

Διοργάνωση



Σε συνεργασία



Β' Χειρουργική
Κλινική Δ.Π.Θ.
Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Υπό την αιγίδα



Τμήμα Ιατρικής
Σχολή Επιστημών
Υγείας Δ.Π.Θ.

3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Ελληνικής Εταιρείας

Ήπατος Παγκρέατος Χοληφόρων

Υβριδική Διεξαγωγή

24-26

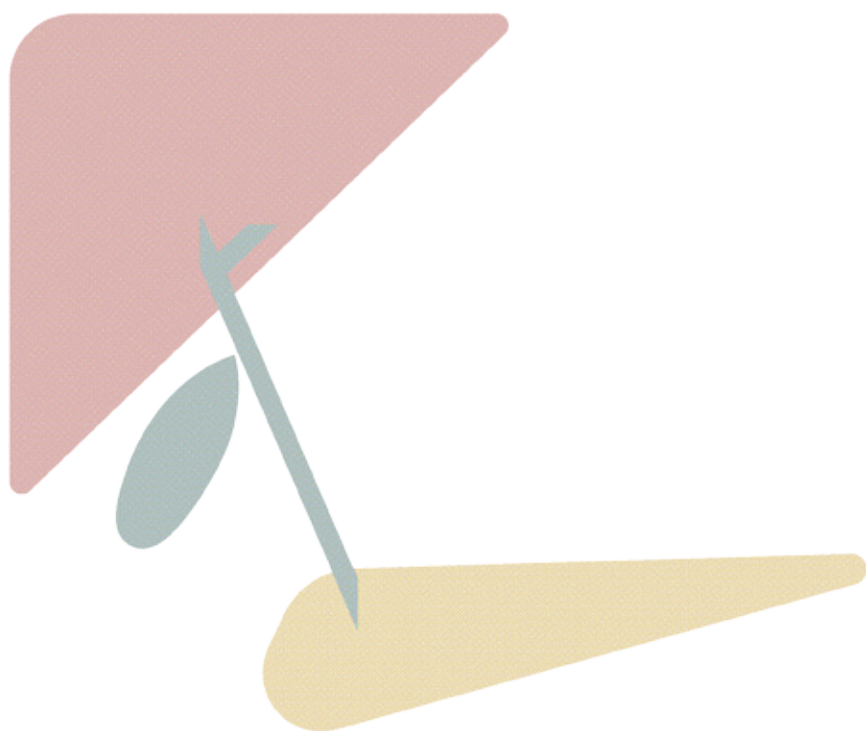
Σεπτεμβρίου

2021

Ξενοδοχείο
Ramada Plaza Thraki
Αλεξανδρούπολη

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ





Περιεχόμενα

Χαιρετισμός Προέδρου	4
Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Εταιρείας Ηπατος Παγκρέατος Χοληφόρων	5
Επιτροπές	6
Επιστημονικό Πρόγραμμα	7- 30
Παρασκευή 24 Σεπτεμβρίου 2021	7
Σάββατο 25 Σεπτεμβρίου 2021	15
Κυριακή 26 Σεπτεμβρίου 2021	24
Χορηγούμενες Συνεδρίες	31
Γενικές Πληροφορίες	33
Πρόεδροι - Ομιλητές	37
Περίληψεις Προφορικών Ανακοινώσεων	43
Περίληψεις Βιντεοπαρουσιάσεων	77
Ευρετήριο Συγγραφέων	91
Ευχαριστίες	96



Χαιρετισμός Προέδρου

Αγαπητές και Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά και τιμή σας καλωσορίζουμε στο **3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Ήπατος Παγκρέατος Χοληφόρων**, το οποίο διοργανώνεται σε συνεργασία με τη Β' Χειρουργική Κλινική του ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης και διεξάγεται στο ξενοδοχείο **Ramada Plaza Thraki** στην Αλεξανδρούπολη στις **24-26 Σεπτεμβρίου 2021**.

Η χειρουργική του Ήπατος, του Παγκρέατος και των Χοληφόρων αποτελεί ένα εξειδικευμένο και απαιτητικό πεδίο της χειρουργικής, διαρκώς και δυναμικά αναπτυσσόμενο, με σημαντικές και ταχείες εξελίξεις. Το ανά διετία συνέδριο αποτελεί την κορυφαία επιστημονική εκδήλωση της Ελληνικής Εταιρείας Ήπατος Παγκρέατος Χοληφόρων και αποσκοπεί στην ενημέρωση των χειρουργών με παρουσίαση τεκμηριωμένης και σύγχρονης γνώσης και εμπειρίας, και των εξελίξεων σχετικά με την αιτιολογία, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των παθήσεων του Ήπατος, του Παγκρέατος και των Χοληφόρων. Η θεματολογία του Συνεδρίου με τη μορφή στρογγύλων τραπεζών, διαλέξεων και συμποσίων, με τη συμμετοχή διακεκριμένων και καταξιωμένων συναδέλφων μας δίνει τη βεβαιότητα ότι θα έχουμε μία γόνιμη και επιτυχημένη εκδήλωση. Η εποικοδομητική ανταλλαγή απόψεων, γνώσεων και εμπειριών προσδοκούμε να αποτελέσει το έναυσμα για την ενασχόληση των νεότερων συναδέλφων με το απαιτητικό και δύσκολο πεδίο της αντιμετώπισης των παθήσεων του Ήπατος, του Παγκρέατος και των Χοληφόρων.

Η πανδημία του COVID-19 αναμφίβολα έχει επηρεάσει την καθημερινότητα όλων μας τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Το συνέδριο θα διεξαχθεί με φυσική παρουσία και με ταυτόχρονη διαδικτυακή αναμετάδοση.

Θεωρούμε την παρουσία και την ενεργό συμμετοχή σας ως την πλέον σημαντική συμβολή στην εκπλήρωση των επιστημονικών προσδοκιών και την επιτυχία του συνεδρίου και με χαρά σας καλωσορίζουμε στην όμορφη πόλη της Αλεξανδρούπολης.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Αναστάσιος Καραγιαννάκης

Πρόεδρος 3^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΕΗΠΧ
Καθηγητής Χειρουργικής ΔΠΘ

Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Εταιρείας Ήπατος Παγκρέατος Χοληφόρων

Πρόεδρος
Ε. Φελέκουρας

Εισερχόμενος Πρόεδρος
Α. Καραγιαννάκης

Απερχόμενος Πρόεδρος
Χ. Δερβένης

Γενικός Γραμματέας
Κ. Τούτουζας

Ταμίας
Δ. Σχίζας

Γραμματέας Επιτροπής Προγράμματος
Γ. Γκλαντζούνης

Γραμματέας Επιτροπής Εκπαίδευσης
Δ. Ζαχαρούλης

Γραμματέας Επιτροπής Μελών & Ανάπτυξης της Εταιρείας
Π. Πετράς

Γραμματέας Επικοινωνίας
Γ. Τζίμας

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος: **Α. Καραγιαννάκης**

Αντιπρόεδροι: **Μ. Πιτιακούδης, Α. Πολυχρονίδης**

Γραμματέας: **Ε. Μπολανάκη**

Ταμίας: **Κ. Ρωμανίδης**

Μέλη:

Ε. Ευφραιμίδου

Γ. Κουκλάκης

Χ. Νικολάου

Α. Ζούντντας

Ν. Κουρκουτσάκης

Π. Σκένδρος

Χ. Καβάζης

Α. Μίτσαλα

Ι. Τζιμαγιώργης

Σ. Κακολύρης

Ε. Μπανταλιάν

Επιστημονική Επιτροπή

Πρόεδρος: **Ε. Φελέκουρας**

Αντιπρόεδρος: **Γ. Γκλαντζούνης**

Μέλη:

Ν. Αλεξάκης

Ι. Μαρούλης

Γ. Σωτηρόπουλος

Ε. Αντωνίου

Α. Παπαλάμπρος

Κ. Τεπετές

Δ. Ζαχαρούλης

Π. Πατάπης

Κ. Τούτουζας

Χ. Ιακωβίδης

Π. Πετράς

Κ. Τσαλής

Α. Καμπαρούδης

Α. Πέτρου

Γ. Τσουλάφας

Μ. Κωνσταντουλάκης

Δ. Ράπτης

Επιτροπή Κρίσης Εργασιών

Πρόεδρος: **Γ. Γκλαντζούνης**

Μέλη:

Δ. Κορκολής

Α. Παπαλός

Δ. Σχίζας

Σ. Κύκαλος

Δ. Παραμυθιώτης

Γ. Τσουλάφας

Ν. Μαχαίρας

Ε. Πικουλής

Π. Υψηλάντης

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 24 Σεπτεμβρίου 2021 | Δημόκριτος Ι

09.00 Προσέλευση-Εγγραφές

10.00-11.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΩΝ

Προεδρείο: **Γ. Κουκλάκης, Γ. Κολιός**

Συστηματική φλεγμονώδης αντίδραση και ηπατοστεατίτιδα
Π. Σκένδρος

Εξωκρινής παγκρεατική ανεπάρκεια και υποκατάσταση
Ν. Καφαλής

Αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη έπειτα από
παγκρετατεκτομή
Ν. Παπάνας

Σχολιαστές: **Ε. Μανωλόπουλος, Ι. Τριανταφυλλίδης**

11.30-12.00 **Διάλειμμα καφέ**

12.00-13.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΟΡΙΑΚΑ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Προεδρείο: **Κ. Τούτουζας, Δ. Κορκολής**

Στρατηγική αντιμετώπισης οριακά εξαιρεσίμου καρκίνου του
παγκρέατος
Ν. Αλεξάκης

Ο ρόλος της νέο-επικουρικής χημειοθεραπείας
Ν. Ξενίδης

Αγγειακές εκτομές στον οριακά εξαιρεσίμο καρκίνο του παγκρέατος
Δ. Ράπτης

Σχολιαστές: **Ε. Φελέκουρας, Ε. Χατζηθεόκλητος**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

13.30-14.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Κ. Τσαλής, Α. Πέτρου**

Αντιμετωπίζοντας το μικρό υπολειμματικό ήπαρ. Η τεχνική ALLPS
Α. Παπαλάμπρος

14.00-14.30

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

(αναλυτικό πρόγραμμα σελ. 32)

14.30-16.00

Μεσημβρινή διακοπή

16.00-17.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Προεδρείο: **Γ. Γκλαντζούνης, Β. Βουγάς**

Επιδημιολογία, παθογένεση και βασικές αρχές πρόληψης
Α. Καραμπά

Απεικονιστική διάγνωση ηπατοκυτταρικού καρκίνου
Σ. Δευτεραίος

Ο ρόλος του επεμβατικού ακτινολόγου
Αικ. Μαλαγάρη

Χειρουργική αντιμετώπιση
Γ. Γκλαντζούνης

Νεώτερες εξελίξεις στην αντιμετώπιση της συστηματικής νόσου
Ι. Κοραντζής

Σχολιαστές: **Ε. Φελέκουρας, Κ. Τσαλής**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

17.30-18.00	ΟΜΙΛΙΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΕΗΠΧ Προεδρείο: Γ. Γκλαντζούνης, Κ. Τεπετές Χειρουργική ήπατος παγκρέατος χοληφόρων στη μετά-COVID εποχή Ε. Φελέκουρας
18.00-19.00	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ
18.00-18.30	Χαιρετισμοί - Προσφωνήσεις Α. Καραγιαννάκης , Πρόεδρος Συνεδρίου Ε. Φελέκουρας , Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Ήπατος, Παγκρέατος, Χοληφόρων Μ. Πιτιακούδης , Πρόεδρος Ιατρικού Τμήματος ΔΠΘ Α. Πολυχρονίδης , Πρύτανης ΔΠΘ
18.30-19.00	Εναρκτήρια διάλεξη Προεδρείο: Ε. Φελέκουρας, Α. Καραγιαννάκης The core principles in the life of an HPB surgeon M. Milicevic
19.00	Δεξίωση υποδοχής

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 24 Σεπτεμβρίου 2021 | Δημόκριτος II

10.00-11.30

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΉΠΑΡ

Προεδρείο: Γ. Γκλαντζούνης, Στ. Γερμανός

- 001 ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΡΙΚΗΣ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗΣ ΥΠΟ ΥΨΗΛΗ ΠΙΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ ΣΤΗΝ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ**

Υψηλάντης Π.¹, Λαμπροπούλου Μ.², Νταμπάκης Γ.¹, Σιώκα Τ.¹, Υψηλάντου Ι.¹, Πιτιακούδης Μ.¹

¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη,

²Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

- 002 UNDIFFERENTIATED SHOCK IN A CIRRHOTIC PATIENT**
Μπουλάς Κ., Ναθαναηλίδου Μ., Σιταρίδης Κ., Φιλιππίδης Ι., Χατζηγεωργιάδης Α.

Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

- 003 GIANT EXTRACAPSULAR HEPATIC ADENOMA IN AN OTHERWISE HEALTHY MIDDLE-AGED MALE PATIENT**

Ναθαναηλίδου Μ., Μπλούχος Κ., Μπουλάς Κ., Φιλιππίδης Ι., Σιταρίδης Κ., Χατζηγεωργιάδης Α.

Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

- 004 ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΕΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ TAKASAKI- Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ**

Συμεωνίδου Ε., Τσαραμανίδης Σ., Νείρος Σ., Πατούλια Μ., Μπράτκου Α., Πετράς Π., Μπαλλάς Κ., Καμπαρούδης Α.

Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

- 005 ALPPS- Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ**

Ξάκης Α., Γραμματικός Γ., Μυλωνάς Α., Ιακωβίδης Χ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

006 ΟΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑΣ ΡΟΗΣ ΣΕ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗΣ ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΣΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Καραμπά Α.¹, Μαρκόπουλος Γ.^{2,3}, Γούσια Α.⁴, Λιανός Γ.¹, Αλεξίου Γ.^{3,5}, Βαρθολομάτος², Γκλαντζούνης Γ.¹

¹Μονάδα Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος, Χειρουργική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, ²Αιματολογικό Εργαστήριο-Μονάδα Μοριακής Βιολογίας, ΠΓΝ Ιωαννίνων, ³Νευροχειρουργικό Ινστιτούτο, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ⁴Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, ⁵Νευροχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων

007 MULTIDISCIPLINARY TEAM APPROACH FOR THE TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA. 10 YEARS' EXPERIENCE IN GREECE

Davakis S¹, Vilas M.¹, Sakarellos P.¹, Kyros E.¹, Karydakis L.¹, Kozadinis A.¹, Vagios I.¹, Kanavidis P.¹, Sakellariou S.², Korkolis D.³, Glantzounis G.⁴, Papalampros A.¹, Felekouras E.¹

¹First Department of Surgery, Laiko General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Greece, ²Department of Pathology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Greece, ³Department of Surgery, Hellenic Anticancer Institute, Saint Sawas Hospital, Athens, Greece, ⁴Department of Surgery, Ioannina University Hospital, Ioannina, Greece

008 ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΜΟΙΒΑΔΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΛΥΣΗΣ-ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μόρσι Γερογιάννης Α.¹, Καρακάση Κ.¹, Κατσάνος Γ.¹, Σουφλέρης Κ.², Σωτηρούδης Γ.¹, Βασιλειάδου Σ.¹, Αντωνιάδης Ν.¹, Κοφινάς Α.¹, Σιδηροπούλου Μ.³, Παπαδόπουλος Σ.³, Γεωργοπούλου Β.³, Τσουλάς Γ.¹

¹Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, ²Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ³Τμήμα Ακτινολογίας, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Επιστημονικό Πρόγραμμα

009 ΑΥΤΟΜΑΤΟ/ΜΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΜΗΡΟΥ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ ΥΠΟ ΣΟΡΑΦΕΝΙΜΠΗ ΚΑΙ ΗΠΑΡΙΝΗ ΧΑΜΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Σωτηρόπουλος Χ., Διαμαντοπούλου Γ., Θεοχάρης Γ.,

Θωμόπουλος Κ.

Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΓΝ Πατρών

11.30-12.00 **Διάλειμμα καφέ**

12.00-14.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Προεδρείο: **Δ. Καραβίας, Ι. Μαρούλης**

Στρατηγική αντιμετώπισης σύγχρονων ηπατικών μεταστάσεων από κολο-ορθικό καρκίνο. Η άποψη του χειρουργού ήπατος (LiverFirst)

Ν. Αλεξάκης

Στρατηγική αντιμετώπισης σύγχρονων ηπατικών μεταστάσεων από κολο-ορθικό καρκίνο. Η άποψη του χειρουργού του παχέος εντέρου (Colorectal First)

Ι. Τριανταφυλλίδης

Μετάχρονες ηπατικές μεταστάσεις από κολο-ορθικό καρκίνο

Κ. Μπράμης

Ηπατικές μεταστάσεις άλλων αδενοκαρκινωμάτων

Δ. Σχίζας

Σχολιαστές: **Κ. Τεπετές, Β. Βουγάς**

14.00-16.00 **Μεσημβρινή διακοπή**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

16.00-17.00

ΒΙΝΤΕΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ

ΉΠΑΡ

Προεδρείο: **Δ. Σχίζας, Π. Πατάπης**

- V01 ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΛΟΓΩ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΠΙΤΥΧΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΑ ΜΕ ΕΝΔΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΡΡΑΦΗ**

Κωτίδης Ε., Μπιτσιάνης Σ., Ιωαννίδης Ο., Ανεστασιάδου Ε., Νταμπάκης Γ., Λουτζίδου Α., Ουζουνίδης Ν., Φουτσιτζής Β., Αγγελόπουλος Σ.

Δ' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπανικολάου

- V02 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ VI ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΦΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΗΣ ΙΝΔΟΚΥΑΝΙΝΗΣ ΓΙΑ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΔΕΞΙΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΑΝΙΟΝΤΟΣ ΚΟΛΟΥ, ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

Ιακωβίδης Χ.¹, Τεπελένης Κ.², Ξάκης Α.¹, Παππάς-Γώγος Γ.², Μυλωνάς Α.³, Γκλαντζούνης Γ.²

¹Μονάδα Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος, Γενική Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος, Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, ³Τμήμα Αναισθησιολογίας, Νοσοκομείο «Άγιος Λουκάς», Πανόραμα, Θεσσαλονίκη

- V03 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΙΓΜΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ICG ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ**

Ξάκης Α., Γραμματικός Γ., Μυλωνάς Α., Ιακωβίδης Χ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

- V04 ΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΠΛΑΓΙΑ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΔΕΞΙΑ ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ**

Ξάκης Α., Γραμματικός Γ., Μυλωνάς Α., Ιακωβίδης Χ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

V05 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΕΞΙΑ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ - ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ 3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ιακωβίδης Χ.¹, Ξάκης Α.¹, Μυλωνάς Α.², Γκλαντζούνης Γ.³

¹Μονάδα Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος, ²Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γενική Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος, Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων

17.00-17.30 **ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**
(αναλυτικό πρόγραμμα σελ. 32)

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 25 Σεπτεμβρίου 2021 | Δημόκριτος Ι

09.00-10.00

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ (MEET THE EXPERTS)

ΉΠΑΡ

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΟΜΗΣ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΟΣ

Συντονιστές: **Δ. Σχίζας, Δ. Δημητρούλης, Ν. Μπενετάτος**

Διατομή με CUSA

Χ. Ιακωβίδης

Διατομή με χρήση ραδιοκυμάτων

Δ. Ζαχαρούλης

Άλλες τεχνικές διατομής και αιμόστασης

Ν. Μαχαίρας

10.00-11.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΗΠΑΤΟΣ

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

Λαπαροσκοπική εκτομή πρόσθιων τμημάτων

Γ. Σωτηρόπουλος

Λαπαροσκοπική εκτομή οπίσθιων τμημάτων

Π. Πετράς

Λαπαροσκοπικές μείζονες ηπατεκτομές

Π. Σταθάκης

Σχολιαστές: **Α. Πέτρου, Χ. Ιακωβίδης**

11.30-12.00

Διάλειμμα καφέ

Επιστημονικό Πρόγραμμα

12.00-13.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Προεδρείο: **Γ. Γκλαντζούνης, Στ. Κύκαλος**

Λαπαροσκοπική περιφερική παγκρεατεκτομή
Δ. Ράπτης

Λαπαροσκοπική κεφαλική παγκρεατεκτομή
Χ. Ιακωβίδης

Ρομποτική χειρουργική παγκρέατος
Α. Πέτρου

Σχολιαστές: **Ν. Μαχαίρας, Π. Πετράς**

13.30-14.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Θ. Διακάκος, Ε. Χατζηθεόκλητος**

Πρόοδοι και προοπτικές στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του παγκρέατος
Χ. Δερβένης

14.00-16.00

Μεσημβρινή διακοπή

14.00-15.00

Γενική Συνέλευση της ΕΕΗΠΧ

Επιστημονικό Πρόγραμμα

16.00-17.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΔΕΝΔΡΟΥ

Προεδρείο: **A. Καραγιαννάκης, Μ. Κωνσταντουλάκης**

Ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα

Θ. Τσίρλης

Χολαγγειοκαρκίνωμα πυλών ήπατος

Μ. Βάιλας

Καρκίνος χοληδόχου κύστης

N. Παραράς

Σχολιαστές: **Γ. Σωτηρόπουλος, Β. Παπανικολάου**

17.30-18.00

Διάλειμμα καφέ

18.00-19.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ

Προεδρείο: **Γ. Σωτηρόπουλος, Γ. Τσουλφάς**

Ο ρόλος της μεταμόσχευσης ήπατος στην αντιμετώπιση του ηπατοκυτταρικού καρκίνου

N. Μαχαίρας

Ο ρόλος της μεταμόσχευσης ήπατος στην αντιμετώπιση της ηπατικής μεταστατικής νόσου

A. Κοφινάς

Μεταμόσχευση ήπατος για σπάνιες περιπτώσεις

N. Αντωνιάδης

Αναδυόμενες τεχνικές και μεταμόσχευση ήπατος (ALPPS, RAPID)

Γ. Κατσάνος

Επιπλοκές στη μεταμόσχευση ήπατος

Στ. Κύκαλος

Σχολιαστές: **Β. Παπανικολάου, Γ. Γκλαντζούνης**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 25 Σεπτεμβρίου 2021 | Δημόκριτος II

09.00-10.00

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ (MEET THE EXPERTS)

ΧΟΛΗΦΟΡΑ I

Συντονιστές: **Γ. Γκλαντζούνης, Μ. Πιτιακούδης, Β. Παπαζιώγας**

Καρκίνος χοληδόχου κύστης μετά λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.
Αντιμετώπιση

Δ. Παραμυθιώτης

Κακώσεις χοληφόρων κατά τη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.
Αναγνώριση

Ι. Τριανταφυλλίδης

Κακώσεις χοληφόρων κατά τη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.
Αντιμετώπιση

Π. Σακαρέλλος

10.00-11.00

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΓΚΡΕΑΣ

Προεδρείο: **Π. Πατάπης, Ν. Παραράς**

- 010 ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΕΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΕΚΤΟΜΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΝΤΑΕΤΟΥΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ**

Τσίρλης Θ.^{1,2}, Thakkar R.¹, Burne D.¹, Manas D.¹

¹Freeman Hospital, Newcastle Upon Tyne, UK, ²ΓΑΟΝΑ Άγιος Σάββας, Αθήνα

- 011 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΕΚΤΟΜΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ (DP-CAR): ΒΕΛΤΙΣΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΟΠΙΚΑ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ**

Μπαλιάν Ν., Μήλας Φ., Ζιώγου Π., Τσιώτος Γ.

