκογένεσης.

**Υλικά Μέθοδος .** Η ανασκόπηση όλων των δημοσιευμένων in vivo, in vitro και κλινικών μελετών που αφορούν τους μηχανισμούς δράσης και εμπλοκής microRnas στην σαρκωματογένεση των μαλακών μορίων μέχρι σήμερα.

**Αποτελέσματα.** Τα microRnas αποτελούν ρυθμιστή σχεδόν όλων των σημαντικών κυτταρικών διαδικασιών όπως της σηματοδότησης, απόπτωσης, μεταβολισμού, κυτταρικής αναπνοής, κυτταρικού πολλαπλασιασμού, και διαφοροποίησης στα σαρκώματα μαλακών μορίων.

**Συμπεράσματα.** Οι διαταραχές των επιπέδων της έκφρασης microRna φαίνεται να σχετίζονται με τον δείκτη πολλαπλασιασμού, τη διαφοροποίηση του όγκου, το διηθητικό δυναμικό, μεταστατικό δυναμικό, την πρόγνωση και την επιβίωση στα σαρκώματα μαλακών μορίων.



**ΠΑ24. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΕ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΠΛΗΡΗ ΥΦΕΣΗ ΧΟΡΗΓΩΝΤΑΣ ΜΕΤΡΟΝΟΜΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΚΥΚΛΟΦΩΣΦΑΜΙΔΗ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΗ ΓΡΑΜΜΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΤΥΡΟΣΙΝΙΚΩΝ ΚΙΝΑΣΩΝ**

**Ν. Καποδίστριας<sup>1</sup>, Α. Μουζακίτη<sup>2</sup>, Γ. Γκλαντζούνης<sup>3</sup>, Σ. Κούλας<sup>4</sup>, Π. Τσέκερης<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Γενική Κλινική Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>3</sup> Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>4</sup> Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

<sup>5</sup> Καθηγητής Ακτινοθεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Σκοπός Εργασίας.** Η μετρονομική χημειοθεραπεία περιλαμβάνει τη συχνή χορήγηση πολύ μικρών δόσεων χημειοθεραπευτικών παραγόντων με σκοπό την καταστολή των ενεργοποιημένων ενδοθηλιακών κυττάρων του όγκου προάγοντας την αντι-αγγειογένεση, με λίγες παρενέργειες. Πρόσφατα έχει αναζωπυρωθεί το ενδιαφέρον του ρόλου των μετρονομικών χημειοθεραπευτικών σχημάτων όσον αφορά την ανοσοτροποποίηση, εξετάζοντας την παρεμβολή τους σε ποικίλους υποκείμενους μοριακούς και ανοσολογικούς μηχανισμούς. Ο μεταστατικός ηπατοκυτταρικός καρκίνος αποτελεί έναν εξαιρετικά χημειοανθεκτικό όγκο στον οποίο η μετρονομική χημειοθεραπεία δεν έχει μελετηθεί, ενώ η θεραπεία με πολλαπλό αναστολέα τυροσινικών κινάσων προσφέρει πολύ μικρό κλινικό όφελος.

**Υλικά και Μέθοδος.** Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό μιας ασθενούς 48 ετών, που υποβλήθηκε αρχικά σε δ. ηπατεκτομή (07.2016) και εμφάνισε πρώιμη υποτροπή με περιτοναϊκές και πνευμονικές μεταστάσεις. Αρχικά χορηγήθηκε θεραπεία πρώτης γραμμής με πολλαπλό αναστολέα τυροσινικής κινάσης. Λόγω μη ανταπόκρισης έλαβε μετρονομική χημειοθεραπεία με Κυκλοφωσφαμίδη, με εντυπωσιακή υποχώρηση των μεταστάσεων, βρισκόμενη σε πλήρη ύφεση για διάστημα > 9 μηνών.

**Αποτελέσματα/Συμπεράσματα.** Με δεδομένη την υποτροπή των μεταστάσεων και την άριστη κλινική κατάσταση της ασθενούς μέχρι σήμερα, όλες οι υποκείμενες μοριακές, ανοσολογικές, φαρμακολογικές και κλινικές παράμετροι αναλύονται στο πλαίσιο των νεότερων εξελίξεων στην ανοσοογκολογία.





**ΠΑ25. ΥΠΟΠΛΑΣΙΑ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ POLAND: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

**Κ. Γαστεράτος<sup>2</sup>, Θ. Κούκουρας<sup>1</sup>, Δ. Τρούσας<sup>3</sup>, Ε. Δουϊτσος<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> 6η ΥΠΕ, Γ.Ν. Κέρκυρας

<sup>2</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>3</sup> Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας

<sup>4</sup> Χειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Κέρκυρας

**Σκοπός:** Η περιγραφή ενός σπάνιου συνδρόμου, η παθογένεση της νόσου, η παρουσίαση περιστατικού, η ανάδειξη του τρόπου συστηματικής διερεύνησης για ανίχνευση επιμέρους συνοδών ανωμαλιών, οι χειρουργικές μέθοδοι και τεχνικές αποκατάστασης του μαστού.

**Υλικό και μέθοδος:** Αναζήτηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας, μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων Medline, Google Scholar και του Συνδέσμου Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών με λέξεις-κλειδιά: σύνδρομο Poland, απλασία / υποπλασία μαστού, μσοδερματικός κρημνός πλάτους ραχιαίου, ένθεμα σιλικόνης, σύνδρομο Klippel-Feil, σύνδρομο Moebius, σύνδρομο Sprengel

**Αποτελέσματα:** Η ενδελεχής εξέταση ασθενούς με σύνδρομο Poland στο τακτικό ιατρείο, η ενημέρωση και εκπαίδευσή του για το σύνδρομο και τις διαθέσιμες επιλογές αντιμετώπισης.

**Συμπεράσματα:** Το σύνδρομο Poland είναι μία σπάνια συγγενής δυσπλασία του θωρακικού τοιχώματος με συχνότητα από 1:7.000 έως 1:100.000 γεννήσεις. Οφείλεται στη διακοπή της αιματικής ροής στην υποκλείδιο αρτηρία κατά την εμβρυογένεση. Χαρακτηρίζεται από υποπλασία ή απλασία: μαστού και/ή της θηλής, υποδόριου λίπους στο θωρακικό τοίχωμα, μείζονος και/ή ελάσσονος θωρακικού μύος και από ανωμαλίες των πλευρών. Ενίοτε συνυπάρχει βραχυσυνδακτυλία, ενώ σπανιότερα καρκίνο του μαστού, δεξιοκαρδία, νεφρικές ανωμαλίες, σύνδρομο Moebius, σύνδρομο Klippel-Feil και σύνδρομο Sprengel. Η πλαστική αποκατάσταση περιλαμβάνει ποικιλία μεθόδων: μσοδερματικό κρημό πλάτους ραχιαίου μύος με ή χωρίς πρόθεση σιλικόνης και με τη χρήση δερματοστιξίας για τη δημιουργία του συμπλέγματος θηλής – άλω αποτελεί τη συχνότερη επιλογή κυρίως για γυναίκες με απλασία του μαστού. Επίσης, χρησιμοποιούνται: διατατήρες ιστών τύπου Becker, εγκάρσιος μσοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μύος, ελεύθερος κρημνός εν τω βάθει επιγάστριων αγγείων, θωρακοπλαστική με οστικά μοσχεύματα πλευρών, αυτόλογη μεταμόσχευση λίπους / βλαστοκυττάρων.



## **ΠΑ26. ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΙΖΟΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΥΕΛΟΥ**

**Κ. Γαστεράτος, Κ. Νερούτσος, Κ. Χριστοδούλου**

*Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα*

**Σκοπός:** Παρουσίαση αρχών προφυλακτικής αγωγής για μετεγχειρητικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργείο λόγω καρκίνου στην κοιλία ή/και πύελο, κατευθυντήριες οδηγίες του Αμερικανικού Κολλεγίου Πνευμονολόγων, Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Κλινικής Αριστείας του Ηνωμένου Βασιλείου, καθώς και του Εθνικού Ελληνικού Οργανισμού Φαρμάκων, σύσταση για πρωτόκολλο βασισμένο σε κλινικές μελέτες, παρουσίαση σχετικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ελληνικής - ξένης βιβλιογραφίας, μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων Medline, Google Scholar και του Συνδέσμου Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL-Link) με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: φλεβική θρομβοεμβολή (ΦΘΕ), πνευμονική εμβολή, extended prophylaxis, venous thromboembolism (VTE), thrombosis, cancer-associated thrombosis, abdominal cancer surgery

**Αποτελέσματα:** Η φλεβική θρόμβωση είναι κύρια αιτία θνητότητας και νοσηρότητας. Υπολογίζεται ότι 25-40% των μετεγχειρητικών ασθενών θα αναπτύξουν ΦΘΕ εάν δεν χορηγηθεί προφύλαξη για φλεβική θρομβοεμβολή, 20% των θανάτων που συμβαίνουν μετεγχειρητικά σε ασθενείς που δε λαμβάνουν θρομβοπροφύλαξη οφείλονται σε πνευμονική εμβολή. Τα κριτήρια Wells και η κλίμακαCaprini αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για τον υπολογισμό του κινδύνου ανάπτυξης φλεβικής θρομβοεμβολής.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για φλεβική θρόμβωση που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο στην κοιλία ή στην πύελο, συστήνουμε παρατεταμένης διάρκειας μετεγχειρητική φαρμακολογική προφύλαξη (4 εβδομάδες) με χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη, βάση κλινικών μελετών. Μείζων χειρουργείο θεωρείται η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή, χαμηλή πρόσθια εκτομή, κολεκτομή ή σιγμοειδεκτομή και η επέμβαση κατά Hartmann. Εξαιρούνται ασθενείς υπό αντιπηκτική αγωγή και ασθενείς με αντενδείξεις για αντιπηκτική αγωγή ή αυξημένης αιμορραγικής διάθεσης. Η ανάγκη μείωσης της θνητότητας και νοσηρότητας που σχετίζεται με τη μετεγχειρητική φλεβική θρόμβωση καθώς και του κόστους νοσηλείας καθιστούν επιτακτική τη χρήση ενός κοινώς αποδεκτού πρωτοκόλλου.



**ΠΑ27.** ΟΞΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟ:  
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΦΑΣΙΟΤΟΜΗΣ

**Κ. Γαστεράτος<sup>1</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>1</sup>, Δ. Μάνδουλας<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιστατικών με σύνδρομο διαμερίσματος των άκρων, η παθογένεση, η ανάδειξη του τρόπου συστηματικής αντιμετώπισης του ασθενούς, περιγραφή των ανατομικών μυϊκών διαμερισμάτων του αντιβραχίου, μηρού και γαστροκνημίας, η τεχνική σχάσης των διαμερισμάτων (φασιοτομή), επιπλοκές που προκύπτουν εξαιτίας του συνδρόμου και της λανθασμένης τεχνικής.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας σχετικής με το θέμα, μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων Medline, Google Scholar και του Συνδέσμου Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL-Link) με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: σύνδρομο διαμερίσματος, φασιοτομή, ενδοδιαμερισματική πίεση, ισχαιμική ρίκνωση Volkman, σύνδρομο καταπλάκωσης.

**Αποτελέσματα:** Παρακολούθηση μετεγχειρητικής πορείας ασθενών και έλεγχος για τυχόν νευρολογικά ή λειτουργικά ελλείμματα στα άκρα. Συνέχιση φυσιοθεραπείας για απόκτηση πλήρους εύρους κίνησης των άκρων.

**Συμπεράσματα:** Το σύνδρομο διαμερίσματος είναι μία επείγουσα χειρουργική κατάσταση όπου παρατηρείται σκληρία κατά την ψηλάφηση του άκρου, παραισθησίες, υπερβολικός πόνος, παράλυση και μη ψηλαφητές σφύξεις στο άκρο. Επί αύξησης της ενδοδιαμερισματικής πίεσης πάνω από 30 mmHg πρέπει να διενεργηθεί φασιοτομή. Η φασιοτομή συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα εξαιτίας τραυματισμού αισθητικών και κινητικών νεύρων. Στο σύνδρομο καταπλάκωσης του άκρου, επέρχεται μυϊκή ισχαιμία και νέκρωση, απελευθέρωση τοξικών παραγόντων, ραβδομυόλυση και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Ο ρόλος της προφυλακτικής φασιοτομής είναι σημαντικός σε περιπτώσεις επανεμφύτευσης ακρωτηριασθέντος μέλους.



## **ΠΑ28. ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΛΙΠΩΜΑ ΜΕΣΟΜΥΪΚΟΥ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

**Κ. Γαστεράτος<sup>1</sup>, Γ. Κορδώση<sup>2</sup>, Α. Πορφύρης<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Ειδικευόμενος Χειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Επιμελήτρια Β', Ωτορινολαρυγγολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>3</sup> Επιμελητής Β', Χειρουργός, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού εν τω βάθει λιπώματος τραχήλου, η ανάδειξη του τρόπου ολοκληρωμένης προσέγγισης, διαφορικής διάγνωσης και αντιμετώπισης του ασθενούς, η περιγραφή της χειρουργικής ανατομικής του τραχήλου και της τεχνικής και, η παρουσίαση σχετικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

**Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας σχετικής με το θέμα, μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων Medline, Google Scholar και του Συνδέσμου Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL-Link) με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: λίπωμα τραχήλου, intermuscular lipoma, head and neck lipoma, νόσος Madelung ή καλοήγη/πολλαπλή συμμετρική λιπωμάτωση ή σύνδρομο Launois-Bensaude.

