

www.ctmi.gr/microhand2013

19^ο

ΚΟΙΝΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ



Ελληνικής Εταιρείας Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής

Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Χεριού και Άνω Άκρου



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ: ΔΗΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

28-30

Νοεμβρίου 2013

**THE MET Hotel
Θεσσαλονίκη**

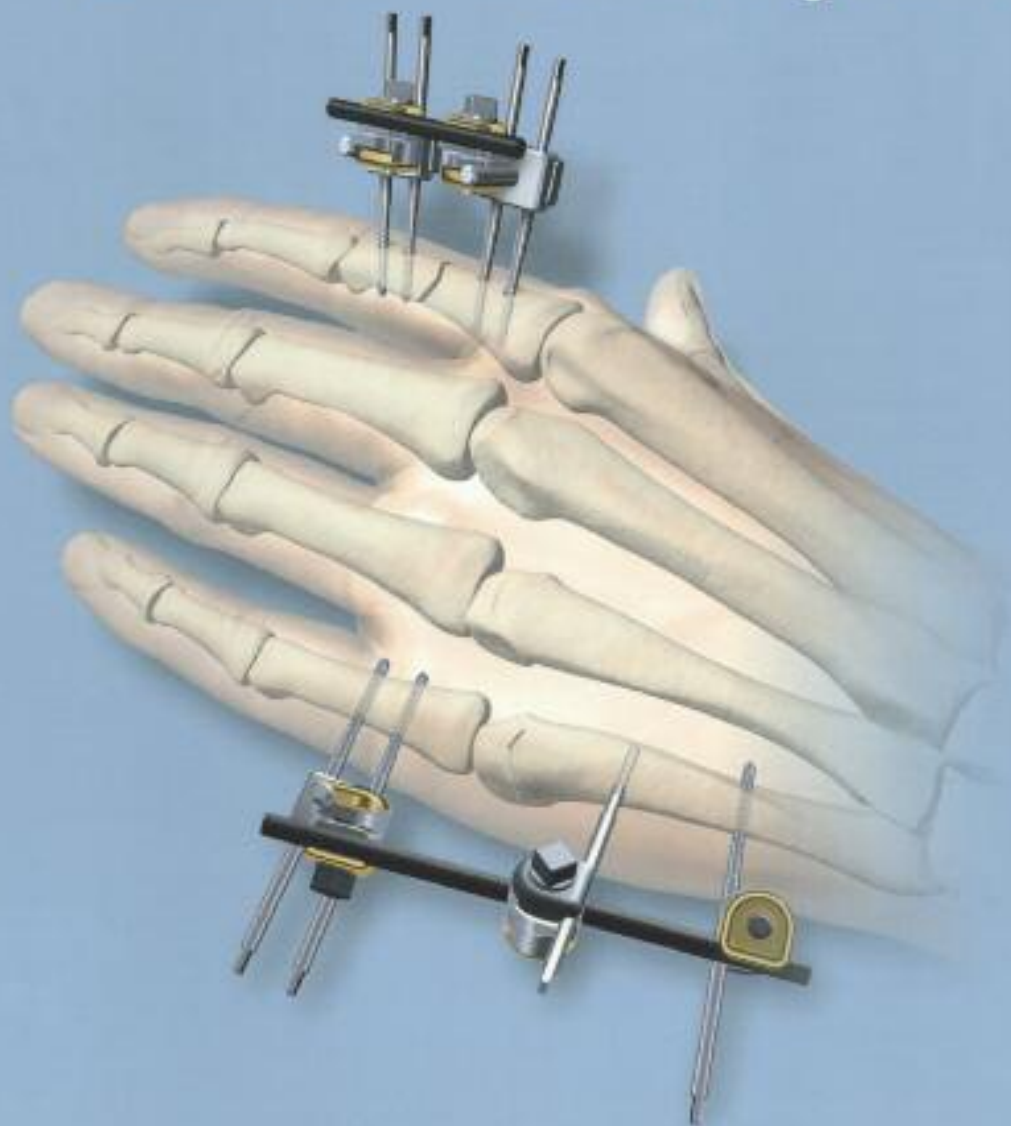


ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

stryker

Osteosynthesis

Hoffmann II Micro External Fixation System



Rontis
Creating Innovation

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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Δ.Σ - Επιτροπές	2
Χαιρετισμός	3
Γενικές Πληροφορίες	4
Ευχαριστίες.....	6
Συνοπτικό Πρόγραμμα	7
Επιστημονικό Πρόγραμμα.....	9
Ελεύθερες Ανακοινώσεις	41
Ελεύθερες Ανακοινώσεις Βραχείας Διάρκειας.....	73
Ευρετήριο	82

Οργάνωση Συνεδρίου



ΕΕΕΜ & ΕΕΧΧ

Φλέμινγκ 20,
151 23 Μαρούσι, Αθήνα
Τηλ: 210 6857836-7
Fax: 210 6857838
hsm@otenet.gr



Γραμματεία Συνεδρίου



C.T.M. International S.A.

Βασ. Σοφίας 131,
115 21 Αθήνα
Τηλ: 210 3244932
Fax: 210 3250660
microhand2013@ctmi.gr

Δ.Σ. - Επιτροπές

Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής



Πρόεδρος:	Ξαρχάς Κωνσταντίνος
Πρόεδρος 2012:	Κορομπίλιας Αναστάσιος
Α' Αντιπρόεδρος:	Παπαδόπουλος Νικόλαος
Β' Αντιπρόεδρος:	Βεκρής Μάριος
Γενικός Γραμματέας:	Ιγνατιάδης Ιωάννης
Ταμίας:	Μπαρμπιτσιώτη Αντωνία
Ειδικός Γραμματέας:	Δεμίρη Ευτέρπη
Μέλη:	Δίτσιος Κωνσταντίνος, Σταυριανός Σπυρίδων

Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Χεριού & Άνω Άκρου



Πρόεδρος:	Γκιβίσης Παναγιώτης
Πρόεδρος 2012:	Βεκρής Μάριος
Α' Αντιπρόεδρος:	Σαρρής Ιωάννης
Β' Αντιπρόεδρος:	Ιγνατιάδης Ιωάννης
Γενικός Γραμματέας:	Διονυσίου Δημήτριος
Ταμίας:	Τσιαμπά Βασιλική
Ειδικός Γραμματέας:	Ζαγοραίος Νικόλαος
Μέλη:	Βαρυτιμίδης Σωκράτης, Παπαδογεώργου Ελλάδα

Ξένοι Προσκεκλημένοι Ομιητές

- J. Friden, Sweden
- A. Georgescu, Romania
- C. Leclercq, France
- A. Smith, UK

Χαιρετισμός

Φύλες και Φίλοι,

Το Ετήσιο Κοινό Συνέδριό μας πραγματοποιείται και εφέτος στο ξενοδοχείο THE MET στη φιλόξενη Θεσσαλονίκη από τις 28 μέχρι τις 30 Νοεμβρίου 2013.

Σας ενημερώνουμε γι' αυτό με μεγάλη χαρά και ικανοποίηση, αφού όπως γνωρίζετε η οικονομική συγκυρία οδηγεί στην αναβολή ή και ακύρωση ολοένα και περισσότερων επιστημονικών εκδηλώσεων στη χώρα μας.

Το Επιστημονικό πρόγραμμα περιλαμβάνει τη διοργάνωση στρογγυλών τραπεζών, που θα καλύψουν μεγάλο φάσμα από τα αντικείμενα του ενδιαφέροντός μας. Επίσης έχουν προγραμματιστεί ομιλίες διακεκριμένων μελών μας καθώς και διαλέξεις τεσσάρων εκλεκτών προσκεκλημένων μας από το εξωτερικό. Θα μας τιμήσουν η Caroline Leclercq από τη Γαλλία, ο Jan Friden από τη Σουηδία, ο Alexandru Georgescu από τη Ρουμανία και ο Andrew Smith από την Αγγλία.

Θα υπάρξει ιδιαίτερη συμμετοχή Φυσιάτρων και Φυσικοθεραπευτών, ανθρώπων δηλαδή που εξειδικεύονται στο αντικείμενό μας, οι οποίοι θα μιλήσουν για σύγχρονες τεχνικές και μεθόδους θεραπείας και αποκατάστασης. Με ιδιαίτερη χαρά καλωσορίζουμε εφέτος και την πρώτη επίσημη συμμετοχή των Νοσηλευτών σε Συνέδριό μας, οι οποίοι θα αναπτύξουν το ιδιαίτερο κομμάτι της υποστήριξης που χρειαζόμαστε στα χειρουργεία μας. Φυσικά θα υπάρξει άπλετος χρόνος για παρουσίαση ελεύθερων ανακοινώσεων, ενώ επίσης προγραμματίζεται workshop, το οποίο θα απευθύνεται στους ειδικευόμενους ορθοπαιδικούς και πλαστικούς χειρουργούς, καθώς και σε νέους ειδικούς συναδέλφους μας.

Με εφελτήριο την πεποίθησή μας ότι η επιστημονική κοινότητα οφείλει να δημιουργεί συνεχώς διαύλους επικοινωνίας με το κοινό, έτσι ώστε ο πολίτης να καθίσταται ενημερωμένος, θα πραγματοποιηθεί ανοικτή εκδήλωση με έξι σύντομες και κατανοητές παρουσιάσεις για τις συνηθείς παθήσεις του χεριού και στη συνέχεια θα ακολουθήσει συζήτηση με ερωτήσεις και απορίες από τους παρευρισκόμενους.

Φύλες και Φίλοι,

Το κόστος συμμετοχής παραμένει εφέτος στα 180 Ευρώ, ενώ για τα ταμειακώς τακτοποιημένα μέλη μας το κόστος περιορίζεται στα 130 Ευρώ. Για τους Φυσικοθεραπευτές, Ειδικευόμενους γιατρούς και τους Νοσηλευτές, το κόστος συμμετοχής είναι 50 Ευρώ.

Οι Εταιρείες μας κατέβαλλαν κάθε προσπάθεια για τη διοργάνωση ενός Συνεδρίου, με μεγάλο Επιστημονικό ενδιαφέρον που θα είναι ταυτόχρονα και οικονομικά προσιτό. Πέραν όμως όλων, το Συνέδριό μας είναι όπως πάντα αφορμή συνάντησης φίλων με κοινά ενδιαφέροντα, που με τη συμμετοχή τους υποστηρίζουν την ύπαρξη και το έργο των Εταιρειών μας.

Σας προσκαλούμε και σας περιμένουμε όλους στη Θεσσαλονίκη!

Κ. Ξαρχάς
Πρόεδρος Ε.Ε.Ε.Μ.

Π. Γκιβίσης
Πρόεδρος Ε.Ε.Χ.Χ.

Γενικές Πληροφορίες

Ημερομηνίες & Τόπος Συνεδρίου

28 – 30 Νοεμβρίου 2013

Ξενοδοχείο **THE MET** – Θεσσαλονίκη, Τηλ: 2310 017 000

Ώρες Λειτουργίας Γραμματείας

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

Πέμπτη 28 Νοεμβρίου 07:30 - 20:00

Παρασκευή 29 Νοεμβρίου 08:00 - 18:30

Σάββατο 30 Νοεμβρίου 08:00 - 13:40

Γλώσσα Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

Προφορικές Ανακοινώσεις

Η διάρκεια παρουσίασης των Προφορικών Ανακοινώσεων θα είναι 5 λεπτά και για τις Ανακοινώσεις Βραχείας Διάρκειας 3 λεπτά. Θα ακολουθεί συζήτηση 2 λεπτών και 1 λεπτού αντίστοιχα.

Μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (CME Credits)

Το Συνέδριο έχει μοριοδοτηθεί με 16 μόρια, αναγνωρίσιμα από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και την UEMS.

Τεχνικές Πληροφορίες

Στο χώρο του Συνεδρίου θα λειτουργεί ειδικό γραφείο για την παραλαβή των εργασιών και οι ομιλητές θα πρέπει να παραδίδουν το usb ή το cd με την ομιλία τους κατά τη διάρκεια των ομιλιών της προηγούμενης ενότητας, το αργότερο. Οι αίθουσες του Συνεδρίου διαθέτουν όλο τον απαραίτητο εξοπλισμό και δεν θα επιτραπεί η χρήση ιδιωτικών φορητών υπολογιστών για τις παρουσιάσεις.

Εμπορική Έκθεση

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων & ιατρικού εξοπλισμού, σε χώρο ειδικά διαμορφωμένο με άμεση πρόσβαση στις αίθουσες του Συνεδρίου.

Νομική Ευθύνη

Η ΕΕΕΜ & η ΕΕΧΧ, η Οργανωτική Επιτροπή καθώς και το Οργανωτικό Γραφείο του Συνεδρίου, δεν φέρουν καμία ευθύνη για προσωπική βλάβη, απώλεια ή καταστροφή αντικειμένων των συνέδρων, για πρόσθετες δαπάνες των συνέδρων κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου καθώς και για τυχόν επιπλέον δαπάνες, εξαιτίας καθυστερήσεων, απεργιών ή άλλων αιτιών.

Συμμετοχή στο Συνέδριο

Ειδικευμένοι (Μέλη Ταμειακώς τακτοποιημένα)	130€
Ειδικευμένοι	180€
Ειδικευόμενοι	50€
Φυσικοθεραπευτές	50€
Νοσηλεύτες	50€
Φοιτητές	Δωρεάν
Workshop	25€

Οι ανωτέρω εγγραφές **επιβαρύνονται** με ΦΠΑ 23%.

Διαμονή Συνέδρων

	Μονόκλινο	Δίκλινο
THE MET Hotel	115€	125€

Οι ανωτέρω τιμές είναι ανά δωμάτιο, ανά διανυκτέρευση και περιλαμβάνουν πρωινό και φόρους.

Πολιτική Ακυρώσεων

Οι εγγραφές δεν ακυρώνονται.

Για ακυρώσεις δωματίων που θα σταλούν από 14 Νοεμβρίου και έπειτα ή σε περίπτωση μη εμφανίσεως στο ξενοδοχείο, θα υπάρξουν ακυρωτικά για το σύνολο της κράτησης.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

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



ORTHOPAEDIC HELLAS L.T.D.



ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ			
SIROCCO		MAISTROS	
07:30	ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ		
08:30 - 10:00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	08:30 - 10:00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
10:00 - 11:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ Παγιδευτικές Νευροπάθειες Ωλενίου Νεύρου	10:00 - 11:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Κρημνοί Άνω Άκρου
11:00 - 11:40	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ		
11:40 - 12:00	ΔΙΑΛΕΞΗ / Γ. Μητσιώνης	11:40 - 12:00	ΔΙΑΛΕΞΗ / Π. Γιαννακόπουλος
12:00 - 13:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Σύνδρομα Υπέρχρησης Άνω Άκρου	12:00 - 13:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Κρημνοί Κάτω Άκρου
13:00 - 14:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Φυσικοθεραπευτική Προσέγγιση Άνω Άκρου	13:00 - 14:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Αποκατάσταση Κεφαλής - Τραχήλου
14:00 - 15:30	ΑΙΘΟΥΣΑ OSTRIA Workshop: Τα Πάντα Γύρω από τον Καρπό. Κάταγμα Περιφερικού Άκρου Κερκίδος, Μερική Αρθρόδεση Καρπού		
15:30 - 16:30	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ		
16:30 - 17:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Αρθρίτιδα 1 ^{ης} Καρπομετακαρπίου Αρθρώσεως	16:30 - 17:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Νοσηλευτική Προσέγγιση στις Κακώσεις του Άνω Άκρου
17:30 - 17:50	ΔΙΑΛΕΞΗ / Α. Κορομπιλίας	17:30 - 18:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Περιφερικοί Αποκλεισμοί του Άνω Άκρου
17:50 - 18:30	ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ / U. Moebius, X. Δημητρίου		
		18:30	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ			
SIROCCO		MAISTROS	
08:30 - 10:00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	08:30 - 10:00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
10:00 - 11:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Κατάγματα Περιφερικού Άκρου Κερκίδος	10:00 - 11:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Μικροχειρουργική Αποκατάσταση Μαστού
11:00 - 11:40	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ		
11:40 - 12:00	ΔΙΑΛΕΞΗ / Ν. Γεροσταθόπουλος	11:40 - 12:00	ΔΙΑΛΕΞΗ / Α. Georgescu
12:00 - 13:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Εξελίξεις στην Αρθροσκοπική Χειρουργική του Ωμου	12:00 - 13:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Σύνδρομα Εγκλωβισμού Περιφερικών Νευρών
13:00 - 14:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Αντιμετώπιση Τραύματος Αγκώνα	13:00 - 14:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Τραυματικές Βλάβες Καμπήρων Τενόντων
14:00 - 15:30	ΑΙΘΟΥΣΑ OSTRIA Workshop: Τα Πάντα Γύρω από τον Καρπό. Κάταγμα Περιφερικού Άκρου Κερκίδος, Μερική Αρθρόδεση Καρπού		
14:30 - 16:30	ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ		
15:30 - 16:30	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ		
16:30 - 17:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Τραυματικές Βλάβες Καρπού	16:30 - 17:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Κακώσεις Βραχιονίου Πλέγματος
17:30 - 18:30	ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ J. Friden, C. Leclercq, K.N. Μαλίζος	17:30 - 18:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Κατάγματα Ωμικής Ζώνης
ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ			
SIROCCO		MAISTROS	
08:30 - 09:45	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ	08:30 - 09:30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
09:45 - 10:45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Θεραπεία Λεμφοιδήματος	09:30 - 11:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΥΡΥ ΚΟΙΝΟ Συνήθειες Παθήσεις Άνω Άκρου
10:45 - 11:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Εξελίξεις στην Αντιμετώπιση της Αστάθειας του Ωμου		
11:30 - 12:00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ		
12:00 - 12:20	ΔΙΑΛΕΞΗ / Α. Παπαλόης		
12:20 - 13:20	ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ / Α. Smith, C. Leclercq, J. Friden		
13:20 - 13:40	ΔΙΑΛΕΞΗ / Α. Μπερής		



ORTHOPAEDIC HELLAS L.T.D



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

SCIENTIFIC PROGRAM



ΠΕΜΠΤΗ / THURSDAY **28** ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

07:30

ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΕΕΕΜ & ΕΕΧΧ
GENERAL ASSEMBLY OF H.S.R.M & H.S.S.H.

08:30 – 10:00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ORAL PRESENTATIONSΠροεδρείο: **Ε. Παπαδογεώργου – Δ. Τέντης**
Moderators: **E. Papadogeorgou – D. Tentis****Ο 01 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ ΜΕ ΠΑΛΑΜΙΑΙΑ ΠΛΑΚΑ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**Ι. Αντωνίου, Α. Δράκος, Π. Νατσαρίδης, Σ. Βαρυτιμίδης, Ζ. Νταϊλιάνη,
Β. Κοντογεωργάκος, Κ.Ν. Μαλίζος
*Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας***Ο 02 ΔΙΠΛΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΚΡΟΥ ΤΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ**Δ. Μπουγιουκλής, Ι. Κορμπάκης, Γ. Σκουτέρης, Γ. Ανδρίτσος, Ν. Γραββάνης,
Β. Ψυχογιός
*Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Άκρας Χειρός, Ασκληπιείο Βούλας***Ο 03 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΟΡΘΩΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ ΣΕ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΤΩ ΕΠΙΦΥΣΗΣ ΚΕΡΚΙΔΟΣ ΠΩΡΩΘΕΝΤΑ ΣΕ ΠΛΗΜΜΕΛΗ ΘΕΣΗ**Ν. Μπαδήλας, Α. Κάντζιος, Π. Σαμαράς, Ο. Καραργύρης, Π. Αρεταίου,
Δ. Ευσταθόπουλος
*Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Μικροχειρουργικής, Νοσοκομείο "ΚΑΤ"***Ο 04 ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΡΠΟΥ SNAO: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΜΙΑ ΝΕΑ ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΟΥ ΣΥΝΔΥΑΖΕΙ ΑΓΓΕΙΟΥΜΕΝΟ ΟΣΤΙΚΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ ΣΚΑΦΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ**Ζ. Νταϊλιάνη, Α. Κουτάλος, Λ. Παπαθεοδώρου, Σ. Βαρυτιμίδης,
Β. Κοντογεωργάκος, Κ.Ν. Μαλίζος
*Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας***Ο 05 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΗΞΗ TFCC ΤΥΠΟΥ IB Ή II ΚΑΙ ΘΕΤΙΚΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΩΛΕΝΗΣ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΥΗΣ ΚΑΙ ΒΡΑΧΥΝΣΗ ΤΗΣ ΩΛΕΝΗΣ**Δ. Αλασεϊρήλης¹, Γ. Κωνσταντινίδης¹, Γ. Βασιλειάδης², Κ. Λαμπρόπουλος²,
Π. Γκιβίσης³¹Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης,²Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. Γιαννισών,³Α' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ.

ΠΕΜΠΤΗ / THURSDAY **28** ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**Ο 06 ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΥΡΡΑΦΗ ΩΛΕΝΙΑΣ ΡΗΞΗΣ ΤΟΥ ΤΡΙΓΩΝΟΥ ΙΝΟΧΟΝΔΡΙΝΟΥ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΟΣ (TFCC). ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Γ.Γ. Καραχάλιος¹, Γ. Κρίνας¹, Ε. Ρογδάκη², Α. Πατρίκαλος¹, Α. Ταμβίσκος¹

¹Τμήμα Αρθροσκοπικής Χειρουργικής Ιατρικού Αθηνών, Κλινική Παλαιού Φαλήρου,

²Ακτινολογικό Τμήμα Ιατρικού Αθηνών, Κλινική Παλαιού Φαλήρου

Ο 07 ΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ COLLES ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΣΕ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Σ. Μπουγιουκλή¹, Μ. Παπαναγιώτου¹, Θ. Κορομηλάς², Σ. Βαρυτιμίδης¹,

Π. Γεωργούλιας³, Κ.Ν. Μαλίζος¹, Π. Κόλλιας², Ζ. Νταϊλιάνα¹

¹Ορθοπαιδική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

²Εργαστήριο Γενετικής Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ,

³Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ο 08 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΝΟΣΟΥ KIEENBOCK

Μ. Παπαναγιώτου¹, Ι. Αντωνίου¹, Α. Κουτάλος¹, Σ. Βαρυτιμίδης¹, Ζ. Νταϊλιάνα¹,

Β. Κοντογεωργάκος², Κ.Ν. Μαλίζος¹

¹Τμήμα Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

²Ορθοπαιδική Κλινική, ΠΓΝΑ ΑΤΤΙΚΟΝ

Ο 09 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΣΗΠΗΤΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΜΗΝΟΕΙΔΟΥΣ (KIEENBOCK)

Κ. Ράπτης, Ε. Κόντου, Δ. Αντωνόπουλος, Ι. Σταθόπουλος, Α. Κυριαζή,

Φ. Γιαννούλης, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

Ο 10 ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΣΚΑΦΟΕΙΔΗ ΠΕΡΙΜΗΝΟΕΙΔΗ ΕΞΑΡΘΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ

Κ. Ράπτης, Ε. Κόντου, Δ. Αντωνόπουλος, Κ. Λαμπροπούλου – Αδαμίδου,

Ι. Μανουσarıδης, Φ. Γιαννούλης, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

Ο 11 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΟΣ ΕΞΑΡΘΗΜΑΤΟΣ ΤΕΝΟΝΤΟΣ ΩΛΕΝΙΟΥ ΕΚΤΕΙΝΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ (Ω.Ε.Κ.). ΑΝΑΦΟΡΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ε. Κόντου, Κ. Ράπτης, Ι. Σταθόπουλος, Ι. Μανουσarıδης,

Κ. Λαμπροπούλου – Αδαμίδου, Ε. Φανδρίδης, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

Ο 12 ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΙΣΧΑΙΜΗΣ ΠΕΡΙΔΕΣΗΣ ΜΕ ΕΛΑΣΤΙΚΟ ΔΑΚΤΥΛΙΟ (S-MART) ΚΑΙ ΚΛΑΣΙΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΗΣ ΠΕΡΙΔΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Χ. Βαλκάνης, Ρ. Μαυρόπουλος, Σ. Χριστοδούλου, Σ. Κώτσιος, Γ. Δρόσος,

Α. Βερβερίδης, Κ. Καζάκος

Ορθοπαιδική Κλινική ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

ΠΕΜΠΤΗ / THURSDAY 28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**10:00 – 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ
FELLOW ROUND TABLE****Παγιδευτικές Νευροπάθειες Ωλενίου Νεύρου
Entrapment Neuropathies of the Ulnar Nerve**Συντονιστής: **N. Δανιηλίδης**Moderator: **N. Daniilidis****Ανατομία Ωλενίου Νεύρου****Ulnar Nerve Anatomy**

N. Παπαδάκης / N. Papadakis

Cubital Tunnel Syndrome

N. Σαχίνης / N. Sahinis

Σύνδρομο Ωλενίου Σωλήνα (Guyon Syndrome)**Ulnar Tunnel Syndrome (Guyon Syndrome)**

I. Κωνσταντινίδης / I. Konstantinidis

Τενοντομεταφορές σε Παράλυση του Ωλενίου Νεύρου**Tendon Transfers in Ulnar Nerve Palsy**

N. Δανιηλίδης / N. Daniilidis

11:00 – 11:40 Διάδειγμα καφέ / Coffee Break**11:40 – 12:00 ΔΙΑΛΕΞΗ – LECTURE**Προεδρείο: **A. Κορομπίλιας**Moderator: **A. Korompilias****Ο Ρόλος των Δακτυλιοειδών Συνδέσμων στην Εμβιομηχανική των
Καμπτήρων Τενόντων****The Role of Annular Ligaments in Flexor Tendon Biomechanics**

Γ. Μητσιώνης / G. Mitsionis

ΠΕΜΠΤΗ / THURSDAY **28** ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**12:00 – 13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE****Σύνδρομα Υπέρχρησης Άνω Άκρου
Overuse Syndromes of the Upper Limb**

Συντονιστής: Θ. Λοϊζίδης

Moderator: T. Loizidis

**Όμος – Αγκώνας – Καρπός. Κλινική Εικόνα Συμπτώματα
Shoulder – Elbow – Wrist. Clinical Examination, Symptoms**

Α. Σπυριδάκης / A. Spyridakis

**Διατάσεις, Βελονισμός, Εγχύσεις, Κρουστικοί Υπέρηχοι
(Shockwave Therapy)****Extensions, Accupancure, Injections, Croustic Ultrasounds
(Shockwave Therapy)**

Θ. Λοϊζίδης / T. Loizidis

**Εργονομικές Συμβουλές για την Πρόληψη των Σύνδρομων Υπέρχρησης
Ergonomic Advices for Avoiding Overuse Syndromes**

Δ. Παγκράτη / D. Pagrati

13:00 – 14:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE**Φυσικοθεραπευτική Προσέγγιση Άνω Άκρου
Physiotherapy Approach of the Upper Limb**

Συντονιστής: Θ. Τσερμακιάν

Moderator: T. Tsermakian

**Ο Θερμοπλαστικός Νάρθηκας ως Θεραπευτικό Μέσον στην Άκρα Χείρα
Thermoplastic Splint as a Therapeutic Agent of the Hand**

Γ. Γρηγοριάδης / G. Grigoriadis

**Αξιολόγηση και Λειτουργική Αποκατάσταση στο Σύνδρομο
Υπακρωμιακής Προστριβής: Πράξη και Ερευνητική Απόδειξη
Evaluation and Functional Recovery in Subacromial Impingement
Syndrome: Practice and Research Evidence**