Νοσοκομείο Μητέρα, Αθήνα

Επιστημονικό Πρόγραμμα

012 ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗ ΜΕ EN-BLOCK ΕΚΤΟΜΗ ΠΥΛΑΙΑΣ-ΑΝΩ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΦΛΕΒΑΣ: ΥΠΕΡΒΑΙΝΟΝΤΑΣ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Μπαλλιάν Ν., Μήλας Φ., Ζιώγου Π., Τσιώτος Γ.
Νοσοκομείο Μητέρα, Αθήνα

013 ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΣΕ ΕΛΑΦΟΣ ΙΡΜΝ ΜΙΚΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Τρακοσάρη Π.¹, Πέτσα - Πουτούρη Σ.¹, Ρεκούνα Κ.¹, Χρήστου Μ.¹, Καρβέλη Ε.¹, Σιδέρης Α.¹, Χαρίτος Χ.¹, Φιλιππάτος Γ.², Κρατημένος Θ.¹, Δασκαλάκη Ε.¹, Ρουκουνάκης Ν.¹, Βουγάς Β.¹
¹ΓΝΑ Ευαγγελισμός, ²ΠΓΝΑ Αττικών

014 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗΣ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Βούρος Δ.¹, Μπράμης Κ.², Αλεξάκης Ν.¹, Κωνσταντουλάκης Μ.², Ζωγράφος Γ.¹, Τούτουζας Κ.¹
¹ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα, ²Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Αρεταίειο

015 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Βούρος Δ.¹, Κοτσαρίνης Β.¹, Αλεξάκης Ν.¹, Κωνσταντουλάκης Μ.², Μπράμης Κ.², Ζωγράφος Γ.¹, Τούτουζας Κ.¹
¹Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, ²Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Αρεταίειο

016 ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΩΣ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ WHIRPLE-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βούρος Δ.¹, Μέμος Ν.², Αλεξάκης Ν.¹, Μπράμης Κ.², Κωνσταντουλάκης Μ.², Ζωγράφος Γ.¹, Τούτουζας Κ.¹
¹Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, ²Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Αρεταίειο

Επιστημονικό Πρόγραμμα

017 METASTATIC INSULINOMA PRESENTING 9 YEARS AFTER NON-FUNCTIONAL PANCREATIC NEUROENDOCRINE TUMOR REMOVAL. A RARE ENTITY

Davakis S., Vailas M., Sakarellos P., Kyros E., Karydakis L., Vagios I., Papalampros A., Felekouras E.

First Department of Surgery, Laiko General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

018 ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΠΛΑΤΦΟΡΜΑ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΉΠΑΤΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΡΧΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Τζίμας Γ., Παγκράτης Σ., Χαρακοπούλου Α., Κολοβελώνης Γ.
ΔΘΚΑ Υγεία, Αθήνα

019 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Τσαραμανίδης Σ., Συμεωνίδου Ε., Μαργαρίτης Μ., Παπαδόπουλος Γ., Σιδηροπούλου Μ., Πετράς Π., Μπαλλάς Κ., Καμπαρούδης Α.
ΓΝΘ Ιπποκράτειο

11.00-11.30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Θ. Διακάκος, Κ. Μπράμης**

Κατευθυνόμενη χειρουργική με χρήση του πράσινου της ινδοκυανίνης (ICG)

Κ. Τσαλής

11.30-12.00

Διάλειμμα καφέ

Επιστημονικό Πρόγραμμα

12.00-13.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Προεδρείο: **Α. Πολυχρονίδης, Κ. Τσαλής**

Χορήγηση αντιβιοτικής θεραπείας. Ενδείξεις, επιλογή φαρμάκων και διάρκεια αγωγής

Π. Παναγόπουλος

Απεικόνιση υπό το πρίσμα των αναθεωρημένων κριτηρίων Atlanta και δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης

Ν. Κουρκουτσάκης

Ενδείξεις και επιλογή κατάλληλης χειρουργικής παρέμβασης

Π. Πατάκης

Ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές στην αντιμετώπιση της νεκρωτικής παγκρεατίτιδας

Α. Λαρεντζάκης

Σχολιαστές: **Κ. Τούτουζας, Α. Καμπαρούδης**

13.30-16.00

Μεσημβρινή διακοπή

16.00-17.30

ΒΙΝΤΕΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ

ΠΑΓΚΡΕΑΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΑ

Προεδρείο: **Κ. Μπαλλάς, Ι. Τριανταφυλλίδης**

V06 ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΔΙΠΛΑ ΕΚΤΟΠΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΑΠΟ ΕΚΤΟΠΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΑΙ ΔΕΞΙΑ ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΕΚΤΟΜΗΣ ΚΑΤΑ WHIPPLE. ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κωτίδης Ε., Μπιτσιάνης Σ., Συμεωνίδης Σ., Ανεστασιάδου Ε., Λουτζίδου Λ., Νταμπάκης Γ., Αγγελόπουλος Σ.
Δ' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπανικολάου

Επιστημονικό Πρόγραμμα

**V07 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΟΞΕΙΑΣ
ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Κωτίδης Ε., Μαντζώρος Ι., Μπιτσιάνης Σ., Ανεστασιάδου Ε.,
Λουτζίδου Α., Νταμπάκης Γ.¹, Φουτσιτζής Β., Συμεωνίδης Σ.,
Αγγελόπουλος Σ.

Δ' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπανικολάου

**V08 ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ
ΗΠΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΑ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ - ΒΙΝΤΕΟΠΡΟΒΟΛΗ**

Συμεωνίδου Ε., Τσαραμανίδης Σ., Φούζα Α., Κατσούδα Α., Πετράς
Π., Μπαλλάς Κ., Καμπαρούδης Α.

Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

**V09 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΠΥΡΗΝΙΣΗ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΥΣ
ΟΓΚΟΥ ΑΥΧΕΝΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ**

Ξάκης Α., Γραμματικός Γ., Μυλωνάς Α., Ιακωβίδης Χ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**V10 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΕΚΤΟΜΗ
ΚΑΤΑ WHIRPLE - Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ**

Ιακωβίδης Χ.¹, Ξάκης Α.¹, Γραμματικός Γ.¹, Μυλωνάς Α.¹,
Γκλαντζούνης Γ.²

¹Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη, ²Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

17.30-18.00 **Διάλειμμα καφέ**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

18.00-19.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΕΣΤΙΑΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΗΠΑΤΟΣ

Προεδρείο: **Μ. Πιτιακούδης, Κ. Τεπετές**

Αδένωμα ήπατος. Αυτόματη ρήξη: μύθος ή πραγματικότητα;
Δ. Συμεωνίδης

Αιμαγγείωμα ήπατος. Θεραπεία: εκπυρήνιση, ηπατεκτομή ή
εμβολισμός;
Α. Διαμαντής

Εχινόκοκκος κύστη ήπατος: PAIR, αποστέγαση ή περικυστεκτομή;
Ι. Κόντης

Εστιακή οζώδης υπερπλασία: απεικονιστική ή ιστολογική διάγνωση;
Δ. Δημητρούλης

Σχολιαστές: **Κ. Μπαλλάς, Δ. Σχίζας**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Κυριακή 26 Σεπτεμβρίου 2021 | Δημόκριτος Ι

09.00-10.00

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ (MEET THE EXPERTS)

ΠΑΓΚΡΕΑΣ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗΣ

Συντονιστές: **Κ. Τούτουζας, Β. Παπαδόπουλος, Ι. Μαντζώρος**

Εκτίμηση βαρύτητας και αντιμετώπιση παγκρεατικού συριγγίου
Ν. Αλεξάκης

Τεχνικές ασφαλούς παγκρεατονησιδικής αναστόμωσης
Α. Παπαλάμπρος

Φαρμακευτικά μέσα πρόληψης παγκρεατικού συριγγίου
Δ. Παραμυθιώτης

10.00-11.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΗΠΧ

Προεδρείο: **Ι. Κεσίσσογλου, Δ. Ζαχαρούλης**

Η χρήση των ιατρικών μεγάλων δεδομένων (Big Data) στο χώρο της υγείας
Β. Παπαϊωάννου

Εφαρμογές τεχνητής νοημοσύνης (Artificial Intelligence) στη χειρουργική
Α. Παπαλός

Εξατομικευμένη χειρουργική και χειρουργική ακριβείας
Ε. Μανωλόπουλος

Σχολιαστές: **Ε. Πικουλής, Θ. Διακάκος**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

11.30-12.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ε. Πικουλής, Π. Πατάπης**

Περιφερική παγκρεατεκτομή με εκτομή κοιλιακής αρτηρίας
Α. Καραγιαννάκης

12.00-13.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΚΥΣΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Προεδρείο: **Ι. Μαρούλης, Κ. Σαπαλίδης**

Κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης των κυστικών όγκων του παγκρέατος
Α. Γιακουστίδης

Κυστικοί νευροενδοκρινείς όγκοι παγκρέατος
Δ. Παραμυθιώτης

Πολυεστικά IPMN
Ν. Μαχαίρας

Σχολιαστές: **Π. Πατάπης, Α. Παπαλάμπρος**

13.30-14.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ν. Νικητέας, Β. Παπανικολάου**

Η μεταμόσχευση ήπατος στην Ελλάδα σήμερα: προκλήσεις και δυνατότητες
Γ. Σωτηρόπουλος

14.00-14.30

Βράβευση εργασιών - Συμπεράσματα - Λήξη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Κυριακή 26 Σεπτεμβρίου 2021 | Δημόκριτος II

09.00-10.00

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ (MEET THE EXPERTS)

ΧΟΛΗΦΟΡΑ II

ΚΡΙΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ (CRITICAL VIEW OF SAFETY)

Συντονιστές: **Μ. Πιτιακούδης, Α. Μιχαλόπουλος, Σ. Αγγελόπουλος**

Ορισμός και επίτευξη ασφαλούς εικόνας

Μ. Βάιλας

Συμπληρωματικές απεικονιστικές μέθοδοι ασφαλούς
χολοκυστεκτομής

Α. Λαρεντζάκης

Αδυναμία επίτευξης ασφαλούς εικόνας. Πως προχωρούμε;

Στ. Κύκαλος

10.00-11.00

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΧΟΛΗΦΟΡΑ - ΠΑΓΚΡΕΑΣ

Προεδρείο: **Κ. Ρωμανίδης, Κ. Μπράμης**

020 ΤΥΠΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΕΚΤΟΜΗ (WHIPPLE) ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 57 ΕΤΩΝ ΜΕ ΚΟΚΚΙΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΟΓΚΟ ΕΞΩΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ

Τρακοσάρη Π.¹, Πέτσα-Πουτούρη Σ.¹, Μποτσάκης Κ.²,
Ρεκούνα Κ.¹, Μόρφης Ν.¹, Κουβίδου Χ.¹, Ροντογιάννη Δ.¹,
Δασκαλάκη Ε.¹, Ρουκουνάκης Ν.¹, Βουγάς Β.¹

¹ΤΝΑ Ευαγγελισμός, Αθήνα, ²ΙΑΣΩ General Hospital, Αθήνα

021 ΣΠΑΝΙΟ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΟ ΘΗΛΩΔΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Πέτσα-Πουτούρη Σ.¹, **Τρακοσάρη Π.¹**, Μποτσάκης Κ.²,
Παυλόπουλος Κ.¹, Πολυμέρου Α.¹, Τομαής Δ.¹, Αργυράκος Θ.¹,
Δασκαλάκη Ε.¹, Ρουκουνάκης Ν.¹, Βουγάς Β.¹

¹ΤΝΑ Ευαγγελισμός, Αθήνα, ²ΙΑΣΩ General Hospital, Αθήνα

Επιστημονικό Πρόγραμμα

022 COMBINATION OF IRREVERSIBLE ELECTROPORATION AND SYSTEMIC CHEMOTHERAPY FOR LOCALLY ADVANCED PANCREATIC CANCER. WHERE DO WE STAND?

Davakis S.¹, Kyros E.¹, Oikonomou D.¹, Dimitrokallis N.¹, Petrou A.², Sakellariou S.³, Syllaios A.¹, Karydakakis L.¹, Papalampros A.¹, Sakarellos P.¹, Vailas M.¹, Felekouras E.¹

¹First Department of Surgery, Laiko General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Greece, ²Nicosia Surgical Department, Division of Hepatobiliary Pancreatic Surgery, Nicosia General Hospital, Nicosia, Cyprus, ³Department of Pathology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

023 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΕΦΑΛΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΖΕΤΙΑ

Τζίκος Γ., **Ιωαννίδης Α.**, Χόρτη Α., Μάλλιου Π., Καρακατσάνης Α., Αποστολίδης Στ., Μιχαλόπουλος Α., Παραμυθιώτης Δ.
Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

024 ΑΔΕΝΟΠΛΑΚΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΛΟΓΩΝ

Μάλλιου Π.¹, **Ιωαννίδης Α.**¹, Χόρτη Α.¹, Χαμαλίδου Ε.², Πετράκης Γ.³, Καραγιαννοπούλου Γ.³, Μιχαλόπουλος Α.¹, Παραμυθιώτης Δ.¹

¹Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ²Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ³Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας & Παθολογικής Ανατομικής ΑΠΘ

025 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΤΟ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ

Μαρκόπουλος Γ., Παπατόλιος Γ., Συμεωνίδη Δ., Νεστορίδης Α., Τσακίρης Ν., Λιαρμακόπουλος Ε., Δημάκης Κ.
Χειρουργική Κλινική ΓΝ Φλώρινας

Επιστημονικό Πρόγραμμα

026 IgG4-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΠΤΙΔΑ: ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ; ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κοφινάς Α.¹, Βασιλειάδου Σ.¹, Κατσάνος Γ.¹, Καρακάση Κ.¹, Αντωνιάδης Ν.¹, Μόρσι-Γερογιάννης Α.¹, Σωτηρούδης Γ.¹, Παπαδόπουλος Σ.², Σιδηροπούλου Μ.², Γεωργοπούλου Β.², Τσουλάς Γ.¹

¹Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο ²Τμήμα Απεικονιστικής Διαγνωστικής, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

027 ΔΥΣΚΟΛΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ

Λάσκου Σ.¹, Σαπαλίδης Κ.¹, Παυλίδης Ε.², Μανάκη Β.¹, Γκέκα Θ.¹, Βασιλείου Δ.¹, Λαγόπουλος Β.¹, Μανταλόβας Σ.¹, Κοσμίδης Χ.¹, Κεσίσογλου Ι.¹

¹Τ' Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ²Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

028 ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΙΜΟΥΝΤΑΙ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΕΣ ΑΠΟΤΙΤΑΝΩΣΕΙΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΕΝΔΟΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Χριστοδούλου Ε.¹, Κουρκουτσάκης Ν.^{1,2}, Τζιαγκανά Κ.², Χατζάκη Μ.², Μαντατζής Μ.^{1,2}

¹Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη, ²Τμήμα Διαγνωστικής και Θεραπευτικής Ακτινολογίας, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

029 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΕ ΙΑΤΡΟΓΕΝΗ ΚΑΚΩΣΗ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΥΦΟΛΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χριστοδούλου Ε.¹, Μαντατζής Μ.^{1,2}, Κουρκουτσάκης Ν.^{1,2}

¹Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη, ²Τμήμα Διαγνωστικής και Θεραπευτικής Ακτινολογίας, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Επιστημονικό Πρόγραμμα

11.00-12.30

ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Προεδρείο: **Γ. Γκλαντζούνης, Δ. Κορκολής, Μ. Κωνσταντουλάκης**

Νεοεπικουρική χημειοθεραπεία για ενδοηπατικό
χολαγγειοκαρκίνωμα

Π. Σακαρέλλος

Ασυνήθιστα διεγχειρητικά ευρήματα μετά από ελεύθερη ρήξη
ψευδοκύστης στην περιτοναϊκή κοιλότητα

Φ. Μπόμπου

Ασθενής με νεόπλασμα κεφαλής παγκρέατος σε έδαφος κίρρωσης
ήπατος και σύγχρονο πρωτοπαθές νεόπλασμα πνεύμονα

Ε. Μπαλταγιάννης

Ασθενής με ηπατο-εντερικό συρίγγιο σε έδαφος ραδιοεμβολισμού για
υποτροπή ηπατικής μετάστασης από Ca παχέος εντέρου

Κ. Τεπελένης

Λαπαροσκοπική περιφερική παγκρεατεκτομή. Τεχνική Kimura

Π. Πετράς

Σχολιαστές: **Κ. Τεπετές, Α. Πέτρου, Χ. Ιακωβίδης**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

12.30-14.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ & ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΉΠΑΤΟΣ

Προεδρείο: **Γ. Τσουλάς, Γ. Γκλαντζούνης**

Μείζονες ηπατεκτομές και αναισθησία

Αικ. Λαμπαδαρίου

Αναισθησιολογικές προκλήσεις στη μεταμόσχευση ήπατος

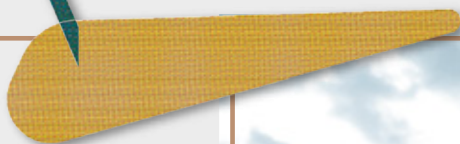
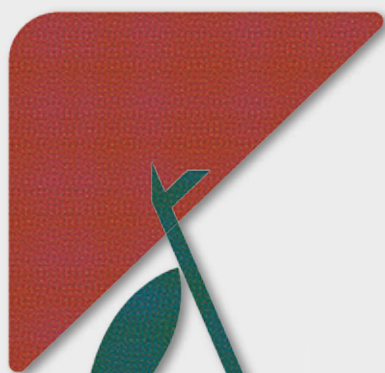
Ε. Γεωργοπούλου

Προγράμματα ERAS στη χειρουργική ήπατος παγκρέατος

Γ. Παπαγεωργίου

Σχολιαστές: **Α. Καμπαρούδης, Α. Καραγιαννάκης**

Χορηγούμενες Συνεδρίες



Χορηγούμενες Συνεδρίες

Παρασκευή 24 Σεπτεμβρίου 2021 | Δημόκριτος Ι

14.00-14.30

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΜΙΚΡΟΣΦΑΙΡΙΔΙΑ Υ-90 (SIRT) ΓΙΑ ΑΝΕΓΧΕΙΡΗΤΟΥΣ ΟΓΚΟΥΣ ΗΠΑΤΟΣ

Προεδρείο: **Γ. Γκλαντζούνης, Σ. Δευτεραίος**

Patient selection for treatment with SIRT

R. Sharma

The place of SIRT in the treatment of HCC

J. Bell

Με την ευγενική χορηγία της  **mediray**

Παρασκευή 24 Σεπτεμβρίου 2021 | Δημόκριτος ΙΙ

17.00-17.30

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΑΤΡΗΣΗΣ/ ΗΛΕΚΤΡΟΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΜΗ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΟΥΣ ΟΓΚΟΥΣ

Προεδρείο: **Ε. Αντωνίου, Δ. Δημητρούλης**

Η χρήση της μη αναστρέψιμης ηλεκτροδιάτρησης (IRE) στην αντιμετώπιση μη εξαιρεσίμων όγκων

Α. Πέτρου

Με την ευγενική χορηγία της  **SYN**

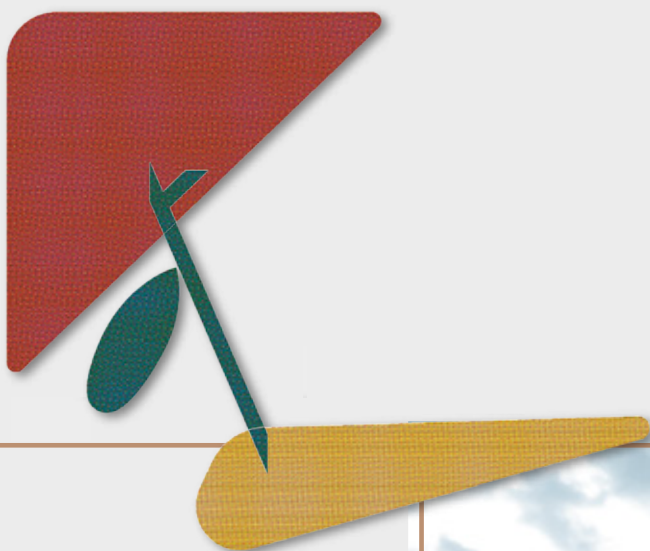
Εφαρμογές αναστρέψιμης ηλεκτροδιάτρησης και χημειοθεραπείας (IRE/ECT) στην αντιμετώπιση μη εξαιρεσίμων όγκων

Δ. Ζαχαρούλης

Με την ευγενική χορηγία της  **Hospital
line**

Σχολιαστές: **Δ. Καραβίας, Δ. Σχίζας**

Γενικές Πληροφορίες



Γενικές Πληροφορίες

■ Ημερομηνία και τόπος διεξαγωγής

24-26 Σεπτεμβρίου 2021

Αλεξανδρούπολη, ξενοδοχείο Ramada Plaza Thraki

(4^ο χλμ. Αλεξανδρούπολης-Θεσσαλονίκης, 68100 Αλεξανδρούπολη, τηλ.: 25510 89100,

www.ramadaplazathraki.com)

■ Πλατφόρμα ηλεκτρονικού συνεδρίου

Για την προβολή και παρακολούθηση του Συνεδρίου για τους συνέδρους που δεν θα παραβρεθούν με φυσική παρουσία, θα χρησιμοποιηθεί ειδική πλατφόρμα.

■ Επίσημη γλώσσα

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η ελληνική. Οι διαλέξεις των ξένων ομιλητών θα πραγματοποιούνται στα αγγλικά και δεν θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση.

■ Πιστοποιητικό

Σε όλους τους συμμετέχοντες του συνεδρίου θα αποσταλεί ηλεκτρονικά πιστοποιητικό συμμετοχής. Για την παραλαβή του πιστοποιητικού απαιτείται η παρακολούθηση του 60% του συνολικού χρόνου του επιστημονικού προγράμματος, σύμφωνα με τη σχετική εγκύκλιο του ΕΟΦ. Δεν προσμετρούνται τα δορυφορικά συμπόσια ή δορυφορικές διαλέξεις.

Τα πιστοποιητικά θα αποσταλούν μετά τη λήξη του συνεδρίου και αφού πρώτα υποβληθεί ηλεκτρονικά στη γραμματεία η αξιολόγησή του.

■ Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME)

Στο συνέδριο χορηγούνται 19 μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME-CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

■ Κονκάρδα συνέδρων

Όλοι οι σύνεδροι που θα συμμετάσχουν με φυσική παρουσία θα παραλάβουν ηλεκτρονικά από τη γραμματεία του συνεδρίου την e-κονκάρδα, την οποία είναι υποχρεωμένοι να τη σαρώνουν κατά την είσοδο και έξοδο τους από τη συνεδριακή αίθουσα αποκλειστικά μέσω του κινητού τους.

■ Οπτικά μέσα - Τεχνική γραμματεία

Οι αίθουσες διεξαγωγής του συνεδρίου θα είναι τεχνικά εξοπλισμένες για τις παρουσιάσεις μέσω Η/Υ. Το υλικό της παρουσίασης θα πρέπει να αποστέλλεται μέσω email στην ειδική τεχνική γραμματεία.

Γενικές Πληροφορίες

■ Mobile application

Η εφαρμογή είναι διαθέσιμη σε όλες τις συσκευές (κινητά τηλέφωνα ή tablets) με σύνδεση στο διαδίκτυο, ανεξάρτητα από το λειτουργικό τους σύστημα.

Οι συμμετέχοντες, μέσω αυτής, έχουν άμεση πρόσβαση στο επίσημο πρόγραμμα του συνεδρίου, θα λαμβάνουν ενημερωτικά μηνύματα, ειδοποιήσεις και άλλες ενημερώσεις που σχετίζονται με το συνέδριο και όλες τις εξελίξεις κατά τη διάρκειά του.

Με την ευγενική χορηγία της 

■ Υγειονομικά Πρωτόκολλα

Σύμφωνα με τα νέα υγειονομικά πρωτόκολλα που αφορούν στη διεξαγωγή επιστημονικών συνεδρίων θα πρέπει κατά την άφιξή σας στο συνεδριακό χώρο να προσκομίσετε στην Γραμματεία του Συνεδρίου είτε πιστοποιητικό εμβολιασμού (για τους εμβολιασμένους) είτε πιστοποιητικό ανάρρωσης (180 ημερών).