**Συμπέρασμα:** Τα εν τω βάθει λιπώματα τραχήλου είναι σπάνια στη βιβλιογραφία με τα λιπώματα μεταξύ μυϊκών διαστημάτων να υπολογίζονται σε λιγότερο από 2% όλων των λιπωμάτων. Ένα περιστατικό ενός ευμεγέθους λιπώματος στο αριστερό οπίσθιο τραχηλικό τρίγωνο περιγράφεται με έμφαση στον προεγχειρητικό έλεγχο των ογκιδίων του λαιμού με πλήρη κλινικο-εργαστηριακή και απεικονιστική διερεύνηση. Επίσης, η χειρουργική προσέγγιση ξεκινά με τη γνώση των επιπολής και εν τω βάθει μυοαπονευρωτικών και νευραγγειακών δομών του πρόσθιου και οπίσθιου τραχηλικού τριγώνου. Η επιμελής παρασκευή των στιβάδων της τραχηλικής περιτονίας, η αναγνώριση και η διατήρηση των ακόλουθων στοιχείων κρίνεται σημαντική: φρενικό νεύρο, παραπληρωματικό, επιπολής αισθητικά υπερκλείδια νεύρα, υποκλείδιος και έξω σφαγίτιδα φλέβα, καρωτιδική θήκη, βραχιόνιο πλέγμα, υπεζωκότας. Η υποψία ύπαρξης λιποσαρκώματος πρέπει να τεθεί σε περιπτώσεις διογκώσεων μεσομυϊκών διαστημάτων στον τράχηλο. Είναι σημαντική η μετεγχειρητική παρακολούθηση του ασθενούς και ο έλεγχος για τυχόν νευρολογικό έλλειμμα ή υπαισθησία στην κατανομή των κινητικών και αισθητικών νεύρων, αντίστοιχα. Τέλος, να σημειωθεί η συσχέτιση λιπωμάτων του τραχήλου με τον ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και τη νόσο Madelung.



**ΠΑ29.** ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ:  
ΒΙΝΤΕΟ ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗΣ

**Κ. Χριστοδούλου, Κ. Γαστεράτος, Ε. Αναγνώστη, Σ. Μάνεσης, Κ. Ψαράκης**  
*Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα*

**Σκοπός:** Προβολή υψηλής ευκρίνειας μαγνητοσκοπημένης επέμβασης λαπαροσκοπικής σκωληκοειδεκτομής και περιγραφή της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής τεχνικής (EEX, minimally invasive surgery)

**Υλικό & Μέθοδος:** Χρήση βιντεοσκοπημένης επέμβασης ασθενούς με οξεία σκωληκοειδίτιδα. Ο ασθενής υπεβλήθη σε ελάχιστα επεμβατική λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή με τρεις οπές για την είσοδο: α) της κάμερας μέσω του ομφαλού νούμερο 10 χιλ., β) των δύο τροκάρς νούμερο 5 χιλ. στις λαγόνιες περιοχές. Η τεχνική συνίσταται αποκλειστικά στη χρήση ραμμάτων αντί για clips ή αυτόματων συρραπτικών.

**Αποτελέσματα:** Ομαλή μετεγχειρητική πορεία ασθενούς, οποίος εξήλθε την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα. Ανεπαίσθητες ουλές στον επανέλεγχο σε τακτική βάση.

**Συμπεράσματα:** Η Λαπαροσκοπική χειρουργική ή Ελάχιστα επεμβατική χειρουργική αποτελεί μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις - από αρκετούς θεωρείται η σημαντικότερη - της Γενικής Χειρουργικής κατά την διάρκεια του 20ου αιώνα, που αναπτύχθηκε κυρίως τη δεκαετία του 1990 με την χρήση των οπτικών ινών και της τεχνολογίας βίντεο. Η ενδοσκοπική αυτή τεχνική έχει οδηγήσει σε επανάσταση στην πρακτική εφαρμογή της χειρουργικής λόγω των ποικίλων πλεονεκτημάτων της: μικρό χειρουργικό τραύμα, μεγέθυνση εικόνων 10-15 φορές και καλύτερος φωτισμός, μικρότερη απώλεια αίματος, μικρότερος χειρουργικός τραυματισμός επί των ιστών, με αποτέλεσμα τη γρήγορη ανάρρωση, γρήγορη έξοδο από το νοσοκομείο, χαμηλότερο κόστος νοσηλείας, ταχεία επάνοδο στην εργασία, έλλειψη μετεγχειρητικών επιπλοκών που έχουν σχέση με το τραύμα (διαπύηση, διάσπαση, κήλη κ.λπ.), ελαχιστοποίηση ποσοστού μετεγχειρητικών συμφύσεων, μεγάλη ελάττωση μετεγχειρητικού άλγους, λιγότερες αναπνευστικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές. Κρίνεται ασφαλής και αποτελεσματική η EEX στα χέρια έμπειρου και άρτια εκπαιδευμένου χειρουργού προς όφελος του ασθενούς.



## **ΠΑ30. ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ, ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ**

### **N. Μπαλής**

*Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Κέρκυρα*

Η ορθογριατρική είναι το αποτέλεσμα της διαχείρισης και ανάγκης στο πως να προσεγγίσουμε τους ηλικιωμένους ορθοπαιδικούς ασθενείς καθώς τα κατάγματα ευθραυστότητας που είναι μια παγκόσμια επιδημία, με υψηλή συχνότητα και προκαλούνται από πολλούς παράγοντες κινδύνου.

Η ορθοπαιδική χειρουργική ειδικότητα και αναισθησιολόγοι πρέπει να αντιμετωπίσουν όχι επείγουσες χειρουργικές ανάγκες σε αυτή την ομάδα ανθρώπων, που είναι διαφορετικές από τους νεότερους ασθενείς, αλλά και τη πολυπλοκότητα της συννοσηρότητας και των βιοψυχοκοινωνικών αναγκών τους.

Η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας και η επέκταση της γήρανσης του πληθυσμού, τα ποσοστά θνησιμότητας διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά είναι πλέον χαμηλά με τις νέες χειρουργικές τεχνικές, αποτελούν το κύριο στόχο για μια αποτελεσματική αντιμετώπιση του τραυματικού πόνου στα σοβαρά κατάγματα στη περιοχή του ισχίου, της σπονδυλικής στήλης και του καρπού τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες.

Η οστεοπόρωση, η αδυναμία-σαρκοπενία, οι διάφορες παθήσεις, η πρόληψη των αιτιών της πτώσης, η σύντομη αξιολόγηση με χειρουργικές ιατρικές και αναισθητικές ενδείξεις, η ελάχιστη καθυστέρηση στη χειρουργική επέμβαση, με προσεκτική κινητοποίηση, η αντιμετώπιση μιας προληπτικής αιτίας παραληρήματος, και η επαρκής ανάγκη θρομβοπροφύλαξης, η διατροφή, όλα αυτά είναι σημαντικά στην ορθή διαχείριση και παροχή βελτίωσης πρακτικής στους ασθενείς με κατάγματα ώστε αυτοί οι ασθενείς να επιστραφούν στη κοινωνία λειτουργικοί και ανεξάρτητοι.

Οι συνθήκες αυτές θα επιβαρύνουν τα συστήματα παροχών Υγείας και αποκατάστασης σε πολλές χώρες ιδίως σε περιόδους κρίσεις που περνούν.

Οι κοινωνίες πρέπει να βρουν τρόπους παροχής ποιοτικής και οικονομικά αποδοτικής φροντίδας για την αντιμετώπιση ηλικιωμένων ορθοπαιδικών ασθενών.



**ΠΑ31. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ 4ο ΜΕΧΡΙ ΤΟΝ 15ο ΑΙΩΝΑ ΣΤΟ ΒΥΖΑΝΤΙΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΛΗΛΑ ΣΤΗ ΔΥΤΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ**

**Σ. Κουσουνής<sup>1</sup>, Μ. Μάνδουλα<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Οδοντίατρος, Περιοδοντολόγος, Queen Mary University of London, Institute of Dentistry, Μέλος του Royal College of Surgeons of England

<sup>2</sup> Ιατροχειρουργική Εταιρεία Κέρκυρας, Κέρκυρα

**Εισαγωγή:** Με τη μεταφορά της πρωτεύουσας της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας (330 μ.Χ.) στην Κωνσταντινούπολη, η εξέλιξη της Ιατρικής και της Οδοντιατρικής δεν ακολουθούν αρχικά παράλληλες πορείες σε Ανατολή και Δύση. Στη Δύση, κυριαρχούσαν οι προκαταλήψεις και η άγνοια. Υπό την αιγίδα της Εκκλησίας, οι γνώσεις των αρχαίων συγγραφέων, μεταξύ των οποίων και των Βυζαντινών αντιγράφηκαν. Η ιατρική ασκούνταν στα μοναστήρια και η χειρουργική θεωρούνταν κατώτερη της ιατρικής, αντίληψη επηρεασμένη από τους Άραβες. Τον 6<sup>ο</sup> αιώνα η πρόοδος της ιατρικής είχε σταματήσει. Ο πιο μορφωμένος άνθρωπος τότε ήταν ο Επίσκοπος Σεβίλλης Ισίδωρος, ο οποίος συνέθεσε μια Εγκυκλοπαίδεια, τις *Ετυμολογίες*, το 4<sup>ο</sup> βιβλίο της οποίας είχε οδοντιατρικούς όρους, ενώ σημαντικές οδοντιατρικές πρακτικές αναφέρονται από την αγία Hildegard τον 12<sup>ο</sup> αιώνα, στο βιβλίο της *Physica*. Οι πρώιμες αλλαγές στην ιατρική σκέψη έλαβαν χώρα στη Σχολή του Σαλέρνο. Το 12<sup>ο</sup> αιώνα οι κουρείς ασκούσαν 'οδοντιατρική'. Από το 14<sup>ο</sup> αιώνα πρώτος ο Guy de Chauliac έγραψε για οδοντιατρικά νοσήματα, την αντιμετώπιση αυτών και την ανατομία των δοντιών. Στο Βυζάντιο, η ιατρική στηρίχτηκε στην αρχαία ελληνική και ελληνορωμαϊκή παράδοση. Οι σημαντικότεροι γιατροί του Βυζαντίου, μεταξύ των οποίων ο Ορειβάσιος, ο Θεόφιλος Πρωτοσπαθάριος, ο Παύλος ο Αιγινήτης, ο Αλέξανδρος Τραλλιανός, ο Αέτιος ο Αμιδινός, ασχολήθηκαν και με χειρουργικές επεμβάσεις που αφορούσαν τη στοματική και την κρανιο-γναθοπροσωπική χειρουργική και παθολογία, αντιμετώπισαν διάφορα οδοντοστοματολογικά προβλήματα και χρησιμοποίησαν διάφορα φάρμακα. Από την εποχή του Παύλου του Αιγινήτη (7<sup>ο</sup> μ. Χ. αιώνα) η Οδοντιατρική άρχισε να υποχωρεί λόγω της επίδρασης των ασκητικών αντιλήψεων της Χριστιανικής θρησκείας που επικράτησαν στη Δύση και κράτησαν μέχρι την Αναγέννηση.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, μέσα από την ιστορική έρευνα, να φανεί η εξέλιξη της Οδοντιατρικής στο Βυζάντιο από τον 4<sup>ο</sup> -15<sup>ο</sup> μ. Χ. αιώνα και να συγκριθεί παράλληλα την ίδια περίοδο στη Δυτική Ευρώπη.

**Υλικό και μέθοδος:** Μελετήθηκαν ιστορικές πηγές σχετικά με την ιστορία της Οδοντιατρικής, όπως βιβλία ιστορίας της Οδοντιατρικής, άρθρα από το pubmed, άρθρα από το διαδίκτυο, κ.ά.

**Αποτελέσματα:** Η κατάρρευση της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας και η ίδρυση του Βυζαντίου συντελούν στη διαφοροποίηση της εξέλιξης της Ιατρικής και Οδοντιατρικής, λόγω των διαφορετικών αντιλήψεων και επιρροών. Στο Βυζάντιο η Οδοντιατρική εξελίσσεται και ασκείται από ονομαστούς γιατρούς της εποχής, ενώ στη Δύση κυριαρχεί η μοναστική ιατρική μέχρι περίπου τον 12<sup>ο</sup> αιώνα.

**Συμπέρασμα:** Η εξέλιξη της οδοντιατρικής τέχνης από τον 4<sup>ο</sup> μέχρι τον 15<sup>ο</sup> αιώνα στο Βυζάντιο και τη Δύση εμφανίζει διακυμάνσεις όσον αφορά την εξέλιξή της και μία όχι παράλληλη πορεία.