Θ. Τσερμακιάν / T. Tsermakian

**Έξω Επικονδυλίτιδα Αγκώνα: Αξιολόγηση και Φυσικοθεραπευτική
Προσέγγιση****Lateral Epicondylitis: Evaluation and Physiotherapy Approach**

Κ. Κούστα / K. Kousta

**Αποκατάσταση Μετατραυματικού Αγκώνα
Posttraumatic Recovery of the Elbow**

Ε. Μακρίδου / E. Makridou

ΠΕΜΠΤΗ / THURSDAY **28** ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**14:00 – 15:30 WORKSHOP**

Τα Πάντα Γύρω από τον Καρπό. Κάταγμα Περιφερικού Άκρου Κερκίδος, Μερική Αρθρόδεση Καρπού
Hands - on Workshop "All Around the Wrist".
Distal Radius Fracture, RSL Fusion

Εκπαιδευτές: Π. Γκιβίσσης, Λ. Κατρανίτσα, Κ. Tsironis, C. Engel
 Trainers: P. Givissis, L. Katranitsa, K. Tsironis, C. Engel

Ευγενική χορηγία:  **DMP**
 Medical Products Services

15:30 – 16:30 Διάλειμμα / Break**16:30 – 17:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE**

Αρθρίτιδα 1^{ης} Καρπομετακαρπίου Αρθρώσεως
1st CMC Joint Arthritis

Συντονίστρια: **Β. Τσιαμπά**
 Moderator: **V. Tsiampa**

Αρθρίτιδα της Βασικής Άρθρωσης του Αντίχειρα: Ανατομία - Αντιμετώπιση με Πολυγωνεκτομή

Basal Joint Arthritis: Anatomy - Trapeziectomy

Ε. Παπαδογεώργου / E. Papadogeorgou

Αρθροπλαστική Παρεμβολής Τένοντα Κερκιδικού Καμπήρα Καρπού

Flexor Carpy Radiales Tendon Interposition Arthroplasty

Π. Καλδής / P. Kaldis

Νέα Τεχνική για την Αρθροπλαστική της Βασικής Άρθρωσης του Αντίχειρα με Χρήση Αλλομοσχεύματος – Graft Jacket

New Technique for CMC Arthroplasty Using Allograft – Graft Jacket

Φ. Γιαννούλης / F. Giannoulis

Αρθροπλαστική Παρεμβολής Τένοντα Μακρού Απαγωγού

Abductor Pollicis Longus Tendon Interposition Arthroplasty

Β. Τσιαμπά / V. Tsiampa

ΠΕΜΠΤΗ / THURSDAY **28** ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**17:30 – 17:50 ΔΙΑΛΕΞΗ – LECTURE**Προεδρείο: **Ε. Δεμίρη**Moderator: **E. Demiri****Free Fibula Graft**

Α. Κορομπίλιας / A. Korompilias

17:50 – 18:30 ΔΙΑΛΕΞΕΣ – LECTURESΠροεδρείο: **Σ. Παπαστεργίου**Moderator: **S. Papastergiou****Σύγκριση Τεχνικών Ραφής για το Μυοτενοντώδες Πέταλο****Comparing Suture Techniques for Rotator Cuff Repair**

U. Moebius

Σπάνια Εξαρθρήματα Καρπού**Rare Dislocations of the Wrist**

Χ. Δημητρίου / C. Dimitriou

ΠΕΜΠΤΗ / THURSDAY **28** ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**08:30 – 10:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ORAL PRESENTATIONS**Προεδρείο: **Ι. Κωνσταντινίδης – Μ. Κοτρώτσιου**Moderators: **I. Konstantinidis – M. Kotrotsiou**

- O 13 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΑΣΗΣ**
Δ. Τέντης, Σ. Βούρτσας, Χ. Ασημομύτης, Π. Κυρμιζογλου, Κ. Μπενετάτος, Π. Σαρόγλου, Α. Μπινιάρης, Χ. Χώχος, Α. Τσακίρης
Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, 401 ΓΣΝΑ
- O 14 Ο ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΑΡΥΓΓΟΙΣΟΦΑΓΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ**
Α. Καρανίδης, Δ. Τσούτσος
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μονάδα Εγκαυμάτων, Μικροχειρουργικής και Άκρας Χείρας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»
- O 15 Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΚΡΗΜΝΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΛΗΠΤΡΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΚΝΗΜΗΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ**
Α. Καρανίδης, Γ. Παπανικολάου, Δ. Τσούτσος
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μονάδα Εγκαυμάτων, Μικροχειρουργικής και Άκρας Χείρας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»
- O 16 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΩ ΧΕΙΛΟΥΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΚΡΗΜΝΩΝ**
Δ. Τσιλιμπότη, Α. Τσίρος, Α. Τότης, Γ. Δευτερέβος, Μ. Χριστοφόρου
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Π «Ο Άγιος Ανδρέας»
- O 17 ΚΡΗΜΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΟΣΧΕΟΠΕΡΙΝΕΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ**
Δ. Τσιλιμπότη, Α. Τσίρος, Α. Τότης, Ο. Σταμούλης, Δ. Κυριακόπουλος
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Π «Ο Άγιος Ανδρέας»
- O 18 ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ – ΜΥΘΟΣ Ή ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ;**
Δ. Τσιλιμπότη, Α. Τσίρος, Γ. Δευτερέβος, Γ. Μήτσαλα, Α. Τότης, Μ. Χριστοφόρου
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Π «Ο Άγιος Ανδρέας»
- O 19 ΑΝΑΛΥΣΗ ΛΑΘΩΝ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΑΥΤΑ**
Δ. Τσιλιμπότη, Α. Τσίρος, Γ. Μήτσαλα, Γ. Δευτερέβος, Α. Τότης
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Π «Ο Άγιος Ανδρέας»

ΠΕΜΠΤΗ / THURSDAY 28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

Ο 20 ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΣΕ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΣΤΑΔΙΟΥ II

Δ. Διονυσίου¹, Α. Πανάγου², Γ. Μπάτσης¹, Α. Τσιμπώνης¹, Λ. Παυλίδης¹, Ε. Ζαχαράκης², Ε. Δεμίρη¹

¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

²Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ο 21 ΓΕΦΥΡΩΣΗ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΝΕΥΡΑΓΩΓΩΝ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΥΡΟΕΙΔΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ Τ3 Ή BDNF (BRAIN DERIVED NEUROTROPHIC FACTOR). ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΠΙΜΥΕΣ

Ι. Κορμπάκης¹, Ε. Τζόνσον², Π. Κίννας³, Α. Παπαλόης⁴, Ι. Σιούτης⁵, Α. Δημητριάδη⁶, Π. Παπαγγελόπουλος⁷, Α.Β. Ζούμπος⁷

¹Orthopaedic surgery, Washington University, St. Louis, USA, ²Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, ³Ε' Ορθοπαιδική Κλινική, Μονάδα Άκρας Χειρός και Μικροχειρουργικής, Ασκληπιείο Βούλας,

⁴Ερευνητικό Πειραματικό Κέντρο ΕΛΠΕΝ, ⁵Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Ασκληπιείο Βούλας, ⁶Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γενικό Κρατικό Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», ⁷1^η Ορθοπαιδική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Ο 22 Η ΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΦΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΙ ΚΡΗΜΝΩΝ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝΤΑ ΑΓΓΕΙΑ: ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ε. Δασκαλάκης¹, Α. Παπαλόης², Ι. Ιγνατιάδης¹, Ι. Matei³, Ι. Capota³, Α. Georgescu³

¹Ορθοπαιδική Χειρουργική, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών,

²Ερευνητικό και Πειραματικό Κέντρο ΕΛΠΕΝ,

³Πλαστική Χειρουργική, Ιατρική Σχολή «Iuliu Hatieganu»

Ο 23 ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΙ ΚΡΗΜΝΩΝ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝΤΑ ΑΓΓΕΙΑ ΣΕ ΧΟΙΡΟΥΣ: ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΣΤΟ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟ. ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ε. Δασκαλάκης¹, Α. Παπαλόης², Ι. Ιγνατιάδης¹, Α. Georgescu³, Ι. Matei³, Ι. Capota³

¹Ορθοπαιδική Χειρουργική, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών,

²Ερευνητικό και Πειραματικό Κέντρο ΕΛΠΕΝ,

³Πλαστική Χειρουργική, Ιατρική Σχολή «Iuliu Hatieganu»

Ο 24 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΛΑΒΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΙΜΩΝ ΑΓΩΓΩΝ ΠΟΛΥΓΛΥΚΟΛΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ

Μ. Βεκρής, Δ. Γιαννούλης, Α. Δήμου, Α. Κορομπιλίας, Ι. Κώστας – Αγκάντης, Α. Μπερής

Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΠΕΜΠΤΗ / THURSDAY 28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**10:00 – 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE****Κρημνοί Άνω Άκρου
Upper Limb Flaps**

Συντονιστής: **Κ. Ξαρχάς**
Moderator: **K. Xarhas**

**Κερκιδικός Κρημνός Αντιβραχίου
Radial Forearm Flap**

Σ. Σπυρίδωνος / S. Spiridonos

**Έξω Πλάγιος Κρημνός του Βραχίονος
Lateral Arm Flap**

Γ.Α. Σπυροπούλου / G.A. Spyropoulou

**Κρημνός της Οπίσθιας Μεσοστέου Αρτηρίας
Posterior Interosseous Artery Flap**

Κ. Ξαρχάς / K. Xarhas

**Ομοδακτυλικός Κρημνός
Homodigital Flap**

Σ. Αναγνώστου / S. Anagnostou

11:00 – 11:40 Διάλειμμα καφέ / Coffee Break**11:40 – 12:00 ΔΙΑΛΕΞΗ – LECTURE**

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

**Μετατραυματική Δυσκαμψία Αγκώνα
Posttraumatic Elbow Stiffness**

Π. Γιαννακόπουλος / P. Giannakopoulos

ΠΕΜΠΤΗ / THURSDAY 28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

12:00 – 13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE

Κρημνοί Κάτω Άκρου Lower Limb Flaps

Συντονιστής: Ι. Ιγνατιάδης / Moderator: J. Ignatiadis

Οι Ελεύθεροι Κρημνοί στην Επανορθωτική Χειρουργική του Κάτω Άκρου Free Flaps in Lower Limb Reconstruction Surgery

Α. Καρονίδης / A. Karonidis

Επιλέγοντας την Ενδεδειγμένη Τεχνική στην Κάλυψη Ελλειμμάτων Κνήμης – Αστραγάλου – Ποδός

Selecting the Best Technique for Coverage of Tibia – Ankle – Foot Deficits

Α. Georgescu

Η Χρήση του Ελεύθερου Αγγειομένου Πλατέος Ραχιαίου Κρημνού στην Κάλυψη του Μέσου Τριτημορίου της Κνήμης

Using Free Vascularized Latissimus Dorsi Flap for the Treatment of Deficits of the Middle Tibia

Δ. Τσιλιμπότη / D. Tsilimpoti

Η Χρήση του Ελεύθερου Αγγειομένου ALT Κρημνού στην Επανορθωτική Χειρουργική του Κάτω Άκρου

Using Free Vascularized ALT Flap in Lower Limb Reconstruction Surgery

Π. Παναγιώτου / P. Panagiotou

13:00 – 14:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE

Αποκατάσταση Κεφαλής – Τραχήλου Head – Neck Reconstruction Surgery

Συντονιστής: Σ. Σταυριανός / Moderator: S. Stavrianos

Οστική Αποκατάσταση Άνω και Κάτω Γνάθου

Maxillary and Mandibular Reconstruction

Χ. Ασημομήτης / H. Asimomitis

Αποκατάσταση Μαλακών Μορίων, Γλώσσης

Soft Tissue and Tongue Reconstruction

Κ. Μπενετάτος / K. Mpenetatos

Επιπλοκές Αποκαταστάσεων

Reconstruction Surgery Complications

Ν. Λουπάτατση / N. Loupatatzi

Οργάνωση του Τμήματος Κεφαλής Τραχήλου

Organizing the Head & Neck Department

Σ. Σταυριανός / S. Stavrianos

ΠΕΜΠΤΗ / THURSDAY **28** ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**14:00 – 15:30 WORKSHOP**

Τα Πάντα Γύρω από τον Καρπό. Κάταγμα Περιφερικού Άκρου Κερκίδος, Μερική Αρθρόδεση Καρπού
Hands - on Workshop “All Around the Wrist”.
Distal Radius Fracture, RSL Fusion

Εκπαιδευτές: Π. Γκιβίσσης, Λ. Κατρανίτσα, Κ. Tsironis, C. Engel
Trainers: P. Givissis, L. Katranitsa, K. Tsironis, C. Engel

Ευγενική χορηγία: 

15:30 – 16:30 Διάλειμμα / Break**16:30 – 17:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE**

Νοσηλευτική Προσέγγιση στις Κακώσεις του Άνω Άκρου
Nursing Approach to Injuries of the Upper Extremity

Συντονίστρια: Α. Λουκά
Moderator: A. Louka

Αντιμετώπιση Κακώσεων Άνω Άκρου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.). Νοσηλευτική Παρέμβαση
Treating Upper Extremity Injuries in the Emergency Department. Nursing Intervention

Α. Λουκά – Χ. Γρηγοριάδου / A. Louka – C. Grigoriadou

Προεγχειρητική Φροντίδα Ασθενών με Κακώσεις Άνω Άκρου
Preoperative Care of Patients with Upper Extremity Injuries

Π. Συμεωνίδου / P. Simeonidou

Χειρουργική Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Τραύματος Βραχιονίου – Αγκώνα και Αντιβραχίου

Operative Nursing Treatment of Humerus – Elbow and Forearm Injuries

Ι. Γκίκογλου / J. Gkikoglou

Χειρουργική Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Τραύματος Καρπού και Δακτύλων

Operative Nursing Treatment of Wrist and Fingers

Β. Τζιφοπούλου / B. Tzifopoulou

Μετεγχειρητική Φροντίδα Ασθενών με Κακώσεις Άνω Άκρου
Postoperative Care of Patients with Upper Extremity Injuries

Α. Κουδόσιου / A. Koudosiou

ΠΕΜΠΤΗ / THURSDAY 28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

17:30 – 18:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE

Περιφερικοί Αποκλεισμοί του Άνω Άκρου Regional Anesthesia in Upper Extremity

Συντονίστρια: **Α. Τρικούπη** / Moderator: **A. Trikoupi**

Τρόπος Δράσης των Περιφερικών Αποκλεισμών

The Way Peripheral Blocks Act in Upper Extremity Surgery

Ε. Σπύρου / E. Spyrou

Η Τεχνική των Περιφερικών Αποκλεισμών με τη Χρήση Νευροδιεγέρτη

The Technique of Peripheral Blocks Using Neurostimulator

Π. Χουρμουζή / P. Chourmouzi

Η Τεχνική των Περιφερικών Αποκλεισμών με τη Χρήση Υπερήχων

The Technique of Peripheral Blocks Using Ultrasounds

Ε. Κοράκη / E. Koraki

Η Συμβολή των Περιφερικών Αποκλεισμών του Άνω Άκρου στην Μετεγχειρητική Αναλγησία

In Upper Limb Postoperative Analgesia

Κ. Βιτούλα / K. Vitoula

18:30 – 20:00 Τελετή Έναρξης – Opening Ceremony

Προσφωνήσεις Επισήμων / Welcome Addresses

Εναρκτήρια Ομιλία

Keynote Lecture

Ιατρική - Ποινική, Αστική και Πειθαρχική - Ευθύνη

Γ. Παναγοπούλου - Μπέκα

Δικηγόρος παρ' Αρείω Πάγω, Δρ. Ποινολόγος, Αντιπρόεδρος ΔΣΘ

Καλλιτεχνικό Πρόγραμμα

20:00

Εναρκτήρια Δεξίωση / Welcome Reception

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ / FRIDAY **29** ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**08:30 – 10:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ORAL PRESENTATIONS**Προεδρείο: **Α. Μπαρμπιτσιώτη – Ε. Ζαμπιάκης**Moderators: **A. Barbitsioti – E. Zampiakis****O 25 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΕΥΔΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΛΗΜΜΕΛΩΣ ΠΩΡΩΘΕΝΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΕΣΟΤΗΤΟΣ ΚΛΕΙΔΟΣ. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΠΡΩΙΜΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ**Ο. Καραργύρης, Ν. Μπαδήλας, Α. Κάντζιος, Π. Μπουντούρης, Π. Σαμαράς, Δ. Ευσταθόπουλος*Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.***O 26 ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΚΛΕΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΩΝ ΑΘΛΗΤΙΚΩΝ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΥΨΗΛΗΣ ΣΥΝΤΡΙΒΗΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ**Μ. Βεκρής, Δ. Παπαδόπουλος, Χ. Καλίτσης, Χ. Παπαγεωργίου, Α. Μπερής
*Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων***O 27 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΩΜΟΥ ΚΑΙ ΑΓΚΩΝΟΣ ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΟΣΤΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΤΥΠΟΥ MOSAIC**Χ. Χρυσάνθου, Γ. Κατσούλης, Α. Κυριάκος, Α. Mandhari, Ο. Alizadehkhayat, S. Frostick*Royal Liverpool & Broadgreen University Hospitals, UK***O 28 ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΓΚΩΝΟΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ DISCOVERY – ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΆΛΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ**Γ. Κατσούλης, Χ. Χρυσάνθου, Α. Κυριάκος, Ο. Alizadehkhayat, Α. Mandhari, S. Frostick*University of Liverpool, Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals***O 29 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΘΕΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΛΗΛΟΥ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΠΛΑΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΑΤΟΣ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ**Δ. Μπουγιουκλής, Δ. Σκουτέρης, Ι. Κορμπάκης, Γ. Ανδρίτσος, Α. Παπαδήμας, Β. Ψυχोगιός*Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Χεριού – Μικροχειρουργικής, Ασκληπιείο Βούλας***O 30 ΥΠΕΡΚΟΝΔΥΛΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**Α. Μπαρμπιτσιώτη, Δ. Ζεμαδάνης, Δ. Βουτσάς, Γ. Κιζιρίδης, Δ. Παναγιωτίδης, Χ. Μπογιατζής, Α. Χατζηγιαννάκης*Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου – Αλεξ/πολης*

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ / FRIDAY 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

Ο 31 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΚΟΝΔΥΛΟΥ ΚΑΙ ΤΡΟΧΙΛΙΑΣ (CORONAL SHEAR) ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ. ΑΠΩΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χ. Ντινόπουλος¹, Α. Γιαννακόπουλος², Δ. Σκουτέρης¹, Γ. Τσακουμής²,
Δ. Μπουγιουκλής¹, Π. Ντειμεντές²

¹Ε' Ορθοπ. Τμήμα, Μονάδα Ακρας Χειρός – Μικροχειρουργικής,
Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας,

²Β' Ορθοπ. Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

Ο 32 ΑΝΟΙΚΤΗ ΑΡΘΡΟΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΟΜΗ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΤΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑΣ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΣΤΡΟΦΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ

Π. Τριάντης, Α. Παπαδήμας, Δ. Μπουγιουκλής, Δ. Σκουτέρης, Ι. Κορμπάκης,
Β. Ψυχογιός

Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Χεριού – Μικροχειρουργικής, Ασκληπιείο Βούλας

Ο 33 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΩΤΕΡΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΕΩΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΕΡΚΙΔΟΣ MASON-III, ΣΤΗΝ ΤΡΑΓΙΚΗ ΤΡΙΑΔΑ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ

Χ. Ντινόπουλος, Δ. Σκουτέρης, Κ. Μαστραντωνάκης, Α. Παπαδήμας,
Δ. Μπουγιουκλής

Ε' Ορθοπ. Τμήμα, Μονάδα Άκρας Χειρός – Μικροχειρουργικής, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

Ο 34 ΤΡΑΓΙΚΗ ΤΡΙΑΔΑ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Κουτάλος, Β. Κοντογεωργάκος, Σ. Βαρυτιμίδης, Ζ. Νταϊλιάνη, Μ. Χαντές,
Κ.Ν. Μαλίζος

Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλίας, Λάρισα

Ο 35 ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΕΣΩ ΠΛΑΓΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ

Α. Παπαδήμας, Π. Τριάντης, Δ. Μπουγιουκλής, Δ. Σκουτέρης, Ν. Γραββάνης,
Β. Ψυχογιός

Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Χεριού – Μικροχειρουργικής, Ασκληπιείο Βούλας

Ο 36 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΤΑΓΜΑ – ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ

Α. Παπαδήμας, Ι. Κορμπάκης, Δ. Μπουγιουκλής, Π. Τριάντης, Γ. Ανδρίτσος,
Β. Ψυχογιός

Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Χεριού – Μικροχειρουργικής, Ασκληπιείο Βούλας

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ / FRIDAY 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**10:00 – 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE****Κατάγματα Περιφερικού Άκρου Κερκίδας
Fractures of the Distal Radius**

Συντονιστές: Π. Σαββίδης – Α. Μπαρμπιτσιώτη
Moderators: P. Savvidis – A. Mparmpitsioti

Ραχιαία Προσπέλαση**Dorsal Approach**

Α. Μπαρμπιτσιώτη / A. Mparmpitsioti

Παλαμιαία Προσπέλαση**Volar Approach**

Π. Σαββίδης / P. Savvidis

Εξωτερική Οστεοσύνθεση**External Fixation**

Φ. Αγαθαγγελίδης / F. Agathaggelidis

**Κακώσεις Τρίγωνου Χόνδρου και Κάτω Κερκιδωλενικής
TFCC and DJUR Injuries**

A. Smith

11:00 – 11:40 Διάλειμμα καφέ / Coffee Break**11:40 – 12:00 ΔΙΑΛΕΞΗ – LECTURE**

Προεδρείο: Σ. Σπυρίδωνος

Moderator: S. Spyridonos

**Η Χρήση της Μικροχειρουργικής στην Αντιμετώπιση των Κακώσεων
Άνω Άκρου****The Use of Microsurgery in Treatment for Upper Limb Injuries**

Ν. Γεροσταθόπουλος / N. Gerostathopoulos

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ / FRIDAY 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

12:00 – 13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE

Εξελίξεις στην Αρθροσκοπική Χειρουργική του Ώμου
Advancements in Arthroscopic Surgery of the Shoulder

Συντονιστής: Ε. Αντωνογιαννάκης

Moderator: E. Antonogiannakis

Αρθροσκοπική Αντιμετώπιση Ρήξεων Τενοντίου Πετάλου. Single Row – Double Row – Suture Bridge. Που Βρισκόμαστε;**Arthroscopic Treatment of Rotator Cuff Tears. Single Row – Double Row – Suture Bridge. Where are we?**

Δ. Καράταγλης / D. Karataglis

Μαζικές Ρήξεις Τενοντίου Πετάλου. Αρθροσκοπική Αποκατάσταση. Ποιά είναι τα Όρια; Τενοντομεταφορά Πλατέος Ραχιαίου**Massive Rotator Cuff Tears. Arthroscopic Repair. What are the Limits? Transfer of Latissimus Dorsi**

Η. Ματαράγκας / I. Mataragkas

Αρθροσκοπική Αντιμετώπιση Πρώτου Τραυματικού Εξαρθρήματος. Αλλάζουν οι Απόψεις για την Αντιμετώπιση;**Arthroscopic Treatment of First Traumatic Dislocation. Changing Attitudes Towards Treatment?**

Δ. Αλεξάκης / D. Alexakis

Αρθροσκοπική Αντιμετώπιση Τραυματικής Αστάθειας από την Συρραφή του Επιχειλίου Χόνδρου στην Αντιμετώπιση Οστικών Ελλειμμάτων. Η Εξέλιξη**Arthroscopic Treatment of Traumatic Instability after the Stapling Coping Cartilage in Treating Bone Deficits. Evolution**

Ε. Αντωνογιαννάκης / E. Antonogiannakis

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ / FRIDAY **29** ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**13:00 – 14:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE****Αντιμετώπιση Τραύματος Αγκώνα
Treating Elbow Trauma**

Συντονιστής: **Σ. Βαρυτιμίδης**
Moderator: **S. Varytimidis**

**Κατάγματα Κεφαλής Κερκίδας Τύπου III κατά Mason. Διάσωση ή Αντικατάσταση Κεφαλής;
Type III Mason Radial Head Fractures. Rescue or Head Replacement?**
N. Ζαγοραίος / N. Zagoraios

**Ατυχής Τριάδα Αγκώνα. Αλγόριθμος Αντιμετώπισης
Unfortunate Elbow Triad. Treatment Algorithm**
B. Κοντογεωργάκος / V. Kontogeorgakos

**Κατάγματα του Περιφερικού Άκρου του Βραχιονίου. Πότε έχει Ένδειξη η Ολική Αρθροπλαστική του Αγκώνα;
Distal End of Humerus Fractures. What are the Total Elbow Arthroplasty Indications?**
Σ. Βαρυτιμίδης / S. Varytimidis

**Αντιμετώπιση της Μετατραυματικής Έκτοπης Οστεοποίησης του Αγκώνα
The Treatment of Posttraumatic Elbow Stiffness**
Σ. Σουρμελής / S. Sourmelis

14:00 – 15:30 WORKSHOP**Τα Πάντα Γύρω από τον Καρπό. Κάταγμα Περιφερικού Άκρου Κερκίδος, Μερική Αρθρόδεση Καρπού
Hands - on Workshop "All Around the Wrist".
Distal Radius Fracture, RSL Fusion**

Εκπαιδευτές: **Π. Γκιβίσσης, Λ. Κατρανίτσα, Κ. Tsironis, C. Engel**
Trainers: **P. Givissis, L. Katranitsa, K. Tsironis, C. Engel**

Ευγενική χορηγία:  **DMPs**
European Medical Products Services

**14:30 – 16:30 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΕΕΕΜ & ΕΕΧΧ
GENERAL ASSEMBLY OF H.S.R.M. & H.S.S.H.****15:30 – 16:30 Διάδειαμα / Break**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ / FRIDAY 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

16:30 – 17:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE

Τραυματικές Βλάβες Καρπού
Wrist Injuries

Συντονιστής: Ε. Απέργης
Moderator: E. Apergis

Κατάγματα Σκαφοειδούς – Θεραπευτικές Επιλογές
Scaphoid Fractures – Treatment Options
Π. Γκιβίσσης / P. Givissis

Αρθροσκοπικά Υποβοηθούμενη Ανάταξη Ενδοαρθρικών Καταγμάτων Άνω Κερκίδος
Arthroscopically Assisted Reduction of Distal Radius Intra – Articular Fractures
N. Δαρλής / N. Darlis

Κακώσεις TFCC : Διάγνωση – Αντιμετώπιση
TFCC Injuries: Diagnosis – Treatment
I. Σαρρής / I. Sarris

Κερκιδοκαρπικά Εξαρθρήματα ή Κατάγματα – Εξαρθρήματα: Νέα Ταξινόμηση Βάσει Χειρουργικών Ευρημάτων
Radius – Wrist Dislocations or Fracture – Dislocations: New Classification Based on Surgical Findings
E. Απέργης / E. Apergis

