



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ ΠΑΙΔΩΝ
GREEK ASSOCIATION OF PÆDIATRIC SURGEONS

ΕΑΡΙΝΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ 2015

ΕΑΡΙΝΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ ΠΑΙΔΩΝ 2015

«Αμφιλεγόμενα στην Παιδοχειρουργική»



ΚΕΔΕΑ, 18 Απριλίου 2015

Πληρ.: Παιδοχειρουργική Κλινική Ιπποκράτειου ΓΝΘ, τηλ. 2319 892329

Υπό την αιγίδα

Ελληνικής Εταιρείας χειρουργών παιδών

Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας

Συλλόγου γονέων παιδιών με κακοήθη νοσήματα Β. Ελλάδος “ΛΑΜΨΗ”

Εικόνα εξωφύλλου

“Ένα κοινό σώμα για τις δυο γυναικείες μορφές, αναπαύεται στην παλιά πολυθρόνα με κοινό χέρι. Οι προβληματισμοί , τα αμφιλεγόμενα, οι διχασμοί της καθημερινότητας , οι δισταγμοί μπροστά στις κρίσιμες αποφάσεις. Του καθένα από μας, των φίλων, των γειτόνων, των γιατρών, των πολιτικών ... Κάθε σκεπτόμενου και προβληματιζόμενου ατόμου.”

Έργο του **Αντώνη Φιλιππόπουλου**

Καθηγητή Ιατρικής Α.Π.Θ.

Καθηγητή Σ.Κ. Τεχνών Α.Π.Θ.

Πρόεδρο Τ.Ε.Π.Ε. Γ.Ν. “Παπαγεωργίου”

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Εαρινού Συμποσίου 2015 της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Παίδων

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Αποτελεί μεγάλη τιμή για μένα και για την Παιδοχειρουργική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που διευθύνω, η ανάθεση από μέρος της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Παίδων της διοργάνωσης του Εαρινού Συμποσίου Χειρουργικής Παίδων του 2015, που θα γίνει στη Θεσσαλονίκη στο Κέντρο Διάδοσης Ερευνητικών Αποτελεσμάτων του Α.Π.Θ. (ΚΕΔΕΑ – 3^{ης} Σεπτεμβρίου – Πανεπιστημιούπολη) στις **18 Απριλίου** 2015.

Όπως σας είναι γνωστό, το Εαρινό Συμπόσιο είναι θεσμός που άρχισε εδώ και 35 περίπου χρόνια και που πραγματοποιείται έκτοτε ανελλιπώς και με επιτυχία κάθε Σάββατο της διακαινησίμου εβδομάδας (Σάββατο μετά το Πάσχα). Το συμπόσιο αυτό είναι πανελληνίας εμβέλειας και συμμετέχουν ακόμη και γνωστοί παιδοχειρουργοί από τα Βαλκάνια και την Ευρώπη.

Το φετινό Εαρινό Συμπόσιο της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Παίδων είναι αφιερωμένο στη συζήτηση και κατ' επέκταση στη διευκρίνιση και στην επίλυση αμφιλεγόμενων θεμάτων και προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο Χειρουργός Παίδων στην καθημερινή του κλινική πράξη. Ο γενικός τίτλος του συμποσίου είναι «Αμφιλεγόμενα στην Χειρουργική Παίδων» όπου καταξιωμένοι συνάδελφοι θα προεδρεύσουν σε στρογγυλά τραπέζια ή θα εισηγηθούν ενδιαφέροντα θέματα.

Τα θέματα που θα συζητηθούν θα σας τα ανακοινώσουμε έγκαιρα και θα προσπαθήσουμε να μην περιορίζονται στα στενά όρια της Παιδοχειρουργικής, αλλά να ενδιαφέρουν και συναδέλφους συναφών ειδικοτήτων, όπως παιδίατρος, γενικούς χειρουργούς, γενικούς γιατρούς καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό, που φροντίζει τα παιδιά.

Επίσης θα υπάρξουν συνεδρίες όπου οι συνάδελφοι με τη μορφή των ελεύθερων ανακοινώσεων θα μπορέσουν να εκθέσουν τα αποτελέσματα της εργασίας τους.

Το Εαρινό Συμπόσιο δίνει βήμα σε νέους συναδέλφους και τους προετοιμάζει για μια επιτυχημένη επαγγελματική καριέρα. Προτρέπουμε λοιπόν τους νεαρούς συναδέλφους να συμμετέχουν ενεργά και με ενθουσιασμό στο Συμπόσιό μας.

Σας απευθύνουμε έγκαιρα την πρόσκλησή μας ώστε να προγραμματίσετε τη συμμετοχή σας στο Συμπόσιο. Η συμμετοχή σας δίνει την ευκαιρία για να αναπτύξουμε και να συσφίξουμε τις ανθρώπινες σχέσεις μας, πράγμα τελείως απαραίτητο στη δύσκολη εποχή που διανύουμε.

Επειδή, όπως σας είναι γνωστό, η παιδοχειρουργική κοινότητα δεν έχει πόρους από χορηγούς, ορίζουμε τιμή συμμετοχής στο Συμπόσιό μας για τους ειδικούς και ειδικευόμενους ιατρούς την τιμή των 50€ και ζητούμε την κατανόησή σας για αυτό.

Είμαστε σίγουροι ότι η συμμετοχή σας στο Εαρινό Συμπόσιο της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Παίδων θα συμβάλλει στην επιτυχία αυτού, ώστε να μείνει στη μνήμη μας σαν ένα από τα πιο επιτυχημένα που έχουν γίνει.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Για την Οργανωτική Επιτροπή
Ο Πρόεδρος
Dr. Γεώργιος Τσικόπουλος



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ ΠΑΙΔΩΝ
GREEK ASSOCIATION OF PÆDIATRIC SURGEONS

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Γ. Βάος

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Γ. Τσικόπουλος

ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Κ. Βελαώρας

ΤΑΜΙΑΣ: Ν. Μπαλτογιάννης

ΜΕΛΗ: Ν. Ζάβρας
Ν. Λαϊνάκης
Β. Λαμπρόπουλος
Αντ. Παναγίδης
Αλ. Πασσαλίδης

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Γ. Τσικόπουλος, Διευθυντής Παιδοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Α. Πετρόπουλος, Καθηγητής Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ.

Κ. Καλλέργης, Καθηγητής Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ.

Α. Φιλιππόπουλος, Καθηγητής Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ.

Ι. Ζιούτης, τ. Διευθυντής Παιδοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Σπ. Γκαβόπουλος, τ. Διευθυντής Παιδοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΙ

Ι. Σπυριδάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Διευθυντής Β΄ Κλινικής Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ.

Γ. Παπούης, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Παιδοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Δ. Σφουγγάρης, Επίκουρος Καθηγητής, Διευθυντής Α΄ Κλινικής Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ.

Χρ. Χάιδος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Παιδοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Αικ. Τζαντζαρούδη, Επιμελήτρια Β΄ Ε.Σ.Υ., Παιδοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Ελ. Γεωργίου, Ειδικευόμενη Παιδοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

ΤΑΜΙΑΣ

Χ. Στεφανίδης, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Παιδοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

ΜΕΛΗ (κατά αλφαβητική σειρά)

Ασ. Βιολάκη, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., ΜΕΘ Παίδων Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Γ. Γρηγοριάδης, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Παιδοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Δ. Ιορδανίδου, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Β. Λαμπρόπουλος, Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ., Β' Κλινική Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ.

Παπαγεωργίου

Δ. Λιάσης, Ειδικευόμενος Παιδοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Μ. Μητρούδη, Επιμελήτρια Β΄ Ε.Σ.Υ., Α΄ Κλινική Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Γ.

Γεννηματάς

Β. Μουράβας, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Β' Κλινική Χειρουργικής Παιδών Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ.
Παπαγεωργίου

Μ. Μυλωνά, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Χρ. Παντελή, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ., Α' Κλινική Χειρουργικής Παιδών Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Γ.
Γεννηματάς

Μ. Παπουτσάκης, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Παιδοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Αθ. Πέγιος, Ειδικευμένος Παιδοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Α. Στανίτσα, Προϊσταμένη Παιδοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ (κατά αλφαβητική σειρά)

Γ. Τσικόπουλος, Διευθυντής Παιδοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Π. Αυτζόγλου, Διδάκτωρ Α.Π.Θ. - Χειρουργός Παιδών

Ε. Αναστασιάδου, Διευθύντρια Νεογνολογικής Κλινικής Ε.Σ.Υ., Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Ι. Βαλιούλης, Διδάκτωρ Α.Π.Θ. - Χειρουργός Παιδών

Γ. Βάος, Καθηγητής Χειρουργικής Παιδών Δ.Π.Θ.

Γ. Γεωργίου, Συντονιστής Διευθυντής Γ.Ν. Πάτρας

Δ. Κολιούσκας, Συντονιστής Διευθυντής Παιδοογκολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Αν. Μάρκου, Συντονιστής Διευθυντής Ε.Σ.Υ. Νοσοκομείο Λαρίσης

Χρ. Μπράτζου, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Ι. Πατουλιάς, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Α' Κλινική Χειρουργικής Παιδών Α.Π.Θ., Γ. Ν.Θ. Γ.

Γεννηματάς

Μ. Σδούγκα, Συντονίστρια Διευθύντρια ΜΕΘ Παιδών Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Ε. Σμαρόπουλος - Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Παιδοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Ε. Χριστιανάκης, Συντονιστής Διευθυντής Παιδοχειρουργικής Κλινικής Νοσοκομείου Παιδών
Πεντέλης

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΕΩΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Γ. Τσικόπουλος, Διευθυντής Παιδοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Αν. Μάρκου, Συντονιστής Διευθυντής Ε.Σ.Υ. Νοσοκομείο Λαρίσης

Ε. Χριστιανάκης, Συντονιστής Διευθυντής Παιδοχειρουργικής Κλινικής Νοσοκομείου Παιδών
Πεντέλης

Ε. Σμαρόπουλος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Παιδοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο 18 Απριλίου 2015

08:30 – 09:00 Εγγραφές

09:00 – 10:00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Προεδρείο: κ.κ. Γ. Παπούης, Ι. Βαλιούλης

1. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΑΝΑΓΚΗ Ή ΠΟΛΥΤΕΛΕΙΑ;

Δ. Ιορδανίδου, Ε. Μπαλή, Ε. Δαμιανίδης, Ε. Θεοδώρου, Μ. Μυλωνά, Χ. Μπράτζου
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ' κτίριο, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

2. ΣΥΝΕΧΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΕΓΧΥΣΗ ΜΟΡΦΙΝΗΣ ΩΣ ΣΧΗΜΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΣΩ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Δ. Ιορδανίδου, Κ. Τολιοπούλου, Δ. Βρανάς, Α. Ζαρμακούπης, Μ. Ντάβλης, Χ. Μπράτζου
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Παράρτημα Γ' κτιρίου

3. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Δ. Ιορδανίδου, Ε. Τσιρανίδου, Κ. Μάτση, Η. Καλαϊτσίδου, Α. Τολιοπούλου, Χ. Μπράτζου
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ' κτίριο, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

4. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ «ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ» ΤΩΝ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ευδοξία Κιτσιοπούλου, Ευαγγελία Γκουτζιομήτρου
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

5. ΜΟΡΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΓΚΟ WILMS

Αθ. Νοτόπουλος¹, Γ. Μεριστούδης¹, Χ. Λικάρτσης¹, Ζ. Οικονόμου¹, Χ. Στεφανίδης², Χ. Χάιδος².

¹ Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Ιπποκράτειο ΓΝΘ

² Παιδοχειρουργική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΘ

6. ΜΟΡΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΙΤΙΔΑ

Αθ. Νοτόπουλος¹, Α. Μουτεβελή¹, Ε. Αλευρούδης¹, Ι. Πέτρου¹, Ε. Σμαρόπουλος², Γ. Γρηγοριάδης².

¹ Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και ² Παιδοχειρουργική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΘ

7. ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Σ. Σφελινιώτη, Β. Νταφούλης

Ψυχιατρικό Τμήμα Παιδιών και Εφήβων, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

8. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΤΟΥ Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Σ. Σφελινιώτη, Ε. Τσαμαδού, Β. Νταφούλης

Ψυχιατρικό Τμήμα Παιδιών Εφήβων, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

10:00 – 11:00 Στρογγυλό Τραπέζι: Κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες για χημειοθεραπεία: εμφυτεύσιμοι ή ανοικτού άκρου

Προεδρείο: κ.κ. Δ. Κολιούσκας, Β. Ταμπάρας, Γ. Τσικόπουλος

Ομιλητές:

Χρ. Στεφανίδης: Πλεονεκτήματα καθετήρων ανοικτού άκρου (Hickmann)

Θ. Παπαγεωργίου: Πλεονεκτήματα εμφυτεύσιμων καθετήρων (Port cath)

Ελ. Ματαπά: Νοσηλευτική διαχείριση καθετήρων ανοικτού άκρου

Σοφ. Χαϊδευτού: Νοσηλευτική διαχείριση εμφυτεύσιμων καθετήρων

- 11:00 – 11:30** Διάλειμμα
- 11:30 – 12:00** Θεατρικό Δρώμενο: “Ο Κορνήλιος και τα χρώματα”
Θεατρική Ομάδα Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης
- 12:00 – 12:30** Τελετή Έναρξης – Χαιρετισμοί – Βραβεύσεις
Προεδρείο: κ.κ. Αλ. Πασσαλίδης, Δ. Σφουγγάρης
- 12:30 – 13:00** Εναρκτήριο ομιλία με θέμα:
“Μητρότητα. Η υπέρτατη αξία όπως αποδίδεται από τις Εικαστικές Τέχνες - Οδοιπορικό μέσα στους αιώνες”.
Ομιλητής: Αντώνης Φιλιππόπουλος
- 13:00 – 14:00** Στρογγυλό τραπέζι: Αντικρουόμενες απόψεις στην συντηρητική και χειρουργική αντιμετώπιση της Κυστεοουρητηρικής Παλινδρόμησης
Προεδρείο: κ.κ. Γ. Βάος, Φ. Παπαχρήστου
Ομιλητές:
Στάμου: Συντηρητική αντιμετώπιση ΚΟΥΠ χωρίς χημειοπροφύλαξη
Ντότης: Συντηρητική αντιμετώπιση ΚΟΥΠ με χημειοπροφύλαξη
Ελ. Σμαρόπουλος: Ελάχιστα επεμβατική χειρουργική της ΚΟΥΠ με χρήση Deflux
Αικ. Τζαντζαρούδη: Χειρουργική αντιμετώπιση ΚΟΥΠ
- 14:00 – 15:30** Επίσημο γεύμα
- 15:30 – 16:30** Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: κ.κ. Ε. Χριστιανάκης, Π. Αυτζόγλου
- 9. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**
Μ. Αγγελίδου, Κ. Καμπούρη, Σ. Γαρδίκης, Γ. Βάος
Παιδοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
- 10. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΠΟΠΤΩΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ-ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΟΡΧΕΩΝ ΣΕ ΕΠΙΜΥΕΣ**
Ι. Σκόνδρας, Μ. Αγγελίδου, Κ. Καμπούρη, Μ. Λαμπροπούλου, Α. Τσαρούχα, Σ. Γαρδίκης, Γ. Βάος
Παιδοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
- 11. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΚΥΣΤΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙ**
Α. Μάρκου, Ε. Καρβούνη, Γ. Καλογιάννης, Β. Ταμπάρας, Μ. Μασμανίδου, Μ. Δημητριάδου
Παιδοχειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας
- 12. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΥΕΛΟΛΙΘΟΤΟΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΟΡΑΛΛΙΟΕΙΔΟΥΣ ΛΙΘΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΥΣΤΙΝΟΥΡΙΑ**
Ε. Παπαγεωργίου, Β. Μουράβας, Χ. Κεπερτής, Β. Λαμπρόπουλος, Χ. Δοϊτσίδης,
Α. Νεοφύτου Δ. Σφουγγάρης, Ι. Σπυριδάκης
Β' Κλινική Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ., Γ. Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

13. ΚΥΣΤΗ ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΣΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ

Α. Παπάζογλου¹, Χ. Στεφανίδης¹, Γ. Ίμβριος², Δ. Λιάσης¹, Ι. Βενιζέλος³,
Γ. Τσικόπουλος¹
1. Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»
3. Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

14. ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΧΩΡΙΣ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ ΣΕ ΠΟΛΛΑΠΛΩΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟ ΓΙΑ ΑΤΡΗΣΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΒΡΕΦΟΣ

Α. Πέγιος¹, Χ. Χαΐδος¹, Γ. Γρηγοριάδης¹, Μ. Ντάβλης², Π. Μαντζαφλήρη³,
Γ. Τσικόπουλος¹
1. Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Παιδοαναισθησιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»
3. ΜΕΘ Παιδών, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

15. ΜΕΙΩΤΙΚΗ ΠΥΕΛΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑ HYNES-ANDERSON ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΔΙΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ (STENT). ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ

Β. Παπαχρήστος, Η. Αλεξίου, Ελένη Σπυριδοπούλου, Αλεξάνδρα Χαρακοπούλου, Ο. Αχιλλέως,
Α. Πασσαλίδης
Β' Παιδοχειρουργικό Τμήμα, ΓΝΠΑ «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού»

16. ΕΜΠΥΗΜΑ ΘΩΡΑΚΟΣ: ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Η. Αλεξίου, Β. Παπαχρήστος, Ελένη Σπυριδοπούλου, Αλεξάνδρα Χαρακοπούλου, Α.
Πασσαλίδης
Β' Παιδοχειρουργικό Τμήμα, ΓΝΠΑ «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού»

17. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΛΑΚΕΙΣΑΣ ΠΥΕΛΙΚΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ

Μπάλλα Ευαγγελία¹, Πλαταράς Χρήστος¹, Βελαώρας Κων/νος¹, Χόρτη Μαρία², Λάμπρου
Κων/νος¹, Αλεξάνδρου Ιωάννης¹, Μπουρίκας Δημήτριος¹, Εϊρεκάτ Χαλίλ¹, Χριστιανάκης
Ευστράτιος¹

Παιδοχειρουργικό Τμήμα, Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης, Αθήνα, Αττική
Παθολογοανατομικό Τμήμα, Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα, Αττική

18. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ MALHERBE-ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μπάλλα Ευαγγελία¹, Λάμπρου Κων/νος¹, Πλαταράς Χρήστος¹, Χόρτη Μαρία², Κωστάκος
Θωμάς¹, Χριστιανάκης Ευστράτιος¹
Παιδοχειρουργικό Τμήμα, Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης, Αθήνα, Αττική
Παθολογοανατομικό Τμήμα, Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα, Αττική

16:30 – 17:15 Στρογγυλό Τραπέζι: Νεοπλάσματα του ήπατος
Προεδρείο: κ.κ. Ι. Σπυριδάκης, Χρυσή Μπράτζου

Ομιλητές:

Εμμ. Χατζηπαντελής: Ο ρόλος της χημειοθεραπείας στην αντιμετώπιση των όγκων του ήπατος

Γ. Ίμβριος: Νεοπλάσματα του ήπατος. Μετά την χημειοθεραπεία τι και πως

16:15 – 18:00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Προεδρείο: κ.κ. Μ. Παπουτσάκης, Β. Λαμπρόπουλος

19. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΩΝ ΗΠΑΤΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Δ. Λιάσης¹, Ε. Σμαρόπουλος¹, Γ. Ίμβριος², Α. Πέγιος¹, Μ. Κούρη³, Ε. Παπακωνσταντίνου³, Γ.
Τσικόπουλος¹
1. Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»
3. Παιδοογκολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

20. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΥΘΙΣΜΕΝΟΥ ΠΕΟΥΣ- Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

B. Σουλειμάνοβα, Μ. Παπουτσάκης, Χ. Στεφανίδης, Ε. Σμαρόπουλος, Α. Τζαντζαρούδη, Σ. Χατζησιδέρης, Γ. Τσικόπουλος
Παιδοχειρουργική Κλινική, "Ιπποκράτειο" Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

21. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΚΥΣΤΗΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΓΛΩΣΣΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ 10ΕΤΙΑΣ

K. Αναστασιάδης, Χ. Κεπερτής, Β. Λαμπρόπουλος, Β. Μουράβας, Ε. Παπαγεωργίου, Α. Νεοφύτου Δ. Σφουγγάρης, Ι. Σπυριδάκης
Β΄ Κλινική Χειρουργικής Παιδών του Α.Π.Θ., Γ. Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

22. ΜΗΡΟΚΗΛΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙ. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

K. Αναστασιάδης, Β. Μουράβας, Δ. Σφουγγάρης, Β. Λαμπρόπουλος, Χ. Κεπερτής, Ε. Παπαγεωργίου, Α. Νεοφύτου, Ι. Σπυριδάκης
Β΄ Κλινική Χειρουργικής Παιδών Α.Π.Θ., Γ. Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

23. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΡΙΚΗ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ

X. Δοϊτσίδης, Β. Μουράβας, Β. Λαμπρόπουλος, Χ. Κεπερτής, Κ. Αναστασιάδης, Α. Νεοφύτου Δ. Σφουγγάρης, Ι. Σπυριδάκης
Β΄ Κλινική Χειρουργικής Παιδών Α.Π.Θ., Γ. Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

24. ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΤΟΥ ΟΡΧΕΟΣ ΛΟΓΩ ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ

Α. Μάρκου, Γ. Καλογιάννης, Ε. Καρβούνη, M. Μασμανίδου, Π. Κρεστινίδη
Παιδοχειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

25. ΣΟΒΑΡΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΚΗΛΗ: ΜΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΤΡΗΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ.

