

ΚΟΙΝΟ

23^ο

ΣΥΝΕΔΡΙΟ



Ελληνικής Εταιρείας
Επανορθωτικής & Χειρουργικής Χεριού
Μικροχειρουργικής και Άνω Άκρου

www.ctmi.gr/microhand2017



2-4
Νοεμβρίου 2017

Ξενοδοχείο
Domotel Kastri **Αθήνα**



Υπό την Αιγίδα των:



Τελικό
Πρόγραμμα



Stronger Together.

Zimmer Biomet was created to redefine musculoskeletal healthcare, and to help improve the lives of those we serve.

Our singular goal is to help achieve exceptional outcomes for patients, healthcare professionals, investors, our Team Members, and the communities in which we work.

By focusing the strengths of two great companies, Zimmer Biomet is uniquely positioned to accelerate the pace of innovation and to drive growth.

This simple but powerful philosophy is summarized by our tagline, “**Your progress. Our promise.**”

It reminds us that, together, we can achieve more...that greater success is possible when we work together in pursuit of our shared goals.

With our combined talents, technologies, capabilities, and cultures, we can do more than either company could have achieved alone. We have strengthened our ability to compete around the globe, and to bring growth to our community.

Visit us on the web at zimmerbiomet.com



ZIMMER BIOMET

Your progress. Our promise.™

Καλώς ήρθατεστην ηρεμία

LYRICA®
PREGABALIN



ESSENTIAL HEALTH

PFIZER HELLAS A.E.

Λεωφ. Μεσογείων 243, 154 51 Ν. Ψυχικό, Τηλ. Επιστημονικής
Ενημέρωσης 210 6785800, website: www.pfizer.gr

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

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη
Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία

PP-LYR-GRC-0042-OCT17

Περιεχόμενα

Χαιρετισμός Προέδρων	5
Διοικητικά Συμβούλια - Επιτροπές	7
Γενικές Πληροφορίες	9
Χορηγοί	11
Συνοπτικό Πρόγραμμα	12
Επιστημονικό Πρόγραμμα	13
Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων	39
Κατάλογος Ομιλητών - Συντονιστών	68
Ευρετήριο	74

Οργάνωση Συνεδρίου



Γραμματεία Συνεδρίου



Βασ. Σοφίας 131, Αθήνα
Τηλ: 210 3244932
Fax: 210 3250660
Website: www.ctmi.gr

Χαιρετισμός Προέδρων

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Εκ μέρους της **Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Χεριού & Άνω Άκρου** και της **Ελληνικής Εταιρείας Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής** έχουμε τη χαρά να σας καλωσορίσουμε στο 23^ο Ετήσιο Κοινό Συνέδριο που πραγματοποιείται στην Αθήνα, στις 2-4 Νοεμβρίου 2017, στο συνεδριακό χώρο του ξενοδοχείου Domotel Kastri.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει διαλέξεις, αντιπαραθέσεις, στρογγυλές τράπεζες και ελεύθερες ανακοινώσεις για τις παθολογικές και τραυματικές διαταραχές του Χεριού και του Άνω Άκρου Παιδιών και Ενηλίκων και για τις σύγχρονες μεθόδους αποκατάστασης των άκρων, του κορμού και του προσώπου με τη συμβολή της Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής, από καταξιωμένους Έλληνες και ξένους ομιλητές.

Για τους νεότερους συναδέλφους έχουν οργανωθεί οι συνεδρίες ειδικευόμενων και πρακτικής άσκησης στην οστεοσύνθεση των καταγμάτων άνω άκρου, ενώ οι καλύτερες επιστημονικές ανακοινώσεις θα βραβεуютύν.

Με χαρά σας καλωσορίζουμε στο 23^ο Κοινό Συνέδριο των Εταιρειών μας.

Οι Πρόεδροι των Εταιρειών

Βασίλειος Κοντογεωργάκος



Επίκουρος Καθηγητής Ορθοπαιδικής
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας
Χειρουργικής Χεριού & Άνω Άκρου

Ζωή Νταϊλιάνα



Καθηγήτρια Ορθοπαιδικής
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας
Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής

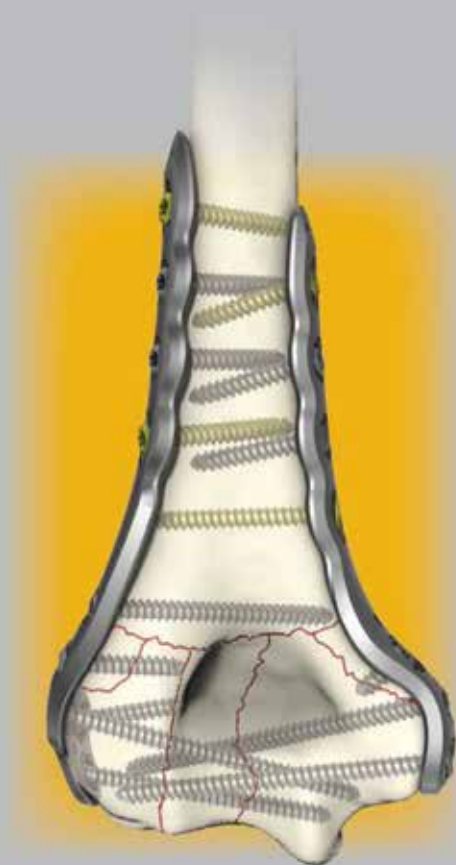


stryker

Trauma & Extremities

VariAx[®] Elbow Plating System

Stryker Plating



Operative Technique

- Distal Lateral Plate
- Distal Medial Plate
- Extended Distal Medial Plate
- Posterior Lateral Plate
- Posterior Medial Plate
- Olecranon Plate
- Locking and Non-locking Screws
- Dedicated Instrumentation

Rontis
Driven by innovation

RONTIS HELLAS SA
38 Sorou str., 151 25, Maroussi,
Athens, Greece
Tel.: +30 210 6109090
Fax: +30 210 6108748
Email: infohellas@rontis.com
www.rontis.com

Επιτροπές

Δ.Σ. ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Πρόεδρος : **Ζωή Νταϊλιάνα**
Πρόεδρος 2016: **Κωνσταντίνος Δίτσιος**
Α΄ Αντιπρόεδρος: **Ευτέρπη Δεμίρη**
Β΄ Αντιπρόεδρος: **Σωκράτης
Βαρυτιμίδης**
Γεν. Γραμματέας: **Δημήτριος Διονυσίου**
Ταμίας: **Μάριος Λυκίσσας**
Ειδ.Γραμματέας: **Βασίλειος Ψυχογιός**
Μέλη: **Ευστάθιος Λυκούδης**
Σπυρίδων Σταυριανός

Δ.Σ. ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΧΕΡΙΟΥ & ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ

Πρόεδρος: **Βασίλειος Κοντογεωργάκος**
Πρόεδρος 2016: **Σωκράτης Βαρυτιμίδης**
Α΄ Αντιπρόεδρος: **Ιωάννης Κώστας-Αγνάντης**
Β΄ Αντιπρόεδρος: **Κωνσταντίνος Δίτσιος**
Γεν. Γραμματέας: **Νικόλαος Δαρλής**
Ταμίας: **Κωνσταντίνος Μπενετάτος**
Ειδ. Γραμματέας: **Ααρόν Βενουζίου**
Μέλη: **Ιωάννης Τσιώνος**
Φίλιππος Γιαννούλης

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ Τα Δ.Σ. της Ε.Ε.Χ.Χ και Ε.Ε.Ε.Μ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αικ. Βλαστού
Ε. Λυκούδης
Κ. Ν. Μαλίζος
Α. Μπερής
Ν. Παπαδόπουλος
Π.Ν. Σουκάκος

ΞΕΝΟΙ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

M. Baratz, USA
M. Bumbasirevic, Serbia
A. Georgescu, Romania
I. Golubev, Russia
M. Kateva, Bulgaria
S. Suominen, Finland
D. Sotereanos, USA
D. Zlotolow, USA



DePuy Synthes

COMPANIES OF *Johnson & Johnson*

People inspired™

Johnson & Johnson Hellas
ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

Επιδάουρου 4 & Αιγιαλείας, 151 25 Μαρούσι, Τηλ.: 210 6875500, Fax: 210 6875308

Γενικές Πληροφορίες

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ & ΤΟΠΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

2 - 4 Νοεμβρίου 2017 Ξενοδοχείο Domotel Kastì, Αθήνα, Τηλ. 210 3507100

ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

Η γραμματεία του Συνεδρίου θα λειτουργεί τις παρακάτω ημέρες και ώρες:

Πέμπτη 2 Νοεμβρίου 2017 **08:30 - 19:00**

Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017 **08:30 - 19:30**

Σάββατο 4 Νοεμβρίου 2017 **08:30 - 16:30**

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΒΡΑΧΕΙΑΣ & ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ

Η διάρκεια παρουσίασης των ανακοινώσεων βραχείας διάρκειας είναι 3 λεπτά και μακράς 6 λεπτά. Θα ακολουθήσει συζήτηση 1 και 2 λεπτών αντίστοιχα.

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική. Οι διαφάνειες (ppt) θα είναι στην Αγγλική γλώσσα.

ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (CME CREDITS)

Στο Συνέδριο χορηγήθηκαν 24 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.

Η χορήγηση πιστοποιητικών γίνεται με την παρακολούθηση τουλάχιστον του 60% του επιστημονικού προγράμματος και τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αξιολόγησης. Σύμφωνα με τα κριτήρια της EACCME-UEMS, τα μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης χορηγούνται αποκλειστικά και μόνο σε ιατρούς.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΕΓΓΡΑΦΕΣ	
Ειδικοί (Ορθοπαιδικοί, Πλαστικοί Χειρουργοί)	180 €
Ειδικοί Μέλη ΕΕΧΧ και ΕΕΕΜ Ταμειακώς Τακτοποιημένα	130 €
Ειδικευόμενοι Ιατροί, Ειδικοί Λοιπών Ειδικοτήτων, Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές	50 €
Φοιτητές	Δωρεάν
Πρακτική Άσκηση σε Προπλάσματα & Συνέδριο (Ειδικευόμενοι μόνο)	80€

Στις ανωτέρω τιμές δεν συμπεριλαμβάνεται Φ.Π.Α.

ΔΙΑΜΟΝΗ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

Domotel Kastri	Μονόκλινο
	135€

Οι ανωτέρω τιμές είναι ανά δωμάτιο, ανά διανυκτέρευση & περιλαμβάνουν πρωινό.

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΚΥΡΩΣΕΩΝ

Οι εγγραφές δεν ακυρώνονται

Για ακυρώσεις μετά τις 13 Οκτωβρίου 2017 ή σε περίπτωση μη εμφανίσεως στο ξενοδοχείο, θα υπάρξουν ακυρωτικά για το σύνολο της κράτησης.



Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
Σακχαρώδης Διαβήτης
Διαταραχές Ανάπτυξης
Οστεοπόρωση
Ογκολογία

Ουρολογία - Σεξουαλική Υγεία
Καρδιολογία

Πνευμονική Αρτηριακή
Υπέρταση
Αντιμετώπιση Λοιμώξεων
Μη Συνταγογραφούμενα
Φάρμακα

Παραφαρμακευτικά
Είδη Διατροφής
Χρόνια Έλκη

Η γραμμή της ζωής μας ενώνει.

Χορηγοί

Η Ελληνική Εταιρεία Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής και η Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικής Χεριού & Άνω Άκρου ευχαριστούν θερμά για τη συμβολή τους στην πραγματοποίηση του Συνεδρίου τις κάτωθι εταιρείες:

ΧΡΥΣΟΙ ΧΟΡΗΓΟΙ



ΑΡΓΥΡΟΙ ΧΟΡΗΓΟΙ



ΧΟΡΗΓΟΙ



Πέμπτη 2 Νοεμβρίου 2017		
	ΑΙΘΟΥΣΑ Α	ΑΙΘΟΥΣΑ Β
08:30-09:30	Εγγραφές	
09:00-10:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Κατάγματα Άνω Άκρου με Πρακτική Άσκηση	
10:30-11:00	Διάλειμμα Καφέ	
11:00-14:00		Πρακτική Άσκηση Οστεοσύνθεσης σε Προπλάσματα
15:00-16:00	Βραχείες Ελεύθερες Ανακοινώσεις	Βραχείες Ελεύθερες Ανακοινώσεις
16:00-17:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ Κατάγματα Άνω Άκρου	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ Εγκαυματικό Χέρι
17:00-18:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ Σύνδρομο Παγίδευσης Νευρών Άνω Άκρου: Διάγνωση και Αντιμετώπιση	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ Αποκατάσταση Ελλειμμάτων των Άκρων
18:00	ASSH Travelling Fellowship	
19:00	Τελετή Έναρξης - Αμφιθέατρο	
Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017		
	ΑΙΘΟΥΣΑ Α	ΑΙΘΟΥΣΑ Β
08:30-09:30	Ελεύθερες Ανακοινώσεις	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
09:30-10:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Κακώσεις Πνευμοκαρπικής	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Tips & Tricks στη Μικροχειρουργική Αποκατάσταση του Μαστού
10:30-11:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Ακρωτηριασμοί και Προθέσεις στο Άνω Άκρο	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Επείγουσες και Επώδυνες Καταστάσεις στο Άνω Άκρο
11:30-12:00	Διάλεξη : M. Bumbasirevic	
12:00-12:30	Διάλειμμα Καφέ	
12:30-13:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Αγκώνας	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Αποκατάσταση Ελλειμμάτων Κεφαλής - Τραχήλου
13:30-14:00	Διάλεξη : D. Sotereanos	Διάλεξη : E. Λυκούδης
14:00-14:30	Διάλεξη : M. Baratz	
14:30-15:45	Ελαφρύ Μεσημεριανό	
15:00-15:45	Ελεύθερες Ανακοινώσεις προς Βράβευση	Ελεύθερες Ανακοινώσεις προς Βράβευση
15:45-17:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Επιπλοκές στη Χειρουργική Χεριού και Άνω Άκρου	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Βραχιόνιο Πλέγμα
17:00-17:30	Διάλεξη : D. Zlotolow	
17:30-18:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Τένοντες	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Αποκατάσταση Ελλειμμάτων των Άκρων με Κρημνούς
18:30-19:00	Διάλεξη : A. Μπερήs	
19:00-19:30	Διάλεξη : A. Georgescu	
19:30	Γενική Συνέλευση ΕΕΕΜ & ΕΕΧΧ	
Σάββατο 4 Νοεμβρίου 2017		
	ΑΙΘΟΥΣΑ Α	ΑΙΘΟΥΣΑ Β
08:45-10:00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
10:00-11:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Το Σπαστικό Άνω Άκρο στα Παιδιά	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Εγκαύματα στο Άνω Άκρο
11:00-11:30	Διάλεξη : K.N. Μαλιζός	
11:30-12:00	Διάλειμμα Καφέ	
12:00-12:40	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Αντίχειρας	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Νεότερες Εξελίξεις στα Συνήθη Προβλήματα του Χεριού
12:40-13:40	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Παραμορφώσεις Άνω Άκρου και Συνυπάρχουσες Ανωμαλίες	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Ψευδαρθρώσεις στα Ελλείμματα Άνω Άκρου
13:40-14:00	Διάλεξη : S. Suominen	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Το Παιδικό Άνω Άκρο
14:00-14:30	Ελαφρύ Μεσημεριανό	
14:30-15:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Κατάγματα στο Παιδικό Άνω Άκρο	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Κακώσεις Περιφερικών Νευρών
15:30-16:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Όμος - Αγκώνας	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Λεμφοίδημα Άνω Άκρου μετά Θεραπεία Καρκίνου του Μαστού
16:30	Λήξη Συνεδρίου - Συμπεράσματα - Ανακοίνωση Βραβείων	



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Πέμπτη 2 Νοεμβρίου 2017

08:30 - 09:00 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

09:00 - 10:30 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Προεδρείο: Αικ. Μανιμανάκη, Ι. Τσιώνος

Κατάγματα Σκαφοειδούς

Ε. Αθανασέλης

Κατάγματα Περιφερικής Κερκίδας: οστεοσύνθεση με πλάκα

Ν. Καραμανής

Κατάγματα Περιφερικής Κερκίδας: εξωτερική οστεοσύνθεση

Αικ. Μανιμανάκη

Κατάγματα Αντιβραχίου

Α. Μπαρμπιτσιώτη

Κατάγματα Αγκώνα

Π. Κανέλλος

Κατάγματα Βραχιονίου

Χ. Γαρνάβος

10:30 - 11:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11:00 - 14:00 ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ΣΕ ΠΡΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Εκπαιδευτές	Αθανασέλης Ε. Γαρνάβος Χ. Γιαννούλης Φ. Δαρλής Ν. Ζαγοραίος Ν. Καλδής Π.	Κανέλλος Π. Καραμανής Ν. Κασιμάτης Γ. Μανιμανάκη Αικ. Μανουσαρίδης Ι. Μπαρμπιτσιώτη Α.	Ντινόπουλος Χ. Σαββίδης Π. Σαββίδου Ο. Τσιώνος Ι. Χρηστογιάννης Ι.
-------------	---	---	--

15:00 - 16:00 ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: Ι. Κώστας-Αγνάντης, Ν. Τζινιέρης

0 01

ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΟ ΠΡΟΣΘΙΟ ΕΞΑΡΘΗΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΩΜΟΥ ΚΑΙ ΟΠΙΣΘΙΟ
ΑΠΛΟΥ ΕΞΑΡΘΗΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΑΓΚΩΝΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Μπουγιουκλής, Ν. Γκανταΐφης, Γ. Ρούμπης, Π. Πούλιος, Ι. Χαντί
Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. Πύργου

0 02

ΚΛΕΙΣΤΑ ΕΞΑΡΘΗΜΑΤΑ ΑΓΚΩΝΑ ΜΕ ΣΥΝΟΔΕΣ ΒΛΑΒΕΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ
ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ 20 ΔΙΑΔΟΧΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Ι. Κουγιουμτζής, Σ. Τόπτας, Α. Βερβερίδης, Θ. Τζατζαΐρης, Χ. Βαλκάνης, Κ. Καζάκος
Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Πέμπτη 2 Νοεμβρίου 2017

- Ο 03** **ΟΠΙΣΘΙΟ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΑΓΚΩΝΑ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΕΡΚΙΔΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΗΛΙΚΙΑΣ 10 ΕΤΩΝ**
Σ. Τόπτας, Ι. Κουγιουμτζής, Α. Βερβερίδης, Θ. Τζατζήρης, Χ. Βαλκάνης, Κ. Τίλκερίδης, Κ. Καζάκος
Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
- Ο 04** **ΠΑΡΕΣΗ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΜΕΣΟΣΤΕΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΔΙΑΦΥΣΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**
Ν. Γκανταΐφης, Δ. Μπουγιουκλής, Π. Πούλιος, Γ. Ρούμπης, Ι. Χαντί
Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. Πύργου
- Ο 05** **ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΑΓΙΔΕΥΣΗΣ ΝΕΥΡΩΝ ΣΤΑ ΑΝΩ ΑΚΡΑ**
Ε. Μητσιοκάπα, Δ. Δρακόπουλος, Π. Μεγαλοοικονόμος, Θ. Αντωνιάδου, Ο. Σαββίδου, Α. Μαυρογένης, Β. Κοντογεωργάκος
Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα
- Ο 06** **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ ΜΕΣΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΩΛΕΝΙΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΤΟΝ ΑΓΚΩΝΑ**
Ε. Μητσιοκάπα, Ε. Καραμάνης, Θ. Αντωνιάδου, Π. Μεγαλοοικονόμος, Π. Κουλουβάρης, Α.Φ. Μαυρογένης, Β. Κοντογεωργάκος
Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα
- Ο 07** **ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ**
Δ. Δρακόπουλος, Ε. Μητσιοκάπα, Ι. Γαλανόπουλος, Β. Κοντογεωργάκος, Α. Μαυρογένης, Π.Ι. Παπαγγελόπουλος
Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα
- Ο 08** **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΨΗΛΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΜΕ ΤΕΝΟΝΤΟΜΕΤΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΤΟΜΗ ΣΑΡΚΩΜΑΤΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟ ΒΡΑΧΙΟΝΑ**
Π. Μεγαλοοικονόμος¹, Β. Ηγουμενίου¹, Λ. Δημόπουλος¹, Σ. Βαρυτιμίδης², Ζ. Νταιλιάνα², Β. Κοντογεωργάκος¹
¹Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα, ²Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλίας, Λάρισα
- Ο 09** **ΕΞΩΑΡΘΡΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΟΣΤΕΟΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΜΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΘΕΣΗ**
Π. Μεγαλοοικονόμος¹, Β. Ηγουμενίου¹, Θ. Αντωνιάδου¹, Λ. Δημόπουλος¹, Γ. Αγρογιάννης², Α. Μαυρογένης¹, Π. Παπαγγελόπουλος, Β.Α. Κοντογεωργάκος¹
¹Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα, ²Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Ο 10** **ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΟΣΟΥ DUPUYTREN ΣΕ ΕΝΑ ΑΓΟΡΙ 10 ΕΤΩΝ: ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΙΑΣ ΑΣΥΝΗΘΟΥΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΝΤΟΤΗΤΑΣ**
Γ.Α. Σπυροπούλου, Λ. Παυλίδης, Π. Μυλοθρίδης, Θ. Γαρουφαλιάς, Ε. Δεμίρη
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Πέμπτη 2 Νοεμβρίου 2017

16:00 - 17:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ

ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ

Προεδρείο: Ι. Κώστας-Αγνάντης

Υπερδιακονδύλια Κατάγματα Βραχιονίου

Γ. Τόγιας

Κατάγματα Monteggia, Κατάγματα Κεφαλής Κερκίδας

Ν. Παπαντωνίου

Κατάγματα Galeazzi

Χ. Βώττης

Κατάγματα Κάτω Πέρατος Κερκίδας. Παλαμιαία η Ραχιαία Οστεοσύνθεση;

Α. Φυλακτός

17:00 - 18:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΑΓΙΔΕΥΣΗΣ ΝΕΥΡΩΝ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ:

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Προεδρείο: Κ. Δίτσιος

Σύνδρομο Θωρακικής Εξόδου

Γ. Κατζουράκη

Σύνδρομο Πίεσης Υπερπλατίου Νεύρου

Ε. Γκουλιοπούλου

Σύνδρομο Πίεσης Κερκιδικού Νεύρου

Ι. Κουγιουμτζής

Σύνδρομο Πίεσης Μέσου Νεύρου

Χ. Τσαούσης

Σύνδρομο Πίεσης Ωλενίου Νεύρου

Α. Καραβέλης

18:00

ASSH Travelling Fellowship

Προεδρείο: **Β. Κοντογεωργάκος,**
Ιωάννης Χρηστογιάννης, Υπότροφος

Πέμπτη 2 Νοεμβρίου 2017

- 15:00 - 16:00 ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
Προεδρείο: Κ. Μπενετάτος, Ε. Παπαδογεώργου
- Ο 11 ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΓΚΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**
Π. Διαμαντόπουλος¹, Π. Δεσκούλιδη¹, Ν. Μάλτζαρης¹, Κ. Μπενετάτος², Μ. Κοτρώτσιου³, Σ. Σταυριανός¹
¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, «Άγιος Σάββας», ²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
- Ο 12 ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΕ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΑΡΥΓΓΑ**
Ν. Μάλτζαρης, Π. Δεσκούλιδη, Π. Διαμαντόπουλος, Γ. Ζαρκάδας, Σ. Σταυριανός
Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»
- Ο 13 ΑΝΑΠΗΡΟΙ ΚΡΑΝΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ**
Ν. Μάλτζαρης¹, Π. Διαμαντόπουλος¹, Π. Δεσκούλιδη¹, Δ. Αγορογιάννης¹, Μ. Κοτρώτσιου², Γ. Ζαρκάδας¹, Σ. Σταυριανός¹
¹Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», ²Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
- Ο 14 ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΟΓΚΩΝ ΣΤΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»**
Π. Δεσκούλιδη¹, Κ. Μπενετάτος², Ν. Κουφόπουλος³, Π. Διαμαντόπουλος¹, Ν. Μάλτζαρης¹, Δ. Αγορογιάννης¹, Μ. Κοτρώτσιου⁴, Σ. Σταυριανός¹, Γ. Ζαρκάδας¹
¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Α.Ο.Ν.Α «Ο Άγιος Σάββας», ²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, 401 ΓΣΝΑ, ³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Α.Ο.Ν.Α «Ο Άγιος Σάββας», ⁴Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
- Ο 15 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΕΡΙΝΕΟΥ ΜΕ ΚΡΗΜΝΟ ΑΠΟ ΔΙΑΤΙΤΡΩΣΑ ΤΗΣ ΕΣΩ ΑΙΔΟΙΪΚΗΣ ΑΡΘΡΙΑΣ ΣΧΗΜΑΤΟΣ ΔΙΚΗΝ ΔΙΑΜΑΝΤΙΟΥ**
Π. Δεσκούλιδη¹, Κ. Μπενετάτος², Π. Διαμαντόπουλος¹, Ν. Μάλτζαρης¹, Δ. Αγορογιάννης¹, Μ. Κοτρώτσιου³, Σ. Σταυριανός¹, Γ. Ζαρκάδας¹
¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Α.Ο.Ν.Α «Ο Άγιος Σάββας», ²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, 401 ΓΣΝΑ, ³Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»
- Ο 16 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΛΑΜΗΣ, ΜΕ ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΑ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ**
Ε. Παπαδογεώργου, Ν. Δανιηλίδης
Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης
- Ο 17 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΩΝ ΑΚΡΟΔΑΚΤΥΛΩΝ ΧΕΡΙΟΥ ΜΕ ΟΜΟΔΑΚΤΥΛΙΚΟ ΚΡΗΜΝΟ**
Ζ. Νταϊλιάνη^{1,2}, Ε. Τουτουνοπούλου², Ν. Καραμανής²
¹Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα, ²Ιαώ Θεσσαλίας, Λάρισα

Πέμπτη 2 Νοεμβρίου 2017

0 18

ΜΟΡΙΑΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΛΥΔΑΚΤΥΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ- ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Z. Κυριαζής¹, Π. Κόλλιας², Π. Κωνσταντουλάκης², Ι. Γριβέας³, Ζ. Νταϊλιάνη¹

¹Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ²Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ,

³Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

019

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΤΕΟΣ ΡΑΧΙΑΙΟΥ ΜΥΟΣ ΩΣ FLOW THROUGH ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ

Ι. Δαλιανούδης, Π. Γεωργίου, Μ. Καλοφώνου, Λ. Κουκουλομάτης, Η. Μουστάκης
Ν. Μηνιογιάννης

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων, Λάτσειο Κέντρο Εγκαυμάτων,
Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

16:00 - 17:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ

ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ

Προεδρείο: Κ. Μπενετάτος

Άμεση Αντιμετώπιση Εγκαυματικού Χεριού

Ε. Χαμαϊδή

Μηχανισμός Πρόκλησης Ρικνωτικού Μετεγκαυματικού Χεριού (Claw Hand)

Δ. Αβραμίδης

Συντηρητική Αντιμετώπιση Εγκαυστικού Χεριού και Μετεγκαυματικών Ουλών

Μ. Θεοδωρακοπούλου

Ενδείξεις και Τρόποι Χειρουργικής Αντιμετώπισης Εγκαυματικού Χεριού και Μετεγκαυματικών Ουλών

Ε. Λάμπρος

Ειδικά Εγκαύματα στο Χέρι - Τρόποι Αντιμετώπισης

Κ. Μακρυγιώργης

17:00 - 18:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ

Προεδρείο: Δ. Τσιλιμπότη

Αποκατάσταση Ελλειμμάτων Βραχίονα - Αντιβραχίου

Γ. Λιάπης

Αποκατάσταση Ελλειμμάτων Χεριού

Ν. Μαντές, Β. Καραθανάσης

Αποκατάσταση Ελλειμμάτων Μηρού-Γόνατος-Ανω, Μέσου Τριτημορίου Κνήμης

Μ. Δημητριάδου

Αποκατάσταση Ελλειμμάτων Κάτω Τριτημορίου Κνήμης - Άκρου Ποδός

Δ. Κυριακόπουλος

Πέμπτη 2 Νοεμβρίου 2017

19:00

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

Χαιρετισμοί

Συγγενείς Ανωμαλίες Άνω και Κάτω Άκρου: Αρχαιογνωστικές
και Μυθολογικές Καταγραφές

Παναγιώτης Ν. Σουκάκος

Καθηγητής Ορθοπαιδικής

Το Χέρι στην Τέχνη

Χρήστος Παπανικολάου

Εικαστικός

ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ

19:00

OPENING CEREMONY

Welcome Messages

Unraveling the Mysteries of Congenital Anomalies of the Upper & Lower
Extremities: from Ancient Mythology to Modern Medicine

Panayotis N. Soucacos

Professor of Orthopaedic Surgery

The Hand in Art

Christos Papanikolaou

Artist

ΑΜΦΙΤΗΑΤΕΡ

Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017

07:30 - 08:30 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ

08:30 - 09:30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: Α. Βενουζίου, Α. Μπαρμπισιώτη

0 20 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΑΝΟΙΚΤΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ. ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ;

Ν.Στεφάνου, Δ.Μόρφης, Δ. Δεληγεώργης, Π. Καρακίσιος, Ζ.Νταϊλιάνη, Κ.Ν. Μαλίζος, Σ.Βαρυτιμίδης

Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

0 21 ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΟΣΤΕΩΣΗ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ

Δ. Σκουτέρης, Π. Τσασιώτης, Α. Βασιλάκης, Α. Συντριλάς, Β. Ν. Ψυχογιός

Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα Ασκληπείου Βούλας – Μονάδα Χεριού-Μικροχειρουργικής

0 22 Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΛΑΜΙΑΙΑΣ ΠΛΑΚΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χ.Τσαούσης, Γ.Βαρσάνης, Η.Τσερώνης, Ι.Αντωνίου, Ζ.Νταϊλιάνη, Κ.Ν. Μαλίζος, Σ. Βαρυτιμίδης

Ορθοπαιδική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

0 23 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΑΥΧΕΝΟΣ 5^{ου} ΜΕΤΑΚΑΡΠΙΟΥ. ΜΠΟΡΟΥΝ ΟΙ ΝΕΕΣ ΑΥΤΟΚΛΕΙΔΟΥΜΕΝΕΣ ΠΛΑΚΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΝΑ ΕΙΝΑΙ Η ΛΥΣΗ;

Χ. Ντινόπουλος, Γ. Προυντζόπουλος, Α. Αθανασόπουλος, Ι. Πιτροπάκης,

Κ. Θεοδωρίδης, Ι. Παπανικολάου, Α. Κονδύλης

Α' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας

0 24 ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΓΧΟΝΔΡΩΜΑΤΩΝ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ ΜΕ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟ ΚΑΙ ΣΠΟΓΓΩΔΕΣ ΑΛΛΟΜΟΣΧΕΥΜΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Χ. Ντινόπουλος, Κ. Θεοδωρίδης, Χ. Χρυσοβέργης, Π. Παπαποστόλου, Κ. Σωτηράκος, Α. Αθανασόπουλος, Α. Κονδύλης

Α' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας.