Με απόλυτη αίσθηση ευθύνης απέναντι σε όλους σας και με απόλυτη τήρηση των μέτρων την ελληνικής πολιτείας, μέλημα μας είναι να φροντίσουμε ο αριθμός των συνέδρων με φυσική παρουσία στη συνεδριακή αίθουσα να είναι περιορισμένος με προτεραιότητα φυσικά στους προέδρους και τους ομιλητές της κάθε ενότητας.

■ Εμπορική έκθεση

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων ιατρικών μηχανημάτων.

Γενικές Πληροφορίες

■ Δικαίωμα συμμετοχής

Κατηγορία	Κόστος Φυσική παρουσία	Κόστος Διαδικτυακή παρακολούθηση
Ειδικοί ιατροί	120 €	62 €
Ειδικευόμενοι	80 €	62 €
Νοσηλευτές*	Δωρεάν	Δωρεάν
Προπτυχιακοί φοιτητές**	Δωρεάν	Δωρεάν

Οι παραπάνω τιμές περιλαμβάνουν τον ισχύοντα ΦΠΑ 24%.

* Για τις εγγραφές του νοσηλευτικού προσωπικού απαιτείται έγγραφο πιστοποίησης από τη νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου εργασίας.

** Αφορά τους προπτυχιακούς φοιτητές με την επίδειξη της φοιτητικής τους ταυτότητας.

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

Παρακολούθηση με φυσική παρουσία

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

Διαδικτυακή παρακολούθηση

- Πρόσβαση στην ηλεκτρονική πλατφόρμα
- Παρακολούθηση του συνεδρίου
- Πιστοποιητικό συμμετοχής

■ Επιστημονικός Φορέας Διοργάνωσης Συνεδρίου



www.hhpba.gr

■ Γραμματεία Συνεδρίου



Global Events
...makes the difference!
Διοργάνωση Συνεδρίων - Εκδηλώσεων

Θεσσαλονίκη: Σταδίου 50Α, 55534 Πυλαία, Θεσσαλονίκη

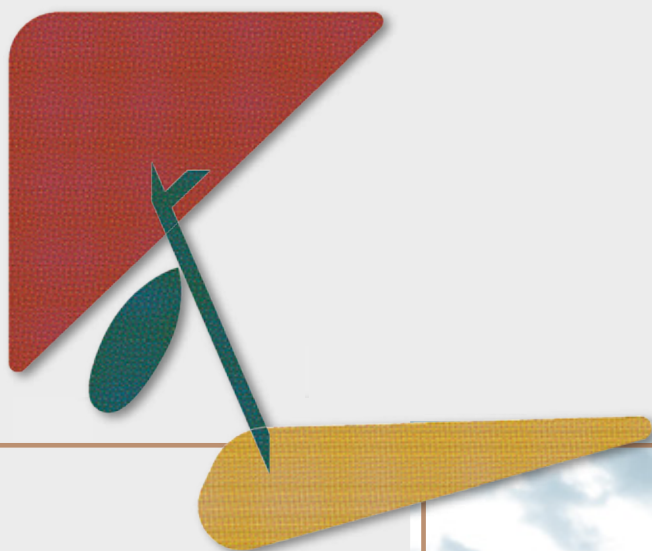
Τηλ.: 2310 247743, 2310 247734, fax: 2310 247746, e-mail: info@globalevents.gr

Αθήνα: Βαλέστρα 2 & Λεωφ. Α. Συγγρού 168, 17671 Αθήνα

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

www.globalevents.gr

Πρόεδροι - Ομιλητές



Πρόεδροι - Ομιλητές

B

Bell J.

Consultant Interventional Radiologist

M

Milicevic M.

Professor of Surgery, University of Belgrade, Serbia

S

Sharma R.

Consultant Medical Oncologist & Clinical Pharmacologist, Faculty of Medicine, Department of Surgery and Cancer, Imperial College of London, UK

A

Αγγελόπουλος Σ.

Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ, Διευθυντής Δ' Χειρουργικής Κλινικής ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπανικολάου

Αλεξάκης Ν.

Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

Αντωνιάδης Ν.

Επ. Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής - Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ

Αντωνίου Ε.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής και Μεταμόσχευσης Οργάνων ΕΚΠΑ

B

Βάιλας Μ.

Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Α' Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ Λαϊκό

Βουγάς Β.

Διευθυντής, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος Α' Χειρουργικής Κλινικής και Μονάδος Μεταμοσχεύσεων, ΓΝΑ Ευαγγελισμός

Γ

Γερμανός Στ.

Επιμελητής Α', Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ Πατρών

Γεωργοπούλου Ε.

Επιμελήτρια Α', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ομάδα Μεταμοσχεύσεων Ήπατος, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Γιακουστίδης Α.

Χειρουργός, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Α' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Γκλαντζούνης Γ.

Καθηγητής Χειρουργικής-Μεταμοσχεύσεων Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Υπεύθυνος Μονάδας Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος Χειρουργικής Κλινικής, ΠΓΝ Ιωαννίνων

Δ

Δερβένης Χ.

Καθηγητής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κύπρου

Πρόεδροι - Ομιλητές

Δευτεραίος Σ.

Αν. Καθηγητής Ακτινολογίας ΔΠΘ

Δημητρούλης Δ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

Διαμαντής Α.

Γεν. Χειρουργός, Ακαδημαϊκός
Υπότροφος Χειρουργικής Κλινικής,
ΠΓΝ Λάρισας

Z

Ζαχαρούλης Δ.

Καθηγητής Χειρουργικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

I

Ιακωβίδης Χ.

Χειρουργός Ήπατος Χοληφόρων
Παγκρέατος, Κλινική Άγιος Λουκάς,
Θεσσαλονίκη

K

Καμπαρούδης Α.

Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Διευθυντής Ε' Χειρουργικής Κλινικής
ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Καραβίας Δ.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής
Πανεπιστημίου Πατρών

Καραγιαννάκης Α.

Καθηγητής Χειρουργικής ΔΠΘ

Καραμπά Α.

Ειδικευόμενη Χειρουργικής,
ΠΓΝ Ιωαννίνων, Υποψήφια Διδάκτορας
Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων

Κατσάνος Γ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής
Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ

Καφαλής Ν.

Πανεπιστημιακός Υπότροφος,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Κεσίσουλου Ι.

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

Κολιός Γ.

Γαστρεντερολόγος - Κλινικός
Φαρμακολόγος, Καθηγητής
Φαρμακολογίας ΔΠΘ

Κόντης Ι.

Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

Κοραντζής Ι.

Ογκολόγος Παθολόγος, Κλινική Άγιος
Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Κορκολής Δ.

Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ,
Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών
Άγιος Σάββας

Κουκλάκης Γ.

Καθηγητής Παθολογίας
Γαστρεντερολογίας ΔΠΘ

Κουρκουτσάκης Ν.

Αν. Καθηγητής Ακτινολογίας ΔΠΘ

Κοφινάς Α.

Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Χειρουργική
Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ,
ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Πρόεδροι - Ομιλητές

Κύκαλος Σ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

Κωνσταντουλάκης Μ.

Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

Λ

Λαμπαδαρίου Α.

Συντονίστρια Διευθύντρια
Αναισθησιολογικού Τμήματος,
ΓΝΑ Λαϊκό

Λαρεντζάκης Α.

Χειρουργός, Ακαδημαϊκός Υπότροφος
ΕΚΠΑ, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική
Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο

Λιακάκος Θ.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ,
Διευθυντής Β' Χειρουργικής Κλινικής,
Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

Μ

Μαλαγάρη Α.

Καθηγήτρια Επεμβατικής Ακτινολογίας
ΕΚΠΑ

Μαντζώρος Ι.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Μανωλόπουλος Ε.

Καθηγητής Φαρμακολογίας,
Φαρμακογονιδιωματικής και
Ιατρικής Ακριβείας ΔΠΘ, Διευθυντής
Εργαστηρίου Φαρμακολογίας ΔΠΘ

Μαρούλης Ι.

Καθηγητής Χειρουργικής
Πανεπιστημίου Πατρών, Διευθυντής
Πανεπιστημιακής Χειρουργικής
Κλινικής, ΠΓΝ Πατρών

Μαχαίρας Ν.

Χειρουργός, Ακαδημαϊκός Υπότροφος,
Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική,
ΕΚΠΑ, ΓΝΑ Λαϊκό

Μιχαλόπουλος Α.

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

Μπαλλάς Κ.

Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Μπαλταγιάννης Ε.

Ειδικευόμενος Χειρουργικής Κλινικής,
ΠΓΝ Ιωαννίνων, Υποψήφιος Διδάκτορας
Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων

Μπενετάτος Ν.

Επιμελητής Α', Χειρουργική Κλινική,
ΠΓΝ Πατρών

Μπόμπου Ε.

Ειδικευόμενη Χειρουργικής,
Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική,
ΠΓΝ Λάρισας

Μπράμης Κ.

Χειρουργός, Α' Προπαιδευτική
Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ,
ΓΝΑ Ιπποκράτειο

Ν

Νικητέας Ν.

Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ,
Διευθυντής Β' Προπαιδευτικής
Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ,
ΓΝΑ Λαϊκό, Διευθυντής Χειρουργικού
Τομέα Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Πρόεδροι - Ομιλητές

Ξ

Ξενίδης Ν.

Αν. Καθηγητής Κλινικής Ογκολογίας
ΔΠΘ

Π

Παναγόπουλος Π.

Παθολόγος- Λοιμωξιολόγος,
Αν. Καθηγητής Παθολογίας ΔΠΘ

Παπαγεωργίου Γ.

Αναισθησιολόγος, Ξάνθη

Παπαδόπουλος Β.

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

Παπαζώγας Β.

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

Παπαϊωάννου Β.

Αν. Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας
και Υπολογιστικής Ιατρικής ΔΠΘ,
Διευθυντής ΜΕΘ,
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Παπαλάμπρος Α.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

Παπαλόης Α.

Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου
ΕΜΒΙΕΕ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ,
Γ' Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής
ΕΚΠΑ, Γενικός Γραμματέας NASCE /
UEMS

Παπάνας Ν.

Καθηγητής Παθολογίας ΔΠΘ,
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου-
Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού,
Β' Παθολογική Κλινική ΔΠΘ,
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Παπανικολάου Β.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής-
Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ

Παραμυθιώτης Δ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Παραράς Ν.

Ακαδημαϊκός Υπότροφος,
Γ' Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ

Πατάπης Π.

Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

Πετράς Π.

Χειρουργός, Επιμελητής Α' ΕΣΥ,
Ε' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ,
ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Πέτρου Α.

Διευθυντής Κέντρου Χειρουργικής
Ήπατος- Παγκρέατος και Χειρουργικής
Ογκολογίας, Mediterranean Hospital of
Cyprus

Πικουλής Ε.

Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ,
Κοσμήτορας Σχολής Επιστημών Υγείας
ΕΚΠΑ

Πιτιακούδης Μ.

Καθηγητής Χειρουργικής ΔΠΘ,
Διευθυντής Β' Χειρουργικής Κλινικής
ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης,
Πρόεδρος Ιατρικού Τμήματος ΔΠΘ

Πρόεδροι - Ομιλητές

Πολυχρονίδης Α.

Καθηγητής Χειρουργικής ΔΠΘ,
Πρύτανης ΔΠΘ

P

Ράπτης Δ.

Ακαδημαϊκός Υπότροφος,
Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ,
ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Ρωμανίδης Κ.

Καθηγητής Χειρουργικής ΔΠΘ

Σ

Σακαρέλλος Π.

Ακαδημαϊκός Υπότροφος ΕΚΠΑ,
Α' Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ,
ΓΝΑ Λαϊκό

Σαπαλίδης Κ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Σκένδρος Π.

Αν. Καθηγητής Παθολογίας ΔΠΘ

Σταθάκης Π.

Consultant General and Emergency
Surgeon, Manchester Surgical Clinic,
Manchester, UK

Συμεωνίδης Δ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Σχίζας Δ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

Σωτηρόπουλος Γ.

Καθηγητής Χειρουργικής και
Μεταμοσχεύσεων Πανεπιστημίων
Essen και ΕΚΠΑ

T

Τεπελένης Κ.

Επικουρικός Επιμελητής Β',
Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων

Τεπετές Κ.

Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Τούτουζας Κ.

Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

Τριανταφυλλίδης Ι.

Διευθυντής Β' Χειρουργικού Τμήματος,
ΓΝ Καβάλας

Τσαλής Κ.

Ομ. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ

Τσίρλης Θ.

Χειρουργός, Επιμελητής Β',
Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών
Άγιος Σάββας

Τσουλφάς Γ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής -
Χειρουργικής Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ,
Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής
Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ,
ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Φ

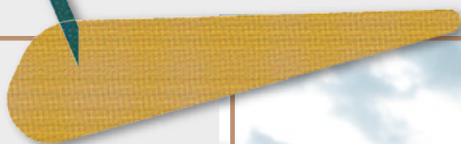
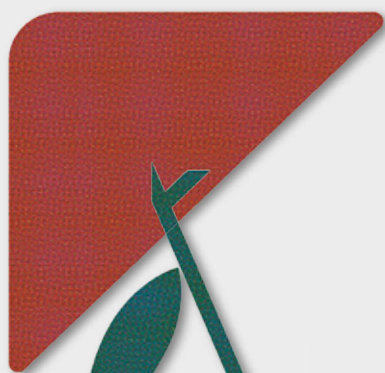
Φελέκουρας Ε.

Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ,
Διευθυντής Α' Χειρουργικής Κλινικής
ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ Λαϊκό

Χατζηθεόκλητος Ε.

Χειρουργός, Θεσσαλονίκη

Περίληψεις Προφορικών Ανακοινώσεων



001

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΡΙΚΗΣ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗΣ ΥΠΟ ΥΨΗΛΗ ΠΙΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ ΣΤΗΝ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ

Υψηλάντης Π.¹, Λαμπροπούλου Μ.², Νταμπάκης Γ.¹, Σιώκα Τ.¹, Υψηλάντου Ι.¹, Πιττακούδης Μ.¹

¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη, ²Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός: Η διάσπαση της ακεραιότητας του βλεννογόνιου εντερικού φραγμού σχετίζεται με την εκδήλωση σηπτικών επιπλοκών μετά από τη διενέργεια μερικής ηπατεκτομής. Η λαπαροσκοπική τεχνική εφαρμόζεται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια. Σε επιλεγμένες ομάδες ασθενών κρίνεται απαραίτητη η εγκατάσταση υψηλότερων από τις συνήθεις πιέσεις πνευμοπεριτοναίου με σκοπό τη βελτίωση του χειρουργικού πεδίου σε υπέρβαρους ασθενείς ή προς περιορισμό της διεγχειρητικής αιμορραγίας. Στην παρούσα μελέτη συγκρίθηκε η επίδραση της λαπαροσκοπικής μερικής ηπατεκτομής υπό υψηλή έναντι συνήθους πίεσης πνευμοπεριτοναίου στην ακεραιότητα του βλεννογόνιου εντερικού φραγμού σε ζωικό πρότυπο επίμου.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν 3 ομάδες επιμύων στους οποίους διενεργήθηκε εκτομή του 70% του ηπατικού παρεγχύματος υπό πνευμοπεριτόναιοCO₂ σε πίεση 5 mmHg (ομάδα LAP-HEP-5) ή 8 mmHg (ομάδα LAP-HEP-8) ή καμμία παρέμβαση (ομάδα CONTROL). Σε διάφορες χρονικές στιγμές (24h, 48h, 1w) μετά την επέμβαση λαμβανόταν δείγμα τελικού ειλεού (6 ζώα/ομάδα/χρονική στιγμή) για ιστοπαθολογική εξέταση, ιστομορφομετρική ανάλυση (πυκνότητα και ύψος εντερικών λαχνών) και ανοσοϊστοχημική εκτίμηση του μιτωτικού (SER-10) και του αποπτωτικού δείκτη (μέθοδος TUNEL).

Αποτελέσματα: Στην ομάδα LAP-HEP-8, οιστοπαθολογικός δείκτης αυξήθηκε σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με την ομάδα LAP-HEP-5, η πυκνότητα των λαχνών αυξήθηκε συγκριτικά με την ομάδα CONTROL, το ύψος των λαχνών ήταν μεγαλύτερο σε σχέση με την ομάδα LAP-HEP-5, ο μιτωτικός δείκτης βελτιώθηκε, ενώ ο αποπτωτικός δείκτης ήταν υψηλότερος σε σχέση με την ομάδα LAP-HEP-5.

Συμπεράσματα: Η διενέργεια λαπαροσκοπικής μερικής ηπατεκτομής υπό υψηλή πίεση πνευμοπεριτοναίου ασκεί προστατευτική δράση στο βλεννογόνιο εντερικό φραγμό διατηρώντας την ακεραιότητά του.

002

UNDIFFERENTIATED SHOCK IN A CIRRHOTIC PATIENT

Μπουλάς Κ., Ναθαναηλίδου Μ., Σιταρίδης Κ., Φιλιππίδης Ι., Χατζηγεωργιάδης Α.
Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

Introduction: Sepsis and portal hypertension related upper gastrointestinal bleeding are the most common causes of shock and ICU admission in cirrhosis.

Case Presentation: A 86-year-old male patient with Child-Pugh A HBV cirrhosis was ambulance transferred with ATLS stage 3 shock. As no criteria for sepsis and no evidence of upper gastrointestinal bleeding were present, the patient considered to have undifferentiated septic or hemorrhagic shock and admitted to ICU with SOFA score 6. Early whole body CT performed which revealed the presence of a ruptured segment III peripheral borderline nodule with hemoperitoneum. After a transient initial response, continuous resuscitation resulted in further hemorrhage deterioration due to CVP increase and laparotomy along with open wedge resection performed with uneventfull recovery. Biopsy of the surgical specimen revealed a ruptured early HCC.

Discussion: Sepsis due to primary peritonitis, pulmonary or urinary tract infection, and portal hypertension related upper gastrointestinal bleeding are the most common causes of shock and ICU admission in cirrhosis. In cirrhotic patients with undifferentiated shock rare causes should be delineated such as secondary peritonitis and hemoperitoneum from a ruptured intraperitoneal varix or HCC.

Conclusions: In cirrhotic patients with undifferentiated shock and no indications for abdominal paracentesis, early whole body CT with emphasis in ascitic fluid density should be performed to exclude rare causes such as secondary peritonitis and hemoperitoneum from a ruptured intraperitoneal varix or HCC.

003

GIANT EXTRACAPSULAR HEPATIC ADENOMA IN AN OTHERWISE HEALTHY MIDDLE-AGED MALE PATIENT

Ναθαναλίδου Μ., Μπλούχος Κ., **Μπουλάς Κ.**, Φιλιππίδης Ι., Σιταρίδης Κ.,
Χατζηγεωργιάδης Α.
Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

Introduction: Hepatic adenomas are uncommon epithelial tumours. They usually appear in women between 20 and 44 year-old and are located in the right liver. Typically, hepatic adenomas are solitary masses; however multiple adenomas can present in patients with prolonged use of oral contraceptive pills, glycogen storage diseases and hepatic adenomatosis.

Case Presentation: An otherwise-healthy 42 year-old male patient presented to the emergency department complaining of right upper quadrant pain. Abdominal ultrasound revealed an isoechogenic with internal vascularity right hypochondrium 18×22×11cm mass. Triple-phase liver CT showed a sessile with 2×3cm thickness stalk originating from segment III, ovoid, 18×22×11cm in size mass with well circumscribed borders and displacement of adjacent structures. Laparotomy revealed the sessile mass originating from segment III free hepatic border and extending to the lesser pelvis without strong adhesions to surrounding structures. Pedicle ligation and cut at the hepatic surface and mass excision performed with uneventful recovery. Biopsy of the surgical specimen revealed an extracapsular hepatic adenoma.

Discussion: Incidence of hepatic adenomas has increased in the last decades, in a parallel fashion with the introduction of oral contraceptive pills showing association with diabetes and pregnancy. As prognosis of hepatic adenomas is not well established, management depends on symptoms, size, number, location and certainty of diagnosis.

Conclusions: The present case report describes an extremely rare demonstration of hepatic adenoma with extracapsular presentation in an otherwise-healthy middle-aged male patient.

004

ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΕΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ TAKASAKI-Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Συμμεωνίδου Ε., Τσαραμανίδης Σ., Νείρος Σ., Πατούλια Μ., Μπράτκου Α., Πετράς Π., Μπαλλάς Κ., Καμπαρούδης Α.
Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Η παρουσίαση ανατομικής ηπατεκτομής με τη μέθοδο Takasaki, η οποία επιτρέπει την προσπέλαση και κατά συνέπεια τον αποκλεισμό των στοιχείων των τμημάτων του ήπατος πριν τη διατομή του ηπατικού παρεγχύματος, ενώ παράλληλα εξασφαλίζει καλύτερο ογκολογικό αποτέλεσμα μακροπρόθεσμα.

Υλικά-Μέθοδοι: Τη χρονική περίοδο 2019-2021 διενεργήθηκαν συνολικά 32 ανατομικές ηπατεκτομές με τη μέθοδο Takasaki, 14 μείζονες και 18 τμηματικές.

Αποτελέσματα: Η χρήση της συγκεκριμένης προσπέλασης είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην ανοιχτή και στη λαπαροσκοπική χειρουργική, επιτυγχάνοντας σημαντικά μικρότερη απώλεια αίματος και λιγότερο χρόνο Pringle. Παράλληλα, μειώνεται η πιθανότητα διεγχειρητικής κάκωσης στοιχείων του ήπατος, ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει στις κεντρικές ηπατεκτομές. Συνδυαστικά μάλιστα με το πράσινο της ινδοκυανίνης επιτρέπει την ακριβή διατομή του ηπατικού παρεγχύματος.

Συμπεράσματα: Η επίτευξη ανατομικής ηπατεκτομής με τη μέθοδο Takasaki είναι εφικτή όταν διενεργείται από έμπειρο χειρουργό, καθώς απαιτεί άριστη γνώση της ανατομίας του ήπατος. Στα πλεονεκτήματα της συμπεριλαμβάνονται η μικρότερη απώλεια αίματος, η ελαχιστοποίηση του χρόνου Pringle και το βέλτιστο ογκολογικό αποτέλεσμα.

005

ALPPS - Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Ξάκης Α., Γραμματικός Γ., Μυλωνάς Α., Ιακωβίδης Χ.
Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η ALPPS (Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy) αποτελεί μία επέμβαση λίγο γνωστή στο ευρύ χειρουργικό κοινό, η οποία ωστόσο δύναται να δώσει χειρουργική λύση σε αρκετούς ασθενείς με καρκινική νόσο του ήπατος η οποία καταλαμβάνει τόσο όγκο ώστε διαφορετικά να κριθεί ανεγχείρητη δεδομένου του μη επαρκούς μελλοντικού εναπομείνοντος ήπατος.