### **ΠΑ32. KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS AND THE PREVALENCE OF POLYOMA-BKV IN ALBANIA**

**M. Dibra<sup>1</sup>, A. Koroshi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Laboratory of Clinical Microbiology, University Hospital Center "Mother Teresa", Tirana, Albania*

<sup>2</sup> *Department of Nephrology, Faculty of Medicine, Medical University of Tirana, Tirana, Albania*

**Aims:** BK virus (BKV) is a polyomavirus with a circular DNA. Following primary infection, BKV remains latent in the kidneys and can be reactivated in KTR. The prevalence of BK virus-associated nephropathy (BKVAN) has increased from 1% to 10% in the past decade. Because BKVAN patients show progressive allograft dysfunction without specific symptoms, it is difficult to differentiate from acute graft rejection.

**Methods:** The study was performed on 85 adult KTR, who had their transplant during the period from 09/ 2010 – 01/ 2015. Were taken 5 ml whole blood in a gel tube. Viral DNA from clinical sample was extracted using Bioneer Exiprep 16TM system. Each of the patients were monitored for viral load after kidney transplant: after the first week, after 3 month, after 6 month for BKV. 70 % of these 85 patients were males and 30% were females. Univariate analysis was used to assess factors associated with impairment of renal function. In all cases, a p-value  $\leq 0.05$  was considered as statistically significant. Statistical analysis was performed with SPSS, version 20.0.

**Results:** Among 85 patients, BKV viremia was present in 4 patients, and only 2 of them had graft failure.

For BKV we have no data related D/R profile. In 4 patients were present BKV viremia. 3 of them were treated with tacrolimus, and 1 with CsA. 1 was treated with MMF, 2 with MPA and 1 with Everolimus. And all 4 were treated with corticosteroid. Prevalence of BKV was 4,7%.

**Conclusion:** In this study, we demonstrated the importance of risk factors as D/R report, antiviral therapy, immunosuppression therapy to BKV replication on the kidney transplant patients. Important to be noted in our study is how we succeeded with prevented risk factors for virus replication.





**ΠΑ33.** THE PREVALENCE OF CMV, EBV AND BKV IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS IN ALBANIA

**M. Dibra<sup>1</sup>, A. Koroshi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Laboratory of Clinical Microbiology, University Hospital Center "Mother Theresa", Tirana, Albania*

<sup>2</sup> *Department of Nephrology, Faculty of Medicine, Medical University of Tirana, Tirana, Albania*

**Aims:** Cytomegalovirus (CMV) is a human virus from the Herpesviridae family, a  $\beta$ -Herpesvirus, with a double strand of DNA. In general, the first infection occurs in childhood, and seroprevalence is 70 to 90% of the adult population<sup>1</sup>. After the first infection, the presence of the virus may be identified in such as in solid organ transplants, CMV reactivation may occur, causing a varied spectrum of clinical manifestations. CMV infection is the primary infectious complication in kidney transplantation, and it is one reason for high morbidity and mortality rates<sup>2</sup>.

Epstein-Barr virus (EBV) is a ubiquitous herpesvirus, which infects most of the population. In transplant recipients, whose cellular and humoral immune response is suppressed by immunosuppressive therapy, EBV infection may constitute a serious risk<sup>6</sup>. BK virus (BKV) is a polyomavirus with a circular DNA. Infection with BKV occurs during childhood, with a prevalence in adults from 60% to 100%. Following primary infection, BKV remains latent in the kidneys and can be reactivated and can be the reason for complication in kidney transplantation, and it is one reason for high morbidity and mortality rates.

**Methods:** This study was performed on 85 adult kidney transplant recipients, who had their transplant during the period from September 2010 to January 2015. From each of the patients were taken 5 ml whole blood in a gel tube. Viral DNA from clinical sample was extracted using Bioneer Exiprep 16TM system. Clinical specimens were screened for CMV – DNA, EBV – DNA and BKV – DNA by using a Bioneer AccuPower<sup>®</sup> quantitative RT – PCR Diagnostic Kits. Each of the patients were monitored for viral load after kidney transplant: after the first week, after 3 month, after 6 month for CMV, EBV, BKV.

**Results:** Among 85 patients, CMV viremia was present in 3 patients, 1 of them had graft failure and 2 other were dead. EBV viremia was not present in none of the transplanted patients. And for BKV viremia was present in 4 patients, and only 2 of them had graft failure.

**Conclusion:** In this study, we demonstrated the importance of risk factors as D/R report, antiviral therapy, immunosuppression therapy to CMV and BKV replication on the kidney transplant patients. Important to be noted in our study is how we succeeded with prevented risk factors for EBV replication.



## **ΠΑ34. VITAMIN D IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE**

### **A. Koroshi**

*Department of Nephrology, University Hospital Center "Mother Teresa", Tirana, Albania*

In chronic kidney disease (CKD), abnormalities in vitamin D metabolism contribute to the development of mineral and skeletal disorders, elevations in parathyroid hormone (PTH), hypertension, systemic inflammation, renal and cardiovascular damage.

CKD induces a progressive loss of the capacity of the kidney not only to convert 25-hydroxyvitamin D [25(OH)D] to circulating calcitriol, the vitamin D hormone, but also to maintain serum 25(OH)D levels for non-renal calcitriol synthesis. The resulting calcitriol and 25(OH)D deficiency associates directly with accelerated disease progression and death. In the setting of CKD, secondary hyperparathyroidism develops as a consequence of reduced renal production of active vitamin D and phosphate retention resulting in hypocalcaemia and hyperphosphataemia.

Therefore, the conventional rationale for vitamin D treatment in CKD is to slow the progression of secondary hyperparathyroidism.

Also, experimental and clinical data suggesting beneficial effects of vitamin D on proteinuria, blood pressure, inflammation and cardiovascular outcomes and this has pushed it to the center stage of CKD research.

New vitamin D compounds like paricalcitol have an improved side-effect profile and contribute like calcitriol in reducing high mortality rate in patients with kidney disease.



**ΠΑ35. MICROALBUMINURIA AND ENDOTHELIN-1: VERY SENSITIVE BIOLOGICAL MARKERS FOR RENAL AND CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS IN TYPE II DIABETIC PATIENTS**

**B. Hoxha<sup>1</sup>, K. Hoxha<sup>1</sup>, A. Koroshi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Department of Medicine, Central Polyclinic of Tirana, Tirana, Albania

<sup>2</sup>Department of Nephrology, University Hospital Center "Mother Teresa", Tirana, Albania

**Background:** Hyperglycemia and insulin resistance in type II diabetes cause damage to the vascular endothelium in a systemic level, leading to dysfunction of its homeostatic role in general and to glomerular and coronary endothelium specifically. Defining the level of endothelial dysfunction is possible through measuring the biological and anatomic markers. Microalbuminuria is a biological marker of glomerular endothelial dysfunction and vasodilatation of the brachial artery is an anatomic marker of coronary endothelial dysfunction. They are both measurable and helpful in evaluating prognosis and treatment during the following up of type II diabetic patients in preventing renal and cardiovascular damage.

**Aim:** The purpose of study is to find out the sensitivity of biologic and anatomic markers in evaluating renal and coronary endothelial dysfunction in type II diabetic patients. 40 type II diabetic patients (having diabetes for 2-5 years) were taken in the study. 20 patients had no microalbuminuria ( $< 30\mu\text{g/day}$ ) and 20 patients had microalbuminuria ( $30\text{-}300\ \mu\text{g/day}$ ). Endotheline -1, glucose and HbA1c levels were measured in blood samples for each patient to evaluate glomerular endothelial dysfunction. Dilatation of the Brachial artery was measured one minute after the release of the blocking cuff. Measuring was made for five minutes using Doppler Ultrasound.

**Results:** Considerable relationships were found between microalbuminuria and Endotheline -1 ( $r= 0.303 : p =0.05$ ). Considerable relationships were also found between Endotheline -1 and vasodilatation of brachial artery ( $r= 0.407 : p= 0.009$ ). All relationships are righteous and positive.

**Conclusions:** Microalbuminuria and ET-1 are very important biological markers in calculation of endothelial dysfunction in patients of diabetes type Through them we are able to define the level of renal and cardiovascular impairment in order to make interventions in due time so that patients are prevented or their disease is slowed down and not be endangered by renal and cardiovascular impairment.



### **ΠΑ36. Η ΧΡΗΣΗ ΝΕΥΡΟΔΙΕΓΕΡΤΗ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ. ΕΙΝΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ;**

**Σ. Κούλλας<sup>1</sup>, Σ. Στεφάνου<sup>1</sup>, Α. Δήμου<sup>1</sup>, Β. Κοσμάς<sup>2</sup>, Κ. Τεπελένης<sup>1</sup>, Ι. Τσιμογιάννης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»,  
Ιωάννινα

<sup>2</sup> Βιοχημικό Τμήμα, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»,  
Ιωάννινα

**Σκοπός:** είναι να παρουσιάσει την εμπειρία της κλινικής μας στην ολική θυρεοειδεκτομή και να θέσει ερωτήματα για την χρήση του νευροδιεγέρτη σαν <<απαραίτητο>> εργαλείο στην αποπεράτωση της επέμβασης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Την τελευταία διετία 80 ασθενείς (67 γυναίκες και 13 άνδρες), υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή για κάποια πάθηση του θυρεοειδούς αδένα. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κλινικό, εργαστηριακό, ορμονολογικό και υπερηχοτομογραφικό έλεγχο. Όπου κρινόταν επιβεβλημένο, οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κυτταρολογικό έλεγχο δια λεπτής βελόνης (FNA). Νευροδιεγέρτης χρησιμοποιήθηκε σε 45 ασθενείς (Ομάδα Α) από δύο χειρουργούς, ενώ οι υπόλοιποι 35 (Ομάδα Β – ένας χειρουργός), υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή χωρίς την χρήση αυτού.

**Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκαν μείζονες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Δεκαεφτά ασθενείς εμφάνισαν υπασβεστιαμία, 10 στην πρώτη ομάδα και 7 στην δεύτερη. Βράγχος φωνής εμφάνισαν συνολικά 7 ασθενείς (4 στην πρώτη και 3 στην δεύτερη ομάδα), το οποίο παρήλθε μετά την πάροδο ολίγων εβδομάδων. Σε μία περίπτωση είχαμε μόνιμο υποπαραθυρεοειδισμό (δεν χρησιμοποιήθηκε νευροδιεγέρτης), πιθανώς λόγω ατυχούς αφαίρεσης 2 παραθυρεοειδών σε μία επέμβαση εξαιρετικά εργώδη, με μεγάλη απώλεια αίματος διεγχειρητικά, όπου χρειάστηκε να μεταγγιστεί η ασθενής.

Συμπερασματικά, θεωρούμε ότι η χρήση νευροδιεγέρτη δεν είναι αναγκαία όσον αφορά την ανατομική παρασκευή και αναγνώριση των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων, σε κέντρα που υπάρχει εμπειρία στις επεμβάσεις του θυρεοειδούς. Αντίθετα, η χρήση του νευροδιεγέρτη κρίνεται επιβεβλημένη στις περιπτώσεις όπου χρειάζεται επανεπέμβαση κυρίως για να διενεργηθεί λεμφαδενικός καθαρισμός, επί επανεπεμβάσεων ή καρκίνου του θυρεοειδούς. Τέλος, όσον αφορά τις ποινικές ευθύνες που προκύπτουν για τον γιατρό σε περίπτωση μη χρήσης του νευροδιεγέρτη, είναι ερώτημα που πρέπει σύντομα να απαντηθεί.



## ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Σάββατο  
21 Απριλίου 2018,  
Ώρα 14:15-16:30

### ΗΑΑ01

#### ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Δ. Μπάκας<sup>1</sup>, Α. Ανυφαντής<sup>2</sup>, Β. Κολοκούτσας<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Οφθαλμολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, Καστοριά

<sup>2</sup> Οφθαλμολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

<sup>3</sup> Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας - Μονάδα Υγείας Καλαμάτας, Καλαμάτα

### ΗΑΑ02

#### ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Δ. Μπάκας<sup>1</sup>, Α. Ανυφαντής<sup>2</sup>, Β. Κολοκούτσας<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Οφθαλμολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, Καστοριά

<sup>2</sup> Οφθαλμολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

<sup>3</sup> Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας - Μονάδα Υγείας Καλαμάτας, Καλαμάτα

### ΗΑΑ03

#### ΑΝΟΙΧΤΗ ΒΙΟΨΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΕΠΙ ΣΗΨΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ. ΠΟΤΕ; ΠΟΥ; ΠΩΣ;

Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>,

Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

### ΗΑΑ04

#### ΕΞΩΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΩΜΑΤΙΔΙΩΝ ΤΑΛΚΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΕΥΡΟΔΕΣΙΑ. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΕ ΚΟΝΙΚΛΟΥΣ

Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>,

Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

### ΗΑΑ05

#### Η ΤΟΠΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΦΟΥΣΙΔΙΚΟΥ ΝΑΤΡΙΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΑΣΤΕΙΛΕΙ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΗΠΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΙΖΟΝΑ ΕΚΤΟΜΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΟΣ;

Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>,

Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

### ΗΑΑ06

#### ΑΡΧΕΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΣΗΠΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>,

Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

### ΗΑΑ07

#### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ: ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ;

Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>,

Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα



#### ΗΑΑ08

### ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΗ ΑΦΙΣΑ ΓΙΑ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΛΑΓΟΧΕΙΛΟ ΚΑΙ ΥΠΕΡΩΪΣΧΙΣΤΙΑ