Π.Μαντζαφλέρη¹, Α.Βιολάκη¹, Ε.Χοχλιούρου¹, Ι.Σπυριδάκης², Ε.Κοτζαπαναγιώτου¹, Μ.Σδούγκα¹

1.Μεθ Παιδών ΓΝΘ Ιπποκράτειο

2.Β Χειρουργική κλινική Παιδών ΓΝΘ Παπαγεωργίου

26. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΑΝ ΟΨΙΜΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΟΣ ΗΠΑΤΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

Π.Μαντζαφλέρη¹, Ε.Βόλακκη¹, Ε.Μιχαλοπούλου¹, Γ.Παπούης², Ζ.Στάθη¹, Μ.Σδούγκα¹.

1.ΜΕΘ Παιδών ΓΝΘ Ιπποκράτειο.

2.Παιδοχειρουργική Κλινική ΓΝΘ Ιπποκράτειο.

27. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΟΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

X. Δοϊτσίδης, Β. Λαμπρόπουλος, Χ. Κεπερτής, Β. Μουράβας, Κ. Αναστασιάδης, Α. Νεοφύτου, Δ. Σφουγγάρης, Ι. Σπυριδάκης

Β΄ Κλινική Χειρουργικής Παιδών Α.Π.Θ., Γ. Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

e-posters

28. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

E. Γεωργίου¹, Χ.Χαΐδος¹, Γ. Παπούης¹, Χ-Λ. Δώρη¹, Ε. Αναστασιάδου², Ε. Χοχλιούρου³, Γ. Τσικόπουλος¹

1. Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

2.ΜΕΝ Νεογνών ΕΣΥ, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

3.ΜΕΘ Παιδών, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

29. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΧΕΙΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΑΤΡΗΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Χ-Λ. Δώρη¹, Γ. Παπούης¹, Ε. Χατζηαγόρου², Α. Σκούρας³, Ε. Τσιρανίδου⁴,
Β. Σουλειμάνοβα¹, Γ. Τσικόπουλος¹

1. Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

2. Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

3. ΩΡΛ Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

4. Παιδοαναισθησιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

30. ΕΠΑΝΕΙΔΗΜΜΕΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΥ ΣΕ ΑΓΟΡΙ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ REUTZ-JEGHERS. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Μ. Μητρούδη, Ι. Πατουλιάς, Χ. Παντελή, Ε. Ραχμάνη, Χ. Κασελάς, Δ. Σφουγγάρης

Α' Κλινική Χειρουργικής Παιδών Α.Π.Θ Γ.Ν.Θ «Γ. Γεννηματάς»

31. ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΣΑΛΠΗΓΓΑΣ ΣΕ ΕΛΑΦΟΣ ΠΑΡΑΣΑΛΠΗΓΓΙΚΟΥ ΟΡΩΔΟΥΣ ΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Χ. Παντελή, Ε. Ραχμάνη, Μ. Μητρούδη, Δ. Σφουγγάρης, Α' Κλινική Χειρουργικής Παιδών

Α.Π.Θ., Ν.Γ.Ν.Θ. «Γ. Γεννηματάς»

32. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΕΞΩΜΦΑΛΟ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΧΟΙΡΕΙΟΥ ΑΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΙΜΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ε. Παπαγεωργίου, Β. Λαμπρόπουλος, Β. Μουράβας, Χ. Κεπερτής, Χ. Δοϊτσίδης,

Α. Νεοφύτου Δ. Σφουγγάρης, Ι. Σπυριδάκης

Β' Κλινική Χειρουργικής Παιδών Α.Π.Θ., Γ. Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

33. ΓΑΓΓΛΙΑΚΕΣ ΑΡΘΡΙΚΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Π. Τσιούλας¹, Αικ. Τζαντζαρούδη², Δ. Λιάσης², Α. Κυριακίδης¹, Γ. Τσικόπουλος²

1 Ορθοπαιδική Κλινική ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

2 Παιδοχειρουργική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

34. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΚΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΡΗΤΟΥ ΥΠΟΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΟΥΡΗΤΗΡΑ

Σ. Χατζησιδέρης¹, Αικ. Τζαντζαρούδη¹, Ε. Σμαρόπουλος¹, Β. Σιγκούνας²,

Κ. Σαραφίδης³, Γ. Τσικόπουλος¹

1. Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

2. Παιδοακτινολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

3. ΜΕΝ Νεογνών ΑΠΘ, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

35. ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ ΑΠΟ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

Ε. Χοχλιούρου, Α. Βιολάκη, Ε. Σαμκινίδου, Κ. Σαλπυγίδου, Γ. Ευλαβής, Μ. Σδούγκα

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

36. ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ 10 ΕΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΔΣΠΑΡΑΓΙΝΑΣΗ

Ε. Χοχλιούρου¹, Ε. Βόλακλη¹, Π. Ματζαφλέρη¹, Β. Παπαδοπούλου¹, Γ. Τσικόπουλος², Μ.

Σδούγκα¹

1. ΜΕΘ Παιδών ΓΝΘ Ιπποκράτειο.

2. Παιδοχειρουργική Κλινική ΓΝΘ Ιπποκράτειο.

37. ΜΥΟΪΝΟΒΛΑΣΤΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΛΟΥΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΔΥΕΤΑΙ ΟΓΚΟ ΤΗΣ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ

Α. Παπάζογλου, Μ. Παπουτσάκης, Α. Τζαντζαρούδη, Χ. Χάϊδος, Ε. Γεωργίου, Γ. Τσικόπουλος

Παιδοχειρουργική κλινική, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Λήξη - Συμπεράσματα

18:00

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

1. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΑΝΑΓΚΗ Ή ΠΟΛΥΤΕΛΕΙΑ;

Δ. Ιορδανίδου, Ε. Μπαλή, Ε. Δαμιανίδης, Ε. Θεοδώρου, Μ. Μυλωνά, Χ. Μπράτζου

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ' κτίριο, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Τα επίσημα παιδοχειρουργικά κέντρα διαθέτουν οργανωμένες ομάδες οξέως πόνου, που παρακολουθούν και διαχειρίζονται το μετεγχειρητικό πόνο παιδοχειρουργικών ασθενών, ενώ αναγνωρίζεται ότι η καταγραφή της αναλγησίας και πορείας των ασθενών είναι επιβεβλημένη. Στο νοσοκομείο μας, η καταγραφή της μετεγχειρητικής αναλγησίας παιδοχειρουργικών ασθενών εφαρμόστηκε ως πρωτόκολλο παρακολούθησης ρουτίνας τα τελευταία 2 χρόνια.

Σκοπός: Η παράθεση της εμπειρίας μας των τελευταίων 2 ετών, η αξιολόγηση αναδρομικά της χρησιμότητάς της αναφορικά με την ορθή και ασφαλή διαχείριση της μετεγχειρητικής αναλγησίας παιδοχειρουργικών ασθενών και η καταγραφή των τεχνικών δυσκολιών εφαρμογής της.

Ασθενείς-Μέθοδος: Προϋπόθεση για την καταγραφή και παρακολούθηση ήταν η τοποθέτηση αντλίας συνεχούς έγχυσης, λίγο πριν το τέλος επεμβάσεων μεσαίας/μεγάλης βαρύτητας. Νεογνά, βρέφη <3 μηνών, και παιδιά προερχόμενα από Μονάδες (Παιδών ή Νεογνών), δεν έλαβαν μετεγχειρητική αναλγησία. Η καταγραφή περιελάμβανε α.δημογραφικά στοιχεία, β.είδος χειρουργικής επέμβασης, γ.είδος φαρμάκου έγχυσης, δόση χορήγησης(μg/kg/h) και ροή έγχυσης(ml/h), δ.δόση φόρτισης πριν την έγχυση, ε.ημερομηνία και ώρα έναρξης, στ.συμπληρωματικά φάρμακα, ζ.επίπεδο αναλγησίας σε ηρεμία και κίνηση(δεκαδική κλίμακα πόνου VAS0-10), επίπεδο καταστολής, αιμοδυναμικές παραμέτρους, παρουσία ναυτίας/εμέτου, κνησμού, ειλεού, υποκειμενική κατάσταση ασθενούς, κινητοποίηση ασθενούς, πρόσληψη υγρών, χορήγηση επιπλέον αναλγησίας, και ικανοποίηση γονιών από την ποιότητα αναλγησίας, στα εκάστοτε στιγμιότυπα η.συμπληρωματικές οδηγίες, όπως μείωση, διακοπή ή αύξηση της έγχυσης και θ. αξιολόγηση της ποιότητας των καταγραφών.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 68 πρωτόκολλα μετεγχειρητικής αναλγησίας, σε παιδιά 4μηνών-14 ετών, 52Α/16Θ, Β.Σ 5-75kg. Οι επεμβάσεις αφορούσαν σε πλαστική υποσπαδία(41%), επεμβάσεις παχέως εντέρου(12%), ουροποιητικού(18%), ερευνητικές λαπαροτομίες(17,5%). Η ενδοφλέβια αναλγησία, στο 60% αφορούσε σε έγχυση μορφίνης, σε δόση 15-25μg/kg/h, με ροή 2-5 ml/h, ενώ στο 40% αφορούσε σε συνδυασμούς άλλων αναλγητικών φαρμάκων. Στο 85% προηγήθηκε εφάπαξ φόρτιση μορφίνης(0,1mg/kg), ως αντιεμετικό χορηγήθηκε οντασεντρόνη(59%) ή δεξαμεθαζόνη(41%), ενώ παρακεταμόλη χορηγήθηκε συστηματικά(39%) ή επί πόνου(61%). Παρατηρήθηκε διακύμανση των καταγραφών, από 1-4: Ο βαθμός αναλγησίας σε ηρεμία ήταν καλύτερος(Μ.Ο. 2) από αυτόν σε κίνηση ή βήχα(Μ.Ο 5), στην 1^η καταγραφή. Σε 28 ασθενείς με VAS > 5 χορηγήθηκε επιπλέον παρακεταμόλη. Σε 22 ασθενείς υπήρχε μόνο 1 καταγραφή, και σε 3 ασθενείς η αναλγησία διακόπηκε απότομα. Κανένας ασθενείς δεν εμφάνισε σημαντική καταστολή, ούτε αιμοδυναμική αστάθεια, 5 ασθενείς είχαν κνησμό, 3 επίσχεση ούρων, και 4 ειλεό. Κατά τη 2^η καταγραφή 15 ασθενείς είχαν κινητοποιηθεί, το 50% είχε πει νερό ή τσάι, η γενική κατάσταση στο 86% ήταν καλή, ενώ το 84% των γονιών ήταν ευχαριστημένοι από την ποιότητα της αναλγησίας. Τέλος, το 12,4% των καταγραφών αξιολογήθηκαν ως καλές, το 50% ως μέτριες και το 37,6% ως κακές.

Συμπεράσματα: Η παρουσία του πρωτοκόλλου μετεγχειρητικής παρακολούθησης αποδεικνύεται ένα πολύτιμο εργαλείο, καθώς επιτρέπει την καταγραφή και αξιολόγηση του επιπέδου αναλγησίας και πορείας των παιδοχειρουργικών ασθενών, και την καλύτερη διαχείριση και τροποποίηση της

αναλγητικής θεραπείας κατά τη μετεγχειρητική περίοδο.

2. ΣΥΝΕΧΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΕΓΧΥΣΗ ΜΟΡΦΙΝΗΣ ΩΣ ΣΧΗΜΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΣΩ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Δ. Ιορδανίδου, Κ. Τολιοπούλου, Δ. Βρανάς, Α. Ζαρμακούπης, Μ. Ντάβλης, Χ. Μπράτζου
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Παράρτημα Γ' κτιρίου

Εισαγωγή: Η μορφίνη είναι από τα δημοφιλέστερα οπιοειδή της αναισθησιολογικής πρακτικής, κι ενώ θεωρείται επιλογή εκλογής ως μετεγχειρητική αναλγησία σε παιδοχειρουργικούς ασθενείς, αναγνωρίζεται ότι μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως αναπνευστική καταστολή, ναυτία/έμετο, διέγερση ή κνησμό, οπότε απαιτείται στενή παρακολούθηση των ασθενών, συχνή καταγραφή της αποτελεσματικότητας του σχήματος και τροποποίηση της δόσης επί εμφάνισης ανεπιθύμητων επιδράσεων.

Σκοπός Η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της συνεχούς έγχυσης μορφίνης, ως σχήμα μετεγχειρητικής αναλγησίας σε παιδοχειρουργικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις μεσαίας και μεγάλης βαρύτητας και η καταγραφή εμφάνισης ανεπιθύμητων επιδράσεων, μέσω της αναδρομικής αξιολόγησης του διαθέσιμου πρωτοκόλλου μετεγχειρητικής παρακολούθησης, που εφαρμόζουμε στο τμήμα μας.

Ασθενείς-Μέθοδος: Αξιολογήθηκαν οι καταγραφές από 41 παιδιά, ηλικίας 3 μηνών-14 ετών, 31Α/10Θ, που υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις μεσαίας και μεγάλης βαρύτητας. Οι ασθενείς έλαβαν διεγχειρητικά εφάπαξ φόρτιση μορφίνης, και πριν το τέλος της επέμβασης τοποθετήθηκε αντλία έγχυσης μορφίνης, διάρκειας 30-50h. Αξιολογήθηκαν **α.**δημογραφικά στοιχεία, **β.**είδη επεμβάσεων, **γ.**δόση φόρτισης, δόση έγχυσης(μg/kg/h) και ροή(ml/h), **δ.**χορήγηση πρόσθετων φαρμάκων(π.χ. αντιεμετικά), και **ε.**το επίπεδο αναλγησίας σε ηρεμία και κίνηση(δεκαδική κλίμακα VAS01-10), επίπεδο καταστολής(0-5), αιμοδυναμικές παράμετροι, ναυτία/έμετος(0-5), κνησμός, ειλεός, χορήγηση επιπλέον αναλγησίας, και ικανοποίηση γονιών από την ποιότητα αναλγησίας, στις εκάστοτε καταγραφές. Τέλος, αξιολογήθηκε αναδρομικά η ποιότητα καταγραφής στο πρωτόκολλο.

Αποτελέσματα: Το ΒΣ των ασθενών κυμάνθηκε από 5-75kg. Οι επεμβάσεις αφορούσαν σε πλαστική υποσπαδία(39%), επεμβάσεις ουρογεννητικές(31,5%) ή λαπαροτομίες(26,4%). Η δόση φόρτισης κυμάνθηκε από 0,5-6mg(M.O.1,29±1,55), η ροή έγχυσης από 2-5ml/h, η δόση έγχυσης από 15-25μg/kg/h(M.O.23), και η διάρκεια από 25-75h.. 29 παιδιά έλαβαν συστηματικά οντασεντρόνη, 4 δεξαμεθαζόνη, και 16 παρακεταμόλη(30-60mg/kg/24ωρο), ως συμπληρωματική αναλγησία. Μετεγχειρητικά έγιναν 1-4 καταγραφές: στην 1^η, το επίπεδο αναλγησίας, με τη δεκαδική κλίμακα VAS, σε ηρεμία ήταν M.O.2,5±1,21, σε κίνηση/βήχα 4,67±1,41, 16 παιδιά με VAS>5 έλαβαν επιπλέον παρακεταμόλη(10-20mg/kg), και στην πλειοψηφία ήταν ξύπνια. Αιμοδυναμικές παράμετροι καταγράφηκαν σε 28 παιδιά, όπου 22 ήταν αιμοδυναμικά σταθερά και 6 είχαν ελαφρά υπόταση, 5 παιδιά είχαν ναυτία / έμετο, 7 κνησμό, ενώ 4 κινητοποιήθηκαν, 9 ήπιαν νερό, στην πλειοψηφία τους ήταν σε καλή γενική κατάσταση, και οι γονείς ήταν ευχαριστημένοι από την ποιότητα αναλγησίας. Στη 2^η καταγραφή, που έγινε σε 28 ασθενείς, το VAS σε ηρεμία και κίνηση ήταν 2,7 και 4,4 αντίστοιχα, και 8 έλαβαν επιπλέον παρακεταμόλη, ενώ 3^η καταγραφή έγινε σε 6 παιδιά, και 4^η μόνο σε 4. Από 41 καταγραφές, 12 αξιολογήθηκαν ως καλές, 8 κακές και 21 ως μέτριες.

Συμπεράσματα: Η συνεχής ενδοφλέβια έγχυση μορφίνης είναι ένα αποτελεσματικό σχήμα μετεγχειρητικής αναλγησίας για παιδοχειρουργικούς ασθενείς, καθώς αποδεικνύεται ότι ανακουφίζει ικανοποιητικά τον οξύ μετεγχειρητικό πόνο των παιδιών, με ελάχιστες επιπτώσεις στην εμφάνιση ναυτίας/εμέτου, καταστολής, αιμοδυναμικής αστάθειας, κνησμού ή ειλεού. Σε κάθε περίπτωση, απαιτούνται περισσότερες και ποιοτικότερες καταγραφές, για την ορθότερη και ασφαλέστερη διαχείριση αυτής της αναλγητικής θεραπείας.

3. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Δ. Ιορδανίδου, Ε. Τσιρανίδου, Κ. Μάτση, Η. Καλαϊτσίδου, Α. Τολιοπούλου, Χ. Μπράτζου
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ' κτίριο, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αναισθησιολογίας έχει στρέψει τα τελευταία χρόνια την προσοχή της στην ποιότητα και ασφάλεια κατά τη χορήγηση αναισθησίας, ενώ το δίκτυο κλινικών μελετών (Clinical Trial Network), με τη διενέργεια πολυκεντρικών μελετών, στοχεύει στην εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων προς αυτή την κατεύθυνση. Μία τέτοια πανευρωπαϊκή μελέτη προγραμματίστηκε να διεξαχθεί την περίοδο 04/2014-04/2015, με στόχο τον έλεγχο της επίπτωσης σοβαρών περιεγχειρητικών επιπλοκών σε παιδιά που λαμβάνουν αναισθησία, και τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας.