0 25 ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ 1^{ης} ΚΑΡΠΟΜΕΤΑΚΑΡΠΙΑΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΤΕΝΟΝΤΟΤΟΜΗ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΩΝ ΔΕΣΜΙΔΩΝ ΤΟΥ ΜΑΚΡΟΥ ΑΠΑΓΩΓΟΥ ΤΟΥ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ (APL)

Γ. Κασσιμάτης, Κ. Κουρκουτάς, Ν. Λιαράκος, Π. Καλδής, Π. Γιαννακόπουλος

Τμήμα Χειρουργικής Χεριού - Άνω Άκρου, Ορθοπαιδικής Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

0 26 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΑΜΠΙΓΚΑΤΡΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΟΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΠΙΜΥΕΣ

Ι. Κυριακάκη¹, Θ. Λιλλής^{1,2}, Θ. Καρανικόλα¹, Ν. Νταμπαράκης¹, Ζ. Νταϊλιάνη²

¹Εργαστήριο Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής & Ακτινολογίας,

Τμήμα Οδοντιατρικής ΑΠΘ, ²Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017

09:30 - 10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΗΧΕΟΚΑΡΠΙΚΗΣ

Προεδρείο: **N. Δαρλής, Κ. Λιοδάκης**

Πώρωση σε Πλημμελή Θέση Περιφερικής Κερκίδας

Φ. Γιαννούλης

Περιμνηνοειδείς Κακώσεις: Η Σημασία της Άμεσης Αναγνώρισης και Αποκατάστασης

Ο. Σαββίδου

Σύνδρομο Πρόσκρουσης της Ωλένης

N. Δαρλής

Αντιμετώπιση Σκαφομνηνοειδούς Διαχωρισμού: Πότε και Πώς;

Ε. Απέργης

10:30 - 11:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΝΩ ΑΚΡΟ

Προεδρείο: **Γ. Τζάνος, Β. Τσιαμπά**

Ενδείξεις και Επίπεδα Ακρωτηριασμού στο Άνω Άκρο

Β. Τσιαμπά

Προ-προσθετική φροντίδα

Ε. Μητσοκάπα

Προσθέσεις Άνω Άκρων και Κριτήρια Επιλογής Αυτών

Α. Παπαδέας

Λειτουργική Εκπαίδευση Ασθενούς με Πρόσθεση Άνω Άκρου

Ι.Α. Τζάνος

11:30 - 12:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ζ. Νταϊλιάνα** / Moderator: **Z. Dailliana**

Bionic Replacement of Upper Extremity as an Alternative to Microvascular Transfer

M. Bumbasirevic

12:00 - 12:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017

12:30 - 13:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΑΓΚΩΝΑΣ / ELBOW

Προεδρείο: **Ο. Σαββίδου, Σ. Γ. Σουρμελής** / Moderators: **O. Savvidou, S.G. Sourmelis**

Η θέση της Αρθροσκόπησης στον Αγκώνα

Elbow arthroscopy

Χρ. Χρυσάνθου / C. Chrysanthou

Ατυχής Τριάδα του Αγκώνος

Terrible Triad injuries

Λ. Παπαθεοδώρου / L. Papatheodorou

Πληρμελής Πώρωση Καταγμάτων Περιφερικού Βραχιονίου

Distal Humerus Malunions

Σ. Γ. Σουρμελής / S. G. Sourmelis

Distal Biceps Tendon Ruptures

D. Sotereanos

13:30 - 14:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Σ. Βαρυτιμίδης** / Moderator: **S. Varitimidis**

Stiff Elbow

D. Sotereanos

14:00 - 14:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Β. Κοντογεωργάκος** / Moderator: **V. Kontogeorgakos**

Surgical Management of Stiff Finger

M. Baratz

14:30 - 15:45 ΕΛΑΦΡΥ ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ

15:00 - 15:45 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΒΡΑΒΕΥΣΗ

Προεδρείο: **Σ. Βαρυτιμίδης, Π. Γιαννακόπουλος**

Ο 27

IN SITU ΑΠΟΣΥΜΠΙΕΣΗ ΤΟΥ ΩΛΕΝΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΥΠΟ ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Κ. Τόλης, Π. Κανέλλος, Π. Μαντάκος, Μ. Ρόζης, Σ. Συγγούνα, Δ. Βασιλάκος, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Μικροχειρουργικής, Χεριού και Άνω άκρου, ΓΝΑ ΚΑΤ

Ο 28

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κ. Τόλης, Π. Αρεταίου, Π. Κανέλλος, Σ. Συγγούνα, Ι. Κότσαλης, Σ. Σωτηριάδη, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Μικροχειρουργικής, Χεριού και Άνω άκρου, ΓΝΑ ΚΑΤ

Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017

Ο 29

ΙΣΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΥΝΑΜΗΣ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΜΥΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΚΑΤΑΦΥΤΙΚΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΤΟΥ ΔΙΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΚΑΘΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟ ΔΙΚΕΦΑΛΙΚΟ ΟΓΚΩΜΑ

Σ.Γιγούρτάκης¹, Ζ. Χριστοφοράκης², Π. Καψετάκης³, Α.Πιτικάκη¹, Α. Μπαξεβάνη¹, Ι. Γαλανάκης²

¹Ιδιώτης Φυσικοθεραπευτής/τρια Ηράκλειο Κρήτης, ²Ορθοπαιδική Κλινική «ΠΑ.Γ.Ν.Η.»

³Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν.Η. «Βενιζέλειο»

Ο 30

ΤΟ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΛΟΠΙΔΟΓΡΕΛΗ ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΟΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ

Θ. Λιλλής^{1,2}, Α. Βέντς², Ν. Σακελλαρίδης³, Ζ. Νταϊλιάνη¹

¹Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ²Εργαστήριο Οδοντοφατνιακής & Ακτινολογίας, Τμήμα Οδοντιατρικής ΑΠΘ, ³Εργαστήριο Κλινικής Φαρμακολογίας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

15:45 - 17:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

**ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΧΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ
COMPLICATIONS RELATED TO THE SURGERY OF UPPER EXTREMITY**

Προεδρείο: **Ι. Γαλανάκης, Ι. Σαρρής** / Moderators: **Ι. Galanakis, Ι. Sarris**

Επιπλοκές Σχετιζόμενες με τη Μικροχειρουργική Αποκατάσταση του Άνω Άκρου

Complications Related to Microsurgical Reconstruction of Upper Extremity

Δ. Τσιλιμπότη / D. Tsiliboti

Επιπλοκές Χειρουργικής Αντιμετώπισης Καταγμάτων Περιφερικής Κερκίδας με Πλάκες

Complications related to Distal Radius Fractures Treated with Plate

Ι. Τσιώνος / Ι. Tsionos

Complications Associated with Distal Biceps Repairs and Management
M. E. Baratz

Υποτροπή Χειρουργηθείσας Ωλένιας Νευρίτιδας

Relapsed Ulnar Nerve Compression

Λ. Παπαθεοδώρου / L. Papatheodorou

Έκτοπη Οστεοποίηση Αγκώνα

Elbow Heterotopic Ossification

Ι. Γαλανάκης / Ι. Galanakis

Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017

17:00 - 17:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Σ. Αναγνώστου** / Moderator: **S. Anagnostou**

A Comprehensive Approach to Brachial Plexus Injuries and the Unsatisfied Parents

D. Zlotolow

**17:30 - 18:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ
ΤΕΝΟΝΤΕΣ**

Προεδρείο: **Α. Μισιτζής, Σ. Σπυρίδωνος**

Καθυστερημένη Αποκατάσταση Καμπήρων: Πότε και Πώς
Σ. Σπυρίδωνος

Μετεγχειρητική Αποκτάσταση Διατομής Καμπήρων
Γ. Πέττα

Χειρουργική Αποκατάσταση Τραυματισμών Εκτεινόντων
Σ. Βαρυτιμίδης

Flexor pulleys. Εμβιομηχανική και Τεχνικές Αποκατάστασης
Β. Κοντογεωργάκος

18:30 - 19:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Σ. Σπυρίδωνος**

Αποκατάσταση Διατομής Καμπήρων Τενόντων με Τεχνική Paneva-Holevich.
Α. Μπερής

19:00 - 19:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Α. Μπερής** / Moderator: **A. Beris**

Can the Local Perforator Flaps be Considered as Workhorse Flaps for Upper Limb Reconstruction?

A. Georgescu

Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017

07:30 - 08:30 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ

08:30- 09:30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: Μ. Κοτρώτσιου, Σ. Σταυριανός

Ο 31 ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΑ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΚΑΙ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Π. Διαμαντόπουλος¹, Π. Δεσκούλιδη¹, Δ. Αγορογιάννης¹, Κ. Μπενετάτος², Μ. Κοτρώτσιου³, Σ. Σταυριανός¹

¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, «Άγιος Σάββας» Γενικό Αντικαρκινικό – Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών, ²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, «Ο Ευαγγελισμός» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

Ο 32 ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΔΙΑΣΩΣΕΩΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Ν. Μάλτζαρης¹, Κ. Μπενετάτος², Μ. Κοτρώτσιου³, Γ. Ζαρκάδας¹, Σ. Σταυριανός¹

¹Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», ²Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Ο 33 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ ΜΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΣ ΚΡΗΜΝΟΥΣ

Α. Δελημπαλτάς, Γ.Α. Σπυροπούλου, Α. Παυλίδης, Β. Λάμπρος, Ε. Δεμίρη

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Ο 34 ΟΨΙΜΗ ΑΥΤΟΛΟΓΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ & ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ

Ε. Δεμίρη, Δ. Διονυσίου, Ε. Λάμπρος, Α. Σαράφης, Α. Τσιμπώνης, Γ. Άρσος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

Ο 35 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΥΠΟ ΤΗΝ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΡΑΔΙΟΙΣΟΤΟΠΙΚΗΣ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ & ΤΗΣ SPECT-CT: Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΩΝ «ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΕΚΛΟΓΗΣ» (“SeLyN”)

Α. Σαράφης, Δ. Διονυσίου, Ε. Δεμίρη, Α. Τσιμπώνης, Γ. Άρσος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Ο 36 ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ

Α. Σαράφης, Α. Πάγκαλος, Α. Τσιμπώνης, Α. Παπακωνσταντίνου, Α. Παπάς, Ε. Δεμίρη

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017

Ο 37

**ΕΚΤΟΜΗ ΔΙΑΦΥΣΙΑΚΩΝ ΟΣΤΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΚΑΙ
ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΜΕ ΑΓΓΕΙΟΥΜΕΝΗ ΠΕΡΟΝΗ ΚΑΙ ΑΛΛΟΜΟΣΧΕΥΜΑ**
Π. Μεγαλοοικονόμος, Β. Ηγούμενου, Χ. Βώπτης, Ι. Γαλανόπουλος, Γ. Κακουράτος,
Γ. Αγρογιάννης, Χ. Ζαμπακίδης, Α. Μαυρογένης, Π. Παπαγγελόπουλος, Β.
Κοντογεωργάκος

Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα

09:30 - 10:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

TIPS & TRICKS ΣΤΗΝ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
TIPS & TRICKS IN MICROSURGICAL BREAST RECONSTRUCTION

Προεδρείο: Ε. Λυκούδης, Δ. Αντωνόπουλος

Moderators: E. Lykoudis, D. Antonopoulos

Αποκατάσταση Μαστού με τον Κρημό του Πλατύ Ραχιαίου
Breast Reconstruction with the Latissimus Dorsi Flap

Δ. Αντωνόπουλος / D. Antonopoulos

Η χρήση της CT Αγγειογραφίας και Προεγχειρητικός Σχεδιασμός της
Δερματικής Νησίδας του Κοιλιακού Κρημνού στη Μικροχειρουργική
Αποκατάσταση του Μαστού

CTA-based Pre-Designed Breast Shaping in Autologous Breast
Reconstruction with Free Abdominal Flaps

Ε. Δεμίρη / E. Demiri

Αποκατάσταση Μαστού με τον Κρημό των Δερματικών Διατιτραίνουσών
της εν τω Βάθει κάτω Επιγαστρίου
Breast Reconstruction with the DIEP Flap

Ε. Λυκούδης / E. Lykoudis

Breast Reconstruction with New Perforator Flaps

S. Suominen

10:30 - 11:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΙ ΕΠΩΔΥΝΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΝΩ ΑΚΡΟ

Προεδρείο: Ν. Ζαγοραίος, Ε. Ντούβαλη

Λοιμώξεις Χεριού

Ζ. Νταϊλιάνη

Οξύ Σύνδρομο Διαμερίσματος

Ν. Ζαγοραίος

Complex Regional Pain Syndrome (CPRS)

Ε. Παπαδογεώργου

Περιεγχειρητική Διαχείριση του Πόνου στη Χειρουργική του Άνω Άκρου
Γ. Σταματίου

Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017

11:30 - 12:00 ΔΙΑΛΕΞΗ - ΑΙΘΟΥΣΑ Α

Προεδρείο: Ζ. Νταϊλιάνα / Moderator: Z. Dailiana

Bionic Replacement of Upper Extremity as an Alternative to Microvascular Transfer

M. Bumbasirevic

12:00 - 12:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

12:30 - 13:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ - ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Προεδρείο: Σ. Σταυριανός, Γ. Κόκκαλης

Οργάνωση και Σχεδιασμός Χειρουργείου Μικροχειρουργικής Μεταμοσχεύσεως

M. Τομαϊνή

Μετεγχειρητική Παρακολούθηση Μεταμοσχεύσεων Κεφαλής και Τραχήλου
I. Παπαγιαννόπουλος

Μικροχειρουργικές Μεταμοσχεύσεις ως Παρηγορική Θεραπεία Διασώσεων σε Υποτροπές

Σ. Σταυριανός

Προσθιοπλάγιος Κρημνός του Μηρού- Σύνθετος και Χιμαιρικός- στην Αποκατάσταση Ελλειμμάτων Κεφαλής και Τραχήλου

K. Μπενετάτος

13:30 - 14:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: N. Παπαδόπουλος

Προσωπικό Νεύρο

E. Λυκούδης

14:00 - 14:30 ΔΙΑΛΕΞΗ - ΑΙΘΟΥΣΑ Α

Προεδρείο: B. Κοντογεωργάκος / Moderator: B. Kontogeorgakos

Surgical Management of Stiff Finger

M. Baratz

14:30 - 15:45 ΕΛΑΦΡΥ ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ

Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017

15:00 - 15:45 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΒΡΑΒΕΥΣΗ**

Προεδρείο: **N. Ζαγοραίος, Π. Παναγιώτου**

O 38

ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ Ή ΕΚ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΥΣΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΡΗΜΝΟΙ-ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΕΡΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Π. Δεσκούλιδη¹, Κ. Μπενετάτος², Π. Διαμαντόπουλος¹, Ν. Μάλτζαρης¹,

Δ. Αγορόγιάννης¹, Μ. Κοτρώτσιου³, Σ. Σταυριανός¹, Γ. Ζαρκάδας¹

¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Α.Ο.Ν.Α «Ο Άγιος Σάββας», ²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, 401ΓΣΝΑ, ³Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

O 39

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΓΚΟΛΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΔΑΚΤΥΛΙΚΩΝ ΑΚΡΟΤΗΡΙΑΣΜΩΝ

Δ. Μπουγιουκλής¹, Ν. Γκανταΐφης¹, Ζ. Κόκκαλης², Β.Ν. Ψυχογιός³

¹Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. Πύργου, ²Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών. ³Ε' Ορθοπαιδική Κλινική, Τμήμα Άκρας Χειρός-Μικροχειρουργικής, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

O 40

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΕΥΔΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΣΚΑΦΟΕΙΔΟΥΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ 1,2 ΔΙΑ-ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΤΟ ΟΣΤΙΚΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ

Ν. Γκανταΐφης, Δ. Μπουγιουκλής, Π. Πούλιος, Γ. Ρούμπης, Ι. Χαντί

Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. Πύργου

O 41

ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΑΓΩΓΩΝ.

Ι. Δαλιανούδης², Φ. Παπαστεφανάκη³, Κ. Λαζαρίδης⁶, Ι. - Α. Τζάνος⁷,

Α. Μπατιστάτου⁴, Μ. Βεκρής⁵, Ρ. Μάτσα³, Ε. Λυκούδης¹

¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής & Εγκαυμάτων Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων, Λάτσειο Κέντρο Εγκαυμάτων, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», ³Εργαστήριο Κυτταρικής και Μοριακής Νευροβιολογίας, Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur, ⁴Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ⁵Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ⁶Εργαστήριο Μοριακής Νευροβιολογίας και Ανοσολογία, Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur, ⁷Κέντρο Αποκατάστασης Π.Γ.Ν. Πατρών

O 42

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΑΠΟ ΛΙΠΩΔΗ ΙΣΤΟ ΚΑΙ ΤΟΥ FK506 ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΠΙΜΥΕΣ

Π. Μεγαλοοικονόμος¹, Γ. Παναγόπουλος¹, Α. Μαυρογιάννης¹, Μ. Μπάμπη⁴,

Μ. Μυλωνάκη⁴, Γ. Αγοργιάννης², Ε. Μπτσιοκάπα¹, Β. Κοντογεωργάκος¹, Ε. Johnson³,

Π. Παπαγγελόπουλος¹, Π. Ν. Σουκάκος⁴

¹Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα, ²Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών, ³Εργαστήριο Ανατομίας Πανεπιστημίου Αθηνών, ⁴Ορθοπαιδικό Κέντρο Έρευνας & Εκπαίδευσης «Π.Ν. Σουκάκος», Αθήνα

Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017

15:45 - 17:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

BRACHIONIO ΠΛΕΓΜΑ / BRACHIAL PLEXUS

Προεδρείο: **Σ. Αναγνώστου, Ι. Κώστας-Αγνάντης**

Moderators: **S. Anagnostou, I. Kostas-Agnantis**

Μαιευτική Παράλυση-Πρωτογενής Αποκατάσταση

Neonatal Brachial Plexus Injuries: Primary Reconstruction

Ι. Κώστας-Αγνάντης / I. Kostas - Agnantis

Αλγόριθμος Αποκατάστασης σε Κακώσεις Βραχιονίου Πλέγματος

Treatment Algorithm of Brachial Plexus Injuries

Μ. Βεκρής / M. Vekris

Αντιμετώπιση Κακώσεων Εξελκυσμού Βραχιονίου Πλέγματος

Treatment of Brachial Plexus Avulsion Injuries

Ν. Δαούτης / N. Daoutis

Reanimation of Intrinsic Muscles of the Hand

M. Kateva

Σύνδρομο Θωρακικής Εξόδου

Thoracic Outlet Syndrome

A. Μισιτζής / A.Misitzis

17:00 - 17:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ - ΑΙΘΟΥΣΑ Α**

Προεδρείο: **Σ. Αναγνώστου / Moderator: S. Anagnostou**

**A Comprehensive Approach to Brachial Plexus Injuries
and the Unsatisfied Parents**

D. Zlotolow

Παρασκευή 3 Νοεμβρίου 2017

17:30 - 18:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

**ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ ΜΕ ΚΡΗΜΝΟΥΣ
FREE FLAPS FOR EXTREMITY RECONSTRUCTION**

Προεδρείο: Ι. Ιγνατιάδης, Ζ. Νταϊλιάνη / Moderators: Ι. Ignatiadis, Z. Dailiana

Aesthetic Principles in Hand and Fingers Reconstruction

I. Golubev

Κρημνοί για την Αποκατάσταση Άνω Άκρου

Free Flaps for the Reconstruction of the Upper Extremity

I. Ιγνατιάδης / I. Ignatiadis

Is there Still a Place for Free Muscle Flaps in Complex Defects of the Lower Leg and Foot?

A. Georgescu

Future of Microsurgery

I. Golubev

18:30 - 19:00 ΔΙΑΛΕΞΗ - ΑΙΘΟΥΣΑ Α

Προεδρείο: Σ. Σπυρίδωνος

Αποκατάσταση Διατομής Καμπήρων Τενόντων με τεχνική Paneva-Holevich.

A. Μπερής

19:00 - 19:30 ΔΙΑΛΕΞΗ - ΑΙΘΟΥΣΑ Α

Προεδρείο: Α. Μπερής / Moderator: A. Beris

Can the Local Perforator Flaps be Considered as Workhorse Flaps for Upper Limb Reconstruction?

A. Georgescu

ΑΙΘΟΥΣΑ Β

19.30

ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ

Σάββατο 4 Νοεμβρίου 2017

08:45 - 10:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: Π. Καλδής, Ν. Λυκίσσας

Ο 43 ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΥΠΕΡΚΟΝΔΥΛΙΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΜΕ ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΠΛΑΚΕΣ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΕ 30 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Μεγαλοοικονόμος, Π. Κανέλλος, Χ. Βώτσης, Ι. Γαλανόπουλος, Κ. Τόλης, Ε. Φανδρίδης, Φ. Γιαννούλης, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού, Άνω Άκρου και Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα

Ο 44 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΤΥΧΟΥΣ ΤΡΙΑΔΟΣ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ

Π. Κανέλλος, Π.Δ. Μεγαλοοικονόμος, Ι. Γαλανόπουλος, Χ. Βώτσης, Κ. Τόλης, Ε. Φανδρίδης, Φ. Γιαννούλης, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού, Άνω Άκρου και Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα

Ο 45 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΡΗΞΕΩΣ ΤΟΥ ΚΑΤΑΦΥΤΙΚΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΤΟΥ ΔΙΚΕΦΑΛΟΥ ΜΕ ΤΕΧΝΙΚΗ MINI OPEN Κ.Τόλης, Φ.Γιαννούλης, Μ.Λαδογιάννη, Ι.Γαλανόπουλος, Γ.Γεωργόπουλος, Μ.Μπισκίνη, Σ.Σπυρίδωνος

Κλινική Μικροχειρουργικής, Χεριού και Άνω άκρου, ΓΝΑ «ΚΑΤ», Αθήνα

Ο 46 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΡΗΞΕΩΝ ΚΑΤΑΦΥΤΙΚΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΔΙΚΕΦΑΛΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΜΕ ΤΕΧΝΙΚΗ ΜΙΑΣ ΤΟΜΗΣ ΚΑΙ ΟΣΤΙΚΗΣ ΣΗΡΑΓΓΑΣ. ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ζ. Χριστοφοράκης¹, Π. Καψετάκης², Κ. Ζιώγας³, Σ. Γιγουρτάκης⁴, Α.Πιτικάκη⁴, Γ. Κουμαντάκης⁵, Ι. Γαλανάκης¹

¹Ορθοπαιδική Κλινική, ΠΑ.Γ.Ν.Η, ²Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Η «Βενιζέλειο»,

³Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν Σερρών, ⁴Φυσικοθεραπευτής ιδιώτης Ηράκλειο Κρήτης,

⁵Φυσικοθεραπευτής, «401 Γ.Σ.Ν.Α»

Ο 47 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΡΗΞΕΩΝ ΤΟΥ ΕΣΩ ΠΛΑΓΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΣΕ ΠΡΩΤΑΘΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΑΡΣΗΣ ΒΑΡΩΝ

Δ. Σκουτέρης, Γ. Ανδρίτσος, Ν. Τάσιος, Π. Τσασιώτης, Γ. Τσικούρης, Β. Ψυχογιός
Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Χεριού-Μικροχειρουργικής, Ασκληπείου Βούλας

Ο 48 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΕΡΚΙΔΙΚΟΥ ΚΑΝΑΛΙΟΥ ΚΑΙ ΕΞΩ ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Δ. Μπουγιουκλής, Δ. Σκουτέρης, Π. Τσιασιώτης, Α. Σιντριλάλας, Β. Ψυχογιός

Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Χεριού - Μικροχειρουργικής, Ασκληπείου Βούλας

Ο 49 ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΙΚΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ν. Λαλιώτης, Χ. Χρυσάνθου, Π. Κωνσταντινίδης, Θ. Κωνσταντινίδης

Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Σάββατο 4 Νοεμβρίου 2017

10:00 - 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΤΟ ΣΠΑΣΤΙΚΟ ΑΝΩ ΑΚΡΟ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Προεδρείο: Κ.Ν. Μαλίζος, Κ. Κανελλόπουλος

Παθοφυσιολογία –Διερεύνηση- Ταξινόμηση

Α. Ντινόπουλος

Αλλαντική Τοξίνη

Ν. Λαλιώτης

Διαδερμική Νευρόλυση

Α. Κανελλόπουλος

Η θέση της Φυσικοθεραπείας στην Αποκατάσταση του Σπαστικού Άνω Άκρου

Ρ. Δημακόπουλος

11:00 - 11:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Α. Κορομπίλιας

Χειρουργική Θεραπεία στο Σπαστικό Άνω Άκρο

Κ.Ν. Μαλίζος

11:30 - 12:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

12:00 - 12:40 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΑΝΤΙΧΕΙΡΑΣ

Προεδρείο: Π. Γιαννακόπουλος

Αντιμετώπιση Αρθρίτιδας Βασικής Άρθρωσης Αντίχειρα

Π. Γκιβίσσης

Αντιμετώπιση Ρήξεων Ωλένιου Πλαγίου Συνδέσμου

Α. Βενουζίου, Ν. Καραμανής

Σάββατο 4 Νοεμβρίου 2017

12:40 - 13:40 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΕΙΣ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ
HAND DEFORMITIES AND CONCOMITANT DISORDERS

Προεδρείο: Α. Μπερής, Μ. Βεκρής / Moderators: A. Beris, M. Vekris

Συνυπάρχουσες Ανωμαλίες σε Συγγενείς Διαμαρτίες Άνω Άκρου
Concomitant Disorders in Congenital Hand Anomalies

Ι. Γριβέα / I. Grivea

Κρανιοπροσωπικές Ανωμαλίες
Craniofacial Anomalies

Σ. Λαζάρου / S. Lazarou

Συγγενείς Ανωμαλίες Αντίχειρα
Thumb Congenital Anomalies

Ζ. Νταϊλιάνη / Z. Dailiana

Surgical Options for Arthrogryposis
D. Zlotolow

13:40 - 14:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Ε. Δεμίρη / Moderator: E. Demiri

Microsurgery Education in Europe

S. Suominen

14:00 - 14:30 ΕΛΑΦΡΥ ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ

14:30 - 15:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙΚΟ ΑΝΩ ΑΚΡΟ

Προεδρείο: Β. Κοντογεωργάκος, Α. Κορομπίλιας

Κατάγματα Αντιβραχίου: Ενδείξεις Θεραπείας

Ν. Ρηγόπουλος

Παθολογικά Κατάγματα Αντιβραχίου

Χ. Ζαμπακίδης

Κατάγματα Έσω και Έξω Επικονδύλου Αγκώνα

Μ. Λυκίσσας

Υπερκονδύλια Κατάγματα Βραχιονίου - το Άσφυγμο Χέρι: Ανοικτή Ανάταξη
και Διερεύνηση Βραχιονίου Αρτηρίας

Α. Κορομπίλιας

Σάββατο 4 Νοεμβρίου 2017

15:30 - 16:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΩΜΟΣ-ΑΓΚΩΝΑΣ

Προεδρείο: Π. Γκιβίσης, Ν. Δίτσιος

Debate 1: Ρήξη Στροφικού Πετάλου: Αποκατάσταση με Μονή ή Διπλή Σειρά Ραμμάτων

Μονή Σειρά

Ε. Φανδρίδης

Διπλή Σειρά

Μ. Χαντές

Debate 2: Υπερκονδύλια Κατάγματα Βραχιονίου: Οστεοσύνθεση vs Αρθροπλαστική

Οστεοσύνθεση

Β. Ψυχογιός

Αρθροπλαστική

Κ. Δίτσιος

16:30

ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΒΡΑΒΕΙΩΝ

Σάββατο 4 Νοεμβρίου 2017

- 08:45 - 10:00** **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
Προεδρείο: **Ι. Ιγνατιάδης, Λ. Παπαθεοδώρου**
- 0 50** **Ο ΑΝΑΣΤΡΟΦΟΣ ΣΤΑΥΡΟΔΑΚΤΥΛΙΚΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΑΠΟΓΑΝΤΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΔΑΧΤΥΛΙΔΙ**
Δ. Μπακαρός, Ζ. Χριστοφοράκης, Γ. Κοντάκης, Ι. Γαλανάκης
Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
- 0 51** **ΣΒΑΝΝΩΜΑ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΠΟ ΚΑΙ ΤΟ ΧΕΡΙ**
Σ. Μανθός, Γ. Κυριακόπουλος, Χ. Τσούμας, Κ.Χ. Ξαρχάς
Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ «Γεώργιος Γεννηματάς», Αθήνα
- 0 52** **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΚΑΙ ΟΓΚΟΜΟΡΦΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ. ΕΙΚΟΣΑΕΤΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**
Κ. Τόλης, Ε. Φανδρίδης, Π. Κανέλλος, Μ. Λαδογιάννη, Δ. Παπαδόπουλος, Π. Μπισικιώστας, Σ. Σπυρίδωνος
Κλινική Μικροχειρουργικής, Χεριού και Άνω άκρου, ΓΝΑ ΚΑΤ
- 0 53** **Η ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΜΑΚΡΟΥ ΚΑΜΠΤΗΡΑ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΛΑΜΙΑΙΑ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΚΡΟΥ ΚΕΡΚΙΔΟΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ**
Χ. Ντινόπουλος, Κ. Σωτηράκος, Ι. Παπανικολάου, Γ. Προυντζόπουλος, Ι. Πιτροπάκης, Π. Παπαποστόλου, Π. Καλογερόπουλος
Α' Ορθοπαιδικό Τμήμα, ΓΝ. Ασκληπείειο Βούλας
- 0 54** **ΤΕΝΟΝΤΟΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΕΚΤΕΙΝΟΝΤΑ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΤΟΝ ΜΑΚΡΟ ΕΚΤΕΙΝΟΝΤΑ ΤΟΥ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ ΜΕ ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**
Ι. Μανουσarıδης, Π. Κανέλλος, Ι. Γαλανοπουλος, Μ. Μπισκίνη, Δ. Φλέβας, Φ. Γιαννούλης, Σ. Σπυρίδωνος
Κλινική Άνω Άκρου, Χεριού και Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα
- 0 55** **ΔΙΑΠΛΑΤΥΝΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**
Λ. Παυλίδης, Γ. Σπυροπούλου, Ε. Λάμπρος, Θ. Γαρουφαλιάς, Ε. Δεμίρη
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
- 0 56** **ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΩΛΕΝΙΑΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΑΓΚΩΝΑ**
Ε. Μπισκοκάπας¹, Χ. Βώπης¹, Λ. Δημόπουλος¹, Π. Κουλουβάρης¹, Σ. Βαρυτιμιδής², Ο. Σαββίδου¹, Α.Φ. Μαυρογένης¹, Β. Κοντογεωργάκος¹
¹Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα, ²Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Λάρισα
- 057** **ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΙΟΣ ΔΕΡΜΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΠΩ ΚΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΓΓΥΣ ΠΟΔΙΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 5 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**
Ι. Τσιώνος, Απ. Φύλλος, Ι. Μπάμπης, Β. Μητρούσιος, Γ. Καλιντεράκης, Δ. Λύτρας, Γ. Μπακαγιάννης
Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Σάββατο 4 Νοεμβρίου 2017

10:00 - 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΣΤΟ ΑΝΩ ΑΚΡΟ

Προεδρείο: Π. Παναγιώτου, Ε. Γκαμάτση

Μηχανισμός Πρόκλησης του Ρικνωτικού Εγκαυματικού Χεριού

Π. Παναγιώτου

Συντηρητική Αντιμετώπιση

Ε. Γκαμάτση

Ειδικά Εγκαύματα στο Χέρι

Π. Γεωργίου

Κρημνοί στο Μετεγκαυματικό Χέρι

Χ. Χώκος

11:00 - 11:30 ΔΙΑΛΕΞΗ - ΑΙΘΟΥΣΑ Α

Προεδρείο: Α. Κορομπίλιας

Χειρουργική Θεραπεία στο Σπαστικό Άνω Άκρο

Κ.Ν. Μαλίζος

11:30 - 12:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

12:00 - 12:40 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΑ ΣΥΝΗΘΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ

Προεδρείο Κ. Ξαρχάς

Εκτινασσόμενος Δάκτυλος και Τενοντίτιδα De Quervain

Κ. Ξαρχάς

Νεότερα Δεδομένα στην Αποκατάσταση των "overuse injuries" του Άνω Άκρου

Ε. Κουλούλας

Νόσος Dupuytren

Ζ. Κόκκαλης

Σάββατο 4 Νοεμβρίου 2017

12:40 - 13:40 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΨΕΥΔΑΡΘΡΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΛΛΕΙΜΑΤΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ
NONUNIONS OF THE UPPER EXTREMITY

Προεδρείο: **Ζ. Νταϊλιάνα, Ι. Σαρρής** / Moderators: **Z. Dailiana, I.Sarris**

BMPs στις Ψευδαρθρώσεις/Ελλείματα Άνω Άκρου

BMPs for the Treatment of Nonunions and Skeletal Defects of the Upper Extremity

Μ. Παπαναγιώτου / M. Papanagiotou

Vascularized Bone Transfer in Upper Extremity Reconstruction

Ι. Golubev

Ψευδάρθρωση Σκαφοειδούς / Scaphoid Nonunion

Π. Γιαννακόπουλος / P. Giannakopoulos

Ψευδάρθρωση Βραχιονίου / Humerus Nonunion

Ι. Σαρρής / I.Sarris

13:40 - 14:00 ΔΙΑΛΕΞΗ - ΑΙΘΟΥΣΑ Α

Προεδρείο: **Ε. Δεμίρη** / Moderator: **E.Demiri**

Microsurgery Education in Europe

S. Suominen

14:00-14:30 ΕΛΑΦΡΥ ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ

14:30 - 15:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ

Προεδρείο: **Ν. Δαρλής, Β. Ψυχογιός** / Moderators: **N. Darlis, V. Psychogios**

Debate 1: Αποκατάσταση Νευρικής Βλάβης

Συρραφή Νευρών και Νευρικά Μοσχεύματα Αρχές και Ενδείξεις

Σ. Αναγνώστου

Σωλήνες Αγωγοί και Αυξητικοί Παράγοντες

Ε. Ντούβαλη

Debate 2: Αποκατάσταση Τραυματισμών Κερκιδικού: Νευρομεταφορές ή Τενοντομεταφορές

Radial Nerve Injuries: Nerve Transfers vs Tendon Transfers

Selective Nerve Transfers in Case of Traumatic Injuries of Radial Nerve

Μ. Kateva

Τενοντομεταφορές / Tendon Transfers

Χ. Ντινόπουλος / Ch. Dinopoulos

Σάββατο 4 Νοεμβρίου 2017

15:30 - 16:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
UPPER LIMB LYMPHOEDEMA FOLLOWING BREAST CANCER TREATMENT

Προεδρείο: **Ε. Δεμίρη, Ν. Παπαδόπουλος** / Moderators: **E.Demiri, N. Papadopoulos**

Επιδημιολογία - Αλγόριθμος Αντιμετώπισης Λεμφοιδήματος Άνω Άκρου
μετά Μαστεκτομή

Epidemiology - Algorithm for Breast Cancer related-Lymphoedema
Treatment

Ε. Δεμίρη / E. Demiri

New Donorsites for Breast Reconstruction with Lymphnodes
S. Suominen

Η Φυσικοθεραπεία σε Λεμφοίδημα Άνω Άκρου μετά από Μεταμόσχευση
Λεμφαδένων

The Role of Physiotherapy in the Management of Upper Limb
Lymphoedema

Γ. Τατσίδου / G. Tatsidou

Απώτερα Αποτελέσματα στην Ποιότητα Ζωής Ασθενών μετά Χειρουργική
Θεραπεία του Λεμφοιδήματος

Long-term results on Quality of Life of patients after Surgical Treatment of
Upper Limb Lymphoedema

Ν. Παπαδόπουλος / N. Papadopoulos

16:30

ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΒΡΑΒΕΙΩΝ



Περιλήψεις
Ελεύθερων
Ανακοινώσεων

Ο 01 ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΟ ΠΡΟΣΘΙΟ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΩΜΟΥ ΚΑΙ ΟΠΙΣΘΙΟ ΑΠΛΟΥ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΑΓΚΩΝΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**Δ. Μπουγιουκλής, Ν. Γκανταΐφης, Γ. Ρούμπης, Π. Πούλιος, Ι. Χαντί**

Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. Πύργου

Εισαγωγή: Το οπίσθιο εξάρθρωμα του αγκώνα κατέχει σε συχνότητα την δεύτερη θέση στα εξάρθρωματα του άνω άκρου του σκελετού των ενηλίκων, ενώ πιο συχνό είναι το πρόσθιο εξάρθρωμα του ώμου. Η συνύπαρξη των δύο αυτών εξάρθρωμάτων στο ίδιο άκρο, είναι μια εξαιρετικά σπάνια και πολύπλοκη κατάσταση.