Υλικό και μέθοδοι: Πρόκειται για 2 περιστατικά. Το πρώτο ασθενής με Ca παχέως εντέρου με ταυτόχρονες πολλαπλές μεταστάσεις ήπατος ο οποίος υποβλήθηκε αρχικώς σε λαπαροσκοπική χαμηλή πρόσθια εκτομή με ταυτόχρονη μεταστασεκτομή τμήματος 2-3, και απολίνωση του δεξιού κλάδου της πυλαίας φλέβας. 8 εβδομάδες μετά και ενώ ο ασθενής βρισκόταν υπό χημειοθεραπεία η υπερτροφία του FLR δεν ήταν επαρκής, οπότε και αποφασίστηκε η διενέργεια ALPPS. Το δεύτερο περιστατικό πρόκειται για ασθενή με εκτεταμένο χολαγγειοκαρκίνωμα ήπατος το οποίο αντιμετωπίστηκε αρχικώς με neoadjuvant χημειοθεραπεία. Ωστόσο η ανταπόκριση ήταν πτωχή και ο όγκος συνέχισε να αυξάνεται σε μέγεθος, χωρίς ωστόσο να διηθεί τα τμήματα 2 και 3. Αποφασίστηκε πως ο ασθενής χρήζει ταχείας χειρουργικής λύσης, προτού ο όγκος κριθεί ολοτελώς ανεγχείρητος οπότε και αποφασίστηκε και στην περίπτωση αυτή η διενέργεια ALPPS. Η επέμβαση πραγματοποιείται σε 2 στάδια με διαφορά 1 έως 3 εβδομάδων μεταξύ τους. Στο πρώτο στάδιο ο ασθενής υποβάλλεται σε απολίνωση του δεξιού κλάδου της πυλαίας φλέβας και πλήρη η μερική διατομή του ηπατικού παρεγχύματος σε υγιή όρια. Αποτέλεσμα της επέμβασης αυτής είναι η ταχεία και μεγάλη υπερτροφία του FLR. Ακολουθεί CT ΑΚΚΟ και όταν κριθεί πως πλέον το FLR είναι επαρκές, τότε ο ασθενής δύναται να υποβληθεί στο δεύτερο στάδιο της επέμβασης, όπου πλέον ο όγκος εκτέμνεται κανονικώς. Αμφότεροι οι ασθενείς ανέχτηκαν καλώς την χειρουργική επέμβαση και εμφάνισαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

Αποτελέσματα και συμπέρασμα: Η επέμβαση ALPPS αποτελεί μία σημαντική πρόοδο στην χειρουργική του ήπατος καθώς οδηγεί στην ταχεία και μεγάλη υπερτροφία του ήπατος σε ασθενείς με καρκινική νόσο και ανεπαρκές FLR. Πρόκειται για μια απαιτητική επέμβαση που θα πρέπει να πραγματοποιείται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα και δύναται να βελτιώσει το προσδόκιμο σε ασθενείς οι οποίοι άλλοτε κρίνονταν ανεγχείρητοι.

006

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑΣ ΡΟΗΣ ΣΕ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗΣ ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΣΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Καραμπά Α.¹, Μαρκόπουλος Γ.^{2,3}, Γούσια Α.⁴, Λιανός Γ.¹, Αλεξίου Γ.^{3,5}, Βαρθολομάτος², Γκλαντζούνης Γ.¹

¹Μονάδα Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος, Χειρουργική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, ²Αιματολογικό Εργαστήριο-Μονάδα Μοριακής Βιολογίας, ΠΓΝ Ιωαννίνων, ³Νευροχειρουργικό Ινστιτούτο, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ⁴Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, ⁵Νευροχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων

Σκοπός: Η ηπατεκτομή αποτελεί την κύρια θεραπεία για πρωτοπαθείς και μεταστατικούς όγκους ήπατος εξασφαλίζοντας μακροπρόθεσμη επιβίωση και καλή ποιότητα ζωής. Ο απώτερος στόχος της χειρουργικής ογκολογίας είναι να επιτευχθεί πλήρης αφαίρεση του όγκου με ελεύθερα χειρουργικά όρια. Η διεγχειρητική κυτταρομετρία ροής (intraoperative Flow Cytometry, iFC), που έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε όγκους εγκεφάλου, μαστού και σε νεοπλασμάτα Κεφαλής – Τραχήλου, είναι η εφαρμογή της κυτταρομετρίας κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, για τον υπολογισμό της ανευπλοειδίας του DNA και την ανάλυση των φάσεων του κυτταρικού κύκλου των καρκινικών κυττάρων καθώς και για την εκτίμηση των ορίων εκτομής για παρουσία καρκινικών κυττάρων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εφαρμογή της iFC σε ασθενείς με νεοπλασμάτα ήπατος για την ανάλυση του περιεχόμενου DNA των κυττάρων ασθενών με όγκους ήπατος που υποβάλλονται σε ηπατεκτομή.

Υλικό και μέθοδοι: 9 ασθενείς με όγκους ήπατος (3 πρωτοπαθείς/6 μεταστατικοί), από τους οποίους λήφθηκε κατά την χειρουργική επέμβαση βιοψικό υλικό από τον όγκο και από τα όρια εκτομής μέσω της χρήσης εντυπώματος. Στα δείγματα πραγματοποιήθηκε παθολογοανατομική και κυτταρομετρική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Η κυτταρομετρική ανάλυση ταυτοποίησε παρουσία νεοπλασματικών κυττάρων σε 3 από τα 9 ιστολογικά παρασκευάσματα, παρόλο που τα ιστολογικά όρια εκτομής ήταν καθαρά (R0 εκτομή).

Συμπεράσματα: Η χρήση της iFC, για την ανίχνευση νεοπλασματικών κυττάρων στα όρια εκτομής διαφαίνεται ότι έχει την δυναμική να χρησιμοποιηθεί ως συμπληρωματικό εργαλείο, που θα παρέχει επιπλέον πληροφορίες για την βιολογία του όγκου. Αυτό θα μπορούσε να συνεισφέρει στην καλύτερη διεγχειρητική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση ογκολογικών ασθενών.

007

MULTIDISCIPLINARY TEAM APPROACH FOR THE TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA. 10 YEARS' EXPERIENCE IN GREECE

Davakis S¹, Vailas M.¹, Sakarellos P.¹, Kyros E.¹, Karydakis L.¹, Kozadinos A.¹, Vagios I.¹, Kanavidis P.¹, Sakellariou S.², Korkolis D.³, Glantzounis G.⁴, Papalampros A.¹, Felekouras E.¹

¹First Department of Surgery, Laiko General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Greece, ²Department of Pathology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Greece, ³Department of Surgery, Hellenic Anticancer Institute, Saint Sawas Hospital, Athens, Greece, ⁴Department of Surgery, Ioannina University Hospital, Ioannina, Greece

Background: Hepatocellular Carcinoma (HCC) is the most frequent primary liver tumor. Well-established risk factors include chronic hepatitis B and C, non-alcoholic liver cirrhosis and liver steatosis amongst others, leading to impaired liver function. Surveillance programs and multi-disciplinary team approach aim to early diagnosis and effective therapy. Liver resection is the mainstay of treatment for HCC. All efforts are made towards bloodless hepatectomies, with adoption of newer techniques and evolvement of existing therapies.

Methods: We have been performing liver resection routinely for the past 30 years. The first attempt towards a bloodless and uneventful hepatectomy was the formation of a proper HPB Unit, formed by specialist surgeons, dedicated anesthetists, ICU beds and experienced radiologists. Gradual implementation and adoption of the new techniques followed. Between ten years period more than n=300 consecutive hepatectomies were performed in three-referral centers in Greece, from affiliated surgeons. Patients included in this study were treated with curative intent for HCC.

Results: N= 170 consecutive patients underwent liver resection for HCC during the study period. Mean age was 75 years. Most were male patients. Etiology of liver disease was cirrhosis in most cases, due to alcoholic liver disease (ALD) (23.5%), hepatitis B infection (42.35%), hepatitis C infection (17.64%) and hepatic steatosis (16.4%). Post-operative complications according to Clavien-Dindo classification, were grade I in 54.66%, grade II in 24% and III-IV in 17.33% of the cases, respectively. Thirty and 90-day mortality rates were 1.13%. Mean length of hospital stay was 17.5 days. Mean OS was 46.66 months, while mean PFS was 31.56 months.

Conclusion: This data indicates that liver resection for HCC with utilization of the combined technique of saline-linked radiofrequency ablation and ultrasonic aspiration, is safe and feasible, leading towards bloodless liver resection without the use of vascular occlusion, ensuring that surgical treatment for HCC becomes comparatively safer.

008

ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΜΟΙΒΑΔΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΛΥΣΗΣ-ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μόρσι Γερογιάννης Α.¹, Καρακάση Κ.¹, Κατσάνος Γ.¹, Σουφλήρης Κ.², Σωτηρούδης Γ.¹, Βασιλειάδου Σ.¹, Αντωνιάδης Ν.¹, Κοφινάς Α.¹, Σιδηροπούλου Μ.³, Παπαδόπουλος Σ.³, Γεωργοπούλου Β.³, Τσουλάς Γ.¹

¹Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

²Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ³Τμήμα Ακτινολογίας, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Η ηπατική αμοιβάδωση είναι συχνή και σοβαρή επιπλοκή της λοίμωξης του πεπτικού με *Entamoeba histolytica*. Το παράσιτο διηθεί τον εντερικό βλεννογόνο και μέσω του συστήματος της πυλαίας προσβάλλει το ήπαρ, όπου οι αμοιβάδες εγκαθίστανται στα κολποειδή προκαλώντας λυτική νέκρωση του παρεγχύματος με κατάληξη τον σχηματισμό αποστήματος. Η αντιμετώπιση του αμοιβαδικού αποστήματος στο ήπαρ είναι κατά κανόνα συντηρητική και αποτελεί συνδυασμό αντιβιοτικής θεραπείας και διαδερμικής παροχέτευσης της συλλογής.

Σκοπός: Η παρουσίαση του διπλού συστήματος πλύσεων-παροχέτευσης της αποστηματικής κοιλότητας ως βέλτιστου τρόπου παροχέτευσης της συλλογής, σε σχέση με τον μονό παραδοσιακό καθετηριασμό-παροχέτευση της κοιλότητας.

Υλικά και μέθοδοι: Ασθενής, 45 ετών, με ιστορικό νόσο Crohn παρουσιάζει εμπύρετο έως 39°C. Μετά από αξονική τομογραφία αναδεικνύεται πολύχωρη κυστικόμορφη βλάβη, με πεπαχυμένα διαφραγμάτια στον δεξιό ηπατικό λοβό (τμήματα VII-VIII) διαστάσεων 17.7x12x10.2εκ, που αποδίδεται καταρχάς σε απόστημα. Έπειτα διαγνωστικής παρακέντησης και λήψης καλλιιεργειών τίθεται η διάγνωση αμοιβαδικού αποστήματος και γίνεται έναρξη αντιβιοτικής αγωγής με πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμη και μετρονιδαζόλη. Λόγω μη βελτίωσης συμπτωμάτων προσήλθε στο τμήμα μας για περαιτέρω χειρουργική αντιμετώπιση. Τοποθετήθηκε αρχικά μονός καθετήρας διαδερμικά ct-guided στην συλλογή, ενώ την 6η ημέρα της νοσηλείας τοποθετήθηκε σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης στην σύστοιχη πλευριτική συλλογή. Την 10η ημέρα, λόγω συνεχιζόμενων πυρετικών κυμάτων και μη αξιόλογης μεταβολής των διαστάσεων του αποστήματος τοποθετήθηκαν διαδερμικά ct-guided 2 καθετήρες στην αποστηματική κοιλότητα, ένας 8Fr για συνεχή έκπλυση της κοιλότητας με N/S 0.9% κι ένας 14Fr παροχέτευσης.

Αποτελέσματα: Την 16η ημέρα αφαιρέθηκε ο σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης και την 17η ημέρα σε επαναληπτική αξονική παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση του αποστήματος (10x11x8εκ), οπότε διακόπηκαν οι πλύσεις. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο και

σε επαναληπτική αξονική, 15 ημέρες μετά, παρατηρούνταν φλέγμονας στην περιοχή (θεκ) και μικρές συλλογές (ζεκ), ενώ κλινικά παρέμενε απύρετος.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή του διπλού συστήματος πλύσεως-παροχέτευσης αποστηματικών κοιλοτήτων μπορεί να εφαρμοστεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα, βελτιώνοντας τα θεραπευτικά αποτελέσματα και επισπεύδοντας την ανάρρωση του ασθενούς.

009

ΑΥΤΟΜΑΤΟ/ΜΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΜΗΡΟΥ ΣΕ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ ΥΠΟ ΣΟΡΑΦΕΝΙΜΠΗ ΚΑΙ ΗΠΑΡΙΝΗ ΧΑΜΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Σωτηρόπουλος Χ., Διαμαντοπούλου Γ., Θεοχάρης Γ., Θωμόπουλος Κ.
Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΓΝ Πατρών

Σκοπός: Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος αποτελεί το συχνότερο νεόπλασμα στους κιρρωτικούς ασθενείς και η θρόμβωση πυλαίας φλέβας μία από τις συχνότερες αγγειακές επιπλοκές. Η θρόμβωση πυλαίας φλέβας μπορεί να αναπτυχθεί είτε στα πλαίσια νεοπλασματικού θρόμβου είτε στα πλαίσια υπερπηκτικότητας. Στη θεραπευτική αντιμετώπιση της χρησιμοποιούνται η σοραφενίμπη, ένας αναστολέας πολλαπλών κινασών με αντι-πολλαπλασιαστικές και αντι-αγγειογενετικές ιδιότητες και αντιπηκτικά φάρμακα, όπως η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Μεταξύ των παρενεργειών των ανωτέρων θεραπευτικών επιλογών αναφέρονται και τα αιμορραγικά επεισόδια.

Υλικό-Μέθοδος: Αναφέρουμε έναν άνδρα ασθενή 66 ετών με αιθυλική κίρρωση, ηπατοκυτταρικό καρκίνο και θρόμβωση πυλαίας φλέβας υπό αγωγή με σοραφενίμπη και ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους, ο οποίος ανέπτυξε αυτόματο/μη τραυματικό αιμάτωμα μηρού.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής προσήλθε αιτιώμενος μη τραυματικό άλγος αριστερού κάτω άκρου αιφνίδιας έναρξης, με εντόπιση στο μηρό. Από την φυσική εξέταση το άκρο ήταν οίδηματώδες (μη ζυμώδες οίδημα), θερμό, με φυσιολογικό χρώμα και χωρίς δερματικές βλάβες ή σημεία κρίσιμης ισχαιμίας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε σοβαρή αναιμία με συνοδό διαταραχή του πηκτικού μηχανισμού και ετέθη υποψία αιμορραγίας/αιματώματος. Διενεργήθηκε επείγουσα CT αγγειογραφία κάτω άκρου με ανάδειξη εκτεταμένου αιματώματος αριστερού μηρού, χωρίς εικόνα ενεργού εξαγγείωσης.

Συμπεράσματα: Η σοραφενίμπη και η αντιπηκτική αγωγή είναι συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα σε κιρρωτικούς ασθενείς με εμφάνιση συχνών παρενεργειών. Εκτός από τις κλασικές ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν παρατηρηθεί και ασυνήθιστες παρενέργειες, όπως αυτή που περιγράφεται στην περίπτωση μας, που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής.

Ο10

ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΕΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΕΚΤΟΜΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΝΤΑΕΤΟΥΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Τσίρλης Θ.^{1,2}, Thakkar R.¹, Burne D.¹, Manas D.¹

¹Freeman Hospital, Newcastle Upon Tyne, UK, ²ΓΑΟΝΑ Άγιος Σάββας, Αθήνα

Σκοπός: Τα μετεγχειρητικά παγκρεατικά συρίγγια αποτελούν την πιο σημαντική πηγή νοσηρότητας και θνησιμότητας μετά από παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή. Παρόλα αυτά η βέλτιστη αντιμετώπιση τους δεν έχει καθιερωθεί ομόφωνα με βάση βιβλιογραφικά δεδομένα. Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της πρώιμης θεραπείας μετεγχειρητικών παγκρεατικών συριγγίων με παρεντερική διατροφή και συνεχή έγχυση αναλόγου σωματοστατίνης.

Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη των περιστατικών με μετεγχειρητικά συρίγγια Grade B και C την περίοδο 2013-2017 σε τριτοβάθμιο κέντρο αναφοράς της Μεγάλης Βρετανίας. Οι ασθενείς έλαβαν παρεντερική διατροφή και συνεχή έγχυση οκτρεοτίδης για τουλάχιστον 7 ημέρες. Μελετήθηκαν η 90ήμερη μετεγχειρητική θνησιμότητα, η σχετιζόμενη νοσηρότητα, οι μεταβολές σωματικού βάρους, ο αριθμός των γραμμών χορήγησης ανά ασθενή και η διάρκεια της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 407 παγκρεατεκτομών, 52 (13%) ασθενείς εμφάνισαν παγκρεατικό συρίγγιο Grade B και τέθηκαν στο πρωτόκολλο θεραπείας διαφυγής. Υπήρξε 1 περιστατικό μετεγχειρητικής θνησιμότητας και 2 περιστατικά Grade C συριγγίων. Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν 30.5 ημέρες και η μέση διάρκεια θεραπείας 17 ημέρες. Κατά μέσο όρο χρησιμοποιήθηκαν 1,7 φλεβικοί καθετήρες ανά ασθενή. Το μέσο BMI κατά την έξοδο ήταν 26.5 με μέση μεταβολή σωματικού βάρους -4.9%.

Συμπεράσματα: Το πρωτόκολλο πρώιμης θεραπείας διαφυγής με παρεντερική διατροφή και έγχυση οκτρεοτίδης μπορεί να μειώσει το ποσοστό Grade C συριγγίων και θνησιμότητας σε ποσοστό <1% μετά παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή. Προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες απαιτούνται για τον καθορισμό της βέλτιστης αντιμετώπισης των μετεγχειρητικών παγκρεατικών συριγγίων.

011

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΕΚΤΟΜΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ (DP-CAR): ΒΕΛΤΙΣΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΟΠΙΚΑ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Μπαλλιάν Ν., Μήλας Φ., Ζιώγου Π., Τσιώτος Γ.

Νοσοκομείο Μητέρα, Αθήνα

Εισαγωγή: Η περιφερική παγκρεατεκτομή με en bloc εκτομή κοιλιακής αρτηρίας (DP-CAR) είναι μια τεχνικά δύσκολη εγχείρηση που διενεργείται σπάνια, ακόμα και σε κέντρα αριστείας παγκρεατικής χειρουργικής αλλά μπορεί να προσφέρει ίαση σε ασθενείς με τοπικά εκτεταμένο καρκίνο σώματος παγκρέατος, που συνήθως θεωρούνται ανεγχείρητος.

Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζουμε τις κλινικές και τεχνικές λεπτομέρειες ασθενούς 74 ετών με τοπικά εκτεταμένο καρκίνο σώματος παγκρέατος που περιβρόγγιζε το στέλεχος της κοιλιακής αρτηρίας, ο οποίος υπεβλήθη σε νεοεπικουρική χημειοθεραπεία και DP-CAR με εξαιρετική εγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία άνευ επιπλοκών, βραχεία μετεγχειρητική νοσηλεία και μικροσκοπικά πλήρη εκτομή όγκου, ενώ παραμένει ελεύθερος νόσου 21 μήνες μετά την διάγνωση και 15 μήνες μετά την εγχείρηση.

Συμπέρασμα: Λόγω της μεγάλης σπανιότητας της DP-CAR, ακόμα και τα μεγαλύτερα κέντρα παγκρεατικής χειρουργικής έχουν μικρή σχετική εμπειρία. Η DP-CAR μπορεί να οδηγήσει σε ίαση κάποιους ασθενείς με τοπικά προχωρημένο αδενοκαρκίνωμα σώματος παγκρέατος και διενεργείται μόνο σε κέντρα με μακροχρόνια εξειδίκευση στην παγκρεατική χειρουργική και αποδεδειγμένα ογκολογικά αποτελέσματα σε ασθενείς με τοπικά εκτεταμένο παγκρεατικό καρκίνο με διήθηση μείζονων περιπαγκρεατικών αγγείων.

012

ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗ ΜΕ EN-BLOCK ΕΚΤΟΜΗ ΠΥΛΑΙΑΣ-ΑΝΩ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΦΛΕΒΑΣ: ΥΠΕΡΒΑΙΝΟΝΤΑΣ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Μπαλλιάν Ν., Μήλας Φ., Ζιώγου Π., Τσιώτος Γ.

Νοσοκομείο Μητέρα, Αθήνα

Σκοπός: Ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος και διήθηση περιπαγκρεατικών αγγείων συχνά δεν υποβάλλονται σε παγκρεατεκτομή λόγω θεωρούμενης κακής πρόγνωσης. Παρουσιάζουμε την μεγαλύτερη σειρά ασθενών με οριακά εξαιρεσιμο παγκρεατικό καρκίνο στην Ελλάδα.

Υλικό και Μέθοδοι: Ανάλυση βάσης δεδομένων ασθενών με οριακά εξαιρεσιμο καρκίνο παγκρέατος που υποβλήθηκαν σε παγκρεατεκτομή με en-blockεκτομή πυλαίας ή/και άνω μεσεντερίου φλέβας σε ελληνικό κέντρο αναφοράς χειρουργικής παγκρέατος μεταξύ Ιανουαρίου 2014 και Μαρτίου 2019. Η παρακολούθηση ήταν πλήρης μέχρι και τον Δεκέμβριο 2019 με ανάλυση μετεγχειρητικών και ογκολογικών αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα: Τριάντα ασθενείς περιλαμβάνονται στην ανάλυση. Μόνο το 47% έλαβε νεοεπικουρική θεραπεία, οι οποίοι είχαν ιστολογικά μικρότερους όγκους (διάμεση μέγιστη διάμετρος 2.5cm vs 4.2cm, $p=0.001$) αλλά όχι καλύτερη επιβίωση. Διήθηση φλεβικού τοιχώματος διαπιστώθηκε σε 63% των ασθενών και ήταν συχνότερη σε μεγαλύτερους όγκους (διάμεση μέγιστη διάμετρος: 4cm vs 2.7cm, $p<0.05$) και χειρότερο Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) (ECOG-0: 50%, ECOG-1: 90%, $p<0.05$). Η παγκρεατεκτομή ήταν ριζική με διάμεσο αριθμό 24 εξαιρεθέντων λεμφαδένων, μικροσκοπικά ($\geq 1\text{mm}$) αρνητικά όρια εκτομής σε 87% των ασθενών και διάμεσο μήκος εξαιρεθής φλέβας 3 cm και χρήση αγγειακών μοσχευμάτων PTFE σε 50% αυτών. Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας σε ΜΕΘ και συνολικά ήταν μηδέν και 9 ημέρες αντίστοιχα. Η μετεγχειρητική θνητότητα ήταν 3.3%. Η διάμεση διάρκεια παρακολούθησης και ολικής επιβίωσης ήταν 20 και 24 μήνες αντίστοιχα, ενώ η διετής, τριετής και πενταετής ολική επιβίωση ήταν 53%, 28% και 17% αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα αυτά υπερβαίνουν τα κριτήρια επάρκειας. Η κατηγοριοποίηση ECOG συνδέεται στατιστικά με την μετεγχειρητική επιβίωση (ECOG-0: 31 μήνες, ECOG-1: 13 μήνες, $p=0.002$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη ασθενών που υποβλήθηκαν σε en-block παγκρεατεκτομή με εκτομή πυλαίας ή/και άνω μεσεντερίου φλέβας για οριακά εξαιρεσιμο παγκρεατικό καρκίνο ανέδειξε διάμεση επιβίωση 2 ετών, που έφτασε τους 31 μήνες σε ασθενείς με ECOG=0 και υπερβαίνει τα κριτήρια επάρκειας.

O13

ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ IPMN ΜΙΚΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Τρακοσάρη Π.¹, Πέτσα - Πουτούρη Σ.¹, Ρεκούνα Κ.¹, Χρήστου Μ.¹, Καρβέλη Ε.¹, Σιδέρης Α.¹, Χαρίτος Χ.¹, Φιλιππάτος Γ.², Κρατημένος Θ.¹, Δασκαλάκη Ε.¹, Ρουκουνάκης Ν.¹, Βουγάς Β.¹
¹ΓΝΑ Ευαγγελισμός, ²ΠΓΝΑ Αττικών

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος παγκρέατος σε ανοσοκατεσταλμένο άνδρα 57 ετών, ο οποίος προσήλθε για αντιμετώπιση απώτερων επιπλοκών παγκρεατίτιδας σε έδαφος πολλαπλών εντοπίσεων IPMN (Mixed Type).