Σκοπός: Η παράθεση της εμπειρίας μας από τη συμμετοχή σε αυτή τη μελέτη παρατήρησης και η παρουσίαση των τεχνικών δυσκολιών καταγραφής. Επίσης η ανάδειξη προβληματισμών καθώς και δευτερεύοντα συμπεράσματα, ανεξάρτητα των επίσημων αποτελεσμάτων της μελέτης.

Υλικό- Μέθοδος: Μετά την αρχική εκδήλωση ενδιαφέροντος και την απάντηση σε ειδικό ερωτηματολόγιο, λάβαμε έγκριση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για συμμετοχή. Ακολούθησε ετοιμασία των απαραίτητων εγγράφων για λήψη έγκρισης από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας, προετοιμασία των συμμετεχόντων αναισθησιολόγων, πληροφόρηση των εμπλεκόμενων Κλινικών, και καθορισμός του χρόνου διεξαγωγής της μελέτης (8/12/2014-20/12/2014). Κατά τη διάρκεια της μελέτης, αρχικά γινόταν ενημέρωση των γονέων και λήψη ενυπόγραφης συγκατάθεσης συμμετοχής του παιδιού τους, και καταγραφή συγκεκριμένων στοιχείων, μαζί με το συνήθη προεγχειρητικό έλεγχο. Την ημέρα της επέμβασης καταγράφονταν στοιχεία της αναισθητικής τεχνικής, η εμφάνιση συγκεκριμένων επιπλοκών, η αφύπνιση και έξοδος του παιδιού από το χειρουργείο, ενώ η τελική καταγραφή γινόταν 30 μέρες μετά, αναφορικά με τη γενική κατάσταση του παιδιού. Η καταγραφές μεταφέρθηκαν σε ειδική ηλεκτρονική πλατφόρμα

Αποτελέσματα: Στη μελέτη εντάχθηκαν 55 παιδιά, ηλικίας 2μηνών-13 ετών, εκ των οποίων 31 υποβλήθηκαν σε παιδοχειρουργικές επεμβάσεις και οι 14 ήταν επείγουσες. Από αυτά, 4 είχαν ιστορικό προωρότητας, 7 ήταν κρυωμένα, 2 είχαν ιστορικό βρογχικού άσθματος, 7 ροχάλιζαν στον ύπνο τους, 3 είχαν πυρετό, 7 εκτέθηκαν σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι, και 7 λάμβαναν κάποια φαρμακευτική αγωγή. Όλα τα παιδιά εκτιμήθηκαν προεγχειρητικά, τα μισά έλαβαν προνάρκωση, η αναισθησία χορηγήθηκε από έμπειρη αναισθησιολογική ομάδα, και κανένα δε μεταγγίστηκε. Άλλες παρατηρήσεις ήταν ότι 8 παιδιά δεν συμμετείχαν λόγω άρνησης των γονέων, ενώ για τη συναίνεση των γονιών σημαντική ήταν η συμβολή των παιδοχειρουργών. Η συνολική διαδικασία ενημέρωσης γονέων και καταγραφής στοιχείων είχε διπλάσια διάρκεια από το συνήθη προεγχειρητικό έλεγχο. Η τηλεφωνική επικοινωνία 30 μέρες μετά το χειρουργείο, έγινε αποδεκτή από τους γονείς με φιλικότητα και προθυμία να δώσουν πληροφορίες. Τέλος, η λήψη έγκρισης από την Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου έγινε 5 μήνες μετά την κατάθεση της αίτησης, και με την ενυπόγραφη δέσμευσή μας ότι δεν έχουμε καμίας μορφής απαίτηση από το νοσοκομείο.

Συμπεράσματα: Η συμμετοχή των αναισθησιολογικών τμημάτων σε πρωτόκολλα παρατήρησης της αναισθησιολογικής πρακτικής είναι πολύ σημαντική και πρέπει να θεωρείται υποχρέωση όλων μας, καθώς συμβάλλει στην εξέλιξη της πρακτικής μας, στη βελτίωση της ποιότητας και στη μεγαλύτερη ασφάλεια κατά τη χορήγηση αναισθησίας. Προς αυτή την κατεύθυνση όμως θα πρέπει να κινούνται και να συνεισφέρουν όλοι οι εμπλεκόμενοι ιατροί και φορείς και κυρίως τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, που οφείλουν να γίνονται αρωγοί σε κάθε επιστημονική προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

4. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ «ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ» ΤΩΝ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ευδοξία Κιτσιοπούλου, Ευαγγελία Γκουτζιομήτρου
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Η λαπαροσκοπική χειρουργική εφαρμόζεται στα παιδιά τα τελευταία 20 χρόνια παρόλο που στους ενήλικες είναι σε εφαρμογή για πάνω από 80 χρόνια. Λαπαροσκοπικά μπορούν να πραγματοποιηθούν πολύπλοκες χειρουργικές επεμβάσεις καθώς και απλές διαγνωστικές τεχνικές. Τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής στους ενήλικες είναι: η ταχύτερη αφύπνιση, η ταχύτερη κινητοποίηση, η πρώιμη σίτιση, η μείωση των ημερών νοσηλείας, οι λιγότερες διεγχειρητικές επιπλοκές, ο μικρότερος μετεγχειρητικός πόνος και το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα.

Σκοπός: Η παρουσίαση των ιδιοτήτων των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων στα παιδιά

Μέθοδος: Για την πραγματοποίηση λαπαροσκοπικών επεμβάσεων συνήθως απαιτείται η εμφύσηση αερίου στην κοιλιά και η δημιουργία πνευμοπεριτοναίου, ώστε να διευκολυνθεί η επισκόπηση των ενδοκοιλιακών οργάνων. Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο αέριο είναι το CO₂. Η δημιουργία πνευμοπεριτοναίου έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της ενδοπεριτοναϊκής πίεσης και την απορρόφηση του χορηγούμενου αερίου από το περιτόναιο. Τα παραπάνω οδηγούν σε μεταβολή της λειτουργίας σχεδόν όλων των συστημάτων του οργανισμού. Η μεταβολή αυτή είναι ανάλογη του βαθμού της ενδοπεριτοναϊκής πίεσης, του βαθμού απορρόφησης του CO₂, της διάρκειας της χειρουργικής επέμβασης, της θέσης του ασθενούς κατά την χειρουργική επέμβαση και της ηλικίας του παιδιού.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Την αύξηση του αριθμού των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων στα παιδιά, ακολούθησε πλήθος μελετών και διχογνωμίες, σχετικά με το κατά πόσο οι τεχνικές αυτές υπερτερούν από τις ανοιχτές χειρουργικές επεμβάσεις στα παιδιά. Κλινικά και πειραματικά δεδομένα αποκαλύπτουν τη διαφορετική συμπεριφορά του οργανισμού των παιδιών και ιδιαίτερα των βρεφών και των νεογνών στην επίδραση του πνευμοπεριτοναίου και στην απορρόφηση του CO₂. Για να αποδειχθούν ποια είναι τα πλεονεκτήματα και ποια τα μειονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής έναντι της κλασσικής χειρουργικής στα παιδιά, πρέπει να ακολουθήσουν κι άλλες σχετικές μελέτες.

5.

M

ΟΡΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΓΚΟ WILMS

Αθ. Νοτόπουλος¹, Γ. Μεριστούδης¹, Χ. Λικάρτσης¹, Ζ. Οικονόμου¹, Χ. Στεφανίδης², Χ. Χάιδος².

¹ Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Ιπποκράτειο ΓΝΘ

² Παιδοχειρουργική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΘ

Εισαγωγή: Το νεφροβλάστωμα (όγκος Wilms) είναι κακόηθες νεόπλασμα με προέλευση από το μετανεφρικό βλάστημα, αναπτύσσεται σε όλο το νεφρικό παρέγχυμα και μπορεί να συνυπάρχει (σε 8-17% των περιπτώσεων) με ποικίλες γενετικές ανωμαλίες, όπως ανιριδία, σύνδρομο WAGR, Denys-Drash, Beckwith-Widemann, κ.ά. Σε ποσοστό 20-25% οφείλεται σε μετάλλαξη ή αναστολή της δράσης του ογκοκατασταλτικού γονιδίου WT1, με τη συνεργική δράση μεταλλαγών του γονιδίου της β-κατενίνης ή ενζυμικής διάσπασης του μορίου της.

Σκοπός: Η καταγραφή μοριακών δεικτών στη διαχείριση των ασθενών με νεφροβλάστωμα.

Μέθοδος: Καθώς η μεταβολή λειτουργικότητας του WT1 δεν εξηγεί επαρκώς την ανάπτυξη όγκου Wilms, διερευνήθηκε πληθώρα πρωτεϊνών και γονιδίων, που η δράση τους εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία της νόσου. Διαπιστώθηκε ότι ο προσδιορισμός κάποιων ουσιών συμβάλλει: i) στην

παρακολούθηση και πρόγνωση της νόσου, ii) στην διαστρωμάτωση του κινδύνου υποτροπής, iii) στην επιλογή του βέλτιστα προσαρμοσμένου στα δεδομένα (ή ακόμα και εξατομικευμένου) θεραπευτικού σχήματος, iv) στην έγκαιρη και αντικειμενική εκτίμηση ή και πρόβλεψη της ανταπόκρισης στην θεραπεία, v) στον καθορισμό του υπολειπόμενου κινδύνου υποτροπής μετά από την συγκεκριμένη θεραπεία που έχει εφαρμοστεί, vi) στη διασαφήνιση των υποκείμενων βιολογικών διεργασιών, ώστε να διευκολύνεται η περαιτέρω κατανόηση των μηχανισμών της νόσου και η φαρμακευτική έρευνα. Τέτοιες ουσίες είναι: α) bFGF (αυξημένα επίπεδα στα ούρα μετά την εκτομή του όγκου είναι ενδεικτικά παραμονής ή υποτροπής της νόσου και ο βαθμός της αύξησης έχει προγνωστική σημασία), β) bclX, LPR και ε-καδερίνη (χαμηλά επίπεδα συσχετίζονται με προχωρημένο στάδιο της νόσου, παρουσία αναπλασίας και φτωχότερη πρόγνωση), γ) C/EBPB, VEGF, PAI-1, MMP-9, TIMP-1, CDK4, EGFR, flt1, TGFα, IGFR-1, CRABP2, HSP70, FASN, CITED1, S100A4 (υψηλά επίπεδα είναι προγνωστικά παρουσίας μεταστάσεων και μειωμένης επιβίωσης), κ.ά. Η απώλεια ετεροζυγωτίας στα χρωμοσώματα 1p και 16q, η μεθυλίωση του 11p15 και η αύξηση του mRNA τελομεράσης συνδυάζονται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής και μειωμένη επιβίωση. Επιπρόσθετα, η εφαρμογή νεο-επικουρικής θεραπείας, χωρίς ιστολογική επιβεβαίωση (SIOP πρωτόκολλο), καθιστά σημαντική την ανεύρεση ελάχιστα επεμβατικών διαγνωστικών δεικτών. Ανάμεσα σε άλλους βιοδείκτες, ο προσδιορισμός των microRNAs -130b-3p, -100-5p και -143-3p με RT-PCR δεικνύει 76,67% ευαισθησία, 92,5% ειδικότητα και 84,68% ακρίβεια στην ταυτοποίηση των πασχόντων από τη νόσο. Χρήσιμη σε αυτή την κατεύθυνση είναι η μέτρηση δεικτών, όπως η απολιποπρωτεΐνες C-I και C-III, το αμυλοειδές Α. Η ανεύρεση ορισμένων δεικτών, όπως η COX-2 και το erbB2, έδωσε έναυσμα για επιτυχημένη αγωγή με αναστολείς κυκλο-οξυγενάσης ή με anti-erbB2 μονοκλωνικό αντίσωμα, μειώνοντας τις πρώιμες και όψιμες επιπλοκές του συνδυασμού χημειοθεραπείας και ακτινοβολήσης. Η θεαματική βελτίωση της πρόγνωσης της νόσου (> 90% ολική επιβίωση), χάρη στην έγκαιρη διάγνωση, τη χρήση σύγχρονων χημειοθεραπευτικών σχημάτων και την καλή συνεργασία παιδοχειρουργών, παιδοογκολόγων, παθολογοανατόμων και ακτινοθεραπευτών, μετατοπίζει την επικέντρωση του ενδιαφέροντος στην αποφυγή όψιμων επιπλοκών της νόσου και της αγωγής (XNA, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, 2^η κακοήθεια). Οι παραπάνω δείκτες, τείνοντας κατά κάποιο τρόπο προς μια «μοριακή σταδιοποίηση» της νόσου, υποβοηθούν στην εφαρμογή πλέον εξατομικευμένων και αποτελεσματικών θεραπευτικών σχημάτων, με ελαχιστοποίηση όχι μόνο της θνησιμότητας, αλλά και της νοσηρότητας.

6.

M

ΟΡΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΙΤΙΔΑ

Αθ. Νοτόπουλος¹, Α. Μουτεβελή¹, Ε. Αλευρούδης¹, Ι. Πέτρου¹, Ε. Σμαρόπουλος², Γ. Γρηγοριάδης².

¹ Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και ² Παιδοχειρουργική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΘ

Εισαγωγή: Η νεκρωτική εντεροκολίτιδα (NEK) είναι πολυπαραγοντική οξεία νεκρωτική φλεγμονή του εντέρου που σχετίζεται με εντερική ισχαιμία, διαταραγμένη βακτηριακή χλωρίδα και ανοριμότητα του εντερικού βλεννογόνου. Συνοδεύεται από υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα. Στην αιτιολογία της νόσου, εκτός από άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου, σημαντικό ρόλο

παίζουν: i) η χαμηλή έκφραση των πρωτεϊνών TFF (TreFoil Factor), με επακόλουθη διαταραχή της αναγεννητικής ικανότητας του εντερικού βλεννογόνου, ii) η παρουσία του παράγοντα PAF (Platelet Activating Factor), που αυξάνει την διαπερατότητα του εντερικού βλεννογόνου και επάγει την απόπτωση των κυττάρων, iii) η έκφραση του EGF (Epidermal Growth Factor), που αναστέλλει την απόπτωση των εντεροκυττάρων, iv) η διέγερση των υποδοχέων TLR4 (Toll-like Receptors 4) των εντεροκυττάρων, που διευκολύνει τη μετανάστευση των ενδοαυλικών εντερικών βακτηρίων, κ.ά.

Σκοπός: Η έμφαση στην πρόληψη της νόσου λόγω της ταχύτητας με την οποία η φλεγμονώδης αντίδραση εξελίσσεται. Σε αυτό το πλαίσιο η χρήση αντι-TNFα, ανταγωνιστών του υποδοχέα του PAF και επαγωγέων της ακετυλο-υδρολάσης του PAF φαίνεται αρκετά ελπιδοφόρα.

Μέθοδος: Τα επίπεδα της IL-6 στον ορό των ασθενών με NEK ανέρχονται εντός των πρώτων 48 ωρών, παρουσιάζουν διακύμανση αναλογική της βαρύτητας της νόσου και ελαττώνονται μετεγχειρητικά. Υψηλά επίπεδα IL-12 συνδυάζεται με μειωμένη πιθανότητα γενικευμένης νέκρωσης, καθώς επάγεται η ανοσολογική επιτήρηση. Στο 20-25% των ασθενών, ανευρίσκονται αυξημένα επίπεδα του αντιγόνου T (Thomsen-Friedenreich) των ερυθρών αιμοσφαιρίων, το οποίο ενεργοποιείται με τη δράση του ενζύμου νευραμινιδάσης, που παράγεται από βακτηρίδια του εντερικού αυλού. Στους ασθενείς αυτούς παρατηρείται συχνότερα συλλογή αέρα στην πυλαία φλέβα και βαρύτερη νόσος. Σε πρόωρα υψηλού κινδύνου, η σειριακή μέτρηση της CRP, της νεοπερίνης και του διαλυτού υποδοχέα της IL-2 συντελεί στην πρόιμη διάγνωση της NEK. Τιμές LIT score > 4,5 (συνδυασμός των L-BAFP, I-BAFP και TFF3) ταυτοποιούν τους ασθενείς με NEK που χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης με ευαισθησία 83% και ειδικότητα ≈100%. Τιμές S100A8/A9 > 3mg/mL επιτυγχάνουν την εν λόγω διάκριση με ευαισθησία 100% και ειδικότητα 96,4%. Αυξημένα επίπεδα των πεπτιδίων του ινωδογόνου στα ούρα (FGA1826, FGA1883 και FGA2659) είναι ενδεικτικά επιδείνωσης της νόσου. Ως πρόιμος δείκτης ισχαιμικής βλάβης του εντερικού βλεννογόνου έχει δοκιμαστεί επιτυχώς η I-FABP (Intestinal Fatty Acid Binding Protein), που κανονικά υπάρχει στα κύτταρα των εντερικών λαχνών και σε βλάβη τους εξέρχεται στην κυκλοφορία, όπου προσδιορίζεται με RIA. Στην πρόιμη διάγνωση εντερικής ισχαιμίας μπορεί να συνεισφέρει και ο προσδιορισμός των ενζύμων GST (Glutathione S-Transferase) και β-γαλακτοσιδάσης των εντεροκυττάρων.

Συμπεράσματα: Η αναζήτηση ενός αποδοτικού προφίλ βιοδεικτών συνεχίζεται με στόχο την ακριβέστερη πρόγνωση, την ανεύρεση αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης και τη βελτίωση της επιβίωσης.

7. ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Σ.Σφελινιώτη, Β.Νταφούλης
Ψυχιατρικό Τμήμα Παιδιών και Εφήβων, Γ.Ν.Θ.Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Η Διασυνδεδετική Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης παρέχει διάγνωση, θεραπευτικό σχεδιασμό, μελέτη και πρόληψη της ψυχιατρικής νοσηρότητας στο σωματικό άρρωστο και στους ασθενείς που επικοινωνούν την ψυχολογική διαταραχή τους με τη μορφή σωματικών συμπτωμάτων, για τα οποία αναζητούν βοήθεια.

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας από τη Διασυνδεδετική Υπηρεσία, κατά τα τελευταία 2 έτη

(2013-2014), σε συνεργασία με την Παιδοχειρουργική Κλινική.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή όλων των αιτημάτων των περιστατικών τα οποία απευθύνθηκαν στην κλινική μας από την Παιδοχειρουργική Κλινική, με επακόλουθη επίσκεψη από τη Διασυνδεδετική Υπηρεσία, όπως και αξιολόγηση του κλινικού έργου της Υπηρεσίας αυτής, κατά τα έτη 2013-2014.

Αποτελέσματα: Στη Διασυνδεδετική εξυπηρετήθηκαν 24 συνολικά περιστατικά της Παιδοχειρουργικής Κλινικής, με το σύνολο των ιατρικών επισκέψεων να ανέρχεται σε 92 (Μ.Ο.=4 επισκέψεις/περιστατικό). Οι επισκέψεις αφορούσαν στην αξιολόγηση:

- παρεκκλίνουσας ψυχολογικής αντίδρασης σε σωματική αρρώστια (μη συμμόρφωση σε θεραπεία -άρνηση αρρώστιας)
 - σωματικής παρουσίας ψυχικής διαταραχής(π.χ.κατάθλιψη)
 - ψυχιατρικών επιπλοκών οργανικής νόσου - θεραπείας αυτών
 - ψυχολογικής παρουσίας οργανικής νόσου π.χ.αλλαγή της διάθεσης σε οργανική νόσο, σε περιστατικά όπως όγκοι χειρουργηθέντες, ΚΕΚ, γαστρεντερικά νοσήματα- άλγη- ακρωτηριασμοί
- Σε 9 συνολικά περιστατικά δεν τέθηκε καμία διάγνωση ψυχιατρική από την ειδικότητα της Παιδοψυχιατρικής.