17:30 – 18:30 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ – LECTURES

Προεδρείο: Κ. Ξαρχάς – Χ. Δημητρίου
Moderators: K. Xarchas – C. Dimitriou

Tendon Transfer Surgery – Mechanics and Techniques
J. Friden

Dupuytren's Disease: From Radical Fasciectomy to Local Injections, a Drastic Evolution
C. Leclercq

Αγγειούμενα Μοσχεύματα Περιφερικής Κερκίδας για Αντιμετώπιση της Παθολογίας του Καρπού
Vascularized Distal Radius Graft for Treatment of Wrist Pathology
K.N. Μαλίζος / K.N. Malizos

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ / FRIDAY **29** ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

08:30 – 10:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ORAL PRESENTATIONS

Προεδρείο: **Β. Χαλίδης – Ν. Ζαγοραίος**

Moderators: **V. Chalidis – N. Zagoraios**

O 37 ΕΚΤΟΠΗ ΟΣΤΕΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ

Β. Κοντογεωργάκος¹, Ζ. Νταϊλιάνα², Σ. Βαρυτιμιδής², Δ. Παπαχρήστου³, Κ.Ν. Μαλίζος²

¹Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

²Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλίας, Λάρισα

³Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Παν. Πατρών

O 38 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ DURYUPTREN: ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΤΟΜΗ ΤΗΣ ΡΙΚΝΩΜΕΝΗΣ ΠΑΛΑΜΙΑΙΑΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ

Ι. Αντωνίου, Β. Ραούλης, Π. Κιορπελίδης, Σ. Βαρυτιμιδής, Ζ. Νταϊλιάνα, Β. Κοντογεωργάκος, Κ.Ν. Μαλίζος

Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

O 39 ΝΟΣΟΣ DURYUPTREN – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ν. Μαρκόπουλος, Β. Αξιαρλής, Ν. Τσολάκης, Α. Καρανικόλας

Ορθοπαιδική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς

O 40 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟΥ ΠΑΛΑΜΙΑΙΟΥ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΜΗΝΟΕΙΔΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΣΤΥΛΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ ΚΑΙ ΩΛΕΝΗΣ

Ν. Μαρκόπουλος, Β. Αξιαρλής, Α. Αριστέρογλου, Α. Καρανικόλας

Ορθοπαιδική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς

O 41 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΠΟΛΥΓΩΝΟΥ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ν. Μαρκόπουλος, Β. Αξιαρλής, Χ. Νικολάου, Α. Καρανικόλας

Ορθοπαιδική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς

O 42 ΑΡΘΡΙΤΙΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ. ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΠΟΛΥΓΩΝΟΥ, ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Ο. Καραγκύρης, Ι. Μπουντούρης, Σ. Κυριαζής, Ε. Παπαπαύλου, Π. Αρεταίου, Δ. Ευσταθόπουλος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

O 43 ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΤΑΘΕΙΑ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΩΛΕΝΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΜΕΤΑΚΑΡΠΙΟΦΑΛΑΓΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ ΜΕ ΑΥΤΟΜΟΣΧΕΥΜΑ

Ν. Τσολάκης, Μ. Αβραμίδης, Ρ. Αλ Χαρφούσι, Χ. Νικολάου, Α. Καρανικόλας

Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Ν. Κιλκίς

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ / FRIDAY 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

- Ο 44 ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΜΕ ΕΓΚΑΡΣΙΕΣ ΒΕΛΟΝΕΣ KIRSHNER ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΤΑΘΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΚΑΡΠΙΩΝ**
Κ. Ζιώγας, Ι. Γαλανάκης, Γ. Κουβίδης, Ε. Βεληβασάκης, Γ. Κοντάκης
Ορθοπεδική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου
- Ο 45 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΜΠΤΗΡΩΝ ΤΕΝΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΖΩΝΗ ΙΙ**
Κ. Ζιώγας, Ε. Τουρβάς, Ι. Γαλανάκης, Κ. Μπαλαλής, Γ. Παπαδοκωστάκης, Γ. Κοντάκης
Ορθοπεδική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου
- Ο 46 TRIGGER FINGER: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ, ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**
Ν. Μπαδήλας, Ι. Πανάς, Ν. Αρμακόλας, Μ. Μαλαχίας, Γ. Χατζημαρκάκης, Δ. Ευσταθόπουλος
Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.
- Ο 47 Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΚΡΗΜΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΑΣ**
Α. Καρονίδης, Γ. Κεχαγιάς, Γ. Παπανικολάου, Δ. Τσούτσος
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μονάδα Εγκαυμάτων, Μικροχειρουργικής και Άκρας Χείρας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»
- Ο 48 ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΣΤΡΟΦΩΝ ΔΕΡΜΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΩΝ ΚΡΗΜΝΩΝ ΤΟΥ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ**
Γ.Α. Σπυροπούλου, Α. Γκομώλης, Σ. Ιωαννίδης, Λ. Παυλίδης, Δ. Διονυσίου, Ε. Δεμίρη
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ / FRIDAY 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**10:00 – 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE****Μικροχειρουργική Αποκατάσταση Μαστού
Microsurgical Breast Reconstruction**Συντονίστρια: **Ε. Δεμίρη**Moderator: **E. Demiri****Αποκατάσταση του Μαστού με τον Εγκάρσιο Μυοδερματικό Κρημνό του Ορθού Κοιλιακού****TRAM Flap Breast Reconstruction**

Ο. Παπαδόπουλος / O. Papadopoulos

Αποκατάσταση του Μαστού με Κρημνό Διαπιτραινουσών της εν Τω βάθει Κάτω Επιγαστρίας (DIEP)**Breast Reconstruction Using Flap of Penetrating Deep Down Epigastric (DIEP)**

Ε. Λυκούδης / E. Lykoudis

Επιλογή των Αγγείων της Δέκτριας Περιοχής στην Αποκατάσταση του Μαστού με Ελεύθερο Κρημνό**Choosing Vessels of the Affected Region in Breast Reconstruction with Free Flap**

Α. Βλαστού / A. Vlastou

Ο Ρόλος της Προεγχειρητικής CT-Αγγειογραφίας και του Προσχεδιασμού της Δερματικής Νησίδας του Ελεύθερου Κοιλιακού Κρημνού στη Μικροχειρουργική Αποκατάσταση του Μαστού**The Role of Preoperative CT- Angiography and Pre-Planning of Cutaneous Islet of Free Abdominal Flap in Microsurgical Breast Reconstruction**

Ε. Δεμίρη / E. Demiri

11:00 – 11:40 Διάλειμμα καφέ / Coffee Break**11:40 – 12:00 ΔΙΑΛΕΞΗ – LECTURE**Προεδρείο: **Ι. Ιγνατιάδης**Moderator: **I. Ignatiadis****The Place of Microsurgery in Limbs' Reconstruction**

Α. Georgescu

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ / FRIDAY 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

12:00 – 13:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE**

Σύνδρομα Εγκλωβισμού Περιφερικών Νεύρων Peripheral Nerve Entrapment Syndromes

Συντονίστρια: **Z. Νταϊλιάνα**

Moderator: **Z. Dailiana**

Σύνδρομα Εγκλωβισμού Νεύρων στον Αγκώνα

Nerve Entrapment Syndromes at the Level of the Elbow

B. Ψυχογιός / V. Psychogios

Σύνδρομα Εγκλωβισμού Νεύρων στον Καρπό και το Χέρι

Nerve Entrapment Syndromes at the Level of Wrist and Hand

K. Δίτσιος / K. Ditsios

Όγκοι και Ογκόμορφες Εξεργασίες που Μιμούνται Σύνδρομα Εγκλωβισμού Νεύρων

Tumors and Tumor-Like Lesions that Mimic Nerve Entrapment Syndromes

Z. Νταϊλιάνα / Z. Dailiana

Σύνδρομα Εγκλωβισμού Νεύρων στην Ποδοκνημική και το Πόδι

Nerve Entrapment Syndromes at the Ankle and Foot

X. Ντινόπουλος / C. Ntinopoulos

Ιστική Αναγέννηση για την Αποκατάσταση της Νευρικής Βλάβης Tissue Regeneration to Restore Nerve Damage

E. Ντούβαλη / E. Ntounali

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ / FRIDAY 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**13:00 – 14:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE****Τραυματικές Βλαβες Καμπήρων Τενόντων
Flexor Tendon Injuries**

Συντονιστής: Ι. Γαλανάκης

Moderator: I. Galanakis

Πρωτογενής Συρραφή Διατομής Καμπήρων Τενόντων**Primary Flexor Tendon Repairs**

Ι. Γαλανάκης / I. Galanakis

**Πρωτογενής Χρήση Τενοντίου Μοσχεύματος για την Αποκατάσταση
Τραυματισμού των Καμπήρων Τενόντων****Primary Flexor Tendon Grafting**

Μ. Κατσαφάρου / M. Katsafarou

Σταδιοποιημένη Αποκατάσταση Τραυματισμού Καμπήρων Τενόντων**Staged Flexor Tendon Reconstruction**

Ε. Δασκαλογιαννάκης / E. Daskalogiannakis

Τενοντόλυση Καμπήρων Τενόντων**Flexor Tendon Tenolysis**

Α. Μανιμανάκη / A. Manimanaki

14:00 – 15:30 WORKSHOP**Τα Πάντα Γύρω από τον Καρπό. Κάταγμα Περιφερικού
Άκρου Κερκίδος, Μερική Αρθρόδεση Καρπού
Hands - on Workshop "All Around the Wrist".
Distal Radius Fracture, RSL Fusion**

Εκπαιδευτές: Π. Γκιβίσσης, Λ. Κατσανίτσα, Κ. Τσίρονις, C. Engel

Trainers: P. Givissis, L. Katranitsa, K. Tsironis, C. Engel

Ευγενική χορηγία:  **DMPS**
Dermatological Medical Products Series**15:30 – 16:30** *Διάλειμμα / Break*

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ / FRIDAY 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

16:30 – 17:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE

Κακώσεις Βραχιονίου Πλέγματος Brachial Plexus Injuries

Συντονιστής: Μ. Βεκρής
Moderator: M. Vekris

**Διαγνωστική Προσέγγιση και Προεγχειρητικός Σχεδιασμός σε
Μετατραυματικές Βλάβες Βραχιονίου Πλέγματος**
Diagnostic Approach and Preoperative Planning in Traumatic
Brachial Plexus Injuries

A. Βασιλειάδης / A. Vasileiadis

**Πρώιμη Χειρουργική Αποκατάσταση Μετατραυματικών Βλαβών
Βραχιονίου Πλέγματος**
Early Surgical Treatment of Posttraumatic Brachial Plexus Lesions

N. Δαούτης / N. Daoutis

Περιγεννητική Παράλυση Βραχιονίου Πλέγματος
Perinatal Brachial Plexus Palsy

I. Κώστας – Αγκάντης / I. Kostas–Agnantis

Δευτερογενείς Επεμβάσεις Σε Παραλύσεις Βραχιονίου Πλέγματος
Secondary Surgery in Brachial Plexus Palsies

M. Βεκρής / M. Vekris

17:30 – 18:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE

Κατάγματα Ωμικής Ζώνης Fractures of the Shoulder

Συντονιστής: Ι. Χριστοφορίδης
Moderator: I. Christoforidis

Κατάγματα Κλείδας – Αντιμετώπιση
Clavicular Fractures – Treatment

Π. Γιγής / P. Gigis

Αντιμετώπιση Καταγμάτων Ωμοπλάτης
Treatment of Scapular Fractures

Π. Παπαδόπουλος / P. Papadopoulos

Κατάγματα Άνω Άκρου Βραχιονίου και Αντιμετώπιση
Fractures of the Proximal Humerus and Treatment

I. Χριστοφορίδης / I. Christoforidis

ΣΑΒΒΑΤΟ / SATURDAY 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

08:30 – 09:45 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ SHORT PRESENTATIONS

Προεδρείο: **Δ. Βαρδάκας – Φ. Γιαννούλης**

Moderators: **D. Vardakas – F. Giannoulis**

S 01 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΤΡΙΠΤΙΚΟΥ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΤΕΜΑΧΙΩΝ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΣΤΙΚΗΣ ΜΟΡΦΟΓΕΝΝΕΤΙΚΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ –7 (BMP-7) – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μ. Παπαναγιώτου¹, Ζ. Νταϊλιάνη¹, Γ. Μπασδέκης¹, Α. Γιαννούκας², Μ. Ντόγκα³

¹Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,

²Αγγειοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,

³Αναισθησιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

S 02 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΒΑΡΕΙΑΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΩΛΕΝΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΑΠΟ ΓΑΓΓΛΙΟ ΣΤΟ ΣΩΛΗΝΑ CUYON

Ι. Κωνσταντινίδης, Π. Αθανασιάδου, Α. Χριστοδούλου, Π. Γκιβίσης

Α' Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Γ.Ν. Παπανικολάου

S 03 ΜΥΞΩΜΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΟΠΙΣΘΕΝΑΡΟΣ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κ. Ράπτης¹, Κ. Τόλης¹, Ε. Κόντου¹, Γ. Καραμάνης², Χ. Ευτυχιάδης², Α. Κυριαζή¹, Σ. Σπυρίδωνος¹

¹Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.,

²Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

S 04 ΠΙΕΣΗ ΥΠΕΡΠΛΑΤΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΑΠΟ ΓΑΓΓΛΙΟ ΣΤΗΝ ΩΜΟΠΛΑΤΙΑΙΑ ΕΝΤΟΜΗ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Κόντου, Κ. Ράπτης, Ι. Σταθόπουλος, Κ. Λαμπροπούλου – Αδαμίδου,

Κ. Τόλης, Ε. Φανδρίδης, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

S 05 ΝΕΥΡΙΚΗ Η ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΟΠΙΣΘΙΑ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ;

Ν. Τσολάκης, Μ. Αβραμίδης, Χ. Νικολάου, Ρ. Αλ Χαρφούσι, Α. Καρανικόλας

Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Ν. Κυλκίς

S 06 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ PREISER

Γ. Γκίκας, Ν. Ρωμαλίδης, Κ. Σιδηρόπουλος, Α. Δρακοπαναγιωτάκη,

Α. Παπαδόπουλος, Π. Σαλούπης, Ν. Χριστάκης

Ορθοπαιδικό τμήμα, Γ.Ν. Πέλλας, Νοσοκομείο Έδεσσας

S 07 «ΣΥΝΔΡΟΜΟ THIBIERGE-WEISSENWACH»: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑΣ

Θ. Τζαζαίρης¹, Γ. Μαλιόγκας¹, Β. Ασάντης¹, Κ. Τσίτας¹, Α. Σιώζος¹,

Ι. Δελνιώτης¹, Α. Κωτούλα², Χ. Γκιζάς²

¹Ορθοπαιδική Κλινική ΕΣΥ, Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης,

²Ακτινολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης

ΣΑΒΒΑΤΟ / SATURDAY 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

- S 08 ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΝΟΚΑΡΔΙΩΣΗ ΧΩΡΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ**
Δ. Χασιούρας, Α. Μανιμανάκη, Γ. Ηλιάκης, Τ. Πολίτης, Ε. Διαλέτη, Β. Πετρουλάκης
Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων "Άγιος Γεώργιος"
- S 09 ΟΞΕΙΑ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΔΙΑΦΥΣΕΩΝ ΜΤΚ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ ΜΕ ΦΥΛΟ ΦΟΙΝΙΚΑ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ**
Κ. Καρλιαύτης¹, Λ. Καρνέζης², Κ. Γκαρσιούδης¹, Α. Παπαδογούλας³, Ι. Ραμπακάκης¹
¹Α' Ορθοπαιδική Κλινική, 401 ΓΣΝΑ, ²Α' Παθολογική Κλινική, 401 ΓΣΝΑ, ³Ευρωκλινική Αθηνών
- S 10 ΑΥΤΟΣΧΕΔΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΤΑΙΟΝΙΣΜΟΥ ΥΠΟ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΡΥΠΑΡΑ ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ**
Μ. Αβραμίδης, Ν. Τσολάκης, Χ. Νικολάου, Γ. Αναστασιάδης, Α. Καρανικόλας
Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Ν. Κυλίκης
- S 11 ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΟΓΚΟΕΙΔΟΥΣ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΣΗΣ (ΟΕ) ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑ**
Ε. Gerakopoulos, E. Kapeti, G. Shyamallan
Trauma & Orthopaedics Department, Harrogate District Hospital, Harrogate, UK
- S 12 ΟΣΤΕΟΕΙΔΕΣ ΟΣΤΕΩΜΑ ΣΕ ΦΑΛΑΓΓΑ ΔΑΚΤΥΛΟΥ ΧΕΙΡΟΣ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΚΑΛΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**
Δ. Καπούτσης, Η. Μπισμπινάς, Γ. Γκούβας
424 Γεν. Στρατιωτικό Νοσ. Εκπαιδευσεως Θεσσαλονίκης, Τμήμα Χειρ/κής Χειρός
- S 13 ΔΙΑΤΟΜΗ ΝΕΥΡΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**
Α. Μπαρμπιτσιώτη, Δ. Παναγιωτίδης, Δ. Βουτσάς, Δ. Ζεμαδάνης, Σ. Ιορδανίδης, Α. Χατζηγιαννάκης
Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου – Αλεξ/πολης
- S 14 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΤΕΡΝΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΕΥΡΟΥΜΕΝΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΠΛΑΓΙΟΥ ΚΡΗΜΝΟΥ ΤΟΥ ΜΗΡΟΥ (SENSORY ALT)**
Δ. Τσιλιμπότη, Α. Τσίρος, Ι. Ντούβας, Γ. Δευτερέβος, Σ. Μπαλάσης, Μ. Ραπάνου, Μ. Χριστοφόρου
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Π «Ο Άγιος Ανδρέας»
- S 15 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**
Σ. Ιωαννίδης, Α. Γκομώλης, Ε. Χαμαϊδή, Δ. Διονυσίου, Γ.Α. Σπυροπούλου, Α. Αντωνίου, Ε. Δεμίρη
Εργαστήριο Μικροχειρουργικής, Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
- S 16 ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΣ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ. ΜΙΑ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**
Δ. Τέντης, Σ. Βούρτσας, Π. Σαρόγλου, Χ. Χώχος, Α. Μπινάρης, Α. Τσακίρης
Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, 401 ΓΣΝΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ / SATURDAY 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER**09:45 – 10:45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE****Θεραπεία Λεμφοιδήματος
Lymphedema Treatment Options**

Συντονιστής: Δ. Διονυσίου

Moderator: D. Dionisiou

**Διαφορική Διάγνωση Λεμφοιδήματος και Συντηρητική Θεραπευτική
Αντιμετώπιση**

Differential Diagnosis of Lymphedema and Conservative Treatment

N. Σαρατζής / N. Saratzis

**Χειρουργική Αντιμετώπιση Λεμφοιδήματος με Μικροχειρουργικές
Επεμβάσεις**

Surgical Treatment of Lymphedema with Microsurgery

Δ. Διονυσίου / D. Dionisiou

**Ποιότητα Ζωής Ασθενών μετά τη Μικροχειρουργική Μεταμόσχευση
Λεμφαδένων: Πρώιμα Αποτελέσματα**Patient Quality of Life after Microsurgery Lymph Node Transplant:
Preliminary Results

N. Παπαδόπουλος / N. Papadopoulos

**Ο Ρόλος της Φυσιοθεραπείας στην Αντιμετώπιση του Λεμφοιδήματος
The Role of Physiotherapy in Treating Lymphedema**

A. Πανάγου / A. Panagou

10:45 – 11:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ – ROUND TABLE**Εξελίξεις στην Αντιμετώπιση της Αστάθειας του Ώμου
Developments in the Treatment of Shoulder Instability**

Συντονιστής: Χ. Σινωπίδης

Moderator: C. Sinopidis

Νεώτερες Απόψεις στην Αστάθεια του Ώμου

Latest Opinions on Shoulder Instability

Χ. Σινωπίδης / C. Sinopidis

Αποκατάσταση σε Δυσκινησία της Ωμοπλάτης

Treatment of Scapular Dyskinesia

Δ. Κορακάκης / D. Korakakis

Αστάθεια Γληνοβραχιόνιας Άρθρωσης – Αποκατάσταση

Glenohumeral Joint Instability – Restoration

Γ. Ρογδάκης / G. Rogdakis

ΣΑΒΒΑΤΟ / SATURDAY 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

11:30 – 12:00 *Διάδευμα καφέ / Coffee Break*

12:00 – 12:20 ΔΙΑΛΕΞΗ – LECTURE

Προεδρείο: Ι. Μπισχινιώτης
Moderator: I. Mpschiniotis

Οργάνωση και Σχεδιασμός Πειραματικών Εργαστηρίων και Πρωτοκόλλων, υπό το Πρίσμα της Εφαρμογής της Νέας Νομοθεσίας στην Ευρώπη και την Ελλάδα

Organization and Planning Workshops and Experimental Protocols under the Light of the Implementation of New Legislations in Europe and Greece

A. Παπαλόης / A. Papalois

12:20 – 13:20 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ – LECTURES

Προεδρείο: Π. Γκιβίσσης – Π. Σαββίδης
Moderators: P. Givissis – P. Savvidis

Μακροχρόνια Παρακολούθηση Καρπιαίου Σωλήνα

Long Follow Up of Carpal Tunnel Syndrome

A. Smith

Spasticity of the Upper Limb: Principles of Surgical Treatment

C. Leclercq

Surgical Reconstruction of Upper Limb Function in Tetraplegia

J. Friden

13:20 – 13:40 ΔΙΑΛΕΞΗ – LECTURE

Προεδρείο: Κ. Παπαγεωργίου
Moderator: K. Parageorgiou

Μεταφορά Δακτύλου του Ποδός στο Χέρι

Toe to Hand Transfer

A. Μπερής

ΣΑΒΒΑΤΟ / SATURDAY 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

08:30 – 09:30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ORAL PRESENTATIONS

Προεδρείο: Δ. Αλασεϊρλής – Α. Βενουζίου

Moderators: D. Alaseirlis – A. Venouziou

O 49 20ΕΤΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΩΝ
ΤΕΝΟΝΤΙΩΝ ΕΛΥΤΡΩΝΑ. Τριάντος, Ε. Κοκκόλη, Π. Μυλωθρίδης, Δ. Διονυσίου, Π. Φόρογλου, Ε. Δεμίρη
*Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη*O 50 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΔΑΠΤΟΜΥΚΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥΜ. Παπαναγιώτου, Ζ. Νταϊλιάνη, Σ. Βαρυτιμίδης, Ν. Καραμανής, Κ.Ν. Μαλίζος
*Τμήμα Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*O 51 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΟΥ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΟΜΗ ΜΕΣΟΥ ΝΕΥΡΟΥΔ. Αντωνόπουλος, Κ. Ράπτης, Ε. Κόντου, Κ. Τόλης, Κ. Λαμπροπούλου – Αδαμίδου,
Ι. Σταθόπουλος, Φ. Γιαννούλης, Σ. Σπυρίδωνος
*Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.*O 52 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΚΑΤΩ ΤΡΙΤΗΜΟΡΙΟΥ
ΚΝΗΜΗΣ ΜΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΟΣΤΕΟΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΚΡΗΜΝΟ ΤΗΣ ΠΕΡΟΝΗΣ.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣΔ. Τέντης¹, Α. Παπασωτηρίου², Χ. Ασημομύτης¹, Κ. Μπενετάτος¹,
Π. Κυρμιζογλου¹, Σ. Βούρτσος¹, Π. Σαρόγλου¹, Α. Μπινιάρης¹, Χ. Χώχος¹,
Α. Τσακίρης¹¹Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, 401 ΓΣΝΑ,²Β' Ορθοπαιδική Κλινική, 401 ΓΣΝΑO 53 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ
ΝΕΥΡΩΜΑΤΑΠ. Συμεωνίδης, Ν. Δανιηλίδης, Π. Γκιβίσης
*Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης*O 54 ΟΣΤΙΚΗ ΜΟΡΦΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΡΩΤΕΪΝΗ-7 (BMP-7) ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ
ΑΥΤΟΜΟΣΧΕΥΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΕΥΔΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΤΟΥ
ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥΜ. Παπαναγιώτου, Ζ. Νταϊλιάνη, Α. Κουτάλος, Β. Κοντογεωργάκος,
Κ. Μπαργιώτας, Κ.Ν. Μαλίζος*Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*

ΣΑΒΒΑΤΟ / SATURDAY 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ / NOVEMBER

Ο 55 ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΚΕΡΚΙΔΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΑΠΟ ΠΙΕΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΚΛΑΔΩΝ ΣΕ ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΣΗΜΕΙΑ

Ι. Κωνσταντινίδης, Λ. Κατρανίτσα, Π. Γκιβίσσης, Α. Χριστοδούλου
Α' Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Γ.Ν. Παπανικολάου

Ο 56 ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΜΕ 2 ΕΓΧΥΣΕΙΣ ΤΟΠΙΚΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΥΠΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ

Θ. Μηλιώρης¹, Ο. Κισκήρα¹, Τ. Παρασκευόπουλος¹, Ε. Κουερίνης¹,
Λ. Μαριόλης¹, Κ. Ξαρχάς²
¹Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας, Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων,
²ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

09:30 – 11:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΥΡΥ ΚΟΙΝΟ OPEN TO THE PUBLIC ROUND TABLE

Συνήθειες Παθήσεις Άνω Άκρου Common Upper Limb Disorders

Προεδρείο: Π. Γκιβίσσης – Κ. Ξαρχάς
Moderators: P. Givissis – K. Xarhas

Σύνδρομο Καρπιαίου Σωλήνα Carpal Tunnel Syndrome

Ρίκνωση Παλαμιαίας Απονεύρωσης (Νόσος Dupuytren) Dupuytren Disease

Εκτινασσόμενος Δάκτυλος - Στενωτική Τενοντοελυτρίτιδα (Trigger Finger) Trigger Finger - De Quervain

Γάγγλια Χεριών Hand Ganglions

Αρθρίτιδα Αντίχειρα (1^η Καρπομετακάρπια Άρθρωση) CMC Arthritis (Thumb Arthritis)

Τενοντίτιδες Άνω Άκρου Tendonitis of the Upper Extremity



Euromedica
ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

Η Κλινική EUROMEDICA ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

αποτελεί μία πρότυπη μονάδα υγείας στο Βορειοελλαδικό χώρο που έχει τη δυνατότητα να προσφέρει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας όλων των ιατρικών ειδικοτήτων. Έχει αναπτυγμένες 141 κλίνες νοσηλείας σε χώρο 6.000 τ.μ., 18 κλίνες εντατικής θεραπείας και 12 αίθουσες χειρουργείου. Βρίσκεται σε ετοιμότητα όλο το 24ωρο για την κάλυψη επειγόντων περιστατικών και διαθέτει 24ωρη υπηρεσία ασθενοφόρων στελεχωμένα με άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό για την άμεση και ασφαλή μεταφορά ασθενών.

Κύρια χαρακτηριστικά του ολοκληρωμένου αυτού δικτύου υγείας είναι η ευρεία γεωγραφική διασπορά, η σωστή οργάνωση, η κοινή διαχείριση, η μεταφορά τεχνογνωσίας, η συμπληρωματικότητα των δραστηριοτήτων, η ενιαία επιστημονική κατεύθυνση, η υψηλή εξειδίκευση, το υψηλό κύρος ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ο άρτιος τεχνολογικός εξοπλισμός τελευταίας γενιάς, η ανάπτυξη, ο εκσυγχρονισμός, η συνεχής αναβάθμιση και εξέλιξη.

ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕ ΟΛΑ ΤΑ ΤΑΜΕΙΑ

Η Κλινική EUROMEDICA ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ είναι συμβεβλημένη με όλα τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και με πολλές ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, καθιστώντας προσυτή για όλους την υψηλή ποιότητα και αξιοπιστία των υπηρεσιών της.

EUROMEDICA
ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ
Βιζύης - Βύζαντος 1
Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54636
Τηλ: 2310-966000
Φαξ: 2310-966200
E-mail: klanous@euromedica.gr

 **TÜVRheinland®**
Precisely Right.





ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ORAL PRESENTATIONS



01. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ ΜΕ ΠΑΛΑΜΙΑΙΑ ΠΛΑΚΑ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ι. Αντωνίου, Α. Δράκος, Π. Νατσαρίδης, Σ. Βαρυτιμίδης, Ζ. Νταϊλιάνη, Β. Κοντογεωργάκος, Κ.Ν. Μαλίζος

Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστήμιο 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 προκείμενη αναδρομική μελέτη.

Ασθενείς & Μέθοδος: Ουδόντα ασθενείς (45 άνδρες - 35 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας 47 έτη αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με τοποθέτηση ανατομικής παλαμιαίας πλάκας στην περιφερική κερκίδα. Σε 4 ασθενείς τοποθετήθηκε αυτόλογο μόσχευμα και σε 7 αλλομόσχευμα λόγω της μεταφυσιακής συντριβής. Τα κατάγματα σύμφωνα με την ταξινόμηση της ΑΟ ήταν 23-B3 και 23-C. Σε 39 ασθενείς η σταθεροποίηση ολοκληρώθηκε σε συνδυασμό με kirshner ενώ σε 11 τοποθετήθηκε επιπλέον εξωτερική οστεοσύνθεση.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική παρακολούθηση κυμάνθηκε από 8 μήνες-12 χρόνια. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν για το ακτινολογικό και το λειτουργικό αποτέλεσμα στους 1/2, 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 δύο 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 διανοιχτεί 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 αποκατάσταση της περιφερικής κερκίδας με τη χρήση παλαμιαίας πλάκας προσφέρει μια αξιόπιστη λύση χωρίς μείζονες επιπλοκές. Η σταθερή ανάταξη που εξασφαλίζει και η πρώιμη κινητοποίηση την καθιστούν μέθοδο επιλογής στα κατάγματα της περιφερικής κερκίδας.

02. ΔΙΠΛΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΚΡΟΥ ΤΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ

Δ. Μπουγιουκλής, Ι. Κορμπάκης, Γ. Σκουτέρης, Γ. Ανδρίτσος, Ν. Γραββάνης, Β. Ψυχογιός
Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Ακρας Χειρός, Ασκληπιείο Βούλας

Σκοπός: Η παρουσία σειράς ασθενών με κάταγμα του περιφερικού άκρου της κερκίδας με ταυτόχρονη συντριβή τόσο της αρθρικής επιφάνειας όσο και της μετάφυσης. Στους ασθενείς αυτούς εφαρμόστηκε οστεοσυνθετικό υλικό ραχιαία και παλαμιαία για να ελεγχθεί αξονικά το κάταγμα και να αποκατασταθεί η αρθρική επιφάνεια.

Υλικό: Είκοσι ασθενείς, δώδεκα άνδρες και οκτώ γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 26 έτη, αποτέλεσαν το υλικό της μελέτης. Όλοι οι ασθενείς υπέστησαν κάταγμα του περιφερικού άκρου της κερκίδας ταξινομούμενο ως C3.2 κατά Α.Ο. Σε όλους εφαρμόστηκε συνδυασμός ραχιαίας και παλαμιαίας προσπέλασης. Σε οκτώ ασθενείς απαιτήθηκαν δευτερογενείς επεμβάσεις.

Αποτελέσματα: Κατά τις κλινικές μετρήσεις διαπιστώθηκε μέσος όρος έκτασης 52°, κάμψης 50°, 65° πρηνισμού και 70° υπτιασμού. Η δύναμη δραγμού ήταν το 75% του αντίστοιχου χεριού. Ο μέσος όρος ακτινολογικών μετρήσεων ήταν, ραχιαία κλίση 3°, 20° ωλένια απόκλιση, 0.9 mm ulnar variance, και 1 mm δυσαρμονία της αρθρικής επιφάνειας. Τρεις ασθενείς είχαν ακτινολογικά σημεία αρθρίτιδας κερκίδοκαρπικά. Άριστο ή καλό αποτέλεσμα επιτεύχθηκε στο 20% σύμφωνα με το σύστημα λειτουργικής αξιολόγησης Green and O'Brien.

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός ραχιαίας και παλαμιαίας προσπέλασης είναι αναγκαίος μερικές φορές για την επικέντρωση του καρπού σε τέτοιου είδους καταγμάτων, και αποδίδει σταθερούς καρπούς. Τα αποτελέσματα αυτών των κακώσεων περιορίζονται συνήθως από το μέγεθος του τραυματισμού και ενδεχόμενα, να επιδεινούνται με το χρόνο με παράμετρο την αρθρίτιδα και την ανικανότητα του τραυματισμένου χεριού. Δευτερογενείς επεμβάσεις για την αφαίρεση υλικού ή την αντιμετώπιση προβλημάτων τενόντων είναι συνήθεις. Η χρήση νεότερων υλικών με παλαμιαία προσπέλαση είναι ενδεχόμενο να προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα σε τέτοιου είδους κακώσεις.

03. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΟΡΘΩΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ ΣΕ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΤΩ ΕΠΙΦΥΣΗΣ ΚΕΡΚΙΔΟΣ ΠΩΡΩΘΕΝΤΑ ΣΕ ΠΛΗΜΜΕΛΗ ΘΕΣΗ

Ν. Μπαδής, Α. Κάντζιος, Π. Σαμαράς, Ο. Καραγκύρης, Π. Αρεταίου, Δ. Ευσταθόπουλος
Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Μικροχειρουργικής, Νοσοκομείο “ΚΑΤ”

Εισαγωγή: Τα κατάγματα κάτω επίφυσης κερκίδας συχνά καταλήγουν να πωρωθούν σε πλημμελή θέση με βράχυνση, γωνίωση, κερκιδική απόκλιση, με ενδαρθρική συμμετοχή ή σε συνδυασμό των ανωτέρων. Η παραμόρφωση αυτή ιδιαίτερα στους νέους και δραστήριους ασθενείς πολύ σύντομα καταλήγει σε μείωση της δύναμης δραγμού, περιορισμό της κίνησης του καρπού, αύξηση του πόνου, δυσκολία στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων και παραμόρφωση του καρπού. Όλοι αυτοί οι ασθενείς απαιτούν χειρουργική διόρθωση των παραμορφώσεων. Σε αυτή την εργασία παρουσιάζουμε την εμπειρία μας σε μια σειρά ασθενών δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ανατομική και λειτουργική αποκατάσταση του καρπού.

Υλικό και μέθοδος - Χειρουργική τεχνική: Συνολικά 68 ασθενείς με κατάγματα κάτω επίφυσης κερκίδας πωρωθέντα σε πλημμελή θέση, υποβλήθηκαν σε διορθωτική οστεοτομία στην κλινική μας από το 1996 έως το 2011. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών κατά την εγχείρηση ήταν 47 έτη (20 – 70 ετών). Ήταν 48 άνδρες και 20 γυναίκες. Η αιτία αρχικού τραυματισμού ήταν πτώση από ύψος σε 42 ασθενείς, ατύχημα από μηχανάκι σε 14 ασθενείς και αθλητικές δραστηριότητες σε 12 ασθενείς. Οι κύριες παραμορφώσεις ήταν ραχιαία παρεκτόπιση, απώλεια της κερκιδικής απόκλιση και βράχυνση της κερκίδας. Σε 28 από τους 68 ασθενείς η διόρθωση έγινε πρώιμα, εντός τριμήνου από την παραμόρφωση κινητοποιώντας τη γραμμή του κατάγματος. Η ανάταξη επιτυγχάνεται εύκολα και η συγκράτηση γίνεται με πλάκα πέντε οπών. Στους 36 ασθενείς η διόρθωση έγινε καθυστερημένα με τη χρήση οστικού μοσχεύματος. Σε 4 ασθενείς η ανάταξη έγινε προοδευτικά με την χρήση εξωτερικής οστεοσύνθεσης. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 30 μήνες (από 12 – 48 μήνες).

Αποτελέσματα - Συζήτηση: Το ύψος της κερκίδας ανατάχθηκε σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις, η παλαιαία γωνίωση διορθώθηκε σε ποσοστό 80% και η κερκιδική απόκλιση στο 50% των ασθενών. Η δύναμη δραγμού αυξήθηκε στο 82% του υγιούς, η κάμψη – έκταση σε 83% του υγιούς, ωλένια – κερκιδική απόκλιση στο 89% και πρηγνισμός υπτιασμός σε 86% του υγιούς. Ο πόνος υποχώρησε πλήρως σε 50 ασθενείς, ικανοποιητικά σε 16 ασθενείς ενώ σε 2 ασθενείς ο πόνος βελτιώθηκε ελαφρά. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών ήταν υψηλός. Δύο ασθενείς παρουσίασαν αλγοδυστροφία που υποχώρησε με φαρμακευτική αγωγή και παρατεταμένη φυσικοθεραπεία. Είναι πεποίθησή μας ότι η διορθωτική οστεοτομία είναι η ενδεδειγμένη μέθοδος διόρθωσης, καθώς βελτιώνει τόσο τα ακτινολογικά όσο και τα λειτουργικά αποτελέσματα και προστατεύει τους ασθενείς από δευτερογενείς παρενέργειες στο μέλλον. Η καλύτερη ωστόσο προσέγγιση των καταγμάτων της κάτω επίφυσης κερκίδας είναι η έγκαιρη και σωστή αρχική αντιμετώπιση και πρόληψη των παραμορφώσεων.

04. ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΡΠΟΥ SNAC: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΜΙΑ ΝΕΑ ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΟΥ ΣΥΝΔΥΑΖΕΙ ΑΓΓΕΙΟΥΜΕΝΟ ΟΣΤΙΚΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ ΣΚΑΦΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ

Ζ. Νταϊλιάνη, Α. Κουτάλος, Α. Παπαθεοδώρου, Σ. Βαρυτιμίδης, Β. Κοντογεωργάκος, Κ.Ν. Μαλίζος
Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Σκοπός: Η αρθρίτιδα καρπού τύπου SNAC είναι το τελικό αποτέλεσμα μιας παραμελημένης ψευδάρθρωσης σκαφοειδούς με σημαντικό λειτουργικό έλλειμμα. Επεμβάσεις διάσωσης όπως η αρθρόδεση 4 οστών ή η αφαίρεση του εγγύς στοίχου, συνιστώνται σε προχωρημένα στάδια αρθρίτιδας. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστεί το αποτέλεσμα μιας νέας τεχνικής αντιμετώπισης της αρθρίτιδας που συνδυάζει το αγγειομένο οστικό μόσχευμα από την περιφερική κερκίδα και την κλειστή οστεοτομία της περιφερικής κερκίδας.

Υλικό & Μέθοδοι: Δώδεκα ασθενείς με αρθρίτιδα καρπού (στάδιο I: 3, στάδιο II: 7, στάδιο III: 2) μετά από ψευδάρθρωση σκαφοειδούς, οι οποίοι αντιμετώπισθηκαν με αγγειομένο οστικό μόσχευμα από την περιφερική κερκίδα και κλειστή οστεοτομία της περιφερικής κερκίδας, εξετάστηκαν αναδρομικά. Οι ακτινογραφίες αναλύθηκαν και καταγράφηκαν το εύρος κίνησης, η δύναμη δραγμού, ο πόνος, και τα λειτουργικά scores Mayo και DASH.

Αποτελέσματα: Η παρακολούθηση ήταν από 2 έως 11 χρόνια. Η ψευδάρθρωση του σκαφοειδούς πωρώθηκε σε 9 (6-12) εβδομάδες ενώ η οστεοτομία της κερκίδας σε 8 (6-10) εβδομάδες. Παρόλο που υπήρχε ακτινολογική επιδείνωση της αρθρίτιδας του καρπού σε 5 από τους 12 ασθενείς, ο πόνος και η λειτουργικότητα των ασθενών βελτιώθηκε σημαντικά. Το εύρος κίνησης και η δύναμη δραγμού παρέμειναν αμετάβλητα. Το ύψος του καρπού διατηρήθηκε και η ραχιαία τμηματική αστάθεια (DISI) διορθώθηκε.

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός αγγειομένου οστικού μοσχεύματος στο σκαφοειδές και κλειστής οστεοτομίας περιφερικής κερκίδας αποτελεί μια νέα τεχνική αντιμετώπισης της αρθρίτιδας του καρπού μετά ψευδάρθρωση σκαφοειδούς με καλά μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα. Η μέθοδος αυτή προσφέρει βελτίωση του πόνου χωρίς να επηρεάζει αρνητικά το εύρος κίνησης ή τη δύναμη δραγμού όπως επηρεάζουν άλλες τεχνικές.

05. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΗΞΗ TFCC ΤΥΠΟΥ IB Ή II ΚΑΙ ΘΕΤΙΚΗ ΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΩΛΕΝΗΣ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΥΗΣ ΚΑΙ ΒΡΑΧΥΝΣΗ ΤΗΣ ΩΛΕΝΗΣ

Δ. Αλασεϊρήλης¹, Γ. Κωνσταντινίδης¹, Γ. Βασιλειάδης², Κ. Λαμπρόπουλος², Π. Γκιβίσις³

¹Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης, ²Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. Γιαννιτσών,

³Α' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ.

Σκοπός της εργασίας: Η παρουσίαση του τελικού αποτελέσματος μετά από συνδυασμό ανοικτής επισκευής και βράχυνσης της ωλένης σε ασθενείς με ρήξη του τρίγωνου ινοχόνδρινου συμπλέγματος (TFCC) τύπου IB ή II και θετική μεταβλητότητα ωλένης.

Υλικό & Μέθοδος: Έξι ασθενείς με θετική μεταβλητότητα ωλένης (positive ulnar variance) παρουσίαζαν συμπτωματική ρήξη του TFCC. Σύμφωνα με την κατάταξη Palmer, καταγράφηκαν οι εξής βλάβες του TFCC: IB (3), IIA (2), IIB (1). Η θετική μεταβλητότητα της ωλένης μετρήθηκε προεγχειρητικά σε 2.4 ± 0.6 . Όλοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε βράχυνση της ωλένης ώστε υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο να επιτευχθεί ουδέτερη μεταβλητότητα της ωλένης και σε ανοικτή επισκευή της βλάβης του TFCC. Σε καμία περίπτωση δεν διανοίχθηκε το έλυτρο του ωλένιου εκτείνοντα τον καρπό. Ακολούθησε ακινητοποίηση σε πηχεοκαρπικό νάρθηκα και σε ουδέτερη θέση για έξι εβδομάδες και κατόπιν σε πρόγραμμα αποκατάστασης εύρους κίνησης και μυϊκής ενδυνάμωσης. Οι ασθενείς τέθηκαν υπό τακτική παρακολούθηση για 18 + 7.2 μήνες.

Αποτελέσματα: Στο τέλος του follow – up υπήρχε σημαντική βελτίωση στο DASH score, στα εύρος κίνησης, την δύναμη δαγμού και σε score αναλογικής κλίμακας που αναπτύχθηκε για την εργασία. Σε δύο ασθενείς διαπιστώθηκε ατελής πόρωση της οστεοτομίας της ωλένης, χωρίς τοπικά συμπτώματα.

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός ανοικτής επισκευής και βράχυνσης της ωλένης σε ασθενείς με ρήξη του TFCC τύπου IB ή II και θετική μεταβλητότητα ωλένης, απέδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα. Λαμβάνοντας υπόψη και τα δεδομένα της πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας, θεωρούμε την συγκεκριμένη θεραπευτική επιλογή ως χαμηλού κόστους και αποτελεσματική.

06. ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΥΡΡΑΦΗ ΩΛΕΝΙΑΣ ΡΗΞΗΣ ΤΟΥ ΤΡΙΓΩΝΟΥ ΙΝΟΧΟΝΔΡΙΝΟΥ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΟΣ (TFCC). ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γ.Γ. Καραχάλιος¹, Γ. Κρίνας¹, Ε. Ρογδάκη², Α. Πατρίκαλος¹, Α. Ταμβίσκος¹

¹Τμήμα Αρθροσκοπικής Χειρουργικής Ιατρικού Αθηνών, Κλινική Παλαιού Φαλήρου,

²Ακτινολογικό Τμήμα Ιατρικού Αθηνών, Κλινική Παλαιού Φαλήρου

Σκοπός της Εργασίας: Παρουσιάζονται τα κλινικά, απεικονιστικά και διεγχειρητικά ευρήματα της ωλένιας ρήξης του TFCC, μία χειρουργική τεχνική αρθροσκοπικής συρραφής και τα κλινικά αποτελέσματα.

Υλικό & Μέθοδος: Τρεις νέοι ασθενείς με μετατραυματική ωλένια ρήξη του TFCC (Palmer 1-B), μετά από κατά μέσο όρο τρεις μήνες συντηρητικής αντιμετώπισης παρουσίαζαν εμμένον άλγος στην ωλένια πλευρά του καρπού ιδιαίτερα κατά την ωλένια απόκλιση, τοπική ευαισθησία, μειωμένη δύναμη δαγμού και επώδυνο περιορισμό πρητισμού και υππιασμού. Έγινε απεικονιστικός έλεγχος με ακτινογραφίες και μαγνητική τομογραφία και αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με τεχνική outside-in αρθροσκοπικής συρραφής του TFCC στον ωλένιο θύλακο. Ακολούθησε ακινητοποίηση τεσσάρων εβδομάδων. Οι ασθενείς εξετάστηκαν στους 1, 2, 3 και 8 μήνες μετεγχειρητικά και τα αποτελέσματα εκτιμήθηκαν με χρήση του Mayo Modified Wrist Score.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε πρόωμη βελτίωση με πλήρη υποχώρηση των ενοχλημάτων στους τρεις μήνες, ενώ ο συγκριτικός side-to-side έλεγχος έδειξε απουσία μετρήσιμου ελλείμματος στο εύρος κίνησης και στην δύναμη δαγμού. Τα αποτελέσματα διατηρήθηκαν και στους 8 μήνες μετεγχειρητικά και χαρακτηρίζονται ως άριστα με βάση το Mayo modified wrist score.

Συμπεράσματα: Η ωλένια ρήξη του TFCC προκαλεί ενοχλήματα σε νέους δραστήριους ασθενείς τα οποία συχνά δεν υποχωρούν με συντηρητική αντιμετώπιση. Η αρθροσκοπική συρραφή του TFCC στον ωλένιο θύλακο, αν και τεχνικά απαιτητική, είναι μέθοδος αναπαραγώγιμη με πολύ καλά αποτελέσματα συγκρίσιμα με αυτά της ανοικτής.

07. ΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ COLLES ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗΣ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ ΣΕ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Σ. Μπουγιουκλή¹, Μ. Παπαναγιώτου¹, Θ. Κορομηλά², Σ. Βαρυτιμιδής¹, Π. Γεωργούλιας³, Κ.Ν. Μαλίζος¹, Π. Κόλλιας², Ζ. Νταϊλιάνα¹

¹Ορθοπαιδική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

²Εργαστήριο Γενετικής Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ,

³Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Σκοπός: Τα κατάγματα Colles είναι τα πρώτα οστεοπορωτικά κατάγματα που εμφανίζονται αμέσως μετά την εμμηνοπαυση και έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάγματος ισχίου. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών με κάταγμα πηχεοκαρπικής για υποκείμενη οστεοπόρωση.

Υλικό και Μέθοδοι: Σε 50 ασθενείς με κατάγματα Colles που αντιμετωπίστηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, με μέσο όρο ηλικίας 65,3 έτη, έγινε καταγραφή δημογραφικών στοιχείων, ενέργειας του κατάγματος, παραγόντων κινδύνου, τυχόν προηγούμενου κατάγματος και ιστορικού οστεοπόρωσης. Εφόσον υπήρχε ιστορικό προηγούμενου κατάγματος (χαμηλής βίας, ηλικία > 45 ετών) καταγράφηκε αν έγινε ή συστάθηκε περαιτέρω έλεγχος για οστεοπόρωση, εάν χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή και το είδος της. Ακολούθησε μέτρηση οστικής πυκνότητας με DEXA σπονδυλικής στήλης και ισχίου, καθώς και βιοχημικών δεικτών οστικού μεταβολισμού (παρathyρμόνη, οστεοκαλσίνη, καλσιτονίνη, IGF-1) στον ορό.

Αποτελέσματα: 22 ασθενείς (44%) είχαν τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση οστεοπόρωσης (πρόωρη εμμηνοπαυση, ιστορικό προηγούμενου κατάγματος, ιστορικό θυρεοειδοπάθειας, σακχαρώδους διαβήτη ή ρευματοειδούς αρθρίτιδας, χρήση κορτικοστεροειδών, μηδενική πρόσληψη γαλακτοκομικών, οικογενειακό ιστορικό οστεοπόρωσης/οστεοπορωτικού κατάγματος, BMI < 20). Μόνο 12 γνώριζαν ήδη ότι είχαν οστεοπόρωση και λάμβαναν αντιοστεοπορωτική αγωγή. Στις υπόλοιπες 38 γυναίκες το DEXA ανέδειξε οστεοπόρωση σε ποσοστό 50%. Τα επίπεδα των βιοχημικών δεικτών δε φαίνεται να διαφέρουν από τις φυσιολογικές τιμές ούτε και μεταξύ οστεοπορωτικών και υγιών γυναικών.

Συμπεράσματα: Η επίπτωση της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κατάγματα ΠΧΚ μετά από βία χαμηλής ενέργειας είναι σημαντική. Απαιτείται λοιπόν διερεύνηση και έγκαιρη έναρξη αντιοστεοπορωτικής αγωγής, έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης νέου κατάγματος και συγκεκριμένα κατάγματος ισχίου, το οποίο συνοδεύεται από σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα.

08. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΝΟΣΟΥ KIENBOCK

Μ. Παπαναγιώτου¹, Ι. Αντωνίου¹, Α. Κουτάλος¹, Σ. Βαρυτιμιδής¹, Ζ. Νταϊλιάνα¹,

Β. Κοντογεωργάκος², Κ.Ν. Μαλίζος¹

¹Τμήμα Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

²Ορθοπαιδική Κλινική, ΠΓΝΑ ΑΤΤΙΚΟΝ

Σκοπός: Η αξιολόγηση του μετεγχειρητικού αποτελέσματος ασθενών με άσηπτη νέκρωση του μηννοειδούς (νόσος Kienbock) και η συσχέτισή του με την προεγχειρητική εικόνα.

Ασθενείς - Μέθοδος: Δεκατέσσερις ασθενείς (8 άνδρες και 6 γυναίκες) αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά για άσηπτη νέκρωση του μηννοειδούς. Οι επεμβάσεις στις οποίες υπεβλήθησαν ήταν: τρυπανισμοί (1), οστεοτομία βράχυνσης κερκίδας (6), τοποθέτηση αγγειούμενου μοσχεύματος σε συνδυασμό με οστεοτομία βράχυνσης κερκίδας (5) και αφαίρεση του εγγύς στοίχου των οστών του καρπού (2). Η προεγχειρητική και μετεγχειρητική εκτίμηση έγινε με απλό ακτινολογικό έλεγχο, ενώ κλινικά αξιολογήθηκε το DASH score και η αναλογική κλίμακα πόνου VAS. Για την καλύτερη σταδιοποίηση πραγματοποιήθηκε προεγχειρητικά MRI σε όλους του ασθενείς. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών ήταν τα 5,5 έτη (1-14).

Αποτελέσματα: Κανένας ασθενής δεν χρειάστηκε να υποβληθεί σε περεταίρω επεμβάσεις. Η πλειονότητα των ασθενών (12/14) εμφάνισε σημαντική βελτίωση της κλινικής εικόνας με μείωση του επιπέδου του πόνου 6 μονάδες κατά μέσο όρο και βελτίωση της κλίμακας DASH κατά 38 μονάδες. Σε δύο ασθενείς, με ιστορικό μετατραυματικής νέκρωσης συνέπεια παλαιάς βαρείας κάκωσης του καρπού, που αντιμετωπίστηκαν με οστεοτομία κερκίδας, η κλινική εικόνα παρέμεινε αμετάβλητη. Ο μέσος χρόνος αποκατάστασης ήταν οι 3 μήνες. και το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών έφτασε στο 76,3%.

Συμπεράσματα: Η νόσος Kienbock αποτελεί μία ιδιαίτερα επώδυνη κατάσταση που οδηγεί σε σημαντικού βαθμού περιορισμό της λειτουργικότητας του άνω άκρου. Η χειρουργική αποκατάσταση βελτιώνει σε ικανοποιητικό βαθμό το επίπεδο του πόνου των ασθενών και συμβάλει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας του άκρου. Το στάδιο της νόσου και η χειρουργική μέθοδος που θα επιλεγεί, προσδιορίζουν σε ικανό βαθμό το μετεγχειρητικό αποτέλεσμα.

09. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΣΗΠΤΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΜΗΝΟΕΙΔΟΥΣ (KIENBOCK)

Κ. Ράπτης, Ε. Κόντου, Δ. Αντωνόπουλος, Ι. Σταθόπουλος, Α. Κυριαζή, Φ. Γιαννούλης, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

Σκοπός: Η συγκριτική μελέτη της οστεοτομίας βράχυνσης της κερκίδας σε σχέση με τη χρήση αγγειομένου οστικού μοσχεύματος για τη χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με νόσο Kienbock.

Υλικο – Μέθοδος: Μελετήθηκαν 16 ασθενείς με στάδιο IIIa κατά Lichtman της νόσου Kienbock. Η ομάδα Α (9 ασθενείς) υποβλήθηκε σε οστεοτομία βράχυνσης της κερκίδας και η ομάδα Β (7 ασθενείς) σε αγγειομένο οστικό μόσχευμα βασιζόμενο στη 2,3 διαμερισματική αρτηρία των εκτεινόντων. Η ηλικία, το φύλο, η σταδιοποίηση της νόσου και η διάρκεια του follow – up ήταν παρόμοια στις 2 ομάδες.

Η κλινική αξιολόγηση περιελάμβανε εκτίμηση του πόνου με βάση το Mayo Wrist Score, μέτρηση του εύρους κίνησης της ΠΧΚ και της δύναμης δαγμού. Οι ακτινολογικές παράμετροι που μελετήθηκαν ήταν η παρουσία αρθρίτιδας και η ελάττωση του ύψους του καρπού συγκριτικά με το υγιές χέρι.

Αποτελέσματα: Οι 2 ομάδες δεν είχαν σημαντική διαφορά στην ένταση του άλγους και την κινητικότητα του καρπού, ενώ παρατηρήθηκε μικρή ελάττωση της δύναμης δαγμού στους ασθενείς της ομάδας Α. Επίσης η παρουσία εκφυλιστικών αλλοιώσεων και το ύψος του καρπού ήταν βελτιωμένα στην ομάδα Β.