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για ανοσοκατεσταλμένο ασθενή 57 ετών υπό θεραπεία με κορτικοστεροειδή από 45ετίας λόγω αγγειίτιδας Churg Straus με συνοδό ηωσινοφιλικό άσθμα και Καρδιακή Ανεπάρκεια με πολλαπλές νοσηλείες λόγω παγκρεατίτιδας. Από τον προεγχειρητικό απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε ευμεγέθους ψευδοκύστη παγκρέατος και IPMN κεφαλής παγκρέατος με συνοδές μικρότερες κυστικές βλάβες. Έγινε διενέργεια ERCP με σφιγκτηροτομή και λήψη υλικού για κυτταρολογική εξέταση, η οποία ανέδειξε IPMN high Grade.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ολική παγκρεατεκτομή με σπληνεκτομή. Η τελική παθολογοανατομική έκθεση ανέδειξε ευμέγεθους αδενοκαρκίνωμα κεφαλής παγκρέατος διαμέτρου 9εκ με εξωπακρεατική επέκταση και λεμφαδενική διήθηση. Ο ασθενής είχε μακρά νοσηλεία σε Μονάδα Εμφραγμάτων λόγω καρδιολογικών επιπλοκών και ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Σε επαναληπτικό έλεγχο στους 3 μήνες ο ασθενής προσήλθε με αποφρακτικό ίκτερο και διαπιστώθηκαν πολλαπλές ηπατικές μεταστάσεις.

Συμπεράσματα: Σε ένα σύνολο 482 παγκρεατεκτομών που πραγματοποιήθηκαν στο ΓΝΑ 'Ο Ευαγγελισμός' τα ενδοπορικά θηλώδη βλεννώδη νεοπλάσματα (IPMN) αποτελούν το 6% και το 64,4% των κυστικών παγκρεατικών νεοπλασμάτων. Τα IPMN διακρίνονται σε 3 τύπους με βάση τη σχέση τους με τους παγκρεατικούς πόρους (MD, BD, MT). Η εντόπιση του νεοπλάσματος σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση κακοήθειας. Πιο συγκεκριμένα, η πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής των IPMN-MD ανέρχεται σε 60-80% και των IPMN-BD 20-30%. Το συγκεκριμένο περιστατικό αφορά μία σπάνια περίπτωση ανάπτυξης ευμεγέθους αδενοκαρκινώματος παγκρέατος σε έδαφος IPMN σε ανοσοκατεσταλμένο ασθενή με ταχεία εμφάνιση μεταστατικής νόσου σε διάστημα 3 μηνών μετά το χειρουργείο.

Ο14

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗΣ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Βούρος Δ.¹, Μπράμης Κ.², Αλεξάκης Ν.¹, Κωνσταντουλάκης Μ.², Ζωγράφος Γ.¹, Τούτουζας Κ.¹

¹ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα, ²Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Αρεταίειο

Σκοπός: Η μελέτη στοχεύει στην αναγνώριση ενδείξεων συμπληρωματικής ολικής παγκρεατεκτομής (Completion Pancreatectomy–CP) στη διαχείριση διαφόρων παθολογιών του παγκρέατος και στο να προσδιορίσει την κλινική έκβαση αυτής της επέμβασης, δίνοντας έμφαση στα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε δύο βάσεις δεδομένων (PubMed, SCOPUS) για όλες τις μελέτες που ανέφεραν την CP με αναφορά στις ενδείξεις πραγματοποίησής της, καθώς και τη μετεγχειρητική νοσηρότητα ή/και θνητότητα.

Αποτελέσματα: 32 Μελέτες από 10 χώρες με σύνολο 2775 ασθενών, εκ των οποίων 561 CPs περιλαμβάνονται. Η περίοδος μελέτης υπήρξε από το 1964 έως το 2018. 17 μελέτες με σύνολο 249 CPs πραγματοποιήθηκαν για μετεγχειρητικές επιπλοκές. Το ποσοστό θνητότητας ήταν 44,5% (111 από τους 249 ασθενείς). Το ποσοστό νοσηρότητας ήταν 72,5%. 12 μελέτες με 225 ασθενείς πραγματοποιήθηκαν λόγω μεμονωμένης τοπικής υποτροπής στο πάγκρεας, με ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας 21,5% και 0% αντίστοιχα. 2 μελέτες με συνολικό αριθμό 12 ασθενών ανέφεραν τη CP ως θεραπεία εκλογής για υποτροπιάζοντα νευροενδοκρινή νεοπλασμάτα. Η θνητότητα ήταν 8% και το ποσοστό νοσηρότητας 58,3%. Τέλος, CP για ανθεκτική χρόνια παγκρεατίτιδα παρουσιάστηκε σε μία μελέτη, με τα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας να είναι 19% και 0% αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η ολική παγκρεατεκτομή είναι μία διακριτή θεραπευτική επιλογή για διάφορες παθολογίες. Τα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας εξαρτώνται από τις ενδείξεις πραγματοποίησής της, από το status των αρρώστων, καθώς και από το εάν πραγματοποιείται εκλεκτικά ή όχι.

015

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Βούρος Δ.¹, Κοτσαρίνης Β.¹, Αλεξάκης Ν.¹, Κωνσταντουλάκης Μ.², Μπράμης Κ.², Ζωγράφος Γ.¹, Τούτουζας Κ.¹

¹Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, ²Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Αρεταίειο

Σκοπός: Η διαχείριση του μετεγχειρητικού παγκρεατικού συριγγίου και της μετεγχειρητικής αιμορραγίας μετά από επεμβάσεις παγκρέατος είναι πολύπλοκη με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της συμπληρωματικής ολικής παγκρεατεκτομής (CP) στην Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στα αρχεία φακέλων των ασθενών που υπεβλήθησαν σε CP από το Νοέμβριο του 2013 έως τον Ιανουάριο του 2021. Έγινε αναδρομική ανάλυση των δεδομένων όσον αφορά τις ενδείξεις για CP, την έκβαση και την επιβίωση.

Αποτελέσματα: Στο ανωτέρω διάστημα, 10 ασθενείς (7 άντρες, 3 γυναίκες) με μέση ηλικία τα 64.9 έτη, υπεβλήθησαν σε CP. Το 60% των ασθενών είχαν αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος ως αρχική διάγνωση. Η διάμεσος ημέρα επανεπέμβασης ήταν η 9^η (6-19). Ενδείξεις CP υπήρξαν: αιμορραγία σε 4 ασθενείς (40%), αιμορραγία και διαφυγή από την παγκρεατονηστιδική αναστόμωση σε 2 (20%), αιμορραγία και διαφυγή από την ηπατικονηστιδική σε 1 (10%). Άλλες ενδείξεις ήταν: διαφυγή από την παγκρεατονηστιδική σε 2 (20%) και διαφυγή από την γαστροεντερική αναστόμωση σε 1 (10%). Σπληνεκτομή πραγματοποιήθηκε στο 90% των ασθενών. 4 ασθενείς υπεβλήθησαν σε 2^η επανεπέμβαση (40%). Η μέση παραμονή σε ΜΕΘ ήταν 8 μέρες (2-18) και η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 28 μέρες (10-82). Η θνητότητα τις πρώτες 30 και 90 μέρες ήταν 20% και 50% αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η ολική παγκρεατεκτομή αποτελεί μία θεραπευτική επιλογή στην διαχείριση χειρουργικών επιπλοκών μετά από παγκρεατεκτομές, παρά τα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας.

Ο16

ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΩΣ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ WHIPPLE- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βούρος Δ.¹, Μέμος Ν.², Αλεξάκης Ν.¹, Μπράμης Κ.², Κωνσταντουλάκης Μ.², Ζωγράφος Γ.¹, Τούτουζας Κ.¹

¹Α Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, ²Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Αρεταίειο

Σκοπός: Το μετεγχειρητικό παγκρεατικό συρίγγιο (POPF) αποτελεί κύρια αιτία νοσηρότητας μετά από χειρουργεία παγκρέατος και εμφανίζεται έως και στο 41% των περιπτώσεων. Σκοπός είναι η ανεύρεση προβλεπτικών δεικτών εμφάνισης POPF μετά από επέμβαση Whipple.

Υλικά και μέθοδοι: Καταγράφονται προοπτικά όλοι οι ασθενείς της Α προπαιδευτικής Πανεπιστημιακής Χειρουργικής Κλινικής από τον Οκτώβριο του 2018 έως και σήμερα. Μετεγχειρητικώς μετρήθηκαν τιμές λευκών αιμοσφαιρίων, CRP και αιμοπεταλίων την 1^η, 3^η και 5^η μέρα.

Αποτελέσματα: Στην παραπάνω περίοδο μελέτης 71 ασθενείς (42 άντρες, 29 γυναίκες) υπεβλήθησαν σε επέμβαση Whipple, το 78% των ασθενών λόγω αδενοκαρκινώματος κεφαλής παγκρέατος. Μετεγχειρητικό παγκρεατικό συρίγγιο (grade B, C) εμφανίστηκε στο 39.4% των ασθενών. Οι ασθενείς με POPF είχαν υψηλότερες τιμές CRP την 1^η, 3^η και 5^η μέρα. Η διάμεση τιμή CRP την 3^η μέρα ήταν 225 mg/l έναντι 186 mg/l ($p=0,043$) και την 5^η μέρα 171 mg/l έναντι 126 mg/l ($p=0,034$). Τιμές CRP άνω των 118 mg/l την 5^η μέρα σχετίζονται με εμφάνιση POPF (ευαισθησία 74%, ειδικότητα 53%).

Συμπεράσματα: Τα ανωτέρω αποτελούν τα πρώτα αποτελέσματα μίας προοπτικής μελέτης. Η εισαγωγή περισσότερων ασθενών θα οδηγήσει στη δημιουργία ενός διαγνωστικού μοντέλου βασιζόμενου σε μεγάλο αριθμό παραγόντων.

O17

METASTATIC INSULINOMA PRESENTING 9 YEARS AFTER NON-FUNCTIONAL PANCREATIC NEUROENDOCRINE TUMOR REMOVAL. A RARE ENTITY

Davakis S., Vailas M., Sakarellos P., Kyros E., Karydakis L., Vagios I., Papalampros A., Felekouras E.

First Department of Surgery, Laiko General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

Background: Pancreatic neuroendocrine tumors (pNET) are uncommon, comprising less than 5% of all pancreatic tumors and 7% of all neuroendocrine tumors. Eighty percent of these tumors are non-functional at diagnosis. Scarce evidence exists in published literature regarding the transformation of an established non-functioning pNET into an insulin-secreting metastatic tumor. However, in most of these cases, patients had not undergone surgical removal of their pNET and displayed malignant clinical characteristics within a relatively short frame of time.

Methods: A 52-year-old male patient was referred to our department 9 years after distal pancreatectomy and splenectomy for a non-functional pancreatic neuroendocrine tumor. Patient was diagnosed with metastatic insulinoma. Imaging studies revealed a 9 x 12 cm left lobe liver mass, and multiple smaller lesions of the right liver lobe. Patient was in need for intravenous glucose administration (35% DW solution, 2.5 lts per day). Continuous blood glucose monitoring was mandatory to maintain serum glucose within normal limits.

Results: Patient underwent left lateral hepatectomy, wedge resections of 2 lesions of the right lobe with consequent Microwave ablation of the remaining lesions. Immediate resolution of his symptoms was observed; intraoperative blood glucose was returned to normal values after excision of the functional metastasis. Postoperative course was uneventful, and he was discharged 10 days later.

Conclusion: Delayed presentation of functional metastatic disease following previous pancreatic resection for non-secreting neuroendocrine tumor is rare entity. No consensus exists regarding the best therapeutic management of these patients. In most cases, symptomatic therapy, systemic therapies, or non-surgical management has been attempted. However, as in our case, surgical resection of the metastatic lesion can provide excellent results. Further studies are needed to better elucidate our results.

018

ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΠΛΑΤΦΟΡΜΑ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΉΠΑΤΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΡΧΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Τζίμας Γ., Παγκράτης Σ., Χαρακοπούλου Α., Κολοβελώνης Γ.

ΔΘΚΑ Υγεία, Αθήνα

Εισαγωγή: Στόχος της παρούσης μελέτης είναι να περιγραφεί η αρχική εμπειρία με την εφαρμογή της ρομποτικής πλατφόρμας στην χειρουργική ήπατος και χοληφόρων σε μία μεγάλη μονάδα ιδιωτικού νοσοκομείου.

Μέθοδος: Κατόπιν συγκεκριμένης μετεκπαίδευσης (ΕΑΗΡΒΑ robotic courses) και με κατάλληλο proctoring, δύο χειρουργοί ήπατος παγκρέατος (ΓΤ και ΣΠ) ξεκίνησαν σταδιακά το ρομποτικό πρόγραμμα με περιφερικές παγκρεατοσπληνεκτομές και ρομποτικές ηπατεκτομές με τις εξής προϋποθέσεις: να μην υπάρχει σημαντική χρονική καθυστέρηση και να μην υπάρχει αλλαγή στις ογκολογικές πρακτικές του Τμήματος. Αναλύθηκαν δεδομένα από την προοπτικά συλλεγμένη βάση ασθενών μεταξύ του Ιανουαρίου 2020 και του Ιουνίου 2021.

Αποτελέσματα: Κατά την διάρκεια της μελέτης πραγματοποιήθηκαν 20 ρομποτικές επεμβάσεις, 10 περιφερικές παγκρεατοσπληνεκτομές και 10 ηπατεκτομές, μεταξύ των οποίων μία αριστερή ηπατεκτομή και μία redo ηπατεκτομή. Το ποσοστό μετατροπής σε λαπαροτομία ήταν 40% για τις παγκρεατεκτομές (1 ασθενής με υπερκαπνία λόγω πνευμοπεριτοναίου, 3 ασθενείς με αδυναμία παρασκευής του αυχένα του παγκρέατος), και 60% για ηπατεκτομές (1 ασθενής με διηθημένο όριο και 5 ασθενείς με αμφοτερόπλευρη νόσο στο διεγχειρητικό υπερηχογράφημα). Ο μέσος όρος νοσηλείας ήταν 3.3 ημέρες για τις ρομποτικές παγκρεατεκτομές και 2 ημέρες για τις ηπατεκτομές. Δεν παρατηρήθηκε θνητότητα στο γκρούπ των ασθενών. Όλες οι ολοκληρωμένες ρομποτικές εκτομές ήταν R0.

Συμπεράσματα: Σταδιακή εφαρμογή της ρομποτικής πλατφόρμας στην χειρουργική ήπατος και παγκρέατος είναι εφικτή και σχετίζεται με καλά κλινικά αποτελέσματα.

019

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Τσαραμανίδης Σ., Συμεωνίδου Ε., Μαργαρίτης Μ., Παπαδόπουλος Γ., Σιδηροπούλου Μ., Πετράς Π., Μπαλλάς Κ., Καμπαρούδης Α.
ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Δεδομένου ότι η πιθανότητα καλοήθειας μετά από παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή (Whipple) αγγίζει το 6-13%, ενώ η θνητότητα τον πρώτο χρόνο μετά την επέμβαση το 21.2%, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εμβαθύνουμε στον διαγνωστικό αλγόριθμο και τον ενδελεχή προεγχειρητικό έλεγχο ασθενών με πιθανή νεοεξεργασία κεφαλής παγκρέατος, με στόχο την σωστή επιλογή ασθενών στους οποίους η χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη και οφέλιμη.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν τρεις ασθενείς που υπεβλήθησαν σε παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή στην κλινική μας το χρονικό διάστημα 2019-2021 και η παθολογοανατομική έκθεση ήταν αρνητική για κακοήθεια. Το πρώτο περιστατικό, άρρεν 74 ετών με μάζα κεφαλής παγκρέατος υπεβλήθη σε παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή. Το δεύτερο περιστατικό, άρρεν 70 ετών με επιγαστραλγία από μηνός και απεικονιστικά ευρήματα υπέρ στένωσης δεύτερης μοίρας δωδεκαδακτύλου, λόγω νεοεξεργασίας αγκιστροειδούς απόφυσης υπεβλήθη σε Whipple. Το τρίτο περιστατικό, άρρεν 81 ετών με μάζα τελικού χοληδόχου πόρου υπεβλήθη σε Whipple.

Αποτελέσματα: Στα πρώτα δύο περιστατικά το παρασκεύασμα είχε ευρήματα υπέρ χρόνιας παγκρεατίτιδας, χωρίς στοιχεία κακοήθειας, ενώ το τρίτο αδενωματώδη υπερπλασία.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες και μόνο η υπόνοια κακοήθειας χωρίς βιοψία είναι αρκετή για να οδηγηθεί ένας ασθενής στο χειρουργείο. Ωστόσο δεδομένης της υψηλής νοσηρότητας και της θνητότητας της επέμβασης, η επιλογή των ασθενών που θα υποβάλλονται σε παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή και συνυπολογίζοντας τα οφέλη και τους κινδύνους από αυτήν. Ίσως με το πέρας του χρόνου, η πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας βοηθήσουν και δώσουν λύσεις στα διαγνωστικά ζητήματα στη χειρουργική του παγκρέατος.

O20

ΤΥΠΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΕΚΤΟΜΗ (WHIPPLE) ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 57 ΕΤΩΝ ΜΕ ΚΟΚΚΙΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΟΓΚΟ ΕΞΩΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ

Τρακοσάρη Π.¹, Πέτσα-Πουτούρη Σ.¹, Μποτσάκης Κ.², Ρεκούνα Κ.¹, Μόρφης Ν.¹, Κουβίδου Χ.¹, Ροντογιάννη Δ.¹, Δασκαλάκη Ε.¹, Ρουκουνάκης Ν.¹, Βουγάς Β.¹

¹ΓΝΑ Ευαγγελισμός, Αθήνα, ²ΙΑΣΩ General Hospital, Αθήνα

Σκοπός: Η αναφορά και συζήτηση περιστατικού με ανώδυνο αποφρακτικό ίκτερο σε έδαφος κοκκιοκυτταρικού όγκου εξωπαγκρεατικής μοίρας χοληδόχου πόρου όπου αντιμετωπίστηκε επιτυχώς χειρουργικά (επέμβαση Whipple).

Υλικό – Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε την περίπτωση γυναίκας 57 ετών, η οποία προσήλθε στο γαστρεντερολογικό τμήμα για διερεύνηση ανώδυνου αποφρακτικού ίκτερου. Από τον προεγχειρητικό απεικονιστικό έλεγχο αναδείχθηκε πλήρης απόφραξη του περιφερικού τμήματος του κοινού χοληδόχου πόρου θέτοντας την υποψία χολαγγειοκαρκινώματος.

Αποτελέσματα: Η ασθενής υπεβλήθη σε τυπική παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή (Whipple) με ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία. Η τελική ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε κοκκιοκυτταρικό όγκο, ένα σπάνιο καλόηθες νεόπλασμα. Δεν χρειάστηκε να λάβει επικουρική χημειοθεραπεία και παραμένει ελεύθερη νόσου έως και σήμερα.

Συμπεράσματα: Στο σύνολο 42 Whipple που πραγματοποιήθηκαν στην κλινική μας την τελευταία 7ετία, το περιστατικό αυτό αποτελεί το μοναδικό κοκκιοκυτταρικό όγκο παγκρέατος. Οι κοκκιοκυτταρικοί όγκοι θεωρούνται καλοήθεις βλάβες. Έχουν παρατηρηθεί όμως στη βιβλιογραφία και κακοήθεις κοκκιοκυτταρικοί όγκοι με μέγεθος άνω των 4 cm. Είναι σπάνιες υποβλενογόννιες αλλοιώσεις προερχόμενες από τα κύτταρα Schwann του νευρικού συστήματος και συνήθως εντοπίζονται σε τυχαίο ενδοσκοπικό και απεικονιστικό έλεγχο. Προσβάλουν κυρίως τον στοματοφάρυγγα, το δέρμα και τους υποδόριους ιστούς. Σε χαμηλότερο ποσοστό έχουν εμφανιστεί στους μαστούς, στο γαστρεντερικό σωλήνα, στο χοληφόρο δένδρο και στα άκρα. (Ο ανοσοιστοχημικός έλεγχος των κυττάρων είναι συνήθως θετικός στην S-100 πρωτεΐνη).

Ειδικότερα οι κοκκιοκυτταρικοί όγκοι των χοληφόρων μπορεί να εκτιμηθούν εσφαλμένα ως χολαγγειοκαρκινώματα και είναι πολύ δύσκολη η προεγχειρητική διάγνωση. Η συνήθης κλινική τους εικόνα είναι, ο ανώδυνος αποφρακτικός ίκτερος, το άτυπο κοιλιακό άλγος εντοπιζόμενο στο επιγάστριο και η απώλεια βάρους. Η χειρουργική θεραπεία ανάλογα με την εντόπιση περιλαμβάνει την εκπυρήνιση είτε πιο εκτεταμένες εκτομές. Το ιστολογικό παρασκεύασμα θέτει την τελική διάγνωση, όπου συνήθως ο ανοσοιστοχημικός έλεγχος των κυττάρων είναι θετικός στην S-100 πρωτεΐνη.

021

ΣΠΑΝΙΟ ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΟ ΘΗΛΩΔΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Πέτσα-Πουτούρη Σ.¹, **Τρακοσάρη Π.**¹, Μποτσάκης Κ.², Παυλόπουλος Κ.¹, Πολυμέρου Α.¹, Τομαής Δ.¹, Αργυράκος Θ.¹, Δασκαλάκη Ε.¹, Ρουκουνάκης Ν.¹, Βουγάς Β.¹

¹ΓΝΑ Ευαγγελισμός, Αθήνα, ²ΙΑΣΩ General Hospital, Αθήνα

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός σπάνιου νεοπλασματος του χοληφόρου δέντρου σε άνδρα 70 ετών ανοσοκατεσταλμένο λόγω μεταμόσχευσης νεφρού προ 10ετίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Ο ασθενής προσήλθε λόγω τυχαία ανευρεθείσας διάτασης ενδοηπατικών χοληφόρων αριστερού ηπατικού λοβού. Υπεβλήθη σε μαγνητική τομογραφία όπου διαπιστώθηκε στένωση αριστερού χοληφόρου δένδρου 2cm άνωθεν της συμβολής αριστερού και δεξιού πόρου περιβάλλουσα από συμπαγή ιστό ακανόνιστου σχήματος με επέκταση στον αυλό.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής υπεβλήθη σε τυπική αριστερή ηπατεκτομή, χολοκυστεκτομή και τοποθέτηση σωλήνα Kher στο χοληδόχο πόρο. Η παθολογοανατομική έκθεση ανέδειξε ενδοπορικόθηλώδες νεόπλασμα των χοληφόρων πόρων του ήπατος με συνοδό εστιακή εξαλλαγή προς διηθητικό χολαγγειοκαρκίνωμα. Ο ασθενής είχε μακρά νοσηλεία στη Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού λόγω χολόρροιας από την επιφάνεια εκτομής και ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων στα πλαίσια ανοσοκαταστολής λόγω μεταμόσχευσης νεφρού.

Συμπεράσματα: Σε ένα σύνολο 128 χειρουργείων ήπατος την τελευταία 10ετία το συγκεκριμένο περιστατικό αποτελεί τη μοναδική περίπτωση ενδοπορικού θηλώδους νεοπλασματος χοληφόρων (IPN-B). Το IPN-B αποτελεί μια προσφάτως περιγραφείσα προκαρκινωματώδη οντότητα όπου η πρόωγη διάγνωση της, πριν την εξαλλαγή σε χολαγγειοκαρκίνωμα, καθορίζει την πρόγνωση του ασθενούς. Στις Ασιατικές χώρες αποτελούν το 10-30% των νεοπλασμάτων του χοληφόρου δένδρου ενώ στο δυτικό κόσμο αποτελούν το 7-11% αυτών. Από την άλλη πλευρά η ανάπτυξη κακοήθειας αποτελεί την τρίτη πιο συχνή αίτια νοσηρότητας και θνητότητας σε μεταμοσχευμένους ασθενείς και ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκινώματος ήπατος - χοληφόρων είναι 2,5 φορές μεγαλύτερος από το γενικό πληθυσμό. Το συγκεκριμένο περιστατικό αποτελεί μια αρκετά σπάνια και ενδιαφέρουσα περίπτωση.