Συμπεράσματα: Η ευαισθητοποίηση των κλινικών γιατρών-παιδοχειρουργών σε ζητήματα πιθανής, άρχουσας ή κι εγκατεστημένης ψυχιατρικής νοσηρότητας στο παιδί-έφηβο και η άμεση συνεργασία με τη Διασυνδεδετική Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, μπορεί να δώσει μεγάλη βοήθεια, τόσο στη διάγνωση όσο και στην αποθεραπεία των μικρών ασθενών.

8. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΤΟΥ Γ.Ν.Θ.ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Σ.Σφελινιώτη, Ε.Τσαμαδού, Β.Νταφούλης
Ψυχιατρικό Τμήμα Παιδιών Εφήβων,Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Η Διασυνδεδετική Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, ως περιοχή της κλινικής ψυχιατρικής, χορηγεί ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση, ειδική θεραπευτική προσέγγιση, συχνή παρακολούθηση των μικρών ασθενών (παιδιών και εφήβων) και των οικογενειών τους, κατά τη νοσηλεία τους σε άλλες διασυνδεδεμένες κλινικές του νοσοκομείου μας, με βάση τη συνεργασία και την παροχή συμβουλών σε όλα τα επίπεδα παροχής κλινικών υπηρεσιών.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας από τη λειτουργία της Διασυνδεδετικής Υπηρεσίας, κατά τα τελευταία 2 έτη (2013-2014).

Ασθενείς και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε καταγραφή όλων των αιτημάτων των περιστατικών τα οποία απευθύνθηκαν στην κλινική μας κι έγινε επίσκεψη από τη Διασυνδεδετική Υπηρεσία κατά τα έτη 2013-2014.

Αποτελέσματα: Εξυπηρετήθηκαν συνολικά 152 περιστατικά, με το σύνολο των ιατρικών επισκέψεων να ανέρχεται σε 442, στη διετία 2013-2014.(Μ.Ο. = 3 επισκέψεις/περιστατικό). Η κατανομή των περιστατικών ανά κλινική αφορούσε: 16% παιδοχειρουργική κλινική, 40% παιδιατρικές κλινικές, 14% παθολογικές κλινικές, 16% παιδοογκολογικό τμήμα, 7% νευρολογική κλινική, 6% χειρουργική κλινική , 1% άλλη κλινική (Δερματολογική).

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία των επισκέψεων αφορούσε παιδικό καρκίνο και χρόνια νοσήματα (8-10 επισκέψεις/ασθενή) στο ογκολογικό παίδων-παιδιατρικές κλινικές. Τα γενικότερα αιτήματα αφορούσαν ως κύρια διάγνωση: βρογχικό άσθμα, ουρολοιμώξεις, κεφαλαλγία, μυοπάθεια. Ειδικότερα στην Παιδοχειρουργική Κλινική συχνά αποτέλεσαν το αντικείμενο κλινικής προσοχής τα γαστρεντερικά άτυπα ενογλήματα και οι αντιδράσεις στις τραυματικές κακώσεις.

Το πένθος, η απόπειρα αυτοκτονίας με λήψη φαρμακευτικής αγωγής και η κλινική ομάδα των μεταμοσχευθέντων εφήβων, παρουσίασαν ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον. Συνοδά ψυχιατρικά ενοχλήματα, αγχώδους συμπτωματολογίας και συμπτωματολογίας διαταραχών της διάθεσης, υπερκινητικότητα-διάσπασης προσοχής, διαταραχές ύπνου, καθώς και αιτήματα παροχής συμβουλευτικής γονέων εντοπίστηκαν σε αρκετές περιπτώσεις και συχνά δεν τέθηκε καμία ψυχιατρική διάγνωση, σε ποσοστό 40% επί του συνόλου των περιστατικών.

9. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Μ. Αγγελίδου, Κ. Καμπούρη, Σ. Γαρδίκης, Γ. Βάος
Παιδοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Εισαγωγή: Η έγκαιρη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας (ΟΣ) στα παιδιά εξακολουθεί να προβληματίζει ακόμα και σήμερα.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη που αποτελεί συνέχεια μιας πρόδρομης παρουσίασης, ερευνήσαμε τους πιθανούς παράγοντες που επηρεάζουν την έγκαιρη διάγνωση της ΟΣ στα παιδιά.

Υλικό και μέθοδος: Κατά την περίοδο Ιανουάριος 2007-Ιούλιος 2013 μελετήθηκαν 378 ασθενείς ηλικίας 1.5-14 ετών που υποβλήθηκαν σε επείγουσα σκωληκοειδεκτομή για ΟΣ που επιβεβαιώθηκε ιστολογικά. Στους 205 ασθενείς (ομάδα Α) η διάγνωση καθυστέρησε περισσότερο από 48h και στους 173 (ομάδα Β) η διάγνωση έγινε μέσα στο πρώτο 48ωρο. Μελετήσαμε την καθυστερημένη διάγνωση σε σχέση με τους παράγοντες: ηλικία, παχυσαρκία, λήψη αντιβιοτικής αγωγής πριν την τελική διάγνωση και πρώτη εξέταση από μη ειδικό γιατρό. Οι παράγοντες αυτοί συσχετίστηκαν μεμονωμένα και συνδυαστικά με το χρόνο της διάγνωσης, με το στατιστικό μοντέλο multiple logistic regression.

Αποτελέσματα: Ογδόντα εννιά παιδιά είχαν ηλικία μικρότερη των πέντε ετών. Από αυτά 72 ανήκαν στην ομάδα Α και 17 στην ομάδα Β. Ογδόντα ένα από τα 378 παιδιά ήταν παχύσαρκα. Από αυτά 53 ανήκαν στην ομάδα Α και 28 στην ομάδα Β. Από τα 378 παιδιά τα 60 έλαβαν αντιβίωση και από αυτά 48 ανήκαν στην ομάδα Α και 12 στην ομάδα Β. Όταν δεν υπήρχε κανένας από τους επιβαρυντικούς παράγοντες η πιθανότητα να καθυστερήσει η διάγνωση ήταν 44.5%. Όταν ένα παιδί ήταν μικρότερο των 5 ετών, η πιθανότητα καθυστέρησης της διάγνωσης ήταν 80.9%, όταν ήταν παχύσαρκο 65.4%, όταν λάμβανε αντιβίωση 80% και όταν το εξέταζε για πρώτη φορά μη ειδικός γιατρός 58.9%. Ο συνδυασμός δυο ή περισσότερων επιβαρυντικών παραγόντων είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού καθυστέρησης της διάγνωσης. Όταν οι μελετηθέντες επιβαρυντικοί παράγοντες αφορούσαν το ίδιο παιδί το ποσοστό καθυστέρησης της διάγνωσης ήταν 92.3%. Όλοι οι μελετηθέντες παράγοντες συνέβαλαν στην καθυστέρηση της διάγνωσης της ΟΣ αλλά με διαφορετικό συντελεστή επιβάρυνσης ο καθένας. Στατιστικά ισχυρότεροι αναδείχθηκαν η μικρή ηλικία του ασθενούς ($p < 0.0005$) και η λήψη αντιβίωσης ($p < 0.005$) πριν από τη διάγνωση, και σε μικρότερο βαθμό η παχυσαρκία ($p = 0.06$) και η εξέταση από μη ειδικό γιατρό ($p = 0.81$).

Συμπέρασμα: Οι παράγοντες, ηλικία, λήψη αντιβίωσης πριν τη διάγνωση και λιγότερο η παχυσαρκία, μεμονωμένα ή συνδυαστικά, οδηγούν σε καθυστέρηση της διάγνωσης της ΟΣ. Όταν συνδυάζονται οι παράγοντες αυτοί, ακόμα και όταν η κλινική εξέταση γίνεται από ειδικό γιατρό, δεν πραγματοποιείται εύκολα η έγκαιρη διάγνωση.

10. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΠΟΠΤΩΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ-ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΟΡΧΕΩΝ ΣΕ ΕΠΙΜΥΕΣ

Ι.Σκόνδρας, Μ.Αγγελίδου, Κ.Καμπούρη, Μ. Λαμπροπούλου, Α.Τσαρούχα, Σ.Γαρδίκης, Γ.Βάος
Παιδοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Εισαγωγή: Η συστροφή του όρχεως είναι μία επείγουσα κατάσταση που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Η βλάβες του όρχεως από την ισχαιμία-επαναιμάτωση (I-E) αποτελούν μείζον κλινικό πρόβλημα, καθώς επηρεάζουν τη λειτουργικότητα και βιωσιμότητα του.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη ελέγχθηκε η αποπτωτική διαδικασία που λαμβάνει χώρα κατά την διάρκεια της I-E στον όρχι σε πειραματικό μοντέλο I-E όρχεως σε επίμυες.

Υλικό-Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν 24 επίμυες τύπου Wistar οι οποίοι χωρίστηκαν σε 3 ομάδες. Η ομάδα I αποτελούσε την ομάδα ελέγχου (6 επίμυες). Στην ομάδα II (9 επίμυες) προκλήθηκε συστροφή του όρχεως για 3 ώρες, επαναιμάτωση για 15 λεπτά και ακολούθως αριστερή ορχεκτομή. Στη ομάδα III (9 επίμυες) προκλήθηκε συστροφή του όρχεως για 3 ώρες, επαναιμάτωση για 2 ώρες και ακολούθως ορχεκτομή. Πραγματοποιήθηκε ιστολογικός και ανοσοιστοχημικός έλεγχος της απόπτωσης με την μέθοδο TUNEL και ανοσοιστοχημικός έλεγχος ανίχνευσης TNF-a και IL-10. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS version 19.0 (IBM, NY, USA).

Αποτελέσματα: Οι ομάδες II και III παρουσίασαν ιστολογικές αλλοιώσεις μετρίου και σοβαρού βαθμού στα ορχικά σωληνάκια, ενώ στην ομάδα ελέγχου η μορφολογία των κυττάρων ήταν φυσιολογική. Η ανοσοιστοχημική μελέτη της απόπτωσης ανέδειξε αυξημένο αριθμό αποπτωτικών κυττάρων στις ομάδες II και III. Η έκφραση των TNF-a και IL-10 στην ομάδα I ήταν αρνητική ενώ στις ομάδες II και III αυξημένη.

Συμπεράσματα: Το πειραματικό μοντέλο συστροφής-επαναιμάτωσης σε επίμυες προκαλεί σημαντικές βλάβες στο ορχικό παρέγχυμα.

11. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΚΥΣΤΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙ

Α.Μάρκου, Ε.Καρβούνη, Γ.Καλογιάννης, Β.Ταμπάρας, Μ.Μασμανίδου, Μ.Δημητριάδου
Παιδοχειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

Εισαγωγή: Οι ηπατικές κύστεις είναι σπάνιες στην παιδική ηλικία. Μπορεί να είναι απλές ή παρασιτικές. Οι απλές κύστεις συνήθως είναι μονήρεις, δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα και δεν απαιτείται καμία αντιμετώπιση τους. Αν αυτές αυξηθούν σε μέγεθος τότε εκδηλώνονται συμπτώματα και επιβάλλεται η χειρουργική αντιμετώπιση τους.

Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης γιγαντιαίας ηπατικής κύστης σε παιδί κι ο τρόπος εκδήλωσης της ύπαρξής της, οι επιπλοκές που παρουσίασε καθώς και ο τρόπος αντιμετώπισής της.

Ασθενής-Μέθοδος: Κορίτσι ηλικίας 5 χρόνων προσεκομίσθη επειγόντως στο Νοσοκομείο μας επειδή παρουσίαζε εμέτους, δύσπνοια, έντονη διόγκωση στην κοιλιά και δυσκολία στη βάδιση. Από την ημέρα της γέννησής της οι γονείς διαπίστωσαν διογκωμένη κοιλιά. Επειδή δεν παρουσίασε κανένα άλλο σύμπτωμα γι' αυτό δεν έγινε κάποιος έλεγχος γι' αυτή τη διόγκωση η οποία αυξανόταν σε μέγεθος με την πάροδο του χρόνου. Μετά τον αιματολογικό, βιοχημικό και ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε στην Μαγνητική Τομογραφία γιγαντιαία κυστική διόγκωση, η οποία εξορμάτο από το ήπαρ, παρεκτόπιζε όλα τα σπλάγχνα προς τα αριστερά, καταλάμβανε ολόκληρη την κοιλιά και εφαπτόταν στην ουροδόχο κύστη. Επίσης φαινόταν ότι το ήπαρ είχε συμπιεστεί μεταξύ της κύστης και του διαφράγματος με αποτέλεσμα αυτό να υποστεί μεγάλου βαθμού υποπλασία. Αποφασίστηκε χειρουργική αντιμετώπιση και κατά την εγχείρηση δεν υπήρξαν ιδιαίτερα προβλήματα κατά την παρασκευή της κύστης από τα σημεία που αυτή συμφυόταν με το περιτόναιο. Λόγω της

υπερβολικής αύξησης της ηπατικής κύστης, η χοληδόχος κύστη η οποία συμφυόταν με αυτήν, απωθήθηκε προς τον κάτω πόλο της κοιλιάς με αποτέλεσμα να αυξηθεί σε μέγεθος αλλά και να επιμηκυνθεί τόσο η ίδια η χοληδόχος κύστη όσο και ο κυστικός και ο χοληδόχος πόρος καθώς και τα αγγεία τα οποία συνόδευαν αυτές τις δομές.

Αποτελέσματα: Μετά την αφαίρεση της ηπατικής κύστης η χοληδόχος κύστη εμφυτεύθηκε σε ένα τμήμα της κοίτης που δημιουργήθηκε από την «απουσία» της ηπατικής κύστης. Αυτό έγινε προκειμένου να μην παρεμποδιστεί ο ρόλος της χολής στην ανάπτυξη του παιδιού δηλαδή στην πέψη των λιπών, στην απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών και του ασβεστίου κλπ., Παρ'όλη τη σύγκλιση της υπόλοιπης τραυματικής επιφάνειας του ήπατος η έξοδος χολοβαφούς υγρού από την παροχέτευση συνεχίστηκε μέχρι την 18η μετεγχειρητική ημέρα.

Την 21 ημέρα έγινε Μαγνητική Τομογραφία επανελέγχου και διαπιστώθηκε η αύξηση της μάζας του ήπατος και το παιδί εξήλθε του Νοσοκομείου υγιές.

Συμπεράσματα: Οι απλές ηπατικές κύστεις στα παιδιά μπορεί να είναι συγγενείς και να αυξάνονται σε μέγεθος απεριόριστα. Στις περιπτώσεις που αυτές εξελιχθούν σε γιγαντιαίες μπορεί να προκαλέσουν υποπλασία τού ήπατος λόγω της συμπίεσης του προς το διάφραγμα. Συγχρόνως λόγω απόθησης του διαφράγματος μπορεί να προκαλέσουν έντονη δυσκολία στην αναπνοή. Μετά την αφαίρεση των κύστεων δεν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα.

12. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΥΕΛΟΛΙΘΟΤΟΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΟΡΑΛΛΙΟΕΙΔΟΥΣ ΛΙΘΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΥΣΤΙΝΟΥΡΙΑ

Ε. Παπαγεωργίου, Β. Μουράβας, Χ. Κεπερτής, Β. Λαμπρόπουλος, Χ. Δοϊτσιδης,
Α. Νεοφύτου Δ. Σφουγγάρης, Ι. Σπυριδάκης
Β'Κλινική Χειρουργικής Παιδών Α.Π.Θ., Γ. Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Εισαγωγή: Οι κοραλλιοειδείς λίθοι καθώς επίσης και η επιπλεγμένη πολλαπλή νεφρολιθίαση αντιμετωπίζονται με ανατροφική πυελο-νεφρολιθοτομή ή με πολλαπλές διαδερμικές επεμβάσεις. Όλες οι παραπάνω προσεγγίσεις προκαλούν ισχαιμικές βλάβες στο πάσχον νεφρό και σχετίζονται με επιπλοκές όπως η αιμορραγία, οι αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες, οι κακώσεις παρακείμενων οργάνων και η ανάγκη για συμπληρωματικές επεμβάσεις. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με ευμεγέθη κοραλλιοειδή λίθο και πολλαπλή λιθίαση των κάτω καλύκων που υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική αφαίρεση του κοραλλιοειδούς λίθου.

Ασθενής-Μέθοδος: Πρόκειται για κορίτσι ηλικίας 4 ετών με κυστινουρία. Η λαπαροσκοπική προσέγγιση ήταν διαπεριτοναϊκή. Μετά από κινητοποίηση του κατιόντος και της σπληνικής καμπής έγινε διάνοιξη της περιτονίας του Gerota και αναγνώριση των νεφρικών πυλών και της πυέλου. Στην συνέχεια γίνεται διάνοιξη της πυέλου και αφαίρεση του κοραλλιοειδούς λίθου μεγίστης διαμέτρου 3 εκ. Οι κατώτεροι κάλυκες ελέχθησαν με εύκαμπτο ουρητηροσκόπιο διαμέσου λαπαροσκοπικού τροκάρ χωρίς να γίνει δυνατή η αφαίρεση των πολλαπλών λίθων. Τοποθετήθηκε ουρητηρικός καθετήρας double J και παροχέτευση στον περινεφρικό χώρο και έγινε σύγκλιση της πυελοτομής.

Αποτελέσματα: Η ασθενής πήρε εξιτήριο την 4^η ΜΤΧ ημέρα και παρακολουθείται στα ΕΙ της κλινικής μας.

Συμπεράσματα: Η αφαίρεση κοραλλιοειδών λίθων είναι εφικτή με την εφαρμογή τεχνικών της λαπαροσκοπικής χειρουργικής.

13. ΚΥΣΤΗ ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΣΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ

Α. Παπάζογλου¹, Χ. Στεφανίδης¹, Γ. Ίμβριος², Δ. Λιάσης¹, Ι. Βενιζέλος³,
Γ. Τσικόπουλος¹

1. Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»
3. Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή – Σκοπός: Οι κύστεις παγκρέατος είναι σπάνιες και συνήθως οφείλονται σε τραυματισμούς και σε παγκρεατίτιδα. Οι συγγενείς– αληθείς κύστεις διπλασιασμού δύσκολα ταυτοποιούνται προεγχειρητικά και πολλές φορές μόνον η βιοψία θέτει τη διάγνωση. Περιγράφουμε το περιστατικό για να επισημάνουμε τις δυσκολίες στη διάγνωση και να συζητήσουμε τις ιδιαιτερότητες στην αντιμετώπιση αυτών των κύστεων .

Ασθενής και μέθοδος: Κορίτσι, 3 ετών, με επανειλημμένα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας, παραπέμφθηκε στην κλινική μας με υποτροπιάζουσες παγκρεατίτιδες. Η ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο όπου αποκαλύφθηκε η ύπαρξη κυστικού μορφώματος 1,7εκ. στην ουρά του παγκρέατος, μικρότερου κυστικού μορφώματος 6mm και τυχαίου ευρήματος κυστικού μορφώματος (ΔΕ) πνεύμονα, παραπυλαία. Αποφασίστηκε η χειρουργική αντιμετώπιση με υφολική παγκρεατεκτομή. Μετά από διήμερη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ παιδών, η ασθενής διεκομίστηκε στη κλινική μας για την μετέπειτα μετεγχειρητική παρακολούθηση και έλαβε εξιτήριο τη 11η μετεγχειρητική ημέρα.

Αποτελέσματα Η ιστολογική εξέταση έδειξε ότι επρόκειτο για κύστη διπλασιασμού με γαστρικό τοίχωμα, χωρίς στοιχεία κακοήθειας. Σε προγραμματισμένο απεικονιστικό έλεγχο (MRI) 6 μήνες μετά την επέμβαση δεν παρατηρούνται στοιχεία υποτροπής και η ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση.

Συμπέρασμα: Οι κύστεις διπλασιασμού του παγκρέατος στα παιδιά συνήθως εκδηλώνονται με υποτροπιάζουσες παγκρεατίτιδες, και παρουσιάζουν δυσκολίες στη διάγνωση τους. Η αντιμετώπισή τους γίνεται με πλήρη εκτομή τους που συνδυάζεται με παγκρεατεκτομή και συνήθως επιβεβαιώνονται με την ιστολογική εξέταση.

14. ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΧΩΡΙΣ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ ΣΕ ΠΟΛΛΑΠΛΩΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟ ΓΙΑ ΑΤΡΗΣΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΒΡΕΦΟΣ

Α. Πέγιος¹, Χ. Χαΐδος¹, Γ. Γρηγοριάδης¹, Μ. Ντάβλης², Π. Μαντζαφλήρη³,
Γ. Τσικόπουλος¹

1. Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Παιδοαναισθησιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»
3. ΜΕΘ Παιδών, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η μετάθεση στομάχου στα παιδιά συνήθως εφαρμόζεται σε ιδιαίτερα περιστατικά με ατρησία οισοφάγου. Στις περιπτώσεις ατρησιών με μεγάλη απόσταση κολοβωμάτων και ειδικά όταν δεν υπάρχει τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, δε γίνεται θωρακοτομή. Σε περιπτώσεις της καταστροφής του οισοφάγου λόγω μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά από τελικοτελική αναστόμωση, συνήθως απαιτείται θωρακοτομή λόγω των υπαρχουσών συμφύσεων στο μεσοθωράκιο.

Σκοπός: Παρουσιάζουμε το περιστατικό για να επισημάνουμε τη δυνατότητα μετάθεσης στομάχου χωρίς θωρακοτομή, ακόμη και σε περιπτώσεις πολλαπλών επεμβάσεων στο μεσοθωράκιο.

Ασθενής και Μέθοδος: Νεογνό άρρεν γεννήθηκε με ατρησία οισοφάγου τύπου C κατά Gross. Χειρουργήθηκε την 7^η Η.Ζ. για την αποκατάσταση του οισοφάγου. Την 7^η ΜΤΧ παρουσίασε μεγάλη διαφυγή από την αναστόμωση η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με γαστροστομία για

τη σίτιση του. Από τον επανέλεγχο διαπιστώθηκε MTX στένωση με τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο. Σε ηλικία 4 μηνών γίνεται 2^η επέμβαση με απολίνωση του συριγγίου, αναστόμωση του οισοφάγου και τοποθέτηση patch υπεζωκότα. Ακολουθεί νέο οισοφαγογράφημα που έδειξε υποτροπή του συριγγίου. Διακομίδη στο Παίδων Αγλ. Κυριακού όπου μετά από αποτυχημένη προσπάθεια ενδοσκοπικής αντιμετώπισης του συριγγίου, ακολούθησε συρραφή της τραχείας και του οισοφάγου με παρεμβολή κρημνού από πρόσθιο οδοντωτό μυ. Λόγω επανεμφάνισης του συριγγίου οδηγήθηκε για 4^η φορά στο χειρουργείο, όπου και πάλι ακολουθήθηκε η ίδια χειρουργική τεχνική, αλλά στην κλινική μας αυτή τη φορά. Το μετεγχειρητικό οισοφαγογράφημα ανέδειξε πολλαπλές διαφυγές και τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο. Αποφασίστηκε σύγκλιση του περιφερικού οισοφάγου και (ΔΕ) οισοφαγοστομία. Έξι μήνες αργότερα πραγματοποιήθηκε μετάθεση στομάχου χωρίς θωρακотоμή.

Αποτελέσματα: Τέσσερις μήνες μετά το χειρουργείο απεικονιστικά και κλινικά ο ασθενής είναι σε καλή κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η μετάθεση στομάχου χωρίς θωρακотоμή είναι δυνατή και σε περιπτώσεις προηγούμενων επεμβάσεων στο μεσοθωράκιο. Αυτό μειώνει το χρόνο και τους κινδύνους της επέμβασης αλλά και βελτιώνει τις συνθήκες για την καλύτερη μετεγχειρητική αποκατάσταση του ασθενούς.

15. ΜΕΙΩΤΙΚΗ ΠΥΕΛΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑ HYNES-ANDERSON ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΔΙΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ (STENT). ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ

Β. Παπαχρήστος, Η. Αλεξίου, Ελένη Σπυριδοπούλου, Αλεξάνδρα Χαρακοπούλου, Ο. Αχιλλέως, Α. Πασσαλίδης
Β' Παιδοχειρουργικό Τμήμα, ΓΝΠΑ «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού»

Εισαγωγή: Η τοποθέτηση ή μη διαναστομωτικού καθετήρα (stent) για να εξασφαλισθεί μετεγχειρητικά η πυελο-ουρητηρική αναστόμωση αποτελεί αντικείμενο αντιγνωμίας και είναι πολλές οι σχετικές αναφορές στη βιβλιογραφία. Στην Κλινική μας αποτελεί πάγια τακτική η χρήση του.

Σκοπός: Περιγράφονται οι διάφοροι τύποι διαναστομωτικών καθετήρων που χρησιμοποιήθηκαν, τα προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν σε κάθε περίπτωση και οι μέθοδοι για την επίλυσή τους.

Ασθενείς και Μέθοδος: Στο διάστημα 2010-2014 εκτελέστηκαν στη Κλινική μας 47 μειωτικές πυελοπλαστικές κατά Hynes-Anderson σε 42 ασθενείς, ηλικίας 4 μηνών μέχρι 11 χρόνων, με διάφορες ενδείξεις. Οι διαναστομωτικοί καθετήρες που χρησιμοποιήθηκαν κατά ομάδα ασθενών ήταν: Ομάδα Α: ο κλασικός σωλήνας νεφρο-πυελο-ουρητηροστομίας της Rüsh. Ομάδα Β: ο σωλήνας εσωτερικής παροχέτευσης διπλού J. Ομάδα Γ: ο σωλήνας διαδερμικής νεφρο-πυελοστομίας διπλού J. Προβλήματα ποικίλλουσας σοβαρότητας παρουσιάστηκαν σε 12 πυελοπλαστικές (25,5%) ανεξαρτήτως ηλικίας του ασθενούς και είδους του διαναστομωτικού καθετήρα.

Αποτελέσματα: Παροδική αιματουρία, αιμορραγία νεφρικού παρεγχύματος κατά την τοποθέτηση, πυελονεφρίτιδα, μετακίνηση του καθετήρα ή ατυχηματική πρόωρη αφαίρεσή του και απόφραξη από άγνωστη αιτία ήταν τα συχνότερα από τα προβλήματα που παρατηρήθηκαν. Η συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων ήταν 23,5% στην ομάδα Α (17/4), 26,3% στην ομάδα Β (19/5) και 27,3% στην ομάδα Γ (11/3). 5 από τους 12 ασθενείς με προβλήματα μετακίνησης ή απόφραξης του καθετήρα χρειάστηκε να οδηγηθούν εκ νέου στο χειρουργείο για κυστεοσκοπική τοποθέτηση pig tail, ενώ σε 4 έγινε ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση. Ενδείξεις μεταβολής προς το χειρότερο του άπωτερου μετεγχειρητικού αποτελέσματος εξαιτίας προβλημάτων από τη χρήση του διαναστομωτικού καθετήρα δεν παρατηρήθηκαν.

Συμπέρασμα: Η τοποθέτηση διαναστομωτικού καθετήρα (stent) κατά την επέμβαση πυελοπλαστικής δεν είναι άμοιρη προβλημάτων, τα οποία ενίοτε είναι δυνατόν να επιβαρύνουν σημαντικά τη νοσηρότητα. Κανένα από τα διαθέσιμα υλικά δεν εξασφαλίζει τεκμηριωμένα το

άριστο αναμενόμενο αποτέλεσμα. Επομένως η επιλογή εναπόκειται στην εμπειρία και την ικανότητα του χειρουργού.

16. ΕΜΠΥΗΜΑ ΘΩΡΑΚΟΣ: ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Η. Αλεξίου, Β. Παπαχρήστος, Ελένη Σπυριδοπούλου, Αλεξάνδρα Χαρακοπούλου, Α. Πασσαλίδης
Β' Παιδοχειρουργικό Τμήμα, ΓΝΠΑ «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού»

Εισαγωγή: Η αντιμετώπιση του παιδιατρικού εμπύηματος θώρακα αποβλέπει σε 3 βασικούς στόχους. Την έγκαιρη έναρξη κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής, την πλήρη παροχέτευση της πλευριτικής φλεγμονώδους συλλογής και τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της έκπτυξης του πάσχοντος πνεύμονα.

Σκοπός: Η παράθεση όλων των εναλλακτικών μεθόδων χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου και η συγκριτική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους, χωρίς να παραβλέπεται το τελικό κοσμητικό αποτέλεσμα και η μετεγχειρητική δυσφορία του παιδιού.

Ασθενείς και Μέθοδος: 86 ασθενείς με εμπύημα θώρακα χρειάστηκαν χειρουργική αντιμετώπιση στο διάστημα της τελευταίας πενταετίας (2010-2014) στη Κλινική μας. Πρόκειται για 47 αγόρια και 39 κορίτσια, ηλικίας 5 μηνών μέχρι 13 ετών. Σε 75 ασθενείς τοποθετήθηκε κλειστή θωρακική παροχέτευση (Büllau) 3-12 ημέρες μετά την έναρξη της νόσου για διάστημα 9 ± 5 ημερών, που αφαιρέθηκε μετά την ακτινολογική επιβεβαίωση της απουσίας πλευριτικής συλλογής και της πλήρους έκπτυξης του πνεύμονα. Σε 58 από τα παιδιά αυτά χρησιμοποιήθηκε έγχυση ιωδολυτικού παράγοντα (TPA) δια του σωλήνα παροχέτευσης, για να επιτευχθεί η πλήρης λύση των διαφραγμάτων και συμφύσεων και να εξασφαλισθεί η επαρκής απομάκρυνση του πύου και των λοιπών προϊόντων της φλεγμονής. 7 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με θωρακοσκοπική παρέμβαση για παροχέτευση του εμπύηματος και έκπλυση της υπεζωκοτικής κοιλότητας με διάλυμα αντιβιοτικών, ενώ 4 παιδιά υπέστησαν ανοικτή θωρακοτομή μετά την αποτυχία της αγωγής με κλειστή θωρακική παροχέτευση.

Αποτελέσματα: Πλήρης έκπτυξη του πνεύμονα χωρίς θνητότητα ή υπολειμματική περιοριστική πνευμονική νόσο επιτεύχθηκε σε όλους τους ασθενείς της μελέτης. Παράταση του χρόνου νοσηλείας και σημαντική δυσφορία των ασθενών και του περιβάλλοντος αναφέρεται κυρίως για την κλειστή θωρακική παροχέτευση. Παρενέργειες από τη χρήση του ιωδολυτικού παράγοντα (TPA) δεν παρατηρήθηκαν. Η θωρακοσκοπική αντιμετώπιση συγκρινόμενη με τον συνδυασμό κλειστής παροχέτευσης και έγχυσης ιωδολυτικών έδωσε ενδείξεις, μη στατιστικά σημαντικές, ταχύτερης ανταπόκρισης στη θεραπεία και μικρότερου συνολικού χρόνου νοσηλείας. Η παρουσία νεκρωτικής πνευμονίας και παρεγχυματικών αποστημάτων, χωρίς ανταπόκριση στη θεραπεία, υπήρξε η ένδειξη για ανοικτή θωρακοτομή με το χειρότερο τελικό αισθητικό αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Η χειρουργική θεραπεία εκλογής για το εμπύημα θώρακα εξαρτάται από την κλινική εικόνα, το στάδιο της νόσου, την ηλικία του ασθενούς και τον αιτιολογικό παράγοντα. Η προσθήκη ιωδολυτικών παραγόντων στην κλειστή θωρακική παροχέτευση αφενός και η θωρακοσκοπική αντιμετώπιση αφετέρου είναι επιλογές που υπερτερούν των υπολοίπων.

17. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΛΑΚΕΙΣΑΣ ΠΥΕΛΙΚΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ

Μπάλλα Ευαγγελία¹, Πλαταράς Χρήστος¹, Βελαώρας Κων/νος¹, Χόρτη Μαρία², Λάμπρου Κων/νος¹, Αλεξάνδρου Ιωάννης¹, Μπουρίκας Δημήτριος¹, Εϊρεκάτ Χαλίλ¹, Χριστιανάκης Ευστράτιος¹

Παιδοχειρουργικό Τμήμα, Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης, Αθήνα, Αττική
Παθολογοανατομικό Τμήμα, Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα, Αττική

Εισαγωγή: Η διάγνωση της σκωληκοειδίτιδας σε συγκεκριμένες περιπτώσεις μπορεί να αποτελέσει ιδιαίτερα δύσκολο έργο ακόμα και για έμπειρους παιδοχειρουργούς. Η πυελική εντόπιση τυφλού και σκωληκοειδούς απόφυσης (ΣΑ) είναι σπάνια και όταν επιπλακεί με ρήξη αυξάνονται οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δυσκολίες.

Σκοπός: Η παρουσίαση των διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων και των προβληματισμών ως προς την θεραπευτική αντιμετώπιση δύο ιδιαίτερων περιπτώσεων σε κάθε ασθενή ξεχωριστά.

Ασθενείς και Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι φάκελοι δύο ασθενών, ενός κοριτσιού 10 ετών και ενός αγοριού 15 ετών και αναζητήθηκαν στοιχεία που δυσκόλεψαν κι άλλα που διευκόλυναν τη διάγνωση ή την αντιμετώπισή τους.

Αποτελέσματα: Το κορίτσι προσήλθε με κοιλιακό άλγος από τριημέρου, εμέτους, διάρροιες και διάγνωση γαστρεντερίτιδας από παιδίατρο. Διεγχειρητικά βρέθηκε ρήξη ΣΑ με πολλαπλά πυελικά αποστήματα. Έγινε σκωληκοειδεκτομή, παροχέτευση των αποστημάτων και χορήγηση ευρέως φάσματος αντιβίωσης. Η ασθενής ξαναχειρουργήθηκε για δύο πυελικά αποστήματα. Ο άλλος ασθενής ανέφερε για 15 μέρες διάχυτα κοιλιακά άλγη, υψηλό πυρετό και διάρροιες. Χειρουργικά διαπιστώθηκε μια ευμεγέθους φλεγμονώδους πυελική μάζα εξορμούμενη από την ΣΑ και είχε ιστολογικά ευρήματα συμβατά με φλεγμονή από γερσίνια. Ο ασθενής εμφάνισε παρατεταμένο για ημέρες υψηλό πυρετό και ισχυρότατα κωλικοειδή άλγη και χρειάστηκε παρατεταμένη θεραπεία με πολλαπλά αντιβιοτικά σχήματα ώσπου να ελεγχθεί η πολυμικροβιακή λοίμωξη στην οποία πιθανολογείται ότι συμμετείχε και *Clostridium Difficile*. Και οι δύο ασθενείς είχαν μακρά νοσηλεία.

Συμπεράσματα: Θα πρέπει να υπάρχει υψηλός δείκτης υποψίας για πυελική σκωληκοειδίτιδα σε περιπτώσεις με συμπτώματα «γαστρεντερίτιδος» που επιμένουν. Επιπλέον τυχόν πυελική εντόπιση στον υπέρηχο θα πρέπει να συνοδεύεται από προσαρμογή της εγχειρητικής τομής τόσο σε μέγεθος όσο και σε εντόπιση ώστε να είναι δυνατός ο καλύτερος δυνατός έλεγχος και χειρουργικός καθαρισμός της πυέλου.

18. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ MALHERBE-ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μπάλλα Ευαγγελία¹, Λάμπρου Κων/νος¹, Πλαταράς Χρήστος¹, Χόρτη Μαρία², Κωστάκος Θωμάς¹, Χριστιανάκης Ευστράτιος¹

Παιδοχειρουργικό Τμήμα, Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης, Αθήνα, Αττική
Παθολογοανατομικό Τμήμα, Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα, Αττική

Εισαγωγή: Το πιλοματρίχωμα ή ασβεστοποιό επιθηλίωμα του Malherbe είναι όγκος με διαφοροποίηση προς τριχωτά κύτταρα και εμφανίζεται συνήθως σαν μονήρης βλάβη πιο συχνά προσώπου και άνω άκρων. Ο δερματικός υβριδικός όγκος που συναποτελείται από κυστικό πιλοματρίχωμα και επιδερμική κύστη είναι πολύ σπάνιος.

Σκοπός: Η παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης δερματικής βλάβης που δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα και η προσθήκη της στις διαφοροδιαγνώσεις ανάλογων περιπτώσεων.

Ασθενείς και Μέθοδος: Κορίτσι 14 ετών, εμφάνισε από 5μήνου ανώδυνη δερματική βλάβη στην εσωτερική επιφάνεια του αριστερού βραχίονα στο ύψος του αγκώνα η οποία βαθμιαία αυξανόταν. Η βλάβη ήταν κυστική, ημιδιαφανής, μισχωτή και γεμάτη υγρό. Εντός της παρατηρήθηκαν πολλαπλά, σκληρά, οζώδη στοιχεία και είχε διαστάσεις 30 x 20 mm. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) με και χωρίς σκιαγραφικό ανέδειξε έναν καλώς περιγεγραμμένο, με ευρεία βάση όγκο με κεντρικά συμπαγή και περιφερικά κυστικά στοιχεία. Ο όγκος δεν επεκτεινόταν στους μύες ή τα οστά και είχε τροφοφόρο αγγείο από την βασιλική αρτηρία. Η διαφορική διάγνωση βασίστηκε στα ακτινολογικά ευρήματα καθώς και στην ταχεία αύξηση της βλάβης. Περιλάμβανε το υποδόριο σάρκωμα (ινώδες ή ψευδοκοκκιοματώδες), το καλόηθες υποδόριο δακτυλιοειδές κοκκίωμα και το υποδόριο ίνωμα.

Αποτελέσματα: Η χειρουργική εξαίρεση και διερεύνηση των υποκείμενων ιστών δεν αποκάλυψε τοπική διήθηση ή διασπορά. Η ιστολογική εξέταση έδειξε έναν ογκόμορφο σχηματισμό διαμέτρου ~ 3cm προερχόμενο εκ του υποδορίου, συμβατό με ασβεστοποιημένο επιθηλίωμα Malherbe. Συνίστατο από δερμοειδείς κύστεις και διατεταμένα λεμφικά αγγεία. Δεν ανευρέθηκαν κακοήθη κύτταρα.

Συμπεράσματα: Ένας υβριδικός όγκος συνδυασμού επιδερμοειδούς κύστης και επιθηλιώματος Malherbe μπορεί να δημιουργήσει θέμα διαφορικής διάγνωσης με άλλες μορφές όγκων. Θα πρέπει ο κλινικός γιατρός να περιλαμβάνει στην διαγνωστική του φαρέτρα σε περιπτώσεις ιδιόμορφων δερματικών βλαβών και την εν λόγω περίπτωση.

19. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΩΝ ΗΠΑΤΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Δ. Λιάσης¹, Ε. Σμαρόπουλος¹, Γ. Ίμβριος², Α. Πέγιος¹, Μ. Κούρτη³, Ε. Παπακωνσταντίνου³, Γ. Τσικόπουλος¹

1. Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»
3. Παιδοογκολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Το σύνολο των όγκων του ήπατος δεν ξεπερνά το 3% του συνόλου των όγκων στον παιδιατρικό πληθυσμό. Τα 2/3 αυτών είναι κακοήθεις. Για την αντιμετώπισή τους απαιτείται εξειδικευμένη γνώση και σχεδιασμός στη διαχείρισή τους ο οποίος προκύπτει από τη στενή συνεργασία παιδοογκολόγων, παιδοχειρουργών, χειρουργών ήπατος και ιατρών μονάδας εντατικής θεραπείας.