Υλικό & Μέθοδος: Παρουσιάζεται η περίπτωση θήλεος ασθενούς, 53 ετών η οποία προσεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών εξαιτίας κάκωσης του αριστερού άνω και κάτω άκρου συνεπεία πτώσης εξ'ιδίου ύψους. Κατά την αρχική κλινική εκτίμηση και τον ακτινολογικό έλεγχο προέκυψε εικόνα υπερκονδυλίου καταγματος τύπου A2 κατά AO στο μηριαίο οστό καθώς και οπίσθιου εξάρθρωματος του αριστερού αγκώνα χωρίς συνοδό κάταγμα.

Αποτελέσματα: Το οπίσθιο εξάρθρωμα του αγκώνα ανατάχθηκε στα ΤΕΠ με την χορήγηση ενδοφλέβιας αναλγησίας. Την επομένη η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο προκειμένου οστεοσυντεθεί το κάταγμα του μηριαίου, και εκεί με την χρήση του C-arm διαπιστώθηκε η ύπαρξη πρόσθιου εξάρθρωματος του αριστερού ώμου, χωρίς παρουσία συνοδού κατάγματος. Εν συνεχεία το εξάρθρωμα ανατάχθηκε κλειστά. Στην τελευταία επίσκεψη, 2.5 χρόνια μετά τόσο η άρθρωση του ώμου όσο και η άρθρωση του αγκώνα ήταν ελεύθερες πόνου με πλήρη αποκατάσταση.

Συμπεράσματα: Η συνύπαρξη ομόπλευρου εξάρθρωματος του ώμου και του αγκώνα, χωρίς συνοδό κάταγμα, είναι μια πολύ σπάνια κατάσταση, ενώ τις περισσότερες φορές το εξάρθρωμα του ώμου μπορεί να διαλάβει της αρχικής διάγνωσης, λόγω της βαρύτητας των συνυπαρχουσών κακώσεων. Για τον λόγο αυτό απαιτείται υψηλός δείκτης υποψίας καθώς και πλήρης ακτινογραφικός έλεγχος και των δύο αρθρώσεων. Η κλειστή ανάταξη των δύο εξάρθρωμάτων έχει πολύ καλό τελικό αποτέλεσμα.

Ο 02 ΚΛΕΙΣΤΑ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΑΓΚΩΝΑ ΜΕ ΣΥΝΟΔΕΣ ΒΛΑΒΕΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ 20 ΔΙΑΔΟΧΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ**Ι. Κουγιουμτζής, Σ. Τόπτας, Α. Βερβερίδης, Θ. Τζατζαΐρης, Χ. Βαλκάνης, Κ. Καζάκος**

Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης.

Εισαγωγή: Τα τραυματικά εξάρθρωματα αγκώνα μπορεί να είναι απλά ή συνδυάζονται με κακώσεις αγγείων και νεύρων. Η κλειστή αγγειακή βλάβη είναι σχετικά σπάνια.

Υλικό - Μέθοδος: Από το 2009 έως το 2017, πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη των κλειστών εξάρθρωμάτων του αγκώνα και των συνοδών κακώσεων. Ανευρέθηκαν 20 ασθενείς (άνδρες ίσοι με γυναίκες). Μέσος όρος ήταν 43,8 έτη. Ο αναφερόμενος μηχανισμός κάκωσης ήταν πτώση εξ' ιδίου ύψους, πτώση από μεγάλο ύψος, τροχαίο ατύχημα και αθλητική κάκωση. Στη κλινική αξιολόγηση (100%) παρατηρήθηκε έντονο άλγος, αδυναμία κινητικότητας και παραμόρφωση της άρθρωσης. Απλά εξάρθρωματα αγκώνα ήταν 14 και κάταγμα- εξάρθρωμα 4. Ατυχείς τριάδες ήταν 2. Πλήρη ρήξη βραχιονίου αρτηρίας παρατηρήθηκε σε 2 ασθενείς. Αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά 12. Υπό τοπική αναισθησία στο ΤΕΠ ανατάχθηκαν 10 και σε 2 απαιτήθηκε γενική αναισθησία. Χειρουργικά αντιμετωπίστηκαν 8 ασθενείς, λόγω ασταθούς ανάταξης. Σε 2 έγινε ολική αντικατάσταση κεφαλής κερκίδας, 8 αντιμετωπίστηκαν με εξωτερική οστεοσύνθεση και 2 χρειάστηκαν αυτόλογο αγγειακό μόσχευμα.

Αποτέλεσμα: Η πτώση από ύψος (85%) και τα οπίσθια εξάρθρωματα (100%) ήταν πιο συχνά. Η κινητοποίηση στα απλά εξάρθρωματα (65%) έγινε μεταξύ 1ης και 2ης εβδομάδας, ενώ στα σύνθετα (35%) τη 3η εβδομάδα. Ο ακτινολογικός έλεγχος της επανεξέτασης, επιβεβαίωσε (100%) τη σταθερή και ανατομική ανάταξη. Το Mayo Clinic score ήταν άριστα (100) στη συντηρητική αντιμετώπιση και καλό έως άριστο score (80-100) στη χειρουργική αντιμετώπιση. Νευραγγειακές βλάβες δεν εμφανίστηκαν μετά την ανάταξη.

Συμπέρασμα: Το εξάρθρωμα αγκώνα είναι συχνή κάκωση. Η κλειστή αγγειακή βλάβη είναι σχετικά σπάνια.

Ο 03 ΟΠΙΣΘΙΟ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΑΓΚΩΝΑ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΕΡΚΙΔΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΗΛΙΚΙΑΣ 10 ΕΤΩΝ

Σ. Τόππας, Ι. Κουγιουμτζής, Α. Βεβεριδής, Θ. Τζατζαίρης, Χ. Βαλκάνης, Κ. Τιλκερίδης, Κ. Καζάκος
Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Το οπίσθιο εξάρθρωμα του αγκώνα σε συνδυασμό με κάταγμα περιφερικής κερκίδας στην παιδική ηλικία αποτελεί μία σπάνια κλινική οντότητα με λίγες αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία.

Σκοπός: Παρουσίαση ενός περιστατικού με τον περιγραφόμενο τραυματισμό, τους πιθανούς μηχανισμούς τραυματισμού και την αντιμετώπισή του.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής 10 ετών προσήλθε στα Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου μας αιτώμενος πτώση από δύο μέτρα περίπου και έντονο άλγος στην περιοχή της αριστερής κατ' αγκώνα άρθρωσης και της σύστοιχης πηχεοκαρπικής άρθρωσης. Κατά την κλινική εξέταση, επισκοπικά παρατηρήθηκε παραμόρφωση και οίδημα και στις δύο αρθρώσεις καθώς και ευαισθησία ψηλαφητικά. Λόγω του εκλυόμενου άλγους δεν αξιολογήθηκε το εύρος κίνησης των αρθρώσεων και δεν ανεδείχθη νευραγγειακή συμπτωματολογία. Ο ασθενής οδηγήθηκε στη χειρουργική αίθουσα, ενώ ο προεγχειρητικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Υπεβλήθη σε κλειστή ανάταξη του οπίσθιου εξάρθρωματος του αγκώνα, κλειστή ανάταξη και εξωτερική οστεοσύνθεση του κατάγματος της περιφερικής κερκίδας με μία βελόνα. Όλοι οι χειρισμοί έγιναν υπό ακτινολογικό έλεγχο. Τοποθετήθηκε ραχιαίος βραχιονο-πηχεο-καρπικός νάρθηκας σε 100 για τέσσερις εβδομάδες. Ακολούθησε η κλινική και ακτινογραφική παρακολούθηση στα Ε.Ι. ορθοπαιδικής η οποία κρίθηκε ικανοποιητική. Μετά το πέρας των τεσσάρων εβδομάδων αφαιρέθηκε ο νάρθηκας, η βελόνα οστεοσύνθεσης και δόθηκε πρόγραμμα κινησιοθεραπείας. Σε διάστημα τριών μηνών ο ασθενής ανέκτησε πλήρως την κινητικότητα του και στις δύο αρθρώσεις.

Συμπέρασμα: Θεωρούμε πως σε κάθε περίπτωση ασθενούς σε παιδική ηλικία με εξάρθρωμα αγκώνα πρέπει να αξιολογείται κλινικά και ακτινογραφικά η σύστοιχη πηχεοκαρπική άρθρωση. Κατά τη δική μας εμπειρία, προηγείται η ανάταξη του εξάρθρωματος του αγκώνα σε έκταση και έπειτα ακολουθεί η ανάταξη του κατάγματος της κερκίδας σε κάμψη.

Ο 04 ΠΑΡΕΣΗ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΜΕΣΟΣΤΕΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΔΙΑΦΥΣΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ν. Γκανταΐφης, Δ. Μπουγιουκλής, Π. Πούλιος, Γ. Ρούμπης, Ι. Χαντί
Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. Πύργου

Εισαγωγή: Η εσωτερική οστεοσύνθεση των καταγμάτων αμφοτέρων οστών του αντιβραχίου απαιτεί εκτεταμένη προσέλαση και θέτει σε κίνδυνο ιατρογενούς βλάβης τόσο το οπίσθιο μεσόστεο όσο και το πρόσθιο μεσόστεο νεύρο. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν σποραδικές αναφορές που αφορούν στην πάρεση του πρόσθιου μεσόστεου νεύρου, ενδεχομένως εξαιτίας των ελαχίστων κλινικών σημείων και της πιθανής ανάληψης της λειτουργίας του.

Υλικό & Μέθοδος: Παρουσιάζεται η περίπτωση άρρενος ασθενούς, 16 ετών ο οποίος προσεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με οίδημα και παραμόρφωση του δεξιού αντιβραχίου συνεπεία αμβλείας κάκωσης. Κατά την κλινική και ακτινολογικό έλεγχο προέκυψε εικόνα κατάγματος του μέσου τριτημορίου της διάφυσης αμφοτέρων των οστών του αντιβραχίου τύπου A3.2 κατά AO. Κατά τον αρχικό νευρο-αγγειακό έλεγχο δεν παρατηρήθηκαν ελλείμματα.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής την επομένη ημέρα αντιμετωπίστηκε χειρουργικά, όπου υποβλήθηκε σε ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση με πλάκες LC-DCP της κερκίδας και της ωλένης. Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα διαπιστώθηκε πλήρης παράλυση του μακρού καμπήρα του δεξιού αντίχειρα με θετικό τεστ Mody, ενώ δεν υπήρξε απώλεια της λειτουργία του εν τω βάθει καμπήρα του δείκτη. Εξαιτίας αυτού του δεδομένου αποφασίστηκε η συντηρητική αντιμετώπιση του ασθενούς με τακτική κλινική παρακολούθηση. Πέντε μήνες μετεγχειρητικά και ενώ υπήρχε πώρωση των καταγμάτων, παρατηρήθηκε πλήρης ανάληψη της λειτουργίας του μακρού καμπήρα του αντίχειρα.

Συμπεράσματα: Κατά την οστεοσύνθεση των καταγμάτων του αντιβραχίου η μεμονωμένη πάρεση του κλάδου του πρόσθιου μεσόστεου για τον μακρύ καμπήρα του αντίχειρα είναι μια σπάνια επιπλοκή και οφείλεται σε νευραπραξία. Η αρχική αντιμετώπιση είναι συντηρητική, ενώ δεν έχει ένδειξη καμιά ηλεκτρομυογραφική μελέτη εξαιτίας των συχνών ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων της.

Ο 05 ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΑΓΙΔΕΥΣΗΣ ΝΕΥΡΩΝ ΣΤΑ ΑΝΩ ΑΚΡΑ**Ε. Μητσιοκάπα, Δ. Δρακόπουλος, Π. Μεγαλοοικονόμος, Θ. Αντωνιάδου, Ο. Σαββίδου, Α.Φ. Μαυρογέννης, Β. Κοντογεωργάκος**

Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση της ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με ταυτόχρονη αμφοτερόπλευρη ωλένια νευροπάθεια στο επίπεδο του αγκώνα και αμφοτερόπλευρο σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα.

Υλικό & μέθοδος: Παρουσιάζουμε έναν χειρωνακτικό άνδρα 56 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, που προσήλθε αιτώμενος υπαισθησία και στα δύο άνω άκρα από διέτις. Τους τελευταίους 6 μήνες ανέφερε σταδιακή επιδείνωση των συμπτωμάτων και απώλεια των λεπτών χειρισμών. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε αμφοτερόπλευρη διαταραχή της αισθητικότητας στην κατανομή του ωλενίου νεύρου και θετικό σημείο Tinel στο ύψος της ωλένιας αύλακας και στους δύο αγκώνες. Επίσης, διαπιστώθηκε ήπια υπαισθησία στην κατανομή του αριστερού μέσου νεύρου. Τα ευρήματα του νευροφυσιολογικού ελέγχου ήταν ενδεικτικά μετρίως βαρύτητας ωλένιας νευροπάθειας στο επίπεδο του αγκώνα και αρχόμενου συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα αμφοτερόπλευρα. Τα ευρήματα του υπερηχογραφικού ελέγχου ήταν ενδεικτικά παγιδευτικής νευροπάθειας του ωλενίου νεύρου με έντονη αποπλάτυνσή του στην ωλένια αύλακα. Ο δείκτης αποπλάτυνσης ήταν 1.47 για το αριστερό και 2.00 για το δεξί νεύρο αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε επίσης, ήπια αποπλάτυνση του αριστερού μέσου νεύρου στο επίπεδο του καρπιαίου σωλήνα. Διενεργήθηκε χειρουργική αποσυμπίεση και των δύο ωλένιων νεύρων, ενώ το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα αντιμετωπίστηκε συντηρητικά.

Αποτελέσματα: Άμεση βελτίωση της συμπτωματολογίας παρατηρήθηκε άμεσα μετεγχειρητικά, ενώ ο ασθενής επανήλθε πλήρως στις καθημερινές του δραστηριότητες 3 μήνες αργότερα.

Συμπέρασμα: Η ταυτόχρονη παγίδευση πολλαπλών περιφερικών νεύρων στο άνω άκρο είναι εξαιρετικά σπάνια. Ελάχιστες περιπτώσεις έχουν περιγραφεί, κυρίως σε άτομα με επαγγελματικούς παράγοντες κινδύνου. Ο συνδυασμός του νευροφυσιολογικού και υπερηχογραφικού ελέγχου είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός στην ακριβή διάγνωση αυτών των ιδιαίτερων περιπτώσεων.

Ο 06 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ ΜΕΣΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΩΛΕΝΙΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΤΟΝ ΑΓΚΩΝΑ**Ε. Μητσιοκάπα, Ε. Καραμάνης, Θ. Αντωνιάδου, Π. Μεγαλοοικονόμος, Π. Κουλουβάρης, Α.Φ. Μαυρογέννης, Β. Κοντογεωργάκος**

Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα

Σκοπός: Η διερεύνηση των διαταραχών της νευρικής αγωγιμότητας του μέσου νεύρου σε ασθενείς με ωλένια νευροπάθεια στον αγκώνα.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήσαμε 44 ασθενείς (30 άνδρες, 14 γυναίκες) μέσης ηλικίας 52 ετών (εύρος, 25-70 έτη) που παρουσίασαν ωλένια νευροπάθεια στο επίπεδο του αγκώνα. Σε όλους τους ασθενείς διενεργήθηκε νευροφυσιολογικός έλεγχος και αξιολογήθηκε η αγωγιμότητα του μέσου νεύρου και στα δύο άνω άκρα (συνολικά 88 άνω άκρα). Δεν συμπεριελήφθησαν στη μελέτη ασθενείς με ριζοπάθεια, πολυνευροπάθεια ή ασθενείς με ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων στην περιοχή του αγκώνα ή του καρπού.

Αποτελέσματα: Σε 16 ασθενείς (27.5%) παρατηρήθηκαν διαταραχές νευρικής αγωγιμότητας συμβατές με σύγχρονη παρουσία συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα, ενώ διαταραχές αγωγιμότητας και των δύο μέσων νεύρων παρατηρήθηκαν σε 4 ασθενείς. Ωστόσο, συμπτώματα και θετικές κλινικές δοκιμασίες ενδεικτικές για σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα παρατηρήθηκαν σε 6 ασθενείς. Η παρουσία επαγγελματικών παραγόντων κινδύνου, όπως η χειρωνακτική εργασία, η πολυετής εργασία, και η μεγαλύτερη ηλικία (>55 ετών) ήταν κοινό χαρακτηριστικό σε 11 από αυτούς.

Συμπέρασμα: Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η συχνότητα των νευροφυσιολογικών διαταραχών του μέσου νεύρου σε ασθενείς με ωλένια νευροπάθεια είναι αρκετά υψηλή, υποδεικνύοντας ότι μπορεί να συνυπάρχουν, περισσότερα από ένα σύνδρομα παγίδευσης περιφερικών νεύρων. Η σύγχρονη εμφάνιση τέτοιων συνδρόμων φαίνεται να σχετίζεται με επαγγελματικούς παράγοντες κινδύνου και την ηλικία.

Ο 07 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Δ. Δρακόπουλος, Ε. Μπισιοκάπα, Ι. Γαλανόπουλος, Β. Κοντογεωργάκος, Α. Μαυρογένης, Π. Παπαγγελόπουλος

Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα

Σκοπός: Η σύγκριση της διαγνωστικής ακρίβειας της νευροφυσιολογικής μελέτης (ηλεκτρονευρο-γραφήματος και ηλεκτρομυογραφήματος) και του υπερηχοτομογράφηματος στην ανάδειξη του συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε νευροφυσιολογικός και υπερηχοτομογραφικός έλεγχος υψηλής ευκρίνειας σε ασθενείς με κλινική υπόνοια συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα. Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος βασίστηκε στις μορφολογικές μεταβολές του μέσου νεύρου στο ύψος του καρπιαίου σωλήνα (εγκάρσια διάμετρος και εύρος διατομής), στις αλλαγές της πχωδομής και στην αναγνώριση σειράς παθολογικών καταστάσεων που μπορούν να αυξήσουν την πίεση εντός του καρπιαίου σωλήνα (πχ. τενοντοελυτρίτιδες, χωροκατακτητικές αλλοιώσεις, επικουρικούς μύς και αγγεία). Ο νευροφυσιολογικός έλεγχος επικεντρώθηκε στην καταγραφή της κινητικής και της αισθητικής ταχύτητας αγωγής του μέσου νεύρου, αλλά και τις ταχύτητες αγωγής των άλλων νεύρων καθώς και στην ηλεκτρομυογραφική μελέτη των μυών του οπισθέναρος.

Αποτελέσματα: Σε 33 ασθενείς με κλινική υποψία συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα διαπιστώθηκαν 21 με υπερηχοτομογραφικά και νευροφυσιολογικά ευρήματα ενδεικτικά του συνδρόμου. Εξ αυτών το 82% (n=17) παρουσίαζε ευρήματα ενδεικτικά του συνδρόμου σε αμφότερες τις δοκιμασίες, ενώ το 9% (n=2) μόνο στην ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και οι υπόλοιποι μόνο στο υπερηχοτομογράφημα.

Συμπεράσματα: Το υπερηχοτομογράφημα του μέσου νεύρου εξελίσσεται ραγδαία τα τελευταία χρόνια λαμβάνοντας συνεχώς σημαντικότερη θέση στη διερεύνηση του ασθενούς με σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα. Ο συνδυασμός του με τη νευροφυσιολογική μελέτη παρέχει τη δυνατότητα στον κλινικό ιατρό να αυξήσει την αξιοπιστία της διαγνωστικής προσέγγισης του ασθενούς.

Ο 08 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΨΗΛΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΜΕ ΤΕΝΟΝΤΟΜΕΤΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΤΟΜΗ ΣΑΡΚΩΜΑΤΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΟ ΒΡΑΧΙΟΝΑ

Π.Δ. Μεγαλοοικονόμος¹, Β.Γ. Ηγουμενίου¹, Λ. Δημόπουλος¹, Σ. Βαρυτιμιδής², Ζ. Νταϊλιάνα², Β.Α. Κοντογεωργάκος¹

¹Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα, ²Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Διάσωση του μέλους μπορεί να επιτευχθεί στις περισσότερες περιπτώσεις σαρκωμάτων μαλακών μορίων στο άνω άκρο. Ωστόσο, αρκετές φορές ο όγκος διηθεί σημαντικές νευρικές δομές, που δεν μπορούν να διασωθούν κατά την αφαίρεσή του, οδηγώντας σε σημαντικό λειτουργικό έλλειμα.

Υλικό & Μέθοδος: Παρουσιάζουμε τέσσερις ασθενείς, μέσης ηλικίας 41 ετών (εύρος, 22-54 έτη), με σάρκωμα μαλακών μορίων στην οπίσθια έξω πλευρά του βραχίονα. Τρεις ασθενείς παρουσίασαν πλειόμορφο σάρκωμα, ενώ ένας σάρκωμα εκ διαγώνων κυττάρων. Σε δύο ασθενείς χορηγήθηκε προεγχειρητική χημειοθεραπεία και σε δύο προεγχειρητική ακτινοβολία. Σε όλες τις περιπτώσεις επετεύχθη διάσωση του μέλους. Ωστόσο, κατά την χειρουργική αφαίρεση του όγκου τμήμα του κερκιδικού νεύρου έπρεπε να αφαιρεθεί για την επίτευξη υγιών ορίων. Το χειρουργικό παρασκεύασμα συμπεριελάμβανε και τμήμα του βραχιονίου οστού σε 3 περιπτώσεις. Μετά την αφαίρεση του όγκου διενεργήθηκαν τενοντομεταφορές κερκιδικού σε πρώτο χρόνο σε όλους τους ασθενείς. Το λειτουργικό αποτέλεσμα αξιολογήθηκε κατά την τελευταία επανεξέταση. Αξιολογήθηκε το εύρος κίνησης του καρπού και των δακτύλων και το DASH Score. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 2 έτη.

Αποτελέσματα: Δεν καταγράφησαν μετεγχειρητικές επιπλοκές σε κανέναν ασθενή. Κανείς δεν παρουσίασε τοπική υποτροπή ή απομακρυσμένη μετάσταση. Στην τελευταία επανεξέταση όλοι οι ασθενείς είχαν ικανοποιητική αισθητικότητα στο πρώτο μεσοδακτύλιο διάστημα. Η μέση έκταση του καρπού ήταν 50 μοίρες, η μέση έκταση των δακτύλων 5 μοίρες, ενώ πλήρη κάμψη του καρπού είχαν όλοι οι ασθενείς. Το μέσο DASH Score ήταν 36,5 (εύρος, 28-51).

Συμπεράσματα: Η υψηλή διατομή του κερκιδικού νεύρου μετά από εκτομή σαρκωμάτων μαλακών μορίων στην περιοχή του βραχίονα μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς με τενοντομεταφορές σε πρώτο χρόνο. Το λειτουργικό αποτέλεσμα αναμένεται να είναι ικανοποιητικό στις περισσότερες περιπτώσεις.

Ο 09 ΕΞΩΑΡΘΡΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΟΣΤΕΟΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΜΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΘΕΣΗ**Π. Μεγαλοοικονόμος¹, Β. Ηγουμένου¹, Θ. Αντωνιάδου¹, Λ. Δημόπουλος¹, Γ. Αγρογιάννης², Α. Μαυρογιάννης¹, Π. Παπαγγελόπουλος¹, Β. Κοντογεωργάκος¹**¹Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα, ²Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Παρουσιάζουμε μια ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς με ιστορικό οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας που παρουσίασε δεύτερη πρωτοπαθή κακοήθεια στο περιφερικό βραχιόνιο και αντιμετωπίστηκε με εξωαρθρική εκτομή του αγκώνα και ανακατασκευή με ογκολογική πρόθεση.

Υλικό & Μέθοδος: Γυναίκα ασθενής, 24 ετών, προσήλθε με άλγος και έντονο οίδημα του αριστερού αγκώνα. Τα συμπτώματα της ασθενούς ξεκίνησαν προ 30ημέρου και είχαν αποδοθεί τότε σε έξω επικονδυλίτιδα του αγκώνα (tennis elbow). Από το ιστορικό της προέκυψε ότι σε ηλικία 12 ετών είχε παρουσιάσει οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία που είχε αντιμετωπιστεί επιτυχώς με σχήμα χημειοθεραπείας. Διενεργήθηκαν απλές ακτινογραφίες και μαγνητική τομογραφία του αγκώνα που ανέδειξαν οστεολυτική εξεργασία του περιφερικού βραχιονίου με διάσπαση του φλοιού και επέκταση εντός της άρθρωσης. Η κλειστή βιοψία της βλάβης ανέδειξε κλασικό οστεοσάρκωμα. Ακολούθησε σταδιοποίηση της νόσου που ήταν αρνητική για μεταστάσεις. Η ασθενής παραπέμφθηκε για προεγχειρητική χημειοθεραπεία η οποία προκάλεσε οστεοποίηση του μεγαλύτερου τμήματος του όγκου. Έπειτα, η ασθενής υποβλήθηκε σε επέμβαση διάσωσης μέλους με εξωαρθρική εκτομή του αγκώνα και διατήρηση των ευγενών στοιχείων της περιοχής. Η ανακατασκευή της άρθρωσης επετεύχθη με ογκολογική πρόθεση. Το άκρο ακινητοποιήθηκε με γύψινο νάρθηκα σε έκταση για δύο εβδομάδες και έπειτα ξεκίνησε φυσιοθεραπεία. Η ασθενής εντάχθηκε επίσης σε πρωτόκολλο μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος επιβεβαίωσε ιστολογικά την κλειστή βιοψία και ανέδειξε υγιή όρια εκτομής και 90% νέκρωση του όγκου. Η ασθενής 3,5 έτη μετεγχειρητικά δεν έχει παρουσιάσει υποτροπή του όγκου ούτε ακτινολογικά ή κλινικά σημεία χαλάρωσης της ογκολογικής πρόθεσης. Η αισθητικότητα και η κινητικότητα του χεριού δεν είναι επηρεασμένες, ενώ το λειτουργικό αποτέλεσμα του αγκώνα είναι αρκετά ικανοποιητικό.

Συμπεράσματα: Μια δεύτερη πρωτοπαθής κακοήθεια δεν είναι συχνή αλλά όμως η πιθανότητα εμφάνισής της πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Η εξωαρθρική εκτομή του αγκώνα και η ανακατασκευή με ογκολογική πρόθεση σε περιπτώσεις όγκων του αγκώνα αποτελεί μια αξιόπιστη θεραπευτική επιλογή επιτυγχάνοντας διάσωση του μέλους και ικανοποιητική λειτουργικότητα του αγκώνα και του χεριού.

Ο 10 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΟΣΟΥ DUPUYTREN ΣΕ ΕΝΑ ΑΓΟΡΙ 10 ΕΤΩΝ: ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΙΑΣ ΑΣΥΝΗΘΟΥΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΝΤΟΤΗΤΑΣ**Γ.Α. Σπυροπούλου, Λ. Παυλίδης, Π. Μυλοθρίδης, Θ. Γαρουφαλιάς, Ε. Δεμίρη**

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η εμφάνιση νόσου Dupuytren σε παιδιά κάτω των 10 ετών αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα με μόνο 8 ιστολογικά τεκμηριωμένες περιπτώσεις παγκοσμίως. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση νόσου Dupuytren σε ένα αγόρι 10 ετών με ασυνήθη κλινική εμφάνιση σαν οζίδιο στην κερκιδική επιφάνεια της άπω διαμεσοφαλαγγικής άρθρωσης του μικρού δακτύλου.

Υλικό - Μέθοδος: Ένα αγόρι 10 ετών παρουσιάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία της Κλινικής μας με ένα οζίδιο στην κερκιδική επιφάνεια της άπω φαλαγγο-φαλαγγικής άρθρωσης του μικρού δακτύλου που συνδυαζόταν με ρικνώση της άρθρωσης. Η ρικνώση είχε αναπτυχθεί σε διάστημα 4 μηνών. Το οζίδιο αφαιρέθηκε, η ρικνώση διορθώθηκε και το έλλειμμα αποκαταστάθηκε με μόσχευμα δέρματος. Τέσσερις μήνες μετεγχειρητικά, το μόσχευμα ρικνώθηκε και το μικρό δάκτυλο ανέπτυξε κερκιδική απόκλιση στο επίπεδο της άπω φαλαγγο-φαλαγγικής άρθρωσης. Σε αυτό το διάστημα μια νέα μάζα αναπτύχθηκε στην ωλένια επιφάνεια της μέσης φάλαγγας του 4ου δακτύλου. Η νέα μάζα αφαιρέθηκε και η κερκιδική απόκλιση διορθώθηκε με πλαστική τύπου Z.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική διάγνωση των μαζών που αφαιρέθηκαν ήταν και στις δύο περιπτώσεις νόσος Dupuytren. Δεν υπήρξαν επιπλοκές μετά τη δεύτερη επέμβαση, ούτε υποτροπή 12 μήνες μετεγχειρητικά.

Συμπεράσματα: Η νόσος Dupuytren πρέπει να μπαίνει στη διαφορική διάγνωση σε περιπτώσεις οζιδίων και ρικνώσεων στην παλάμη και στα δάκτυλα των παιδιών.

Ο 11 ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΓΚΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Π. Διαμαντόπουλος¹, Π. Δεσκούλιδη¹, Ν. Μάλτζαρης¹, Κ. Μπενετάτος², Μ. Κοτρώτσιου³, Σ. Σταυριανός¹

¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, «Άγιος Σάββας» ²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι προηγούμενες περιπτώσεις πλήρους χορήγησης ακτινοθεραπείας σχεδόν αποκλείουν τη συμπληρωματική χορήγησή της μετά από υποτροπή όγκων κεφαλής και τραχήλου. Η μονοθεραπεία των υποτροπιάζοντων όγκων δεν είναι διεθνώς αποδεκτή.

Υλικό-Μέθοδος: Παρουσιάζονται τρεις περιπτώσεις βραχυθεραπείας μετά από εκτεταμένες εκτομές υποτροπιάζοντων όγκων κεφαλής-τραχήλου, οι οποίοι αποκαταστάθηκαν με μικροχειρουργική μεταμόσχευση.

Αποτελέσματα: Και οι τρεις ασθενείς ζουν ακόμα χωρίς σημαντικές επιπλοκές από τη λήψη βραχυθεραπείας. Ο ένας υποτροπίασε ταχύτατα λόγω λεμφαγγειακής διασποράς και ακολουθεί πρόγραμμα χημειοθεραπείας.

Συμπέρασμα: Η μετεγχειρητική χορήγηση βραχυθεραπείας after loading μετά από ευρεία εκτομή και μικροχειρουργική αποκατάσταση όγκων κεφαλής-τραχήλου προσφέρουν βελτίωση της συμπτωματολογίας των ασθενών μας και σε μερικές περιπτώσεις επέκταση του προσδόκιμου ζωής.

Ο 12 ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΕ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΑΡΥΓΓΑ

Ν. Μάλτζαρης, Π. Δεσκούλιδη, Π. Διαμαντόπουλος, Γ. Ζαρκάδας, Σ. Σταυριανός

Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

Σκοπός: Τα εκτεταμένα και ιδιαίτερα μεταστατικά μελανώματα είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν και απαιτούν ευρεία χειρουργική εκτομή και συνδυασμένες τελευταίας γενεάς ανοσοθεραπείες.

Υλικό - Μέθοδοι: Περιγράφεται περιστατικό μεταστατικού μελανώματος αγνώστου πρωτοπαθούς με διήθηση και εγκλωβισμό της κοινής καρωτίδας αρτηρίας καθώς και του φάρυγγα στο ύψος των αρυταινοειδών.

Συμπέρασμα: Περιγράφεται η αντιμετώπιση με αγγειοχειρουργική αποκατάσταση της κοινής καρωτίδας αρτηρίας καθώς και η αποκατάσταση του φάρυγγα με πλατύ ραχιαίο κρημό.

Ο 13 ΑΝΑΠΗΡΟΙ ΚΡΑΝΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ

Ν. Μάλτζαρης¹, Π. Διαμαντόπουλος¹, Π. Δεσκούλιδη¹, Δ. Αγορογιάννης¹, Μ. Κοτρώτσιου², Γ. Ζαρκάδας¹, Σ. Σταυριανός¹

¹Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», ²Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Πολλαπλές κρανιοπλαστικές επεμβάσεις μετά από τραύματα, κρανιεκτομές και παροχετεύσεις αιματωμάτων καταλήγουν σε επαναλαμβανόμενες επεμβάσεις λόγω φλεγμονών και αποκαλύψεως υλικών. Αποτελέσματα αυτών πορεγκεφαλίες και κοιλιακή μετατόπιση Παρουσιάζονται δύο περιστατικά πολλαπλών κρανιοπλαστικών οι επιπλοκές με αποκαλύψεις των υλικών καθώς και η αντιμετώπιση με μικροχειρουργική αποκατάσταση.