Συμπεράσματα: Η χρήση αγγειομένου οστικού μοσχεύματος φαίνεται πως έχει ελαφρώς καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα και κρίνεται ως μέθοδος εκλογής για τη θεραπεία της νόσου Kienbock IIIa. Ωστόσο λόγω του μικρού δείγματος των ασθενών αναμένονται μακροχρόνιες μελέτες με μεγαλύτερο όγκο ασθενών.

10. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΣΚΑΦΟΕΙΔΗ ΠΕΡΙΜΗΝΟΕΙΔΗ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ

Κ. Ράπτης, Ε. Κόντου, Δ. Αντωνόπουλος, Κ. Λαμπροπούλου – Αδαμίδου, Ι. Μανουσarıδης, Φ. Γιαννούλης, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας του χεριού και η δημιουργία μετατραυματικής αρθρίτιδας μετά από χειρουργηθέντα διασκαφοειδή περιμηνοειδή εξάρθρωματα του καρπού.

Υλικό – Μέθοδος: Μελετήθηκαν 14 ασθενείς (10 άνδρες και 4 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας 50 έτη (εύρος, 28 – 67 έτη). Η εκτίμηση των κλινικών αποτελεσμάτων έγινε με βάση το Mayo Wrist Score ενώ ως ακτινολογικές παράμετροι αξιολογήθηκαν ο ευθειασμός του καρπού (alignment), η παρουσία διάστασης του σκαφομηνοειδούς ή/και του μνηοπυραμοειδούς συνδέσμου, η ψευδάρθρωση σκαφοειδούς και η παρουσία ακτινολογικής αρθρίτιδας του καρπού. Η ταξινόμηση των εξάρθρωμάτων έγινε με βάση την κλίμακα Mayfield.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος επανεξέτασης ήταν τα 6,2 έτη (εύρος, 4-7 έτη). Τα κλινικά αποτελέσματα εκτιμήθηκαν ως άριστα σε 4 περιπτώσεις, ως πολύ καλά σε 5, ως μέτρια σε 4 και σε 1 ως πτωχό. Μετατραυματική αρθρίτιδα και εκφυλιστικές αλλοιώσεις του καρπού παρατηρήθηκαν σε 10 ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η χειρουργική αντιμετώπιση των διασκαφοειδών περιμηνοειδών εξάρθρωμάτων του καρπού κρίνεται σκόπιμη για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας του καρπού. Επίσης προκύπτει πως η παρουσία ακτινολογική αρθρίτιδας δε συμβαδίζει με τα αντίστοιχα κλινικά αποτελέσματα.

11. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΟΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΕΝΟΝΤΟΣ ΩΛΕΝΙΟΥ ΕΚΤΕΙΝΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ (Ω.Ε.Κ.). ΑΝΑΦΟΡΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ε. Κόντου, Κ. Ράπτης, Ι. Σταθόπουλος, Ι. Μανουσarıδης, Κ. Λαμπροπούλου – Αδαμίδου,

Ε. Φανδρίδης, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

Σκοπός: Η παρουσίαση της κλινικής εκτίμησης και χειρουργικής αντιμετώπισης 2 περιστατικών υποτροπιάζοντος εξάρθρωματος του ΩΕΚ.

Υλικό – Μέθοδος: Ο 1^{ος} ασθενής ήταν θήλυ 18 ετών, επαγγελματίας αθλήτρια της εθνικής ομάδας πόλο και προσήλθε λόγω εμμένοντος άλγους (δε) ΠΧΚ στις ενεργητικές κινήσεις. Ο 2^{ος} ασθενής ήταν άρρεν 22 ετών αιτούμενος άλγους (δε) ΠΧΚ από 3 ετίας. Κατά την κλινική εξέταση των ασθενών αναπαραγόταν επώδυνο εξάρθημα του τένοντος σε κίνηση υπτιασμού και ωλένιας κάμψης του καρπού, ενώ πόνος, οίδημα και αξιοσημείωτος περιορισμός της αθλητικής δραστηριότητας ήταν παρόντα. Δυναμικός υπέρηχος και MRI της ΠΧΚ χρησιμοποιήθηκαν για να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση και τον τύπο της βλάβης.

Οι ασθενείς υπερβλήθησαν σε χειρουργική ανακατασκευή του ελύτρου του ΩΕΚ. Στην 1^η ασθενή χρησιμοποιήθηκε εφαρμογή τεσσάρων μίνι αγκυρών στο περιφερικό χείλος της ωλένιας αύλακας για σύγκλειση του τενόντιου ελύτρου, καθήλωση του τένοντος στην αύλακα και ενίσχυση και συρραφή με τμήμα του ραχιαίου εγκάρσιου συνδέσμου. Στο 2^ο ασθενή πραγματοποιήθηκε αύξηση του βάθους της ωλένιας αύλακας και σύγκλειση του τενόντιου ελύτρου με χρήση 3 αγκυρών. Σε αμφοτέρους ασθενείς ετέθη ακινητοποίηση με ΒΠΚ γυψοβάμβακα σε ουδέτερη θέση για 6 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Κατά την επανεξέταση των ασθενών (12 μήνες – 7 μήνες) εμφανίζουν πλήρη αποκατάσταση της κινητικότητας του καρπού με υποχώρηση των συμπτωμάτων και επάνοδο στις αθλητικές δραστηριότητες.

Συμπεράσματα: Το εξάρθημα του ΩΕΚ αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα. Η διάγνωση είναι κυρίως κλινική ενώ εξέταση εκλογής αποτελεί ο δυναμικός υπέρηχος για τον καθορισμό του τύπου της βλάβης. Οριστική θεραπεία επιτυγχάνεται με τη χειρουργική ανακατασκευή του ελύτρου που εξασφαλίζει ικανοποιητικά λειτουργικά αποτελέσματα.

12. ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΙΣΧΑΙΜΗΣ ΠΕΡΙΔΕΣΗΣ ΜΕ ΕΛΑΣΤΙΚΟ ΔΑΚΤΥΛΙΟ (S-MART) ΚΑΙ ΚΛΑΣΙΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΗΣ ΠΕΡΙΔΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Χ. Βαλκάνης, Ρ. Μαυρόπουλος, Σ. Χριστοδούλου, Σ. Κώτσιος, Γ. Δρόσος, Α. Βερβερίδης, Κ. Καζάκος
Ορθοπαιδική Κλινική ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι ανάλυση και σύγκριση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής δυο μεθόδων ισχαιμής περιδέσεως.

Υλικό & Μέθοδος: Σ' αυτή τη συγκριτική τυχαίοποιημένη μελέτη συλλέξαμε δεδομένα προ και διεγχειρητικά από τους 45 ασθενείς από τον Ιανουάριο του 2009 μέχρι το Απρίλιο του 2011. Οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν από τους δυο χειρουργούς. Οι 24 ήταν στην ομάδα της κλασσικής ισχαιμής περιδέσεως (Ο1) και 21 στην ομάδα της ισχαιμής περιδέσεως με ελαστικό δακτύλιο (Ο2). Πρόκειται για μία αποστειρωμένη ισχαιμική κάλτσα μιας χρήσης, η οποία φέρει στο άκρο της ένα ελαστικό δακτύλιο μικρής διατομής, από σιλκόνη. Η κατάλληλη ισχαιμική κάλτσα επιλέγεται βάσει μήκους, διαμέτρου και ελαστικότητας σε συνάρτηση με την αρτηριακή πίεση με στόχο επαρκή και ασφαλή αγγειακή συμπίεση για αναίμακτο χειρουργικό πεδίο. Καταγράψαμε όλες τις παραμέτρους που περιλάμβανε στο πρωτόκολλο μας όπως (προεγχειρητικά) την ηλικία, το φύλο, το BMI, τα συνοδά νοσήματα, το κάπνισμα, το επάγγελμα και (διεγχειρητικά) τον χειρουργικό χρόνο, την ώρα τοποθέτησης και αφαίρεσης ισχαιμίου, την καταγραφή του πόνου (κλίμακα από 0 έως 10) στην τοποθέτηση, ενδιάμεσα και στην αφαίρεση ισχαιμίου.

Αποτελέσματα: Από τους 45 οι 36 ασθενείς (80%) ήταν γυναίκες με 20(84%) στην ομάδα Ο1 και 18(86%) στην ομάδα Ο2 και 9 (20%) ήταν άνδρες με 4(16%) Ο1 και 3(14%) Ο2. Η ηλικία στην Ο1 ήταν (55.71) και στην Ο2 (56.05) p-value 0.910. Όσον αφορά τον διεγχειρητικό πόνο στην τοποθέτηση του ισχαιμίου στην Ο1 ήταν 3.17 και στην Ο2 4.09 (p-value 0.160), ενδιάμεσα στην Ο1(4.20) και στην Ο2(4.06) p-value 0.769, στην αφαίρεση Ο1(5.89) και Ο2(4.69) p-value 0.023.

Συμπεράσματα: Σημειώθηκε τέσσερις αποτυχίες της αιμόστασης στην ομάδα της κλασσικής ισχαιμής περιδέσεως. Η ισχαιμία περιδέσεως με ελαστικό δακτύλιο έχει σημαντικά πλεονεκτήματα όπως αναίμακτο χειρουργικό πεδίο, ελαττωμένο διεγχειρητικό πόνο και μπορεί να είναι ασφαλής σε απελευθέρωση του μέσου νεύρου σε ασθενείς με σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα.

13. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΑΣΗΣ

Δ. Τέντης, Σ. Βούρτσης, Χ. Ασημομύτης, Π. Κυρμιζογλου, Κ. Μπενετάτος, Π. Σαρόγλου,
Α. Μπινιάρης, Χ. Χώχος, Α. Τσακίρης

Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, 401 ΓΣΝΑ

Εισαγωγή: Τα ελλείμματα του υποφάρυγγα και τραχηλικού οισοφάγου μετά λαρυγγεκτομή, απαιτούν αποκατάσταση με περιοχικούς ή ελεύθερους κρημούς. Οι τελευταίοι αποτελούν τη μέθοδο εκλογής και περιλαμβάνουν «δερματικούς» κρημούς, όπως τον κερκιδικό κρημό του αντιβραχίου.

Σκοπός της μελέτης: Η παρουσίαση περιστατικών με φaryγγοοισοφαγικά ελλείμματα μετά τη λαρυγγεκτομή που αντιμετωπίστηκαν με ελεύθερο κερκιδικό κρημό του αντιβραχίου και η αξιολόγηση της επιλογής αυτής σε σχέση και με το τελικό αποτέλεσμα.

Υλικό και Μέθοδος: Από το 2011 έως και το 2013, 4 ασθενείς άρρηνες ηλικίας υπεβλήθησαν σε λαρυγγεκτομή με συνοδό διεγχειρητική κατάληξη τα φaryγγοοισοφαγικά ελλείμματα. Η αποκατάσταση των ελλειμμάτων έγινε με ελεύθερο κερκιδικό κρημό του αντιβραχίου.

Αποτελέσματα: Όλοι οι κρημοί επιβίωσαν προσφέροντας άριστο λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα. Η ακεραιότητα και συνέχεια του γαστρεντερικού σωλήνα επιβεβαιώθηκε απεικονιστικά με δοκιμασία κατάποσης με γαστρογραφίνη. Το περίγραμμα και η όψη του τραχήλου δεν αλλοιώθηκε. Ένας ασθενής εμφάνισε διαφυγή στην κεντρική αναστόμωση της άνω-κεφαλής μοίρας του κρημού και του υποφάρυγγα, που αποδόθηκε στην παρούσα υποτροπή της πρωτοπαθούς νόσου και αφορούσε αποκατάσταση κυκλοτερούς ελλείμματος μετά ολική οισοφαγεκτομή.

Συμπεράσματα: Η μικροχειρουργική αποκατάσταση των φaryγγοοισοφαγικών ελλειμμάτων μετά λαρυγγεκτομή, είναι δυνατή ακόμη και σε προχωρημένους όγκους. Ο ελεύθερος κερκιδικός κρημός του αντιβραχίου, αποτελεί αξιόπιστη επιλογή και ενδεχομένως επέμβαση εκλογής, προσφέροντας ανώτερα λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα.

14. Ο ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΑΡΥΓΓΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

Α. Καρανίδης, Δ. Τσούτσος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μονάδα Εγκαυμάτων, Μικροχειρουργικής και Άκρας Χείρας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Για την αποκατάσταση ελλειμμάτων κνήμης η επιλογή του κρημού σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του ελλείμματος, καθώς και με τη συνύπαρξη αγγειακής κάκωσης, το επίπεδο αυτής σε συνδυασμό και με τα διαθέσιμα αγγεία.

Σκοπός της μελέτης: Η παρουσίαση περιστατικών με ελλείμματα κνήμης, για την εκτίμηση της επιλογής του κρημού σε σχέση κυρίως με την αγγειακή κατάσταση και το επίπεδο της αγγειακής βλάβης του άκρου, αλλά και με τα χαρακτηριστικά του ελλείμματος.

Υλικό και Μέθοδος: Από το 2011 έως το 2013, 5 ασθενείς με ελλείμματα κνήμης αποκαταστάθηκαν με ελεύθερο κρημό. 4 περιστατικά ήταν τραυματιολογικά με αγγειακή κάκωση και επιλέχθηκε ο ALT (3 φορές) και ο πλατύς ραχιαίος. 1 περιστατικό αφορούσε έλλειμμα σε έδαφος χρόνιας οστεομυελίτιδας χωρίς αγγειακή κάκωση και αντιμετωπίστηκε με χιμαιρικό μύ κό κρημό πλατύ ραχιαίου με τον πρόσθιο οδοντωτό.

Αποτελέσματα: Όλοι οι κρημοί επιβίωσαν προσφέροντας ικανοποιητικό λειτουργικό αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Η επιλογή του κρημού για την αποκατάσταση ελλειμμάτων του κάτω άκρου, θα πρέπει να γίνεται σε σχέση με τα χαρακτηριστικά του ελλείμματος, τα διαθέσιμα λήπτρια αγγεία και το επίπεδο της αγγειακής βλάβης. Όταν το έλλειμμα απαιτεί κρημό μεγάλων διαστάσεων ή το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του ελλείμματος έχουν προτεραιότητα από άποψη αποκατάστασης, τότε οι μυ κοί κρημοί ή ο ALT μπορούν να επιλεγούν. Όταν το επίπεδο της αγγειακής βλάβης είναι κεντρικά και το έλλειμμα περιφερικά, τότε το μήκος του αγγειακού μίσχου του κρημού είναι πρωτεύον και σε αυτές τις περιπτώσεις προτιμάται ο ALT.

15. Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΚΡΗΜΝΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΛΗΠΤΡΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΚΝΗΜΗΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ

Α. Καρανίδης, Γ. Παπανικολάου, Δ. Τσούτσος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μονάδα Εγκαυμάτων, Μικροχειρουργικής και Άκρας Χείρας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

Σκοπός: Η λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση σύνθετων ελλειμμάτων κάτω χείλους αποτελεί ένα δύσκολο πρόβλημα στην πλαστική χειρουργική. Ο ιδανικός κρημνός θα πρέπει να είναι λεπτός, ευέλικτος και να μπορεί να παρέχει αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση καθώς και αισθητικότητα.

Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας από την αποκατάσταση

Υλικό - Μέθοδος: Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση ολικού πάχους ελλειμμάτων κάτω χείλους μετά από εκτομή εκτεταμένων όγκων σε 5 περιστατικά την τελευταία 5 ετία. Χρησιμοποιήσαμε συνολικά 6 κρημνούς. Σε 5 περιπτώσεις σύνθετο ελεύθερο κερκιδικό κρημνό, ενώ σε μία περίπτωση κρημνό της ραχιαίας του ποδός.

Η αιτία και το είδος των ελλειμμάτων, η επιλογή και το είδος των κρημνών, ο σχεδιασμός των κρημνών, η χειρουργική τεχνική και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές αναλύονται διεξοδικά.

Αποτελέσματα: 5 από τους 6 κρημνούς επέζησαν και το αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα ήταν ικανοποιητικό στην πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Συμπέρασμα: Ο κερκιδικός κρημνός του αντιβραχίου αποτελεί λύση εκλογής για λειτουργική αποκατάσταση σύνθετων ελλειμμάτων κάτω χείλους. Ο κρημνός της ραχιαίας του ποδός δίνει εξίσου καλά αποτελέσματα, αλλά καταλείπει δύσμορφη ουλή στη δότρια περιοχή.

16. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΩ ΧΕΙΛΟΥΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΚΡΗΜΝΩΝ

Δ. Τσιλιμπότη, Α. Τσίρος, Α. Τότης, Γ. Δευτερέβος, Μ. Χριστοφόρου

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Π «Ο Άγιος Ανδρέας»

Σκοπός: Τα εκτεταμένα ελλείμματα οσχεοπερινεϊκής χώρας αποτελούν πρόβλημα τόσο ως προς τη συγκλεισιή τους όσο και ως προς την λειτουργική αποκατάσταση των δομών που μπορεί να συμπεριλαμβάνουν (ορθό, κόλπος). Ο κρημνός του ισχνού προσαγωγού μπορεί να επιλύσει τα παραπάνω προβλήματα σε ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων, καθώς βρίσκεται κοντά στην περιοχή και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για απλή όσο και για λειτουργική κάλυψη. Ωστόσο σε περιπτώσεις μετρίων ελλειμμάτων, η χρήση δερμοπεριτονιακών κρημνών διαττεινισών της περιοχής μπορεί να δώσει λύση.

Υλικό - Μέθοδος: Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας σε 17 περιπτώσεις εκτεταμένων ελλειμμάτων οσχεοπερινεϊκής χώρας. Σε 15 περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε ο μισχωτός κρημνός του ισχνού προσαγωγού μύος, ενώ σε 2 περιπτώσεις δερμοπεριτονιακός κρημνός διαττεινισών έσω επιφάνειας μηρού τύπου έλικας (propeller flap). Το είδος και η έκταση και τα χαρακτηριστικά των ελλειμμάτων, ο σχεδιασμός των κρημνών, η χειρουργική τεχνική, οι επιπλοκές και τα αποτελέσματα αναλύονται διεξοδικά.

Αποτελέσματα: Ένας κρημνός παρουσίασε μερική νέκρωση, ενώ οι υπόλοιποι επέζησαν χωρίς προβλήματα. Το αισθητικό αποτέλεσμα και λειτουργικό αποτέλεσμα ήταν ικανοποιητικό σε όλες τις περιπτώσεις.

Συμπέρασμα: Ο κρημνός του ισχνού προσαγωγού μύος παρέχει νευρούμενο λειτουργικό μυ που μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στην απλή όσο και στη λειτουργική αποκατάσταση ελλειμμάτων οσχεοπερινεϊκής χώρας. Για το λόγο αυτό είναι ίσως η πιο αξιόπιστη και σταθερή λύση που η αποτελεσματικότητά της είναι εφάμιλλη της χρήσης ελεύθερων λειτουργικών μυών για το ίδιο πρόβλημα.

Σε μικρότερα ωστόσο ελλείμματα η χρήση τοπικών δερμοπεριτονιακών κρημνών αποτελεί λύση εκλογής μια και λύνει το πρόβλημα με το μικρότερο δυνατό λειτουργικό έλλειμμα στην δότρια.

17. ΚΡΗΜΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΟΣΧΕΟΠΕΡΙΝΕΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Δ. Τσιλιμπότη, Α. Τσίρος, Α. Τότης, Ο. Σταμούλη, Δ. Κυριακόπουλος
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Π «Ο Άγιος Ανδρέας»

Σκοπός: Η μικροχειρουργική αποκατάσταση αποτελεί ένα βασικό κομμάτι της σύγχρονης πλαστικής χειρουργικής. Με δεδομένο ότι οι επεμβάσεις αυτές είναι πολύωρες και εξειδικευμένες, απαιτείται η κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή, όπως διαθεσιμότητα μικροσκοπίου, πολύωρα χειρουργεία, υποστήριξη εντατικής θεραπείας σε κάποιες περιπτώσεις. Δυστυχώς, τα παραπάνω δεν μπορούν πάντα να διασφαλιστούν και τότε τίθεται το ερώτημα αν η μικροχειρουργική μπορεί να προσαρμοστεί σε νέα δεδομένα. Ο καταστροφικός σεισμός του 2008 που οδήγησε στο κλείσιμο του Γ.Ν Π Άγιος Ανδρέας και την συρρίκνωση της κλινικής Πλαστικής χειρουργικής μας οδήγησε πολλές φορές στην διερεύνηση του παραπάνω ερωτήματος. Δυστυχώς με τις επιπλέον περικοπές των κονδυλίων για την υγεία είναι απαίτηση των καιρών η μείωση του κόστους των επεμβάσεων.

Υλικό - Μέθοδος: Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από την διενέργεια επεμβάσεων μικροχειρουργικής χωρίς τη χρήση μικροσκοπίου και κάτω από αντίξοες συνθήκες. Συγκεκριμένα την 5ετία 2008-2013 πραγματοποιήσαμε 21 ελεύθερους κρημνούς σε 19 ασθενείς.

Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν ο κερκιδικός κρημνός του αντιβραχίου σε 6 περιπτώσεις, ο πλατύς ραχιαίος σε 3 περιπτώσεις, ο προσθιοπλαγίος κρημνός του μηρού σε 4 περιπτώσεις και ο ορθός κοιλιακός σε 7 περιπτώσεις, η ελεύθερη περόνη σε 1 περίπτωση, ο κρημνός της ραχιαίας του ποδός σε 1 περίπτωση. Η επιλογή των ασθενών, η αιτία και το είδος των ελλειμμάτων, η επιλογή και το είδος των κρημνών, ο σχεδιασμός των κρημνών, η χειρουργική τεχνική και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές αναλύονται διεξοδικά. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στους τρόπους αντιμετώπισης των ελλείψεων σε υλικοτεχνική υποδομή και χειρουργικό χρόνο.

Αποτελέσματα: 19 από τους 21 κρημνούς επέζησαν και το αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα ήταν ικανοποιητικό στην πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Συμπέρασμα: Η μικροχειρουργική μπορεί να εφαρμοστεί και κάτω από δύσκολες συνθήκες, με τη χρήση μεγεθυντικών γυαλιών. Επειδή αυτό δεν μπορεί να γίνει σε κάθε περίπτωση, απαιτείται σωστή προεγχειρητική επιλογή των ασθενών, σωστή επιλογή κρημνών, σκληρή δουλειά, υπομονή και φαντασία των συμμετεχόντων ώστε να αντιμετωπιστούν οι ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή και χειρουργικό χρόνο.

18. ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ – ΜΥΘΟΣ Ή ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ;

Δ. Τσιλιμπότη, Α. Τσίρος, Γ. Δευτερέβος, Γ. Μήτσαλα, Α. Τότης, Μ. Χριστοφόρου
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Π «Ο Άγιος Ανδρέας»

Η νέκρωση ενός ελεύθερου κρημνού, είναι καταστροφική συνέπεια τόσο για τον άρρωστο όσο και για τον Πλαστικό χειρουργό, με δεδομένο ότι η μικροχειρουργική είναι συνήθως η τελευταία από τις εναλλακτικές λύσεις.

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν τα συνήθη αίτια που οδηγούν στην αποτυχία των ελεύθερων κρημνών και να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα από τη μελέτη τους.

Υλικό & Μέθοδοι: Μελετήσαμε διεξοδικά το σύνολο των περιστατικών (94) που αντιμετωπίστηκαν τα τελευταία 10 χρόνια στην Πλαστική Χειρουργική του Γ.Ν.Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» με τη χρήση μικροχειρουργικών μεθόδων. Τα περιστατικά αφορούσαν κυρίως αποκατάσταση μετά από εκτομή εκτεταμένων καρκίνων κεφαλής-τραχήλου και άκρων, αποκατάσταση μαστού μετά από μαστεκτομή, αποκατάσταση εκτεταμένων τραυματικών ελλειμμάτων κάτω άκρων και προσώπου, αποκατάσταση παράλυσης του προσωπικού νεύρου καθώς και επαναγγειώσεις μελών.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 14 προβληματικών κρημνών 4 τελικά σώθηκαν, 3 παρουσίασαν μερική νέκρωση και 7 νεκρώθηκαν.

Συζήτηση: Τα αίτια της αποτυχίας των κρημνών και οι πιθανοί τρόποι αντιμετώπισης αναλύονται διεξοδικά και συγκρίνονται με αντίστοιχα στη διεθνή βιβλιογραφία.

Συμπεράσματα: Στις περισσότερες περιπτώσεις η αποτυχία των κρημνών οφείλεται είτε σε χειρουργικά λάθη είτε σε μη σωστή προεγχειρητική επιλογή ασθενών.

Η προσκόλληση στους κανόνες της μικροχειρουργικής καθώς και η στενή μετεγχειρητική παρακολούθηση, είναι η χρυσή τομή τόσο στην αποφυγή των λαθών, όσο και στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή τους.

19. ΑΝΑΛΥΣΗ ΛΑΘΩΝ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΑΥΤΑ

Δ. Τσιλιμπότη, Α. Τσίρος, Γ. Μήτσας, Γ. Δευτερέβος, Α. Τότης
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Π «Ο Άγιος Ανδρέας»

Εισαγωγή: Η χρήση μικροχειρουργικών τεχνικών έχει κερδίσει έδαφος στην αποκατάσταση σύνθετων ελλειμμάτων μετά από τραυματισμούς ή ογκολογικές εξαιρέσεις αλλά και σε συγγενείς ανωμαλίες.

Σκοπός της μελέτης: Παρουσιάζεται η εμπειρία της κλινικής μας στην αποκατάσταση ελλειμμάτων με τη χρήση μικροχειρουργικών τεχνικών και χειρουργικού μικροσκοπίου και υπογραμμίζεται ότι με κατάλληλη εκπαίδευση και στοιχειώδη υποδομή τέτοιου είδους επεμβάσεις μπορούν να γίνονται σε βάση ρουτίνας σε ένα μεγάλο στρατιωτικό νοσοκομείο.

Υλικό και Μέθοδος: Κατά την περίοδο από 04/11 έως 10/13 πραγματοποιήθηκαν στην κλινική μας 10 επιτυχείς επεμβάσεις αποκατάστασης σύνθετων ελλειμμάτων με μικροχειρουργικές μεταφερόμενους ιστούς. Τα ελλείμματα αφορούσαν το μαστό μετά μαστεκτομή σε δύο περιπτώσεις, την άνω γνάθο (οστεοσάρκωμα) σε μία περίπτωση, το πόδι (μετατραυματικά ελλείμματα πτέρνης) σε δύο περιπτώσεις, το κάτω τριτημύριο της κνήμης σε δύο περιπτώσεις, το χέρι (μετεγκαυματική ρίκνωση) σε μία περίπτωση, την περιοχή του αγκώνα σε μία περίπτωση και το τριχωτό κεφαλής-κρανίο (scc τριχωτού-οστεομυελίτιδα) σε μία περίπτωση. Οι κρημνοί που χρησιμοποιήθηκαν ήταν 2 κρημνοί διατιτραίνουσών της εν τω βάθει κάτω επιγαστρίας αρτηρίας (DIEP Flaps), 3 κρημνοί της πρόσθιας- έξω επιφάνειας του μηρού (ALT Flaps), 2 οστεοδερματικοί κρημνοί της περόνης (fibula flaps), ένας έξω πλατύς μυϊκός κρημνός (vastus lateralis flap), ένας ωμοπλατιαίος δερμοπεριτονιακός κρημνός (scapular flap) και ένας κερκιδικός κρημνός του αντιβραχίου.