Σκοπός: Η παρουσίαση χειρουργικών τεχνικών και αποτελεσμάτων σε καλοήθεις και κακοήθεις εξεργασίες ήπατος που αντιμετωπίστηκαν στην Παιδοχειρουργική Κλινική του ΓΝΘ «Ιπποκράτειο».

Ασθενείς και μέθοδος: Την τελευταία πενταετία χειρουργήθηκαν στην κλινική μας 6παιδιά για εξεργασίες ήπατος. 5 από αυτά είχαν κακοήθεις εξεργασίες. 3περιστατικά διαγνωσθηκαν με ηπατοβλάστωμα ενώ 1 με μεταστατική νόσο (συνεπεία νευροβλαστώματος) και 1 με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Η καλοήθης εξεργασία ήπατος αφορούσε σε εστιακή οζώδη υπερπλασία ήπατος (Focal Nodular Hyperplasia/FNH). Στην FNH έγινε ανοιχτή λήψη βιοψίας ήπατος. Στα 3 περιστατικά ηπατοβλαστώματος όπως και στα περιστατικά μεταστατικής νόσου και ηπατοκυτταρικού έγινε δεξιά ηπατεκτομή λόγω εντόπισης της νόσου. Όλες οι περιπτώσεις ηπατεκτομών νοσηλεύθηκαν μετεγχειρητικά στη μονάδα εντατικής θεραπείας παιδών και κατόπιν στην παιδοχειρουργική κλινική.

Αποτελέσματα: Στην FNH η ανοιχτή βιοψία ήπατος έθεσε τη διάγνωση και δεν υπήρξαν άμεσες ή απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, ενώ μήνες αργότερα υπεβλήθη αλλαγού σε δεξιά ηπατεκτομή. Στις ηπατεκτομές σε έδαφος κακοήθων παθήσεων η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 14ημέρες. Σε 1 περιστατικό υπήρξαν δύο επεισόδια αιμορραγίας (άμεσα και απώτερα), ενώ σε ένα άλλο χρειάστηκε εκτομή ογκιδίου από το κολόβωμα του ήπατος 2 χρόνια αργότερα. Ήπια χολόρροια παρατηρήθηκε σε όλες τις ηπατεκτομές αλλά αυτοπεριορίστηκε. Τα παιδιά είναι εν ζωή και υπό

παρακολούθηση πλήν δυο που απεβίωσαν. Συνολικά τα 4 από τα 6 είναι εν ζωή και ελευθερά νόσου.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα που αναφέρονται παραπάνω αφορούν έναν σχετικά ικανό αριθμό περιστατικών κι είναι ενθαρρυντικά, ενώ εναρμονίζονται με τα τρέχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα. Τονίζεται ότι στην εγχειρητική των όγκων του ήπατος είναι αναγκαία η θεωρητική κατάρτιση, η ορθή χειρουργική τεχνική καθώς και η στενή παρακολούθηση της μετεγχειρητικής πορείας. Όλα τα παραπάνω συνδυάζονται με την ύπαρξη υλικοτεχνικής υποδομής, έμπυχου δυναμικού αλλά και από τη συνεργασία των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων.

20. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΥΘΙΣΜΕΝΟΥ ΠΕΟΥΣ- Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

B. Σουλεϊμάνοβα, Μ. Παπουτσάκης, Χ. Στεφανίδης, Ε. Σμαρόπουλος,

Α. Τζαντζαρούδη, Σ. Χατζησιδέρης, Γ. Τσικόπουλος

Παιδοχειρουργική Κλινική, "Ιπποκράτειο" Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Εισαγωγή - Σκοπός: Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας στην αντιμετώπιση του εμβυθισμένου πέους, μιας σπάνιας και διφορούμενης νοσολογικής οντότητας ως προς τον ορισμό, την αιτιολογία, την κατάταξη αλλά και την αντιμετώπιση της.

Ασθενείς και μέθοδοι: Την τελευταία πενταετία αντιμετωπίσαμε πέντε περιστατικά εμβυθισμένου πέους, ηλικίας 2 έως 10 ετών. Τα τρία περιστατικά αφορούσαν σε δυσδιάκριτο πέος φυσιολογικού μεγέθους συγγενούς αιτιολογίας και τα υπόλοιπα χειρουργήθηκαν για περιτομή και οσχεοπείκη πτυχή. Έγινε απεκδορά, αφαίρεση των ινωδών ταινιών του δαρτού και σταθεροποίηση του πέους. Στα δύο έγινε και οσχεοπλαστική με επανακαθαρισμό της οσχεοπείκης γωνίας. Ετέθη επίδεση με Coban για 8 ημέρες.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξε καμία μετεγχειρητική επιπλοκή. Σε ένα μόνο παρέμεινε ένα μικρό λεμφοίδημα ακροποσθίας για ένα μήνα. Τα αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα ήταν και είναι άκρως ικανοποιητικά και ενθαρρυντικά.

Συμπεράσματα: Πιστεύουμε ότι η αναβολή της αντιμετώπισης του εμβυθισμένου πέους έως την εφηβεία συνεπάγεται έντονη ψυχολογική φόρτιση για την οικογένεια και το παιδί αλλά και προβλήματα δυνητικά στην ανάπτυξη του πέους. Το αίτημα για διόρθωση σε μικρές ηλικίες από τους γονείς παίζει πρωταρχικό ρόλο. Η χρησιμοποίηση ολόκληρου του υπάρχοντος δέρματος, η απεκδορά, η στήριξη του σώματος του πέους, σε τρία τουλάχιστον σημεία της εν τω βάθει πείκης περιτονίας στο δαρτό και η αποφυγή της συνδεσμούσης, συνιστούν τη χειρουργική στρατηγική μας.

21. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΚΥΣΤΗΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΓΛΩΣΣΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ 10ΕΤΙΑΣ

K., Αναστασιάδης, Χ. Κεπερτής, Β. Λαμπρόπουλος, Β. Μουράβας,

Ε. Παπαγεωργίου, Α. Νεοφύτου Δ. Σφουγγάρης, Ι. Σπυριδάκης

Β' Κλινική Χειρουργικής Παιδών του Α.Π.Θ., Γ. Ν. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"

Σκοπός: Αναδρομική μελέτη όλων των ασθενών με διογκώσεις στη μέση τραχηλική χώρα που αντιμετωπίστηκαν στη Κλινική μας από το 2004 και μέχρι το 2014, με σκοπό τον καθορισμό της συχνότητας και των επιπλοκών, με έμφαση στις κύστεις του θυρεογλωσσικού πόρου (ΚΘΠ).

Ασθενείς και Μέθοδος: Συγκεντρώθηκαν και μελετήθηκαν οι φάκελοι 59 ασθενών, εκ των οποίων οι 33 ήταν με ΚΘΠ. Η διάγνωση της ΚΘΠ βασίστηκε στη φυσική εξέταση, υπερηχογραφικό έλεγχο

και σε επιπλεγμένες μορφές επιπρόσθετα στη διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας τραχήλου. Σε όλες τις περιπτώσεις ακολούθησε ιστοπαθολογική εξέταση του παρασκευάσματος.

Αποτελέσματα: Πενήντα εννέα ασθενείς εισήχθησαν με διόγκωση μέσης τραχηλικής γραμμής από τους οποίους η ιστοπαθολογική εξέταση αποκάλυψε 33 ασθενείς (55,9%) με ΚΘΠ, 14 ασθενείς (23,7%) με δερμοειδή κύστη, 3 ασθενείς (5,1%) με ανωμαλίες 2^{ης} βραγχιακής σχισμής, 4 ασθενείς (6,7%) με φλεγμονή αγνώστου αιτιολογίας, 4 ασθενείς (6,7%) με λεμφαδένες και 1 ασθενή (1,7%) με τριχοειδές αιμαγγείωμα δέρματος. Συγκεκριμένα, 38 ασθενείς εισήχθησαν με προεγχειρητική διάγνωση ΚΘΠ, αλλά σε 5 από αυτούς η ιστοπαθολογική εξέταση αποκάλυψε την παρουσία δερμοειδούς κύστης. Ο μέσος όρος ηλικίας των 33 ασθενών με ΚΘΠ ήταν 6,125 χρ. (9 μηνών – 13 χρονών), με 10 ασθενείς να έχουν ηλικία μικρότερη των 3 χρονών. Από τους 38 ασθενείς οι 4 (10,5%) υπεβλήθησαν σε απλή εκτομή της κύστης με τελικό ποσοστό επιπλοκών 2,63% (1 περίπτωση υποτροπής). Σε αυτούς τους ασθενείς το ιστοπαθολογικό αποτέλεσμα έδειξε 3 ασθενείς με δερμοειδή κύστη και έναν ασθενή με ΚΘΠ. Οι υπόλοιποι 34 ασθενείς (89,4) αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά (τροποποιημένη επέμβαση κατά Sistrunk), και σε 2 ασθενείς (5,9%) το ιστολογικό αποτέλεσμα ήταν αρνητικό για ΚΘΠ. Σε αυτήν την ομάδα το ποσοστό επιπλοκών ήταν 3,03% (1 περίπτωση με διαπύση τραύματος).

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός κλινικής και ακτινολογικής εξέτασης αποτελεί κλειδί για τη βελτίωση της διαγνωστικής ευαισθησίας. Η λανθασμένη χειρουργική προσέγγιση εξαιτίας λανθασμένης διάγνωσης ή ατελούς χειρουργικής αφαίρεσης της κύστης αποτελούν κύριους παράγοντες υποτροπής. Η τροποποιημένη επέμβαση κατά Sistrunk αποτελεί την κύρια χειρουργική τεχνική, με άριστα αποτελέσματα χαμηλού ποσοστού επιπλοκών (3,03%) και υποτροπής (0%), όπως προκύπτει από τη μελέτη μας.

22. ΜΗΡΟΚΗΛΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙ. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Κ. Αναστασιάδης, Β. Μουράβας, Δ. Σφουγγάρης, Β. Λαμπρόπουλος, Χ. Κεπερτής,
Ε. Παπαγεωργίου, Α. Νεοφύτου, Ι. Σπυριδάκης
Β΄Κλινική Χειρουργικής Παιδών Α.Π.Θ., Γ. Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Εισαγωγή: Η μηροκήλη εμφανίζεται σπάνια σε παιδιατρικούς ασθενείς με συχνότητα που υπολογίζεται στο 0,1 – 0,9 % των βουβωνοκηλών της παιδικής ηλικίας. Παρουσιάζουμε τη λαπαροσκοπική τεχνική που εφαρμόζεται στην κλινική μας για την αντιμετώπισή της.

Ασθενής-Μέθοδος: Αναφερόμαστε σε αγόρι ηλικίας 4 ετών που εξετάστηκε στα ΕΙ της κλινικής μας, όπου και τέθηκε η διάγνωση της δεξιάς μηροκήλης. Κατά τη λαπαροσκοπική επέμβαση πραγματοποιήθηκε διατομή του περιτοναίου κι εκτομή του προπεριτοναϊκού λίπους στην περιοχή του μηριαίου δακτυλίου. Μετά το πέρας της παρασκευής αποκαλύφθηκε περιοχή τριγωνικού σχήματος, αφοριζόμενη επί τα εκτός από την έξω λαγόνιο φλέβα, προς τα άνω και έσω από τον εγκάρσιο κοιλιακό μυ και προς τα κάτω και έσω από το σύνδεσμο του Cooper. Το προαναφερθέν τριγωνικό χάσμα συγκλείστηκε με την τοποθέτηση τριών ραφών από πολύκλωνο μη απορροφήσιμο ράμμα 2-0 (Ti-Cron). Ακολούθησε και η σύγκλειση του περιτοναίου με συνεχόμενη ραφή του ιδίου ράμματος.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής πήρε εξιτήριο την 1^η μετεγχειρητική ημέρα. Ο προγραμματισμένος μετεγχειρητικός έλεγχος, την 1^η εβδομάδα, τον 1^ο μήνα και μετά από 6 μήνες δεν ανέδειξε καμία παθολογία.

Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική προσέγγιση προσφέρει τη δυνατότητα για ευχερή διάγνωση αλλά και άμεση χειρουργική αντιμετώπιση των μηροκηλών της παιδικής ηλικίας.

23. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΡΙΚΗ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ

Χ. Δοϊτσιδης, Β. Μουράβας, Β. Λαμπρόπουλος, Χ. Κεπερτής, Κ. Αναστασιάδης,
Α. Νεοφύτου Δ. Σφουγγάρης, Ι. Σπυριδάκης
Β' Κλινική Χειρουργικής Παιδών Α.Π.Θ., Γ. Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Εισαγωγή: Η σημασία του σπληνός στη φυσιολογική ανοσιακή απάντηση είναι σήμερα γνωστή. Ως εκ τούτου αυτό έχει οδηγήσει στην προσπάθεια διατήρησης του σπληνικού παρεγχύματος, όταν κάτι τέτοιο είναι δυνατόν. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς που υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική μερική σπληνεκτομή για την αντιμετώπιση υποτροπής κύστης του άνω πόλου του σπληνός.

Ασθενής-Μέθοδος: Πρόκειται για κορίτσι ηλικίας 15 ετών το οποίο σε ηλικία 11 ετών είχε υποβληθεί σε λαπαροσκοπική μερική κυστεκτομή για την αντιμετώπιση συγγενούς κύστης του άνω πόλου. Λόγω υποτροπής, η ασθενής υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική μερική σπληνεκτομή του άνω πόλου. Περιγράφουμε τη χειρουργική τεχνική η οποία και περιλαμβάνει 6 σημαντικά βήματα: την τοποθέτηση της ασθενούς στην χειρουργική τράπεζα, την κινητοποίηση του σπληνός, την αναγνώριση των σπληνικών αγγείων και τη διατομή τους, τη διατομή του σπληνικού παρεγχύματος, την αιμόσταση και τέλος την εξαγωγή του χειρουργικού παρασκευάσματος.

Αποτελέσματα: Η ασθενής έλαβε εξιτήριο την 7^η μετεγχειρητική ημέρα. Την 15^η ημέρα διαπιστώθηκε πλευριτική συλλογή αριστερά η οποία υποχώρησε με συντηρητική αντιμετώπιση. Σε προγραμματισμένο απεικονιστικό έλεγχο τον 6^ο μετεγχειρητικό μήνα, διαπιστώθηκε η παραμονή αιματούμενου σπληνικού παρεγχύματος, χωρίς εμφανή παθολογία.

Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική μερική σπληνεκτομή μπορεί να εφαρμοσθεί στην αντιμετώπιση καλοήθων παθήσεων του σπληνός.

24. ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΤΟΥ ΟΡΧΕΟΣ ΛΟΓΩ ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ

Α. Μάρκου, Γ. Καλογιάννης, Ε. Καρβούνη, Μ. Μασμανίδου, Π. Κρεστινίδη

Παιδοχειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

Εισαγωγή: Η διακοπή της αιματικής κυκλοφορίας του όρχεος λόγω περισφιγμένης βουβωνοκήλης είναι μια σπάνια επιπλοκή και συμβαίνει σχεδόν πάντοτε σε νεογνά ή μικρά βρέφη. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, ενώ με την έγκαιρη ανάταξη της βουβωνοκήλης αποκαθίσταται η κυκλοφορία στο περισφιγθέν και αναταχθέν έντερο, εντούτοις αυτή δεν αποκαθίσταται στο σύστοιχο όρχη με επακόλουθο την ισχαιμία και ενδεχόμενα και την νέκρωση του.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με διακοπή της αιματικής κυκλοφορίας του όρχεος λόγω περισφιγμένης βουβωνοκήλης το οποίο όμως δεν αφορά νεογνό ή μικρό βρέφος αλλά αγόρι ηλικίας 3 χρόνων.

Ασθενής-Μέθοδος: Αγόρι ηλικίας 3 χρόνων προσεκομίσθη επειγόντως στο τμήμα μας επειδή πριν από 6 ώρες περίπου είχε παρουσιάσει εμέτους και ευμεγέθη επώδυνη διόγκωση στην δεξιά οσχεοβουβωνική περιοχή. Με τη διάγνωση της περισφιγμένης οσχεοβουβωνοκήλης έγινε άμεσα ανάταξη του περιεχομένου εντέρου. Κατά την επακολογήσασα διήμερη νοσηλεία του στο τμήμα μας διαπιστώθηκε ότι η λειτουργία του αναταχθέντος εντέρου επανήλθε. Την τρίτη ημέρα μεταφέρθηκε στο χειρουργείο για χειρουργική αποκατάσταση της οσχεοβουβωνοκήλης. Μετά από εγκάρσια δεξιά βουβωνική τομή τα ευρήματα που διαπιστώθηκαν ήταν: α) ευμεγέθους κηλικός σάκος β) όρχης "ισχαιμικού" χρώματος με διαγραφόμενη τριχοειδική αιματική κυκλοφορία στο

περιόρχεο και γ) κύστη morgagni φυσιολογικού χρώματος στον άνω πόλο του όρχεος.

Έγινε παρασκευή, απολίνωση κι εκτομή του κηλικού σάκου καθώς κι εκτομή της κύστης morgagni. Λόγω του φυσιολογικού χρώματος στην ανευρεθείσα κύστη morgagni στον άνω πόλο του όρχεος αλλά και της ύπαρξης έστω και μειωμένης αιματικής κυκλοφορίας στην επιφάνεια του όρχη αποφασίστηκε η διατήρηση αυτού.

Αποτελέσματα: Κατά τους επανελέγχους διαπιστώθηκε ικανοποιητικό μέγεθος του όρχεως.

Συμπεράσματα: α) Η περίσφιξη μιας βουβωνοκήλης εκτός από τον κίνδυνο νέκρωσης του εντέρου μπορεί να προκαλέσει και διακοπή της αιματικής κυκλοφορίας του συστοίχου όρχεως. β) Η διακοπή της αιματικής κυκλοφορίας του όρχεως μετά από περίσφιξη βουβωνοκήλης όπως και βιβλιογραφικά αναφέρεται είναι σπάνια επιπλοκή και συμβαίνει σχεδόν πάντοτε στα νεογνά και μικρά βρέφη. Όμως σπανιότατα μπορεί να συμβεί και σε μεγαλύτερα παιδιά. γ) ο κίνδυνος νέκρωσης λόγω της ισχαιμίας που μπορεί να προκληθεί στον σύστοιχο όρχη από την παρατεταμένη περίσφιξη μιας βουβωνοκήλης φαίνεται ότι είναι μεγαλύτερος από τον κίνδυνο στον οποίο βρίσκεται το περισφιχθέν έντερο.

25. ΣΟΒΑΡΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΚΗΛΗ: ΜΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΤΡΗΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ.

Π.Μαντζαφλέρη¹, Α.Βιολάκη¹, Ε.Χοχλιούρου¹, Ι.Σπυριδάκης², Ε.Κοτζαπαναγιώτου¹, Μ.Σδούγκα¹

1.Μεθ Παίδων ΓΝΘ Ιπποκράτειο

2.Β Χειρουργική κλινική Παίδων ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Η δημιουργία βλεννοκήλης σε υπολειπόμενο ανοικτό ή επικοινωνόν κολόβωμα του γαστρεντερικού σωλήνα είναι σπανιότατη επιπλοκή μείζονων χειρουργικών παρεμβάσεων πεπτικού. Η ταχεία παραγωγή βλέννης από τον λειτουργικό βλεννογόνο, κυρίως σε καταστάσεις φλεγμονής ή συνεχιζόμενου ερεθισμού, οδηγούν σε αύξηση διαμέτρου της βλεννοκήλης και δημιουργίας πιεστικών συμπτωμάτων στα παρακείμενα όργανα.