Ο 14 ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΟΓΚΩΝ ΣΤΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΆΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

Π. Δεσκούλιδης¹, Κ. Μπενετάτος², Ν. Κουφόπουλος³, Π. Διαμαντόπουλος¹, Ν. Μάλτζαρης¹, Δ. Αγορογιάννης¹, Μ. Κοτρώτσιου⁴, Σ. Σταυριανός¹, Γ. Ζαρκάδας¹

¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Α.Ο.Ν.Α «Ο Άγιος Σάββας», ²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, 401ΓΣΝΑ,

³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Α.Ο.Ν.Α «Ο Άγιος Σάββας», ⁴Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Να αναδείξουμε τρεις σπάνιες περιπτώσεις όγκων, τον τρόπο αντιμετώπισης και σύμφωνα με τη Διεθνή βιβλιογραφία τη συχνότητα εμφάνισης, υποτροπής και διερεύνηση της προέλευσής τους.

Υλικό - Μέθοδος: 1) Γυναίκα 48 ετών με συγγενή αγγειακή δυσπλασία στην περιοχή του στέρνου. Αιφνιδίως εμφάνισε όγκο στην περιοχή διαμέτρου 13 εκ. σε 4 μήνες. Η εξαίρεση του όγκου ανέδειξε επηρμένο δερματοϊνοσάρκωμα (DFSP-FS). Ακολούθησε ευρεία εκτομή και αποκατάσταση με προωθητικούς μυϊκούς μείζονες θωρακικούς κρημνούς.

2) Άνδρας 79 ετών με ταχέως αυξανόμενο όγκο από εξαμήνου στον αριστερό γλουτό 7x4.4 εκ. Ακολούθησε ευρεία εκτομή του όγκου είναι ασυνήθιστη. Στον τρίτο ασθενή η ιστολογία ανέδειξε διαυγοκυτταρικό καρκίνωμα υαλοειδοποιημένου τύπου το οποίο επιβεβαιώθηκε με μοριακή ταυτοποίηση. Η προσεκτική προεγχειρητική αξιολόγηση και η χειρουργική τεχνική είναι απαραίτητη. Αναφέρουμε το πρώτο περιστατικό DFSP-FS σε έδαφος αγγειακής δυσπλασίας. Οι κοκκιοκυτταρικοί όγκοι θα πρέπει να είναι στη διαφορική διάγνωση ενός ταχέως αυξανόμενου ενδομυϊκού όγκου. Λίγες περιπτώσεις διαυγοκυτταρικού καρκινώματος υαλοειδοποιημένου τύπου έχουν περιγραφεί και ταυτοποιηθεί σύμφωνα με το μοριακό δείκτη EWSR1-ATF1.

3) Άνδρας 83 ετών με όγκο υπερώας από τριμήνου. Αντιμετωπίστηκε με αμφοτερόπλευρη άνω γναθεκτομή με προσπέλαση προσωπικού απογαντισμού, αφαίρεση μαλακίας και σκληράς υπερώας.

Αποτελέσματα: Οι 3 ασθενείς βρίσκονται σε καλή κατάσταση και βρίσκονται σε μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Ο πρώτος ασθενής αποτελεί τη μοναδική περίπτωση που ένα DFSP-FS παρουσιάζεται σε έδαφος αγγειακής δυσπλασίας. Ο αυξητικός παράγοντας των αιμοπεταλίων-PDGF-B μπορεί να αποτελεί τον βασικό εγγενή μηχανισμό της κακοήθους εξαλλαγής. Στο δεύτερο ασθενή η ιστολογία ανέδειξε κοκκιοκυτταρικό όγκο (όχι σάρκωμα). Η ενδομυϊκή εντόπιση του όγκου είναι ασυνήθιστη. Στον τρίτο ασθενή η ιστολογία ανέδειξε διαυγοκυτταρικό καρκίνωμα υαλοειδοποιημένου τύπου το οποίο επιβεβαιώθηκε με μοριακή ταυτοποίηση. Η προσεκτική προεγχειρητική αξιολόγηση και η χειρουργική τεχνική είναι απαραίτητη. Αναφέρουμε το πρώτο περιστατικό DFSP-FS σε έδαφος αγγειακής δυσπλασίας. Οι κοκκιοκυτταρικοί όγκοι θα πρέπει να είναι στη διαφορική διάγνωση ενός ταχέως αυξανόμενου ενδομυϊκού όγκου. Λίγες περιπτώσεις διαυγοκυτταρικού καρκινώματος υαλοειδοποιημένου τύπου έχουν περιγραφεί και ταυτοποιηθεί σύμφωνα με το μοριακό δείκτη EWSR1-ATF1.

Ο 15 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΕΡΙΝΕΟΥ ΜΕ ΚΡΗΜΝΟ ΑΠΟ ΔΙΑΤΙΤΡΩΣΑ ΤΗΣ ΕΣΩ ΑΙΔΟΙΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΧΗΜΑΤΟΣ ΔΙΚΗΝ ΔΙΑΜΑΝΤΙΟΥ

Π. Δεσκούλιδης¹, Κ. Μπενετάτος², Π. Διαμαντόπουλος¹, Ν. Μάλτζαρης¹, Δ. Αγορογιάννης¹, Μ. Κοτρώτσιου³, Σ. Σταυριανός¹, Γ. Ζαρκάδας¹

¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Α.Ο.Ν.Α «Ο Άγιος Σάββας», ²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, 401ΓΣΝΑ,

³Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας γυναίκας 47 ετών που προσήλθε με ερυθματώδες, εκζεματοειδές εξάνθημα στην περιπρωκτική περιοχή από τετραετίας.

Υλικό & Μέθοδος: Η γυναίκα ανέφερε αύξηση του μεγέθους της δερματικής βλάβης και έντονο κνησμό το τελευταίο έτος. Η διάγνωση τέθηκε με βιοψία η οποία ανέδειξε ενδοεπιθηλιακή νεοπλασματική εξεργασία-Νόσο Paget. Ο προεγχειρητικός έλεγχος περιλάμβανε κολονοσκόπηση, ψηφιακή μαστογραφία άμφω, υπέρηχο άνω - κάτω κοιλίας, μήτρας - ωοθηκών - σαλπίγγων, νεφρών - ουρητήρων - κύστεως και γυναικολογική εξέταση. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν φυσιολογικά και αρνητικά για κακοήθεια. Μετά από ευρεία εκτομή της βλάβης πραγματοποιήθηκε αποκατάσταση με δερμομυοδόριο γλουτιαίο κρημόν αγγειούμενο από διατιτρώσα της έσω αιδοϊκής αρτηρίας η οποία είχε ανιχνευτεί προεγχειρητικά με υπέρηχο. Ο κρημνός σχεδιάστηκε με πολυγωνικό σχήμα δίκην Διαμαντιού.

Αποτελέσματα: Τρείς μήνες μετεγχειρητικά η ασθενής είναι ελεύθερη νόσου.

Συμπεράσματα: Η χρήση δερμομυοδορίων κρημών βασισμένων σε διατιτρώσες της αιδοϊκής αρτηρίας ή άλλων παρακειμένων αρτηριών όπως της περινεϊκής, κάτω γλουτιαίας ή από την θυροειδή αρτηρία θεωρείται προτιμυτέα έναντι των μυοδερματικών κρημών του ισχνού προσαγωγού (Gracilis) και του ορθού κοιλιακού (VRAM, ORAM, DIEP) διότι αποφεύγεται η χρήση ενός μεγάλου επώνυμου αγγείου και η αναλογούσα λειτουργική και κοσμητική επιβάρυνση της δότριας περιοχής. Η μικροχειρουργική τεχνική ανίχνευσης διατρηνοσών αγγείων της έσω αιδοϊκής αρτηρίας στην παρασκευή κρημών για αποκατάσταση ελλειμμάτων περινέου αποτελεί μια σχετικά απλή μέθοδο. Το πολυγωνικό σχήμα δίκην διαμαντιού έχει ευκολότερη ενσωμάτωση και αποφεύγεται η κυκλοτερής τομή πέριξ του πρωκτικού δακτυλίου που δυνατόν να οδηγήσει σε στένωση.

Ο 16 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΛΑΜΗΣ, ΜΕ ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΑ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

Παπαδογεώργου Ε., Δανιηλίδης Ν.

Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Σκοπός της παρουσίασης είναι η περιγραφή της διάσωσης ακρωτηριασμένου μέλους με αποκλειστική προτεραιότητα την αναστόμωση των αγγείων σε πρώτο χρόνο, αντίστροφα από την ενδεχόμενη αλληλουχία συγκόλλησης. Υλικό και μέθοδος: Άντρας 34 ετών με συνθλιπτικό ατελή μη βιώσιμο ακρωτηριασμό του αριστερού άνω άκρου στο επίπεδο του καρπού και της παλάμης προσήλθε καθυστερημένα, αφού είχε μόλις γίνει σε άλλο νοσοκομείο ανεπιτυχής προσπάθεια επαναιμάτωσης. Στο χειρουργείο δόθηκε προτεραιότητα στις αγγειακές αναστομώσεις, η επίτευξη των οποίων παρουσίασε ιδιαίτερη δυσκολία, λόγω της προηγούμενης χειρουργικής παρέμβασης. Έγινε συγχρόνως προσωρινή στήριξη των στάντ σε τυχαία θέση και συρραφή των καμπήρων τενόντων en block. Δέκα ημέρες αργότερα, αφού εξασφαλίσθηκε η αιμάτωση, πραγματοποιήθηκε συρραφή όλων των καμπήρων τενόντων, αποκατάσταση του μέσου και του ωλενίου νεύρου με νευρικά μοσχεύματα και κάλυψη των παλαμιαίων ιστικών ελλειμμάτων. Ένα μήνα μετά έγινε ανακατασκευή του σκελετού και αποκατάσταση των εκτεινόντων τενόντων, ενώ το εναπομείναν ραχιαίο ιστικό έλλειμμα καλύφτηκε με μισχωτό βουβωνικό κρημό. Ακολούθησαν επεμβάσεις απολίπωσης και βελτίωσης των ουλών και τέλος πραγματοποιήθηκε στροφική οστεοτομία του αντίχειρα με τενοτομεταφορά αντίθεσης μετά από 2 χρόνια.

Αποτελέσματα: Τρία χρόνια μετατραυματικά ο ασθενής έχει ιδιαίτερα ικανοποιητικό εύρος κίνησης του καρπού και πλήρες είναι η παρουσίαση της σύνθετης χειρουργικής τεχνικής και των μετεγχειρητικών αποτελεσμάτων της αποκατάστασης λειτουργία του αντίχειρα είναι λειτουργική και έχει ανακτήσει προστατευτική αισθητικότητα. Είναι απολύτως αυτόνομος στις καθημερινές του δραστηριότητες και πολύ ικανοποιημένος από το τελικό αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Οι σύνθετοι τραυματισμοί συχνά απαιτούν τροποποίηση της συνήθους χειρουργικής πρακτικής, με στόχο την εξασφάλιση του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος.

Ο 17 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΩΝ ΑΚΡΟΔΑΚΤΥΛΩΝ ΧΕΡΙΟΥ ΜΕ ΟΜΟΔΑΚΤΥΛΙΚΟ ΚΡΗΜΝΟ

Ζ. Νταϊλιάνη^{1,2}, Ε. Τσιτουνούλου², Ν. Καραμανής²

¹Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα, ²Ιασώ Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Οι ακρωτηριασμοί των ακροδακτύλων του χεριού είναι συχνά αποτέλεσμα εργατικών, τροχαίων αλλά και οικιακών ατυχημάτων και τις περισσότερες φορές δεν έχουν ένδειξη επανασυγκόλλησης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση της σύνθετης χειρουργικής τεχνικής και των μετεγχειρητικών αποτελεσμάτων της αποκατάστασης ακρωτηριασμών ακροδακτύλων χεριού με διατήρηση του μήκους της τελικής φάλαγγας και του όνυχος και χρήση ομοδακτυλικού κρημού για κάλυψη του ελλείμματος των μαλακών μορίων.

Υλικό & Μέθοδος: Σε μια περίοδο 4 ετών αντιμετωπίστηκε μια σειρά 5 ασθενών με 8 ακρωτηριασμούς δακτύλων χεριού επιπέδου Allen III και IV είτε με κακώσεις εξελκυσμού ή με βαριές συνθλιπτικές κακώσεις που καθιστούσαν αδύνατη την επανασυγκόλληση. Η χειρουργική τεχνική αποκατάστασης περιελάμβανε τη διατήρηση της φάλαγγας καθώς και της μήτρας με την κόψη του όνυχος. Το κολόβωμα του ακροδακτύλου απογυμνώνονταν επιμελώς από τα παλαμιαία στοιχεία και στη συνέχεια με χρήση K/W σταθεροποιούνταν πάνω στο υπόλοιπο δάκτυλο. Η κάλυψη του ελλείμματος του πολφού του δακτύλου επιτυγχάνονταν σε όλες τις περιπτώσεις με ομοδακτυλικό κρημό.

Αποτελέσματα: Ο μ.ο μετεγχειρητικής παρακολούθησης ήταν 6 μήνες (4μήνες - 4 έτη). Σε όλους τους ασθενείς η αισθητικότητα του δακτύλου καθώς και η δύναμη δαγμού βελτιώθηκε πλήρως. Η επιβίωση του ομοδακτυλικού κρημού επιτεύχθηκε σε όλες τις περιπτώσεις. Σε 2 δάκτυλα παρατηρήθηκε νέκρωση στο ραχιαίο τμήμα στην κόψη του όνυχος οπότε πραγματοποιήθηκαν επανεπεμβάσεις χειρουργικού καθαρισμού.

Συμπεράσματα: Η αποκατάσταση ακρωτηριασμών ακροδακτύλων με διατήρηση της φάλαγγας και του όνυχος και ομοδακτυλικό κρημό αποτελεί μια αξιόπιστη εναλλακτική τεχνική διατήρησης του μήκους του δακτύλου και του πολφού εξασφαλίζοντας ένα καλό λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα.

Ο 18 ΜΟΡΙΑΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΛΥΔΑΚΤΥΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ- ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**Ζ. Κυριαζής¹, Π. Κόλλιας², Π. Κωνσταντουλάκης², Ι. Γριβέα³, Ζ. Νταϊλιάνα¹**¹Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ²Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, ³Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η πολυδακτυλία άνω και κάτω άκρων σχετίζεται με μεταλλαγές ποικίλων γονιδίων, με κυρίαρχο το γονίδιο GLI3. Ο πλειοτροπισμός του GLI3 οδηγεί σε διαφορετικούς φαινοτύπους όπως πολυδακτυλίες άνω ή κάτω άκρων ή και των δύο, ετερόπλευρες ή αμφοτερόπλευρες, συνοδευόμενες ή όχι από συνπολυδακτυλίες καθώς και άλλες γενετικές ανωμαλίες. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανίχνευση και συσχέτιση νέων γονιδίων με την πολυδακτυλία με βάση τους φαινοτύπους του δείγματος μας.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε απομόνωση DNA από 64 περιστατικά πολυδακτυλίας και μοριακή ανάλυση, αρχικά σε 2 δείγματα με διπλασιασμό αντίχειρα Wassel III και IV, αντίστοιχα. Η μελέτη των πιθανά εμπλεκόμενων με τη νόσο γονιδίων έγινε με τη μέθοδο ανάλυσης εξωνίων 4.500 γονιδίων κλινικής σημασίας (Clinical Exome Solution/CES), χρησιμοποιώντας το μηχανήμα NextSeq-500 (Illumina). Η βιοπληροφορική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της πλατφόρμας Sophia DDM® SaaS.

Αποτελέσματα: Οι μεταλλαγές που ανιχνεύθηκαν ήταν: α) στο δείγμα Wassel III στα γονίδια RPGRIP1 (c.1639 G→T) και TMEM216 (c.43_243_1 inA) και β) στο δείγμα Wassel IV στα γονίδια CEP290 [c.6264 dupA (p.Leu2089)], RPGRIP1 [c.1639 G→T και c.685 G→A (p.Ala229Thr)], TMEM216 (c.432-2-432-1 insA) και MEGF8 [c.8249G→C (p.Gly2150Ala)].

Συμπεράσματα: Οι νέες μεταλλαγές στα γονίδια CEP290, RPGRIP1, TMEM216 και MEGF8 σχετίζονται με πολυδακτυλία συνδρομική ή μη. Η συσχέτιση αυτή βασίζεται σε αναφορές όπου τα γονίδια CEP290, RPGRIP1 και TMEM216 εμπλέκονται σε νοσήματα των μαστιγίων στα οποία συχνά απαντάται πολυδακτυλία. Το γονίδιο MEGF8 σχετίζεται με το σύνδρομο Carpenter στο οποίο αναφέρεται πολυδακτυλία. Περαιτέρω ανάλυση και μεγαλύτερος αριθμός δειγμάτων απαιτείται για τη συσχέτιση των ανωτέρω γονιδίων με τον τύπο κατά Wassel πολυδακτυλίας.

Ο19 Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΤΕΟΣ ΡΑΧΙΑΙΟΥ ΜΥΟΣ ΩΣ FLOW THROUGH ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ**Ι. Δαλιανούδης, Π. Γεωργίου, Μ. Καλοφώνου, Λ. Κουκουλομάτης, Η. Μουστάκης Ν. Μηνιογιάννης**

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων, Λάτσιο Κέντρο Εγκαυμάτων, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

Σκοπός: Η κάλυψη εκτεταμένων ελλειμμάτων του κάτω τριτημορίου της κνήμης μετά από τραυματισμούς (Gustillo IIIB) απαιτεί κατά κύριο λόγο αποκατάσταση με χρήση ελεύθερων κρημών. Οι μικροαγγειακές αναστομώσεις, στις περιπτώσεις όπου επιλέγονται να γίνουν τελικοτελικά, καταλήγουν στη διακοπή της αιματικής ροής προς τον άκρο πόδα αυξάνοντας με τη πάροδο του χρόνου τον κίνδυνο ισχαιμίας. Ο κρημνός του πλατέος ραχιαίου μυός έχει σταθερή αγγειακή ανατομία από το σύστημα των θωρακοραχιαίων αγγείων και χάρις του κλάδου του πρόσθιου οδοντωτού μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως flow through για την αποκατάσταση της αιματικής ροής στο άπω τμήμα.

Υλικό και Μέθοδος: Δύο ασθενείς με τραύμα κνήμης Gustillo IIIB διακομίσθηκαν στην κλινική μας μετά από ένα περίπου μήνα νοσηλείας στην Ορθοπαιδική κλινική του νοσοκομείου μας, φέροντας εξωτερική οστεοσύνθεση και έλλειμμα δέρματος με αποκάλυψη οστού. Επιλέχθηκε ο κρημνός του πλατέος ραχιαίου μυός για την αποκατάσταση των ελλειμμάτων αυτών. Και στους δύο ασθενείς πραγματοποιήθηκε έλεγχος της βατότητας της πρόσθιας και της οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας, τόσο με τη χρήση Doppler όσο και με ψηφιακή αγγειογραφία. Για τεχνικούς λόγους επιλέχθηκε η τελικοτελική αναστόμωση της θωρακοραχιαίας αρτηρίας με την οπίσθια κνημιαία και η χρήση του κλάδου του πρόσθιου οδοντωτού για την αποκατάσταση της συνέχειας της ροής περιφερικά.

Αποτελέσματα: Και στις δύο περιπτώσεις οι κρημνοί επιβίωσαν και επιτεύχθηκε πλήρης αποκατάσταση της αιματικής ροής περιφερικά.

Συμπεράσματα: Ο κρημνός του πλατέος ραχιαίου προσφέρει ένα επιπλέον πλεονέκτημα στις περιπτώσεις εκείνες που λαμβάνεται κατά την παρασκευή του και ο κλάδος του πρόσθιου οδοντωτού, επιτρέποντας με αυτό τον τρόπο την αποκατάσταση της συνέχειας της αιματικής ροής.

Ο 20 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΑΝΟΙΚΤΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ. ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ;

Ν. Στεφάνου, Δ. Μόρφης, Δ. Δεληγεώργης, Π. Καρακίτσιος, Ζ. Νταϊλιάνη, Κ.Ν. Μαλίζος, Σ. Βαρυτιμιδής

Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Τα κατάγματα της διάφυσης των οστών του αντιβραχίου στους ενήλικες είναι συχνές κακώσεις που προκαλούνται μέσω ποικίλων μηχανισμών. Η χειρουργική θεραπεία με ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση είναι η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση. Ο σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μετά από αντιμετώπιση με ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση καθώς και των παραγόντων που επηρεάζουν το αποτέλεσμα.

Υλικό και Μέθοδος: Από το 2001 ως το 2015 αντιμετωπίστηκαν 164 ασθενείς (204 κατάγματα) ηλικίας 14 - 80 ετών με κατάγματα των οστών του αντιβραχίου. 116 ασθενείς ήταν άνδρες και 48 ήταν γυναίκες. Υπήρχαν 73 κατάγματα κερκίδας, 51 κατάγματα ωλένης και 40 κατάγματα κερκίδας και ωλένης. 22 κατάγματα ήταν ανοικτά. 16 κατάγματα ταξινομήθηκαν ως Monteggia και 12 ως Galeazzi. Οι πλάκες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν DCP, κυλινδρικές ενός τρίτου, ανακατασκευής και κλειδούμενες. Το κάταγμα θεωρήθηκε πωρωμένο όταν υπήρχαν ακτινολογικά και κλινικά σημεία πώρωσης και επιστροφή του ασθενούς στις δραστηριότητές του. Η αξιολόγηση του αποτελέσματος έγινε με το DASH score.

Αποτελέσματα: Ο χρόνος παρακολούθησης ήταν από 16 μήνες έως 14 έτη. 199 από τα 204 κατάγματα πωρώθηκαν χωρίς παρέμβαση. Λοίμωξη συνέβη σε ένα κλειστό κάταγμα ωλένης και σε ένα κερκίδας. Σ' αυτά απαιτήθηκε αφαίρεση των υλικών και διαδοχικοί καθαρισμοί και τοποθέτηση μοσχεύματος που οδήγησαν τελικά στην πώρωση του κατάρματος. Υπήρξαν επίσης 3 ψευδοarthρώσεις που αντιμετωπίστηκαν με τοποθέτηση αυτομοσχεύματος. Δεν υπήρξε αστάθεια κεντρικής ή περιφερικής κερκιδωλενικής άρθρωσης στο τελικό αποτέλεσμα. Οι ασθενείς με απλά κατάγματα παρουσίασαν καλύτερο λειτουργικό αποτέλεσμα (DASH score 8) απ' ό,τι οι ασθενείς με συνδυασμένα κατάγματα Monteggia ή Galeazzi (DASH score 15).

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα που αναμένονται από τη χειρουργική αντιμετώπιση των καταγμάτων του αντιβραχίου είναι πολύ ικανοποιητικά. Η ψευδοarthρωση και η λοίμωξη είναι σπάνιες. Στα επιπλεγμένα ή συνδυασμένα κατάγματα το αποτέλεσμα είναι λιγότερο ικανοποιητικό.

Ο 21 ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΟΣΤΕΩΣΗ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ

Δ. Σκουτέρης, Π. Τσασιώτης, Α. Βασιλάκης, Α. Συντριλάδας, Β. Ψυχογιός

Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα Ασκληπείου Βούλας – Μονάδα Χεριού-Μικροχειρουργικής

Σκοπός: Στόχος αυτής της αναδρομικής μελέτης ήταν η εκτίμηση των λειτουργικών αποτελεσμάτων σε ασθενείς με κερκιδωλενική συνοστέωση μετά από κακώσεις του αντιβραχίου αντιμετωπισθείσες χειρουργικά.

Υλικό: Μελετήθηκαν 11 ασθενείς με κερκιδωλενική συνοστέωση μετατραυματικής αιτιολογίας από το 2001-2017. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 43 έτη με 9 άνδρες και 2 γυναίκες. Σε όλες τις περιπτώσεις επρόκειτο για ασθενείς που υπέστησαν κάταγμα στο αντιβράχιο. Δύο ασθενείς είχαν συνοδό Κ.Ε.Κ που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Σε τρεις περιπτώσεις η κάκωση αφορούσε μεμονωμένο κάταγμα της κερκίδας, σε 6 κάταγμα κερκίδας-ωλένης, ενώ δύο περιπτώσεις αφορούσε κάταγμα τύπου Monteggia. Ο μέσος χρόνος της χειρουργικής αντιμετώπισης μετά την αρχική επέμβαση ήταν 13 μήνες, ενώ η κύρια ένδειξη για την επέμβαση αποτέλεσε η αδυναμία πρηνισμού-υπιασμού και κατ'επέκταση η λειτουργική έκπτωση στην καθημερινότητα των ασθενών. Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν φυσιολογική κάμψη και έκταση της άρθρωσης του αγκώνα. Σε όλους τους ασθενείς εξαιρέθηκε ο έκτοπος οστίτης ιστός και τοποθετήθηκε τμήμα λίπους από την παρακείμενη περιοχή. Μετεγχειρητικά όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε έντονη φυσικοθεραπεία.

Αποτελέσματα: Το μέσο προεγχειρητικό εύρος κίνησης σε υπιασμό και πρηνισμό ήταν 5° και 16° αντίστοιχα, ενώ το μέσο μετεγχειρητικό εύρος έφτασε τις 60° και 55° αντίστοιχα, με μέσο όρο παρακολούθησης 22 μήνες. 8 ασθενείς πριν την επέμβαση υποβλήθηκαν σε έλεγχο με σπινθηρογράφημα, ενώ σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε μετεγχειρητικά ινδομεθακίνη. Ένας ασθενής – με συνοδό Κ.Ε.Κ - παρουσίασε μετεγχειρητική υποτροπή και υποβλήθηκε σε νέα επέμβαση

Συμπέρασμα: Η κερκιδωλενική συνοστέωση αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή μετά από κακώσεις του αντιβραχίου που αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Η χειρουργική της αντιμετώπιση σε συνδυασμό με την μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία έχει σαν αποτέλεσμα την σημαντικού βαθμού αύξηση του εύρους κίνησης του αντιβραχίου και την βελτίωση της ποιότητας διαβίωσης του ασθενούς.

Ο 22 Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΛΑΜΙΑΙΑΣ ΠΛΑΚΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χ.Τσαούσης, Γ.Βαρσάνης, Η.Τσερώνης Ι.Αντωνίου, Ζ.Νταϊλιάνα, Κ. Μαλίζος, Σ. Βαρυτιμίδης

Ορθοπαιδική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Σκοπός: Η χρήση της ανατομικής παλαμιαίας πλάκας της περιφερικής κερκίδας έχει επικρατήσει όσον αφορά στη χρήση της σε σχέση με την αντίστοιχη ραχιαία. Η αποκτηθείσα τεχνογνωσία και τα αποτελέσματα από τη χρήση της πραγματεύονται στην παρούσα αναδρομική μελέτη.

Ασθενείς & Μέθοδος: Εκατό είκοσι (65 άνδρες- 55γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας 49 έτη αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με τοποθέτηση ανατομικής παλαμιαίας πλάκας στην περιφερική κερκίδα. Σε 6 ασθενείς τοποθετήθηκε αυτόλογο μόσχευμα και σε 9 αλλομόσχευμα λόγω της μεταφυσιακής συντριβής. Τα κατάγματα σύμφωνα με την ταξινόμηση της ΑΟ ήταν 23-B3 και 23-C. Σε 41 ασθενείς η σταθεροποίηση ολοκληρώθηκε σε συνδυασμό με K-wires ενώ σε 13 τοποθετήθηκε επιπλέον εξωτερική οστεοσύνθεση.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική παρακολούθηση κυμάνθηκε από 2-14 χρόνια. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν για το ακτινολογικό και το λειτουργικό αποτέλεσμα στους ½, 1,5,3,6 και 12 μήνες με το PRWHE και DASH scores.

Σε όλους τους ασθενείς αποκαταστάθηκε η ανατομία της περιφερικής κερκίδας εκτός από τρεις ασθενείς που διαπιστώθηκε απώλεια ανάταξης και χρειάστηκε επανεπέμβαση. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν διαρκή βελτίωση του PRWHE και του DASH score. Δέκα ασθενείς υποβλήθηκαν σε αφαίρεση των υλικών της οστεοσύνθεσης και σε έναν ασθενή που δεν είχε διανοικτεί ο εγκάρσιος σύνδεσμος εμφανίστηκε σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα και υποτροπή η οποία αντιμετωπίστηκε με τενοντομεταφορά Camitz. Δύο ασθενείς εμφάνισαν σύνδρομο αλγοδυστροφίας, ένας υπέστη ρήξη του μακρού εκτείνοντα τον αντίχειρα και ένας εμφάνισε λοίμωξη.

Συμπεράσματα: Η χρήση παλαμιαίας πλάκας για την αντιμετώπιση των καταγμάτων της περιφερικής κερκίδας είναι μια αξιόπιστη λύση. Επιπλοκές υπάρχουν αλλά αντιμετωπίζονται εύκολα με στενή παρακολούθηση. Η σταθερή ανάταξη που εξασφαλίζει και η πρώιμη κινητοποίησητην καθιστούν μέθοδο επιλογής στα κατάγματα της περιφερικής κερκίδας.

Ο 23 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΑΥΧΕΝΟΣ 5ΟΥ ΜΕΤΑΚΑΡΠΙΟΥ. ΜΠΟΡΟΥΝ ΟΙ ΝΕΕΣ ΑΥΤΟΚΛΕΙΔΟΥΜΕΝΕΣ ΠΛΑΚΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΝΑ ΕΙΝΑΙ Η ΛΥΣΗ;

Χ. Ντινόπουλος, Γ. Προυντζόπουλος, Α. Αθανασόπουλος, Ι. Πιτροπάκης,

Κ. Θεοδωρίδης, Ι. Παπανικολάου, Α. Κονδύλης

Α' Ορθοπαιδικό Τμήμα, ΓΝ. Ασκληπιείο Βούλας

Σκοπός: Η οστεοσύνθεση των καταγμάτων του αυχένα του 5^{ου} μετακαρπίου (ΑΠΜ) αποτελεί μια πρόκληση. Καθώς η χρήση των παλαιότερων πλακών οστεοσύνθεσης δεν έδιδε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, η εμφάνιση των χαμηλού προφίλ αυτοκλειδούμενων πλακών (ΑΠΧΠ), προκάλεσε την προτίμησή μας για τις βελόνες Kirschner. Ενδείξεις χειρουργείου αποτελούν η γωνίωση πάνω 45°, συντριβή ή στροφή. Σε αυτή την αναδρομική μελέτη θελήσαμε να συγκρίνουμε τα λειτουργικά αποτελέσματα των νέων αυτών πλακών σε σχέση με τις βελόνες Kirschner, στα συχνά αυτά κατάγματα.

Ασθενείς & Μέθοδος: Μεταξύ 2011 και 2017 αντιμετωπίσαμε χειρουργικά 21 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε οστεοσύνθεση για κάταγμα ΑΠΜ: 9 με ραχιαία τοποθετημένη αυτοκλειδούμενη πλάκα (Ομάδα Α), και 12 με βελόνες Kirschner (Ομάδα Β). Η Ομάδα Α υποβλήθηκε σε άμεση κινητοποίηση, ενώ η Ομάδα Β έως και μετά από 6 εβδομάδες. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν για πόνο, ισχύ, χρόνο αποθεραπείας και τα λειτουργικά αποτελέσματα με το DASH-score.

Αποτελέσματα: Η Ομάδα Β χρειαζόταν κατά μέσο όρο 60% λιγότερο χειρουργικό χρόνο. Δεν ανιχνεύσαμε διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε σχέση με τον τελικό χρόνο αποθεραπείας, την ισχύ, πόνο, και το DASH-score. Το ενεργητικό εύρος κίνησης ήταν όμως στην Ομάδα Α, 65% της αντιστοίχου και στην Ομάδα Β, 90% της αντιστοίχου πλευράς. Η έκταση του 5ου ΜΚ υπολειπόταν στην Ομάδα Α (82% σε σχέση με 90% της Ομάδας των Kirschner). Η Ομάδα Α είχε 2 δύσκαμπτα δάκτυλα (22,2%) και 1 αισθητική ενόχληση (11,1%) στο τελικό αποτέλεσμα. Σε μία περίπτωση υπήρξε ανάγκη για συμφυσίωση του εκτατικού μηχανισμού και αφαίρεση του υλικού. Στην Ομάδα Β, σε 3 περιπτώσεις (25%) υπήρξε μετακίνηση των βελονών, και υπήρχαν 2 αισθητικά προβλήματα (16,6%)

Συμπεράσματα: Οι αυτοκλειδούμενες πλάκες παρά την συνεισφορά τους στην άμεση κινητοποίηση, δεν κατάφεραν στην σειρά των περιστατικών μας, να παρουσιάσουν βελτιωμένες παραμέτρους λειτουργικότητας. Οι εξαιρετικά φθηνότερες βελόνες Kirschner υπερείχαν.

Ο 24 ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΓΧΟΝΔΡΩΜΑΤΩΝ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ ΜΕ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟ ΚΑΙ ΣΠΟΓΓΩΔΕΣ ΑΛΛΟΜΟΣΧΕΥΜΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ.

Χ. Ντινόπουλος, Κ. Θεοδωρίδης, Χ. Χρυσοβέργης, Π. Παπαποστόλου, Κ. Σωτηράκος,

Α. Αθανασόπουλος, Α. Κονδύλης

Α' Ορθοπαιδικό Τμήμα, ΓΝ. Ασκληπείο Βούλας

Σκοπός: Τα εγchonδρώματα είναι καλοήθεις, συνήθως ασυμπτωματικοί χόνδρινοι όγκοι, οι οποίοι αναπτύσσονται στις μεταφύσεις των φαλάγγων και μετακαρπίων της άκρας χειρός. Σκοπός αυτής της αναδρομικής μελέτης ήταν η εκτίμηση των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων μας μετά από καθαρισμό και πλήρωση της κοιλότητας με σπογγώδες αλλομόσχευμα.