Αποτελέσματα: Σημειώθηκε μία φλεβική δυσπραγία που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με επάνοδο στο χειρουργείο, θρομβόλυση και επανάληψη των αναστομώσεων. Όλοι οι κρημνοί ήταν πλήρως βιώσιμοι, ενώ σημειώθηκε καθυστέρημένη επούλωση της δότριας χώρας σε μια περίπτωση (κοιλιακό τραύμα σε καπνίστρια).

Συμπεράσματα: Οι αποκαταστάσεις με μικροχειρουργικές τεχνικές εφόσον τεθούν οι σωστές ενδείξεις μπορούν να δώσουν λύση σε σύνθετα ελλείμματα που οι συμβατικές μέθοδοι ανεπαρκούν, και μπορούν να εκτελούνται σε κάθε μεγάλο τριτοβάθμιο νοσοκομείο με την υπάρχουσα υποδομή και τεχνογνωσία.

20. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΣΕ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΣΤΑΔΙΟΥ II

Δ. Διονυσίου¹, Α. Πανάγου², Γ. Μπάτσης¹, Α. Τσιμπώνης¹, Λ. Παυλίδης¹, Ε. Ζαχαράκης², Ε. Δεμίρη¹

¹Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

²Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η πλειοψηφία των ασθενών με λεμφοίδημα αντιμετωπίζεται συντηρητικά, ενώ οι χειρουργικές τεχνικές περιλαμβάνουν μείζονες δερμολιπεκτομές, λιποαναρρόφηση, μικροχειρουργικές λεμφοφλεβικές και λεμφολεμφικές αναστομώσεις και μεταφορά αυτόλογων αγγειούμενων λεμφαδένων. Η παρούσα μελέτη προτείνει ένα πρωτόκολλο αντιμετώπισης λεμφοιδήματος που εφαρμόζεται στο νοσοκομείο μας.

Μέθοδος: Τα τελευταία 2 χρόνια, στην κλινική μας εξετάστηκαν 104 ασθενείς με λεμφοίδημα άνω ή κάτω άκρου. Το λεμφοίδημα ήταν πρωτοπαθές για 37 και δευτεροπαθές για 67 ασθενείς, Σταδίου-0 (n=2), Σταδίου-I (n=31), Σταδίου-II (n=63) και Σταδίου-III (n=8) σύμφωνα με την ΔΛΕ. Στους ασθενείς Σταδίου-0 & I προτάθηκε συντηρητική αντιμετώπιση (χειρομαλάξεις, ελαστική επίδεση, πιεστικά ενδύματα), ενώ στους ασθενείς Σταδίων-II & III μεταφορά αυτόλογων λεμφαδένων. Όταν μετεγχειρητικά το λεμφοίδημα μετατρέπεται σε λιποίδημα και παραμένει διαφορά περιμέτρων των μελών, προτείνεται συμπληρωματικά λιποαναρρόφηση στην εξωτερική περιοχή του πάσχοντος μέλους. Για 15 ημέρες προεγχειρητικά και 3 μήνες μετεγχειρητικά εκτελούνται φυσικοθεραπείες 2 φορές την εβδομάδα. Στη συνέχεια και για περίοδο 3 – 6 μήνες οι ασθενείς φορούν μόνο πιεστικά ενδύματα με σκοπό τη διακοπή τους 9 μήνες μετά την επέμβαση. Από το σύνολο των ασθενών οι 67 εντάχθηκαν και ακολούθησαν το πρωτόκολλό μας.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς Σταδίου 0 & I πλην ενός παρουσίασαν βελτίωση της ποιότητας των ιστών με οδηγίες να φορούν την ελαστική επίδεση δια βίου. Οι ασθενείς Σταδίου II και III που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά παρουσίασαν σημαντική βελτίωση με μείωση της περιμέτρου των μελών αλλά και μείωση των επεισοδίων λεμφαγγειίτιδας, εξάλειψη των συμπτωμάτων πόνου και βάρους.

Συμπεράσματα: Η μεταφορά λεμφαδένων αποτελεί σημαντική επανορθωτική λύση στους ασθενείς με προχωρημένο λεμφοίδημα.

21. ΓΕΦΥΡΩΣΗ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΝΕΥΡΑΓΩΓΩΝ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΥΡΟΕΙΔΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ Τ3 Ή BDNF (BRAIN DERIVED NEUROTROPHIC FACTOR). ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΠΙΜΥΕΣ

Ι. Κορμπάκης¹, Ε. Τζόνσον², Π. Κίννας³, Α. Παπαλόης⁴, Ι. Σιούτης⁵, Α. Δημητριάδη⁶, Π. Παπαγγελόπουλος⁷, Α.Β. Ζούμπος⁷

¹Orthopaedic surgery, Washington University, St. Louis, USA,

²Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,

³Ε' Ορθοπαιδική Κλινική, Μονάδα Άκρας Χειρός και Μικροχειρουργικής, Ασκληπιείο Βούλας,

⁴Ερευνητικό Πειραματικό Κέντρο ΕΛΠΕΝ, ⁵Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Ασκληπιείο Βούλας,

⁶Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γενικό Κρατικό Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»,

⁷1^η Ορθοπαιδική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Εισαγωγή: Η αποκατάσταση των νευρικών ελλειμμάτων στα περιφερικά νεύρα συνεχίζει να αποτελεί μια πρόκληση. Τα τελευταία χρόνια εκτός της χρήσης των αυτομοσχευμάτων που αποτελεί την κύρια μέθοδο αποκατάστασης και προκειμένου να αποφευχθεί η νοσηρότητα αυτής της μεθόδου, έχουν μελετηθεί εναλλακτικές τεχνικές. Κυριότερες εξ αυτών είναι η ενσωληνοποίηση και η τροποποίηση του τοπικού περιβάλλοντος του νευρικού χάσματος με ουσίες ή κύτταρα που ευοδώνουν την νευρική αναγέννηση.

Σκοπός: Η συγκριτική μελέτη της επίδρασης της θυροειδικής ορμόνης (Τ3) και του νευροτροφικού παράγοντα BDNF στην νευρική αναγέννηση

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν 21 επίμυες χωρισμένοι σε τρεις ομάδες των επτά. Μετά την δημιουργία ελλείμματος ενός εκατοστού στο δεξιό ισχιακό νεύρο, γινόταν αποκατάσταση με την χρήση αγωγού σιλικόνης. Στις ομάδες Β και Γ χορηγούμε τοπικά BDNF και θυροειδική ορμόνη αντίστοιχα ενώ στην ομάδα Α διάλυμα Ringer. Τα ετερόπλευρα άκρα χρησιμοποιούνται ως ομάδα ελέγχου. Μετά από οκτώ εβδομάδες εκτιμήθηκε η νευρική αναγέννηση με λειτουργικές δοκιμασίες, (ανάλυση βάδισης, αντανakλαστικό απόσυρσης) και εργαστηριακές δοκιμασίες (ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος και ιστολογική ανάλυση).

Αποτελέσματα: Στο 29% των επιμυων της ομάδας Α δεν υπήρξε νευρική αναγέννηση. Στους υπόλοιπους της ίδιας ομάδας η νευρική αναγέννηση υπήρξε πτωχή. Σε όλους τους αρουραίους των άλλων ομάδων υπήρξε νευρική αναγέννηση. Η ανάλυση βάδισης και το αντανakλαστικό απόσυρσης καθώς και ο ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος αποδεικνύουν καλύτερη νευρική αναγέννηση στις ομάδες Β και Γ σε σχέση με την ομάδα Α. Ιστολογικά επιβεβαιώνεται η πτωχή νευρική αναγέννηση στους αρουραίους της ομάδας Α σε σχέση με τις Β και Γ. Στην ομάδα Γ εμφανίζεται σαφώς μικρότερο ποσοστό ίνωσης στο αναγεννηθέν νεύρο σε σχέση με τις ομάδες Α και Β.

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα φαίνεται να οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η Τ3 ευοδώνει την νευρική αναγέννηση μέσω ενός επιπλέον μηχανισμού σε σχέση με τον BDNF, που είναι ο έλεγχος του σχηματισμού ινώδη ιστού. Η ολοκλήρωση της έρευνας με την μελέτη της νευρικής αναγέννησης σε μεγαλύτερο διάστημα (16 εβδομάδες) και η σύγκριση των αποτελεσμάτων των παραπάνω ομάδων με την κλασική μέθοδο των αυτομοσχευμάτων θα μας οδηγήσει σε ασφαλέστερα συμπεράσματα.

22. Η ΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΦΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΙ ΚΡΗΜΝΩΝ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝΤΑ ΑΓΓΕΙΑ: ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ε. Δασκαλάκης¹, Α. Παπαλόης², Ι. Ιγνατιάδης¹, Ι. Matei³, Ι. Capota³, Α. Georgescu³

¹Ορθοπαιδική Χειρουργική, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών,

²Ερευνητικό και Πειραματικό Κέντρο ΕΛΠΕΝ,

³Πλαστική Χειρουργική, Ιατρική Σχολή «Iuliu Hatieganu»

Εισαγωγή: Η μέθοδος της ιστικής διαφανοποίησης αποτελεί βασικό και χρήσιμο εργαλείο στην μελέτη της αγγειακής ανατομίας για πολλούς τύπους ανατομικών δομών. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον W. Spalteholz το 1907 και μεταγενέστερα τροποποιήθηκε από αρκετούς ερευνητές.

Σκοπός: Σκοπό της έρευνας αποτελεί η εξακρίβωση πιθανής συμμετοχής της συγκεκριμένης απεικονιστικής τεχνικής στην ανάδειξη και τεκμηρίωση των επισυμβαίνοντων αλλαγών στο αγγειακό δίκτυο στις περιπτώσεις των κρημνών βασιζόμενων σε διατιτράινοντα αγγεία.

Υλικό και Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε σύνολο 40 χοίρων ηλικίας 5 μηνών και βάρους 40 κιλών έκαστος. Τα συγκεκριμένα δείγματα είχαν προγενέστερα υποβληθεί σε χειρουργικές επεμβάσεις κρημνών συνδυασμένου τύπου: 10x10 cm, 15x15cm, δερματικοί, δερμοπεριτο-ναϊκοί, ενισχυμένοι με επιπλέον φλεβικό στέλεχος και μη. Μετά το πέρας της φάσης της μετεγχειρητικής παρακολούθησης, έλαβαν χώρα οι κάτωθι διαδικασίες:

1. Ενδοαρτηριακή έγχυση συνδυασμένου διαλύματος σκιαγραφικού, Latex και χρωστικής ουσίας.

2. Χειρουργική αποκόλληση του κρημνού και υποβολή αυτού σε διαδικασία ιστικής διαφανοποίησης βάσει τροποποιημένης Spalteholz τεχνικής.

Επιπροσθέτως δημιουργήθηκε και μια ομάδα αποτελούμενη από 5 χοίρους, για σκοπούς ελέγχου και σύγκρισης. Τα δείγματα αυτής της ομάδας υπεβλήθησαν με τον ίδιο τρόπο στη διαδικασία ενδοαρτηριακής έγχυσης. Ακολούθως διενεργήθηκε χειρουργική παρασκευή ανατομικών δομών πανομοιότυπων των κρημνών των δειγμάτων της υπό μελέτης ομάδας, όσον αφορά το μέγεθος, ανατομική θέση και ιστική σύσταση.

Συμπεράσματα: Οι διαφανοποιηθέντες κρημνοί ανέδειξαν τα εξής:

Αύξηση στη διάμετρο του αρτηριακού μίσχου και των εξ αυτού εκπορευόμενων αγγείων.

Επιμήκυνση του αρτηριακού μίσχου και αγγείων αντίστοιχα.

Επέκταση των τελικών κλάδων του αρτηριακού μίσχου προς τους τελικούς κλάδους των γειτονικών αρτηριακών δομών.

Με βάση την εμπειρία μας, στην παρούσα έρευνα δεν ανεδείχθη οποιοδήποτε τύπου συσχετισμός μεταξύ των ιστικά διαφανοποιημένων κρημνών και της προ-γενέστερης μετεγχειρητικής πορείας αυτών, είτε αυτή υπήρξε ομαλή, είτε μετά επιπλοκών (φλεβική συμφόρηση, μερική ή ολική νέκρωση).

23. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΙ ΚΡΗΜΝΩΝ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝΤΑ ΑΓΓΕΙΑ ΣΕ ΧΟΙΡΟΥΣ: ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΣΤΟ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟ. ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ε. Δασκαλάκης¹, Α. Παπαλόης², Ι. Ιγνατιάδης¹, Α. Georgescu³, Ι. Matei³, Ι. Capota³

¹Ορθοπαιδική Χειρουργική, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, ²Ερευνητικό και Πειραματικό Κέντρο ΕΛΠΕΝ,

³Πλαστική Χειρουργική, Ιατρική Σχολή «Iuliu Hatieganu»

Εισαγωγή: Οι κρημνοί βασιζόμενοι σε διατιτράινοντα αγγεία αποτελούν την πλέον σύγχρονη και πολυχρηστική μέθοδο αντιμετώπισης των ελλειμμάτων δέρματος και μαλακών μοριών. Εξασφαλίζουν υψηλής ποιότητας συνθήκες αντικατάστασης των ελλειμματικών ιστών («replace like with like»), παράλληλα με μειωμένες απαιτήσεις σε χειρουργικό χρόνο και μειωμένα ποσοστά αγγειακών επιπλοκών και απόρριψης του μοσχεύματος.

Σκοπός: Σκοπό της παρούσας έρευνας αποτελούν η διερεύνηση, εκτίμηση και τεκμηρίωση των ανατομικών και μορφολογικών χαρακτηριστικών του δερματικού και υποδόριου δικτύου μικροαγγειακής κυκλοφορίας στους χοίρους.

Υλικό & Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε επί 10 χοίρων ηλικίας 5 μηνών και βάρους 40 κιλών. Αρχικά πραγματοποιήθηκε κατάτμηση και σήμανση της δερματικής επιφάνειας των άνω και κάτω άκρων των δειγμάτων σε τεταρτημόρια. Ακολούθως η διερεύνηση πραγματοποιήθηκε (βάσει μεθοδολογίας τύπου «τυφλής μελέτης») σε δυο διαδοχικά στάδια:

1^ο στάδιο: Υπερηχογραφική ανίχνευση των διατιτράινοντων αγγείων με χρήση φορητής συσκευής Doppler αμφίδρομης κατευθυντικότητας και κεφαλής 10 Mhz.

2^ο στάδιο: Ανίχνευση των διατιτράινοντων αγγείων δια ανατομικής παρασκευής.

Συμπεράσματα: Ανευρέθη η ύπαρξη ενός ευρέως και πολυπληθούς δικτύου μικροαγγειακής κυκλοφορίας, τόσο στα άνω όσο και στα κάτω άκρα στους χοίρους. Όσον αφορά το πλήθος των ανευρεθέντων αγγείων και την ανατομική εντοπιότητα αυτών, υπάρχει μεγάλου βαθμού συνάφεια ανάμεσα στα ευρήματα της υπερηχογραφικής ανίχνευσης και στα ευρήματα που προέκυψαν από την ανατομική παρασκευή.

Στο άνω άκρο τα διατιτράινοντα αγγεία ανευρίσκονται κυρίως στην έξω επιφάνεια αυτού, ενώ αντιθέτως στο κάτω άκρο ανευρίσκονται στην έσω επιφάνεια αυτού.

Ο έλεγχος Doppler δύναται να αποτελέσει χρήσιμη μέθοδο ανίχνευσης των διατιτράινοντων αγγείων κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο.

Ο χοίρος αποτελεί ένα ζωικό πρότυπο κατάλληλο για την πειραματική χειρουργική επί κρημνών βασιζόμενων σε διατιτράινοντα αγγεία.

24. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΛΑΒΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΙΜΩΝ ΑΓΩΓΩΝ ΠΟΛΥΓΛΥΚΟΛΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ

Μ. Βεκρής, Δ. Γιαννούλης, Α. Δήμου, Α. Κορομπιλίας, Ι. Κώστας - Αγνάντης, Α. Μπερής

Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Σκοπός: Παρουσίαση της εμπειρίας μας από την αντιμετώπιση βλαβών περιφερικών νευρών με την χρήση βιοαπορροφήσιμων αγωγών πολυγλυκολικού οξέος (neurotubes) καθόσον αποτελούν ιδιαίτερα αποτελεσματική λύση για την ανάκτηση της αισθητικότητας μετά από τραυματισμούς.

Υλικό - Μέθοδος: Κατά τη χρονική περίοδο από το 2003 μέχρι και το 2009 έγινε αποκατάσταση 39 βλαβών περιφερικών νευρών σε 33 ασθενείς (25 άνδρες/8 γυναίκες). Οι ασθενείς έπασχαν από τραυματισμό περιφερικού νεύρου με έλλειμμα νευρικού ιστού. Για την αποκατάσταση της βλάβης χρησιμοποιήθηκαν βιοαπορροφήσιμοι αγωγοί πολυγλυκολικού οξέως με διάμετρο 2,3 mm και 4,0 mm που είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί για την ανάκτηση της αισθητικότητας σε ασθενείς με νευρικά ελλείμματα μικρότερα των 4 mm ή και μεγαλύτερα των 8 mm. Οι συρραφές έγιναν χωρίς τάση ώστε να ευοδώνεται όσο γίνεται περισσότερο η περιφερική νευρική αναγέννηση.

Αποτελέσματα: Έγινε αξιολόγηση της αισθητικής νευρικής αναγέννησης 6 και 12 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση με έλεγχο στατικής και κινητικής διάκρισης 2 σημείων. Οι ασθενείς που έπασχαν από συνθλιπτικές κακώσεις ή κακώσεις ελκυσμού εμφάνιζαν χειρότερα αποτελέσματα. Ο μέσος όρος του 2-point discrimination test ήταν 3,7+- 1,4 mm. Οι ασθενείς ανέφεραν αισθητή βελτίωση της αισθητικότητας των δακτύλων και υποχώρηση των αιμωδιών. Σε έναν ασθενή παρατηρήθηκε μετατόπιση του αγωγού και υποβλήθηκε σε επέμβαση επανατοποθέτησης ενώ δεν παρατηρήσαμε περιπτώση επώδυνου νευρώματος.

Συμπεράσματα: Η χρήση των απορροφήσιμων αγωγών πολυγλυκολικού οξέος αποτελεί ικανοποιητική λύση για την θεραπεία ασθενών με νευρικά ελλείμματα αμιγώς αισθητικών νευρών παρέχοντας σημαντική βελτίωση στην ανάκτηση της αισθητικότητας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

25. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΕΥΔΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΛΗΜΜΕΛΩΣ ΠΩΡΩΘΕΝΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΕΣΟΤΗΤΟΣ ΚΛΕΙΔΟΣ. ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΠΡΩΙΜΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

Ο. Καραγγύρης, Ν. Μπαδήλας, Α. Κάντζιος, Π. Μπουντούρης, Π. Σαμαράς, Δ. Ευσταθόπουλος
Κλινική Χειρουργική Χερσού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργική, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

Εισαγωγή: Τα κατάγματα κλειδός είναι αρκετά συχνά και συνήθως αντιμετωπίζονται συντηρητικά. Επιπλοκές όπως ψευδάρθρωση ή πώρωση σε πλημμελή θέση είναι σπάνιες. Η εμφάνισή τους όμως μπορεί να προκαλέσει, έντονο και συνεχή πόνο, περιορισμό των κινήσεων του άνω άκρου, πιεστικά φαινόμενα από το βραχιόνιο πλέγμα και δυσμορφία της περιοχής. Στόχος αυτής της εργασίας είναι η χειρουργική ανάταξη και πώρωση σε ανατομική θέση.

Υλικό και Μέθοδος: Μεταξύ των ετών 1999 και 2013, 28 ασθενείς με ψευδάρθρωση ή πώρωση σε πλημμελή θέση χειρουργήθηκαν στην κλινική μας. Ήταν 26 άνδρες και 2 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 34 έτη με εύρος από 16 έως 65 έτη. Ο αρχικός τραυματισμός ήταν σε 14 ασθενείς, πτώση από μηχανάκι, σε αθλητική δραστηριότητα 12 ασθενείς και πτώση από ύψος σε 2 ασθενείς. Ο χρόνος που παρήλθε από τον αρχικό τραυματισμό μέχρι το χειρουργείο ήταν 14 μήνες με διακύμανση από 8 έως 24 μήνες. Η ψευδάρθρωση ήταν υπερτροφική σε 18 περιπτώσεις και ατροφική σε 4. Η κύρια ένδειξη χειρουργικής θεραπείας ήταν άλγος στην περιοχή της ψευδάρθρωσης, νευρολογικά από πίεση του πόρου, περιορισμό της κίνησης του άνω άκρου και μη αποδεκτή παραμόρφωση.

Χειρουργική τεχνική: Σε όλους τους ασθενείς έγινε συγκριτική ακτινογραφία για τον προσδιορισμό και την ανάκτηση του μήκους της κλειδός. Με γενική νάρκωση, τον ασθενή σε θέση beach chair και υπερκλείδια προσπέλαση κατά μήκος της κλειδός, παρασκευάζεται η περιοχή του κατάγματος και ανασπάται το περιόστεο. Ακολουθεί ανάταξη και προσωρινή συγκράτηση με k-wire. Στην συνέχεια τοποθετείται πλάκα ΑΟ 7 – 8 οπών αφού προηγουμένως είχε προκυρτωθεί ώστε να αγκαλιάζει την κλειδα. Τα τελευταία δυο χρόνια χρησιμοποιούμε τις ειδικές προσχεδιασμένες πλάκες. Σε 18 ασθενείς χρησιμοποιήθηκαν οστικά μοσχεύματα είτε από το λαγόνιο είτε chips από την περιοχή της υπερτροφικής ψευδάρθρωσης. Στους ασθενείς με πλημμελή πώρωση μετά την εκμίλωση του πόρου έγινε απευθείας οστεοσύνθεση ενώ σε 2 περιπτώσεις χρειάστηκε να γίνει πρώτα ανάταξη. Μετεγχειρητικά το άνω άκρο τοποθετήθηκε σε απλή ανάρτηση και η παρακολούθηση έγινε στα εξωτερικά ιατρεία ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών ήταν 22 μήνες (12 – 38 μήνες). Πρώιμα ακτινολογικά σημεία πώρωσης είχαμε στις 10 εβδομάδες, ενώ όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν ασφαλή πώρωση στους 6 με 12 μήνες. Σε 10 ασθενείς, νέας ηλικίας έγινε αφαίρεση του υλικού οστεοσύνθεσης μόλις συμπληρώθηκε 1 έτος. Όλοι οι ασθενείς παρέμειναν ασυμπτωματικοί μετά την παρέλευση 12 εβδομάδων και ανέκτησαν πλήρες εύρος κίνησης του άνω άκρου. Μόνο ένας ασθενής ανέπτυξε φλεγμονή των μαλακών μοριών από staphylococcus epidermiditis που αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών χωρίς να χρειασθεί αφαίρεση υλικών.

Συζήτηση – Συμπεράσματα: Ψευδάρθρωση και πλημμελής πώρωση καταγμάτων της μεσότητας της κλειδός αντιμετωπίζεται επιτυχώς με ανάταξη και οστεοσύνθεση με ειδική πλάκα, οστικά μοσχεύματα και πρώιμη κινητοποίηση.

26. ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΚΛΕΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΩΝ ΑΘΛΗΤΙΚΩΝ ΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΥΨΗΛΗΣ ΣΥΝΤΡΙΒΗΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ

Μ. Βεκρής, Δ. Παπαδόπουλος, Χ. Καλίτσος, Χ. Παπαγεωργίου, Α. Μπερής
Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αντιμετώπιση καταγμάτων κλειδας υψηλής συντριβής ή σε νέους ασθενείς με αυξημένες αθλητικές δραστηριότητες με την χρήση συστήματος εξωτερικής οστεοσύνθεσης.

Υλικό και Μέθοδοι: Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη 10 διαδοχικών ασθενών μέσου όρου ηλικίας 30,8 (εύρος 16-66) με κατάγμα κλειδας τραυματικής αιτιολογίας που αντιμετωπίστηκαν με τοποθέτηση συστήματος εξωτερικής οστεοσύνθεσης από το 2001 έως το 2013. Οι 8 από τους 10 ήταν νέοι ασθενείς (μέσου όρου ηλικίας 25 έτη) με επαγγελματικές αθλητικές δραστηριότητες και οι 2 ασθενείς παρουσίαζαν κατάγμα με μεγάλη συντριβή και συνοδές κακώσεις του σύστοιχου άκρου. Η σταθεροποίηση του κατάγματος γινόταν με τοποθέτηση του συστήματος εξωτερικής οστεοσύνθεσης με δυο βελόνες εκατέρωθεν του κατάγματος.

Αποτελέσματα: Όλα τα κατάγματα κλειδας παρουσίαζαν στοιχεία πλήρους πόρωσης κλινικά και ακτινολογικά σε χρονικό διάστημα μέσου όρου 4 εβδομάδων οπότε και γινόταν αφαίρεση της εξωτερικής οστεοσύνθεσης. Η κινητοποίηση της άρθρωσης του ώμου άρχιζε άμεσα μετεγχειρητικά και στις 4 εβδομάδες οι ασθενείς παρουσίαζαν πλήρες εύρος κίνησης χωρίς πόνο που να παρεμποδίζει την κίνηση. Η μέση βαθμολογία της κλίμακας DASH 4 εβδομάδες μετεγχειρητικά ήταν 5,1.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποστηρίζουν την αποτελεσματική χρήση του συστήματος εξωτερικής οστεοσύνθεσης σε κατάγματα κλειδας σε ασθενείς που απαιτείται γρήγορη και άμεση κινητοποίηση, καθώς και σε ασθενείς με υψηλή συντριβή και συνοδές κακώσεις του σύστοιχου άνω άκρου.

27. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΩΜΟΥ ΚΑΙ ΑΓΚΩΝΟΣ ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΟΣΤΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΤΥΠΟΥ MOSAIC

Χ. Χρυσάνθου, Γ. Κατσούλης, Α. Κυριάκος, Α. Mandhari, O. Alizadehkhayat, S. Frostick
Royal Liverpool & Broadgreen University Hospitals, UK

Εισαγωγή: Η μελέτη είναι ανασκόπηση της εμπειρίας μας στη διαχείριση των σύνθετων αρθροπλαστικών ώμου/αγκώνος (αρχικών ή αναθεωρήσεων) και των παθολογικών καταστάσεων του βραχιονίου οστού που συνδυάζονται με αξιοσημείωτη οστική απώλεια.

Υλικά - Μέθοδοι: Επί συνόλου 24 ασθενών με επαρκές follow up, 12 (5 άντρες, 7 γυναίκες – ΓΚΡΟΥΠ Α') υπεβλήθησαν σε ολική αρθροπλαστική ώμου και 12 (3 άντρες, 9 γυναίκες – ΓΚΡΟΥΠ Β') σε ολική αρθροπλαστική αγκώνα με το σύστημα ανακατασκευής βραχιονίου οστού MOSAIC (περίοδος 2001-2012).