Α. Καρπουζά<sup>1</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>2</sup>, Ε. Μοδέστου<sup>3</sup>, Γ. Κορδώσι<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. Κέρκυρας

<sup>2</sup> Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>3</sup> Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>4</sup> Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

#### ΗΑΑ09

### ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ C.DIFFICILE ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ Γ.Ν.ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Α. Καλούδη<sup>1</sup>, Α. Κυράτσα<sup>2</sup>, Μ. Λοϊσίου<sup>2</sup>, Σ. Μυλωνάς<sup>2</sup>, Π. Τρέχα<sup>2</sup>, Μ. Μίαρν<sup>2</sup>, Α. Πασχάλη<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

#### ΗΑΑ10

### ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗ ΔΙΔΥΜΗ ΚΥΗΣΗ ΜΕ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΘΕΡΜΗΣ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΨΕΥΔΟΜΥΞΩΜΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ι. Κυριαζάνος<sup>1</sup>, Β. Καλλές<sup>1</sup>, Δ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ν. Κοπανάκης<sup>2</sup>, Μ. Χρονοπούλου<sup>3</sup>,

Κ. Σουρέτης<sup>3</sup>, Ι. Σπηλιώτης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup> Χειρουργική Κλινική, Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Μεταξά», Αθήνα

<sup>3</sup> Μονάδα Αναπαραγωγικής Ιατρικής, Κλινική Αθηνών «Γένεσις», Αθήνα

#### ΗΑΑ11

### ΕΠΗΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΜΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ ΣΤΟ Γ.Ν.ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Σ. Μυλωνάς<sup>1</sup>, Α. Καλούδη<sup>2</sup>, Μ. Λοϊσίου<sup>1</sup>, Ν. Κουρή<sup>1</sup>, Α. Κυράτσα<sup>1</sup>, Α. Πασχάλη<sup>1</sup>,

Μ. Μίαρν<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

#### ΗΑΑ12

### ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ CHALLENGE

Σ. Αποστολοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Πανακούλας<sup>2</sup>, Κ. Βασιλειάδης<sup>3</sup>, Α. Φρογουδάκη<sup>4</sup>, Χ. Ντέλλος<sup>5</sup>, Α. Τζιφά<sup>6</sup>,

Σ. Μπρίλη<sup>7</sup>, Δ. Ντιλούδη<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Παιδών & Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

<sup>5</sup> Καρδιολογική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Αθήνα

<sup>6</sup> Παιδοκαρδιολογική Κλινική, Ιδιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών «Μητέρα», Αθήνα

<sup>7</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα

#### ΗΑΑ13

### Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΠΕΝΤΕ ΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ CHALLENGE

Σ. Αποστολοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Πανακούλας<sup>2</sup>, Κ. Βασιλειάδης<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Παιδών & Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη



**ΗΑΑ14**

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΡΚΥΡΑΣ ΕΤΗ 2016-2017**

Χ. Μαραγκού<sup>1</sup>, Ε. Μοδέστου<sup>1</sup>, Χ. Κούση<sup>2</sup>, Ε. Καναβούρα<sup>1</sup>, Ι. Χατζόπουλος<sup>1</sup>, Η. Χρέπας<sup>1</sup>,  
Ι. Ντε Μάτζιο<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Ιατροδικαστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

**ΗΑΑ15**

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΥΠΕΙΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ  
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΟΛΙΚΗΣ  
ΘΥΡΕΟΙΔΕΚΤΟΜΗΣ. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Σ. Κούλας, Σ. Σπύρου, Σ. Στεφάνου, Ε. Μπαλάση, Σ. Βασάκος, Ι. Τιμογιάννης  
Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

**ΗΑΑ16**

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΘΩΡΑΚΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ:  
ΕΜΠΕΙΡΙΑ 15 ΕΤΩΝ ΣΕ ΜΗ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ**

Σ. Κούλας, Ν. Ζήκος, Γ. Λωρίδας, Α. Τιμπούκης, Ε. Γεωργάρα-Κίτσου, Ι. Τιμογιάννης, Δ.  
Ζιώγας, Α. Ζηκόπουλος

Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

**ΗΑΑ17**

**ΑΝΕΠΙΤΥΧΗΣ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΔΕΞΙΑΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΣΕ ΝΕΦΡΟΠΑΘΗ ΤΕΛΙΚΟΥ  
ΣΤΑΔΙΟΥ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Σ. Κούλας, Σ. Στεφάνου, Χ. Στεφάνου, Μ. Ζωγράφου, Ι. Τιμογιάννης

Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

**ΗΑΑ18**

**ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΠΕΠΤΙΚΟΥ. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ**

Σ. Κούλας<sup>1</sup>, Γ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Χ. Στεφάνου<sup>1</sup>, Σ. Σπύρου<sup>1</sup>, Ε. Μαργώνης<sup>1</sup>, Γ. Λωρίδας<sup>1</sup>,  
Ε. Μπαλάση<sup>2</sup>, Ι. Τιμογιάννης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

<sup>2</sup> Βιοχημικό Τμήμα, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα



## ΗΑΑ01. ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

### **Δ. Μπάκας<sup>1</sup>, Α. Ανυφαντής<sup>2</sup>, Β. Κολοκούτσας<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Οφθαλμολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, Καστοριά

<sup>2</sup> Οφθαλμολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

<sup>3</sup> Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας – Μονάδα Υγείας Καλαμάτας, Καλαμάτα

**Εισαγωγή:** Οι οφθαλμολογικές εκδηλώσεις της παθήσεως εμφανίζονται συχνότερα στη μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία (SThal) και τη δρεπανοκυτταρική αιμοσφαιρινοπάθεια C (SC) και σπανιότερα στην ομόζυγη μορφή (SS). Οφείλονται σε ενδοαγγειακή δρεπάνωση, αιμόλυση, αιμόσταση και θρόμβωση.

### **ΟΦΘΑΛΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Συνίστανται στα εξής:

- Σημείο δρεπάνωσης επιπεφυκότα: Χαρακτηρίζεται από κατακερματισμό των αγγείων του επιπεφυκότα, με την παρουσία αγγείων αποφραγμένων και στα δύο άκρα τους παίρνοντας μορφή σχήματος κόμμα.
- Ατροφία ίριδος: Μπορεί να συνοδεύεται από αντίδραση στον πρόσθιο θάλαμο και ανάπτυξη πρόσθιων ή οπίσθιων συνεχειών.
- Σημείο δρεπάνωσης οπτικής θηλής: Χαρακτηρίζεται από μικρές ερυθρές κηλίδες στην κεφαλή του οπτικού νεύρου.

### **ΜΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ**

Χαρακτηρίζεται από:

- Διάταση και ελίκωση των αμφιβληστροειδικών φλεβών.
- Αγγειοειδείς ταινίες (ορατές ρήξεις της μεμβράνης του Bruch).
- Αιμορραγίες «δίκην σολωμού».
- Ιριδίζουσες κηλίδες (από απορρόφηση αιμορραγιών με εμμένουσες εναποθέσεις αιμοσιδηρίνης).
- Μελαγχρωστικές χοριοαμφιβληστροειδικές αλλοιώσεις «δίκην ηλιακών εγκαυμάτων» (περιοχές υπερτροφίας και υπερπλασίας του μελάγχρου επιθηλίου με μεθαιμορραγική αιμοσιδηρίνη).
- Δρεπανοκυτταρική ωχροπάθεια με αύξηση της ανάγγειας ζώνης του κεντρικού βοθρίου και σημείο ωχρικής κοίλανσης (σκοτεινό εντύπωμα στην παραβοθρική περιοχή).

### **ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ**

Σύμφωνα με την ταξινόμηση Goldberg διακρίνεται σε 5 στάδια:

- Στάδιο I: Απόφραξη περιφερικών αρτηριολίων.
- Στάδιο II: Περιφερικές αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις.
- Στάδιο III: Ανάπτυξη αμφιβληστροειδικής νεοαγγείωσης.
- Στάδιο IV: Ενδοϋαλοειδικές αιμορραγίες.
- Στάδιο V: Ελκτική αποκόλληση αμφιβληστροειδούς.

### **ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Σε ποσοστό περίπου 20% των πασχόντων από παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια δεν απαιτείται θεραπεία λόγω της φυσικής τάσης των νεοαγγείων να αυτοϋποστρέφουν λόγω απόφραξης. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις απαιτείται τμηματική διάσπαρτη φωτοπηξία με Laser χαμηλής ενέργειας, ενώ σε προχωρημένα στάδια εφαρμόζεται χειρουργική αντιμετώπιση με υαλοειδεκτομή.





## ΗΑΑ02. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

### **Δ. Μπάκας<sup>1</sup>, Α. Ανυφαντής<sup>2</sup>, Β. Κολοκούτσας<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Οφθαλμολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, Καστοριά

<sup>2</sup> Οφθαλμολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

<sup>3</sup> Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας – Μονάδα Υγείας Καλαμάτας, Καλαμάτα

**Εισαγωγή:** Τα αιματολογικά νοσήματα συχνά προκαλούν συμπτώματα από τους οφθαλμούς, που σε κάποιες περιπτώσεις μπορούν να είναι απειλητικά για την όραση του ασθενούς.

### **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

#### **· Αναιμίες:**

Πέραν του διαγνωστικού σημείου της ωχρότητας του επιπεφυκότα, μπορεί σε βαριές αναιμίες να εμφανιστεί και αναιμική αμφιβληστροειδοπάθεια που κατά κανόνα υποχωρεί αυτόματα με την ανάταξη της αναιμίας.

#### **· Δρεπανοκυτταρική αναιμία:**

Εμφανίζεται με μη παραγωγική δρεπανοκυτταρική αμφιβληστροειδοπάθεια που μπορεί να επιπλακεί σε παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια με νεοαγγείωση.

#### **· Θαλασσαιμία:**

Μπορεί να προκαλέσει καταρράκτη, διάχυτη εκφύλιση του μελάγχρου επιθηλίου, αγγειοειδείς ταινίες, οπτική νευροπάθεια και σκοτώματα στα οπτικά πεδία.

#### **· Λευχαιμίες:**

Οι οφθαλμολογικές επιπλοκές οφείλονται σε απευθείας διήθηση των ιστών ή στη συνοδό αναιμία και θρομβοπενία.

#### **· Λέμφωμα:**

Το πρωτοπαθές ενδοφθάλμιο λέμφωμα εμφανίζεται συνήθως με τη μορφή εμμένουσας ραγοειδίτιδας. Η νόσος του Hodgkin μπορεί να προκαλέσει ιριδοκυκλίτιδα, υαλίτιδα ή χοριοαμφιβληστροειδίτιδα ενώ τα μη Hodgkin λεμφώματα διαταραχές του επιπεφυκότα, του κόγχου, σύνδρομο Mikulicz και διήθηση χοριοειδούς.

#### **· Θρομβοκυτοπενία:**

Μπορεί να εμφανιστεί με ύφαιμα, υπόσφαγμα, εκχύμωση βλεφάρων, κοχχικές αιμορραγίες, παρέσεις οφθαλμοκινητικών μυών και οίδημα, αιμορραγίες και εξιδρώματα αμφιβληστροειδούς.

#### **· Πολλαπλό μύελωμα - Μακροσφαιριναιμία Waldenström - Αληθής πολυκυτταραιμία:**

Μπορεί να εμφανιστούν εναποθέσεις κρυστάλλων στον επιπεφυκότα και στον κερατοειδή ενώ στο πολλαπλό μύελωμα επιπλέον και κύστεις στην pars plana. Η λοιπή κλινική εικόνα οφείλεται στην υπεργλοιοτότητα του αίματος, η οποία οδηγεί σε αμφιβληστροειδοπάθεια χαμηλής ροής.

**Συμπέρασμα:** Οι οφθαλμολογικές εκδηλώσεις των αιματολογικών παθήσεων σπανίως είναι χαρακτηριστικές της νόσου. Ο ρόλος του οφθαλμιάτρου επομένως είναι επικουρικός στη διάγνωση της νόσου και θεραπευτικός μόνο στην περίπτωση επιπλοκών επιβαρυντικών για την όραση.



**ΗΑΑ03.** ΑΝΟΙΧΤΗ ΒΙΟΨΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΕΠΙ ΣΗΨΗΣ  
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ. ΠΟΤΕ; ΠΟΥ; ΠΩΣ;

**Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>,  
Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**Σκοπός της εργασίας :** Στην καθημερινή κλινική πράξη δεν είναι σπάνιο ο γιατρός να καταφύγει σε επεμβατικές μεθόδους με στόχο τη διάγνωση σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς . Συχνά πρόκειται για νοσηλευόμενους σε ΜΕΘ ασθενείς με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια. Σε κάποιες περιπτώσεις η ιστολογική εξέταση του πνευμονικού παρεγχύματος καθίσταται αναγκαία και η βιοψία πνεύμονος εξασφαλίζει οριστική διάγνωση λύοντας τις αμφιβολίες . Η ανοιχτή βιοψία επιστρατεύεται μόνο όταν οι άλλες επεμβατικές μέθοδοι δεν βοηθούν ή όταν η ραγδαία εξέλιξη – επιδείνωση της νόσου επιτάσσει άμεση διάγνωση .