022

COMBINATION OF IRREVERSIBLE ELECTROPORATION AND SYSTEMIC CHEMOTHERAPY FOR LOCALLY ADVANCED PANCREATIC CANCER. WHERE DO WE STAND?

Davakis S.¹, Kyros E.¹, Oikonomou D.¹, Dimitrokallis N.¹, Petrou A.², Sakellariou S.³, Syllaos A.¹, Karydakos L.¹, Papalampros A.¹, Sakarellos P.¹, Vailas M.¹, Felekouras E.¹

¹First Department of Surgery, Laiko General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Greece, ²Nicosia Surgical Department, Division of Hepatobiliary Pancreatic Surgery, Nicosia General Hospital, Nicosia, Cyprus, ³Department of Pathology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

Background: Pancreatic cancer is typically characterized by its aggressive tumor growth and dismal prognosis. Locally advanced pancreatic adenocarcinoma is present in about 40% of patients with pancreatic tumors. Irreversible electroporation (IRE) is a nonthermal ablative technique, with both curative and palliative intent, which can provide a safe and feasible surgical alternative in patients with locally advanced pancreatic adenocarcinoma and can be safely combined with chemotherapy.

Methods: Between five years n=52 consecutive cases were treated for stage III locally advanced pancreatic adenocarcinoma. IRE was performed under intraoperative ultrasound guidance in all cases, following laparotomy. Most of the patients were males. Median age was 67 years, while median tumor size was 4 cm. 80.7% of the patients received neoadjuvant preoperative chemotherapy, while the remaining patients received adjuvant therapy.

Results: Mean operative time for IRE ablation was 60 min. Blood loss was less than 250 mLs in all cases. Postoperative complication according to the Clavien-Dindo classification were grade I-II in 9.6% of the patients, grade III in 28.84% (POPF, DGE) and grade IV in 3.84% of the patients. There was 1.92% post-operative mortality. Mean length of stay was n=10 days. Median length of follow-up was 36 months. Median overall survival was 25 months, and the median progression-free survival was 11 months.

Conclusion: IRE ablation can be safe and feasible for patients with locally advanced pancreatic adenocarcinoma. Use of intraoperative ultrasound guidance is mandatory to achieve proper needle placement. Combination of perioperative therapies with IRE ablation present favorable clinical outcomes, as observed in our study. Further studies and clinical trials are needed to better elucidate these results.

023

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΕΦΑΛΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΖΕΤΙΑ

Τζίκος Γ., Ιωαννίδης Α., Χόρτη Α., Μάλλιου Π., Καρακατσάνης Α., Αποστολίδης Στ., Μιχαλόπουλος Α., Παραμυθιώτης Δ.

Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Ο καρκίνος παγκρέατος αποτελεί την 4^η αιτία θανάτου από καρκίνο και στα δύο φύλα. Το 75% των όγκων αυτών εντοπίζονται στην κεφαλή και τον αυχένα του παγκρέατος, με χειρουργική θεραπεία εκλογής σε αυτές τις εντοπίσεις, την παγκρεατο-δωδεκαδακτυλεκτομή (εγχείρηση Kausch-Whipple). Σκοπός της παρούσης, είναι η περιγραφή της χειρουργικής τεχνικής που ακολουθείται στο τμήμα μας καθώς και τα αποτελέσματα αυτής την τελευταία Ζετία.

Υλικό και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη στο αρχείο της κλινικής και κατεγράφησαν οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε εγχείρηση Kausch-Whipple, για καρκίνο κεφαλής παγκρέατος, από 01/09/2018 έως 01/09/21. Η χειρουργική τεχνική που ακολουθήθηκε σε όλους τους ασθενείς ήταν η εξής: μετά αφαίρεση του παρασκευάσματος ακλούθησε αποκατάσταση με τελικό-πλάγια (duct-to-mucosa) παγκρεατονηστιδική αναστόμωση, χολοπεπτική αναστόμωση περί τα 10-12εκ. από την προηγούμενη κι εμπροσθοκολική γάστρο-νηστιδική αναστόμωση εν σειρά, ενώ τοποθετούνταν δύο παροχετεύσεις, με την πρώτη παρά την χολοπεπτική αναστόμωση και ύπερθεν της παγκρεατονηστιδικής αναστόμωσης και τη δεύτερη κάτωθεν της τελευταίας. Τέλος, για την πραγματοποίηση της ανάλυσης επιβίωσης και της παρακολούθησης της εξέλιξης της νόσου αντλήθηκαν στοιχεία από τον εξαμηνιαίο τακτικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Εικοσιτέσσερις ασθενείς υπεβλήθησαν σε παγκρεατο-δωδεκαδακτυλεκτομή την τελευταία τριετία στην κλινική μας. Ιστολογικά αφορούσαν όλα αδενοκαρκίνωμα, με εξαίρεση δύο περιπτώσεις αδеноπλακώδους καρκινώματος. Τρεις ασθενείς κατέληξαν κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, ενώ δέκα, που κατέληξαν αργότερα, είχαν μέσο όρο επιβίωσης τους έντεκα μήνες. Οι υπόλοιποι έντεκα ασθενείς παραμένουν εν ζωή. Όσον αφορά τις επιπλοκές, άμεσα μετεγχειρητικά κατεγράφησαν μία περίπτωση διαφυγής από την χολοπεπτική και μία από την παγκρεατονηστιδική αναστόμωση, οι οποίες αμφοτέρες αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς συντηρητικά (Grade B κατά ISGPF ταξινόμηση).

Συμπεράσματα: Παρόλο που ο καρκίνος παγκρέατος παρουσιάζει φτωχά αποτελέσματα επιβίωσης, παρατηρήσαμε ότι με την προαναφερθείσα χειρουργική τεχνική αντιμετωπίσαμε ελάχιστες επιπλοκές, ενώ τα ογκολογικά αποτελέσματα και ο μέσος όρος επιβίωσης μετά το χειρουργείο ήταν παρόμοιος αυτών που αναφέρονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία.

024

ΑΔΕΝΟΠΛΑΚΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΛΟΓΩΝ

Μάλλιου Π.¹, Ιωαννίδης Α.¹, Χόρτη Α.¹, Χαμαλίδου Ε.², Πετράκης Γ.³, Καραγιαννοπούλου Γ.³, Μιχαλόπουλος Α.¹, Παραμυθιώτης Δ.¹

¹Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ²Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ³Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας & Παθολογικής Ανατομικής ΑΠΘ

Σκοπός: Το αδеноπλακώδες καρκίνωμα του παγκρέατος συνιστά σπάνιο είδος παγκρεατικού νεοπλάσματος σε ποσοστό που κυμαίνεται από 1 έως 2.9%, ενώ η επίπτωσή του υπολογίζεται μεταξύ 0.38% και 10% του συνόλου των εξωκρινών όγκων του παγκρέατος. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα αδеноπλακώδη καρκινώματα έχουν χειρότερη μέση πρόγνωση από τα αμιγή αδenoκαρκινώματα. Παρακάτω παρουσιάζονται, 2 περιπτώσεις αδеноπλακώδους καρκινώματος που αντιμετωπίσαμε στην κλινική μας και συζητούνται οι θεραπευτικές επιλογές.

Υλικό- Μέθοδοι: Η πρώτη περίπτωση αφορούσε θήλυ ασθενή 69 ετών, η οποία προσήλθε λόγω αναφερόμενου ανώδυνου ίκτερου και απώλεια βάρους. Η απεικόνιση με αξονική και μαγνητική τομογραφία, ανέδειξε χωροκατακτητική εξεργασία κεφαλής παγκρέατος, διαμέτρου δύο εκατοστών που πίεζε τον τελικό χοληδόχο πόρο, προκαλώντας προστενωτική διάταση, χωρίς δευτερογενείς εντοπίσεις της νόσου και υποβλήθηκε σε παγκρεατο-δωδεκαδακτυλεκτομή με διατήρηση του πυλωρού (επέμβαση Longmire- Traverso). Η δεύτερη περίπτωση, αφορούσε ασθενή άρρεν 63 ετών, ο οποίος προσήλθε λόγω αναφερόμενου ανώδυνου ικτέρου και νεοεμφανιζόμενου ΣΔ. Η απεικόνιση με αξονική και μαγνητική τομογραφία, ανέδειξε εξεργασία κεφαλής παγκρέατος, διαμέτρου 3,4εκ. σε στενή σχέση με την άνω μεσεντέρια και τη γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία, χωρίς παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε νέο-επικουρική χημειοθεραπεία και ακολούθως σε παγκρεατο-δωδεκαδακτυλεκτομή με διατήρηση του πυλωρού (επέμβαση Longmire- Traverso).

Αποτελέσματα: Η πρώτη ασθενής, εξήλθε τη δέκατη έκτη μετεγχειρητική ημέρα σε καλή γενική κατάσταση, νοσηλεία η οποία παρατάθηκε λόγω ανάγκης τοποθέτησης ουρητηρικού stent τύπου pigtail, εξαιτίας υδρονέφρωσης. Η ιστολογική εξέταση αποκάλυψε αδеноπλακώδες καρκίνωμα κεφαλής παγκρέατος σταδίου pT3N0 κατά TNM. Η ασθενής παραπέμφθηκε για χημειο-ακτινοθεραπεία. Είκοσι μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση, κατέληξε από καρδιο-αναπνευστικά αίτια ενώ παρέμεινε ελεύθερη υποτροπής για 18 μήνες. Ο δεύτερος ασθενής εξήλθε την 8η μετεγχειρητική ημέρα, διαδράμοντας ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Η ιστολογική εξέταση αποκάλυψε αδеноπλακώδες καρκίνωμα κεφαλής παγκρέατος σταδίου pT2N1 κατά TNM. Ακολούθησε επικουρική χημειοθεραπεία, ενώ ο πρόσφατος απεικονιστικός έλεγχος, έδειξε πολλα-

πλές μεταστατικές εστίες στο ήπαρ, 6 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Συμπεράσματα: Τα αδеноπλακώδη καρκινώματα του παγκρέατος αποτελούν μία σπάνια νοσολογική οντότητα στη χειρουργική ογκολογία, όπου, ενώ οι ενδείξεις της χειρουργικής εκτομής δεν απέχουν από αυτές των αδenoκαρκινωμάτων, τόσο η πρόγνωση όσο και οι θεραπευτικές επιλογές διαφοροποιούνται. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, μόνο το 15% -20% των ασθενών είναι υποψήφιοι για χειρουργική εκτομή λόγω παρουσίας απομακρυσμένων μεταστάσεων ή τοπικά προχωρημένης νόσου κατά τη διάγνωση. Πολλοί συνδυασμοί φαρμάκων ως επικουρική θεραπεία έχουν χρησιμοποιηθεί, ωστόσο όπως αναφέρεται τα αδenoπλακώδη καρκινώματα έχουν χειρότερη μέση πρόγνωση από τα αμιγή αδenoκαρκινώματα (8.2 έναντι 20.4 μηνών).

025

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΤΟ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ

Μαρκόπουλος Γ., Παπατόλιος Γ., Συμεωνίδη Δ., Νεστορίδης Α., Τσακίρης Ν.,
Λιαρμακόπουλος Ε., Δημάκης Κ.
Χειρουργική Κλινική ΓΝ Φλώρινας

Εισαγωγή - Σκοπός: Η παρουσία στρωματικών όγκων του γαστρεντερικού συστήματος (GIST) και ιδιαίτερα του ανώτερου δεν αποτελεί σπάνια οντότητα. Επίσης, η ταυτόχρονη παρουσία άλλου τύπου καρκίνου με GIST αναφέρεται στη βιβλιογραφία σε ποσοστό έως και 30%, ενώ η παρουσία στο γαστρεντερικό σε ποσοστό έως και 14%. Ωστόσο, η σύγχρονη παρουσία περισσότερων από δύο καρκινικών οντοτήτων αποτελεί σπάνιο γεγονός. Η εν λόγω εργασία αποτελεί την παρουσίαση ενός εξαιρετικά σπάνιου περιστατικού παράλληλης εμφάνισης τεσσάρων τύπων καρκίνου του γαστρεντερικού σε θήλυ ασθενή 78 ετών, η οποία υποβλήθηκε σε παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή.

Υλικό - Μέθοδος: Θήλυ ασθενής 78 ετών προσήλθε στο τμήμα επείγοντων περιστατικών της Χειρουργικής Κλινικής του Γ. Ν. Φλώρινας αιτιώμενη μεταγευματικούς εμέτους από 10ημέρου και μέλαινες κενώσεις. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ψηλαφητή μάζα στο επιγάστριο, ενώ κατά τον απεικονιστικό έλεγχο που ακολούθησε με αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας διαπιστώθηκε αποφρακτική μάζα στο 12δακτυλο. Από το ατομικό της ιστορικό παρουσίαζε νευροϊνωμάτωση και ανέφερε αριστερή νεφρεκτομή λόγω αγγειομυολιπώματος προ 17 έτη.

Αποτελέσματα: Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου και εκτελέσθηκε τυπική παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή (επέμβαση Whipple) και λεμφαδενικός καθαρισμός. Είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και έλαβε εξιτήριο την έβδομη μετεγχειρητική ημέρα σε καλή γενική κατάσταση. Η ιστοπαθολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε την ύπαρξη τεσσάρων σύγχρονων καρκίνων, γεγονός ιδιαίτερα σπάνιο.

Συμπεράσματα: Αν και η παρουσία σύγχρονων καρκίνων και ιδιαίτερα παράλληλα με GIST δεν είναι σπάνιο γεγονός, η ύπαρξη πέραν των δύο δεν είναι συχνή και η ανεύρεσή τους θα πρέπει να εγείρει την υποψία του κλινικού χειρουργού για συνύπαρξη και άλλων παθολογικών οντοτήτων που θα πρέπει να αναζητήσει.

O26

IGG4-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΤΙΔΑ: ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ; ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κοφινάς Α.¹, Βασιλειάδου Σ.¹, Κατσάνος Γ.¹, Καρακάση Κ.¹, Αντωνιάδης Ν.¹, Μόρσι-Γερογιάννης Α.¹, Σωτηρούδης Γ.¹, Παπαδόπουλος Σ.², Σιδηροπούλου Μ.², Γεωργοπούλου Β.², Τσουλάς Γ.¹

¹Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο ²Τμήμα Απεικονιστικής Διαγνωστικής, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Η IgG4-σχετιζόμενη σκληρυντική χολαγγειίτιδα χαρακτηρίζεται από διήθηση των εξωηπατικών ή/και ενδοηπατικών χοληφόρων από IgG4+ πλασματοκύτταρα, αύξηση των επιπέδων IgG4 του ορού, προσβολή άλλων οργάνων (πάγκρεας, νεφροί, οπισθοπεριτόναιο, κλπ.) και εξαιρετική ανταπόκριση στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή φάρμακα. Η διάγνωση της νόσου βασίζεται σε απεικονιστικά, εργαστηριακά και ιστοπαθολογικά ευρήματα και η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει την πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα και νεοπλάσματα της περιοχής, κυρίως της κεφαλής του παγκρέατος και του χοληφόρου δέντρου.

Υλικό και μέθοδοι: Παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Γυναίκα ασθενής 65 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στο ΤΕΠ περιφερειακού νοσοκομείου, αιτιώμενη σταδιακά επιδεινούμενο κνησμό και εμφάνιση ικτερικής χροιάς δέρματος. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπερχολερυθριναιμία υπέρ άμεσης και αυξημένη τιμή CA19.9 και ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε πιθανή εξεργασία στην περιοχή της συμβολής των ηπατικών πόρων και στο αρχικό τμήμα του κοινού ηπατικού πόρου.

Η ασθενής διεκομίσθη στη Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε θετική δοκιμασία IgG4 ορού. Στον νέο απεικονιστικό έλεγχο με τριφασική CT ΑΚΚΟ βρέθηκε εικόνα IgG4 χολαγγειίτιδας με κυκλοτερή ομαλή πάχυνση τοιχώματος κοινού, ΑΡ και ΔΕ ηπατικού πόρου σε συνδυασμό με ευρήματα IgG4 νόσου στους νεφρούς, στον σπλήνα και στον ΔΕ οπισθοσκελιαίο χώρο.

Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ενδοφλέβια μεθυλπρεδνιζολόνη και σταδιακή μείωση της δόσης, με άμεση απάντηση (πτώση της τιμής της χολερυθρίνης και ύφεση του κνησμού). Εξήλθε σε βελτιωμένη κλινικοεργαστηριακή κατάσταση. Στον επαναληπτικό απεικονιστικό επανέλεγχο μετά από 30 και 60 ημέρες παρατηρήθηκε σημαντική υπο-

χώρηση των ευρημάτων από όλα τα όργανα.

Συμπεράσματα: Αν και αποτελεί πρόσφατα αναγνωρισμένη παθολογική οντότητα, η IgG4 χολαγγειίτιδα οφείλει να βρίσκεται στη διαφοροδιαγνωστική μας σκέψη σε περιπτώσεις διερεύνησης αποφρακτικού ικτέρου και νεοπλασμάτων της περιοχής. Η διάγνωσή της θα πρέπει να τίθεται με προσοχή και βάσει κριτηρίων, ωστόσο η ιστοπαθολογική επιβεβαίωση φαίνεται να μην είναι πάντα απαραίτητη.

027

ΔΥΣΚΟΛΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ

Λάσκου Σ.¹, Σαπαλίδης Κ.¹, Παυλίδης Ε.², Μανάκη Β.¹, Γκέκα Θ.¹, Βασιλείου Δ.¹,
Λαγόπουλος Β.¹, Μανταλόβας Σ.¹, Κοσμίδης Χ.¹, Κεσίσογλου Ι.¹

¹Γ' Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ²Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή (ΛΧ) αποτελεί μια από τις συχνότερες χειρουργικές επεμβάσεις. Η αναγνώριση και η εφαρμογή του “critical view of safety”, συνήθως, συμβάλλει στην ασφαλή διεκπεραίωση της επέμβασης. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες το «critical view» δεν είναι δυνατό να επιτευχθεί και η ΛΧ εξελίσσεται σε εξαιρετικά απαιτητική επέμβαση. Η δύσκολη χοληδόχος κύστη συνιστά πεδίο πρόκλησης σοβαρών επιπλοκών.

Υλικό και μέθοδοι: Μετά από αναδρομική μελέτη του αρχείου της Γ' Χειρουργικής Κλινικής για τις χολοκυστεκτομές που διενεργήθηκαν κατά τη χρονική περίοδο 2019-2020, καταγράφηκαν τα περιστατικά δύσκολης χοληδόχου κύστης.

Αποτελέσματα: Αντιμετωπίστηκαν 2 περιστατικά εξαιρετικά δύσκολης χοληδόχου κύστης. Παρουσιάζονται το ιστορικό των ασθενών, τα χειρουργικά ευρήματα καθώς και η αντιμετώπισή τους.

Συμπεράσματα: Η δύσκολη χοληδόχος κύστη απαιτεί ψυχραιμία στην αντιμετώπισή της και την αποφυγή σημαντικών επιπλοκών. Η υφολική χολοκυστεκτομή αποτελεί μια ασφαλή εναλλακτική λύση.

028

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΙΜΟΥΝΤΑΙ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΕΣ ΑΠΟΤΙΤΑΝΩΣΕΙΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΕΝΔΟΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Χριστοδούλου Ε.¹, Κουρκουτσάκης Ν.^{1,2}, Τζιαγκανά Κ.², Χατζάκη Μ.², Μαντατζής Μ.^{1,2}

¹Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη, ²Τμήμα Διαγνωστικής και Θεραπευτικής Ακτινολογίας, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Σκοπός: Η παρουσία παγκρεατικών αποτιτανώσεων μπορεί να αποδοθεί σε πληθώρα καταστάσεων συμπεριλαμβανομένης της παγκρεατίτιδας, της λιθίασης, των νεοπλασμάτων, των μεταστάσεων, των κυστικών αλλοιώσεων, του χρόνιου τραύματος κ.ά. Ωστόσο, υπάρχουν μιμικές καταστάσεις, χωρίς παθολογικό υπόβαθρο από το παρέγχυμα του παγκρέατος. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό ανατομικής παραλλαγής που αφορά στην πορεία της σπληνικής αρτηρίας (Σπλ.Α) με σύγχρονη αθηρωμάτωση που μιμείται στικτή ενδοπαγκρεατική αποτιτάνωση.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας ηλικίας 72 ετών προσήλθε στο Τμήμα Διαγνωστικής και Θεραπευτικής Ακτινολογίας του ΠΓΝΑ για αξονική αγγειογραφία (CTA) της κοιλιακής αορτής. Η εξέταση έγινε με ελικοειδή τεχνική σε αξονικό τομογράφο πολλαπλών ανιχνευτών και ανασύνθεση σε τομές πάχους των 0,9χιλ., μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού και σε αρτηριακή φάση αιμάτωσης. Ακολούθησε μελέτη των αγγείων σε εξειδικευμένο λογισμικό πρόγραμμα.

Αποτελέσματα: Στην εξέταση πριν την χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας παρατηρήθηκε στικτή υπέρπυκνη εστία στο παρέγχυμα του σώματος του παγκρέατος. Το απεικονιστικό εύρημα θα μπορούσε να αφορά ενδοπαρεγχυματικές αποτιτανώσεις του παγκρέατος που σχετίζονται με διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η εξέταση με τεχνική CTA βοήθησε στην διάκριση της εντόπισης σε ενδοπαγκρεατική πορεία αγγείου και συγκεκριμένα της Σπλ.Α. Η Σπλ.Α εκφύονταν φυσιολογικά από την κοιλιακή αρτηρία και η τελική της μοίρα στην πύλη του οργάνου αναγνωρίστηκε, επίσης, φυσιολογική. Ωστόσο, η μεσότητα της Σπλ.Α παρουσίαζε σαφή ενδοπαρεγχυματική πορεία και η υπέρπυκνη αλλοίωση αφορούσε αθηρωμάτωση του τοιχώματος του αγγείου. Το πάγκρεας είχε φυσιολογικό μέγεθος και σχήμα, χωρίς άλλες ενδείξεις παρεγχυματικής βλάβης.

Συμπεράσματα: Στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί διάφορες πορείες της Σπλ.Α. (υπερπαγκρεατική, προσθιοπαγκρεατική, ενδοπαγκρεατική, οπισθοπαγκρεατική) με την ενδοπαγκρεατική να αφορά μόλις ~4% των περιπτώσεων. Η γνώση των ανατομικών παραλλαγών κρίνεται εξαιρετικά σημαντική κατά τη διάρκεια ακτινολογικών και χειρουργικών προσεγγίσεων για την αποφυγή λάθους διάγνωσης και χειρουργικών επιπλοκών. Ο συνδυασμός ενδοπαγκρεατικής πορείας και αθηρωματικών βλαβών μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση αν λείπουν αγγειογραφικές εικόνες για την διευκρίνιση της φύσης αυτών.

029

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΕ ΙΑΤΡΟΓΕΝΗ ΚΑΚΩΣΗ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΥΦΟΛΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χριστοδούλου Ε.¹, Μαντατζής Μ.^{1,2}, Κουρκουτσάκης Ν.^{1,2}

¹Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη, ²Τμήμα Διαγνωστικής και Θεραπευτικής Ακτινολογίας, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Σκοπός: Σήμερα, η εκτιμώμενη συχνότητα κάκωσης χοληφόρων μετά από χολοκυστεκτομή (ανοιχτή ή λαπαροσκοπική) είναι ~0,2-0,4%, με την κλινική υποψία να τίθεται συνήθως καθυστερημένα. Παρουσιάζουμε τη διαγνωστική προσέγγιση και τη μετεγχειρητική απεικονιστική παρακολούθηση μιας τέτοιας περίπτωσης σε ασθενή του Νοσοκομείου μας.