Το ΓΚΡΟΥΠ Α' περιλάμβανε περιστατικά με malunion ή πλημμελή πόρωση επί οστεοσύνθεσης κατάγματος εγγύς βραχιονίου, οστεομυελίτιδα, όγκους με περιπροθετικό κάταγμα ή μεταστατικές λυτικές βλάβες, αποτυχημένη ημιαρθροπλαστική, αναθεωρήσεις ολικής αρθροπλαστικής ώμου με οστική απώλεια και περιπροθετικό κάταγμα επί ανάστροφης ολικής ώμου.

Το ΓΚΡΟΥΠ Β' περιλάμβανε αναθεωρήσεις βραχιονίου πρόθεσης λόγω περιπροθετικού κατάγματος, αστοχία υλικού με συνοδό κάταγμα, συντριπτικό κάταγμα αγκώνος, αναθεώρηση πρόθεσης επί σηπτικής ή άσηπτης χαλάρωσης και παθολογικό κάταγμα λόγω μετάστασης. Η μέση ηλικία ήταν 59 έτη.

Κλινική παρατήρηση - Συζήτηση: Ο μετεγχειρητικός ακτινολογικός έλεγχος αποκάλυψε ικανοποιητική τοποθέτηση των υλικών. Μετεγχειρητικές επιπλοκές περιλάμβαναν 2 περιπτώσεις φλεγμονής σε αργότερο χρόνο, μία άσηπτη χαλάρωση πρόθεσης 3 έτη μετά από αντικατάσταση άπω βραχιονίου και ένα περιπροθετικό κάταγμα έπειτα από αναθεώρηση ολικής ώμου. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν ικανοποιητική βελτίωση στο εύρος κίνησης και το χρόνιο πόνο. Το μέσο μετεγχειρητικό Quick Dash Score ήταν 60.

Συμπέρασμα: Η ανακατασκευή βραχιονίου οστού με το σύστημα MOSAIC σε σύνθετα περιστατικά αρθροπλαστικών, φλεγμονών, ογκολογικών συμβάντων και τραύματος συνοδεύεται καταρχάς από ενθαρρυντικά κλινικά και ακτινολογικά αποτελέσματα, αλλά είναι απαραίτητη η χρήση κατάλληλων μετρήσεων σε βάθος χρόνου για μία πιο ρεαλιστική εκτίμηση.

28. ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΓΚΩΝΟΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ DISCOVERY – ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΆΛΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ

Γ. Κατσούλης, Χ. Χρυσάνθου, Α. Κυριάκος, O. Alizadehkhayat, A. Mandhari, S. Frostick
University of Liverpool, Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals

Εισαγωγή: Η ασάθεια και η άσηπτη χαλάρωση παραμένουν κύριες αιτίες αποτυχίας των ολικών αρθροπλαστικών αγκώνος (ΟΑΑ). Το σύστημα Discovery χρησιμοποιείται ως νέα γενιά προθέσεων για ΟΑΑ από το 2003 στη Μεγάλη Βρετανία. Συγκρίνουμε τα αποτελέσματα της χρήσης του με άλλα συστήματα αρθροπλαστικών.

Υλικό & Μέθοδος: Συνολικά 100 ΟΑΑ διενεργήθηκαν με το σύστημα Discovery μεταξύ των ετών 2003-2012 στην κλινική μας. Τα αποτελέσματα (πόνος, εύρος κίνησης, επιπλοκές) συγκρίθηκαν με αντίστοιχες μελέτες των Corradi et.al. (2010) με σύστημα Discovery, των G tler et.al. (2011) με συστήματα Souter-Strathclyde και Coonrad-Morrey, των Gschwend et.al. (1999), Schneeberg et.al. (2000), Kelly et.al. (2004) και Jensen et.al. (2006) με σύστημα GSB III, καθώς και με μελέτες των Gill-Morrey et.al. (1998), Little et.al. (2005) και Shi et.al. (2007) με σύστημα Coonrad-Morrey.

Αποτελέσματα: Απουσία πόνου ή μικρή ευαισθησία μετεγχειρητικά παρουσιάστηκε σε 78% των ασθενών. Τα αντίστοιχα ποσοστά με τα συστήματα Coonrad-Morrey, GSB III και Souter-Strathclyde ήταν 67%, 50-92% και 60-100%. Το τόξο κάμψης/έκτασης βελτιώθηκε κατά 21 στο ενώ στις άλλες μελέτες η βελτίωση κυμάνθηκε από 15 ως 33°. Βελτίωση 25 στο τόξο υπτιασμού/πληνισμού συγκρίνεται με αυτή του συστήματος Coonrad-Morrey (21-28). Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές (λοίμωξη, κάταγμα, ωλένια νευροπάθεια και χαλάρωση) κυμάνθηκαν σε επίπεδα 8% ενώ στις επί μέρους κατηγορίες τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν συγκρίσιμα ή καλύτερα άλλων μελετών.

Συμπεράσματα: Συγκρινόμενη με τη βιβλιογραφία, η χρήση του συστήματος Discovery στις ΟΑΑ δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα στη μετεγχειρητική βελτίωση τόσο στον πόνο όσο και στο εύρος κίνησης των ασθενών. Οι επιπλοκές του παραμένουν εντός των αναμενόμενων ποσοστών που περιγράφονται από αντίστοιχες μελέτες με άλλα συστήματα αρθροπλαστικών.

29. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΘΕΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΛΗΛΟΥ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΠΛΑΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΑΤΟΣ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ

Δ. Μπουγιουκλής, Δ. Σκουτέρης, Ι. Κορμπάκης, Γ. Ανδρίτσος, Α. Παπαδήμας, Β. Ψυχουγιάς
Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Χεριού – Μικροχειρουργικής, Ασκληπείο Βούλας

Σκοπός: Η σύγκριση των κλινικών αποτελεσμάτων της χρήσης πλακών σε κάθετο και παράλληλο προσανατολισμό μεταξύ τους για την αντιμετώπιση ενδοαρθρικών καταγμάτων του περιφερικού πέρατος του βραχιονίου.

Μέθοδος: Η μελέτη της εργασίας αυτής ήταν αναδρομικού χαρακτήρα. Δεκαεπτά ασθενείς με ενδοαρθρικό κάταγμα κάτω πέρατος βραχιονίου αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με τοποθέτηση πλακών σε κάθετο σχηματισμό μεταξύ τους και αποτέσαν την ομάδα (Ι). Δώδεκα ασθενείς με τα ίδια χαρακτηριστικά κατάγματος αντιμετωπίστηκαν με τοποθέτηση πλακών σε παράλληλο σχηματισμό μεταξύ τους και αποτέλεσαν την ομάδα (ΙΙ). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 36 μήνες. Μηχανισμός κάκωσης, ηλικιακή κατανομή και επιπλέον δημογραφικά χαρακτηριστικά αναλύονται.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς οδηγήθηκαν σε πώρωση εκτός δύο της ομάδας (Ι), οι οποίοι ανέπτυξαν ινώδη ψευδάρθρωση στην μεταφυσιακή περιοχή. Ο μέσος όρος κίνησης ήταν $107^{\circ} \pm 20^{\circ}$ στην ομάδα Ι και $111^{\circ} \pm 11^{\circ}$ στην ομάδα (ΙΙ). Επιπλοκές παρουσιάστηκαν σε τρεις ασθενείς της ομάδας (ΙΙ) και σε τρεις της ομάδας (Ι). Το κλινικό αποτέλεσμα μετρήθηκε με την κλίμακα Mayo. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα κλινικά αποτελέσματα των δύο αυτών τεχνικών, αν και σε εργαστηριακό επίπεδο ενδεχομένως καταδεικνύεται ελαφρά υπεροχή της παράλληλης τοποθέτησης πλακών.

Συμπέρασμα: Αν και στα αποτελέσματά μας υπήρξαν ασθενείς που δεν κατέληξαν σε πώρωση του κατάγματος στην ομάδα Ι πιστεύουμε ότι και οι δύο τεχνικές μπορεί να αποδώσουν επαρκή σταθερότητα και ανατομική αποκατάσταση στα κατάγματα του περιφερικού πέρατος του βραχιονίου.

30. ΥΠΕΡΚΟΝΔΥΛΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α. Μπαρμπιτσιώτη, Δ. Ζεμαδάνης, Δ. Βουτσάς, Γ. Κιζιρίδης, Δ. Παναγιωτίδης, Χ. Μπογιατζής,
Α. Χατζηγιαννάκης
Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου – Αλεξ/πολης

Σκοπός: Το υπερκονδύλιο κάταγμα του βραχιονίου είναι η πιο συχνή κάκωση αγκώνα στα παιδιά. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων από την αντιμετώπιση αυτών των καταγμάτων με κλειστή ανάταξη και τοποθέτηση διαδερμικά 2 βελονών Kirschner (2 K-W).

Ασθενείς - Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη. 55 ασθενείς, νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας από τον Ιανουάριο του 1995 έως τον Ιούλιο του 2013 με υπερκονδύλια κατάγματα βραχιονίου. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας από 3-10 ετών (7.1 ετών μέσος όρος), και ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 8.3 έτη. Τα κατάγματα ταξινομήθηκαν κατά Gartland (Τύπου ΙΙ και ΙΙΙ όλα). Η αντιμετώπιση ήταν κλειστή ανάταξη και σταθεροποίηση με 2 βελόνες K-W κυρίως από την έξω πλευρά, σε συνδυασμό με εφαρμογή γύψινου επιδέσμου για 3 εβδομάδες με τον αγκώνα σε κάμψη 90° περίπου. Μετά τις 3 εβδομάδες έγινε αφαίρεση του γύψινου επιδέσμου και των βελονών και συνεστήθη κινητοποίηση του αγκώνα.

Αποτελέσματα: Πώρωση παρατηρήθηκε σε όλα τα κατάγματα. Κανένας ασθενής δεν ανέπτυξε έκτοπη οστεοποίηση. 2 ασθενείς παρουσίασαν πάρεση κερκιδικού (αποκαταστάθηκε), σε 2 ασθενείς παρατηρήθηκε χαλάρωση βελονών, και 2 ασθενείς εμφάνισαν απώλεια της ανάταξης. Η πλειονότητα των ασθενών παρουσίασαν άριστο λειτουργικό αποτέλεσμα.

Συμπέρασμα: Η κλειστή ανάταξη και διαδερμική σταθεροποίηση με βελόνες Kirschner των ασταθών υπερκονδύλιων καταγμάτων του βραχιονίου στα παιδιά (ιδίως από την έξω πλευρά) αποτελεί μια ασφαλή μέθοδο αντιμετώπισης τους. Οι επιπλοκές είναι σπάνιες και οι ασθενείς εμφανίζουν πολύ καλό λειτουργικό αποτέλεσμα.

31. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΚΟΝΔΥΛΟΥ ΚΑΙ ΤΡΟΧΙΛΙΑΣ (CORONAL SHEAR) ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ. ΑΠΩΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χ. Ντινόπουλος¹, Α. Γιαννακόπουλος², Δ. Σκουτέρης¹, Γ. Τσακουμής², Δ. Μπουγιουκλής¹, Π. Ντειμεντές²

¹Ε' Ορθοπ. Τμήμα, Μονάδα Άκρας Χειρός – Μικροχειρουργικής, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας,

²Β' Ορθοπ. Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

Τα ενδαρθρικά κατάγματα του περιφερικού βραχιονίου, του κονδύλου και της τροχίλιας, είναι σπάνιες κακώσεις. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να εκτιμήσει τα κλινικά, ακτινολογικά και λειτουργικά αποτελέσματα μετά από ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση των καταγμάτων των κονδύλων και τροχίλιας.

Ασθενείς & Μέθοδος: Σε μια αναδρομική μελέτη εκτιμήσαμε 9 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 45 χρ. (38 - 64) οι οποίοι είχαν υποστεί κλειστό ενδαρθρικό κάταγμα κονδύλου ή/και τροχίλιας. Η πρόσπελαση επιλέχθηκε ανάλογα τον τύπο του κατάγματος (εκτεταμένη Kocher, Hastings ή δια οστεοτομίας ωλεκράνου). Ως συνοδές κακώσεις υπήρχαν: μια ρήξη εξω πλαιγίου συνδ., ένα διωλεκρανικό κάταγμα εξάρθρωμα και ένα κάταγμα κεφαλής κερκίδας. Τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν είτε αυλοφόρες βίδες αυτοσυμπιεζόμενες τύπου Herbert, είτε ελεύθερες βίδες διαμετρήματος 2.7 ή 3.5 mm. Αξιολογήθηκαν μετεγχειρητικά κατά μέσο όρο μετά από 33 μήνες: κλινικά, ακτινολογικά καθώς και λειτουργικά με το Mayo Elbow Performance Index (MEP-Index).

Αποτελέσματα: Για την περιγραφή τους χρησιμοποιήθηκαν οι κατατάξεις των Bryan-Morrey, και Ring-Jupiter. Μεταφυσιακή συντριβή παρατηρήθηκε σε 3 περιπτώσεις (2 τύπου-IV και 1 τύπου-III). Όλα τα κατάγματα επουλώθηκαν και δεν παρατηρήθηκε αστάθεια. Κατά μέσο όρο το εύρος κίνησης του αγκώνα ήταν 125° (εύρος 70° -150°), και 8 από τους 9 αγκώνες απέκτησαν λειτουργικό εύρος κίνησης. Ο μέσος MEP-Index ήταν 92 (+/- 10), με 4 άριστα αποτελέσματα, 4 καλά και 1 πτωχό. Οι ασθενείς με μεγαλύτερη ενδαρθρική συντριβή ή συνοδές κακώσεις, παρουσίασαν μεγαλύτερες δυσκαμψία σε κάμψη και μικρότερο εύρος κίνησης.

Συμπεράσματα: Τα τύπου IV κατάγματα, εμφάνισαν συχνότερα μεγαλύτερη δυσκαμψία αγκώνος, και συνοδεύτηκαν συχνά από άλλες κακώσεις που απαιτούσαν αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση της μεταφυσιακής όσο και της αρθρικής συντριβής απαιτεί οστεοτομία ωλεκράνου και εξειδικευμένη αντιμετώπιση. Αναμένονται καλά αποτελέσματα, με λειτουργικό εύρος κίνησης μετά από την οστεοσύνθεση αυτών των δύσκολων κακώσεων.

32. ΑΝΟΙΚΤΗ ΑΡΘΡΟΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΟΜΗ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΤΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑΣ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΣΤΡΟΦΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ

Π. Τριάντης, Α. Παπαδήμας, Δ. Μπουγιουκλής, Δ. Σκουτέρης, Ι. Κορμπάκης, Β. Ψυχογιός
Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Χειριού – Μικροχειρουργικής, Ασκληπιείο Βούλας

Δεδομένα - Σκοπός: Ο περιορισμός ή και η κατάργηση της στροφικότητας του αντιβραχίου αποτελεί συχνή συνιστώσα της μετατραυματικής δυσκαμψίας του αγκώνα. Σε περιπτώσεις λύσης της δυσκαμψίας αν η κεφαλή της κερκίδας δεν μπορεί να σωθεί ή επιπλέον να πρέπει να αφαιρεθεί, μελετάται η επίπτωση της αφαίρεσής της στο κλινικό αποτέλεσμα αυτών των ασθενών.

Υλικό - Μέθοδος: Στην αναδρομική αυτή μελέτη αναλύθηκε το αποτέλεσμα σε δέκα ασθενείς (οκτώ άνδρες - δύο γυναίκες) οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ανοικτή αρθρόλυση και εκτομή της κεφαλής της κερκίδας χωρίς προσθετική αντικατάσταση. Οι ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 32 έτη (23-57). Ο μέσος όρος στροφής του αντιβραχίου ήταν 20° πρηνισμός και 25° υππιασμός, ενώ το τόξο κίνησης του αγκώνα ήταν 65°. Σε οκτώ περιπτώσεις η κεφαλή της κερκίδας αφαιρέθηκε λόγω υπερβολικού μεγέθους συνεπεία χόνδρινης μεταλασίας στην περιοχή του κατάγματος, ενώ σε δύο λόγω συμμετοχής της σε συνστοσώση της άνω κερκιδώλενικής.

Αποτελέσματα: Το εύρος κίνησης του αγκώνα στο τόξο κάμψης έκτασης βελτιώθηκε στις 115°, ο πρηνισμός στις 80° και ο υππιασμός στις 75°. Το Mayo Elbow Performance score από 51 στους 92 βαθμούς. Δεν παρατηρήθηκε σε κανέναν ασθενή αστάθεια βλαισότητας ούτε προβλημάτων στην κάτω κερκιδώλενική. Σε δύο ασθενείς υπήρξε μετανάστευση της κερκίδας κατά 5 χιλιοστά, χωρίς κλινική επίπτωση.

Συμπέρασμα: Η ανοικτή αρθρόλυση με εκτομή της κεφαλής της κερκίδας, όταν αυτό είναι αναγκαίο, χωρίς προσθετική αντικατάστασή της, προσφέρει πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα, χωρίς σημεία αστάθειας του αγκώνα.

33. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΩΤΕΡΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΕΩΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΕΡΚΙΔΟΣ MASON-III, ΣΤΗΝ ΤΡΑΓΙΚΗ ΤΡΙΑΔΑ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ

Χ. Ντινόπουλος, Δ. Σκουτέρης, Κ. Μαστραντωνάκης, Α. Παπαδήμας, Δ. Μπουγιουκλής
Ε' Ορθοπ. Τμήμα, Μονάδα Ακρας Χειρός – Μικροχειρουργικής, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

Σκοπός: Τα τύπου Mason-III κατάγματα της κεφαλής κερκίδος στην τραγική τριάδα του αγκώνα (ΤΤΑ), είναι κακώσεις με σημαντική συζήτηση στην διεθνή βιβλιογραφία. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ οστεοσυνθέσεως και αντικατάστασης της κεφαλής της κερκίδος.

Ασθενείς & Μέθοδος: Σε μια περίοδο 9 ετών, αντιμετωπίσαμε 27 ασθενείς με τύπου Mason-III κατάγματα της κεφαλής κερκίδος σε κακώσεις ΤΤΑ. Υπήρχαν 4 γυναίκες και 23 άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας 37,5 χρ. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 47 μήνες. Η αντιμετώπιση συνίστατο σε ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση με χαμηλού profil υλικά ή αντιμετώπιση με κεφαλή κερκίδος χωρίς τσιμέντο. Επιπρόσθετα, οστεοσύνθεση κορωνοειδούς, συνδεσμική αποκατάσταση και εξωτερική οστεοσύνθεση αγκώνος ή άλλες τεχνικές χρησιμοποιήθηκαν όπου ήταν απαραίτητο. Δεκαέξι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με οστεοσύνθεση και 11 υποβλήθηκαν σε αντικατάσταση της κεφαλής. Όλοι οι ασθενείς είχαν πρώιμη κινητοποίηση.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς ελέγχθηκαν κλινικά και ακτινολογικά. Ελέγχθηκε ακόμη το λειτουργικό αποτέλεσμα με το DASH score. Το μέσο εύρος κάμψης ήταν 129° (εύρος, 105°-141°), έκτασης 0°-40°, πρηνισμός 15°-90° και υπτιασμός 10°-80°. Η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων δεν έδωσε σημαντικές διαφορές. Το εύρος κίνησης ήταν ελαφρά καλύτερο στην ομάδα της οστεοσυνθέσεως ιδιαίτερα στους νεότερους ασθενείς, αλλά η ομάδα της αντικατάστασης έδωσε ελαφρά καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα στο DASH score, στους πιο ηλικιωμένους.

Συμπεράσματα: Πιστεύουμε ότι τα τύπου III κατάγματα Mason, ειδικότερα στους νεότερους, δίνουν καλύτερα αποτελέσματα μετά από οστεοσύνθεση στις ΤΤΑ. Κάθε προσπάθεια θα πρέπει να γίνεται να οστεοσυντεθούν επιμελώς, εάν είναι εφικτό τα κατάγματα αυτά και η προθετική αντικατάσταση να επιλέγεται εκεί όπου η οστεοσύνθεση δεν είναι εφικτή. Η οστεοσύνθεση δεν θα πρέπει να παρεμποδίζει την πρώιμη κινητοποίηση.

34. ΤΡΑΓΙΚΗ ΤΡΙΑΔΑ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Κουτάλος, Β. Κοντογεωργάκος, Σ. Βαρυτιμίδης, Ζ. Νταϊλιάνη, Μ. Χαντζής, Κ.Ν. Μαλίζος
Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Οι τραγική τριάδα του αγκώνα (ΤΤΑ), χαρακτηρίζεται από οπίσθιο εξάρθρωμα του αγκώνα, αποσπαστικό κάταγμα της κορωνοειδούς και κάταγμα της κεφαλής της κερκίδος. Αποτελεί μια βαρία κάκωση του αγκώνα λόγω της αστάθειας σε πρόσθιο-οπίσθιο και μετωπιαίο επίπεδο.

Υλικό και Μέθοδοι: Προοπτικά παρακολούθησαμε 12 ασθενείς οι οποίοι χειρουργήθηκαν για ΤΤΑ. Η μέση ηλικία ήταν τα 54 έτη. Σε 7 ασθενείς έγινε οστεοσύνθεση του κατάρματος της κεφαλής της κερκίδος και αφαίρεση των μικρών οστικών τεμαχίων, εάν διατηρόταν τουλάχιστον τα ¾ της περιφέρειας της κεφαλής, ενώ σε 5 ασθενείς έγινε αντικατάσταση με μεταλλική κεφαλή. Σε όλους τους ασθενείς έγινε καθήλωση του προσθίου θυλάκου με ισχυρά ράμματα μέσω διοστικών τούνελ στην ωλένη και καθήλωση των έξω συνδέσμων του αγκώνα και της έκφυσης των εκτεινόντων στον έξω επικόνδυλο. Ενεργητικές κινήσεις του αγκώνα ξεκίνησαν την 4-6^η μετεγχειρητική ημέρα. Όλοι οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν επί ένα έτος τουλάχιστον.

Αποτελέσματα: Η σταθερότητα του αγκώνα αποκαταστάθηκε σε όλους τους ασθενείς. Στην τελική επανεξέταση η μέση απώλεια έκτασης και κάμψης του αγκώνα ήταν 26 και 8 μοίρες αντίστοιχα. Δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες διατήρησης vs αντικατάστασης της κεφαλής της κερκίδος. Οι ασθενείς δεν ανέφεραν πόνο στην καθημερινή δραστηριότητα παρά μόνο μετά από έντονη χειρωνακτική εργασία σε 3 περιπτώσεις.

Συμπέρασμα: Η αποκατάσταση των οστικών δομών, του θυλάκου και των έξω συνδεσμικών στοιχείων οδηγεί σε σταθεροποίηση του αγκώνα και λειτουργική αποκατάσταση. Η κεφαλή της κερκίδος δεν χρειάζεται να αντικατασταθεί εάν διατηρείται το 75% της περιφέρειας της κεφαλής της κερκίδος. Η αντικατάσταση με μεταλλική κεφαλή είναι εξίσου αποτελεσματική με τη διασωσή της.

35. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΕΣΩ ΠΛΑΓΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ

Α. Παπαδήμας, Π. Τριάντης, Δ. Μπουγιουκλής, Δ. Σκουτέρης, Ν. Γραββάνης, Β. Ψυχογιός
Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Χεριού – Μικροχειρουργικής, Ασκληπιείο Βούλας

Σκοπός: Την περασμένη δεκαετία υπήρξε ένα αυξημένο ενδιαφέρον για τις κακώσεις του έσω πλαγίου συνδέσμου, προερχόμενο κυρίως από τις Ηνωμένες Πολιτείες και εστιασμένο ειδικά σε παίκτες του baseball. Η παρούσα μελέτη, αναδρομικού χαρακτήρα, αναφέρεται στη θεραπεία της ανεπάρκειας του έσω πλαγίου συνδεσμικού συστήματος σε αθλητές στον ελληνικό χώρο, αθλημάτων της άρσης βαρών, ρίπτες ακοντίου και πετοσφαιριστές.

Υλικό: Δεκαέξι αθλητές αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά σε ένα σύνολο πενήντα δύο αθλητών που παρουσιάστηκαν με ανεπάρκεια του έσω πλαγίου συνδέσμου του αγκώνα. Εννέα ασθενείς αντιμετωπίστηκαν για οξεία ρήξη και οι υπόλοιποι για χρόνια ανεπάρκεια. Στις χρόνιες περιπτώσεις η ένδειξη για χειρουργική θεραπεία ετίθετο επί ύπαρξης χρόνιου άλγους και αδυναμίας του αθλητού να ολοκληρώσει το πρόγραμμα προπόνησης. Όλοι οι ασθενείς ελέγχθηκαν ηλεκτροφυσιολογικά για ωλένια νευροπάθεια, ενώ σε πέντε από τους επτά προηγήθηκε αρθροσκόπηση του αγκώνα και αντιμετώπιση συνοδού ενδοαρθρικής παθολογίας. Η χειρουργική τεχνική που ακολουθήθηκε ήταν η τροποποιημένη Jobe.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος παρακολούθησης των ασθενών ήταν 53 μήνες. Το αποτέλεσμα με τη χρήση της κλίμακας Mayo βελτιώθηκε από το 79 στο 93 στους αθλητές με χρόνια ανεπάρκεια. Όλοι οι αθλητές επέστρεψαν στο προηγούμενο επίπεδο δραστηριότητας τουλάχιστον για δύο περιόδους. Πέντε από τους αθλητές μετά το πέρας των δύο περιόδων σταμάτησαν τον αθλητισμό. Σύμφωνα με την κλίμακα Conway υπήρξαν τέσσερα άριστα αποτελέσματα.

Συμπέρασμα: Φαίνεται ότι η χειρουργική αντιμετώπιση αυτής της παθολογίας δίνει καλά αποτελέσματα. Παρόλα αυτά είναι υψηλό το ποσοστό των αθλητών που σταμάτησαν, χωρίς όμως να είναι διευκρινισμένο απόλυτα το πραγματικό αίτιο, καθώςον έφεραν επιπλέον παθολογία στον ώμο.

36. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΤΑΓΜΑ – ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ

Α. Παπαδήμας, Ι. Κορμπάκης, Δ. Μπουγιουκλής, Π. Τριάντης, Γ. Ανδρίτσος, Β. Ψυχογιός
Ε' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Μονάδα Χεριού – Μικροχειρουργικής, Ασκληπιείο Βούλας

Δεδομένα: Τα μακροχρόνια αποτελέσματα της θεραπείας των καταγμάτων του αγκώνα με συνοδό εξάρθρωμα, αρκετά συχνά είναι απογοητευτικά, λόγω μετεγχειρητικής αστάθειας, δυσκαμψίας, αρθρίτιδας και άλγους. Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης είναι να περιγράψει τα αποτελέσματα μετά από χειρουργική αποκατάσταση της σταθερότητας του αγκώνα, σε περιπτώσεις μετεγχειρητικής αστάθειας μετά την πρώτη θεραπεία.