Ασθενείς & Μέθοδος: Μεταξύ 2000 και 2017 αντιμετωπίσαμε 24 ασθενείς με 33 εγchonδρώματα άκρας χειρός που υποβλήθηκαν σε επιμελή καθαρισμό, βιοψία και πλήρωση με σπογγώδες αλλομόσχευμα σε τρίμματα. Η αναισθησία ήταν ανάλογα, τοπική ή μασχαλιαίο μπλοκ. 23 εγchonδρώματα βρίσκονταν σε φάλαγγες και 10 σε μετακάρπια. Επτά ασθενείς είχαν εμφανίσει βλάβη σε πάνω από μια θέσεις. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 57 (29 – 76χρ) Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 7,1 χρ. Εννέα εγchonδρώματα (27,3%) ανακαλύφθηκαν λόγω αυτόματου ή με ελάχιστη βία κατάγματος, 15 (45,5%) λόγω πόνου και τα υπόλοιπα τυχαία. Η ακτινολογική κατάσταση Takigawa χρησιμοποιήθηκε για την θέση εμφάνισης του όγκου. Για την διάγνωση εκτός του ακτινολογικού ελέγχου, χρησιμοποιήθηκε και μαγν. τομογραφία στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Τα λειτουργικά αποτελέσματα μετρήθηκαν με το Quick DASH-score.

Αποτελέσματα: Η οστική ενσωμάτωση και πόρωση εκτιμήθηκαν ακτινολογικά, και ήταν αρχικά απροβλημάτιστες. Κατά μέσο όρο οι βλάβες πωρώθηκαν σε 11 εβδο. Τέσσερα (12,2%) εγchonδρώματα παρουσίασαν υποτροπή (από 2 έως 5 χρ.) και ξανα-χειρουργήθηκαν. Πέντε είχαν φλεγμονώδη αντίδραση στα τραύματά τους, που παρήλθε. Δεν υπήρξαν περιπτώσεις που να γνωρίζουμε και να ανέπτυξαν κακοήγη εξαλλαγή. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς είχαν καλό εύρος κίνησης και λειτουργικότητα.

Συμπεράσματα: Ο επιμελής καθαρισμός της κοιλότητας του εγchonδρώματος, και το σπογγώδες οστικό αλλομόσχευμα σε τρίμματα, αποτελούν ασφαλή πρακτική στην αντιμετώπιση των εγchonδρωμάτων της άκρας χειρός, με ικανοποιητικά λειτουργικά και ακτινολογικά αποτελέσματα.

Ο 25 ΑΡΘΡΙΔΙΑ 1ΗΣ ΚΑΡΠΟΜΕΤΑΚΑΡΠΙΑΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΤΕΝΟΝΤΟΤΟΜΗ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΩΝ ΔΕΣΜΙΔΩΝ ΤΟΥ ΜΑΚΡΟΥ ΑΠΑΓΩΓΟΥ ΤΟΥ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ (APL)

Γ. Κασσιμάτης, Κ. Κουρκουτάς, Ν. Λιαράκος, Π. Καλδής, Π. Γιαννακόπουλος

Τμήμα Χειρουργικής Χεριού - Άνω Άκρου, Ορθοπαιδικής Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι η αρθρίτιδα της 1ης καρπομετακάρπιας (βασικής) άρθρωσης του αντίχειρα αποτελεί το συχνότερο αίτιο πόνου και δυσλειτουργικότητας (disability) σε γυναίκες μέσης ηλικίας. Μεταξύ άλλων, στην αιτιολογία της έχει εννοποιηθεί η παρουσία υπεράριθμων δεσμιδών του APL, οι οποίες προκαλούν αρχικά υπερφόρτιση της άρθρωσης και αστάθεια, με απώτερη κατάληξη την αρθρίτιδα.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν ασθενείς που παρουσίαζαν χρόνιο πόνο στη βασική άρθρωση του αντίχειρα, ο οποίος εμπόδιζε τις καθημερινές τους δραστηριότητες και για τον οποίο είχαν ήδη υποβληθεί σε τουλάχιστον δύο θεραπευτικές εγκύσεις κορτικοστεροειδούς. Ο έλεγχος περιελάμβανε απλές ακτινογραφίες (F και υπό stress) και βαθμολόγηση του πόνου στην δεκαβάθμια κλίμακα του πόνου (VAS). Η τενοντοτομή του APL περιελάμβανε μία ή περισσότερες δεσμιδες, με τελικό στόχο να μείνει μια στενή δεσμίδα του APL. Στους πρώτους ασθενείς δε γινόταν διάνοιξη του 1ου ραχιαίου διαμερίσματος, ενώ αργότερα αυτό έγινε μέρος της επέμβασης.p

Αποτελέσματα: Αντιμετωπίστηκαν 16 ασθενείς (13 γυναίκες, 3 άνδρες), με μέση ηλικία τα 44 έτη (22-65). Ο απλός ακτινολογικός έλεγχος έδειξε αστάθεια και ήπια αρθρίτιδα (Eaton I, II) σε 15/16 (94%), και μέτρια αρθρίτιδα (Eaton III) σε 1/16. Υπεράριθμες δεσμιδες του APL βρέθηκαν διεγχειρητικά σε όλους ανεξαιρέτως τους ασθενείς. Οι ασθενείς με αστάθεια δεν εμφάνισαν ακτινολογική επιδείνωση στο follow-up, ενώ οι ασθενείς με αρθρίτιδα επιδεινώθηκαν μεν ακτινολογικά, παρέμειναν όμως ασυμπτωματικοί.

Όλοι οι ασθενείς, ανεξαρτήτως της ακτινολογικής εικόνας, ανέφεραν σημαντική βελτίωση του πόνου και δήλωσαν ικανοποιημένοι από την επέμβαση. Σε 8 ασθενείς παρατηρήθηκε τενοντοελυτρίτιδα De Quervain, που χρειάστηκε έγχυση κορτικοστεροειδούς, ενώ σε 2 απαιτήθηκε συμπληρωματική διάνοιξη του 1ου διαμερίσματος.

Συμπεράσματα: Η τενοντοτομή υπεράριθμων δεσμιδών του APL αποτελεί μια απλή εναλλακτική επέμβαση για την αντιμετώπιση της αστάθειας και των αρχικών σταδίων αρθρίτιδας της βασικής άρθρωσης του αντίχειρα.

Ο 26 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΑΜΠΙΓΚΑΤΡΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΟΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΠΙΜΥΕΣ**Ι. Κυριακάκη¹, Θ. Λιλλής^{1,2}, Θ. Καρανικόλα¹, Ν. Νταμπαρακής¹, Ζ. Νταϊλιάνη²**¹Εργαστήριο Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας και Ακτινολογίας, Τμήμα Οδοντιατρικής ΑΠΘ, ²Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η δαμπιγκατράνη αποτελεί άμεσο αναστολέα της θρομβίνης και ανήκει στα νεότερης γενιάς αντιπηκτικά φάρμακα. Τα τελευταία χρόνια η χρήση της έχει αυξηθεί ιδιαίτερα λόγω σημαντικών πλεονεκτημάτων έναντι των παλαιότερων αντιπηκτικών. Είναι ωστόσο γνωστό ότι τα παλαιότερα αντιπηκτικά φάρμακα ενδέχεται να καθυστερούν την οστική επούλωση. Η επίδραση της δαμπιγκατράνης στην οστική επούλωση δεν έχει ακόμη μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη σε πειραματικό ζωικό πρότυπο της επίδρασης της δαμπιγκατράνης στην επούλωση οστικών ελλειμμάτων κρανίου.

Υλικό & Μέθοδος: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 16 επίμυες Wistar, που χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: ομάδα Α που ελάμβανε αγωγή με δαμπιγκατράνη 20mg/Kg ημερησίως και ομάδα Β χωρίς αγωγή. Η αγωγή ξεκινούσε 24 ώρες πριν την χειρουργική επέμβαση και συνέχιζε για 15 ημέρες μετά, οπότε και πραγματοποιούνταν η ευθανασία των ζώων. Η χειρουργική διαδικασία περιελάμβανε τη δημιουργία δύο κυκλικών ελλειμμάτων (διαμέτρου 6mm) στα βρεγματικά οστά, που αφέθηκαν προς αυθόρμητη επούλωση (χωρίς τοποθέτηση μοσχευματικού υλικού ή μεμβράνης). Ακολούθησε ιστολογική και ιστομορφομετρική μελέτη όπου αξιολογήθηκε το ποσοστό νεοσχηματισθέντος οστού εντός των ελλειμμάτων καθώς και το ποσοστό γεφύρωσής τους.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική μελέτη έδειξε μερική πλήρωση των οστικών ελλειμμάτων με νέο οστό, κυρίως άωρο δικτυωτό. Μεταξύ των ομάδων Α και Β δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ούτε στο ποσοστό νεοσχηματισθέντος οστού (21.9% vs 16.3%, $p=0.172>0.05$), ούτε στο ποσοστό γεφύρωσης των ελλειμμάτων (63.3% vs 53.5%, $p=0.401>0.05$).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η δαμπιγκατράνη δεν επηρεάζει αρνητικά την επούλωση των οστικών ελλειμμάτων. Το γεγονός αυτό αποτελεί ένα επιπλέον πλεονέκτημα του φαρμάκου έναντι των παλαιότερων αντιπηκτικών.

Ο 27 IN SITU ΑΠΟΣΥΜΠΙΕΣΗ ΤΟΥ ΩΛΕΝΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΥΠΟ ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ**Κ.Τόλης, Π.Κανέλλος, Π.Μαντάκος, Μ.Ρόζης, Σ.Συγγούνα, Δ.Βασιλάκος, Σ.Σπυρίδωνος**

Κλινική Μικροχειρουργικής, Χεριού και Άνω άκρου, ΓΝΑ ΚΑΤ

Εισαγωγή: Η παγίδευση του ωλενίου νεύρου στον περιοχή του αγκώνα αποτελεί το δεύτερο συχνότερο σύνδρομο παγίδευσης περιφερικού νεύρου. Η χειρουργική του αποσυμπίεση μπορεί να πραγματοποιηθεί υπό γενική αναισθησία, αποκλεισμό του βραχιονίου πλέγματος ή τοπική αναισθησία. Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε η χρήση της τοπικής αναισθησίας στην in situ χειρουργική αποσυμπίεση του ωλενίου νεύρου στην αύλακα του(cubital tunnel).

Υλικό - Μέθοδοι: Κριτήρια για χειρουργική αποκατάσταση ήταν η αποτυχία της συντηρητικής αντιμετώπισης σε σύνδρομο παγίδευσης του ωλενίου νεύρου, με κλινική συμπτωματολογία και ηλεκτρομυογράφημα (ΗΜΓ), που να επιβεβαιώνει τη νόσο. Η προσπέλαση ήταν η κλασική οπισθοπλάγια επιμήκης τομή. Η τοπική αναισθησία πραγματοποιείτο υπό ίσχυαιμη περίδεση, υπό το μίγμα 15ml 2% λιδοκαΐνης με επινεφρίνη 20%μg/ml, με συμπλήρωμα 1,5mg 8,4% δικαρβονικών. Επιπλέον 5ml του μείγματος χρησιμοποιείτο σε περίπτωση διεγχειρητικής δυσφορίας του ασθενούς. Μεταλλικά ράμματα χρησιμοποιήθηκαν για την σύγκλιση του τραύματος, καθώς και μαλακή επίδεση πέριξ του αγκώνα. Ο ασθενής λάμβανε άμεσα εξτήριο και αξιολογείτο για άλγος και ικανοποίηση από το χειρουργείο στα τακτικά ιατρεία της κλινικής.

Αποτελέσματα: Μεταξύ του 2011 και του 2015 129 ασθενείς υποβλήθηκαν σε in situ αποσυμπίεση του ωλενίου νεύρου. 72 γυναίκες (Μ.Ο. 59,1 έτη) και 49 άντρες (Μ.Ο. 66,1 έτη) αξιολογήθηκαν με την χρήση του VAS pain score (Visual Analogue Scale) διεγχειρητικά, την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, την 15η, 1 μήνα και 1 έτος μετεγχειρητικά. Τα επίπεδα ικανοποίησης εκτιμήθηκαν με την χρήση της κλίμακας Linkert.

Το VAS pain score στις γυναίκες ασθενείς βελτιώθηκε από 6,3 διεγχειρητικά στο 1,6 μετεγχειρητικά, ενώ οι τιμές για τους άντρες στην ίδια περίοδο ήταν 4,7 και 1,1. Τα επίπεδα ικανοποίησης βάσει της κλίμακας Linkert ήταν 3,4 για τις γυναίκες και 3,8 για τους άντρες κατά το πρώτο έτος μετεγχειρητικά.

Συμπεράσματα: Η χρήση της τοπικής αναισθησίας για την αποσυμπίεση του ωλενίου νεύρου περιγράφηκε πρώτη φορά από τους Lankester και Giddins το 2001 και κερδίζει διαρκώς το ενδιαφέρον των χειρουργών χεριού τα τελευταία χρόνια. Τα αποτελέσματα της τεχνικής είναις συγκρίσιμα με την χρήση γενικής αναισθησίας, όσον αφορά τον έλεγχο του πόνου και την ικανοποίηση των ασθενών. Ο συνδιασμός της αποτελεσματικότητάς της σε συνδιασμό με το χαμηλό κόστος, ευνοεί την χρήση της τεχνικής, ιδιαίτερα σε συστήματα υγείας που βρίσκονται σε οικονομική κρίση.

Ο 28 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κ.Τόλης, Π.Αρεταίου, Π.Κανέλλος, Σ.Συγγούνα, Ι.Κότσαλης, Σ.Σωτηριάδη, Σ.Σπυρίδωνος

Κλινική Μικροχειρουργικής, Χεριού και Άνω άκρου, ΓΝΑ ΚΑΤ

Εισαγωγή: Σκοπός της εργασίας είναι η επιδημιολογία των κακώσεων του άνω άκρου στον Ελληνικό πληθυσμό και ο συσχέτισμός τους με κοινωνικούς και επαγγελματικούς παράγοντες.

Υλικό -Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά 990 ασθενείς, οι οποίοι αξιολογήθηκαν στο Τμήμα επειγόντων περιστατικών της Κλινικής Μικροχειρουργικής, Χεριού και Άνω άκρου στο ΓΝΑ ΚΑΤ, με οξεία κάκωση στο άνω άκρο κατά την διάρκεια του έτους 2014. Τα επιδημιολογικά δεδομένα αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, υπηκοότητα, ημέρα κάκωσης, τρόπος μεταφοράς στο νοσοκομείο και τύπο κώωσης.

Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν ελληνικής υπηκοότητας (777 ασθενείς/ 78,5%) ενώ οι υπόλοιποι αλλοδαποί (213 ασθενείς/21,5%). Οι τραυματισμοί αφορούσαν περισσότερο άντρες (723 ασθενείς/ 73%) σε σχέση με τις γυναίκες (267 ασθενείς/ 27%). Η πλειοψηφία των περιστατικών περιελάμβανε την 3η ηλικιακή δεκαετία (242 ασθενείς/ 24,4%) καθώς και την 4η (195 ασθενείς/ 19,7%).

Οι περισσότεροι ασθενείς τραυματίστηκαν την ημέρα Παρασκευή (173 ασθενείς/ 17,5%), ενώ η μεγαλύτερη καταγραφή ατυχημάτων έγινε τον Μάρτιο (114 ασθενείς/ 11,5%) και τον Απρίλιο (112 ασθενείς/ 11,5%).

Η κάκωση αφορούσε το αριστερό άκρο σε 523 περιπτώσεις (52,8%), το δεξί σε 435 περιπτώσεις (43,9%), ενώ 32 ασθενείς (3,2%) παρουσίασαν τραυματισμό και στα δύο άκρα. Απλό τραύμα όπως μονό κατάγμα, διατομή τένοντα ή νεύρου καταγράφηκε σε 381 περιστατικά (38,5%) . Όλα τα υπόλοιπα περιστατικά συνιστούσαν σύνπλοκες βλάβες (61,5%). Χειρουργική επέμβαση υπό γενική ή τοπική αναισθησία πραγματοποιήθηκε σε 822 ασθενείς(83%), ενώ η παραμονή στο νοσοκομείο ήταν απαραίτητη για 523 ασθενείς (52,8%). Λιγότερο από 3%(29 ασθενείς) παρέμειναν κλινίκες για περισσότερες από μία ημέρα.

Συμπεράσματα: Τα επιδημιολογικά δεδομένα βελτιώνουν την γνώση μας όσον αφορά τον τύπο κάκωσης, αποκαλύπτουν παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την πραγματοποίηση ενός ατυχήματος στο άνω άκρο, ενώ συμβάλλουν στην πρόληψη μελλοντικών τραυματισμών, μειώνοντας τις απώλειες σε εργατοώρες και υγειονομικό κόστος.

Ο 29 ΙΣΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΥΝΑΜΗΣ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΜΥΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΚΑΤΑΦΥΤΙΚΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΤΟΥ ΔΙΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΚΑΘΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟ ΔΙΚΕΦΑΛΙΚΟ ΟΓΚΩΜΑ

Σ.Γιγουρτάκης¹, Ζ. Χριστοφοράκης², Π. Καψετάκης³, Α.Πιπικάκη¹, Α. Μπαξεβάνη¹, Ι. Γαλανάκης²

¹Ιδιώτης Φυσικοθεραπευτής/τρια Ηράκλειο Κρήτης, ²Ορθοπαιδική Κλινική «ΠΑ.Γ.Ν.Η», ³Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν.Η. «Βενιζέλειο»

Σκοπός: Προτείνουμε μια μέθοδο αξιολόγησης δύναμης των μυικών ομάδων της κάμψης, έκτασης αγκώνος και πρηνισμού, υπτιασμού του αντιβραχίου. Αξιολογείται η ισομετρική και σύγκεντρη μυϊκή σύσπαση.

Υλικό & Μέθοδος: Α. Εξοπλισμός: Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα ισοκινητικής αξιολόγησης Humac Norm, CSMi.

Β. Δείγμα: Οι μετρήσεις έγιναν σε δείγμα 15 ατόμων που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο συρραφής τένοντα δικεφάλου βραχιονίου μυός. Όλοι είχαν χειρουργηθεί από τον ίδιο χειρουργό με επανακαθήλωση σε οστική σφήρα στο δικεφαλικό όγκωμα της κερκίδας. Οι ασθενείς εξετάστηκαν τουλάχιστον ένα έτος μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Γ. Τρόπος μέτρησης: Εξετάστηκε:

1. Η ισομετρική δύναμη καμπτήρων -εκτεινόντων μυών του αγκώνος και υπτιαστών αντιβραχίου.
 2. Η ισοκινητική ροπή των καμπτήρων-εκτεινόντων μυών του αγκώνος των υπτιαστών -πρηνιστών μυών του αντιβραχίου σε δύο ταχύτητες 60, 120 ο/δευτ..
 3. Η αντοχή όλων των παραπάνω μυικών ομάδων, σε ταχύτητα 120 ο/δευτ..
- Εξετάστηκαν και τα δύο άκρα με τυχαία επιλογή σειράς.

Αποτελέσματα: Η προτεινόμενη μέθοδος βρέθηκε αξιόπιστη και έγκυρη. Φαίνεται, επίσης, να είναι εύληπτη και σχετικά εύκολη για τον εξεταζόμενο, αφού με επιτυχία ολοκληρώθηκε από όλους. Επιτυγχάνεται καλύτερη σταθεροποίηση και απομόνωση της προς μετρούμενης μυϊκής ομάδας, με εξάλειψη της επίδρασης της βαρύτητας.

Συμπεράσματα: Έχει αποδειχθεί η χρήση της ισοκινητικής αξιολόγησης σε υγιή πληθυσμό και αθλητές. Σε αντίθεση με τις έως τώρα σχετικές έρευνες, γίνεται αξιολόγηση όλων των εμπλεκόμενων μυϊκών ομάδων ισομετρικά και ισοκινητικά.

Πιστεύουμε ότι έχει κλινική εφαρμογή στην αξιολόγηση των μυϊκών μεταβολών που επέρχονται σε άτομα που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις, που επηρεάζουν τη δύναμη του άνω άκρου. Η αναφορά μας αποτελεί πρώιμη ανακοίνωση μελέτης που βρίσκεται σε εξέλιξη.

Ο 30 ΤΟ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΛΟΠΙΔΟΓΡΕΛΗ ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΟΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ

Θ. Λιλλής^{1,2}, Α. Βέντ^{1,2}, Ν. Σακελλαρίδης³, Ζ. Νταϊλιάνη¹

¹Κλινική Ορθοπαιδικής, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ²Εργαστήριο Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας & Ακτινολογίας, Τμήμα Οδοντιατρικής ΑΠΘ, ³Εργαστήριο Κλινικής Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η κλοπιδογρέλη αποτελεί ένα από τα συχνότερα συνταγογραφούμενα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα για την πρόληψη των επιπλοκών της αθηροσκλήρωσης. Συνδεδεμένη στον πουρινεργικό υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων αποτρέπει τη συγκόλλησή τους και τη δημιουργία θρόμβων. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν την ύπαρξη του υποδοχέα τόσο στις οστεοβλάστες όσο και στις οστεοκλάστες. Η επίδραση της κλοπιδογρέλης στην οστική επούλωση δεν έχει ακόμη μελετηθεί και σκοπός της παρούσας ήταν η μελέτη της επίδρασης της συστηματικής χορήγησης κλοπιδογρέλης στην επούλωση οστικών ελλειμμάτων κρανίου.

Υλικό & Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν 16 κουνέλια Νέας Ζηλανδίας τα οποία χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: ομάδα Α που ελάμβανε αγωγή με κλοπιδογρέλη 3mg/Kg ημερησίως και ομάδα Β χωρίς καμία αγωγή. Η αγωγή ξεκινούσε μια εβδομάδα προεγχειρητικά και συνεχιζόταν για 6 εβδομάδες μετεγχειρητικά, οπότε και πραγματοποιούνταν ευθανασία των ζώων. Σε κάθε κουνέλι δημιουργήθηκαν χειρουργικά δύο κυκλικά ελλείμματα διαμέτρου 11mm στα βρεγματικά οστά. Τα ελλείμματα αφέθηκαν προς αυθόρμητη επούλωση χωρίς την τοποθέτηση μοσχεύματος ή/και μεμβράνης. Αξιολογήθηκε η οστική αναγέννηση και η γεφύρωση των ελλειμμάτων ακτινογραφικά και ιστομορφομετρικά.

Αποτελέσματα: Η ακτινολογική μελέτη έδειξε ότι τα ελλείμματα της ομάδας Α είχαν σημαντικά μεγαλύτερο σκορ οστικής αναγέννησης από αυτά της ομάδας Β (3.31 vs 1.43, $p < 0.001$). Η ιστομορφομετρική μελέτη επίσης έδειξε ότι τα ποσοστά νεοοσχηματισθέντος οστού και γεφύρωσης του ελλείμματος της ομάδας Α ήταν σημαντικά μεγαλύτερα από αυτά της ομάδας Β (28.1% vs 19.5%, $p = 0.018 < 0.05$ και 72.2% vs 41.2%, $p = 0.004 < 0.05$ αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η συστηματική χορήγηση κλοπιδογρέλης προάγει την επούλωση των οστικών ελλειμμάτων. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται για την αξιοποίηση των κλινικών εφαρμογών των ανωτέρω ευρημάτων.

Ο 31 ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΑ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΚΑΙ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Π. Διαμαντόπουλος¹, Π. Δεσκούλιδη¹, Δ. Αγορογιάννης¹, Κ. Μπενετατός², Μ. Κοτρώτσιου³, Σ. Σταυριανός¹

¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, «Άγιος Σάββας» Γενικό Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών,

²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, «Ο Ευαγγελισμός» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή: Σκοπός μας η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αντιμετώπιση των εκτεταμένων βασικοκυτταρικών (BCC) και ακανθοκυτταρικών (SCC) καρκινωμάτων κεφαλής και τραχήλου.

Υλικό-Μέθοδος: Από το 2000 έως το 2017 34 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν στο νοσοκομείο μας με εκτεταμένα BCC και SCC καρκινώματα με ευρεία εκτομή του όγκου ακολουθούμενη από αποκατάσταση κυρίως με περιστροφικούς κρημνούς, με ελεύθερους κρημνούς και ελεύθερα δερματικά μοσχεύματα.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε 10 BCC, 22 SCC και 2 περιπτώσεις μεταυπικών βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική θεραπεία με μικρή νοσηρότητα και αποδεκτό αισθητικό αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Τα εκτεταμένα BCC και SCC καρκινώματα κεφαλής και τραχήλου είναι μεγάλοι όγκοι που ενίοτε μπορεί να διηθήσουν γειτονικές δομές, όπως τα όστα, παρουσιάζοντας ένα σύνθετο θεραπευτικό πρόβλημα. Οι περιστροφικοί και οι ελεύθεροι κρημνοί αποτελούν τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες θεραπευτικές λύσεις όσον αφορά την αποκατάσταση. Η εξαίρεση του όγκου σε υγιή όρια είναι απαραίτητη για τη θεραπεία των ασθενών ιδιαίτερα αυτών με οστική συμμετοχή.

Ο 32 ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΔΙΑΣΩΣΕΩΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Ν.Μάλτζαρης¹, Κ.Μπενετατός², Μ.Κοτρώτσιου³, Γ.Ζαρκάδας¹, Σ.Σταυριανός¹

¹Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», ²Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η παρηγορική χειρουργική διασώσεως αναφέρεται σε περιπτώσεις ασθενών που υποτρόπισαν αφού προηγουμένως είχαν υποβληθεί σε προγραμματισμένη οριστική θεραπεία και ιδιαίτερα ακτινοθεραπεία

Υλικό - Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας σε 41 περιστατικά πολλαπλών υποτροπών καρκίνου κεφαλής και τραχήλου μετά από οριστική θεραπεία διαφόρων τύπων την τελευταία 15ετία. Η συχνότερα πραγματοποιούμενη χειρουργική επέμβαση ήταν η ολική η σχεδόν ολική γλωσσεκτομή και η συχνότερη αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε με τον κερκιδικό κρημό του αντιβραχίου. Σε τρεις περιπτώσεις χορηγήθηκε μετεγχειρητική βραχυθεραπεία αφού είχε προηγηθεί η τοποθέτηση σωληνίσκων Ιριδίου κάτωθεν της μεταμοσχεύσεως

Αποτελέσματα: 21 ασθενείς είναι εν ζωή ενώ 18 κατέληξαν με υποτροπή εντός 2 ετών. Τρεις ασθενείς έχουν μικρότερη του έτους παρακολούθηση

Συμπέρασμα: Σε T1/T2 υποτροπιάζοντες όγκους υπάρχει σαφής βελτίωση της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής ενώ σε T3/T4 υποτροπές η πρόγνωση είναι χειρίστη με συμπτωματική βελτίωση του ασθενούς σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

Ο 33 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ ΜΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΣ ΚΡΗΜΝΟΥΣ

Α. Δελημαλάς, Γ.Α. Σπυροπούλου, Α. Παυλίδης, Β. Λάμπρος, Ε. Δεμίρη

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η μεταφορά ελεύθερων κρημών χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στην αποκατάσταση ελλειμμάτων της κεφαλής και του τραχήλου. Η ποικιλία των διαθέσιμων δότηρων περιοχών επιτρέπει την αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση σύνθετων ελλειμμάτων.

Υλικό - Μέθοδος: Τα ιστορικά των ασθενών της Κλινικής μας που χειρουργήθηκαν την τελευταία πενταετία για αποκατάσταση σύνθετων ελλειμμάτων της κεφαλής και του τραχήλου ελέγχθηκαν και αναλύθηκαν αναφορικά με το έλλειμμα, την επιλογή της δότηριας και τις πιθανές επιπλοκές.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας αντιμετωπίσαμε 17 ασθενείς με σύνθετα ελλείμματα κεφαλής και τραχήλου. Χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 18 ελεύθεροι κρημοί. Οι ηλικίες των ασθενών κυμαίνονταν από 38 έως 85 ετών (Μ.Ο. 62). Οι ελεύθεροι κρημοί που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: προσθιοπλάγιος κρημός του μηρού (n=7), κερκιδικός (n=6), πλατύς ραχιαίος (n=1), ισχνός προσαγωγός (n=1), ελεύθερος κρημός από το πτερύγιο του ωτός (n=1), νήσιδα (n=1), περόνη (n=1). Τα ελλείμματα ήταν: υποφαρυγγικά (n=2), στο πτερύγιο της ρινός (n=1), στα μαλακά μόρια και το σπλαγχνικό κρανίο (n=3), ενδοστοματικά (n=4), στην κάτω γνάθο (n=1), στο δέρμα και στα μαλακά μόρια (n=6), στα μαλακά μόρια και στο εγκεφαλικό κρανίο (n=1). Η επιτυχία των κρημών ήταν 100%. Οι επιπλοκές που παρατηρήθηκαν ήταν διάσπαση τραύματος στη δότηρια (n=3) και στη λήπτρια (n=3).

Συμπεράσματα: Η άμεση αποκατάσταση ελλειμμάτων της κεφαλής και του τραχήλου με τη χρήση ελεύθερων κρημών είναι επιτυχής και αξιόπιστη μέθοδος. Η συχνότητα των επιπλοκών είναι χαμηλή και οι δυνατότητες όσον αφορά στην κάλυψη σύνθετων ελλειμμάτων απεριόριστες.

Ο 34 ΟΨΙΜΗ ΑΥΤΟΛΟΓΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ & ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ**Ε. Δεμίρη, Δ. Διονυσίου, Ε. Λάμπρος, Α. Σαράφης, Α. Τσιμπώνης, Γ. Άρσος**

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση αποτελεσμάτων σειράς ασθενών που υποβλήθηκαν στην Κλινική μας –μετά από θεραπεία για καρκίνο μαστού- σε όψιμη αυτόλογη αποκατάσταση του μαστού και ταυτόχρονη ελεύθερη μεταμόσχευση λεμφαδένων για θεραπεία του λεμφοιδήματος του άνω άκρου.

Υλικό & Μέθοδος: Το υλικό μας περιλαμβάνει 21 ασθενείς (μ.ο. ηλικίας 41 έτη) που κατά την τελευταία 5ετία, υποβλήθηκαν σε αυτόλογη αποκατάσταση μαστού μετά προηγηθείσα μαστεκτομή, και ταυτόχρονη ελεύθερη μεταφορά αγγειούμενου κρημνού λεμφαδένων από τη βουβωνική χώρα. Σε όλες τις ασθενείς διενεργήθηκε προεγχειρητικό λεμφοσπινθηρογράφημα άνω άκρων και SPECT-CT για χαρτογράφηση των επιπολής βουβωνικών λεμφαδένων. Μελετήθηκαν οι φάκελοι των ασθενών και καταγράφηκαν οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού, ο αριθμός μεταφερόμενων λεμφαδένων, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, τα αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα μετά min follow-up 6 μηνών.

Αποτελέσματα: Χρησιμοποιήθηκαν κρημνοί DIEP (v=14) και πλατύς ραχιαίος μυοδερματικός κρημνός σε συνδυασμό με λιπομεταφορά (v=7). Ο μέσος αριθμός λεμφαδένων/λεμφαδενικό κρημνό ήταν 3.4. Σχετικά με επιπλοκές, είχαμε μία ολική και μία μερική απώλεια κρημνού DIEP, λεμφόρροια βουβωνικής περιοχής (v=2), διάσπαση κοιλιακού τραύματος (v=3), ύγρωμα ράχης (v=3). Σε καμία ασθενή δεν διαπιστώθηκε ιατρογενές λεμφοίδημα κάτω άκρου. Οκτώ ασθενείς υποβλήθηκαν σε δευτερεύουσα λιπομεταφορά στον μαστό, και εννέα σε συμμετρικοποίηση του άλλου μαστού. Η μείωση του όγκου του άνω άκρου εκτιμήθηκε στο 63%, ενώ όλες οι ασθενείς δήλωσαν βελτίωση αισθήματος βάρους και μείωση αριθμού λοιμώξεων στο πάσχον άκρο.

Συμπεράσματα: Η αυτόλογη αποκατάσταση μαστού σε συνδυασμό με ταυτόχρονη μικροχειρουργική μεταφορά λεμφαδένων αποτελεί πλέον αξιόπιστη μέθοδο σύγχρονης ανάπλασης του μαστού και αντιμετώπισης του λεμφοιδήματος του άνω άκρου σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

Ο 35 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΥΠΟ ΤΗΝ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΡΑΔΙΟΙΣΟΤΟΠΙΚΗΣ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ & ΤΗΣ SPECT-CT : Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΩΝ «ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΕΚΛΟΓΗΣ» (“SeLyN”)**Α. Σαράφης, Δ. Διονυσίου, Ε. Δεμίρη, Α. Τσιμπώνης, Γ. Άρσος**

Κλινική Πλαστική Χειρουργικής ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Η μεταμόσχευση ελεύθερου λεμφαδενικού κρημνού (ΕΛΚ) αποτελεί την πλέον αποδεκτή μέθοδο θεραπείας του λεμφοιδήματος. Κλασικά, η παρασκευή του βουβωνικού λεμφαδενικού κρημνού βασίζεται σε ανατομικά οδηγία σημεία. Στην παρούσα μελέτη, για την επιλογή των καταλληλότερων λειτουργικών λεμφαδένων, προτείνουμε μία νέα πρωτότυπη τεχνική, που ονομάσαμε “Selected Lymph Nodes Technique” (“SeLyN”).