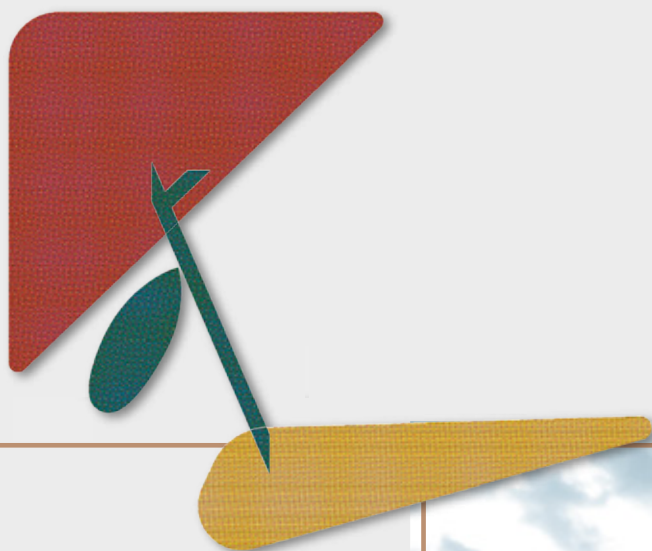
Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας ηλικίας 66 ετών υποβλήθηκε σε MRCP την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα μετά αναστροφής υφολικής χολοκυστεκτομής στο Τμήμα Διαγνωστικής και Θεραπευτικής Ακτινολογίας του ΠΓΝΑ, λόγω αύξησης της χολερυθρίνης. Η εξέταση πραγματοποιήθηκε με συμβατικό πρωτόκολλο και τρισδιάστατες ανασυνθέσεις σε μαγνητικό τομογράφο 1,5Tesla. Την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα διενεργήθηκε CT άνω-κάτω κοιλίας με ελικοειδή τεχνική μετά από χορήγηση γαστρογραφίνης και μετά από ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού. Την έβδομη μετεγχειρητική ημέρα έγινε προσπάθεια διαδερμικής διηπατικής χολαγγειογραφίας. Στη διάρκεια της νοσηλείας πραγματοποιήθηκαν, επίσης, τέσσερις υπερηχοτομογραφικοί έλεγχοι κοιλίας. Τέλος, 29 ημέρες μετά το χειρουργείο διενεργήθηκε εκ νέου MRCP, καθώς και ERCP.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των εξετάσεων αναδείχθηκε κολόβωμα χοληδόχου κύστης και διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων έως προ της συμβολής του δεξιού και αριστερού ηπατικού πόρου, οι οποίοι διακόπτονταν απότομα και στο σημείο της διακοπής αναγνωρίζονταν χειρουργικά κλιπς. Ο χοληδόχος πόρος, από το σημείο της ανωτέρω διακοπής έως και 8χιλ. από το φύμα του Vater δεν αναγνωριζόταν, ενώ στη συγκεκριμένη ανατομική θέση υπήρξε χόλωμα. Μορφώματα συμβατά με χοληδοχόλιθους εντοπίστηκαν στην ενδοπαγκρεατική μοίρα του χοληδόχου πόρου (αρχική MRCP και CT), καθώς και ενδοπεριτοναϊκά. Οι κλάδοι της ΔΕ ηπατικής αρτηρίας δεν ανεδείχθησαν, εύρημα που αποδόθηκε σε απολίνωση αυτής. Στη διάρκεια του follow-up το χόλωμα παρέμεινε σταθερό σχεδόν σε ποσότητα, ενώ η διάταση των χοληφόρων παρουσίαζε σταθερή αύξηση.

Συμπεράσματα: Η αποκατάσταση επιπλοκών και η μετέπειτα πρόγνωση εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες (τύπος, επίπεδο και έκταση της βλάβης, συνοδές βλάβες όπως αγγειακό τραύμα, κ.ά). Σε κάθε περίπτωση, η αντιμετώπιση των κακώσεων των

χοληφόρων απαιτεί στενή συνεργασία μεταξύ Ακτινολόγου, Επεμβατικού Ακτινολόγου και Χειρουργού με στόχο την καλύτερη έκβαση.

Περίληψεις Βιντεοπαρουσιάσεων



V01

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΛΟΓΩ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗΣ: ΠΕΡΙΓΡΦΗ ΕΠΙΤΥΧΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΑ ΜΕ ΕΝΔΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΡΡΑΦΗ

Κωτίδης Ε., Μπιτσιάνης Σ., Ιωαννίδης Ο., **Ανεστιάδου Ε.**, Νταμπάκης Γ., Λουτζίδου Α., Ουζουνίδης Ν., Φουτσιτζής Β., Αγγελόπουλος Σ.
Δ' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπανικολάου

Σκοπός: Η διεγχειρητική αιμορραγία αποτελεί την πιο συχνή αιτία μετατροπής σε ανοικτή επέμβαση κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικών ηπατεκτομών. Ειδικότερα, ο τραυματισμός της κάτω κοίλης φλέβας (ΚΚΦ) αποτελεί σπάνια, αλλά δυνητικά απειλητική για την ζωή επιπλοκή της λαπαροσκοπικής ηπατεκτομής. Παρουσιάζουμε μια ενδιαφέρουσα περίπτωση επιτυχούς αντιμετώπισης ασθενούς με τρώση της ΚΚΦ και διεγχειρητική αιμορραγία κατά την διάρκεια λαπαροσκοπικής ηπατεκτομής.

Υλικό και μέθοδοι: Πρόκειται για άρρενα ασθενή 65 ετών με ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα τμήματος V. Ο προεγχειρητικός έλεγχος περιελάμβανε αξονική και μαγνητική τομογραφία, μέτρηση C19-9, ενώ το υλικό της διαδερμικής βιοψίας αποδείχθηκε μη διαγνωστικό. Ακολούθως, υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική δεξιά ηπατεκτομή. Διεγχειρητικά, δεν έγινε χρήση χειρισμού Pringle, παρά την σχετική προετοιμασία. Σημειώθηκε αιμορραγία από την ΚΚΦ κατά την παρασκευή της οπίσθιας επιφάνειας του δεξιού λοβού του ήπατος, που ελέγχθηκε άμεσα λαπαροσκοπικά, με τοποθέτηση ραφών Prolene 4-0 στην κάτω κοίλη φλέβα. Σημειώθηκε πτώση της αιμοσφαιρίνης κατά δύο μονάδες διεγχειρητικά, που αναπληρώθηκε με αυτόλογη μετάγγιση μιας μονάδας ΜΣΕ από την χρήση συσκευής αυτομετάγγισης CellSaver.

Αποτελέσματα: Η επέμβαση ολοκληρώθηκε λαπαροσκοπικά και διήρκησε περίπου 4 ώρες. Ο ασθενής νοσηλεύτηκε αφυπνισμένος για ένα 24ωρο στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς επιπλοκές, παρά την εμφάνιση παροδικού ικτέρου μετεγχειρητικά, που υποχώρησε αυτόματα.

Συμπεράσματα: Η επίπτωση του τραυματισμού της ΚΚΦ κατά τη διάρκεια της λαπαροσκοπικής ηπατεκτομής ανέρχεται σε ποσοστό από 0.01 ως 1.98%, με επακόλουθη θνητότητα από 16 ως 32%. Διάφορες μέθοδοι αντιμετώπισης έχουν προταθεί. Παρότι η τρώση της ΚΚΦ αποτελεί συχνό αίτιο μετατροπής σε ανοικτή ηπατεκτομή, πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν πως η χρήση τεχνικών για λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της συχνά κρίνεται ασφαλέστερη, λόγω εξοικονόμησης χρόνου και αποφυγής της σπάνιας επιπλοκής της εμβολής με αέρα.

V02

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ VI ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΦΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΗΣ ΙΝΔΟΚΥΑΝΙΝΗΣ ΓΙΑ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΔΕΞΙΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΑΝΙΟΝΤΟΣ ΚΟΛΟΥ, ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Ιακωβίδης Χ.¹, Τεπελένης Κ.², Ξάκης Α.¹, Παππάς-Γώγος Γ.², Μυλωνάς Α.³,

Γκλαντζούνης Γ.²

¹Μονάδα Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος, Γενική Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος, Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, ³Τμήμα Αναισθησιολογίας, Νοσοκομείο «Άγιος Λουκάς», Πανόραμα, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Οι μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις σε ηλικιωμένους ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας σχετίζονται με αυξημένη μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα. Η λαπαροσκοπική προσπέλαση και η τεχνική φθορισμού με το πράσινο της Ινδοκυανίνης (ICG) έχουν πρόσφατα χρησιμοποιηθεί για την εξακρίβωση νεοπλασματικών εστιών, σε λαπαροσκοπικές ηπατεκτομές. Περιγράφεται η λαπαροσκοπική εκτομή του τμήματος VI του ήπατος με ICG και η ταυτόχρονη λαπαροσκοπική δεξιά κολεκτομή σε ηλικιωμένο ασθενή με επιβαρυνμένη γενική κατάσταση (κατηγορία ASA III).

Υλικό: Άνδρας 80 ετών, βαρύς καπνιστής με σοβαρή αποφρακτική πνευμονοπάθεια και σοβαρή καρδιακή δυσλειτουργία (στεφανιαία νόσος, βηματοδότης, καρδιακή ανεπάρκεια) παραπέμφθηκε στην μονάδα μας για την αντιμετώπιση αδενοκαρκινώματος ανιόντος κόλου και μορφώματος δ. λοβού ήπατος (τμήματος VI), διαμέτρου 5 cm, με απεικονιστικά και βιοχημικά χαρακτηριστικά ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Λόγω της κακής γενικής κατάστασης αποφασίστηκε η εφαρμογή ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών (λαπαροσκοπική προσέγγιση).

Μέθοδος: Η iv έγχυση ICG (2,5 mg) έγινε 24 ώρες πριν την επέμβαση. Στο χειρουργείο, ο ασθενής τοποθετήθηκε αρχικά σε αριστερή πλάγια θέση με χαμηλής πίεσης πνευμοπεριτόναιο (< 12 mmHg). Έγινε λαπαροσκοπική εκτομή του τμήματος VI χρησιμοποιώντας λαπαροσκοπικό Cusa, ψαλίδι υπερήχων και χειρισμό Pringle. Η επίτευξη εκτομής ελευθέρων μακροσκοπικά ορίων διευκολύνθηκε σημαντικά από την ICG και το διεγχειρητικό υπερηχογράφημα. Στην συνέχεια ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ουδέτερη θέση και πραγματοποιήθηκε λαπαροσκοπική δ. κολεκτομή και ειλεο-εγκάρσια αναστόμωση. Τα παρασκευάσματα αφαιρέθηκαν μέσω τομής Pfannenstiel.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο ασθενής εξήλθε την 6η μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα και

αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου με ελεύθερα όρια εκτομής (R0).

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική χειρουργική διευκολύνει την ασφαλή πραγματοποίηση μείζονων χειρουργικών επεμβάσεων σε ηλικιωμένους ασθενείς, με επηρεασμένη γενική κατάσταση λόγω σοβαρών προβλημάτων υγείας, με εξαιρετικό μετεγχειρητικό αποτέλεσμα.

V03

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΙΓΜΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ICG ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ**Ξάκης Α.**, Γραμματικός Γ., Μυλωνάς Α., Ιακωβίδης Χ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η χειρουργική εκτομή σε ένα χρόνο ενός πρωτοπαθούς καρκίνου παχέος εντέρου και σύγχρονων ηπατικών μεταστάσεων είναι μια αποδεκτή επιλογή. Ωστόσο, προκαλεί σημαντικό χειρουργικό στρες με υψηλή περιεγχειρητική νοσηρότητα. Η χρησιμοποίηση τεχνικών ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής δύναται να βελτιώσει το αποτέλεσμα αυτό. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό ταυτόχρονης λαπαροσκοπικής σιγμοειδεκτομής και αριστερής λαπαροσκοπικής ηπατεκτομής με τη χρήση ICG κατευθυνόμενων τεχνικών.

Υλικό και Μέθοδοι: 86χρονη γυναίκα παραπέμφθηκε στη μονάδα μας για τη διαχείριση καρκίνου παχέος εντέρου εντοπιζόμενου στο σιγμοειδές και σύγχρονης μονήρους ηπατικής μετάστασης με διάμετρο 6 εκ και εντόπιση μεταξύ της μέσης και αρ ηπατικής φλέβας (τμήμα IVa). Η ασθενής υποβλήθηκε σε νεοεπιχειρητική θεραπεία με 6 κύκλους FOLFOX, με σημαντική ανταπόκριση (μείωση της μέγιστης διαμέτρου της ηπατικής μετάστασης σε 4 εκ). Αποφασίστηκε η διενέργεια ταυτόχρονης λαπαροσκοπικής σιγμοειδεκτομής και αριστερής ηπατεκτομής με τη χρήση ICG.

24 ώρες πριν την επέμβαση πραγματοποιήθηκε ενδοφλέβια έγχυση 5 mg ICG στην ασθενή. Αρχικά, μετά την τοποθέτηση του 1ου τροκάρ και τη δημιουργία πνευμοπεριτοναίου, πραγματοποιήθηκε η λαπαροσκοπική σιγμοειδεκτομή με πλήρη εκτομή του μεσοκόλου και τελικοτελική αναστόμωση με τη χρήση κυκλικού αναστομωτήρα. Στη συνέχεια ακολούθησε επισκόπηση του ήπατος και αναγνώριση της ηπατικής μετάστασης με τη χρήση ICG. Πραγματοποιήθηκε παρασκευή της πύλης του ήπατος και ανεύρεση και απολίνωση της αριστερής ηπατικής αρτηρίας και αριστερής πυλαίας φλέβας με τη χρήση κλιπς Hemolock. Η διαχωριστική γραμμή μεταξύ υγιούς και ισχαιμου ηπατικού ηπατικού παρεγχύματος προσδιορίστηκε με τη χρήση του οπτικού συστήματος ICG εγχύοντας ενδοφλέβια 2,5 ακόμα mg ICG. Η διατομή του ήπατος ακολούθως πραγματοποιήθηκε με τη χρήση λαπαροσκοπικού Cusa, ψαλιδιού Harmonic και διακοπτόμενων χειρισμών Pringle 15 λεπτά on και 5 λεπτά off. Ο αριστερός ηπατικός πόρος αναγνωρίστηκε επίσης με τη χρήση ICG και απολινώθηκε με τη χρήση κοπτοράπτη. Και τα 2 παρασκευάσματα αφαιρέθηκαν μέσω μικρής τομής Pfannenstiel. Ο συνολικός χειρουργικός χρόνος ήταν 3 ώρες, και η υπολογιζόμενη απώλεια αίματος περί τα 300cc. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς επιπλοκές και η ασθενής πήρε εξιτήριο την 5η μετεγχειρητική ημέρα.

Αποτελέσματα και Συμπέρασμα: Οι ταυτόχρονες λαπαροσκοπική κολεκτομές και μείζονες ηπατεκτομές αποτελούν απαιτητικές επεμβάσεις που θα πρέπει να πραγματοποιούνται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα και δύνανται να μειώσουν την μετεγχειρητική νοσηρότητα. Η χρήση ICG βοηθά στον εντοπισμό του ηπατικού όγκου, της ακριβούς διαχωριστικής γραμμής, των χοληφόρων και της αιμάτωσης της εντερικής αναστόμωσης.

V04

ΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΠΛΑΓΙΑ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΔΕΞΙΑ ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ

Ξάκης Α., Γραμματικός Γ., Μυλωνάς Α., Ιακωβίδης Χ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η χειρουργική εκτομή σε ένα χρόνο ενός πρωτοπαθούς ηπατοκυτταρικού καρκινώματος ήπατος και ενός σύγχρονου πρωτοπαθούς νεφροκυτταρικού καρκινώματος δεξιού νεφρού είναι μια αποδεκτή επιλογή. Ωστόσο, προκαλεί σημαντικό χειρουργικό στρες με υψηλή περιεγχειρητική νοσηρότητα. Η χρησιμοποίηση τεχνικών ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής δύναται να βελτιώσει το αποτέλεσμα αυτό. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό ταυτόχρονης λαπαροσκοπικής αριστερής πλάγιας ηπατεκτομής και λαπαροσκοπικής δεξιάς νεφρεκτομής.

Υλικό και Μέθοδοι: 52χρονη γυναίκα παραπέμφθηκε στη μονάδα μας για τη διαχείριση ενός πρωτοπαθούς ηπατοκυτταρικού καρκινώματος του αριστερού λοβού του ήπατος σε έδαφος ηπατίτιδας C, με ταυτόχρονο πρωτοπαθές νεφροκυτταρικό καρκίνωμα δεξιού νεφρού παχέος εντέρου εντοπιζόμενου στο σιγμοειδές και σύγχρονης μονήρους ηπατικής. Αποφασίστηκε η διενέργεια upfront ταυτόχρονης λαπαροσκοπικής αριστερής πλάγιας ηπατεκτομής και δεξιάς νεφρεκτομής.

Το χειρουργείο πραγματοποιήθηκε ικανοποιητικά, με συνολικό χειρουργικό χρόνο 4 ώρες και συνολική απώλεια αίματος περί τα 300cc. Η ασθενής εμφάνισε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε την 5η μετεγχειρητική ημέρα.

Αποτελέσματα και Συμπέρασμα: Οι ταυτόχρονη παρουσία 2 διαφορετικών πρωτοπαθών όγκων ενός του ήπατος και ενός του νεφρού συναντάται σπάνια. Όταν και οι 2 όγκοι έχουν ένδειξη για upfront χειρουργείο, τότε αυτό δύναται να πραγματοποιηθεί λαπαροσκοπικά. Πρόκειται για απαιτητικές επεμβάσεις που θα πρέπει να πραγματοποιούνται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα και δύνανται να μειώσουν σημαντικά την μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα.

VO5

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΕΞΙΑ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗ - ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ 3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ιακωβίδης Χ.¹, Ξάκης Α.¹, Μυλωνάς Α.², Γκλαντζούνης Γ.³

¹Μονάδα Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος, ²Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γενική Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος, Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων

Σκοπός: Η δεξιά ηπατεκτομή αποτελεί μείζονα χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση νεοπλασμάτων ήπατος. Η ανοιχτή προσέγγιση συνοδεύεται από σημαντική μετεγχειρητική νοσηρότητα, μεγάλο χρόνο νοσηλείας, βραδεία επάνοδο στην φυσιολογική δραστηριότητα και συχνά χρόνιο άλγος και υπαισθησία λόγω του μεγάλου χειρουργικού τραύματος. Η λαπαροσκοπική προσέγγιση μέσω του μικρότερου χειρουργικού stress μπορεί να προσφέρει καλύτερα άμεσα μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Παρουσιάζουμε 3 περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε δεξιά λαπαροσκοπική ηπατεκτομή, από την ομάδα μας.

Υλικό και Μέθοδοι: 3 ασθενείς προσήλθαν στη μονάδα μας για την χειρουργική αντιμετώπιση νεοπλασμάτων δεξιού λοβού ήπατος (1 ευμεγέθους συμπτωματική αιμορραγική κύστη και 2 μεταστάσεις από Ca παχέος εντέρου). Και οι 3 υποβλήθηκαν σε τυπική λαπαροσκοπική δεξιά ηπατεκτομή με διαφορετικές όμως προσεγγίσεις. Στο πρώτο περιστατικό ακολουθήθηκε η κλασική λαπαροσκοπική μέθοδος με παρασκευή των στοιχείων του ηπατοδωδεκαδακτύλου και απολίνωση-διατομή του καθενός ξεχωριστά (δεξιάς ηπατικής αρτηρίας, πυλαίας φλέβας και δεξιού ηπατικού πόρου). Στο δεύτερο περιστατικό αποφασίστηκε να ακολουθηθεί η glissonian προσέγγιση με παρασκευή της δεξιάς πυλαίας τριάδας ενδοηπατικά χωρίς λύση της γλισσόνειας κάψας και ο αποκλεισμός της με τη χρήση λαπαροσκοπικού bulldog. Ο χειρισμός αυτός επέτρεψε την ανάδειξη της γραμμής διατομής στο ηπατικό παρέγχυμα. Μετά την ολοκλήρωση της διατομής του ηπατικού παρεγχύματος, τα στοιχεία της δεξιάς πυλαίας τριάδας απολινώθηκαν και διετάμηναν en block με τη χρήση ενδοσκοπικών συρραπτικών για αγγειακούς ιστούς (EndoGIA). Στο τρίτο περιστατικό ακολουθήθηκε και πάλι η κλασική μέθοδος, με ενδιαφέρον ωστόσο να εμφανίζει η εκτεταμένη συμφυσιόλυση που χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί λαπαροσκοπικά, απόρροια προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων. Σε όλες τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε διαλείπουσα ισχαιμία πυλών ήπατος κατά την διατομή του ηπατικού παρεγχύματος (χειρισμός Pringle) και η διατομή έγινε με την βοήθεια λαπαροσκοπικού αναρροφητήρα υπερήχων (Cusa) και ψαλιδιών διπολικής ενέργειας και υπερήχων (Ligasure και Harmonic scalpel).

Αποτελέσματα: Και οι 3 ασθενείς ανέχτηκαν καλά την λαπαροσκοπική δ. ηπατεκτομή, με μικρή μετεγχειρητική νοσηλεία (μέσος χρόνος: 5 ημέρες), μικρή διεγχειρητική απώλεια αίματος, ομαλή μετεγχειρητική πορεία και γρήγορη επάνοδο στις καθημερι-

νές τους δραστηριότητες.

Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική χειρουργική έρχεται να προσφέρει πολλαπλά πλεονεκτήματα και σε μείζονες επεμβάσεις όπως η δεξιά ηπατεκτομή, όταν γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα με μεγάλη εμπειρία στην χειρουργική ήπατος και στην προχωρημένη λαπαροσκοπική χειρουργική και υπάρχει και ο απαραίτητος τεχνικός εξοπλισμός.

V06

ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΔΙΠΛΑ ΕΚΤΟΠΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΑΠΟ ΕΚΤΟΠΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΑΙ ΔΕΞΙΑ ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΕΚΤΟΜΗΣ ΚΑΤΑ WHIPPLE. ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κωτίδης Ε., Μπιτσιάνης Σ., Συμεωνίδης Σ., Ανεστιάδου Ε., Λουτζίδου Λ., Νταμπάκης Γ., Αγγελόπουλος Σ.

Δ' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπανικολάου

Σκοπός: Η γνώση των παραλλαγών της αρτηριακής παροχής του ήπατος έχει βαρύνουσα σημασία διεγχειρητικά, με σκοπό την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών. Παρουσιάζουμε μια ενδιαφέρουσα περίπτωση ταυτόχρονης παρουσίας έκτοπης αριστερής και δεξιάς ηπατικής αρτηρίας.

Υλικό και μέθοδοι: Πρόκειται για άρρενα ασθενή 51 ετών που υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή κατά Whipple για χολαγγειοκαρκίνωμα τελικού χοληδόχου πόρου. Προεγχειρητικά, αναγνωρίστηκε η παρουσία έκτοπης δεξιάς και αριστερής ηπατικής αρτηρίας από τις εικόνες αξονικής τομογραφίας. Η ανωτέρω διαπίστωση επιβεβαιώθηκε διεγχειρητικά, με αναγνώριση της έκτοπης δεξιά ηπατικής αρτηρίας, εκφυόμενης από την άνω μεσεντέριο αρτηρία, και της έκτοπης αριστερής ηπατικής αρτηρίας, εκφυόμενης από την αριστερή γαστρική. Με επιμελή παρασκευή των στοιχείων διαφυλάχθηκε πλήρως η αιμάτωση του ήπατος, χωρίς διεγχειρητικά συμβάματα και χωρίς ανάγκη εκτομής και ανακατασκευής των αρτηριακών στελεχών, επιτυγχάνοντας αρνητικά όρια εκτομής.