**Υλικό & μέθοδος:** Διεξήχθη συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση για τον εντοπισμό σχετικών αναφορών. Μελέτες και άρθρα εντοπίστηκαν διαδικτυακά στα αρχεία της Εθνικής Ιατρικής Βιβλιοθήκης των ΗΠΑ μέσω της ιστοσελίδας [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com).

**Αποτελέσματα:** Σε γενικές γραμμές δεν ενδείκνυται επί ανοσο-ικανών ασθενών . Αλλά και στην περίπτωση ασθενών υπό ανοσοκαταστολή και αυτοί παρουσιάζουν πτωχή πρόγνωση και υπάρχουν σοβαρές ενστάσεις εάν αυτοί οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε ανοιχτή βιοψία . Είναι γεγονός ότι πρέπει να εφαρμόζεται έγκαιρα πριν ο ασθενής αναπτύξει πολυοργανική ανεπάρκεια και πριν οι αναπνευστικές εφεδρείες εκπέσουν .

**Συμπεράσματα:** Επί ασθενών χωρίς αναπνευστική ανεπάρκεια η νοσηρότητα της ανοιχτής βιοψίας είναι μόλις 4% και η θνητότητα 0% , ενώ για ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια η νοσηρότητα της ανοιχτής βιοψίας αγγίζει το 17% και η θνητότητα φτάνει το 24% . Γενικά έχει ένδειξη όταν η βρογχοσκόπηση αδυνατεί να προσφέρει διάγνωση ή όταν υπάρχει βρογχοσκοπική διάγνωση αλλά η θεραπεία που στηρίζεται σε αυτή έχει αποτύχει ή όταν υπάρχουν αντενδείξεις εφαρμογής διαβρογχικής βιοψίας .



**ΗΑΑ04.** ΕΞΩΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΩΜΑΤΙΔΙΩΝ ΤΑΛΚΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΕΥΡΟΔΕΣΙΑ.  
ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΕ ΚΟΝΙΚΛΟΥΣ

**Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>,  
Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**Σκοπός της εργασίας:** Ως τώρα πολλές κλινικές μελέτες έχουν περιγράψει την αποτελεσματικότητα του εναιωρήματος τάλκη για την πρόκληση αποτελεσματικής χημικής πλευροδεσίας. Άλλες αναφορές έδειξαν τη συστηματική κατανομή του τάλκη μετά την πλευροδεσία. Από την άλλη πλευρά, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ARDS μετά από αυτή τη διαδικασία. Το γεγονός αυτό δημιούργησε ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια της μεθόδου. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει την ταχύτητα της συστηματικής κατανομής του τάλκη μετά την έγχυση του εναιωρήματος εντός της υπεζωκοτικής κοιλότητας και να αναγνωρίσει τυχών παρενέργειες.

**Υλικό & μέθοδος:** Χρησιμοποιήσαμε αποστειρωμένο κεκαθερμένο τάλκη Γαλλικού τύπου. Κάθε πειραματόζωο έλαβε 200mg/kg βάρους τάλκη σε 2 c.c διαλύματος NaCl 0,9%. Τριάντα συνολικά κόνικλοι Νέας Ζηλανδίας χωρισμένοι σε 3 ομάδες των δέκα θανατώθηκαν μετά από 6, 12 και 18 ώρες αντίστοιχα από την ενδουπεζωκοτική έγχυση του εναιωρήματος. Τα ενδοθωρακικά και τα ενδοκοιλιακά όργανα εξετάστηκαν

**Αποτελέσματα:** Οι κρύσταλλοι του τάλκη βρέθηκαν σε κάθε όργανο που μελετήθηκε και η εναπόθεση φαίνεται ότι αυξάνεται σε σχέση με το χρόνο εγκατάστασης. Η ποσότητα του τάλκη ήταν στατιστικά διαφορετική στα όργανα, η οποία αποδίδεται στην διαφορετική οδό απορρόφησης. Επίσης αναλογική ήταν η αντίδραση ιστού μετά την εναπόθεση αυτού του σκληρυντικού παράγοντα.

**Συμπεράσματα:** Είναι εμφανής η προοδευτική εναπόθεση κρυστάλλων τάλκη στα διάφορα όργανα, μετά την εναπόθεση του στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Χαρακτηριστική ήταν η ταχύτητα εναπόθεσης σε εξωθωρακικά όργανα όπως το ήπαρ και οι νεφροί. Είναι γεγονός η ταχεία απορρόφηση του παράγοντα μέσω της υπεζωκοτικής επιφάνειας και η συστηματική του κατανομή.



**ΗΑΑ05.** Η ΤΟΠΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΦΟΥΣΙΔΙΚΟΥ ΝΑΤΡΙΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΑΣΤΕΙΛΕΙ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΗΠΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΙΖΟΝΑ ΕΚΤΟΜΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΟΣ;

**Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>,  
Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**Σκοπός της εργασίας:** Οι πνευμονικές λοιμώξεις αποτελούν μια σοβαρή μετεγχειρητική επιπλοκή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εκτομές πνευμονικού παρεγχύματος. Συγκεκριμένα, το εμπύημα μετά από πνευμονοεκτομή (PPE) και το βρογχουπεζωκοτικό συρίγγιο (BPF) είναι οι πιο συχνές αλλά και καταστροφικές σηπτικές επιπλοκές. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας της τοπικής έγχυσης φουσιδικού νατρίου για την πρόληψη μετεγχειρητικών μικροβιακών επιπλοκών κατά τη διάρκεια μείζονας εκτομής πνευμονικού παρεγχύματος.

**Υλικό & μέθοδος:** 339 ασθενείς υποβλήθηκαν σε μείζονα εκτομή πνευμονικού παρεγχύματος για NSCLC . 214 ασθενείς (Ομάδα Α) έλαβαν διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά χημειοπροφύλαξη με κεφουροζίμη Σε 125 ασθενείς χορηγήθηκε επιπλέον ενδοθωρακικά φουσιδικό νάτριο (Ομάδα Β).

**Αποτελέσματα:** Στην ομάδα Α 15,8% των ασθενών με πνευμονοεκτομή και 3,6% με λοβεκτομή παρουσίασαν PPE. Από αυτούς το 76,4% ανέπτυξαν BPF). Στην ομάδα Β, PPE αναπτύχθηκε μόνο σε 4,2% των ασθενών που υπέστησαν πνευμονοεκτομή. Κανένας από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λοβεκτομή ή διλοβεκτομή ανέπτυξε PPE.

**Συμπεράσματα:** Σημαντική μείωση του αριθμού των περιπτώσεων μετεγχειρητικού εμπυήματος παρατηρήθηκε στην ομάδα Β, μετά την υιοθέτηση τοπικής έγχυσης φουσιδικού νατρίου στον υπεζωκοτικό χώρο. Στη μελέτη μας, οι περισσότερες επιπλοκές οφείλονται σε κόκκους Gram θετικούς που σε πολλές περιπτώσεις ήταν ευαίσθητοι στο φουσιδικό νάτριο, αλλά σε αρκετές άλλες είχαν ενδιαμέση ευαισθησία ή ήταν ανθεκτικοί. Έτσι, θα μπορούσε να υποθεθεί ότι η συγκέντρωση του αντιβιοτικού τοπικά είναι τόσο υψηλή που αναστέλλει τη βακτηριακή ανάπτυξη. Συνεπώς, η συγκέντρωση του φουσιδικού νατρίου στο πνευμονικό παρέγχυμα μπορεί να επιτύχει επίπεδα που ξεπερνούν τις τιμές MIC που χαρακτηρίζουν in vitro το στέλεχος ως ανθεκτικό.



**ΗΑΑ06.** ΑΡΧΕΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ  
ΣΙΤΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΣΗΠΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

**Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>,  
Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>, Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**Σκοπός της εργασίας:** Η κατάσταση θρέψεως ενός σηπτικού ασθενούς επηρεάζει σημαντικά την θεραπευτική του πρόγνωση. Υπολογίζεται ότι περισσότερα από τα 2/3 των ασθενών με σήψη έχουν ή θα εμφανίσουν στη διάρκεια της νοσηλείας τους θερμιδικό ή πρωτεϊνικό έλλειμμα. Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι να επιστήσουμε την προσοχή στους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που διέπουν την δυσθρεψία κατά την σήψη καθώς και στην αντιμετώπιση της.

**Υλικό & μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική έρευνα σχετικών αναφορών. Χρησιμοποιήθηκε διαδικτυακή αναζήτηση των αρχείων της εθνικής ιατρικής βιβλιοθήκης των ΗΠΑ μέσω της διαδικτυακής πύλης Pubmed. Περιορίσαμε την έρευνα μας σε εργασίες από το 2007 και μετά.

**Αποτελέσματα:** Η σωστή αξιολόγηση του διατροφικού status του σηπτικού ασθενή είναι πολύ σημαντική. Ο σηπτικός ασθενής με υποθρεψία παρουσιάζει περαιτέρω κίνδυνο επιπλοκών όπως λοιμώξεις, καθυστέρηση επούλωσης χειρουργικών τραυμάτων, ρήξη γραμμών συρραφής, δημιουργία συριγγίων.

Αναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονική εμβολή έως και θάνατο. Οι απαραίτητες παράμετροι για μια επακριβή αξιολόγηση του διατροφικού status διακρίνονται σε 4 κατηγορίες: Κλινικές, ανθρωπομετρικές, βιοχημικές και ανοσοβιολογικές παράμετροι

**Συμπεράσματα:** Η προτιμότερη μέθοδος υποστήριξης είναι μέσω της εντερικής οδού εφόσον υπάρχει αιμοδυναμική σταθερότητα και λειτουργεί το γαστρεντερικό σύστημα. Μόνο σε συγκεκριμένες καταστάσεις προτιμάται η παρεντερική σίτιση (ειλεός, μηχανική απόφραξη, διαρροϊκό σύνδρομο, υψηλής παροχής εντεροδερματικό συρίγγιο, αιμοδυναμική αστάθεια, κίνδυνος εξ' αναγωγής, εισρόφησης σε ασθενείς με νευρολογικές διαταραχές).



## ΗΑΑ07. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ: ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ;

**Σ. Νικολούζος<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαρία<sup>2</sup>, Κ. Ψαράκης<sup>3</sup>, Ε. Αναγνώστη<sup>3</sup>, Σ. Μάνεσης<sup>3</sup>,  
Ο. Ρουντένκο<sup>3</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>3</sup>, Β. Καρδακάρη<sup>3</sup>, Κ. Νερούτσος<sup>3</sup>, Κ. Μαυρίκη<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Βιοκλινική Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**Σκοπός της εργασίας:** Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί την πιο συχνή καρδιακή αρρυθμία. Υπολογίζεται ότι 4% του γενικού πληθυσμού πάσχει από αυτήν. Όλοι αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Για πρώτη φορά το 1987 έγινε προσπάθεια αντιμετώπισης αυτής χειρουργικά με την επέμβαση Cox η οποία μέχρι σήμερα έχει εξελιχθεί με την υιοθέτηση σύγχρονων τεχνικών με χρήση ραδιοσυχνοτήτων. Μα τι περισσότερο μπορεί να προσφέρει αυτή η μέθοδος σε σχέση με την ελάχιστη επεμβατική μέθοδο διαφλέβειας κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής;

**Υλικό & μέθοδος:** Διεξήχθη συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση για τον εντοπισμό σχετικών αναφορών. Μελέτες και άρθρα της τελευταίας δεκαετίας (2007-2017) εντοπίστηκαν διαδικτυακά στα αρχεία της Εθνικής Ιατρικής Βιβλιοθήκης των ΗΠΑ μέσω της ιστοσελίδας [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com).

**Αποτελέσματα:** Η σύγχρονη Cox Maze IV επέμβαση, παραλλαγή της αρχικής μεθόδου με την χρήση διπολικής συσκευής ενέργειας ραδιοσυχνότητας είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική ιδιαίτερα στις περιπτώσεις παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, όντας θεραπευτική στο 90% των ασθενών. Σε αντίθεση με τους ασθενείς που πάσχουν από εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή όπου η αντιμετώπιση μέσω καθετηριασμού από επεμβατικούς καρδιολόγους είναι επιτυχής στο 40%-69% των περιπτώσεων και συνήθως απαιτούνται επανειλημμένες προσπάθειες.

**Συμπεράσματα:** Σε γενικές γραμμές υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία της επέμβασης Maze. Αυτοί ταξινομούνται ως: σχετικοί με τον ασθενή, σχετικοί με τον χειρουργό, σχετικοί με τη συσκευή, σχετικοί με την μέθοδο παρακολούθησης. Είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό να γνωρίζουμε ότι υπάρχει η δυνατότητα μιας απλουστευμένης χειρουργικής επέμβασης η οποία είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της κολπικής μαρμαρυγής στην πλειοψηφία των ασθενών με ιδιαίτερα χαμηλή θνητότητα.