Υλικό - Μέθοδος: 46 ασθενείς με λεμφοίδημα άνω άκρου, υποψήφιοι για ΕΛΚ, υποβλήθηκαν προεγχειρητικά σε SPECT-CT κάτω άκρων άμφω, με σκοπό τη χαρτογράφηση των επιπολής βουβωνικών λεμφαδένων και τη σύγκριση της λεμφικής απορροφής των δύο άκρων. Οι λεμφαδένες εκλογής εντοπίστηκαν με ακρίβεια στις υβριδικές SPECT-CT απεικονίσεις, και οι συντεταγμένες τους στον κάθετο, οριζόντιο και εν τω βάθει άξονα, μεταφέρθηκαν και ιχνογραφήθηκαν στη βουβωνική χώρα των ασθενών. Καταγράφηκαν και αναλύθηκαν δημογραφικά στοιχεία, το στάδιο και το είδος του λεμφοιδήματος, συμπτώματα, μέγεθος κρημνού, αριθμός μεταφερόμενων λεμφαδένων, χρόνος παρασκευής, επιπλοκές δότηριας, καθώς και η σύγκριση των προεγχειρητικών και μετεγχειρητικών λειτουργικών και αισθητικών αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΕΛΚ με την τεχνική “SeLyN”, 43 παρουσίαζαν δευτεροπαθές και 3 πρωτοπαθές λεμφοίδημα. Η μέση διάσταση του μεταφερόμενου κρημνού ήταν 23,92cm², περιέχοντας κατά μέσο όρο 3,1 λεμφαδένες. Ο μέσος χρόνος παρασκευής του κρημνού ήταν 39 λεπτά. Μετά μέση μετεγχειρητική παρακολούθηση 29 μηνών, δεν καταγράφηκε καμία μείζονα επιπλοκή στις δότηριες χώρες. Ο όγκος, το αίσθημα βάρους και τα επεισόδια λοιμώξεων ελαχιστοποιήθηκαν σχεδόν σε όλους τους ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η τεχνική “SeLyN” αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο επιλογής των πλέον κατάλληλων λεμφαδένων για μεταμόσχευση, μειώνει τη νοσηρότητα της δότηριας περιοχής και βραχύνει το συνολικό χειρουργικό χρόνο.

Ο 36 ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ

Α. Σαράφης, Α. Πάγκαλος, Α. Τσιμπώνης, Α. Παπακωνσταντίνου, Α. Παπάς, Ε. Δεμίρη

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Το μελάνωμα αποτελεί το 1-3% των κακοηθειών του δέρματος. Αδιευκρίνιστο παραμένει αν η εν λόγω εντόπιση της βλάβης επηρεάζει το χρόνο αρχικής διάγνωσης και την γενικότερη πρόγνωση της νόσου.

Υλικό - Μέθοδος: Σε περίοδο 13 ετών αντιμετωπίστηκαν 280 ασθενείς με δερματικό μελάνωμα, εκ των οποίων 35 έφεραν μελάνωμα άνω άκρου. Καταγράφηκαν και αναλύθηκαν δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, χαρακτηρισ της πρωτοπαθούς εστίας, ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά, αποτελέσματα της βιοψίας φρουρού-λεμφαδένα (ΒΦΛ) και λεμφαδεκτομής, και συγκρίθηκαν με αυτά άλλων εντοπίσεων (κορμός, κεφαλή-τράχηλος, κάτω άκρα).

Αποτελέσματα: Η εντόπιση στο άνω άκρο βρέθηκε τέταρτη σε συχνότητα (12.6%), μετά τον κορμό (32.8%), κάτω άκρα (32.1%) και κεφαλή-τράχηλο (22.5%). Εκ των ασθενών με μελάνωμα άνω άκρου, 15 ήταν άνδρες (42.8%) και 20 γυναίκες (57.2%), με μέσο όρο ηλικίας τα 53.7 έτη, έναντι των 59.5 έτων του συνόλου των ασθενών. Η πρωτοπαθής εστία εντοπιζόταν στον βραχίονα (v=16), αντιβράχιο (v=14), χέρι (v=5). Το μέσο πάχος κατά Breslow ήταν 2.17mm ενώ το αντίστοιχο στο σύνολο ανεξαρτήτως εντοπίσεως ήταν 3.23mm. Η ΒΦΛ ήταν θετική σε ποσοστό 16% (4/25) για το άνω άκρο και 30.3% στο σύνολο των ασθενών (p=0,01). Ο λεμφαδενικός καθαρισμός ήταν θετικός στο 50% (2/4) των μελανωμάτων άνω άκρου και 56.7% στο σύνολο των ασθενών (p=0,598).

Συμπεράσματα: Η εντόπιση στο άνω άκρο σχετίζεται με λεπτότερα μελανώματα και μικρότερα ποσοστά θετικού ΦΛ, στοιχεία που συνεπάγονται ευνοϊκότερη πρόγνωση. Παράλληλα τα μελανώματα άνω άκρων αφορούσαν νεότερες ηλικίες. Πιθανή εξήγηση, αποτελεί, η ευχερής αυτοεξέταση και η έγκαιρη αναγνώριση οποιασδήποτε δερματικής βλάβης στα άνω άκρα, στοιχεία που ωφελούν τη διάγνωση σε πρώιμο στάδιο.

Ο 37 ΕΚΤΟΜΗ ΔΙΑΦΥΣΙΑΚΩΝ ΟΣΤΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΜΕ ΑΓΓΕΙΟΥΜΕΝΗ ΠΕΡΟΝΗ ΚΑΙ ΑΛΛΟΜΟΣΧΕΥΜΑ

Π. Μεγαλοοικονόμος, Β. Ηγουμένου, Χ. Βώπης, Ι. Γαλανόπουλος, Γ. Κακουράτος,

Γ. Αγοργιάννης, Χ. Ζαμπακίδης, Α. Μαυρογένης, Π. Παπαγγελόπουλος, Β. Κοντογεωργάκος

Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα

Εισαγωγή: Η ανακατασκευή των οστικών ελλειμμάτων με αγγειομένη περόνη και αλλομόσχευμα συνδυάζει την αγγειακή παροχή και τη σταθερότητα του μοσχεύματος.

Υλικό & Μέθοδος: Παρουσιάζουμε 11 ασθενείς, μέσης ηλικίας 31 ετών (εύρος, 15-44 έτη), που παρουσίασαν διαφυσικά όγκο στο κάτω άκρο. Τέσσερις ασθενείς παρουσίασαν αδαμαντίνωμα, 4 οστεοσάρκωμα, 2 σάρκωμα Ewing, και ένας ινοσάρκωμα. Η εντόπιση της νόσου αφορούσε τη μηριαία διάφυση σε 6 ασθενείς, ενώ σε 5 τη διάφυση της κνήμης. Μετά την εκτομή του όγκου διενεργήθηκε ανακατασκευή του ελλείμματος με τη χρήση ελεύθερου μοσχεύματος αγγειομένης περόνης σε συνδυασμό με αλλομόσχευμα. Σε 5 περιπτώσεις η περόνη τοποθετήθηκε ενδομυελικά του αλλομοσχεύματος (inlay), ενώ σε 6 περιπτώσεις πάνω σε αυτό (onlay). Το μέσο έλλειμμα ήταν 16 cm (εύρος, 12-21cm). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 3 έτη.

Αποτελέσματα: Επιτυχής πώρωση του μοσχεύματος καταγράφη σε 9 ασθενείς. Από τους ασθενείς αυτούς όσοι υπεβλήθησαν σε ανακατασκευή του μηριαίου, είχαν μέσο χρόνο πώρωση 7,2 μήνες (εύρος, 6-9 μήνες) και ελεύθερη φόρτιση σε 11,5 μήνες (εύρος, 10-13 μήνες). Στους ασθενείς με ανακατασκευή της κνήμης, η πώρωση επετεύχθη σε 5,5 μήνες (εύρος, 4-6 μήνες), ενώ ελεύθερη φόρτιση επιτράπη σε 9 μήνες (εύρος, 8-11 μήνες). Ένας ασθενής παρουσίασε άσπλητη ψευδάρθρωση, που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς μετά από επανεπέμβαση και τοποθέτηση αυτόλογου οστικού μοσχεύματος. Ένας ασθενής παρουσίασε σπητική ψευδάρθρωση. Ο ασθενής αυτός αντιμετωπίστηκε με πολλαπλούς χειρουργικούς καθαρισμούς. Ένας ασθενής παρουσίασε υποτροπή της νόσου στα μαλακά μόρια που αντιμετωπίστηκε με τοπική εκτομή.

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός αγγειομένης περόνης και αλλομοσχεύματος αποτελεί μια αξιόπιστη τεχνική για την ανακατασκευή διαφυσικών ελλειμμάτων του κάτω άκρου, με αποδεκτά ποσοστά επιπλοκών. Αναμένεται παρατεταμένος περιορισμός φόρτισης μέχρι την πώρωση του μοσχεύματος. Η πώρωση προβλέπεται να επιτευχθεί αργότερα στις περιπτώσεις ανακατασκευής του μηριαίου σε σχέση με αυτές της κνήμης.

Ο 38 ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ Ή ΕΚ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΥΣΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΡΗΜΝΟΙ-ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΕΡΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Π.Δεσκούλιδης¹, Κ.Μπενετάτος², Π.Διαμαντόπουλος¹, Ν.Μάλτζαρης¹, Δ.Αγορογιάννης¹, Μ.Κοτρώτσιου³, Σ.Σταυριανός¹, Γ.Ζαρκάδας¹

¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Α.Ο.Ν.Α «Ο Άγιος Σάββας», ²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, 401 ΓΣΝΑ,

³Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποτελεί την καταγραφή της εμπειρίας μας και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στο Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο μετά από αποκατάσταση ελλειμμάτων με ελεύθερους και εκ διατρίπτουσών αγγείων κρημνούς για την χειρουργική αντιμετώπιση όγκων ή υποτροπής όγκων Κεφαλής-Τραχήλου, κορμού, περινέου και κάτω άκρων.

Υλικό-Μέθοδος: Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 200 ασθενείς την τελευταία 17ετία με ελεύθερους κρημνούς από τους οποίους οι 22 ήταν εκ διατρίπτουσών αγγείων. 180 ασθενείς (90%) αντιμετωπίστηκαν για όγκους Κεφαλής-τραχήλου (ρίζας γλώσσας, μέσου τριτημορίου προσώπου, κόγχου, πρόσθιου-μέσου κρανιακού βόθρου, άνω-κάτω γνάθου, τραχήλου). Οι ελεύθεροι κρημνοί που πραγματοποιήθηκαν ήταν ορθός κοιλιακός, πλατύς ραχιαίος, κερκιδικός του αντιβραχίου. Οι κρημνοί εκ διατρίπτουσών αγγείων ήταν ο προσθιοπλαγίος κρημνός του μηρού (ALT) και η ελεύθερη περόνη. Σε 4 γυναίκες έγινε αποκατάσταση μαστού με ελεύθερο κοιλιακό κρημνό (DIEP). Επιπλέον διενεργήθηκαν 20-25 μισχωτοί εκ διατρίπτουσών κρημνοί για αποκατάσταση περινέου, κάτω άκρου.

Αποτελέσματα: Με μέσο χρόνο μετεγχειρητικής παρακολούθησης 7 έτη 110 ασθενείς βρίσκονται εν ζωή. Η χρήση των ελεύθερων κρημνών είχε ποσοστά επιτυχίας πάνω από 92% και τα τελευταία έτη η χρήση των κρημνών εκ διατρίπτουσών βελτίωσε περισσότερο την λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Η επιλογή του καταλληλότερου κρημνού για κάθε έλλειμμα εξαρτάται από την χειρουργική τεχνική, το ιστορικό του ασθενή, την χειρουργική εκτομή, τη μορφολογία του ελλείμματος, την αγγείωση της δότριας περιοχής και του χειρουργικού χρόνου που απαιτείται. Επίσης μεγάλο ρόλο διαδραματίζει η περιεγχειρητική ακτινοβολία.

Κανένας κρημνός δεν έχει αποδειχθεί να είναι καλύτερος ή ο κανόνας για όλες τις περιπτώσεις. Ο προεγχειρητικός σχεδιασμός είναι απαραίτητος κάθε φορά καθώς και δεύτερες λύσεις ή συνδυασμός μικροχειρουργικών τεχνικών όπου χρειάζεται.

Ο 39 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΓΚΟΛΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΔΑΚΤΥΛΙΚΩΝ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΩΝ

Δ. Μπουγιουκλής¹, Ν. Γκανταΐφης¹, Ζ. Κόκκαλης², Β.Ν. Ψυχογιός³

¹Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. Πύργου, ²Ορθοπαιδική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών,

³Ε' Ορθοπαιδική Κλινική, Τμήμα Άκρας Χειρός - Μικροχειρουργικής, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

Εισαγωγή: Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης ήταν η αξιολόγηση των λειτουργικών αποτελεσμάτων και ο προσδιορισμός του ποσοστού επιβίωσης της συγκόλλησης σε ασθενείς με τραυματικό περιφερικό ακρωτηριασμό των δακτύλων της χειρός.

Υλικό & Μέθοδος: Σε μια δεκαετία (2006-2016) συμπεριελήφθησαν 83 ασθενείς (69 άνδρες και 14 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 46.4 έτη. Οι ακρωτηριασμοί ταξινομήθηκαν σε τρεις τύπους βάσει του μηχανισμού της κάκωσης, ενώ για το επίπεδο του ακρωτηριασμού χρησιμοποιήθηκε η ταξινόμηση Tamaï. Σε κάθε ασθενή ελήφθη υπόψη ο αριθμός των δακτύλων που συγκολλήθηκαν, η πιθανή φλεβική αναστόμωση, η νευρική αποκατάσταση και αξιολογήθηκαν το εύρος κίνησης, η ανάκτηση της αισθητικότητας, καθώς και οι επιπλοκές.

Αποτελέσματα: Ο μ.ο. επιβίωσης των δακτυλικών συγκολλήσεων ήταν 81%. Το ποσοστό επιβίωσης ήταν υψηλότερο για τους ακρωτηριασμούς που οφείλονται σε τέμνοντα και νύσσοντα όργανα σε σχέση με αυτούς που προκύπτουν από σύνθλιψη ή απόσπαση. Ωστόσο δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο ποσοστό επιβίωσης σε σχέση με την ζώνη της συγκόλλησης. Η φλεβική αποκατάσταση δεν επηρέασε το ποσοστό επιβίωσης, τόσο στη ζώνη Ι όσο και στη ζώνη ΙΙ. Ο μ.ο. διάκρισης δύο σημείων ήταν 9 mm, ενώ οι επιπλοκές συμπεριελάμβαναν ατροφία του πολφού των δακτύλων (17%) και η παραμόρφωση του όνυχος (29%).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης ενθαρρύνουν την προσπάθεια συγκόλλησης των περιφερικών τραυματικών ακρωτηριασμών δεδομένου του υψηλού ποσοστού επιβίωσης και του καλού τελικού αποτελέσματος. Η φλεβική αποκατάσταση δεν φαίνεται να αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης.

Ο 40 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΕΥΔΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΣΚΑΦΟΕΙΔΟΥΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ 1,2 ΔΙΑ-ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΤΟ ΟΣΤΙΚΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ

Ν. Γκανταΐφης, Δ. Μπουγιουκλής, Π. Πούλιος, Γ. Ρούμπης, Ι. Χαντί

Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. Πύργου

Εισαγωγή: Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης ήταν η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της χρήσης της 1,2 δια-διαμερισματικής αρτηρίας στο οστικό μόσχευμα για την αντιμετώπιση των ψευδαρθρώσεων του σκαφοειδούς οστού και ο προσδιορισμός των παραγόντων που μπορεί να ευθύνονται στη αποτυχία αυτής της μεθόδου.

Υλικό & Μέθοδος: Σε μια δεκαετία (2006-2016) συμπεριελήφθησαν 8 ασθενείς που έπασχαν από ψευδάρθρωση του σκαφοειδούς και οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με οστικό αυτομόσχευμα που περιελάμβανε την 1,2 δια-διαμερισματική αρτηρία. Η αξιολόγηση βασίστηκε στη χρήση του DASH score και των Green and O'Brien score. Η προσέγγιση των παραγόντων που ενδεχομένως ευθύνονται για την αποτυχία της μεθόδου έγινε μέσω της γραμμικής παλινδρόμησης. Ο μ.ο. παρακολούθησης ήταν οι 18 μήνες.

Αποτελέσματα: Πώρωση επιτεύχθηκε στους 6 ασθενείς εντός 4 μηνών. Από αυτούς 5 είχαν καλό και 1 πτωχό αποτέλεσμα βάσει των Green and O'Brien score. Ο μ.ο του DASH score ήταν 10.5, ο μ.ο. κάμψης-έκταση ήταν 116.9ο και ο μ.ο. κερκιδικής και ωλένιας απόκλισης ήταν 37.8ο. από. Σε 2 ασθενείς όπου δεν παρατηρήθηκαν ευρήματα πώρωσης, η ψευδάρθρωση συνοδεύονταν από οστεονέκρωση του εγγύς πόλου του σκαφοειδούς. Οι ασθενείς αυτοί είχαν DASH score 8.9 και ανέφεραν ήπιο άλγος που δεν ήταν περιοριστικό κατά τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Συμπεράσματα: Η χρήση οστικού μοσχεύματος που περιλαμβάνει την 1,2 δια-διαμερισματική αρτηρία είναι αποτελεί μια καλή μέθοδο στην αντιμετώπιση των ψευδαρθρώσεων του σκαφοειδούς, δεδομένου της εύκολης λήψης του, του υψηλού ποσοστού πώρωσης (75%) και του καλού τελικού λειτουργικού αποτελέσματος που επιφέρει.

Ο 41 ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΑΓΩΓΩΝ

Ι. Δαλιανούδης², Φ. Παπαστεφανάκης³, Κ. Λαζαρίδης⁶, Ι. - Α. Τζάνος⁷, Α. Μπατιστάτου⁴, Μ. Βεκρής⁵, Ρ. Μάτσα³, Ε. Λυκούδης¹

¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής & Εγκαυμάτων Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων, Λάτσειο Κέντρο Εγκαυμάτων, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», ³Εργαστήριο Κυτταρικής και Μοριακής Νευροβιολογίας, Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur, ⁴Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ⁵Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ⁶Εργαστήριο Μοριακής Νευροβιολογίας και Ανοσολογία, Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur, ⁷Κέντρο Αποκατάστασης Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Σκοπός: Πρόκειται για προοπτική συγκριτική πειραματική μελέτη σε επίμυς, στην οποία αξιολογείται η χρήση διάφορων τεχνικών αποκατάστασης ελλειμμάτων του ισχιακού νεύρου. Στη παρούσα εργασία για πρώτη φορά γίνεται χρήση διαμερισματοποιημένου αγωγού από e-PTFE για κατευθυνόμενη δεσμιδική αναγέννηση.

Υλικό και Μέθοδος: Ουδόντα επίμυς τυχαιοποιήθηκαν σε 5 ομάδες. Στην Α ομάδα πραγματοποιήθηκε διατομή του ισχιακού νεύρου και τελικοτελική συρραφή. Στη Β ομάδα πραγματοποιήθηκε αφαίρεση 1cm τμήματος νεύρου και χρήση του, μετά από αναστροφή, ως νευρικού αυτομοσχεύματος για γεφύρωση του νευρικού ελλείμματος. Στις ομάδες Γ και Δ, πραγματοποιήθηκε αφαίρεση τμήματος νεύρου και γεφύρωση του νευρικού ελλείμματος, μήκους 1 cm με χρήση τεχνητού, ειδικά κατασκευασμένου αγωγού από e-PTFE ώστε να προσομοιάζει με τη δεσμιδική κατανομή του ισχιακού νεύρου του επίμυς. Ο αγωγός της τέταρτης ομάδας εμπλουτίστηκε με κύτταρα Schwann για την ενίσχυση της αναγεννητικής ικανότητας του νεύρου. Στην Ε ομάδα έγινε διατομή του νεύρου χωρίς να γίνει αποκατάσταση με οιονδήποτε τρόπο (ομάδα ελέγχου). Για την αξιολόγηση της νευρικής αναγέννησης χρησιμοποιήθηκαν τόσο διαχρονικές μετρήσεις, όπως η κινηματική της βάδισης και συσχετισμός του βάρους του γαστροκνήμιου μυός, ηλεκτρομυογραφική και ιστολογική-μικροσκοπική αξιολόγηση μετά από 180 ημέρες.

Αποτελέσματα: Σε όλες τις περιπτώσεις πλην της Ε ομάδας επιτεύχθηκε νευρική αναγέννηση και επανανεύρωση των μυών. Από τη μικροσκοπική ανάλυση των άπω τμημάτων των ισχιακών νεύρων προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες Β, Γ και Δ, ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όλων των ομάδων ως προς την ομάδα Ε.

Συμπεράσματα: Το πειραματικό μοντέλο αποδεικνύει ότι νευρικά ελλείμματα, μπορεί να γεφυρωθούν με χρήση διαμερισματοποιημένων νευρικών αγωγών από e-PTFE.

Ο 42 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΑΠΟ ΛΙΠΩΔΗ ΙΣΤΟ ΚΑΙ ΤΟΥ FK506 ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΠΙΜΥΕΣ

Π. Μεγαλοοικονόμος¹, Γ. Παναγόπουλος¹, Α. Μαυρογένης¹, Μ. Μπάμπη⁴, Μ. Μυλωνάκη⁴, Γ. Αग्रογιάννης², Ε. Μπτισοκάπα¹, Β. Κοντογεωργάκος¹, Ε. Johnson³, Π. Παπαγγελόπουλος¹, Π. Ν. Σουκάκος⁴

¹Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα, ²Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών, ³Εργαστήριο Ανατομίας Πανεπιστημίου Αθηνών, ⁴Ορθοπαιδικό Κέντρο Έρευνας & Εκπαίδευσης «Π.Ν. Σουκάκος», Αθήνα.

Εισαγωγή: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης των βλαστοκυττάρων από λιπώδη ιστό και του ανοσοκατασταλτικού παράγοντα FK506 (tacrolimus) σε συνδυασμό με βιοαπορροφήσιμους νευροαγωγούς στην περιφερική νευρική αναγέννηση σε μοντέλο νευρικού ελλείμματος σε επίμυες Wistar.

Υλικό & Μέθοδος: Σαράντα επίμυες Wistar ηλικίας 8-12 εβδομάδων χωρίστηκαν σε 4 ομάδες (10 επίμυες/ομάδα). Η Ομάδα Α και Β αποτέλεσαν τις ομάδες ελέγχου, ενώ οι ομάδες Γ και Δ τις πειραματικές ομάδες. Σε όλους τους επίμυες διενεργήθηκε πλήρης διατομή του αριστερού ισχιακού νεύρου και πρόκληση νευρικού ελλείμματος 10 mm. Στην ομάδα Α 10mm ισχιακού νεύρου αφαιρέθηκε, επανοποθετήθηκε με αντίστροφη φορά και καθηλώθηκε με τελικοτελικές επινευρικές συρραφές εκατέρωθεν ως αυτομόσχευμα. Στις υπόλοιπες τρεις ομάδες (Β,Γ,Δ) το έλλειμμα γεφυρώθηκε με βιοαπορροφήσιμο νευροαγωγό κολλαγόνου. Στην ομάδα Β μέσα στο νευροαγωγό τοποθετήθηκε φυσιολογικός ορός, στην ομάδα Γ αδιαφοροποίητα βλαστοκύτταρα από λιπώδη ιστό, ενώ στην ομάδα Δ FK506. Τα βλαστοκύτταρα συλλέχθηκαν από επίμυες που θυσιάστηκαν και καλλιιεργήθηκαν στο εργαστήριο σε προηγούμενο χρόνο. Η αξιολόγηση του βαθμού νευρικής αναγέννησης έγινε 12 εβδομάδες μετεγχειρητικά με ανάλυση βάδισης με το sciatic functional index (SFI), ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο και ιστολογική εξέταση.

Αποτελέσματα: Το μέσο SFI στις 12 εβδομάδες ήταν μειωμένο στις ομάδες Α (-61), Γ (-56) και Δ (-50) σε σχέση με την ομάδα Β (-72) ($p<0.05$). Ο νευροφυσιολογικός έλεγχος ανέδειξε φυσιολογικές ταχύτητες αγωγής σε όλες τις ομάδες, ωστόσο οι ομάδες Α, Γ και Δ είχαν καλύτερες τιμές σε σχέση με την ομάδα Β ($p<0.05$). Στην ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος παρατηρήθηκαν περισσότεροι νευράξονες αλλά και σχηματισμός παχύτερου μανδύα μυελίνης στην περιοχή του ελλείμματος και περιφερικότερα, στις ομάδες Γ και Δ. Δε βρέθηκαν όμως στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων Γ και Δ σε καμία από τις δοκιμασίες.

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης προκύπτει ότι επιτυγχάνεται νευρική αναγέννηση μετά από έλλειμμα 10 mm στο ισχιακό νεύρο επιμύων Wistar και γεφύρωση αυτού με νευροαγωγό ή με αυτομόσχευμα με ακόμα καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα. Η περιφερική νευρική αναγέννηση ευοδώνεται περαιτέρω με την τοπική εφαρμογή αδιαφοροποίητων βλαστοκυττάρων ή παράγοντα FK506, χωρίς ωστόσο διαφορές μεταξύ τους.

Ο 43 ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΥΠΕΡΚΟΝΔΥΛΙΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΜΕ ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΠΛΑΚΕΣ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΕ 30 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Μεγαλοοικονόμος, Π. Κανέλλος, Χ. Βώπτης, Ι. Γαλανόπουλος, Κ. Τόλης, Ε. Φανδριδής, Φ. Γιαννούλης, Σ. Σπυριδώνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού, Άνω Άκρου και Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα

Εισαγωγή: Η χειρουργική αντιμετώπιση των υπερκονδύλιων καταγμάτων του βραχιονίου παραμένει ως σήμερα πρόκληση. Παρά τη βελτίωση των χειρουργικών τεχνικών και τον σχεδιασμό νέων βελτιωμένων υλικών οστεοσύνθεσης, τα κατάγματα αυτά συχνά συνοδεύονται από επιπλοκές και φτωχό λειτουργικό αποτέλεσμα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση του κλινικού αποτελέσματος 30 ασθενών με συντριπτικό υπερκονδύλιο κάταγμα βραχιονίου που αντιμετωπίστηκαν με ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση με παράλληλες πλάκες.

Υλικό & Μέθοδος: Παρουσιάζουμε μια σειρά 30 ασθενών μέσης ηλικίας 54 ετών με συντριπτικό υπερκονδύλιο κάταγμα βραχιονίου (τύπου C κατά ΟΤΑ). 70% των ασθενών παρουσίασαν κάταγμα τύπου C3, 17% C2 και 13% κάταγμα τύπου C1. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση με δύο ανατομικές παράλληλες πλάκες με οπίσθια προσέλαση και οστεοτομία ωλεκράνου. Σε όλες τις περιπτώσεις διενεργήθηκε μετάθεση του ωλενίου νεύρου. Άμεση κινητοποίηση εφαρμόστηκε κατά την πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα με τη χρήση λειτουργικού νάρθηκα αγκώνα. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 3,1 έτη. Σε όλους τους ασθενείς αξιολογήθηκε το Mayo Elbow Performance Score (MEPS) και το εύρος κίνησης του αγκώνα. Μελετήθηκαν επίσης τα απεικονιστικά δεδομένα, όπως η πόρωση του κατάγματος ή η εμφάνιση έκτοπης οστεοποίησης.

Αποτελέσματα: Στην τελευταία επανεξέταση η μέση κάμψη του αγκώνα ήταν 127 μοίρες, ενώ το μέσο έλλειμμα έκτασης ήταν 20 μοίρες. Το μέσο MEPS ήταν 89 βαθμοί, που αντιστοιχούσε σε άριστο λειτουργικό αποτέλεσμα σε 18 ασθενείς, καλό σε 9 και μέτριο σε 3 ασθενείς. Στις μετεγχειρητικές ακτινογραφίες δεν καταγράφησαν περιπτώσεις γωνιώδους παραμορφώσεως ή πληγμελούς ανάταξης του κατάγματος. Τέσσερεις ασθενείς παρουσίασαν ψευδάρθρωση στην περιοχή της μετάφυσης, ωστόσο δε χρειάστηκε να υποβληθούν σε επανεπέμβαση. Έκτοπη οστεοποίηση παρουσίασε ένας ασθενής, ενώ ένας άλλος χρειάστηκε αρθρόλυση λόγω δυσκαμψίας. Ωλένια νευροπάθεια εμφανίστηκε σε 11 ασθενείς που υφέθη αυτόματα μέσα σε δυο μήνες. Λοίμωξη παρουσιάστηκε σε έναν ασθενή.

Συμπεράσματα: Η εσωτερική οστεοσύνθεση με δύο παράλληλες πλάκες αποτελεί μια αξιόπιστη θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση των συντριπτικών υπερκονδύλιων καταγμάτων, με χαμηλά ποσοστά επιπλοκών. Με την τεχνική αυτή μπορεί να επιτευχθεί ανατομική ανάταξη και ικανοποιητική σταθεροποίηση του κατάγματος, έτσι ώστε να είναι δυνατή η άμεση κινητοποίηση του αγκώνα.

Ο 44 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΤΥΧΟΥΣ ΤΡΙΑΔΟΣ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ

Π. Κανέλλος, Π.Δ. Μεγαλοοικονόμος, Ι. Γαλανόπουλος, Χ. Βώτσης, Κ. Τόλης,
Ε. Φανδρίδης, Φ. Γιαννούλης, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού, Άνω Άκρου και Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ατυχής τριάδα αποτελεί ένα σύνθετο τραυματισμό του αγκώνα που μπορεί να οδηγήσει σε δυσκαμψία, αστάθεια ή αρθρίτιδα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση του κλινικού αποτελέσματος 29 ασθενών μετά από τη χειρουργική αντιμετώπιση ατυχούς τριάδος του αγκώνα.

Υλικό & Μέθοδος: Παρουσιάζουμε 29 ασθενείς μέσης ηλικίας 47 ετών (εύρος, 26-70 ετών) που αντιμετωπίστηκαν λόγω ατυχούς τριάδος του αγκώνα. Από τους ασθενείς αυτούς οι 23 ασθενείς είχαν κάταγμα κορωνοειδούς τύπου 1, οι 5 είχαν τύπου 2, ενώ ένας είχε τύπου 3 κάταγμα κατά Reagan-Morrey. 12 ασθενείς είχαν Mason II και 17 ασθενείς Mason III κάταγμα κεφαλής κερκίδας. Τα κατάγματα κορωνοειδούς τύπου 2 και τύπου 3 αντιμετωπίστηκαν με μία βίδα, ενώ τα κατάγματα τύπου 1 με οστικές άγκυρες. Τα κατάγματα κεφαλής της κερκίδας αντιμετωπίστηκαν με οστεοσύνθεση ή αρθροπλαστική. Ο έξω πλάγιος σύνδεσμος αποκαταστάθηκε με οστικές άγκυρες. Σε 10 ασθενείς με παραμένονσα αστάθεια, αποκαταστάθηκε και ο έσω πλάγιος σύνδεσμος. Άμεση κινητοποίηση εφαρμόστηκε κατά την πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα με τη χρήση λειτουργικού νάρθηκα αγκώνα σε όλους τους ασθενείς. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 29 μήνες (εύρος, 24-40 μήνες). Το λειτουργικό αποτέλεσμα του αγκώνα αξιολογήθηκε με το Mayo Elbow Performance Score (MEPS). Μελετήθηκαν επίσης τα ακτινολογικά δεδομένα και καταγράφησαν οι επιπλοκές.

Αποτελέσματα: Στην τελευταία επανεξέταση οι ασθενείς είχαν μέση κάμψη αγκώνα 135 μοίρες, ενώ μέσο έλλειμμα έκτασης 14 μοίρες. Το μέσο MEPS ήταν 91,2 βαθμοί, που αντιστοιχούσε σε άριστο λειτουργικό αποτέλεσμα στο 70% των ασθενών, καλό στο 21% και μέτριο στο 9%. Κανένας ασθενής δε χρειάστηκε να υποβληθεί σε επανεπέμβαση λόγω δυσκαμψίας. 8 ασθενείς παρουσίασαν έκτοπη οστεοποίηση, χωρίς όμως να επηρεάζεται η κίνηση του αγκώνα, ενώ μετατραυματική αρθρίτιδα παρουσίασαν 10 ασθενείς.

Συμπεράσματα: Οστεοσύνθεση ή αρθροπλαστική της κεφαλής της κερκίδας σε συνδυασμό με οστεοσύνθεση της κορωνοειδούς απόφυσης και αποκατάσταση του έξω πλάγιου συνδέσμου είναι η ενδεδειγμένη θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με ατυχή τριάδα του αγκώνα. Ωστόσο, σε περιπτώσεις παραμένουσας αστάθειας, ο έσω πλάγιος σύνδεσμος πρέπει επίσης να αποκατασταθεί. Η βέλτιστη σταθερότητα του αγκώνα σε συνδυασμό με την άμεση κινητοποίηση, αναμένεται να επιτύχουν άριστα ή καλά λειτουργικά αποτελέσματα στους περισσότερους ασθενείς, με χαμηλά ποσοστά επιπλοκών.

Ο 45 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΡΗΞΕΩΣ ΤΟΥ ΚΑΤΑΦΥΤΙΚΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΤΟΥ ΔΙΚΕΦΑΛΟΥ ΜΕ ΤΕΧΝΙΚΗ MINI OPEN

Κ. Τόλης, Φ. Γιαννούλης, Μ. Λαδογιάννη, Ι. Γαλανόπουλος, Γ. Γεωργόπουλος, Μ. Μπισκίνη,
Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Μικροχειρουργικής, Χεριού και Άνω άκρου, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

Εισαγωγή: Παρουσιάζουμε τα πλεονεκτήματα της χειρουργικής αποκατάστασης των ρήξεων του περιφερικού καταφυτικού τένοντα του δικεφάλου μυός, με τεχνική mini open και χρήση 2 αγκυρών.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν προοπτικά 86 άντρες ασθενείς που χειρουργήθηκαν στην Κλινική Μικροχειρουργικής, Χεριού και Άνω άκρου στο Γ.Ν. ΚΑΤ κατά την τελευταία πενταετία. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 46,1 έτη. Η βλάβη αφορούσε τον δεξιό δικέφαλο σε ποσοστό 71% (61 ασθενείς, 85% κυρίαρχο άκρο) και τον αριστερό σε 29% (25 ασθενείς, 12% κυρίαρχο άκρο). Το 86% (74 ασθενείς) ήταν χειρωνακτές. Η ημερομηνία χειρουργικής αποκατάστασης απείχε κατά Μ.Ο.