Περιγραφή περιστατικού: Θήλυ βρέφος, ηλικίας πέντε μηνών εισήχθη στη ΜΕΘ Παίδων μετά από αναφερόμενο επεισόδιο κυάνωσης και βραδυκαρδίας. Ιστορικό ατρησίας οισοφάγου με περιφερικό τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο. Αρχικά έγινε χειρουργική αποκατάσταση με απολίνωση τραχειοοισοφαγικού συριγγίου και τελικο-τελική αναστόμωση την 9η μέρα ζωής, στη συνέχεια λόγω διαφυγής, οισοφαγοστομία και γαστροστομία σε ηλικία ενός μηνός. Δύο μήνες μετά, το βρέφος εμφάνισε επεισόδια αναπνευστικής δυσχέρειας με συριγμό, βήχα αλλά και κυάνωση κυρίως στην ύπτια κατακεκλιμένη θέση για τα οποία έγινε έλεγχος και αποδόθηκαν σε λοιμώξεις αναπνευστικού λόγω μικροεισροφήσεων. Στη ΜΕΘΠ έγινε απεικονιστικός έλεγχος με οισοφαγογράφημα και αξονική θώρακα που αποκάλυψαν ευμεγέθες κυστικό μόρφωμα στην περιοχή του εναπομείναντος οισοφαγικού κολοβώματος διαστάσεων 7cm x 3cm x 4,5cm. Έγινε αφαίρεση του υγρού με βελόνη υπό ακτινολογική καθοδήγηση. Η κυτταροβιοχημική εξέταση απέδειξε βλενώδες υγρό και πλακάδη επιθηλιακά κύτταρα. Η ασθενής ελεύθερη συμπτωμάτων έλαβε εξιτήριο. Βρίσκεται υπό συνεχιζόμενη παρακολούθηση λόγω της άμεσης υποτροπής της βλεννοκήλης και σε αναμονή για την χειρουργική εξαίρεση αυτής μαζί με το χειρουργείο γαστρικής μετάθεσης για την οριστική αποκατάσταση ατρησίας του οισοφάγου.

Συμπεράσματα: Η δημιουργία οισοφαγικής βλεννοκήλης σε μέγεθος ικανό να δημιουργήσει πιεστικά φαινόμενα είναι σπάνια περίπτωση. Η δημιουργία βλεννοκήλης στο κολόβωμα του οισοφάγου θεωρητικά γίνεται μέσα σε λίγες εβδομάδες γιατί η ασκούμενη πίεση εντός της κύστης στη βλεννογόνα στοιβάδα εμποδίζει την μεγάλη αύξηση αυτής. Το οισοφαγογράφημα, η αξονική

και η μαγνητική θώρακος αποτελούν τις μεθόδους απεικόνισης. Η χειρουργική εξαίρεση οδηγεί στην οριστική αντιμετώπιση. Η αναρρόφηση υπό αξονική καθοδήγηση γίνεται σε περιπτώσεις πιεστικών συμπτωμάτων ή λοίμωξης, για να δοθεί χρόνος μέχρι την οριστική αποκατάσταση.

26. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΑΝ ΟΨΙΜΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΟΣ ΗΠΑΤΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

Π.Μαντζαφλέρη¹, Ε.Βόλακλη¹, Ε.Μιχαλοπούλου¹, Γ.Παπούης², Ζ.Στάθη¹, Μ.Σδούγκα¹.

1.ΜΕΘ Παίδων ΓΝΘ Ιπποκράτειο.

2.Παιδοχειρουργική Κλινική ΓΝΘ Ιπποκράτειο.

Παρουσίαση περιστατικού: Βρέφος, θήλυ, 12 μηνών με διάγνωση ηπατοβλαστώματος, υποβλήθηκε σε δεξιά ηπατεκτομή για πλήρη εξαίρεση του όγκου αφού προηγήθηκαν τρεις χημειοθεραπευτικοί κύκλοι. Διεγχειρητικά αναφέρθηκε απώλεια αίματος έως 200ml και ήπια αιμοδυναμική αστάθεια. Έγινε τυπική δεξιά ηπατεκτομή με απολίνωση αγγείων-χολαγγείων, αιμόσταση με τοποθέτηση αιμοστατικού υλικού και σύγκλειση κοιλίας χωρίς παροχέτευση. Κατά την εισαγωγή στην ΜΕΘ Παίδων για μετεγχειρητική παρακολούθηση παρουσίασε επιδείνωση της αιμοδυναμικής αστάθειας, σοβαρή μεταβολική οξέωση, αυξημένη γλοιότητα αίματος (Ht 60%, Hb 20 g/dl-αιμοσυμπύκνωση και υπερμετάγγιση) και διαταραχές πήξης. Πραγματοποιήθηκε σταδιακή αποκατάσταση, με χορήγηση κρυσταλλοειδών, ινóτροπη υποστήριξη (χρήση τριών ινοτρόπων) και μετάγγιση παραγόντων πήξης. Την πέμπτη μετχ μέρα κι ενώ η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή εμφάνισε ενδείξεις απώλειας αίματος. Υπερηχογραφικός έλεγχος και αξονική κοιλίας ανέδειξαν διάχυτη ενδοκοιλιακή αιμορραγία και η ασθενής οδηγήθηκε εκ νέου στο χειρουργείο. Πραγματοποιήθηκε απολίνωση μικρού αγγείου στο μέσο του ηπατικού κολοβώματος και τοποθέτηση αιμοστατικού υλικού στις εστίες διάχυτης μικροαιμορραγίας και επιπρόσθετα καθετήρας παροχέτευσης. Η ασθενής εμφάνισε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε από την μονάδα μετά από 11 μέρες νοσηλείας. Δεκαεννιά μέρες μετά (30 μετά την χειρουργική εξαίρεση του όγκου) η ασθενής εμφάνισε εικόνα καταπληξίας και οδηγήθηκε ξανά στο χειρουργείο μετά τη διενέργεια αξονικής άνω-κάτω κοιλίας, η οποία απέδειξε υποτροπή ενδοκοιλιακής αιμορραγίας. Εντοπίστηκε διάχυτη αιμορραγία ηπατικού κολοβώματος, έγινε αιμόσταση κι επιπωματισμός με γάζα mikulicz. Κατά τη μετεγχειρητική πορεία στη ΜΕΘ Παίδων ο επιπωματισμός αφαιρέθηκε 9 μέρες αργότερα χωρίς συμβάματα. Η ασθενής αποσωληνώθηκε, διακομίσθηκε στην Παιδοχειρουργική Κλινική κι έλαβε εξιτήριο μετά από 17 μέρες νοσηλείας.

Η ευρεία χειρουργική εκτομή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στη θεραπεία του ηπατοβλαστώματος, ανεβάζοντας τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης στο 70%. Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία βοηθά στην συρρίκνωση του όγκου και τη ριζικότερη αφαίρεση ακόμα και στο <1/3 των περιπτώσεων που είναι ανεγχείρητοι κατά τη διάγνωση. Λόγω του υψηλού ποσοστού μετεγχειρητικών επιπλοκών (22%) και της μεγάλης θνησιμότητας και θνητότητας (18% και 5% αντίστοιχα) χρειάζεται έμπειρη και εξειδικευμένη χειρουργική ομάδα, άρτια εξοπλισμένη αίθουσα και υψηλός δείκτης υποψίας κατά τη μετεγχειρητική παρακολούθηση.

27. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΟΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΤΟ

ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Χ. Δοϊτσίδης, Β. Λαμπρόπουλος, Χ. Κεπερτής, Β. Μουράβας, Κ. Αναστασιάδης, Α. Νεοφύτου,
Δ. Σφουγγάρης, Ι. Σπυριδάκης

Β' Κλινική Χειρουργικής Παιδών Α.Π.Θ., Γ. Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Η ενδοσκόπηση του ουροποιητικού εκτός από ένα πολύτιμο εργαλείο στη διαγνωστική προσέγγιση του κατώτερου ουροποιητικού, αποτελεί το πλέον σημαντικό τμήμα της θεραπευτικής στρατηγικής στις αποφρακτικές παθήσεις του κατώτερου ουροποιητικού.

Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται οι βαλβίδες οπίσθιας ουρήθρας, η αποφρακτική ουρητηροκλήλη, οι βαλβίδες πρόσθιας ουρήθρας και άλλες σπανιότερες παθήσεις.

Η χειρουργική αποκατάσταση των αποφρακτικών παθήσεων του κατώτερου ουροποιητικού είναι απαιτητική με υψηλά ποσοστά επιπλοκών ιδίως όσον αφορά την ουρήθρα. Με τις μεθόδους της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής και στην προκειμένη περίπτωση με την ενδοσκοπική μέθοδο, οι δυσκολίες αυτές παρακάμπτονται και τα αποτελέσματα είναι πολύ ικανοποιητικά. Αυτό οφείλεται στην μεγαλύτερη ακρίβεια και καλύτερη πληροφόρηση για την πάθηση διαμέσου του άριστου οπτικού πεδίου, την ελαχιστοποίηση του τραύματος και της μετεγχειρητικής φλεγμονής, καθώς επίσης και της ταχύτητας διεκπεραίωσης της θεραπείας μετά από την απόκτηση της κατάλληλης εμπειρίας.

28. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ε. Γεωργίου¹, Χ.Χαΐδος¹, Γ. Παπουής¹, Χ-Λ. Δώρη¹, Ε. Αναστασιάδου²,
Ε. Χοχλιούρου³, Γ. Τσικόπουλος¹

1. Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

2. ΜΕΝ Νεογνών ΕΣΥ, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

3. ΜΕΘ Παιδών, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Ο χυλοθώρακας αποτελεί μία από τις επιπλοκές των εγχειρήσεων του μεσοθωρακίου, ιδιαίτερα του οπισθίου.

Σκοπός: Η επισήμανση των παθήσεων του μεσοθωρακίου στα παιδιά, που μπορούν να εμφανίσουν μετεγχειρητικό χυλοθώρακα και του τρόπου αντιμετώπισής του.

Ασθενείς και μέθοδοι/Αποτελέσματα: Πρώτο περιστατικό: Νεογνό 2 ημερών με χειρουργηθείσα ατρησία οισοφάγου. Εμφάνισε χυλοθώρακα την 9^η μέρα. Αρχικά αντιμετωπίστηκε συντηρητικά αλλά λόγω της αυξανόμενης τάσης του, την 27^η ημέρα υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση όπου έγινε απολίνωση του μείζονα θωρακικού πόρου. Δεύτερο περιστατικό: Νεογνό 3ων ημερών με ατρησία οισοφάγου χωρίς συρίγγιο, στο οποίο διενεργήθηκε μετάθεση στομάχου. Την 11^η ημέρα εμφάνισε μετεγχειρητικό χυλοθώρακα. Αντιμετώπιστηκε συντηρητικά και την 29^η ημέρα υποχώρησε. Τρίτο περιστατικό: Άρρεν 3ων ετών με λεμφαγγείωμα μεσοθωρακίου εμφάνισε μετεγχειρητικό χυλοθώρακα ένα μήνα μετά, ο οποίος παρά την συντηρητική του αντιμετώπιση αυξανόταν. Είκοσι μέρες μετά χειρουργήθηκε και απολινώθηκαν μικρά λεμφαγγεία. Την 15^η ημέρα ο χυλοθώρακας υποχώρησε. Τέταρτο περιστατικό: Θήλυ 8 ετών χειρουργήθηκε για παραοισοφαγικό απόστημα λόγω διάτρησης οισοφάγου από ξένο σώμα. Την 2^η ημέρα εμφάνισε χυλοθώρακα ο οποίος υποχώρησε την 20^η ημέρα, μετά από συντηρητική αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία του μετεγχειρητικού χυλοθώρακα στα παιδιά ανεξάρτητα από την αρχική πάθηση, είναι καταρχήν συντηρητική και μόνο επί αποτυχίας της οδηγούμαστε σε εγχειρητική αντιμετώπιση.

29. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΧΕΙΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΑΤΡΗΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Χ-Λ. Δώρη¹, Γ. Παπουής¹, Ε. Χατζηαγόρου², Α. Σκούρας³, Ε. Τσιρανίδου⁴,
Β. Σουλειμάνοβα¹, Γ. Τσικόπουλος¹

1. Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

2. Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

3. ΩΡΛ Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

4. Παιδοαναισθησιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η υποτροπή τραχειοοισοφαγικού συριγγίου μετά από εγχείρηση αποκατάστασης ατρησίας οισοφάγου είναι μία σοβαρή επιπλοκή και συναντάται σε ποσοστό 10-15%. Η θεραπεία έως πρόσφατα ήταν μόνο χειρουργική. Τελευταία εφαρμόζεται και κερδίζει έδαφος η ενδοσκοπική αντιμετώπιση του συριγγίου.

Σκοπός: Η συζήτηση των ενδείξεων και των αποτελεσμάτων της εναλλακτικής αυτής μεθόδου και η κατάθεση της δικής μας εμπειρίας.

Ασθενείς και μέθοδος: Παραθέτουμε δύο περιστατικά της κλινικής μας τα οποία υποβλήθηκαν σε εγχείρηση αποκατάστασης ατρησίας οισοφάγου με περιφερικό συρίγγιο (τύπου C) με πρώιμη επιπλοκή την υποτροπή του συριγγίου. Τονίζουμε ότι η επανεπέμβαση αυτών των περιστατικών με θωρακοτομή ήταν τεχνικά αρκετά δύσκολη, ενώ σχετιζόταν με αυξημένα ποσοστά θνητότητας και επανασηραγγοποίησης (10-20%). Κρίθηκε απαραίτητη η προσπάθεια αποκατάστασης της υποτροπής ενδοσκοπικά. Το πρώτο περιστατικό υποβλήθηκε σε ενδοσκοπική έγχυση βιολογικού υλικού τέσσερις φορές σε διάστημα έξι μηνών μετά από τη διαπίστωση υποτροπής του συριγγίου, ενώ το δεύτερο περιστατικό μία φορά. Η ενδοσκοπική παρέμβαση έγινε από εξειδικευμένο προσωπικό και με συμμετοχή ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων.

Αποτελέσματα: Η τελική αντιμετώπιση της υποτροπής και στα δύο περιστατικά ήταν χειρουργική, λόγω της αποτυχίας σύγκλεισης του συριγγίου με την ενδοσκοπική μέθοδο.

Συμπεράσματα: Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση της υποτροπής του τραχειοοισοφαγικού συριγγίου εξακολουθεί να αποτελεί εναλλακτική επιλογή θεραπείας. Σημειώνεται ότι συνήθως απαιτούνται αρκετές προσπάθειες ενδοσκοπικής έγχυσης βιολογικού υλικού για την επιτυχή έκβαση. Παρά την αρχική αισιοδοξία όμως, φαίνεται ότι οι πιθανότητες επιτυχίας της στην πράξη δεν είναι οι αναμενόμενες και είναι υπό συζήτηση. Η θεραπεία εκλογής παραμένει η χειρουργική αποκατάσταση, ωστόσο η ενδοσκοπική αντιμετώπιση κρίνεται ως μια ενδεδειγμένη εναλλακτική λύση σε επιλεγμένους ασθενείς.

30. ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΥ ΣΕ ΑΓΟΡΙ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ PEUTZ-JEGHERS. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Μ. Μητρούδη, Ι. Πατουλιάς, Χ. Παντελή, Ε. Ραχμάνη, Χ. Κασελάς, Δ. Σφουγγάρης
Α' Κλινική Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ Γ.Ν.Θ «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Το αυτοσωμικά κληρονομούμενο σύνδρομο Peutz-Jeghers χαρακτηρίζεται από πολλαπλούς αμαρτωματώδεις πολύποδες του γαστρεντερικού συστήματος, μελανωτικές κηλίδες δέρματος κι αυξημένη επίπτωση διαφόρων καρκινωμάτων. Ο δευτεροπαθής εγκολεασμός ιδιαίτερα σε τμήματα του λεπτού εντέρου, αποτελεί μια από τις συνηθισμένες επιπλοκές της νόσου.

Σκοπός: Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενή με σύνδρομο Peutz-Jeghers που παρουσίασε διαδοχικά επεισόδια εγκολεασμού με στόχο να αναδειχτεί η σπανιότητα του και να υπογραμμιστούν οι προβληματισμοί που σχετίζονται με τη διαχείριση του συνδρόμου.

Παρουσίαση περιστατικού: Αγόρι 8,5 ετών διακομίζεται στην κλινική με οξύ κοιλιακό άλγος κι ευαισθησία 2 μήνες μετά από εντερεκτομή (100 cm ειλεού) λόγω δευτεροπαθούς ειλεοειλικού εγκολεασμού. Ο ασθενής στο διάστημα μετά την εντερεκτομή υποβλήθηκε σε ενδοσκοπικό κι απεικονιστικό έλεγχο του πεπτικού συστήματος με φυσιολογικά ευρήματα. Κατά τη διερεύνηση

του άλγους διαπιστώνεται εγκολεασμός κι ο ασθενής οδηγείται εκ νέου στο χειρουργείο. Ανευρίσκεται χαλαρός νηστιδο-νηστιδικός εγκολεασμός ο οποίος λύνεται αυτόματα. Κατά τη διεγχειρητική διερεύνηση του λεπτού εντέρου ανευρίσκονται κι αφαιρούνται πέντε αμαρτωματώδεις πολύποδες σε απόσταση 20 έως 40 cm από τη δωδεκαδάκτυλο-νηστιδική καμπή. Ο ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία κι εντάχθηκε σε πρωτόκολλο παρακολούθησης της νόσου του.

Συμπεράσματα: Ο δευτεροπαθής εγκολεασμός αποτελεί επιπλοκή του συνδρόμου Peutz-Jeghers. Η διεγχειρητική διερεύνηση του εντέρου με ενδοσκοπικές και μη μεθόδους κρίνεται απαραίτητη. Η ένταξη των ασθενών σε πρωτόκολλα παρακολούθησης και γενετικής καθοδήγησης θεωρείται επιβεβλημένη.

31. ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΣΑΛΠΙΓΓΑΣ ΣΕ ΕΛΑΦΟΣ ΠΑΡΑΣΑΛΠΙΓΓΙΚΟΥ ΟΡΩΔΟΥΣ ΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Χ. Παντελή, Ε. Ραχμάνη, Μ. Μητρούδη, Δ. Σφουγγάρης. Α' Κλινική Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ., Ν.Γ.Ν.Θ. «Γ. Γεννηματάς»

Περιγραφή περίπτωσης: Κορίτσι 12 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και εμμηναρχή προ τριμήνου, προσήλθε με άλγος κοιλίας από 24ώρου, ναυτία και εμέτους. Κατά την αντικειμενική εξέταση παρουσίαζε ευαισθησία στη δεξιά κάτω κοιλία με σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού. Στον υπερηχοτομογραφικό έλεγχο της κοιλίας διαπιστώθηκε κυστικό μόρφωμα διαμέτρου 5,5 εκατοστών στην ανατομική θέση της δεξιάς ωοθήκης και ακολούθησε ερευνητική λαπαροτομία κατά την οποία βρέθηκε μεμονωμένη συστροφή κατά 720° της δεξιάς σάλπιγγας και νέκρωσή της, και διενεργήθηκε σαλπινγεκτομή δεξιά. Η παθολογοανατομική εξέταση κατέδειξε παρασαλπινγικό ορώδες κυσταδένωμα σε συνέχεια με τη νεκρωθείσα σάλπιγγα. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτη.

Συζήτηση: Η μεμονωμένη συστροφή της σάλπιγγας αποτελεί σπάνια αιτία οξείας κοιλίας σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και ακόμη σπανιότερη στην παιδική-εφηβική ηλικία. Στον παιδιατρικό πληθυσμό υπάρχει τις περισσότερες φορές παθολογία της σάλπιγγας αν και περιγράφονται περιπτώσεις συστροφής φυσιολογικής σάλπιγγας. Η διάγνωση τίθεται συνήθως διεγχειρητικά, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν ειδικά κλινικά, εργαστηριακά ή απεικονιστικά ευρήματα. Η λαπαροσκόπηση είναι η προσπέλαση εκλογής, εφόσον είναι διαθέσιμη, και η προτιμότερη αντιμετώπιση είναι η αποσυστροφή και διατήρηση της σάλπιγγας όταν αυτό είναι δυνατόν. Η συστροφή της σάλπιγγας πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση του άλγους κάτω κοιλίας στα κορίτσια, δεδομένου ότι η έγκαιρη αντιμετώπιση αυξάνει τις πιθανότητες διατήρησης της σάλπιγγας.

32. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΕΞΩΜΦΑΛΟ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΧΟΙΡΕΙΟΥ ΑΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΙΜΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ε. Παπαγεωργίου, Β. Λαμπρόπουλος, Β. Μουράβας, Χ. Κεπερτής, Χ. Δοϊτσιδης,
Α. Νεοφύτου Δ. Σφουγγάρης, Ι. Σπυριδάκης
Β' Κλινική Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ., Γ. Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Η μετεγχειρητική κοιλιοκήλη αποτελεί μια συνήθη επιπλοκή που μπορεί να εμφανιστεί μετά από αποκατάσταση συγγενών διαμαρτιών του κοιλιακού τοιχώματος, όπως στον ευμεγέθη εξώμφαλο

και τη γαστροσχιση. Η σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος στις συγγενείς αυτές ανωμαλίες είναι συχνά δύσκολη για το χειρουργό παιδων και για το λόγο αυτό περιγράφονται διάφορες χειρουργικές τεχνικές και χρησιμοποιούνται διάφορα προσθετικά υλικά-πλέγματα.

Αναφορά περιστατικού: Παρουσιάζουμε μια ασθενή ηλικίας 3,5 ετών με ευμεγέθη μετεγχειρητική κοιλιοκήλη, που εμφανίστηκε σε έδαφος αποκατασταθέντος εξώμφαλου. Για τη σύγκλειση των κοιλιακών τοιχωμάτων χρησιμοποιήθηκε στείρο, απορροφήσιμο χοίρειο ακυτταρικό δέρμα.

Αποτελέσματα: Το χοίρειο, στείρο, πλήρως απορροφήσιμο πλέγμα αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη επιλογή για την αποκατάσταση ευμεγέθους κοιλιοκήλης στα παιδιά. Είναι πολύ καλά ανεκτό από τον οργανισμό και οι επιπλοκές του αναφέρονται ελάχιστα. Μεγάλο του μειονέκτημα είναι το υψηλό του κόστος.

33. ΓΑΓΓΛΙΑΚΕΣ ΑΡΘΡΙΚΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Π. Τσιούλας¹, Αικ. Τζαντζαρούδη², Δ. Λιάσης², Α. Κυριακίδης¹, Γ. Τσικόπουλος²
1 Ορθοπαιδική Κλινική ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης
2 Παιδοχειρουργική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Οι γαγγλιακές αρθρικές κύστεις είναι αρκετά συχνές στα παιδιά και οφείλονται κυρίως σε τραυματισμούς.

Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση συντηρητικής μεθόδου αντιμετώπισης των κύστεων αυτών.

Ασθενείς-Μέθοδος: Δεκαεπτά παιδιά με 19 γαγγλιακές κύστεις αντιμετωπίστηκαν σαν εξωτερικοί ασθενείς σε μια από τις δυο συνεργαζόμενες στην ανακοίνωση Κλινικές. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν, χωρίς αναισθησία (τοπική ή γενική), σε παρακέντηση της κύστης και σε έγχυση βηταμεθαζόνης σε ποσότητα ανάλογη του βάρους του ασθενούς και του μεγέθους της κύστης. Ακολουθούσε ελαστική επίδεση της κύστης και η πρώτη αλλαγή γινόταν μετά 3 ημέρες. Η ελαστική επίδεση παρέμενε για 10 ημέρες μετά την παρέμβαση. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση γινόταν σε μηνιαία βάση επί 6 μήνες.

Αποτελέσματα: Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 2,5 έως 16 έτη. Σε δύο ασθενείς παρατηρήθηκε διπλή εντόπιση κύστεων, δύο γάγγλια καρπού στο ίδιο χέρι στη μία περίπτωση και δυο κύστεις του Baker συγχρόνως στην άλλη περίπτωση. Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 5 κύστεις του Baker και 14 γάγγλια χεριών. Δεκαεπτά κύστεις (89,5%) δεν παρουσίασαν σημεία υποτροπής κατά τον επανέλεγχο. Δύο κύστεις υποτροπίασαν (10,5%), εκ των οποίων η μία αφορούσε γάγγλιο καρπού, το οποίο με τη δεύτερη συνεδρία υποχώρησε και έχει καλώς μέχρι σήμερα (δυο μήνες μετά την παρέμβαση) ενώ η δεύτερη αφορούσε κύστη του Baker, η οποία παρόλο ότι παρακεντήθηκε δυο ακόμη φορές δεν υποχώρησε και προγραμματίστηκε για κανονικό χειρουργείο.

Συμπέρασμα: Η συντηρητική αντιμετώπιση των γαγγλιακών κύστεων σε παιδιά με παρακέντηση και έγχυση κορτιζόνης είναι μια επαρκής και αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισής τους.

34. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΚΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΡΗΤΟΥ ΥΠΟΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΟΥΡΗΤΗΡΑ

Σ. Χατζησιδέρης¹, Αικ. Τζαντζαρούδη¹, Ε. Σμαρόπουλος¹, Β. Σιγκούνας²,

Κ. Σαραφίδης³, Γ. Τσικόπουλος¹

1. Παιδοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

2. Παιδοακτινολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

3. ΜΕΝ Νεογνών ΑΠΘ, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Ο άτρητος υποπλαστικός ουρητήρας ως αιτία απόφραξης του ανώτερου ουροποιητικού αποτελεί εξαιρετικά σπάνια οντότητα, η διάγνωση τίθεται αποκλειστικά διεγχειρητικά και η αποκατάσταση αποτελεί εγχειρητική πρόκληση.

Ασθενής και μέθοδος: Πρόκειται για περίπτωση με προγεννητική διάγνωση εκσεσημασμένης υδρονέφρωσης άμφω και λέπτυνση του νεφρικού φλοιού. Αποφασίστηκε ο πρόωρος τοκετός με καισαρική τομή την 30^η εβδομάδα κύησης και τοποθετήθηκαν νεφροστομίες άμφω την 1^η ημέρα ζωής, με ταυτόχρονη επιβεβαίωση της διάγνωσης της στένωσης πυελο-ουρητηρικής συμβολής (ΣΠΟΥΣ) άμφω. Η νεφρική λειτουργία του νεογνού ήταν σαφώς επηρεασμένη, παρουσίασε όμως μία σταδιακή σταθεροποίηση και βελτίωση. Λόγω των ανθεκτικών επαναλαμβανόμενων λοιμώξεων ουροποιητικού αποφασίστηκε η αντιμετώπιση της πλέον πάσχουσας πλευράς ΑΡ, σε ηλικία 5 μηνών. Διεγχειρητικά ανευρέθηκε πλήρης απόφραξη της ΠΟΥΣ ΑΡ με άτρητο υποπλαστικό ουρητήρα καθ'όλο το μήκος του. Διενεργήθηκε πυελοκυστική αναστόμωση με κινητοποίηση του ΑΡ νεφρού και τοποθέτηση του στον ΑΡ λαγόνιο βόθρο. Μετά από 2 μήνες αντιμετωπίστηκε και η ΔΕ πλευρά, όπου ανευρέθηκε επίσης άτρητος ουρητήρας, αλλά αυτή τη φορά με την κλασική τεχνική Hynes-Anderson.

Αποτελέσματα: Μετεγχειρητικά το παιδί παραμένει ελεύθερο ουρολοιμώξεων και παρουσιάζει μία σταθερή προοδευτική βελτίωση της νεφρικής του λειτουργίας.

Συμπεράσματα: Η πυελοκυστική αναστόμωση έχει καθιερωθεί στα παιδιά που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση νεφρού και προτείνεται ως ενδεικνυόμενη εγχειρητική επιλογή σε περιπτώσεις αδυναμίας διενέργειας τυπικής πυελοουρητηρικής αναστόμωσης, όπως σε περιπτώσεις ατρησίας και υποπλασίας του ουρητήρα

35. ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ ΑΠΟ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

Ε. Χοηλιούρου, Α. Βιολάκη, Ε. Σαμκινίδου, Κ. Σαλπυγίδου, Γ. Ευλαβής, Μ. Σδούγκα
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Πολλά από τα παιδιατρικά περιστατικά που νοσηλεύονται σε Παιδοχειρουργικές Κλινικές παρουσιάζουν σοβαρές επιπλοκές, οπότε και η ανάγκη νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών κρίνεται αναγκαία για την περαιτέρω διαχείριση και θεραπευτική παρέμβαση.

Σκοπός: Να μελετηθούν τα κλινικά στοιχεία των ασθενών, η ηλικία, το φύλο και η έκβασή τους κατά την παραμονή τους σε ΜΕΘ.

Υλικό-μέθοδος: Μελετήθηκαν τα ιστορικά ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ τα 2 τελευταία χρόνια (από 1-1-2013 έως 1-1-2015).

Αποτελέσματα: Συνολικά νοσηλεύτηκαν 247 ασθενείς (117 ασθενείς το 2013 και 130 το 2014). Στη διετία αυτή τα παιδοχειρουργικά περιστατικά ήταν 44 (29 ήταν αγόρια και 15 κορίτσια), ποσοστό 17,8% επί του συνόλου. Καταγράφηκαν παιδιά με τραυματισμούς, εγκολεασμό, παιδοογκολογικά περιστατικά, υποτροπές τραχειοοισοφαγικών συριγγίων, περιτονίτιδες, γαστροστομίες, εμπυήματα θώρακα, 3 παιδιά μετά από οξύ πνευμονικό οίδημα κατά ή μετά από προγραμματισμένο χειρουργείο, εγκαύματα, κ.α. Εξήλθαν όλα με βελτιούμενη κλινική εικόνα, εκτός 4 παιδιών (ενός σοβαρού παιδοογκολογικού περιστατικού, ενός αποστήματος κοιλίας με καρδιακή ανακοπή πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ Παιδών, ενός πολυτραυματία, και ενός τοξικού

μεγάλου). Αρκετά παιδιά διακομίστηκαν από την Επαρχία και διακομίστηκαν στην Παιδοχειρουργική Κλινική μετά από το εξιτήριο από τη ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Τα παιδοχειρουργικά περιστατικά καλύπτουν μεγάλο αριθμό παιδιών στη ΜΕΘ (44 από τα 247). Η ανάγκη εισαγωγής ενός παιδοχειρουργικού περιστατικού σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών συνήθως εξαρτάται από το αίτιο που το προκάλεσε, τη χειρουργική αντιμετώπιση, το προηγούμενο ιστορικό και την ηλικία. Η άμεση κινητοποίηση του χειρουργού, η έγκαιρη αντιμετώπιση και η συνεργασία Παιδοχειρουργού και Εντατικολόγου θα επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

36. ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ 10 ΕΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΣΠΑΡΑΓΙΝΑΣΗ

Ε. Χοχλιούρου¹, Ε. Βόλακλη¹, Π. Ματζαφλέρη¹, Β. Παπαδοπούλου¹, Γ. Τσικόπουλος², Μ. Σδούγκα¹

1.ΜΕΘ Παιδών ΓΝΘ Ιπποκράτειο.

2.Παιδοχειρουργική Κλινική ΓΝΘ Ιπποκράτειο.

Εισαγωγή: Περιγράφεται η περίπτωση κοριτσιού ηλικίας 10 ετών, που παρουσίασε νεκρωτική παγκρεατίτιδα μετά από θεραπεία με ασπαραγινάση, στα πλαίσια οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας.

Σκοπός: Να μελετηθούν τα κλινικά στοιχεία της ασθενούς, το ιστορικό, τα εργαστηριακά και απεικονιστικά ευρήματα που οδήγησαν στην έγκαιρη διάγνωση της ανωτέρω επιπλοκής.

Υλικό-μέθοδος: Μελετήθηκε το ιστορικό της ασθενούς σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα, τα εργαστηριακά και απεικονιστικά ευρήματα και έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση στο διαδίκτυο από το 2005 και μετά, με λέξεις κλειδιά νεκρωτική παγκρεατίτιδα, θεραπεία με ασπαραγινάση, παιδιά, προκειμένου να συσχετιστούν τα ευρήματα.

Αποτελέσματα: Η ασπαραγινάση χρησιμοποιείται ως θεραπεία σε παιδιά με ΟΛΛ και προκαλεί ύφεση στο 83-95% της νόσου. Κυριότερες επιπλοκές θεωρούνται οι αντιδράσεις υπερευαισθησίας και η δυσλειτουργία του ήπατος και του παγκρέατος. Η οξεία παγκρεατίτιδα αναφέρεται σε ποσοστό 2,5- 16% των ασθενών. Δεν αναφέρεται έως τώρα κανένας θάνατος που να οφείλεται στην παγκρεατίτιδα ως επιπλοκή θεραπείας από την ασπαραγινάση για την οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία. Το περιστατικό μας παρά την άσχημη κλινική εικόνα της νεκρωτικής παγκρεατίτιδας και τα απεικονιστικά ευρήματα από την αξονική τομογραφία κοιλίας -που συνηγορούσαν υπέρ αυτής-, παρουσίασε μακροχρόνια βελτίωση τόσο της κλινικής εικόνας, όσο και των απεικονιστικών ευρημάτων.

Συμπεράσματα: Η γνώση των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, η έγκαιρη αναγνώριση των κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων και η άμεση θεραπευτική προσέγγιση αποτελούν το κλειδί της επιτυχίας στην καλή έκβαση των περιστατικών.

37. ΜΥΟΪΝΟΒΛΑΣΤΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΛΟΥΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΔΥΕΤΑΙ ΟΓΚΟ ΤΗΣ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ

Α. Παπάζογλου, Μ. Παπουτσάκης, Α. Τζαντζαρούδη, Χ. Χαΐδος, Ε. Γεωργίου, Γ. Τσικόπουλος
Παιδοχειρουργική κλινική, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή – Σκοπός: Η παρουσίαση ενός εξαιρετικά σπάνιου συμπαγούς όγκου, εξορμούμενου από το επίπλουον, όπως και της επείγουσας αντιμετώπισής του, λόγω της κλινικής του εικόνας.

Ασθενής και μέθοδος: Κορίτσι 15 ετών διεκομίσθη επειγόντως με εικόνα οξείας χειρουργικής κοιλίας, ψηλαφητό μόρφωμα κάτω κοιλίας, αναιμία, εμπύρετο, έμετο, αδυναμία, με ιστορικό

πολυμηνόρροιας και κοιλιαλγίας την τελευταία ημέρα. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος του νοσοκομείου από το οποίο παραπέμφθηκε κατεδείκνυε πιθανό συστραφέν ή ραγέν κυστικό τεράτωμα, με παρουσία ελεύθερου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η ακτινογραφία κοιλίας αποκάλυψε επασβεστώσεις στην ελάσσονα πύελο. Υποβλήθηκε ξανά σε υπερηχογραφικό έλεγχο και γυναικολογική εκτίμηση που συνηγορούσαν υπέρ των αρχικών ευρημάτων. Αντιμετώπιστηκε στη Μ.Α.Φ. της κλινικής μας ως πιθανή ενδοκοιλιακή αιμορραγία, μεταγγίστηκε λόγω χαμηλού αιματοκρίτη (26,0) και αφού σταθεροποιήθηκε η γενική της κατάσταση μετά από 7 ώρες, οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Ανευρέθη άφθονο μη αιματηρό περιτοναϊκό υγρό και συμπαγής λευκόφαιος όγκος, ενσφηνωμένος στην ελάσσονα πύελο, μεγέθους 12εκ x 9,5εκ x 9εκ, με συστραμμένο μίσχο, συμπεφυμένος με το επίπλουν, ο οποίος αφαιρέθηκε. Κατά τον έλεγχο των έσω γεννητικών οργάνων δε διαπιστώθηκε ανατομική σχέση με τον όγκο.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία ήταν άριστη . Η κυτταρολογική εξέταση του περιτοναϊκού υγρού ήταν αρνητική, ενώ η βιοψία ανέδειξε φλεγμονώδη μυοϊνοβλαστικό όγκο με συστραφέντα μίσχο από επίπλουν και μεγάλα αγγεία . Μέχρι σήμερα η ασθενής παρακολουθείται από παιδοογκολόγο και γυναικολόγο χωρίς πρόβλημα.

Συμπεράσματα: Οι πρωτοπαθείς μυοϊνοβλαστικοί όγκοι είναι σπάνιοι και ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία. Η διάγνωση και η αντιμετώπισή τους, ειδικά σε επείγουσες καταστάσεις και λόγω της ομοιότητάς τους με όγκους των έσω γεννητικών οργάνων, προκαλεί σύγχυση.

Ομιλητές και Συμμετέχοντες σε Προεδρεία

Αυτζόγλου Π. - Χειρουργός Παίδων Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ.

Βαλιούλης Ι.- Λέκτορας ΑΠΘ, Α΄ Χειρουργική Παίδων ΓΝΘ “Γ. Γεννηματάς”

Βάος Γ. – Καθηγητής Χειρουργικής Παίδων Δ. Π. Θ.

Τιμβριος Γ. - Διευθυντής ΕΣΥ Κλινική Μεταμοσχεύσεων Γ. Νοσοκομείο “Ιπποκράτειο” Θεσ/νίκης

Κολιούσκας Δ. -Συντονιστής Διευθυντής Παιδοογκολογικού Τμήματος Νοσοκομείο “Ιπποκράτειο”

Λαμπρόπουλος Β. – Επιμελητής Α΄, Β΄ Κλινικής Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ. Γ. Νοσοκομείο “Γ. Παπαγεωργίου” Θεσ/νίκης

Ματαπά Ελ.- Νοσηλεύτρια, Γ. Νοσοκομείο “Ιπποκράτειο” Θεσ/νίκης

Ντότης Ι. - Επιμελητής ΕΣΥ Α΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ

Μπράτζου Χρ.- Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ. Νοσοκομείο “Ιπποκράτειο” Θεσ/νίκης

Παπαγεωργίου Θ. - Διευθυντής ΕΣΥ, ΓΝ ΑΧΕΠΑ

Παπαχρήστου Φ. - Καθηγητής Παιδιατρικής Α.Π.Θ. Διευθυντής Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Γ. Νοσοκομείο “Ιπποκράτειο” Θεσ/νίκης

Παπουής Γ. - Διευθυντής ΕΣΥ Παιδοχειρουργική Κλινική Γ. Νοσοκομείο “Ιπποκράτειο” Θεσ/νίκης

Παπουτσάκης Μ. - Επιμελητής Α΄ Παιδοχειρουργική Κλινική Γ. Νοσοκομείο “Ιπποκράτειο” Θεσ/νίκης

Πασσαλίδης Αλ. - Διευθυντής Α΄ Παιδοχειρουργικής Κλινικής Νοσοκομείο Αγλαΐα Κυριακού Αθήνας

Σμαρόπουλος Ε. - Επιμελητής Α΄ Παιδοχειρουργική Κλινική Γ. Νοσοκομείο “Ιπποκράτειο” Θεσ/νίκης

Σπυριδάκης Ι. - Επίκουρος Καθηγητής Α.Π.Θ. Διευθυντής Β΄ Κλινικής Χειρουργικής Παίδων

Α.Π.Θ. Γ. Νοσοκομείο "Γ. Παπαγεωργίου" Θεσ/νίκης

Στάμου Μ. -Επίκουρη Καθηγήτρια, Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ.

Ευχαριστίες

Η οργανωτική επιτροπή εκφράζει τις θερμές ευχαριστίες στους:

-Σύλλογο γονέων παιδιών με κακοήθη νοσήματα Β. Ελλάδος "ΛΑΜΨΗ"

-Εταιρεία Bart

-Γενική Χημικών

-Επιτροπή ερευνών ΑΠΘ