**ΗΑΑ08.** ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΗ ΑΦΙΣΑ ΓΙΑ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ  
ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ  
ΑΠΟ ΛΑΓΟΧΕΙΛΟ ΚΑΙ ΥΠΕΡΩΪΟΣΧΙΣΤΙΑ

**Α. Καρπουζά<sup>1</sup>, Κ. Γαστεράτος<sup>2</sup>, Ε. Μοδέστου<sup>3</sup>, Γ. Κορδώση<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. Κέρκυρας

<sup>2</sup> Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>3</sup> Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>4</sup> Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**Σκοπός:** Η ανάδειξη του ρόλου του ιατρού ως φορέα επιμόρφωσης οικογενειών με παιδιά που γεννιούνται με λαγόχειλο και υπερωΐοσχιστία. Η γέννηση ενός παιδιού με τις παραπάνω συγγενείς ανωμαλίες προκαλεί φόβο και απογοήτευση στους γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον. Ο κλινικός ιατρός οφείλει να θέσει ακριβή διάγνωση και να παραπέμψει τους γονείς σε ένα εξειδικευμένο κέντρο Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής προς αποκατάσταση της δυσμορφίας αυτής. Επίσης, η εξειδικευμένη ομάδα προσφέρει θεραπευτική εκπαίδευση, η οποία περιλαμβάνει την ενημέρωση και εκμάθηση σε θέματα αυτοφροντίδας καθώς και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε σχέση με την νόσο και την προτεινόμενη θεραπεία (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1998).

**Υλικό & μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ελληνικής - ξένης βιβλιογραφίας, μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων Medline, Google Scholar και του Συνδέσμου Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL-Link) με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: λαγόχειλος, λυκόστομα, υπερωΐοσχιστία, εκπαίδευση ασθενούς, cleft lip – palate, patient education

**Αποτελέσματα:** Μία ομάδα ειδικών μπορεί να παρακολουθεί το μωρό. Αυτή η ομάδα περιλαμβάνει χειρουργό που εξειδικεύεται σε αυτές τις ανωμαλίες, νοσηλεύτη, ακουολόγο, οδοντίατρο, ορθοδοντικό και λογοθεραπευτή. Ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί μπορεί επίσης να εμπλακούν.

**Συμπεράσματα:** Ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας επαγγελματιών υγείας στην εκπαίδευση των γονέων πάνω στα θέματα που αφορούν τις υπερωΐοσχιστίες είναι πολύ σημαντικός. Το χειρουργείο μπορεί να βελτιώσει το λαγόχειλο και την υπερωΐοσχιστία. Το λαγόχειλος μπορεί να δυσκολέψει το μωρό στο θηλασμό, τη σίτιση και την εκμάθηση της ομιλίας. Ένας λογοθεραπευτής θα περιγράψει τρόπους βελτίωσης της ομιλίας. Το λαγόχειλο μπορεί να προκαλέσει συχνές ωτίτιδες, οι οποίες προκαλούν πτώση της ακοής.



## ΗΑΑ09. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ C.DIFFICILE ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ Γ.Ν.ΚΕΡΚΥΡΑΣ

**Α. Καλούδη<sup>1</sup>, Α. Κυράτσα<sup>2</sup>, Μ. Λοϊσίου<sup>2</sup>, Σ. Μυλωνάς<sup>2</sup>, Π. Τρέχα<sup>2</sup>, Μ. Μίαρη<sup>2</sup>, Α. Πασχάλη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**Εισαγωγή:** Η ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα, δηλαδή η κολίτιδα που οφείλεται στο λοιμωγόνο παράγοντα *clostridium.difficile* αποτελεί μια συχνή νόσο σε νοσηλευόμενους ασθενείς, η οποία σχετίζεται με τη λήψη αντιβιοτικών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Οι τοξίνες του *c.difficile* προκαλούν διαταραχή της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου.

**Σκοπός:** Η συσχέτιση εκδήλωσης της εντεροκολίτιδας οφειλόμενης σε *c.difficile* με τη χορήγηση ορισμένων κατηγοριών αντιβιοτικών.

**Υλικό & μέθοδος:** Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης. Το υλικό μας αποτέλεσαν συνολικά 245 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στο Γ.Ν.Κέρκυρας την περίοδο από 1/1/2015 έως 30/9/2017. Κατά την περίοδο αυτή εστάλησαν στο Μικροβιολογικό εργαστήριο διαρροϊκά κόπρανα στα οποία ζητήθηκε μικροσκοπική εξέταση και ποιοτική ανίχνευση της τοξίνης Α και Β και του αντιγόνου (GDH) του *c. difficile*, μέσω ανοσοχρωματογραφίας. Ταυτόχρονα καταγράψαμε την κλινική προέλευσης, την ηλικία, το φύλο των ασθενών, καθώς και τις κατηγορίες των αντιβιοτικών που έλαβαν πριν και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά είχαμε 50 θετικά δείγματα σε σύνολο 245 ασθενών κατά τα τρία έτη, ποσοστό 20,4%. Από τα ανωτέρω θετικά δείγματα, η συντριπτική πλειοψηφία προερχόταν από τις παθολογικές κλινικές του Γ.Ν. Κέρκυρας (Α/ΠΘ και Β/ΠΘ). Συγκεκριμένα το 74%(37/50) των θετικών δειγμάτων. Από την Καρδιολογική το 6%(3/50). Από Χειρουργική και Μ.Ε.Θ. το 2% αντίστοιχα (1/50). Από τους θετικούς στην εξέταση ασθενείς το 66%(33/50) είχαν ηλικία από 70 ετών και άνω. Επίσης, το 60%(30/50) ήταν γυναίκες και το 40%(20/50) ήταν άνδρες. Όσον αφορά τα αντιβιοτικά, επί συνόλου 50 θετικών ασθενών οι 28 έλαβαν διπλό και τριπλό αντιβιοτικό σχήμα. Από αυτούς, το 46,4%(13/28) είχαν λάβει κατά τη νοσηλεία τους κεφαλοσπορίνες β' και γ' γενεάς. Ακολουθούν οι πιπερασιλίνη/ταζομπακτάμ σε ποσοστό 17,8%(5/28), όπως ακριβώς και η αμικασίνη, η κολιστίνη σε ποσοστό 10,7% (3/28) και η τείκοπλανίνη σε ποσοστό 7,1%(2/28).

### **Συμπεράσματα:**

- 1) Οι μισοί σχεδόν από τους ασθενείς που έλαβαν διπλή ή τριπλή αντιβιοτική θεραπεία ανέπτυξαν ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα
- 2) Το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε γυναίκες και ηλικίες μεγαλύτερες των 70 ετών
- 3) Τα πιο συχνά αντιβιοτικά που ευθύνονται είναι κατά φθίνουσα σειρά οι κεφαλοσπορίνες β' και γ' γενεάς, η πιπερασιλίνη/ταζομπακτάμ, η αμικασίνη, η κολιστίνη και η τείκοπλανίνη.





**ΗΑΑ10.** ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗ ΔΙΔΥΜΗ ΚΥΗΣΗ ΜΕ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΘΕΡΜΗΣ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΨΕΥΔΟΜΥΞΩΜΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Ι. Κυριαζάνος<sup>1</sup>, Β. Καλλές<sup>1</sup>, Δ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Ν. Κοπανάκης<sup>2</sup>, Μ. Χρονοπούλου<sup>3</sup>, Κ. Σουρέτης<sup>3</sup>, Ι. Σπηλιώτης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup> Χειρουργική Κλινική, Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Μεταξά», Αθήνα

<sup>3</sup> Μονάδα Αναπαραγωγικής Ιατρικής, Κλινική Αθηνών «Γένεσις», Αθήνα

**Σκοπός:** Η περιτοναϊκή καρκινωμάτωση σηματοδοτεί την εξάπλωση ή την επανεμφάνιση κακοθειών γαστρεντερικής προέλευσης. Η πρόγνωση σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πτωχή και η παρηγορητική συστηματική χημειοθεραπεία αποτελούσε μέχρι πρόσφατα την συμβατική θεραπεία εκλογής. Η επέμβαση κυτταρομείωσης (CRS) σε συνδυασμό με Υπέρθερμη Ενδοπεριτοναϊκή Χημειοθεραπεία (HIPEC) μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά επιβίωσης σε επιλεγμένους ασθενείς με πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς κακοήθειες του περιτοναίου. Σε αυτούς τους ασθενείς τίθεται το ερώτημα της γονιμότητας, από τη στιγμή που η μακροχρόνια επιβίωση δεν είναι ασυνήθης σε ορισμένες περιπτώσεις.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Γυναίκα 28 ετών με ψευδομύξωμα περιτοναίου παραπέμφθηκε στην κλινική μας για αντιμετώπιση. Αποφασίστηκε η κρυσουντήρηση ωαρίων και κατόπιν η ασθενής υπεβλήθη σε εκτεταμένη κυτταρομείωση, συμπεριλαμβανομένης αμφοτερόπλευρης ωθηκκεκτομής, και HIPEC με μιτομυκίνη. Μετά από δύο έτη διενεργήθηκε in vitro γονιμοποίηση και ακολούθησε μη επιπλεγμένη δίδυμη κύηση. Η ασθενής γέννησε υγιή δίδυμα την 39η εβδομάδα της κύησης.

**Συμπεράσματα:** Αυτό αποτελεί την πρώτη αναφορά σύλληψης διδύμων in vitro με επιτυχημένη τελειόμνη κύηση μετά από επέμβαση κυτταρομείωσης στην οποία διενεργήθηκε ωθηκκεκτομή και HIPEC. Με το κατάλληλο πλάνο διατήρησης της γονιμότητας και τις τεχνικές εξωσωματικής γονιμοποίησης, η εγκυμοσύνη είναι εφικτή ακόμα και σε περιπτώσεις εκτεταμένου κυτταρομειωτικού χειρουργείου στο οποίο αφαιρούνται και οι δύο ωθήκες.



## ΗΑΑ11. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΜΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ ΣΤΟ Γ.Ν.ΚΕΡΚΥΡΑΣ

**Σ. Μυλωνάς<sup>1</sup>, Α. Καλούδη<sup>2</sup>, Μ. Λοϊσίου<sup>1</sup>, Ν. Κουρή<sup>1</sup>, Α. Κυράτσα<sup>1</sup>, Α. Πασχάλη<sup>1</sup>,  
Μ. Μίαρη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας, Κέρκυρα

**Εισαγωγή:** Η μηνιγγίτιδα είναι μια δυνητικά θανατηφόρος λοίμωξη ιογενής ή μικροβιακή. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι ζωτικής σημασίας για την αποφυγή μόνιμης νευρολογικής βλάβης.

**Σκοπός:** Η καταγραφή των ασθενών που νοσηλεύτηκαν με υποψία μηνιγγίτιδας στο Γ.Ν. Κέρκυρας κατά την πενταετία 2012-2016

**Υλικό- Μέθοδος:** Το υλικό μας αποτέλεσαν 353 δείγματα Ε.Ν.Υ (εγκεφαλονωτιαίου υγρού) ενήλικων που προσήλθαν με κλινική εικόνα μηνιγγίτιδας. Έγινε μέτρηση λευκών, τύπος, προσδιορισμός γλυκόζης, LDH, λευκώματος, καλλιέργεια του υγρού καθώς και καλλιέργεια αίματος. Η καλλιέργεια έγινε στα κατάλληλα θρεπτικά υλικά και ακολούθησε ταυτοποίηση και αντιβιογράμμα στο αυτοματοποιημένο σύστημα Vitek2 Biomerieux και MIC μέσω E.Test. Οι αιμοκαλλιέργειες επωάστηκαν στο αυτοματοποιημένο σύστημα Bact Alert 3D και μετά απο θετικοποίηση τους καλλιεργήθηκαν και ταυτοποιήθηκαν. Όλα τα θετικά δείγματα εστάλησαν στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας και έγινε έλεγχος με PCR.

**Αποτελέσματα:** Από τα 353 δείγματα θετικά ήταν τα 51 (ποσ.14.4%) Όσον αφορά την ηλικία των ασθενών: Από 15-30 ήσαν 10 ασθενείς(ποσ.19.6%) Από 31-40 ήσαν 9 ασθενείς(ποσ.17.6%) Από 41-50 ήσαν 17 ασθενείς(ποσ.33,3%) Από 51-60 ήσαν 6 ασθενείς(ποσ.11,7%) Άνω από 60 ήσαν 9 ασθενείς(ποσ.17,6%) Όσον αφορά το φύλο 27 ήσαν άνδρες (ποσ.52,9%) και 24 γυναίκες(ποσ.47,1%). Στο σύνολο των δειγμάτων τα 21 ήσαν βακτηριακής προέλευσης(ποσ.41,1% )και 30 ιογενούς προέλευσης(ποσ.58,9%) ,καθότι από το εργαστήριο και το κέντρο αναφοράς δεν απομονώθηκε μικρόβιο και οι καλλιέργειες αίματος ήσαν αρνητικές. Τα κυριότερα βακτηρίδια που απομονώθηκαν ήταν τα εξής: 8 Str.Pneumoniae (ποσ.38%) 3 Neis.Meningitidis(ποσ.14,2%) 3 List.Monocytogenes(ποσ.14,2%) 2 Staph.Aureus (ποσ.9,5%) 2 Ps.aeruginosa(ποσ.9,5%) και 1 Str.Agalactiae (ποσ.4,7%) 1 Ac.Baumanii(ποσ.4,7%) 1 Crypt.Laurentii(ποσ.4,7%)

### **Συμπεράσματα:**

1.Οι ιογενείς μηνιγγίτιδες παρουσίασαν μεγαλύτερη συχνότητα και ακολουθούν οι βακτηριακής προέλευσης με συχνότερα τα Str.Pneumoniae και Neis.Meningitidis.