10,3 ημέρες από την στιγμή της ρήξεως. Όλοι οι ασθενείς χειρουργήθηκαν με την ίδια προσέλαση και με την χρήση 2 αγκυρών Panalok 3,5mm Mitek Anchors. Ο βραχιονοπνευκοκαρπικός νάρθηκας ανάπαυσης 90ο διατηρήθηκε για 4 εβδομάδες και όλοι οι ασθενείς ακολούθησαν το ίδιο πρωτόκολλο αποκατάστασης. Οι μετρήσεις έγιναν με δυναμόμετρο χειρός (Jamar Dynamometer), γωνιόμετρο χειρός (Baseline γωνιόμετρο) και η εκτίμηση άλγους και λειτουργικότητας βάσει του VAS score, ASES score DASH score.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση του VAS score στους 2 μήνες μετεγχειρητικά (0,3 από 5,5). Η δύναμη δαγμού αποκαταστάθηκε πλήρως στους 2,6 μήνες, η πλήρης κάμψη του αγκώνα στους 1,9 μήνες και η έκταση στους 2,2 μήνες. Ο ρηνισμός και ο υπτιασμός ήταν πλήρης στο 92% των ασθενών στους 2,8 μήνες. Το DASH score μηδενίστηκε στους 3,9 μήνες. Το ASES score μειωτοποιήθηκε στους 3,6 μήνες.

Συμπεράσματα: Η αποκατάσταση της περιφερικής τενόντιας ρήξης του δικεφαλικού μυός με mini open τομή και 2 άγκυρες προσφέρει γρήγορο επάνοδο του ασθενούς στις καθημερινές του δραστηριότητες, υψηλό ποσοστό ικανοποίησης και με ελάχιστες μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Ο 46 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΡΗΞΕΩΝ ΚΑΤΑΦΥΤΙΚΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΔΙΚΕΦΑΛΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΜΕ ΤΕΧΝΙΚΗ ΜΙΑΣ ΤΟΜΗΣ ΚΑΙ ΟΣΤΙΚΗΣ ΣΗΡΑΓΓΑΣ. ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ζ. Χριστοφοράκης¹, Π. Καφετάκης², Κ. Ζιώγας³, Σ. Γιγουρτάκης⁴, Α.Πιπτακη⁴, Γ. Κουμαντάκης⁵, Ι. Γαλανάκης¹

¹Ορθοπαιδική Κλινική, ΠΑ.Γ.Ν.Η, ²Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Η «Βενιζέλειο», ³Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν Σερρών, ⁴Φυσικοθεραπευτής ιδιώτης Ηράκλειο Κρήτης, ⁵Φυσικοθεραπευτής, «401 Γ.Σ.Ν.Α»

Εισαγωγή: Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει τη λειτουργική αποκατάσταση των ασθενών μετά από χειρουργική αντιμετώπιση της ρήξης του καταφυτικού τένοντα του δικεφάλου βραχιονίου μυός μέσω μιας χειρουργικής τομής και καθήλωσης του τένοντα δια οστικής σήραγγας στην ανατομική του θέση.

Υλικό - Μέθοδος: 15 ασθενείς που είχαν χειρουργηθεί από τον ίδιο χειρουργό έχουν επανεξετασθεί μετά από μ.ο 62 (12 – 174) μηνών από το χειρουργείο. Ο μ.ο ηλικίας των ασθενών κατά την επέμβαση ήταν 47 (24 – 60) χρόνια. Η μελέτη περιελάμβανε: την κλινική αξιολόγηση με μετρήσεις του εύρους κίνησης του αγκώνα, την αναφερόμενη από τους ασθενείς αξιολόγηση του αποτελέσματος βάσει ειδικών ερωτηματολογίων (ικανοποίηση, DASH, Oxford Elbow Score, MayoScore, VAS) και τις μετρήσεις ισομετρικής δύναμης καμπτήρων -εκτεινόντων μυών του αγκώνος και των υπτιαστών αντιβραχίου, ισοκινητικής ροπής καμπτήρων-εκτεινόντων μυών του αγκώνος και των υπτιαστών -ρηνιστών μυών του αντιβραχίου και τέλος της αντοχής όλων των παραπάνω μυϊκών ομάδων. Οι τελευταίες πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση ισοκινητικού μηχανήματος HumacNorm, CSMi, βάσει ειδικού πρωτοκόλλου. Εξετάστηκαν συγκριτικά και τα δύο άκρα.

Αποτελέσματα: 95% των ασθενών ήταν πάρα πολύ ικανοποιημένοι. Το εύρος κίνησης του αγκώνα δεν ήταν επηρεασμένο συγκριτικά με το αντίστοιχο. Το DASH και το OES ήταν 2,5 +/-10 και 47,2+/-2 αντίστοιχα. Επίσης παρουσιάζονται τα δεδομένα από τις αντικειμενικές μετρήσεις.

Συμπεράσματα: Η επιδιόρθωση της ρήξης του καταφυτικού τένοντα του δικεφάλου, με την τεχνική που περιγράφουμε και από έμπειρους χειρουργούς, δίνει ικανοποιητικά και αναπαράξιμα λειτουργικά αποτελέσματα για τους ασθενείς.

Ο 47 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΡΗΞΕΩΝ ΤΟΥ ΕΣΩ ΠΛΑΓΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΣΕ ΠΡΩΤΑΘΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΑΡΣΗΣ ΒΑΡΩΝ

Δ. Σκουτέρης, Γ. Ανδρότσος, Ν. Τάσιος, Π. Τσασιώτης, Γ. Τσικούρης, Β. Ψυχογιός

Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Χειριού-Μικροχειρουργικής, Ασκληπείου Βούλας

Εισαγωγή: Οι αθλητές της άρσης βάρους είναι πού επιρρεπείς σε βλάβες (οξείες ή χρόνιες) του έσω πλάγιου συνδέσμου. Οι οξείες ρήξεις συνήθως είναι το αποτέλεσμα εφαρμογής απότομα δύναμης βλαιστότητας η οποία προκαλεί τραυματική βλάβη τουλάχιστον στην έσω πλευρά του αγκώνα. Στην παρούσα μελέτη εκτιμώνται τα αποτελέσματα της ανακατασκευής του έσω πλάγιου συνδέσμου σε αθλητές της άρσης βάρους, χρησιμοποιώντας ελεύθερο αυτομόδευμα

Υλικό: Αντιμετωπίσαμε 10 υψηλού επιπέδου αθλητές της άρσης βάρους με κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα ρήξης του έσω πλάγιου συνδέσμου του αγκώνος. Χρησιμοποιήθηκε ο σύστοιχος μακρός παλαμικός σε 6 περιπτώσεις, το ήμισυ του ήμιτενοντώδους σε δύο και έγινε επανακαθήλωση με διοιστικές άγκυρες στον έσω επικόνδυλο σε άλλες δύο. Το ωλένιο νεύρο μεταφέρθηκε πρόσθια σε όλες τις περιπτώσεις.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης κυμάνθηκε από 3-14 έτη. Οκτώ από τους αθλητές εμφάνισαν άριστα αποτελέσματα, με γνώμονα την επιστροφή τους στο άθλημα στο ίδιο επίπεδο πρωταθλητισμού και σε μέσο διάστημα 13 μήνες (9-16). Παρουσίασαν πλήρες εύρος κίνησης και μυϊκής δύναμης. Οι υπόλοιποι δύο ανέφεραν αίσθημα αστάθειας και σταμάτησαν τον πρωταθλητισμό. Δεν υπήρξαν σημαντικές επιπλοκές παρά μόνο μια ήπια ωλένια νευροπάθεια. Σύμφωνα με το Mayo Elbow Performance Score (MEPS) τα αποτελέσματα ήταν άριστα σε οκτώ ασθενείς.

Συμπέρασμα: Η αποκατάσταση των οξέων ρήξεων του έσω πλαιγίου συνδέσμου του αγκώνος σε πρωταθλητές της άρσης βαρών αποτελεί αξιόπιστη χειρουργική πράξη με σαφώς πολύ καλά αποτελέσματα και ελάχιστο κίνδυνο επιπλοκών

Ο 48 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΕΡΚΙΔΙΚΟΥ ΚΑΝΑΛΙΟΥ ΚΑΙ ΕΞΩ ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Δ. Μπουγιουκλής, Δ. Σκουτέρης, Π. Τσιασιώτης, Α. Σιντριλάλας, Β. Ψυχογιός

Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Χεριού - Μικροχειρουργικής Ασκληπείου Βούλας

Εισαγωγή: Το εμμέμον άλγος στην έξω πλευρά του αγκώνα και του αντιβραχίου είναι μια συχνά παρατηρούμενη παθολογική οντότητα. Πλειάδα παραγόντων έχει ενοχοποιηθεί για την κατάσταση αυτή που είναι γνωστή ως έξω επικονδυλίτιδα. Παρόμοια όμως κλινική εικόνα παρατηρείται και σε ασθενείς με παγίδευση του κερκιδικού νεύρου στο κερκιδικό κανάλι. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση μιας ομάδας ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με τη διάγνωση συνδρόμου του κερκιδικού καναλιού και έξω επικονδυλίτιδας, μέσω της ίδιας προσέλασης που χρησιμοποιείται στους ασθενείς με σύνδρομο κερκιδικού καναλιού

Υλικό: Δεκαέξι ασθενείς με τη διπλή αυτή διάγνωση αντιμετωπίστηκαν σε διάστημα 10 ετών. Επρόκειτο για έντεκα γυναίκες και πέντε άνδρες με μέσο όρο ηλικίας τα 31 έτη. Όλοι οι ασθενείς παρουσιάστηκαν με πόνο στην έξω πλευρά του αντιβραχίου με αντανάκλαση στη ραχιαία επιφάνεια του καρπού-δακτύλων. Επιπλέον όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν άλγος στην περιοχή του έξω επικονδύλου και επτά εξ αυτών με αντανάκλαση στο κεντρικό βραχιόνιο. Εξαντλήθηκε κατά μέσο όρο διάστημα τεσσάρων μηνών συντηρητικής αγωγής. Μετά το τέλος της συντηρητικής θεραπείας οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση μέσω ραχιαίας τομής. Έγινε αποσυμπίεση του κερκιδικού νεύρου σε όλα τα πιθανά σημεία πίεσής του στον κερκιδικό σωλήνα και η αντιμετώπιση της έξω επικονδυλίτιδας έγινε με διατομή της τενόντιας μοίρας του βραχύ εκτείνοντα τον καρπό.

Αποτελέσματα: Μέσος όρος παρακολούθησης ήταν 37 μήνες. Το αποτέλεσμα εκτιμήθηκε με την VAS κλίμακα και με το DASH score. Έντεκα ασθενείς έμειναν ικανοποιημένοι από το αποτέλεσμα ενώ σε πέντε υπήρχε υπολειπόμενη συμπτωματολογία ή μη ικανοποίηση. Ένας εκ των ασθενών με μυϊκή αδυναμία προεγχειρητικά δεν βελτιώθηκε 24 μήνες μετεγχειρητικά, παρόλο που το άλγος υφέθηκε. Όλοι οι ασθενείς πλέον ενός ξαναγύρισαν στην εργασία τους.

Συμπέρασμα: Παρά την δυσπιστία μεταξύ των μελών της ορθοπαιδικής κοινότητας σχετικά με την ύπαρξη του συνδρόμου κερκιδικού καναλιού ως αυτόνομης οντότητας, πιστεύουμε ότι υπάρχει και είναι ξεχωριστή όσον αφορά τη σημειολογία της σε σχέση με την έξω επικονδυλίτιδα. Το γεγονός ότι υπάρχουν περιπτώσεις που συνυπάρχει με έξω επικονδυλίτιδα θέτει τις υπόνοιες ότι ενδεχομένως η έξω επικονδυλίτιδα να είναι η γενεσιουργός αιτία. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν σημαντικό ποσοστό βελτίωσης ή και ίασης των ασθενών με αντιμετώπιση μέσω της ίδιας χειρουργικής οδού και των δύο παθολογιών.

Ο 49 ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΙΚΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ν. ΛΑΛΙΩΤΗΣ, Χ. Χρυσάνθου, Π. Κωνσταντινίδης, Θ. Κωνσταντινίδης

Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης

Οι ανευρυσματικές κύστες στην παιδική ηλικία εμφανίζονται στις μεταφύσεις των μακρών οστών. Το βραχιόνιο αποτελεί την συχνότερη εντόπιση. Διαγιγνώσκονται συνήθως ως παθολογικά κατάγματα είτε μετά από διερεύνηση για ήπια αμβλυχρά συμπτώματα.

Περιγράφουμε μια σειρά από 9 παιδιά με ανευρυσματική κύστη στο βραχιόνιο. Η ηλικία τους κυμαινόνταν από 4 έως 13 ετών. Πρόκειται για 6 κορίτσια και 3 αγόρια. Σε όλες τις περιπτώσεις η εντόπιση αφορούσε την εγγύς μετάφυση του βραχιονίου. Η διερεύνηση έγινε με απλή ακτινογραφία και μαγνητική τομογραφία. Σε 7 ασθενείς η διάγνωση έγινε μετά από παθολογικό κάταγμα ενώ σε 2 παιδιά η διάγνωση έγινε από τον έλεγχο της ήπιας συμπτωματολογίας. Οι ανευρυσματικές κύστες ταξινομήθηκαν με τα κριτήρια Campanacci, ανάλογα με την ανατομική θέση τους και την πιθανή επαφή με την επιφυσιακή πλάκα.

Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν εγχειρητικά με ανοικτή επέμβαση, με καθαρισμό της κύστης, αφαίρεση της μεμβράνης, διεύρυνση του αυλού στην διάφυση και πλήρωση με αυτόλογα μοσχεύματα. Η αντιμετώπιση έγινε μετά την πάρωση

του παθολογικού κατάγματος. Σε 3 ασθενείς υπήρξε υποτροπή της βλάβης και ακολούθησε η ίδια αντιμετώπιση, με νέο καθαρισμό και τοποθέτηση μοσχευμάτων. Στους ασθενείς αυτούς υπήρχε πλήρης επαφή της ανευρυσματικής κύστης με την επιφυσιακή πλάκα. Δεν υπήρξε διαταραχή της ανάπτυξης του βραχιονίου.

Οι ανευρυσματικές κύστεις αποτελούν καλοήθεις όγκους της παιδικής ηλικίας αλλά έχουν υψηλά ποσοστά υποτροπής. Η εμφάνισή τους σε μικρή ηλικία και ο τύπος της κύστης που είναι σε επαφή με την επιφυσιακή πλάκα αποτελούν δυνητικούς επιβαρυντικούς παράγοντες για την υποτροπή. Χρειάζεται συστηματική παρακολούθηση της βλάβης για την διάγνωση έγκαιρα των υποτροπών της κύστης.

Ο 50 Ο ΑΝΑΣΤΡΟΦΟΣ ΣΤΑΥΡΟΔΑΚΤΥΛΙΚΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΑΠΟΓΑΝΤΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΔΑΧΤΥΛΙΔΙ

Δ. Μπακαρός, Ζ. Χριστοφοράκης, Γ. Κοντάκης, Ι. Γαλανάκης

Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή: Η κάλυψη δερματικού ελλείμματος, που προκύπτει στα δάκτυλα του χεριού συνεπεία απογαντισμού, λόγω τραυματισμού με δακτυλίδι, απαιτεί την χρήση τοπικών ή απομακρυσμένων κρημνών μιας και η εφαρμογή δερματικών μοσχευμάτων συχνά δεν είναι επαρκής για την κάλυψη ευγενών ανατομικών δομών (νεύρα, αγγεία, τένοντες)

Υλικό & Μέθοδος: Αντιμετωπίστηκαν πέντε ασθενείς με απογαντισμό μέσης ή/και άπω φάλαγγας παράμεσου. Από αυτούς 4 ήταν άντρες και 1 γυναίκα

Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση με ανάστροφο σταυροδακτυλικό κρημνό από το μέσο δάκτυλο, επικάλυψη με μόσχευμα δέρματος μερικού πάχους, καθώς και ακινητοποίηση του παράμεσου στον παρακείμενο μέσο με k-wire. Ο κρημνός παρέμεινε συνδεδεμένος με τη δότρια περιοχή για χρονική περίοδο 20 ημερών, μετά την οποία αποχωρίστηκε

Αποτελέσματα: Πλήρης κάλυψη του ελλείμματος, χωρίς επιπλοκές που επηρεάζουν το λειτουργικό αποτέλεσμα. Αποκατάσταση εύρους κίνησης, αποδεκτό αισθητικό αποτέλεσμα, υψηλός δείκτης ικανοποίησης ασθενούς

Συμπεράσματα: Η χρήση του ανάστροφου σταυροδακτυλικού κρημνού μας δίνει ικανοποιητική λειτουργικότητα, χωρίς ουσιαστική νοσηρότητα της δότριας περιοχής. Η μέθοδος είναι καλά ανεκτή από τον ασθενή. Εκτός από γενική αναισθησία είναι δυνατόν να διεκπεραιωθεί τόσο με τοπική, όσο και με περιοχική αναισθησία

Ο 51 ΣΒΑΝΝΩΜΑ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΠΟ ΚΑΙ ΤΟ ΧΕΡΙ

Σ. Μανθάς, Γ. Κυριακόπουλος, Χ. Τσούμας, ΚΧ Ξαρχάς

Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ Γεώργιος Γεννηματάς, Αθήνα

Εισαγωγή: Το Σβαννώμα (νευρική ίνδαλμα), είναι ένας καλοήθης όγκος που προέρχεται από το έλυτρο των περιφερικών νευρών. Κακοήθεια είναι σπάνια στα Σβαννώματα και συνήθως εμφανίζεται σε περιφερικά νεύρα μεγαλύτερης διαμέτρου. Τα Σβαννώματα σπάνια εμφανίζονται στο άνω άκρο, αποτελώντας περίπου το 0.8-2,1% των όγκων του χεριού. Από αυτά το 7% περίπου αφορούν το μέσο νεύρο και ακόμη λιγότερα τα δακτυλικά νεύρα. Στο χέρι, η βλάβη συνήθως εμφανίζεται σαν μια ασυμπτωματική διόγκωση που μεγαλώνει αργά και προοδευτικά, προκαλώντας πόνο, παραισθησίες και σπάνια αναισθησία.

Υλικά και μέθοδος-αποτελέσματα: Παρουσιάζουμε πέντε ασθενείς με Σβαννώματα του μέσου νεύρου, από τα οποία δύο εντοπίζονταν στον καρπό και τρία στα δακτυλικά νεύρα του χεριού. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική εξαίρεση (εκφυρήνιση) του όγκου υπό μεγέθυνση. Παρουσιάζουμε τα συμπτώματα, τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα, την θεραπεία και τα επακόλουθα ικανοποιητικά αποτελέσματα μετά από μετεγχειρητική παρακολούθηση δύο ετών χωρίς υποτροπή.

Ο 52 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΚΑΙ ΟΓΚΟΜΟΡΦΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ. ΕΙΚΟΣΑΕΤΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κ.Τόλης, Ε.Φανδρίδης, Π.Κανέλλος, Μ.Λαδογιάννη, Δ.Παπαδόπουλος,

Π.Μπισκιάστας, Σ.Σπυρίδωνος

Κλινική Μικροχειρουργικής, Χεριού και Άνω άκρου, ΓΝΑ ΚΑΤ

Εισαγωγή: Η παρουσία όγκων στο άνω άκρο καλύπτει ένα ευρύ φάσμα νεοπλασιών. Στην παρούσα βιβλιογραφία ελάχιστες είναι οι επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν όγκους του καρπού και του χεριού. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να καταγραφεί η συχνότητα των όγκων του καρπού και του χεριού στον Ελληνικό πληθυσμό, ώστε να δημιουργηθεί η βάση για μελλοντική έρευνα και ανάλυση.

Μέθοδος -Υλικό: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα ιατρικά αρχεία της Κλινικής Μικροχειρουργικής, Χεριού και Άνω άκρου (ΓΝΑ ΚΑΤ), τα οποία αφορούν ασθενείς χειρουργηθέντες για νεοπλασίες και ογκόμορφες (tumor – like lesions) αλλοιώσεις μεταξύ του 1995-2015. Οι ασθενείς μελετήθηκαν για δημογραφικά δεδομένα, τύπο νεοπλασίας, ανατομική περιοχή και επανεμφάνιση.

Αποτελέσματα: Σε εύρος 20ετίας χειρουργήθηκαν 914 ασθενείς εκ των οποίων 504 γυναίκες (55,1 %) και 410 άντρες (44,9 %). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 47,2 έτη. Η εμφάνιση στο δεξιό άκρο ήταν συχνότερη (502 ασθενείς/54,9%) και στα δύο φύλα (219 άντρες, 283 γυναίκες). Οι νεοπλασίες εμφανίζονται συνήθως στην 5η ηλικιακή δεκαετία (184 ασθενείς/ 20,1%), ακολουθούμενο από την 6η δεκαετία (183 ασθενείς/20%).

Σε σχέση με την ανατομική περιοχή ο δείκτης (224 ασθενείς/ 24,5%) ήταν η συχνότερη περιοχή προσβολής, δεύτερη η παλαμιαία χώρα (177 ασθενείς/19,4%), και ακολούθως ο μέσος δάκτυλος (148 ασθενείς/ 16,2 %), ο αντίχειρας (107 ασθενείς/ 11,7 %), ο παράμεσος (100 ασθενείς/ 10,9 %) και ο μικρός δάκτυλος (76 ασθενείς/ 8,3%). Τα οστά του καρπού σπάνια επηρεάζονται από όγκους (81 ασθενείς/ 8,9%).

Οστικοί όγκοι παρατηρήθηκαν σε 107 ασθενείς (11,7 %), ενώ οι όγκοι των μαλακών ιστών εμφανίζονται στην πληθώρα των περιπτώσεων (807 ασθενείς/ 88,3 %). Οι καλοήθεις όγκοι (894 ασθενείς/ 97,8 %) είναι συχνότεροι στον Ελληνικό πληθυσμό σε σχέση με τους κακοήθεις (20 ασθενείς/ 2,2 %). Ο γιγαντοκυτταρικός όγκος του τενοντίου ελύτρου είναι η πιο συχνή νεοπλασία στους Έλληνες ασθενείς (315 ασθενείς/ 34,5 %), ενώ με ίδια σχετικά συχνότητα εμφανίζεται η γαγγλιακή κύστη (63 ασθενείς/ 6,9 %), το αιμαγγείωμα (59 ασθενείς/ 6,5 %), το εγχόνδρωμα (58 patients/ 6,4%) και η επιδερμοειδής κύστη (53 ασθενείς/ 5,8%).

Συμπεράσματα: Οι όγκοι και οι ογκόμορφες νεοπλασίες είναι γενικά σπάνιες στην περιοχή του καρπού και του χεριού. Στον Ελληνικό πληθυσμό, η εμφάνισή τους αφορά κυρίως γυναίκες ασθενείς. Το δεξί χέρι επηρεάζεται συχνότερα και η εκδήλωσή τους παρατηρείται κυρίως στην 5η και 6η δεκαετία. Ο δείκτης προσβάλλεται συχνότερα, ενώ τα οστά του καρπού ιδιαίτερα σπάνια. Οι όγκοι των μαλακών ιστών, όπως ο γιγαντοκυτταρικός όγκος των τενοντίων ελύτρων και η γαγγλιακή κύστη, αφορούν τις περισσότερες περιπτώσεις εκδήλωσης νεοπλασιών.

Τα στατιστικά δεδομένα αφορούν την μεγαλύτερη σειρά ασθενών με νεοπλασίες του καρπού και του χεριού στην Ελλάδα. Οι προσφερόμενες πληροφορίες μπορεί να αποτελέσουν χρήσιμο εργαλείο σε κάθε χειρουργό του άνω άκρου, καθώς και μία σημαντική βάση για περαιτέρω γενετική ανάλυση και συσχετισμό με όμορα έθνη.

Ο 53 Η ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΜΑΚΡΟΥ ΚΑΜΠΤΗΡΑ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΛΑΜΙΑΙΑ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΚΡΟΥ ΚΕΡΚΙΔΟΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ.

Χ. Ντινόπουλος, Κ. Σωτηράκος, Ι. Παπανικολάου, Γ. Προυντζόπουλος, Ι. Πιτροπάκης,

Π. Παπαποστόλου, Π. Καλογερόπουλος.

Α' Ορθοπαιδικό Τμήμα, ΓΝ. Ασκληπιείο Βούλας.

Σκοπός: Οι ρήξεις του τένοντα του μακρού καμπτήρα του αντίχειρα (τΜΚΑ) μετά από οστεοσύνθεση με παλαμιαία πλάκα, των καταγμάτων του περιφερικού άκρου της κερκίδας συμβαίνουν συνήθως μεταξύ 3-6 μηνών μετεγχειρητικά. Συνήθως προηγείται κριγμός ή πόνος για αρκετές εβδομάδες. Μπορούν να προληφθούν με πρώιμη αφαίρεση υλικών, μμενεκτομή και απελευθέρωση του καρπιαίου καναλιού. Σε μια αναδρομική μελέτη, ανατρέξαμε στις περιπτώσεις που είχε συμβεί ρήξη του τΜΚΑ, και αναλύσαμε παράγοντες που συνέβαλαν, την αντιμετώπιση και τα λειτουργικά αποτελέσματα αυτής.

Ασθενείς & Μέθοδος: Μεταξύ 2005 και 2016 αντιμετωπίσαμε 6 ασθενείς (2 άνδρες) με ρήξη του τΜΚΑ μετά από οστεοσύνθεση κατάγματος περιφ. άκρου της κερκίδας με παλαμιαία πλάκα τύπου «Τ». Τα κατάγματα ήταν τύπου Α2 σε ένα ασθενή, Α3 σε 4, και C2 σε έναν, κατά την κατάταξη AO. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 57χρ (29 – 76) Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με τενοντομεταφορά του επιπολής καμπτήρα του παραμέσου δακτύλου στον τΜΚΑ, αφαίρεση του υλικού και διάνοιξη του εγκάρσιου συνδέσμου, μέσα σε 4 ημέρες κατά ΜΟ από την ρήξη. Μετεγχειρητικά, όλοι κινητοποιήθηκαν άμεσα σε varθηκοποίηση. Αναλύσαμε τον χρόνο εμφάνισης της ρήξης, την ύπαρξη προέχοντος υλικού

οστεοσύνθεσης ή καταγματικού τεμαχίου, το εύρος κίνησης, την ισχύ και εύρος κάμψης καθώς και το DASH-score.

Αποτελέσματα: Ο χρόνος έως την ρήξη του τΜΚΑ μετά από την οστεοσύνθεση κυμάνθηκε από 87 ημέρες έως 3,5χρ. Όλοι οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν μετεγχειρητικά κατά ΜΟ για 3,8 χρ. Σε 4 ανευρέθηκε προεξέχων περιφερικό χείλος της πλάκας, σε έναν προεξέχουσα βίδα, και σε έναν κακή τοποθέτηση της πλάκας. Σε 4 από τους 6 δεν υπήρχε κάλυψη της πλάκας από τετράγωνο πρηνιστή. Το μέσο εύρος κάμψης της φαλαγγο-φαλαγγικής άρθρωσης του αντίχειρα ήταν 60° (30-90°). Η ισχύς σύλληψης του αντίχειρα ήταν 70% του αντιστοίχου. Το DASH-score κυμάνθηκε στο 18 (0-31) και 5/6 ασθενείς θα έκαναν ξανά την επέμβαση.

Συμπεράσματα: Η συχνότητα της ρήξης του τΜΚΑ, μετά απο παλαμιαία οστεοσύνθεση των καταγμάτων της περιφερικής κερκίδας δεν είναι αμελητέα. Χρειάζεται προσοχή στην τοποθέτηση της πλάκας ώστε να μην προεξέχει παλαμιαία το περιφερικό της χείλος, καθώς και προσπάθεια κάλυψής της από τον τετράγωνο πρηνιστή η δυνατόν. Η τενοντομεταφορά του επιπολής καμπήτρα του παραμέσου δακτύλου παραμένει μια ασφαλής λύση.

Ο 54 ΤΕΝΟΝΤΟΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΕΚΤΕΙΝΟΝΤΑ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΤΟΝ ΜΑΚΡΟ ΕΚΤΕΙΝΟΝΤΑ ΤΟΥ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ ΜΕ ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ι.Μανουσαρίδης, Π.Κανέλλος, Ι.Γαλανοπουλος, Μ.Μπισκίνη,Δ.Φλέβας, Φ. Παννούλης, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Άνω Άκρου, Χεριού και Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα

Σκοπός: Παρουσιάζουμε τα κλινικά αποτελέσματα της πιο ευρέως χρησιμοποιούμενης τενοντομεταφοράς για την αποκατάσταση της έκτασης του αντίχειρα μετά από εκφυλιστικές ή παραμελημένες ρήξεις του ΜΕΑ με τοπική αναισθησία και ημερήσια νοσηλεία του ασθενούς

Υλικό και Μέθοδος: Διεξήχθη αναδρομική μελέτη 37 ασθενών (28 γυναίκες, 9 άνδρες) μέσης ηλικίας 49 ετών, εύρος, 21 – 82, που υπεβλήθησαν σε τενοντομεταφορά του ίδιου εκτείνοντα του δείκτη (ΙΕΔ) στον μακρό εκτείνοντα του αντίχειρα (ΜΕΑ) για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας του τελευταίου, μετά από ρήξη του. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ίσχειμου περιέδεσης και τοπικής αναισθησίας σε όλες τις περιπτώσεις. Η επέμβαση περιελάμβανε τρεις τομές, μία ραχιαία επι της 2ης μετακαρποφαλαγγικής αρθρώσεως, μία επι του 4ου εκτατικού διαμερισματος στο υψος του καρπου και μία επί της πορείας του ΜΕΑ με επίκεντρο την 1η ΜΤΚΦ άρθρωση. Η συρραφή των τενόντων έγινε με την τεχνική pulvertaft. Μετά την ολοκλήρωση της συρραφής λύνεται η περίδεση και ελέγχεται η ενεργητική έκταση του αντίχειρα.Σε όλους τους ασθενείς τοποθετήθηκε ραχιαίος ΠΧΚ νάρθηκας με τον αντίχειρα σε έκταση και εξήλθαν του νοσοκομείου την ίδια ημέρα. Ο νάρθηκας αφαιρέθηκε την 5η εβδομάδα και ακολουθήσε φυσιοθεραπεία-κινησιοθεραπεία.

Αποτελέσματα: Συμπληρώθηκε DASH Score από όλους τους συμμετέχοντες 2 - 10 μήνες ΜΤΧ. Τα τελικά λειτουργικά αποτελέσματα ήταν άριστα με τους ασθενείς να συγκεντρώνουν έναν μέσο όρο 15 στο DASH Score.

Συμπέρασμα: Η τενοντομεταφορά του ΙΕΔ στον ΜΕΑ είναι μια αποτελεσματική χειρουργική λύση για την εκφυλιστική ρήξη του ΜΕΑ. Είναι τεχνικά απλή και η διενέργειά της με τοπική αναισθησία πλεονεκτεί σε κόστος, εξοικονόμηση χειρουργικού χρόνου και ημερών νοσηλείας. Τα λειτουργικά αποτελέσματα είναι άριστα.

Ο 55 ΔΙΑΠΛΑΤΥΝΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Λ. Παυλίδης, Γ.Α. Σπυροπούλου, Ε. Λάμπρος, Θ. Γαρουφαλιάς, Ε. Δεμίρη

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (ΣΚΣ) αποτελεί τη συχνότερη νευροπάθεια από πίεση στο άνω άκρο. Η λύση εκλογής στη θεραπεία συνίσταται στη διάνοιξη του εγκάρσιου συνδέσμου. Παρόλα αυτά, η παρατεταμένη μετεγχειρητική περίοδος στην αποκατάσταση της συλλληπτικής ισχύος του χεριού και συνεπώς η απαιτούμενη μακρά αναρρωτική άδεια ειδικά στους χειρωνακτες, γέννησε τη σκέψη εναλλακτικής θεραπείας. Η διαπλάτυνση του εγκάρσιου του εγκάρσιου συνδέσμου (ΕΣ) του καρπού μετά από διατομή και ανακατασκευή του αποτελεί σήμερα μια αξιόπιστη εναλλακτική λύση.