Αποτελέσματα: Ανατομικές παραλλαγές των ηπατικών αρτηριών συναντώνται σε ποσοστό ως και 45% του πληθυσμού. Οι δύο συχνότερες παραλλαγές περιλαμβάνουν την έκτοπη δεξιά ηπατική αρτηρία, εκφυόμενη από την άνω μεσεντέριο αρτηρία (κατηγορία III κατά Michels, 12.5%), και την έκτοπη αριστερή ηπατική αρτηρία, εκφυόμενη από την αριστερή γαστρική (κατηγορία II κατά Michels, 7.5%). Η ταυτόχρονη παρουσία των δύο αυτών παραλλαγών (κατηγορία IV κατά Michels) αποτελεί σπάνιο εύρημα, με συχνότητα 1% του πληθυσμού, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Συμπεράσματα: Οι παραλλαγές της ηπατικής αρτηριακής παροχής επηρεάζουν το εγχειρητικό πλάνο κατά τη διενέργεια παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομής και εγκυμονούν κινδύνους, όπως μη επίτευξη αρνητικών ορίων εκτομής λόγω κινδύνου διαταραχής της ηπατικής αιμάτωσης, μετεγχειρητική διαφυγή από την χολοπεπτική ή την παγκρεατονηστιδική αναστόμωση, αιμορραγία, ηπατική ισχαιμία-ανεπάρκεια. Η προσεκτική μελέτη της αξονικής αγγειογραφίας σταδιοποίησης προεγχειρητικά επιτρέπει την ανεύρεση και διαφύλαξη αρτηριακών παραλλαγών διεγχειρητικά.

V07

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κωτίδης Ε., Μαντζώρος Ι., Μπιτσιάνης Σ., **Ανεστιάδου Ε.**, Λουτζίδου Λ.,
 Νταμπάκης Γ.¹, Φουτσιτζής Β., Συμεωνίδης Σ., Αγγελόπουλος Σ.
 Δ' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπανικολάου

Σκοπός: Τα χολοεντερικά συρίγγια αποτελούν ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ της χοληδόχου κύστης και του λεπτού ή παχέος εντέρου και είναι σπάνια επιπλοκή της χολολιθίας. Ειδικότερα, τα χολοκυστοδωδεκαδακτυλικά συρίγγια είναι τα πιο συνήθη και ανευρίσκονται συχνά διεγχειρητικά, αποτελώντας διαγνωστική πρόκληση προεγχειρητικά, λόγω των μη ειδικών συμπτωμάτων που προκαλούν. Παρουσιάζουμε μια ενδιαφέρουσα περίπτωση αντιμετώπισης ασθενούς με οξεία χολοκυστίτιδα και χολοκυστοδωδεκαδακτυλικό συρίγγιο.

Υλικό και μέθοδοι: Πρόκειται για θήλυ ασθενή 71 ετών που προσήλθε λόγω έντονου άλγους δεξιού υποχονδρίου. Αναφέρονται παρόμοια επεισόδια υποτροπιάζοντος άλγους δεξιού υποχονδρίου από εξαμήνου. Το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς περιλαμβάνει επέμβαση τοποθέτησης γαστρικού δακτυλίου προ εντεκαετίας και επεισόδια οισοφαγίτιδας από παλινδρόμηση λόγω ολίσθησης του γαστρικού δακτυλίου. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε διάχυτη ευαισθησία, καθώς και σύσπαση δεξιού υποχονδρίου, με συνοδό λευκοκυττάρωση και αύξηση των δεικτών φλεγμονής.

Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας, που επιβεβαίωσε την ολίσθηση του γαστρικού δακτυλίου και επιπλέον ανέδειξε πάχυνση του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης και παρουσία αέρα στα ενδοηπατικά χοληφόρα, ευρήματα συμβατά με οξεία χολοκυστίτιδα και παρουσία πιθανού χολοεντερικού συριγγίου. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου επιβεβαιώθηκε η παρουσία χολοκυστοδωδεκαδακτυλικού συριγγίου. Διενεργήθηκε λαπαροσκοπική αφαίρεση του γαστρικού δακτυλίου, διατομή του χολοκυστοδωδεκαδακτυλικού συριγγίου και ανάστροφη σχεδόν ολική χολοκυστεκτομή, με συρραφή της οπής στο τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου. Η ασθενής έφερε παροχετευτικό σωλήνα για 7 ημέρες, σιτίστηκε την 3^η μετεγχειρητική ημέρα με δίαιτα υδρική και ακολούθως έλαβε εξιτήριο με οδηγίες για συνέχιση υδρικής διαίτας. Στην επίσκεψη επανελέγχου, παραμένει ελεύθερη συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Η αξονική τομογραφία αποτελεί σημαντικό εργαλείο προεγχειρητικής διάγνωσης της παρουσίας χολοκυστοδωδεκαδακτυλικού συριγγίου, με ενδεικτικά ευρήματα την παρουσία αέρα στα χοληφόρα και την ρικνή χοληδόχο κύστη με συμφύσεις με τα γειτονικά όργανα. Η διάγνωση του χολοκυστοδωδεκαδακτυλικού συριγγίου πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν προεγχειρητικά, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς με σύσπαση της χοληδόχου κύστης στον απεικονιστικό έλεγχο και παρουσία συμφύσεων.

V08

**ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΗΠΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ
ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ -
ΒΙΝΤΕΟΠΡΟΒΟΛΗ**

Συμμεωνίδου Ε., Τσαραμανίδης Σ., Φούζα Α., Κατσούδα Α., Πετράς Π., Μπαλλάς Κ.,
Καμπαρούδης Α.
Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Η παρουσίαση λεμφαδενικού καθαρισμού ηπατοδωδεκαδακτυλικού λαπαροσκοπικά σε ασθενή με χολαγγειοκαρκίνωμα αριστερού ηπατικού πόρου.

Υλικό: Ασθενής 62 ετών διεγνώσθη με διάταση των ενδοηπατικών χολαγγείων του αριστερού λοβού σε τυχαίο έλεγχο, ασυμπτωματική. Ακολούθησε έλεγχος με αξονική και MRI- MRCP, και εν συνεχεία οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

Μέθοδοι: Σε τροποποιημένη θέση λιθοτομής, λαπαροσκοπικά αναγνωρίστηκαν και παρασκευάστηκαν όλα τα στοιχεία του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου έως τις πύλες του ήπατος και αφαιρέθηκε εξ ολοκλήρου ο αντίστοιχος λεμφαδενικός ιστός, ανεπίπλεκτα. Εν συνεχεία καθώς ο όγκος διηθούσε τον αριστερό ηπατικό πόρο στην πύλη του ήπατος αποφασίστηκε μετατροπή σε ανοιχτή επέμβαση για την εξασφάλιση αρνητικών ορίων εκτομής, οπότε διενεργήθηκε αριστερή ηπατεκτομή.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή και ανεπίπλεκτη. Έλαβε εξιτήριο την 4^η μετεγχειρητική ημέρα, ενώ η ιστολογική ανέδειξε χολαγγειοκαρκίνωμα της πύλης του ήπατος με αρνητικά όρια εκτομής και λεμφαδένες ελεύθερους διηθήσεων.

Συμπεράσματα: Ο λεμφαδενικός καθαρισμός του ηπατοδωδεκαδακτυλικού είναι εφικτό να διενεργηθεί λαπαροσκοπικά με ασφάλεια από έμπειρο χειρουργό. Όταν ωστόσο διακυβεύεται το ογκολογικό αποτέλεσμα απαραίτητη είναι η μετατροπή της επέμβασης σε ανοιχτή.

V09

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΠΥΡΗΝΙΣΗ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΥΣ ΟΓΚΟΥ ΑΥΧΕΝΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ**Ξάκης Α.**, Γραμματικός Γ., Μυλωνάς Α., Ιακωβίδης Χ.

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Σκοπός: Η διενέργεια παγκρεατοδωδεκαδακτυλοτομής για τη θεραπεία καλοήθους όγκου του αυχένα του παγκρέατος, αποτελεί τη σπάνια χειρουργική αντιμετώπιση. Ωστόσο συχετίζεται με σημαντική απώλεια λειτουργικού παγκρεατικού αλλά και εξω-παγκρεατικού (που αφορά το στομάχι, δωδεκαδάκτυλο, χοληφόρο δέντρο και σπλήνα) ιστού, με περαιτέρω συνέπεια την υψηλή νοσηρότητα αλλά και θνητότητα. Η σύγχρονες εξελίξεις στη χειρουργική του παγκρέατος περιλαμβάνουν τεχνικές διατήρησης του παγκρεατικού παρεγχύματος. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό λαπαροσκοπικής εκπυρήνισης NET κεφαλής παγκρέατος.

Υλικό και Μέθοδοι: 68χρονη γυναίκα προσήλθε στη μονάδα μας για τη διαχείριση τυχαίωματος του αυχένα του παγκρέατος, διαμέτρου 3 εκ. η οποία ανευρέθη σε αξονική τομογραφία κοιλίας. Η ασθενής υπεβλήθη σε ενδοσκοπική US-guided FNA, η οποία ανέδειξε NET. Δεδομένου του δυναμικού κακοήθειας του μορφώματος, τέθηκε η ένδειξη για χειρουργική αφαίρεση και δεδομένου του μεγέθους και της μη στενής σχέσης με τον κύριο παγκρεατικό πόρο, αποφασίστηκε η διενέργεια λαπαροσκοπικής εκπυρήνισης του όγκου.

Στο χειρουργείο η ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση, υπό γενική ενδοτράχεια αναισθησία. Χρησιμοποιήθηκαν 5 τροκάρ στο ένα από τα οποία τοποθετήθηκε το άγκιστρο ήπατος. Μετά την είσοδο στον ελάχιστο επιπλοϊκό θύλακο ο όγκος ανευρέθη τόσο επισκοπικά, όσο και με τη χρήση λαπαροσκοπικού υπερήχου. Πραγματοποιήθηκε παρασκευή του κάτω χείλους του παγκρέατος και ανεύρεση της άνω μεσεντερίου φλέβας, η οποία χρησιμοποιήθηκε σαν οδηγός για την παρασκευή του ανάγγειου πλάνου μεταξύ του παγκρέατος και της πυλαίας φλέβας. Εκεί τοποθετήθηκε για προστασία μία γάζα και στη συνέχεια με τη χρήση Harmonic και Ligasure πραγματοποιήθηκε η εκπυρήνιση του όγκου. Ακολούθησε συρραφή των χειλών του παγκρέατος με τη χρήση ράμματος v-loc, τοποθέτηση παροχέτευσης και ολοκλήρωση του χειρουργείου. Ο συνολικός χειρουργικός χρόνος ήταν 2 ώρες, και η υπολογιζόμενη απώλεια αίματος περί τα 30cc. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς επιπλοκές και η ασθενής πήρε εξιτήριο την 3η μετεγχειρητική ημέρα.

Αποτελέσματα και Συμπέρασμα: Οι τεχνικές εκτομής όγκων του παγκρέατος με διατήρηση του παγκρεατικού παρεγχύματος αποτελούν απαιτητικές επεμβάσεις που θα πρέπει να πραγματοποιούνται με συγκεκριμένες ενδείξεις, μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα και δύναται να μειώσουν την μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα.

V10

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΕΚΤΟΜΗ ΚΑΤΑ WHIPPLE - Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Ιακωβίδης Χ.¹, **Ξάκης Α.**¹, Γραμματικός Γ.¹, Μυλωνάς Α.¹, Γκλαντζούνης Γ.²

¹Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη, ²Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Σκοπός: Εώς και σήμερα η ανοιχτή παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή κατά Whipple αποτελεί τη στανταρ χειρουργική πρακτική για κακοήγη νεοπλασμάτα της κεφαλής του παγκρέατος. Πρόκειται για μία από τις πιο απαιτητικές επεμβάσεις στη φαρέτρα του γενικού χειρουργού, με σημαντική ωστόσο νοσηρότητα και θνητότητα. Η χρήση τεχνικών ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής δύναται να βελτιώσει το αποτέλεσμα αυτό. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό λαπαροσκοπικής παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομής με διατήρηση του πυλωρικού άντρου

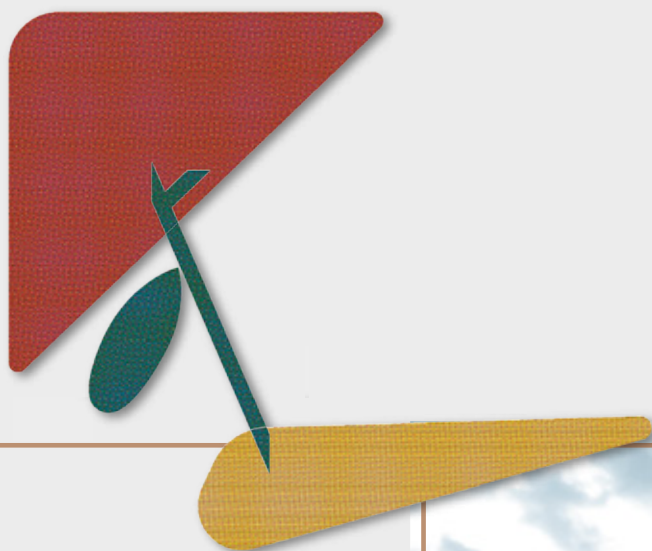
Υλικό και Μέθοδοι: 85χρονος άνδρας παραμέμφθηκε στη μονάδα μας για τη διαχείριση εξαιρέσιμου καρκίνου κεφαλής παγκρέατος. Επρόκειτο για ασθενή με φυσιολογικό BMI, καλό performance status και χωρίς προηγούμενα χειρουργεία στην κοιλία. Αποφασίστηκε η διενέργεια λαπαροσκοπικής παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομής.

Το χειρουργείο πραγματοποιήθηκε ικανοποιητικά, με συνολικό χειρουργικό χρόνο 4,5 ώρες και συνολική απώλεια αίματος περί τα 200cc.

Αποτελέσματα και Συμπέρασμα: Ο ασθενής εμφάνισε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε την 5η μετεγχειρητική ημέρα.

Η λαπαροσκοπική παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή κατά Whipple αποτελεί απαιτητική επέμβαση που θα πρέπει να πραγματοποιείται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα και δύναται να μειώσει την μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα. Προσφέρει όλα τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής χωρίς να υστερεί από ογκολογικής απόψεως.

Ευρετήριο Συγγραφέων



Ευρετήριο Συγγραφέων

B

Burne D. 010

D

Davakis Sp. 007, 017, 022

Dimitrokallis N. 022

F

Felekouras E. 007, 017, 022

G

Glantzounis G. 007

K

Kanavidis Pr. 007

Karydakis L. 007, 017, 022

Kozadinos A. 007

Korkolis D. 007

Kyros E. 007, 017, 022

M

Manas D. 010

O

Oikonomou D. 022

P

Papalampros A. 007, 017, 022

Petrou A. 022

S

Sakarellos P. 007, 017, 022

Sakellariou S. 007, 022

Syllaios A. 022

T

Thakkar R. 010

V

Vagios I. 007, 017

Vailas M. 007, 017, 022

A

Αγγελόπουλος Στ. V01, V06, V07

Αλεξάκης Ν. 014, 015, 016

Αλεξίου Γ. 006

Ανεστιάδου Ε. V01, V06, V07

Αντωνιάδης Ν. 008, 026

Αποστολίδης Στ. 023

Αργυράκος Θ. 021

B

Βαρθολομάτος Γ. 006

Βασιλείου Δ. 008, 027

Βασιλειάδου Στ. 026

Βουγάς Β. 013, 020, 021

Βούρος Δ. 014, 015, 016

Γ

Γεωργοπούλου Β. 008, 026

Γκλατζούνης Γ. 006, V02, V05, V10

Γκέκα Θ. 027

Γούσια Α. 006

Γραμματικός Γ. 005, V03, V04,
V09, V10

Ευρετήριο Συγγραφέων

Δ

Δασκαλάκη Ε..... 013, 020, 021

Διαμαντοπούλου Γ. 009

Ζ

Ζιώγου Π..... 011, 012

Ζωγράφος Γ..... 014, 015, 016

Θ

Θεοχάρης Γ..... 009

Θωμόπουλος Κ. 009

ΙΙακωβίδης, Χ..... 005, V02, V03, V04,
V05, V09, V10

Ιωαννίδης, Α. 023

Ιωαννίδης Ο. V01

Κ

Καμπαρούδης Α. 004, 019, V08

Καρακάση Κ.-Ε..... 008, 026

Καρακατσάνης Α. 023

Καραμπά Α. 006

Καρβέλη Ε. 013

Κατσάνος Γ..... 008, 026

Κατσούδα Α. V08

Κεσίσογλου Ι. 027

Κοσμίδης Χρ. 027

Κολοβελώνης Γ. 018

Κοτσαρίνης Β. 015

Κουβίδου Χ..... 020

Κουρκουτσάκης Ν. 028, 029

Κοφινάς Α. 008, 026

Κρατημένος Θ. 013

Κωνσταντουλάκης Μ. 014, 015, 016

Κωτίδης Ε. V01, V06, V07

Λ

Λαγόπουλος Β. 027

Λαμπροπούλου Μ. 001

Λάσκου Στ. 027

Λιανός Γ..... 006

Λουτζίδου Λ. V01, V06, V07

Μ

Μάλλιου Π..... 023

Μανάκη Β. 027

Μανταλόβας Σ. 027

Μαντατζής Μ..... 028, 029

Μαντζώρος Ι. V07

Μαργαρίτης Μ..... 019

Μαρκόπουλος Γ. 006, 025

Μήλας Φ..... 011, 012

Μιχαλόπουλος Σ. 023

Μόρσι-Γερογιάννης Α. 008, 026

Μόρφης Ν..... 020

Μπαλλάς Κ..... 004, 019, V08

Μπαλλιάν Ν. 011, 012

Μπιτσιάνης Σ..... V01, V06, V07

Μπλούχος Κ..... 003

Μποτσάκης Κ. 020, 021

Μπουλάς Κ. 002, 003

Μπράμης Κ..... 015, 016

Μπράμης Κ..... 014

Μυλωνάς Α. 005, V02, V03,
V04, V09, V10**Ν**

Ναθαναλίδου Μ. 002, 003

Νείρος Σ..... 004

Νταμπάκης Γ..... 001, V01, V06, V07

Ευρετήριο Συγγραφέων

Ξ

Ξάκης Α. 005, V02, V03, V04,
V05, V09, V10

Ο

Ουζουνίδης Ν. V01

Π

Παγκράτης Σ. 018
Παπαδόπουλος Γ. 019
Πετράς Π. 004, 019, V08
Παπαδόπουλος Σ. 008, 026
Παππάς-Γώγος Γ. V02
Πατούλια Μ. 004
Παυλίδης Ε. 027
Παυλόπουλος Κ. 021
Πέτσα - Πουτούρη Σ. 013, 020, 021
Πιτιακούδης Μ. 001
Πολυμέρου Αικ. 021

Ρ

Ρεκούνα Κ. 013, 020
Ροντογιάννη Δ. 020
Ρουκουνάκης Ν. 013, 020, 021

Σ

Σαπαλίδης Κ. 027
Σιδέρης Α. 013
Σιδηροπούλου Μ. 008, 019, 026
Σιταρίδης Κ. 002, 003
Σιώκα Τ. 001
Σουφλέρης Κ. 008
Συμεωνίδης Σ. V06, V07
Συμεωνίδου Ε. 004, 019, V08
Σωτηρόπουλος Χ. 009

Σωτηρούδης Γ. 008, 026

Τ

Τεπελένης Κ. V02
Τζιαγκανά Κ. 028
Τζίκος Γ. 023
Τζίμας Γ. 018
Τομαής Δ. 021
Τούτουζας Κ. 014, 015, 016
Τρακοσάρη Π. 013, 020, 021
Τσαραμανίδης Σ. 004, 019, V08
Τσίρλης, Θ. 010
Τσιώτος Γ. 011, 012
Τσουλφάς Γ. 026, 008

Υ

Υψηλάντης Π. 001
Υψηλάντου Ι. 001

Φ

Φιλιππάτος Γ. 013
Φιλιππίδης Ι. 002, 003
Φούζα Α. V08
Φουτσίδης Β. V01, V07

Χ

Χαρακοπούλου Α. 018
Χαρίτος Χ. 013
Χατζάκη Μ. 028
Χατζηγεωργιάδης Α. 002, 003
Χρήστου Μ. 013
Χριστοδούλου Ε. 028, 029
Χόρτη Α. 023



ferinject[®]
ferric carboxymaltose

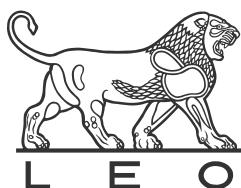
Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Ferinject 50 mg σιδήρου ανά ml ενέσιμο διάλυμα/διάλυμα για έγχυση. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Ένα ml διαλύματος περιέχει 50 mg σιδήρου, ως ένωση καρβοξυμαλτόζης με σίδηρο. Κάθε φιαλίδιο των 10 ml περιέχει 500 mg σιδήρου, ως ένωση καρβοξυμαλτόζης με σίδηρο. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Vifor France 100-101 Terrasse Boieldieu, Tour Franklin La Defense 8, 92042 Paris La Defense Cedex, Γαλλία.

Για περαιτέρω πληροφορίες παρακαλώ απευθυνθείτε στη Genesis Pharma

Ευχαριστίες

Η **Ελληνική Εταιρεία Ήπατος Παγκρέατος Χοληφόρων** ευχαριστεί τις παρακάτω εταιρείες για τη συμβολή τους στη διοργάνωση του συνεδρίου.

The logo for Baxter, featuring the word "Baxter" in a bold, blue, sans-serif font.The logo for ETHICON, with "ETHICON" in a bold, red, sans-serif font. Below it, in smaller text, is "PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES".The logo for GENESIS pharma, featuring a stylized blue and grey graphic to the left of the word "GENESIS" in a bold, blue, sans-serif font, with "pharma" in a smaller, blue, sans-serif font below it.The logo for Hospital line, featuring a blue circle with a white stylized 'H' inside, followed by the word "Hospital" in a large, blue, sans-serif font, and "line" in a smaller, blue, sans-serif font below it.The logo for LEO, featuring a detailed line drawing of a lion standing on a base, with the letters "L E O" in a bold, black, sans-serif font below it.The logo for MAVROGENIS, featuring a stylized green and blue 'M' graphic above the word "MAVROGENIS" in a bold, black, sans-serif font, with "EMPOWERING HEALTH" in a smaller, green, sans-serif font below it.The logo for mediray, featuring the word "mediray" in a bold, blue, sans-serif font, with a stylized blue and orange graphic to the right.The logo for Pfizer, featuring a stylized blue and purple graphic to the left of the word "Pfizer" in a bold, blue, sans-serif font.The logo for SILK LINE, featuring the words "SILK LINE" in a large, black, outlined, sans-serif font, with "A. MOUHARIDIS S.A." in a smaller, black, sans-serif font below it.The logo for SYN, featuring a stylized blue and white graphic above the letters "SYN" in a bold, blue, sans-serif font, with "INNOVATION LABORATORIES S.A." and "www.syn-lab.gr" in smaller text below it.The logo for BIANEE A.E., featuring a red diamond shape with a white 'B' inside, followed by the word "BIANEE" in a bold, blue, sans-serif font, and "A.E." in a smaller, blue, sans-serif font to the right. Below it, in smaller text, is "ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ" and "ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ".



Patient nutrition, evolved.

OLIMEL N9



Σειρά 3πλών ασκών
παρεντερικής διατροφής
που περιέχουν
λιπογαλάκτωμα
με βάση το ελαιόλαδο

Για πλήρεις συνταγογραφικές
πληροφορίες απευθυνθείτε
στον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας

Baxter

BAXTER (Hellas) Ε.Π.Ε.

Μαρίνου Αντύπα 47 & Ανάφης
141 21 Ν. Ηράκλειο, Αττική
Τηλ.: 210 28 80 000, Fax: 210 99 59 820

www.baxter.gr