2.Ήταν πιο συχνές στους άνδρες με μικρή διαφορά από τις γυναίκες.

3.Όσον αφορά την ηλικία μεγαλύτερη συχνότητα ήταν μεταξύ 41- 50 ετών.

Τα κλινικά περιστατικά που προσέρχονται με την μορφή του επειγόντος ως υποψία μηνιγγίτιδας αποτελούν διαγνωστική πρόκληση τόσο για τον κλινικό Ιατρό όσο και για τον εργαστηριακό Ιατρό που καλείται να θέσει ταχεία και ακριβή διάγνωση του υπεύθυνου μικροβιακού παράγοντα



**ΗΑΑ12.** ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ CHALLENGE

**Σ. Αποστολοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Γιαννακούλας<sup>2</sup>, Κ. Βασιλειάδης<sup>3</sup>, Α. Φρογουδάκη<sup>4</sup>, Χ. Ντέλλος<sup>5</sup>, Α. Τζίφα<sup>6</sup>, Σ. Μπρίλη<sup>7</sup>, Δ. Ντιλούδη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Παιδών & Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

<sup>5</sup> Καρδιολογική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Αθήνα

<sup>6</sup> Παιδοκαρδιολογική Κλινική, Ιδιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών «Μητέρα», Αθήνα

<sup>7</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Παρά τη πρόοδο στη διαχείριση των ασθενών με συγγενή καρδιοπάθεια (ΣΚ), η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (ΠΑΥ) απαντάται σε σημαντικό ποσοστό ενηλίκων με ΣΚ. Σκοπός της μελέτης ήταν η ανεύρεση της συχνότητας των μακροπρόθεσμων επιπλοκών στους ασθενείς αυτούς και του συνολικού κινδύνου θνητότητας.

**Υλικό και μέθοδος:** Τα δεδομένα ελήφθησαν από την εθνική καταγραφή CHALLENGE από το 2012 έως 2016.

**Αποτελέσματα:** Από ένα συνολικό αριθμό 2086 καταχωρηθέντων ασθενών στη καταγραφή CHALLENGE, οι 52 (2.5%) έπασχαν από ΠΑΥ (μέση ηλικία 41.8±14.2 έτη, 61.5% γυναίκες). Σύνδρομο Eisenmenger διαγνώσθηκε στο 78.8%, αριστεροδεξιά διαφυγή στο 9.6%, μικρό έλλειμμα στο 1.9% και ΠΑΥ μετά από διόρθωση στο 9.6%. Από τους ασθενείς, το 55.8% ήταν σοβαρά συμπτωματικοί (ΝΥΗΑ III/IV). Μόνο στο 69.2% των ασθενών είχε πραγματοποιηθεί δεξιός καθετηριασμός πριν την έναρξη αγωγής πνευμονικής υπέρτασης.

Η πλειονότητα των ασθενών ήταν σε μονοθεραπεία, κυρίως σε ανταγωνιστές των υποδοχέων της ενδοθηλίνης (75.8%), ενώ διαδοχική συνδυαστική θεραπεία ελάμβανε το 36.5% των ασθενών (προστανοειδή 5.8%). Αναφορικά με τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές αρρυθμία είχε καταγραφεί στο 40.4%, ενδοκαρδίτιδα στο 1.9%, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στο 5.8%, θρόμβωση πνευμονικής αρτηρίας στο 7.7% και νοσηλείες λόγω καρδιακής ανεπάρκειας στο 21.2% των ασθενών αυτών. Σε ένα μέσο χρόνο παρακολούθησης 3.5 έτη (IQ 2-5), 11 (21.2%) ασθενείς απεβίωσαν. Προβλεπτικοί παράγοντες της συνολικής θνησιμότητας ήταν το ιστορικό νοσηλείας λόγω καρδιακής ανεπάρκειας (p=0.008) και η κλάση κατά ΝΥΗΑ III/IV (p=0.04).

**Συμπεράσματα:** Οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές είναι συχνές σε ασθενείς με ΣΚ-ΠΑΥ. Το ιστορικό νοσηλείας λόγω καρδιακής ανεπάρκειας και η προχωρημένη κλάση κατά ΝΥΗΑ αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της συνολικής θνητότητας.



### ΗΑΑ13. Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΠΕΝΤΕ ΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ CHALLENGE

**Σ. Αποστολοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Γιαννακούλας<sup>2</sup>, Κ. Βασιλειάδης<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Παιδών & Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

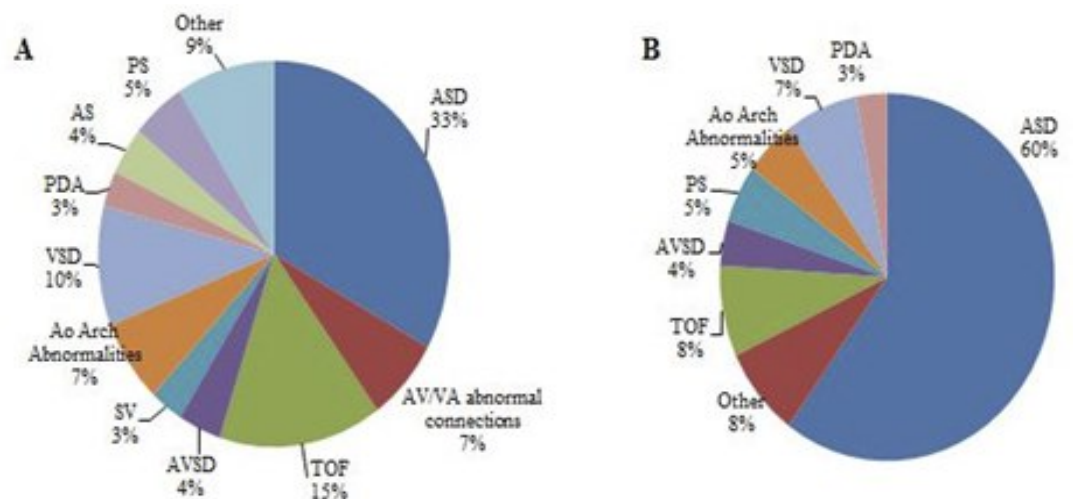
<sup>2</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η επιδημιολογία των συγγενών καρδιοπαθειών (ΣΚ) έχουν αναδειχθεί από διεθνείς καταγραφές. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η ανεύρεση των επιδημιολογικών δεδομένων των ΣΚ στην Ελλάδα.

**Υλικό και μέθοδος:** Τα δεδομένα συλλέχτηκαν από την καταγραφή CHALLENGE (Adult Congenital Heart Disease Registry), η οποία ξεκίνησε το 2012 σε ασθενείς > 16 ετών με δομική ΣΚ και κατηγοριοποίηση κατά Bethesda ανάλογα με τη σοβαρότητα.

**Αποτελέσματα:** Από τους 2115 καταγραφέντες ασθενείς σήμερα (μέση ηλικία 38±16 έτη, 52% γυναίκες), το 47% έπασχε από ήπια, το 37% από μέτρια και το 15% από σοβαρή ΣΚ. Τον υψηλότερο επιπολασμό είχε το έλλειμμα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (33%). Η πλειονότητα των ασθενών (92%) ήταν ασυμπτωματικοί ή ήπια συμπτωματικοί (κλάση κατά NYHA I/II). Οι πιο συμπτωματικοί ασθενείς με μεσοκοιλιακό έλλειμμα ήταν οι ηλικιωμένοι ή οι λαμβάνοντες αγωγή για πνευμονική υπέρταση. Οι ασθενείς (>60 ετών αποτελούσαν το 12% του συνόλου. Οι μισοί ασθενείς είχαν υποβληθεί σε τουλάχιστον μία χειρουργική επέμβαση, ενώ το 39% ήταν σε καρδιολογική αγωγή (15% αντιαρρυθμικά, 16% αντιπηκτικά, 16% αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας και 4% ειδική αγωγή πνευμονικής υπέρτασης).



**Συμπεράσματα:** Οι ΣΚ είναι ένας αναδυόμενος πληθυσμός ασθενών και εθνικές προοπτικές καταγραφές όπως η CHALLENGE είναι σημαντικές για την περιγραφή των αναγκών και την κατανομή των οικονομικών πόρων.



**ΗΑΑ14.** ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΡΚΥΡΑΣ ΕΤΗ 2016-2017

**Χ. Μαραγκού<sup>1</sup>, Ε. Μοδέστου<sup>1</sup>, Χ. Κούση<sup>2</sup>, Ε. Καναβούρα<sup>1</sup>, Ι. Χατζόπουλος<sup>1</sup>, Η. Χρέππας<sup>1</sup>, Ι. Ντε Μάτζιο<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

<sup>2</sup> Ιατροδικαστικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

**Εισαγωγή:** Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ η κακοποίηση η κακομεταχείριση του παιδιού περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής η συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης η παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης η εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη η εν δυνάμει βλάβη που αφορά στη ζωή και στην ανάπτυξη του παιδιού.

**Σκοπός:** Η καταγραφή και παρουσίαση των περιστατικών παιδικής κακοποίησης (ΠΚ) στη περιφέρεια κέρκυρας για τα έτη 2016-2017

**Υλικό-Μέθοδος:** Η παρούσα εργασία είναι μια περιγραφική μελέτη καταγραφής των περιστατικών ΠΚ στη περιφέρεια Κέρκυρας που εξετάστηκαν από το ιατροδικαστικό τμήμα του Γ.Ν.Κ. και την ιατροδικαστική υπηρεσία Κέρκυρας κατά τα έτη 2016-2017. Ελήφθησαν υπόψιν οι παρακάτω παράγοντες χρονολογία, φύλο, ηλικία και τύπος κακοποίησης. Ποιό αναλυτικά για το έτος 2016, εξετάστηκαν 10 παιδιά, 7 αγόρια ηλικίας 8-18 και 3 κορίτσια ηλικίας 14-18. Το έτος 2017 εξετάστηκαν 12 παιδιά, 6 αγόρια ηλικίας 3-13 και 6 κορίτσια ηλικίας 13-18. Ο συχνότερος τύπος κακοποίησης για το έτος 2016 ήταν η σωματική βλάβη σε ποσοστό 30% ενώ υπήρχε περιστατικό 13χρονου αγοριού που υπέστη βαριά σωματική βλάβη. Για το έτος 2017 κυρίαρχη μορφή κακοποίησης ήταν η αποπλήνση ανηλικού-κατάχρηση σε ασέλγεια σε ποσοστό 50% με μικρότερο καταγεγραμμένο σε ηλικία περιστατικό νήπιο 3,5 χρονών.

**Συζήτηση:** Η διερεύνηση της ΠΚ αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία που απαιτεί τη συνεργασία διαφόρων επαγγελματιών και διασύνδεση υπηρεσιών προκειμένου το θύμα να λάβει ουσιαστική βοήθεια και υποστήριξη. Η πρωτογενής προ?ληψη αφορά τον γενικό? πληθυσμο? με σκοπο? τη βελτι?ωση της ποιο?τητας ζωη?s και την εξάλειψη των κοινωνικών στερεο?τυπων και ανισο?τητων, η δευτερογενής προ?ληψη αποσκοπει? στον ε?γκαιρο εντοπισμο? ατόμων «υψηλού? κινδύ?νου» και η τριτογενής προ?ληψη εφαρμο?ζεται στις περιπτω?σεις παιδιω?ν που ε?χουν η?δη κακοποιηθει? η? παραμεληθει? και ε?χει ως στο?χο να μην επαναληφθει? η κακοποι?ηση.



## ΗΑΑ15. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΥΠΕΙΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗΣ. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Σ. Κούλλας, Σ. Σπύρου, Σ. Στεφάνου, Ε. Μπαλάση, Σ. Βασάκος, Ι. Τσιμογιάννης**  
*Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»,  
Ιωάννινα*

**Σκοπός:** Η εμφάνιση υπασβεστιαϊμίας μετά απ επεμβάσεις ολικής θυρεοειδεκτομής παρατηρείται σε ποσοστό 18-30 % των ασθενών κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Ένα ποσοστό δε 1-3% θα εμφανίσει μόνιμη υπασβεστιαϊμία. Όταν τα επίπεδα του Ca υποχωρήσουν ή ο ασθενής εμφανίσει συμπτώματα τετανίας, ενδείκνυται η ενδοφλέβια ή/και από του στόματος χορήγηση Ca. Ο σκοπός της εργασίας είναι να αξιολογήσουμε τα επίπεδα Ca και PTH σαν μέσο πρόληψης εμφάνισης υπασβεστιαϊμίας μετά από ολική θυρεοειδεκτομή.

**Υλικό – Μέθοδος:** 80 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή την τελευταία διετία. Μετρήθηκαν τα επίπεδα PTH και Ca, τόσο προεγχειρητικά όσο και διεγχειρητικά, αλλά και άμεσα μετεγχειρητικά.