Υλικό & Μέθοδος: Στο χρονικό διάστημα 2011-2016 χειρουργήθηκαν 294 (211 γυναίκες και 83 άνδρες) ασθενείς με ΣΚΣ, ηλικιακού εύρους 26-88. Από αυτούς 147 υποβλήθηκαν σε απλή διατομή του ΕΣ και 147 σε διατομή με ανακατασκευή του που περιλάμβανε διαπλάτυνσή του. Αξιολογήθηκε η αδρή και λεπτή συλλληπτική ισχύς (ΣΙ) του χεριού πριν και μετά το χειρουργείο στις 3,6 και 12 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Η αξιολόγηση της ΣΙ πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια δυναμομέτρων λεπτής και αδρής συλλληπτικής ισχύος.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με τη δοκιμασία ζευγαρωτών παρατηρήσεων (t- test) ύστερα από σύγκριση των μετρήσεων στα επιλεγμένα διαδοχικά στιγμιότυπα. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων επεκτάθηκε στις υποομάδες φύλων και ηλικιακών ομάδων. Ο χρόνος αποκατάστασης της ΣΙ στην ομάδα της ανακατασκευής με διαπλάτυνση του ΕΣ αποδείχθηκε μικρότερος σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. ($p < 0.05$)

Συμπεράσματα: Η διατήρηση του ΕΣ στο ΣΚΣ διατηρεί τα μηχανικά πλεονεκτήματα της παρουσίας του. Η διατήρηση του καθεκτικού συνδέσμου οδήγησης (pulley) των καμπτήρων των δακτύλων και σταθερής εκφυτικής βάσης των αυτοχθόνων καμπτήρων του χεριού αποτελούν πιθανή αιτία της ταχύτερης αποκατάστασης της ΣΙ, αναδεικνύοντας τη σημασία του ΕΣ του καρπού.

056 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΩΛΕΝΙΑΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΑΓΚΩΝΑ

Ε. Μπαιοκάπα¹, Χ. Βώτης¹, Λ. Δημόπουλος¹, Π. Κουλουβάρης¹, Σ. Βαρυτιμίδης², Ο. Σαββίδου¹, Α.Φ. Μαυρογένης¹, Β. Κοντογεωργάκος¹

¹Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα,

²Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Λάρισα

Σκοπός: Η υπερηχογραφική διερεύνηση των μεταβολών της νχογένειας και των διαστάσεων του ωλένιου νεύρου και η συσχέτιση των ευρημάτων με εκείνα του νευροφυσιολογικού ελέγχου σε ασθενείς με κλινικά συμπτώματα ωλένιας νευροπάθειας στον ωλένιο σωλήνα του αγκώνα.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήσαμε 26 ασθενείς με κλινικά συμπτώματα ωλένιας νευροπάθειας στον ωλένιο σωλήνα του αγκώνα, χωρίς ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων ή κατάγματος στην περιοχή του αγκώνα, και χωρίς κλινικές ενδείξεις πολυνευροπάθειας ή ριζοπάθειας. Ο προσδιορισμός των τιμών αναφοράς των υπερηχογραφικών μετρήσεων έγινε σε ίδιο αριθμό ασυμπτωματικών εθελοντών. Όλοι οι συμμετέχοντες υπεβλήθησαν σε μελέτες νευρικής αγωγιμότητας και υπερηχογραφικό έλεγχο. Υπερηχογραφικά, το ωλένιο νεύρο εξετάστηκε στο κατώτερο όριο της αύλακας του και υπολογίστηκε η προσθιοπίσθια (short axis) και η εγκάρσια διάμετρος, καθώς και το εμβαδόν διατομής του νεύρου.

Αποτελέσματα: Ηλεκτρονευρογραφικά ευρήματα ωλένιας νευροπάθειας στον ωλένιο σωλήνα του αγκώνα παρατηρήθηκαν σε 23 ασθενείς ενώ υπερηχογραφικά ευρήματα σε 21 ασθενείς. Οι ασθενείς με κλινική συμπτωματολογία ωλένιας νευροπάθειας στον ωλένιο σωλήνα του αγκώνα εμφάνισαν σημαντική διαφορά σε όλες τις υπερηχογραφικές μετρήσεις του ωλένιου νεύρου συγκριτικά με τους υγιείς εθελοντές. Συγκεκριμένα, η προσθιοπίσθια διάμετρος του νεύρου στους ασθενείς ήταν 0.27 ± 0.1 εκ. ενώ στους υγιείς ήταν 0.21 ± 0.05 εκ. και το εμβαδόν διατομής στους ασθενείς ήταν 0.12 ± 0.6 εκ² ενώ στους υγιείς ήταν 0.08 ± 0.03 εκ².

Συμπεράσματα: Η παθολογική διαπλάτυνση του ωλένιου νεύρου στο υπερηχογράφημα εμφανίζει υψηλή συσχέτιση με τα ευρήματα του νευροφυσιολογικού ελέγχου. Συνεπώς, η υπερηχογραφική διάγνωση της πιεστικής ωλένιας νευροπάθειας στον αγκώνα εμφανίζει υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα.

057 ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΙΟΣ ΔΕΡΜΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΠΩ ΚΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΓΓΥΣ ΠΟΔΙΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 5 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ι. Τσιώνας, Απ. Φύλλος, Ι. Μπάμπης, Β. Μπρούσιος, Γ. Καλιντεράκης, Δ. Λύτρας, Γ. Μπακαγιάννης

Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Εισαγωγή: Ο νησιωτός γαστροκνημιαίος δερμοπεριτονιακός κρημνός χρησιμοποιείται για κάλυψη ελλειμμάτων μαλακών μορίων στην άνω κνήμη και στο εγγύς πόδι. Κατά την διάρκεια 9 ετών χρησιμοποιήθηκε για τον λόγο αυτό σε 5 ασθενείς της Κλινικής μας.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για 5 άρρενες με ηλικίες 27, 27, 23, 51 και 58 ετών. Τα ελλείμματα καλύφθηκαν αφορούσαν την πτέρνα (1 περίπτωση), την άνω - πρόσθια επιφάνεια της κνήμης (3 περιπτώσεις) και την άνω - έσω επιφάνεια της κνήμης (1 περίπτωση). Η κύρια παθολογία αφορούσε μία διατομή προσθίου κνημιαίου τένοντα, ένα ανοικτό κάταγμα πτέρνας, ένα ανοικτό κάταγμα κνήμης και 2 κατάγματα pilon. Σε όλα προϋπήρχε ή προέκυψε έλλειμμα καλύψεως, με αποκάλυψη οστού, τένοντα ή και υλικού οστεοσύνθεσης.

Αποτελέσματα: Η κάλυψη υπήρξε επιτυχής σε όλες τις περιπτώσεις. Μερική νέκρωση υπέστη ένας κρημνός. Σε μία περίπτωση η επιβίωση των ελευθέρων δερματικών μοσχευμάτων κάλυψης της δότριας περιοχής υπήρξε μερική. Σε μία περίπτωση παρουσιάστηκε λαιμωξη υπό τον κρημό. Όλες οι επιπλοκές αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς.

Συμπεράσματα: Ο κρημνός αυτός αποτελεί βοήθημα για την κάλυψη της περιοχής και δεν θυσιάζει μείζονα αγγειακό άξονα, ούτε απαιτεί αγγειακές αναστομές. Παρ' όλα ταύτα έχει ένα υπολογίσιμο βαθμό δυσκολίας για όποιον δεν έχει καθημερινή τριβή με επεμβάσεις κάλυψης.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΥΝΟΝΙΣΤΩΝ

Baratz Mark	Clinical Professor and Vice Chairman, Director Hand and Upper Extremity Surgery/CMI Orthopedic Specialists UPMC, Pittsburg, Pennsylvania, USA
Bumbasirevic Marko	Professor of Orthopedic Surgery and Traumatology School of Medicine, University of Belgrade, Chair Professor and Chief of Reconstructive Orthopaedic Department, Clinical Center of Serbia, President of Serbian Orthopedic and Traumatology Association (SOTA), National Delegate in SICOT, Member of Financial Committee of EFORT, National Delegate in EFORT, President Serbian Hand Society, President Serbian Society for Reconstructive Microsurgery
Georgescu Alexandru	PhD Professor in Plastic Surgery and Reconstructive Microsurgery, General Secretary, European Federation of Societies for Microsurgery (EFSM), President Romanian Society for Surgery of the Hand (RSSH), University of Medicine Iuliu Hatieganu, Spitalul Clinic de Recuperare, Cluj Napoca, Romania
Golubev Igor	MD, PhD, Hand and Microsurgery Division, Priorov State Trauma Institute Moscow, Russia
Kateva Margarita	President of the Bulgarian Hand Association, Orthopaedic Surgeon, Sofia, Bulgaria
Papatheodorou Loukia	MD, PhD, Clinical Assistant Professor of Orthopaedic Surgery, University of Pittsburgh School of Medicine, Department of Orthopaedic Surgery, Orthopaedic Specialists - UPMC, Pittsburgh, Pennsylvania, USA
Sotereanos Dean	M.D. Clinical Professor of Orthopaedic Surgery, University of Pittsburgh School of Medicine Orthopaedic Specialists - UPMC Pittsburgh, Pennsylvania, USA
Suominen Sinika	MD, PhD, Docent, Adjunct Professor Department of Plastic Surgery, Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland, Co-Director European School of Reconstructive Microsurgery, Universitat Autònoma de Barcelona San Pau, Spain
Zlotolow Dan	Associate Professor Shriners Hospital for Children, Hospital for Special Surgery, Philadelphia, USA
Αβραμίδης Δούναβης	Ειδικευόμενος Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
Αθανασέλης Ευστράτιος	Επιμελητής Β', Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισα
Αναγνώστου Σταύρος	Ορθοπαιδικός Χειρουργός, MD, PhD, Clinical Fellow Reconstructive Microsurgery, VA USA, Νοσοκομείο «Υγεία», Αθήνα

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΥΝΟΝΙΣΤΩΝ

Αντωνόπουλος Δημήτριος	Πλαστικός Χειρουργός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πατρών
Απέργης Εμμανουήλ	Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Δρ. Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Κοργαλένιο Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»
Βαρυτιμίδης Σωκράτης	Αναπληρωτής Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Ορθοπαιδική Κλινική, ΠΓΝ Λάρισας
Βεκρής Μάριος	Καθηγητής Ορθοπαιδικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Βενουζίου Ααρών	Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Χειρουργός Άνω Άκρου, Κλινική «Άγ. Λουκάς», Θεσσαλονίκη
Βώτσης Χρήστος	Ειδικευόμενος, Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»
Γαλανάκης Ιωάννης	Διευθυντής ΕΣΥ, Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης
Γαρνάβος Χρήστος	Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική»
Γεωργίου Παναγής	Διευθυντής Πλαστικής Χειρουργικής, Λάτσιο Κέντρο Εγκαυμάτων, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»
Γιαννακόπουλος Παναγιώτης	Ορθοπαιδικός, Χειρουργός Άνω Άκρου, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
Γιαννούλης Φίλιππος	Επιμελητής Α΄, Κλινική Χεριού-Άνω Άκρου & Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
Γκαμάση Ειρήνη	Διευθύντρια, Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδας Εγκαυμάτων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Γκιβίσσης Παναγιώτης	Αναπληρωτής Καθηγητής Ορθοπαιδικής Α.Π.Θ., Α' Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»
Γκουλιοπούλου Ερατώ	Ειδικευόμενη, «Γ' Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ
Γριβέα Ιωάννα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής και Νεογνολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Δαούτης Νικόλαος	Διευθυντής Μικροχειρουργικής Κλινικής, Νοσοκομείο Metropolitan, Αθήνα
Δαρλής Νικόλαος	Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Χειρουργός Άνω Άκρου, Κλινική Άνω Άκρου & Μικροχειρουργικής, Νοσοκομείο Metropolitan, Αθήνα
Δεμίρη Ευτέρπη	Καθηγήτρια Πλαστικής Χειρουργικής, Διευθύντρια Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
Δημακόπουλος Ρήγας	Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα Φυσικοθεραπείας

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΥΝΟΝΙΣΤΩΝ

Δημητριάδου Μ.	Ειδικευόμενη Πλαστικής Χειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
Δίτσιος Κωνσταντίνος	Επίκουρος Καθηγητής Ορθοπαιδικής Α.Π.Θ., Α' Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»
Ζαγοραίος Νικόλαος	Επιμελητής Κλινικής Άκρας Χειρός και Μικροχειρουργικής, Νοσοκομείο Metropolitan, Αθήνα
Ζαμπακίδης Χρήστος	Διευθυντής Α' Ορθοπαιδικού Τμήματος, Γ.Ν. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»
Θεοδωρακοπούλου Μαριάννα	Ειδικευόμενη Πλαστικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς»
Ιγνατιάδης Ιωάννης	Χειρουργός Ορθοπαιδικός, Διευθυντής Κλινικής Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής Άκρων, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών - Κλινική Ψυχικού
Καλδής Παναγιώτης	Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Τμήμα Άνω Άκρου και Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
Κανελλόπουλος Αναστάσιος	Ορθοπαιδικός Χειρουργός, ΙΑΣΩ Παίδων, Αθήνα
Κανέλλος Παναγιώτης	Επικουρικός Επιμελητής, Κλινικής Χεριού-Άνω Άκρου & Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
Καραβέλης Αργύριος	Α' Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ
Καραθανάσης Β.	Ειδικευόμενος Πλαστικής Χειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
Καραμανής Νικόλαος	Ορθοπαιδικός Χειρουργός, ΙΑΣΩ Θεσσαλίας
Κατζουράκη Γαλατεία	Ειδικευόμενη, Γ' Πανεπιστημιακής Ορθοπαιδικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
Κόκκαλης Ζήνων	MD, PhD, Επίκουρος Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών
Κοντογεωργάκος Βασίλειος	Επίκουρος Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Ιατρική Σχολή Αθηνών
Κορομπίλιας Αναστάσιος	Καθηγητής Ορθοπαιδικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Ορθοπαιδικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
Κοτρώτσιου Μαρία	Επιμελήτρια Α' Κλινικής Πλαστικής - Επανορθωτικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Κουγιουμτζής Ιωάννης	Ειδικευόμενος, Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική Αλεξανδρούπολης
Κουλούλας Ευθύμιος	MD, PhD, Φυσίατρος, SFPRM, ISMST Certified, Στρατιωτικός Ιατρός ε.α. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Επιστημονικός Διευθυντής, Μονάδα Αποκατάστασης Physiatriki, Λάρισα, Επιστημονικός Υπεύθυνος Τμήματος Φυσικής Ιατρικής&Αποκατάστασης ΙΑΣΩ Θεσσαλίας, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Νευροχειρουργικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικών», Αθήνα

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΥΝΟΝΙΣΤΩΝ

Κυριακόπουλος Δ.	Ειδικευόμενος Πλαστικής Χειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
Κώστας - Αγκνάντης Ιωάννης Λαζάρου Σπυρίδων	Επιμελητής Α', Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων Διευθυντής Κρανιογναθοπροσωπικής Χειρουργικής Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ» και Διευθυντής Παιδιατρικής Πλαστικής Χειρουργικής, ΙΑΣΩ, Παιδών
Λαλιώτης Νικόλαος	Ορθοπαιδικός Χειρουργός M.Ch.Orth, τέως Επίκουρος Καθηγητής Ορθοπαιδικής- Ορθοπαιδικής Παιδών Α.Π.Θ., Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης
Λάμπρος Ευάγγελος	Ειδικευόμενος Πλαστικής Χειρουργικής Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης
Λιάπης Γ. Λιοδάκης Κωνσταντίνος	Ειδικευόμενος Ορθοπαιδικής Κλινικής Γ.Ν.Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Θεραπευτικό Κέντρο Χανίων
Λυκίσσας Μάριος Λυκούδης Ευστάθιος	Επίκουρος Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης Καθηγητής Πλαστικής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής & Εγκαυμάτων, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
Μακρυγιώργης Κωνσταντίνος	Ειδικευόμενος Πλαστικής Χειρουργικής, Λάτσιο Κέντρο Εγκαυμάτων Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»
Μαλίζος Ν. Κωνσταντίνος	Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Διευθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Λάρισας
Μανιμανάκη Αικατερίνη Μαντές Ν.	Επιμελήτρια Α', Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Γ.Ν. Χανίων «Άγιος Γεώργιος» Ειδικευόμενος Πλαστικής Χειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
Μπισιοκάπα Ευανθία Μισιτζής Αδαμάντιος Μπαρμπισιώτη Αντωνία	MD, PhD, FEBPRM, Ιατρός Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης Ορθοπαιδικός Χειρουργός Άνω Άκρου, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών Επιμελήτρια Α', Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Άκρας Χειρός, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας
Μπενετάτος Κωνσταντίνος Μπερής Αλέξανδρος Νταϊλιάνα Ζωή	Επιμελητής Α' Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής, 401 Γ.Σ.Ν. Αθηνών Καθηγητής Ορθοπαιδικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Καθηγήτρια Ορθοπαιδικής, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Υπεύθυνη Τμήματος Χειρουργικής Χεριού και Μικροχειρουργικής ΙΑΣΩ Θεσσαλίας
Ντινόπουλος Αργύριος	Επίκουρος Καθηγητής Παιδονευρολογίας, Π.Γ.Ν «Αττικών»

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΥΝΟΝΙΣΤΩΝ

Ντινόπουλος Χαράλαμπος	Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Διευθυντής Α' Ορθοπαιδικού Τμήματος, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας
Ντούβαλη Ελένη	MD, PhD, FEBOT, FEBHS Ορθοπαιδικός Χειρουργός & Τραυματολόγος, Μετεκπαιδευμένη στο Ειδικό Αντικείμενο της Χειρουργικής Χεριού / Άνω Άκρου & Μικροχειρουργικής, Επιστημονική Συνεργάτης ΔΘΚΑ «Υγεία», Αθήνα
Ξαρχάς Κωνσταντίνος	Επίκουρος Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Διευθυντής Α' Ορθοπαιδικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Παναγιώτου Πέτρος	Συντονιστής Διευθυντής Τμήματος Πλαστικής Χειρουργικής και Μονάδας Εγκαυμάτων, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
Παπαγιαννόπουλος Ιωάννης	MSc Νοσηλεύτης, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αγ.Σάββας»
Παπαδέας Αλέξανδρος	τ. Δντής Κλινικής Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, 401 Γ.Σ.Ν. Αθηνών
Παπαδογεώργου Ελλάδα	Χειρουργός Χεριού, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης
Παπαδόπουλος Νικόλαος	Καθηγητής Πλαστικής Χειρουργικής, Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
Παπαναγιώτου Μαριάνθη	Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Π.Γ.Ν. Λάρισας
Παπαντωνίου Ν.	Ειδικευόμενος, Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
Πέττα Γεωργία	Καθηγήτρια Εφαρμογών ΤΕΙ Αθήνας, Πρόεδρος Greek Hand Therapy Association
Ρηγόπουλος Νικόλαος	Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Παιδοορθοπαιδικός Θεσσαλονίκη
Σαββίδου Όλγα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ορθοπαιδικής, Α' Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
Σαρρής Ιωάννης	Αναπληρωτής Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Γ' Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
Σουρμελής Σάββας - Γεώργιος	Διευθυντής Β' Ορθοπαιδικής Κλινικής, Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία», Αθήνα
Σουκάκος Ν. Παναγιώτης	Καθηγητής Ορθοπαιδικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Σπυρίδωνος Σαράντος	Διευθυντής Κλινικής Χεριού-Άνω Άκρου & Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΥΝΟΝΙΣΤΩΝ

Σταματίου Γεωργία	Αναισθησιολόγος ΙΑΣΩ Θεσσαλίας, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Σταυριανός Σπυρίδων	Διευθυντής Τμήματος Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο «Αγ. Σάββας»
Τατσιόδου Γεωργία	Φυσικοθεραπεύτρια, Π.Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Τζάνος Γεώργιος	Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Ν. Ε. «Θριάσιο», Πρόεδρος Τμήματος Μελέτης & Αντιμετώπισης Μυοσκελετικών Παθήσεων της Ε.Ε.Φ.Ι.Απ.
Τζάνος Ι.Α.	Επικουρικός Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Κλινική Αποκατάστασης, Π.Γ.Ν.Π.
Τζινιέρης Νικόλαος	Αναπληρωτής Διευθυντής Κλινικής Άνω Άκρου - Άκρας Χείρας Μικροχειρουργικής «Ερρίκος Ντινάν» Hospital Center, Αθήνα
Τόγιας Γ.	Είδ/μενος Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
Τομαΐνη Μαρίνα	ΠΕ Νοσηλεύτρια MS, Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο «Αγ. Σάββας»
Τσαούσης Χρήστος	Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Τσιαμπά Βασιλική	Επιμελήτρια Β', Κλινική Χεριού - Άνω Άκρου & Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
Τσιλιμπότη Δήμητρα	Επιμελήτρια Α' Κλινικής Πλαστικής Αισθητικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής Γ.Ν. Πατρών «Αγ. Ανδρέας»
Τσιώνος Ι.	Επιμελητής Α', Ορθοπαιδικής Κλινικής, Γ.Ν. Καρδίτσας
Φανδρίδης Εμμανουήλ	Επιμελητής Α', Κλινική Χεριού-Άνω Άκρου & Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
Φυλακτός Α.	Ειδικευόμενος, Ορθοπαιδική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
Χαμαΐδη Ελένη	Ειδικευόμενη Πλαστικής Χειρουργικής Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ.Παπανικολάου»
Χαντές Μιχαήλ	Αναπληρωτής Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Ορθοπαιδική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας
Χρηστογιάννης Ιωάννης	Ορθοπαιδικός
Χρύσανθου Χρύσανθος	Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Χειρουργός Άνω Άκρου, Υπεύθυνος Ιατρείου Ωμου & Αγκώνος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης
Χώκος Χ.	Πλαστικός Χειρουργός, Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής & Εγκαυμάτων Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
Ψυχογιός Βασίλειος	Συντονιστής Διευθυντής Ε' Ορθοπαιδικού Τμήματος, Μονάδας Χεριού- Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. Ασκληπιείο Βούλας

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

Baratz M.	22, 23, 27	Βώπης Χ.	16,26,31,35,
Bumbasirevic M.	21, 27		57,60,61,67
Georgescu A.	24, 30	Γαλανάκης Ι.	23,31,35,53,62,63,64
Golubev I.	30, 37	Γαλανόπουλος Ι.	15,26,31,
Johnson E.O.	28, 60		43,57,60,61,66
Kateva M.	29, 37	Γαρνάβος Χ.	14
Sotereanos D.	22	Γαρουφαλιάς Θ.	15,35,44,66
Suominen S.	26, 33, 37, 38	Γεωργίου Π.	18,36,48
Zlotolow D.	24, 29, 38	Γεωργόπουλος Γ.	31,61
Αβραμίδης Α.	18	Γιαννακόπουλος Π.	20,22,32,37,51
Αγρογιάννης Γ.	15, 17, 25,26,	Γιαννούλης Φ.	14,21,31,35,60,61,66
	28,44,45,46,54,58,60	Γιγουρτάκης Σ.	23,31,53,62
Αθανασέλης Ε.	14	Γκαμάση Ε.	36
Αθανασόπουλος Α.	20,5	Γκανταίφης Ν.	14,15,28,40,41,58,59
Αναγνώστου Σ.	24,29,37	Γκιβίσης Π.	32,34
Ανδρίτσος Γ.	31,62	Γκουλιόπουλου Ε.	16
Αντωνιάδου Θ.	15,42,44	Γριβέα Ι.	18,33,48
Αντωνίου Ι.	20, 50	Δαλιανούδης Ι.	18,28,48,59
Αντωνόπουλος Δ.	26	Δανιηλίδης Ν.	17,47
Απέργης Ε.	21	Δαούτης Ν.	29
Αρεταίου Π.	22,54	Δαρλής Ν.	14,21,37
Άρσος Γ.	25,56	Δεληγεώργης Δ.	20,49
Βαλκάνης Χ.	14,15,40,41	Δελμηπαλτάς Α.	20,55
Βαράνης Γ.	20, 50	Δεμίρη Ε.	15,25,26,33,35,37,
Βαρυτιμίδης Σ.	15,20,		38,44,55,56,57,66
	22,24,35,43,49,50,67	Δεσκούλδη Π.	17,25,28,45,46,54,58
Βασιλάκης Α.	20	Δημακόπουλος Ρ.	32
Βασιλάκος Δ.	22,52	Δημητριάδου Μ.	18
Βέης Α.	23,54	Δημόπουλος Α.	15,35,43,44,67
Βεκρής Μ.	28,29,33,59	Διαμαντόπουλος Π.	17,25,28,45,46,54,58
Βενουζίου Α.	20,32	Διονυσίου Δ.	25,56
Βερβερίδης Α.	14,15,40,41	Λιλλής Θ.	20,23,52,54

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

Λιοδάκης Κ.	21	Μπουγιουκλής Δ.	14,15,28,
Λυκίσσας Μ.	31,33		31,40,41,58,59,63
Λυκούδης Ε.	26,27,59	Μυλοθρίδης Π.	15,44
Μακρυγιώργης Κ.	18	Μυλωνάκη Μ.	28,6
Μαλίζος Κ.Ν.	20,32,36,49,50	Νταϊλιάνα Ζ.	15,17,18,20,21,23,26,
Μάλτζαρης Ν.	17,25,28,45,46,55,58		30,33,37,43,
Μανθός Σ.	35,63,64		47,48,49,50,52,54
Μανιμανάκη Αικ.	14	Νταμπαρακής Ν.	20,52
Μανουσarıδης Ι.	14,35,66	Ντινόπουλος Α.	32
Μαντάκος Π.	22,52	Ντινόπουλος Χ.	14,20,35,37,50,51,65
Μαντές Ν.	18	Ντούβαλη Ε.	26,37
Μάτσα Ρ.	28,59	Ξαρχάς Κ.	35,36,64
Μαυρογένης Α.	15,26,28,35,42,43,44,	Πάγκαλος Α.	25,57
	57,60,61,67	Παναγιώτου Π.	28
Μεγαλοικονόμος Π.	15,26,28,	Παναγόπουλος Γ.Ν.	28,6
	31,42,43,44,57,60	Παπαγγελόπουλος Π.	15,26,28,43,44,57,60
Μηνογιάννης Ν.	18,48	Παπαγιαννόπουλος Ι.	27
Μητσικώστας Π.	35,65	Παπαδέας Α.	21
Μητσιακάπα Ε.	15,21,28,	Παπαδογεώργου Ε.	17,26,47
	35,42,43,60,67	Παπαδόπουλος Δ.	35,65
Μισιτζής Α.	24,29	Παπαδόπουλος Ν.	27,38
Μόρφης Δ.	20,49	Παπαθεοδώρου Λ.	22,23,35
Μουστάκης Η.	18,48	Παπακωνσταντίνου Α.	25,57
Μπακαρός Δ.	35,64	Παπαναγιώτου Μ.	37
Μπάμπη Μ.	28,6	Παπανικολάου Ι.	20,35,50,65
Μπαξεβάνη Α.	23,53	Παπανικολάου Χ.	19
Μπαρμπιτσιώτη Α.	14,2	Παπαντωνίου Ν.	16
Μπατιστάτου Α.	28,59	Παπαποστόλου Π.	20,35,51,65
Μπενετάνος Κ.	17,18,25,	Παπάς Α.	25,57
	28,45,46,55,58	Παπαστεφανάκη Φ.	28,59
Μπερής Α.	24,30,33	Παυλίδης Λ.	15,25,35,44,55,66
Μπισκίνη Μ.	31,35,61,66	Πέττα Γ.	24

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

Δίτσιος Κ.	16,34	Κονταγεωργάκος Β.	15,16,22,24,26,27,28, 33,35,42,67
Δρακόπουλος Δ.	15,42,43	Κορομπιλίας Α.	32,33,36
Ζαγοράσις Ν.	14,26,28	Κοτρώτσιου Μ.	17,25,28,45, 46,54,55,58
Ζαμπακίδης Χ.	26,33,57	Κότσαλης Ι.	22,53
Ζαρκάδας Γ.	17,25,28,45,46,55,58	Κουγιουμτζής Ι.	14,15,16,40,41
Ζιώγας Κ.	31,62	Κουκουλομάτης Λ.	18,48
Ηγουμένου Β.	15,26,43,44,57	Κουλουβάρης Π.	15,35,67
Θεοδωρακοπούλου Μ.	18	Κουλούλας Ε.	36
Θεοδωρίδης Κ.	20,50,51	Κουμαντάκης Γ.	31,62
Ιγνατιάδης Ι.	30,35	Κουρκουτάς Κ.	20,51
Καζάκος Κ.	14,15,40,41	Κουφόπουλος Ν.	17,46
Κακουράτος Γ.	26,57	Κυριαζής Ζ.	18,48
Καλδής Π.	14,20,31,51	Κυριακάκη Ι.	20,52
Καλογερόπουλος Π.	35,65	Κυριακόπουλος Γ.	35,63,64
Καλοφώνου Μ.	18,48	Κυριακόπουλος Δ.	18
Κανελλόπουλος Κ.	32	Κωνσταντινίδης Θ.	31,63
Κανέλλος Π.	14,22,31,35, 52,54,60,61,65,66	Κωνσταντινίδης Π.	31,63
Καραβέλης Α.	16	Κωνσταντουλάκης Π.	18,48
Καραθανάσης Β.	18	Κώστας-Αγνάντης Ι.	14,16,29
Καρακίτσιος Π.	20,49	Λαδογιάννη Μ.	31,35,61,65
Καραμάνης Ε.	14,15,17,32,42	Λαζαρίδης Κ.	28,59
Καραμανής Ν.	47	Λαζάρου Σ.	33
Καρανικόλα Θ.	20,52	Λαλιώτης Ν.	31,32,63
Κασιμάτης Γ.	14,2	Λάμπρος Ε.	18,25,35,55,56,66
Κατζουράκη Γ.	16	Λιάπης Γ.	18
Καψετάκης Π.	23,31,53,62	Λιαράκος Ν.	20,51
Κόκκαλης Γ.	27	Πιτικάκη Α.	23,53,62
Κόκκαλης Ζ.	28,36,58	Πιτροπάκης Ι.	20,31,35,50,65
Κόλλια Π.	18,48	Πούλιος Π.	14,15,28,40,41,59
Κονδύλης Α.	20,5	Προυντζόπουλος Γ.	20,5,50,65
Κοντάκης Γ.	35,63,64		

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

Ρηγόπουλος Ν.	33	Τόπτας Σ.	14,15,40,41
Ρόζης Μ.	22,52	Τουτουνοπούλου Ε.	17,47
Ρούμπης Γ.	14,15,28,40,41,59	Τσαούσης Χ.	16,20,50
Σαββίδου Ο.	14,15,22,35,42,67	Τσασιώτης Π.	20,31,49,63
Σακελλαρίδης Ν.	23,54	Τσερώνης Η.	20,49
Σαράφης Α.	25,56,57	Τσιαμπά Β.	21
Σαρρής Ι.	23,37	Τσικκούρης Γ.	31
Σκουτέρης Δ.	20,31,49,62,63	Τσιλιμπότη Δ.	18,23
Σουκάκος Π.Ν.	19,28,60	Τσιμπώνης Α.	24,56,57
Σουρμελής Σ.-Γ.	22	Τσιώνας Ι.	14,23
Σπυριδωνος Σ.	22,24,30,31,35,52,53, 60,61,65,66	Τσούμας Χ.	35,63,64
Σπυροπούλου Γ.	15,25,35,44,55,66	Φανδρίδης Ε.	31,34,35,60,61,65
Σταματίου Γ.	26	Φλέβας Δ.	35,66
Σταυριανός Σ.	17,25,27, 28,45,46,54,55,58	Φυλακτός Α.	16
Στεφάνου Ν.	20	Χαμαΐδη Ε.	18
Συγγούνα Σ.	22,52	Χαντές Μ.	34
Συντριλάας Α.	20,31,63	Χαντί Ι.	14,15,28,40,41,59
Σωτηράκης Κ.	20,35,51,65	Χρηστογιάννης Ι.	14,16
Σωτηριάδη Σ.	22,53	Χριστοφοράκης Ζ.	23,31,35,53,62,63,64
Τάσιος Ν.	31,62	Χρυσάνθου Χρ.	22,31,63
Τασιδίου Γ.	38	Χρυσσβέργης Χ.	20,51
Τζάνος Γ.	21,59	Χώκος Χ.	36
Τζάνος Ι.Α.	21,59	Ψυχογιός Β.	20,28,31,34,37,58,63
Τζατζαίρης Θ.	14,15,40,41		
Τζινιέρης Ν.	14		
Τιλκερίδης Κ.	15,41		
Τόγιας Γ.	16		
Τόλης Κ.	22,31,35, 52,53,60,61,65		
Τομαϊν Μ.	27		

mediplat

Επίσημος αντιπρόσωπος  smith&nephew



 smith&nephew
D-RAD SMART PACK®
Single-Lose Water
Distal Radius Plating System



 smith&nephew
TRIGEN® SURESHOT®
Distal Targeting System



 +30 210 6101454 fax: +30 210 6104818

 Λ. Ηρακλείου 165 & Λυκούργου 1, Ν. Ιωνία, 142 31



retacrit

epoetin zeta

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

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

Προϊόν του Οίκου:



Hospira
a **Pfizer** company

Διανέμεται από την:



AENORASIS
Intuition in Healthcare

ΑΘΗΝΑ: Τραπεζούντος 17 & Α. Παπανδρέου, 151 27 Μετξίασια, Τηλ.: 210 61.36.332, Fax: 210 81.05.298
ΘΕΣ/ΝΙΚΗ: Δελεφών 17, Πυλαία 555 35, Τηλ.: 2310 326.136, Fax: 2310 306.790

DMPs

Developed Medical Products Services



ΕΓΓΥΗΣΗ ΣΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ

medartis®

APTUS®Hand

Precision
in fixation

Wrist
Elbow
Foot



Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.

- / 4 Υπερσύγχρονες Μονάδες Υγείας
- / Το μεγαλύτερο Κέντρο Αποθεραπείας & Αποκατάστασης
- / Κορυφαίο Επιστημονικό Προσωπικό
- / Υψηλή Ποιότητα Υπηρεσιών
- / Εφαρμογή Πρωτοποριακών Μεθόδων & Τεχνικών
- / Εταιρική Υπευθυνότητα



Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.



ΙΑΣΩ Παιδών

Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.



ΙΑΣΩ General

Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.



ΙΑΣΩ Θεσσαλίας

Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.



ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ

Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.



MedStem Services

Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.