**Αποτελέσματα:** 17 από τους 80 ασθενείς (ποσοστό 21%), εμφάνισαν εργαστηριακά σημεία υπασβεστιαϊμίας : μόνον 4 εμφάνισαν και κλινική συμπτωματολογία τετανίας ή μούδιασμα στα δάκτυλα. Δύο ασθενείς έλαβαν(ακόμη λαμβάνουν), σκευάσματα ασβεστίου 2 χρόνια μετά την επέμβαση και θεωρείται ότι βρίσκονται σε κατάσταση μόνιμου υποπαραθυρεοειδισμού. Δεκατρείς ασθενείς παρουσίασαν τιμές της PTH κάτω από 15 pg/ml ενώ σε 4, η κατώτερη τιμή της PTH ήταν 4 pg/ml. Οι υπόλοιποι 70 ασθενείς δεν εμφάνισαν ποτέ σημάδια τετανίας, ενώ οι τιμές των επιπέδων PTH και Ca, κυμάνθηκαν σε φυσιολογικά επίπεδα.

**Συμπεράσματα:**, η μέτρηση της PTH και του Ca άμεσα μετεγχειρητικά αλλά και τις πρώτες ημέρες μετά την επέμβαση, αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες ανάπτυξης συμπτωματικής υπασβεστιαϊμίας μετά από επέμβαση ολικής θυρεοειδεκτομής. Κρίνεται αναγκαία η εφαρμογή διαγνωστικών ή άλλου είδους πρωτοκόλλων, τα οποία και θα ερευνούν την πιθανότητα να υπεισέρχονται και άλλοι παράγοντες που θα βοηθούν στην πρόληψη αναγνώριση υπασβεστιαϊμίας.



**ΗΑΑ16.** ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΘΩΡΑΚΟΣ  
ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ 15 ΕΤΩΝ ΣΕ ΜΗ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

**Σ. Κούλλας, Ν. Ζήκος, Γ. Λωρίδας, Α. Τσιμπούκης, Ε. Γεωργάρα-Κίτσου,  
Ι. Τσιμογιάννης, Δ. Ζιώγας, Α. Ζηκόπουλος**

*Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»,  
Ιωάννινα*

**Σκοπός:** Η εργασία έχει σκοπό να παρουσιάσει την εμπειρία της κλινικής μας στην αντιμετώπιση του παιδικού τραύματος κατά τα τελευταία 15 έτη (2003-2017).

**Υλικό & μέθοδος:** Στην κλινική μας, τα τελευταία 15 χρόνια, νοσηλεύθηκαν 29 ασθενείς με θωρακο-κοιλιακό τραύμα. Από αυτούς 23 έφεραν τραύμα κοιλίας, ενώ 6 θωρακικό τραύμα. 18 ασθενείς ήταν αγόρια και 11 κορίτσια. Οι κακώσεις του θώρακα αφορούσαν πνευμοθώρακα και κατάγματα πλευρών, ενώ από την κοιλιά είχαμε 13 ρήξεις σπληνός, 3 ρήξεις ήπατος, δύο κακώσεις με διατριαινόντα τραύματα με εκσπλάγχνωση, ένα διατριαινόν τραύμα με ρήξη τυφλού, ένα τραύμα βουβωνικής χώρας από πυροβόλο όπλο, ένας αμβλύς τραυματισμός με συνοδό κάκωση δωδεκαδακτύλου και νήστιδος, ένας ασθενής με ρήξη στομάχου και μία ρήξη ουροδόχου κύστεως.

**Αποτελέσματα:** Όλοι οι ασθενείς με κοιλιακό τραύμα, υποβλήθηκαν σε ερευνητική λαπαροτομία. Διενεργήθηκαν 13 σπληνεκτομές, τοποθέτηση packing σε 3 ασθενείς με τραύμα ήπατος, 2 ανατάξεις κοιλιακού σπλάγχνου, τυφλοστομία και σκωληκοειδεκτομή στη ρήξη του τυφλού, αφαίρεση κάλυκα από τραύμα βουβωνικής χώρας, εκτομή 3<sup>ns</sup>-4<sup>ns</sup> μοίρας 12ηλου, με πλάγιο-πλάγια δωδεκαδακτυλο-νηστιδική αναστόμωση στον ασθενή με την δωδεκαδακτυλική κάκωση, μία συρραφή στομάχου και μία συρραφή ουροδόχου κύστεως. Και στους 6 ασθενείς με θωρακικό τραύμα, τοποθετήθηκε παροχετευτικός σωλήνας bullau. Η νοσηλεία των ασθενών ανήλθε σε 5-25 ημέρες (μ.ο 8 ημέρες). Η μετεγχειρητική πορεία εξελίχθηκε ομαλά, ενώ όλοι οι ασθενείς εξήλθαν σε καλή κατάσταση

**Συμπέρασμα:** Το τραύμα στην παιδική ηλικία μπορεί, ελλείψει παιδοχειρουργών, να αντιμετωπιστεί επαρκώς από γενικούς χειρουργούς. Η μεταφορά αυτών των ασθενών σε εξειδικευμένα κέντρα είναι πολλές φορές χρονοβόρα και επισφαλής, για αυτό το



## **ΗΑΑ17.** ΑΝΕΠΙΤΥΧΗΣ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΔΕΞΙΑΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΣΕ ΝΕΦΡΟΠΑΘΗ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

**Σ. Κούλιας, Σ. Στεφάνου, Χ. Στεφάνου, Μ. Ζωγράφου, Ι. Τσιμογιάννης**  
*Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»,  
Ιωάννινα*

Η αρτηριο-φλεβική επικοινωνία (φίστουλα) αποτελεί την καλύτερη αλλά και ασφαλέστερη οδό αιμοκάθαρσης σε νεφροπαθείς τελικού σταδίου. Κάποιες φορές λόγω των δυσκολιών που προκύπτουν κατά την δημιουργία του shunt, οδηγούν τον χειρουργό στην ανάγκη να καθετηριάσει κεντρικές φλέβες προς επίλυση του προβλήματος.

Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς, 73 ετών, σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, στον οποίο επιχειρείται ο καθετηριασμός της δεξιάς υποκλείδιου φλέβας και περαιτέρω τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα αιμοκάθαρσης. Παρά την μεγάλη εμπειρία της χειρουργικής ομάδας στην τοποθέτηση κεντρικών καθετήρων, ο συγκεκριμένος καθετήρας τοποθετήθηκε καλώς αλλά η πορεία του ήταν έξωθεν του αυλού της υποκλείδιου φλέβας. Συγκεκριμένα, η διαδρομή του ήταν παράλληλη προς την άνω κοίτη φλέβα, πέρασε <<σύριζα>> από τον οισοφάγο και κατέληξε στην απέναντι υπεζωκοτική κοιλότητα προκαλώντας πνευμο-αιμοθώρακα αριστερά. Ο ασθενής μεταφέρθηκε σε Καρδιο-Χειρουργική κλινική όπου και αφαιρέθηκε ο καθετήρας από την υποκλείδιο φλέβα και τοποθετήθηκε κλειστή παροχέτευση θώρακος δια λουτρού ύδατος (σωλήνας Bullaw).

Η αγγειακή οδός που ευρέως χρησιμοποιείται στους νεφροπαθείς είναι η έσω σφαγίτιδα φλέβα, και αυτό γιατί η χρήση της έχει τις λιγότερες επιπλοκές. Ανεπιτυχής τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα γίνεται σε ποσοστό 1,8-3,7%. Σήμερα προτιμάται η τοποθέτηση οποιουδήποτε κεντρικού καθετήρα να γίνεται υπό την καθοδήγηση υπερήχων Real time.

Συμπερασματικά, η τοποθέτηση αλλά και η θέση ενός κεντρικού φλεβικού καθετήρα πρέπει να ελέγχεται συστηματικά. Ανεπιτυχής τοποθέτηση πρέπει να διαγιγνώσκεται έγκαιρα γιατί οι επιπλοκές που προκύπτουν μπορεί να είναι καταστροφικές.





**ΗΑΑ18.** ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΠΕΠΤΙΚΟΥ.  
ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

**Σ. Κούλας<sup>1</sup>, Γ. Αθανασίου<sup>1</sup>, Χ. Στεφάνου<sup>1</sup>, Σ. Σπύρου<sup>1</sup>, Ε. Μαργώνης<sup>1</sup>, Γ. Λωρίδας<sup>1</sup>,  
Ε. Μπαλάση<sup>2</sup>, Ι. Τσιμογιάννης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»,  
Ιωάννινα

<sup>2</sup> Βιοχημικό Τμήμα, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»,  
Ιωάννινα

- Τα νευροενδοκρινικά νεοπλασμάτα αποτελούν μια εξαιρετικά σπάνια κατηγορία κακοηθειών. Προέρχονται από τα εντεροχρωμαφινικά ή κύτταρα Kulchitsky, τα οποία συνήθως εντοπίζονται στην υποβλεννογόνια στιβάδα του πεπτικού σωλήνα, του ουρογεννητικού συστήματος και των βρόγχων.
- Σκοπος της εργασίας είναι η μελέτη των ασθενών με νευροενδοκρινικούς όγκους σκωληκοειδούς που αντιμετωπίστηκαν στη Χειρουργική Κλινική του Γεν. Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ.Χατζηκώστα» από τον Ιούνιο του 1997 έως τον Μάιο του 2016.
- Μέθοδος: Η μελέτη των ασθενών με νευροενδοκρινικούς όγκους σκωληκοειδούς απόφυσης που αντιμετωπίστηκαν στη Χειρουργική Κλινική του Γεν. Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ.Χατζηκώστα» από τον Μάρτιο του 1997 έως τον Αύγουστο του 2016. Νευροενδοκρινές νεόπλασμα σκωληκοειδούς απόφυσης εντοπίστηκε σε 29 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 27,7 έτη (άνδρες=14, γυναίκες=15).
- Αποτελέσματα: Αιτία επέμβασης για τους 27 ασθενείς ήταν το Α.Δ.Λ.Β. ενώ σκωληκοειδεκτομή διενεργήθηκε λόγω τραυματικής ρήξης λεπτού εντέρου και σε μια περίπτωση ως σύγχρονη, σε κολεκτομή για αδενοCa παχέος εντέρου. Η πλειοψηφία των νεοπλασμάτων εντοπίστηκε στο τυφλό άκρο της σκωληκοειδούς. Το μέγεθος του όγκου κυμαίνονταν από 10 mm έως 18 μm. Κανένας από τους 29 ασθενείς σύμφωνα με την ιστολογική έκθεση δεν έρχριζε επανεπέμβασης.

**Συμπέρασμα:** Οι νευροενδοκρινικοί όγκοι είναι σπάνιοι όγκοι με κακόηθες δυναμικό που ποικίλλει. Συμπεραίνεται ότι η πλειοψηφία αυτών εντοπίζονται στη σκωληκοειδή απόφυση παρουσιάζοντας χαμηλό κακόηθες δυναμικό ενώ αυτοί με εντόπιση είτε στο πάγκρεας είτε στο λεπτό έντερο, εξαιτίας των πιο συχνών μεταστάσεων, και της καθυστερημένης διάγνωσης φαίνεται να έχουν υψηλό κακόηθες δυναμικό.



**ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

Dibra M. **ΠΑ31, ΠΑ32**  
Hoxha B. **ΠΑ34**  
Koroshi A. **ΠΑ33**  
Αναγνώστη Ε. **ΠΑ29, ΗΑΑ05**  
Ανδριώτης Β. **ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ08**  
Ανυφαντής Ε. **ΠΑ11**  
Αποστολοπούλου Σ. **ΗΑΑ12, ΗΑΑ13**  
Γαστεράτος Κ. **ΠΑ17, ΠΑ18, ΠΑ25, ΠΑ26, ΠΑ28, ΗΑΑ04, ΗΑΑ08**  
Δημοπούλου Μ. **ΠΑ20**  
Καλούδη Α. **ΗΑΑ09**  
Καναβούρα Ε. **ΠΑ01, ΠΑ02**  
Καποδίστριας Ν. **ΠΑ13, ΠΑ22, ΠΑ23**  
Κόκκινος Μ. **ΠΑ04**  
Κυριαζάνος Ι. **ΠΑ12, ΠΑ14, ΗΑΑ10**  
Λωρίδας Γ. **ΗΑΑ16**  
Μάνδουλα Μ. **ΠΑ30**  
Μάνεσης Σ. **ΠΑ27, ΗΑΑ06**  
Μαραγκού Χ. **ΗΑΑ14**  
Μπάκας Δ. **ΗΑΑ01, ΗΑΑ02**  
Μπαλής Ν. **ΠΑ29**  
Μυλωνάς Σ. **ΗΑΑ11**  
Νερούτσος Κ. **ΗΑΑ03**  
Νικολούζος Σ. **ΠΑ18, ΠΑ19, ΠΑ21**  
Παπαδόπουλος Γ. **ΠΑ10**  
Πατσίρης Σ. **ΠΑ05**  
Στεφάνου Σ. **ΠΑ03, ΠΑ15, ΠΑ35, ΗΑΑ15**  
Στεφάνου Χ. **ΗΑΑ17, ΗΑΑ18**  
Χριστοπούλου Α. **ΠΑ09**  
Ψαράκης Κ. **ΗΑΑ07**

**Conferre S.A.** Conference & Event Co-ordination  
The art of bringing people together Tourism & Travel Services

**Συνεδριακή ΑΕ/ Conferre SA**

Λεωφ. Σταύρου Νιάρχου, Θέση Μάρες, ΤΚ: 45500, Πεδινή, Ιωάννινα

Τηλ. 26510 68610, Fax: 26510 68611

Email: [info@conferre.gr](mailto:info@conferre.gr), Website: <http://www.conferre.gr>