Υλικό: Δεκατέσσερις ασθενείς με εμμένουσα αστάθεια του αγκώνα μετά από χειρουργική αντιμετώπιση κατάγματος εξαρθήματος αρχικά αποτέλεσαν το υλικό μας. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 42 ετών, και ο μέσος χρόνος αντιμετώπισης της MTX αστάθειας ήταν εννέα εβδομάδες. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με αναθεώρηση της αρχικής αντιμετώπισης των στατικών σταθεροποιητών του αγκώνα. Σε οκτώ περιπτώσεις χρειάστηκε να χρησιμοποιηθεί και εξωτερική οστεοσύνθεση στον αγκώνα.

Αποτελέσματα: Δέκα αγκώνες απέκτησαν άριστο ή καλό αποτέλεσμα. Ο μέσος όρος κίνησης ήταν 95ο κάμψης – έκτασης και 150ο στροφικών κινήσεων. Το τελικό αποτέλεσμα αξιολογήθηκε με το Mayo Elbow Performance Score. Κανένας ασθενής δεν είχε εμμένον εξάρθρωμα, ενώ τέσσερις ασθενείς ανέπτυξαν αρθρίτιδα. Επιπλοκές παρουσιάστηκαν σε έξι ασθενείς. Οι ασθενείς που επαναχειρουργήθηκαν μετά την 5^η εβδομάδα είχαν τα χειρότερα αποτελέσματα και επιπλέον επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Η χειρουργική αποκατάσταση των στατικών σταθεροποιητών του αγκώνα δίνει καλά αποτελέσματα σε τέτοιες δύσκολες περιπτώσεις. Καθυστερήση πέραν της 5^{ης} εβδομάδος από την αρχική αντιμετώπιση συνοδεύεται από λιγότερο επιτυχή αποτελέσματα.

37. ΕΚΤΟΠΗ ΟΣΤΕΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ

Β. Κοντογεωργάκος¹, Ζ. Νταϊλιάνη², Σ. Βαρυτιμιδής², Δ. Παπαχρήστου³, Κ.Ν. Μαλίζος²

¹Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

²Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλίας, Λάρισα

³Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Παν. Πατρών

Σκοπός: Η έκτοπη οστεοποίηση του χεριού αποτελεί μια σπάνια νοσολογική οντότητα, που χαρακτηρίζεται από δυσκολία στη διάγνωση απεικονιστικά, κλινικά και ιστολογικά. Παρουσιάζουμε τη διαγνωστική προσέγγιση σε 2 ασθενείς, με έκτοπη οστεοποίηση του χεριού.

Υλικό: Δύο γυναίκες ηλικίας 20 και 22 ετών, χωρίς σαφές ιστορικό κάκωσης, παρουσίασαν πόνο σταδιακά επιδεινούμενο μέσα σε εβδομάδες, με συνοδό διόγκωση στην περιοχή του θέναρους και ραχίαία του πρώτου μετακαρπίου διαστήματος αντίστοιχα. Οι απλές ακτινογραφίες δεν παρουσίασαν αξιόλογα ευρήματα, όμως η CT ανέδειξε μια μάζα με περιφερική οστεοποίηση. Η MRI ανέδειξε μάζα με έντονη ετερογένεια και διάχυτο συνοδό οίδημα. Ακολούθησε κλεστή βιοψία δια λεπτής βελόνης.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική διάγνωση ήταν έκτοπη οστεοποίηση και στις δυο ασθενείς. Ακτινολογικά εμφανίστηκε έντονη αβεστοποίηση σε διαστήματα 3 μηνών, ενώ σταδιακά υπήρξε ύφεση του πόνου, του οιδήματος και του μεγέθους της ψηλαφητής μάζας.

Συμπέρασμα: Η παρουσία περιφερικού δακτυλίου αβεστοποίησης αποτελεί ένα χρήσιμο ακτινολογικό σημείο στη διαφορική διάγνωση της εκτόπου οστεοποίησης. Η βιοψία δια βελόνης είναι ελάχιστα παρεμβατική και βοηθά στην ιστολογική διάγνωση και διάκριση από σαρκώματα που εμφανίζουν αβεστώσεις στη μάζα τους. Η βέλτιστη θεραπευτική αγωγή στηρίζεται στη σωστή προεγχειρητική διάγνωση.

38. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ DUPUYTREN: ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΤΟΜΗ ΤΗΣ ΡΙΚΝΩΜΕΝΗΣ ΠΑΛΑΜΙΑΙΑΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ

Ι. Αντωνίου, Β. Ραούλης, Π. Κιορπελίδης, Σ. Βαρυτιμιδής, Ζ. Νταϊλιάνη, Β. Κοντογεωργάκος, Κ.Ν. Μαλίζος

Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η νόσος του Dupuytren περιορίζει τη λειτουργία αλλά και επηρεάζει την εμφάνιση του χεριού. Σε προχωρημένα στάδια το καθιστά ανίκανο για χρήση. Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι να εκτιμήσει τα αποτελέσματα της χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου με εκτομή της ρικνωθείσας παλαμιαίας απονεύρωσης.

Υλικό και Μέθοδος: Από το 2000 έως το 2013 167 ασθενείς (145 άνδρες και 22 γυναίκες) με νόσο Dupuytren αντιμετώπισθηκαν με εκτομή της ρικνωμένης παλαμιαίας απονεύρωσης. Η μέση ηλικία ήταν 64 έτη (από 39 έως 85). Το κυρίαρχο χέρι είχε προσβληθεί σε 110 περιπτώσεις. Ο παράμεσος δάκτυλος είχε τη μεγαλύτερη συχνότητα προσβολής. 68 ασθενείς παρουσίαζαν προσβεβλημένες δύο ή περισσότερες ακτίνες. Η επέμβαση έγινε με μασχαλιαίο νευρικό αποκλεισμό και περιελάμβανε εκτομή των ρικνωμένων στοιχείων σε όλες τις προσβεβλημένες ακτίνες.

Αποτελέσματα: Η μέση μετεγχειρητική παρακολούθηση ήταν 72,2 μήνες (4 μήνες-13 έτη). Προεγχειρητικά το μέσο έλλειμμα έκτασης στη μετακαρποφαλαγγική και κεντρική φαλαγγοφαλαγγική άρθρωση ήταν 35 και 30 μοίρες αντίστοιχα. Οι αντίστοιχες τιμές μετεγχειρητικά ήταν 10 μοίρες και στις δύο αρθρώσεις. Επιπλοκές παρουσιάστηκαν σε 30 ασθενείς και περιελάμβαναν 6 υποτροπές, 10 περιπτώσεις συνδρόμου αλγονευροδυστροφίας, 1 ακρωτηριασμό τελικής φάλαγγας μικρού δακτύλου, 1 αρθρόδεση, 5 λοιμώξεις, 5 αισθητικές νευροαπραξίες ενώ 2 ασθενείς παρουσίασαν δυσανεξία στο κρίνο.

Συζήτηση: Η εκτομή της προσβληθείσας παλαμιαίας απονεύρωσης έχει θετική επίδραση στο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα. Παρ' ότι είναι τεχνικά απαιτητική, ιδιαίτερα περιφερικά της ΜΚΦ άρθρωσης, παραμένει η πιο πρόσφορη τεχνική στην αντιμετώπιση της νόσου. Η εκτομή των ρικνωμένων στοιχείων στην κεντρική φάλαγγα είναι απαραίτητη καθώς το εύρος κίνησης της ΕΦΦ είναι σημαντικό για τη λειτουργία του χεριού.

39. ΝΟΣΟΣ DURYUTREN – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

N. Μαρκόπουλος, B. Αξιαρλής, N. Τσολάκης, A. Καρανικόλας
Ορθοπαιδική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς

Σκοπός: Η παρουσίαση των μεσοπρόθεσμων αποτελεσμάτων της χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου Duryutren.

Υλικό: Από το 2002 έως το 2012 42 ασθενείς (30 άντρες και 12 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας 67 έτη υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου Duryutren εκ των οποίων 4 αμφοτερόπλευρα. Από το ιστορικό σε 4 περιπτώσεις υπήρχε ιστορικό χρόνιου αλκοολισμού, σε 7 σακχαρώδης διαβήτης και στις υπόλοιπες χρόνιος τραυματισμός λόγω επαγγέλματος. Επιλέχθηκαν για χειρουργική αντιμετώπιση περιστατικά που ήταν σταδίου II (40 περιπτώσεις) έως σταδίου III (6 περιπτώσεις) κατά Tubiana & Michon. Η σύγκριση της εγγύς φαλαγγοφαλαγγικής άρθρωσης πάνω από 60° θεωρήθηκε αντένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση. 6 περιπτώσεις είχαν σύγκριση 30° – 60°. Κλινικά στις 30 περιπτώσεις υπήρχε ρίκνωση της παλαμιαίας απονεύρωσης στον παράμεσο και μικρό δάκτυλο και στις 16 μόνο στο μικρό δάκτυλο. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν για πιθανή επανεμφάνιση της νόσου. Η τεχνική που ακολουθήθηκε ήταν η υφολική εκτομή της παλαμιαίας απονεύρωσης μετά από τομή Z πλαστική.

Αποτελέσματα: Τοποθετήθηκε νάρθηκας για 1/52 και μετά την αφαίρεση των ραμμάτων άμεση κινητοποίηση με πρώτο στόχο την κάμψη των δακτύλων και κατόπιν την έκτασή τους. Σε 2 περιπτώσεις υπήρξε βλάβη δακτυλικών νεύρων, σε 1 σύγκριση δακτύλων, σε 8 παρουσιάστηκε οίδημα της άκρας χειρός και σε 2 περιπτώσεις δημιουργία ουλών. Δεν έγινε καμία επανεπέμβαση.

Συμπεράσματα: Η νόσος Duryutren είναι μία σοβαρή πάθηση και δεν πρέπει να χειρουργείται “παρεπιπτόντως”. Χρήζει καλής γνώσης της ανατομικής της άκρας χείρας και για αποφυγή τραυματισμών των νευραγγειακών δομών ενδείκνυται η χρήση μικροσκοπικής καθοδήγησης.

40. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟΥ ΠΑΛΑΜΙΑΙΟΥ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΜΗΝΟΕΙΔΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΣΤΥΛΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ ΚΑΙ ΩΛΕΝΗΣ

N. Μαρκόπουλος, B. Αξιαρλής, A. Αριστέρογλου, A. Καρανικόλας
Ορθοπαιδική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς

Σκοπός: Η παρουσίαση παραμελημένου περιστατικού (15 ημερών) παλαμιαίου εξάρθρωματος μηνοειδούς οστού με συνοδό ρωγμώδες κάταγμα στυλοειδούς απόφυσης κερκίδας και ωλένης το οποίο αντιμετωπίστηκε με ανοιχτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση (Kirschner).

Υλικό: Άντρας ηλικίας 24 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας με άλγος στην δεξιά πηχεοκαρπική άρθρωση μετά από αναφερόμενο τροχαίο ατύχημα και αντιμετωπίστηκε αρχικά σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα. Κλινικά παρουσίαζε οίδημα και επώδυνο περιορισμό των κινήσεων χωρίς νευρολογική σημειολογία. Από τον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε παραμελημένο παλαμιαίο εξάρθρωμα μηνοειδούς οστού με συνοδό ρωγμώδες κάταγμα στυλοειδούς απόφυσης κερκίδας και ωλένης. Μετά από αποτυχημένη προσπάθεια κλειστής ανάταξης πραγματοποιήθηκε ανοιχτή ανάταξη του μηνοειδούς οστού και συγκράτησή του με δύο βελόνες Kirschner.

Αποτελέσματα: Η αποθεραπεία του ασθενή πραγματοποιήθηκε με χρήση κυκλοτερή πηχεοκαρπικού γύψου για 6/52 και η ακτινολογική εικόνα κρίνεται ικανοποιητική.

Συμπεράσματα: Τα εξάρθρωμα των οστών του καρπού είναι σπάνια και αποτελούν περίπου το 10% όλων των κακώσεων της περιοχής. Το εξάρθρωμα του μηνοειδούς οστού είναι περισσότερο σπάνιο ενώ μπορεί να διαφύγει της διάγνωσης σε ποσοστό 25% περίπου. Πρόκειται για μία βαρεία βλάβη του καρπού η οποία πάντα αφήνει διαταραχές στο εύρος κίνησης ενώ απαιτείται εμπειρία τόσο στην διάγνωση όσο και στην αντιμετώπιση της βλάβης. Οι στόχοι της αντιμετώπισης ενός εξάρθρωματος του μηνοειδούς είναι η αποκατάσταση ενός πλήρους και ανώδυνου εύρους κίνησης καθώς και η αποκατάσταση της δύναμης δραγμού.

41. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΠΟΛΥΓΩΝΟΥ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ν. Μαρκόπουλος, Β. Αξιαρλής, Χ. Νικολάου, Α. Καρανικόλας
Ορθοπαιδική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς

Σκοπός: Η παρουσίαση 3 περιστατικών με οστεοαρθρίτιδα μείζονος πολυγώνου δεξιάς πηχεοκαρπικής άρθρωσης που αντιμετωπίστηκαν με αφαίρεση αυτού και τοποθέτηση τενόντιου μοσχεύματος από τον κερκιδικό καμπτήρα του καρπού (τεχνική Froimson).

Υλικό: 3 γυναίκες ασθενείς 52-54 ετών (μ.ο 54ετών) παρουσίαζαν άλγος δεξιάς πηχεοκαρπικής άρθρωσης στη περιοχή του μείζονος πολυγώνου από τετραετίας περίπου και επιδείνωση κατά το τελευταίο έτος. Εμφάνιζαν επώδυνη έκταση του δεξιού αντίχειρα ενώ μία περίπτωση εμφάνιζε και αιμώδεις στον μέσο δάκτυλο. Όλες οι περιπτώσεις παρουσίαζαν νυχτερινό άλγος το οποίο ήταν και το κριτήριο για χειρουργική επέμβαση. Ακτινολογικά διαπιστώθηκε οστεοαρθρίτιδα μείζονος πολυγώνου σταδίου II (κατά Eaton Littler) σε δύο περιπτώσεις και σταδίου III σε μία περίπτωση. Και οι 3 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας χειρουργικά με αφαίρεση του μείζονος πολυγώνου και τοποθέτηση αυτόλογου μοσχεύματος τμήματος του κερκιδικού καμπτήρα (τεχνική Froimson).

Αποτέλεσμα: Μετεγχειρητικά τοποθετήθηκε νάρθηκας πηχεοκαρπικής για 4/52 με τον αντίχειρα σε απαγωγή και έναντι του δείκτη ενώ ακτινολογικά 6/12 μετεγχειρητικά απεικονίζεται ελάττωση του διαστήματος του αφαιρεθέντος μείζονος πολυγώνου κατά 20% παρά την τοποθέτηση τενόντιου μοσχεύματος. Παρόλα αυτά και οι 3 ασθενείς δεν εμφανίζουν άλγος και παρουσιάζουν αύξηση της δύναμης δραγμού και σύλληψης.

Συμπέρασμα: Η οστεοαρθρίτιδα του μείζονος πολυγώνου είναι συχνή στις γυναίκες. Η μεμονωμένη αφαίρεση του μείζονος πολυγώνου οδηγεί σε κεντρική μετατόπιση του 1^{ου} μετακαρπίου, σε κερκιδικό υπεξάρθρωμα της βάσης του καθώς και σε μείωση της δύναμης δραγμού και σύλληψης. Η τεχνική Froimson είναι μία αξιόπιστη τεχνική στην οποία το μειονέκτημα της ελαττωμένης δύναμης σύλληψης αντισταθμίζεται από την πλήρη εξάλειψη του άλγους, την διατήρηση της σταθερότητας της περιοχής και την απουσία αντίδρασης σε αλλομοσχεύματα (π.χ. σιλικόνη) ή αρθροπλαστική.

42. ΑΡΘΡΙΤΙΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ. ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΠΟΛΥΓΩΝΟΥ, ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Ο. Καραγγύρης, Ι. Μπουντούρης, Σ. Κυριαζής, Ε. Παπαπαύλου, Π. Αρεταίου, Δ. Ευσταθόπουλος
Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

Εισαγωγή: Στην προσπάθεια να βελτιωθεί η λειτουργία του αντίχειρα και να αποτραπεί η μετανάστευση του 1^{ου} μετακαρπίου κεντρικά οι πρόσφατες χειρουργικές τεχνικές έχουν εστιάσει στην αποκατάσταση του λοξού παλαμιαίου συνδέσμου μέσω μιας λωρίδας τένοντος από τον Κερκιδικό Καμπτήρα του Καρπού. Η εγχείρηση αυτή περιγράφηκε από τον Burton το 1988. Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά μιας μεγάλης σειράς ασθενών με αρθρίτιδα βασικής άρθρωσης του αντίχειρα που χειρουργήθηκαν με την τεχνική αυτή.

Υλικό και Μέθοδος: Από το 1988 έως το 2011, 96 ασθενείς με αρθρίτιδα βασικής άρθρωσης του αντίχειρα χειρουργήθηκαν στην κλινική μας από την ίδια ομάδα χειρουργών. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 64 ετών με διακύμανση από 43 – 78 έτη. Ήταν 90 γυναίκες και 6 άνδρες. 42 ασθενείς ήταν συνταξιούχοι, 22 οικοκυρές, 8 εκπαιδευτικοί, 6 συσκευαστές τροφίμων, 4 ιατροί, 2 φυσικοθεραπευτές, και 12 υπάλληλοι γραφείου. Η διάγνωση βασίστηκε τόσο στα ακτινολογικά ευρήματα όσο και στα κλινικά ευρήματα. Αξιολογήθηκε ο πόνος, η πλάγια σύλληψη, η δύναμη δαγμού, το εύρος του 1^{ου} μεσοδακτυλικού διαστήματος. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε α/α face profile και στα δύο χέρια.

Χειρουργική τεχνική: Με μια τομή στη βάση του αντίχειρα αφαιρείται το μείζον πολύγωνο. Με μια άλλη τομή κεντρικότερα λαμβάνεται μια λωρίδα από τον κερκιδικό καμπτήρα του καρπού μήκους 10 – 12cm και παρασκευάζεται μέχρι την κατάφυση του στην βάση του 2^{ου} μετακαρπίου. Η λωρίδα του τένοντα διέρχεται μέσω μιας οπής στην βάση του 1^{ου} μετακαρπίου και σταθεροποιείται στον εαυτό της με τη σχετική τάση. Το υπόλοιπο του τένοντα μαζί με το μακρό παλαμικό τοποθετείται στο κενό διάστημα. Συρράπτεται ο θύλακος και το δέρμα. Το χέρι τοποθετείται σε νάρθηκα τύπου σκαφοειδούς για 4 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών μεταχειρητικά ήταν 26 μήνες (12 – 60 μήνες). Όσον αφορά τα υποκειμενικά ενοχλήματα εκτιμάται η συχνότητα, η διάρκεια και η ένταση του πόνου μετεγχειρητικά, η ικανότητα να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες όπως και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Εκτιμάται επίσης η δύναμη δαγμού, η πλάγια σύλληψη και το εύρος ανοίγματος του 1^{ου} μεσοδακτυλικού διαστήματος. Ενώ στην ακτινογραφία προσδιορίζεται το ύψος μεταξύ της βάσης του 1^{ου} μετακαρπίου και της άνω επιφάνειας του σκαφοειδούς. 82 ασθενείς δήλωσαν πλήρη, υποχώρηση του πόνου και ήταν πλήρως ικανοποιημένοι από την λειτουργία του χεριού και θα επαναλάμβαναν την επέμβαση στο άλλο χέρι εάν χρειαζόταν. Το εύρος του 1^{ου} μεσοδακτυλικού διαστήματος βελτιώθηκε από 6 – 4 cm προεγχειρητικά σε 7 - 5 cm μετεγχειρητικά. Η δύναμη δαγμού και η πλάγια σύλληψη βελτιώθηκε σημαντικά σε 92 ασθενείς. Όσον αφορά το διάστημα μεταξύ της βάσεως του 1^{ου} μετακαρπίου και του σκαφοειδούς υποχώρησε κατά 30% σε σχέση με το προεγχειρητικό.

43. ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΤΑΘΕΙΑ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΩΛΕΝΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΜΕΤΑΚΑΡΠΙΟΦΑΛΑΓΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ ΜΕ ΑΥΤΟΜΟΣΧΕΥΜΑ

Ν. Τσολάκης, Μ. Αβραμίδης, Ρ. Αλ Χαφούσι, Χ. Νικολάου, Α. Καρανικόλας
Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Ν. Κιλκίς

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού μετά από δύο έτη το οποίο αντιμετώπισθηκε με συνδεσμοπλαστική, λόγω χρόνιας αστάθειας και ρήξης του ωλενίου συνδέσμου της μετακαρποφαλαγγικής άρθρωσης του αντίχειρα.

Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας 61 ετών, χειρονάκτης, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της ορθοπαιδικής με αδυναμία εργασίας, λόγω αδυναμίας σύλληψης και συγκράτησης αντικειμένου, αποτέλεσμα κακώσεως αντίχειρα από 4μήνου. Ακτινολογικά ευρήματα με δυναμικές ακτινογραφίες επιβεβαίωσαν την αστάθεια της μετακαρποφαλαγγικής άρθρωσης του αντίχειρα. Υπό ενδοφλέβια περιοχική αναισθησία και ισχαιμο περιέδεση πραγματοποιήθηκε η λήψη αυτομοσχεύματος από τον κερκιδικό καμπτήρα τον καρπό μήκους 10 εκατοστών, η διενέργεια οστικών καναλιών στην κεφαλή του 1^{ου} μετακαρπίου και στη βάση της 1^{ης} φάλαγγας του αντίχειρα όπου και καθλώθηκε το αυτομόσχευμα.

Αποτελέσματα: Κατά τον άμεσο μετεγχειρητικό χρόνο η επούλωση του τραύματος πραγματοποιήθηκε χωρίς κανένα πρόβλημα, ενώ ο ακτινολογικός έλεγχος επιβεβαίωσε την διόρθωση της αστάθειας. Ο ασθενής εξήλθε με νάρθηκα πηχεοκαρπικό-σκαφοειδούς για έξι εβδομάδες. Δύο χρόνια μετά, ο ασθενής έχει σταθερό και λειτουργικό αντίχειρα, χωρίς σημεία αστάθειας και οστεοαρθρίτιδας στη μετακαρποφαλαγγική άρθρωση.

Συμπέρασμα: Η εμπειρία μας έδειξε πως η αντιμετώπιση της χρόνιας αστάθειας του αντίχειρα λόγω ρήξεως του ωλενίου συνδέσμου μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς με συνδεσμοπλαστική με αυτομόσχευμα ακόμη και σε άτομα που λόγω της χειρονακτικής εργασίας υποβάλλουν σε μεγάλες δυνάμεις την περιοχή της επεμβάσεως.

44. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΜΕ ΕΓΚΑΡΣΙΕΣ ΒΕΛΟΝΕΣ KIRSHNER ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΤΑΘΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΚΑΡΠΙΩΝ

Κ. Ζιώγας, Ι. Γαλανάκης, Γ. Κουβίδης, Ε. Βεληβασάκης, Γ. Κοντάκης
Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Σκοπός: Τα κατάγματα των μετακαρπίων είναι στην πλειοψηφία τους σταθερά και η θεραπεία τους είναι κατά το πλείστον συντηρητική. Όμως, στις περιπτώσεις όπου απαιτείται χειρουργική θεραπεία, έχουν περιγράψει πολλές διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις. Ο σκοπός αυτής της προοπτικής μελέτης ήταν η αξιολόγηση των ανατομικών και λειτουργικών αποτελεσμάτων της διαδερμικής οστεοσύνθεσης με εγκάρσιες βελόνες kirshner (k-wires) των κλειστών καταγμάτων του αυχένα και της διάφυσης των μετακαρπίων καθώς και των ενδοαρθρικών καταγμάτων της βάσης του πέμπτου μετακαρπίου.

Μέθοδος: Είκοσι τέσσερις ασθενείς με 25 κλειστά κατάγματα μετακαρπίων αποκαταστάθηκαν χειρουργικά με την παραπάνω τεχνική. Με την χρήση ακτινοσκόπησης, πραγματοποιήθηκε κλειστή ανάταξη και οστεοσύνθεση με 3 k-wires, ένα τοποθετημένο κεντρικά του κατάγματος και 2 περιφερικά. Όλοι οι ασθενείς επανεκτιμήθηκαν κλινικά και ακτινολογικά στις 3 εβδομάδες, 6 εβδομάδες και 3 μήνες.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική ραχιαία γωνίωση κυμαινόταν από 0 έως 3 μοίρες. Δεν παρατηρήθηκε μετρήσιμη βράχυνση μετακαρπίου. Η δημιουργία πώρου ήταν εμφανής στις 6 εβδομάδες σε όλα τα κατάγματα. Δεν καταγράφηκε καμία επιπλοκή και όλοι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι τόσο από το λειτουργικό όσο και από το αισθητικό αποτέλεσμα.

Συμπέρασμα: Η θεραπεία των κλειστών καταγμάτων του αυχένα και της διάφυσης των μετακαρπίων καθώς και των ενδοαρθρικών καταγμάτων της βάσης του πέμπτου μετακαρπίου, με την χρησιμοποίηση της διαδερμικής οστεοσύνθεσης με εγκάρσιες βελόνες kirshner (k-wires), επέδειξε εξαιρετα λειτουργικά και ανατομικά αποτελέσματα.

45. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΜΠΤΗΡΩΝ ΤΕΝΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΖΩΝΗ II

Κ. Ζιώγας, Ε. Τουρβάς, Ι. Γαλανάκης, Κ. Μπαλαλής, Γ. Παπαδοκωστάκης, Γ. Κοντάκης
Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της προοπτικής μελέτης ήταν η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της πρωτογενούς αποκατάστασης της διατομής των καμπτήρων τενόντων στην ζώνη II σύμφωνα με το σύστημα ζωνών του Verdan. Ειδική έμφαση δόθηκε στο μετεγχειρητικό πρόγραμμα αποκατάστασης.

Μέθοδος: Δεκαεννέα ασθενείς (23 δάκτυλα) με διατομή καμπτήρα τένοντα στην ζώνη II αποκαταστάθηκαν χειρουργικά. Δώδεκα άνδρες και επτά γυναίκες συμμετείχαν στην μελέτη. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 28 έτη (16 έως 50 έτη διακύμανση). Σε 12 ασθενείς συνυπήρχε διατομή του δακτυλικού νεύρου. Σε όλες τις περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε πρωτογενής συρραφή όλων των τραυματισμένων τενόντων και νεύρων και τοποθετήθηκε ραχιαίος νάρθηκας ακινητοποίησης. Κατά την τρίτη με πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα ξεκίνησε πρόγραμμα ασκήσεων το οποίο περιελάμβανε παθητική κάμψη και ενεργητική έκταση των τραυματισμένων δακτύλων. Δεκαοκτώ (22 δάκτυλα) από τους 19 ασθενείς συμμετείχαν σε όλους τους επανελέγχους.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης του Strickland. Το αποτέλεσμα ήταν εξαιρετικό σε 15 περιπτώσεις, καλό σε πέντε και μέτριο σε δυο.

Συμπέρασμα: Το πρόγραμμα στενής μετεγχειρητικής παρακολούθησης, η έναρξη άμεσης ελεγχόμενης κίνησης και η ανεμπόδιστη κίνηση στις φάλαγγο - φαλαγγικές αρθρώσεις προσφέρουν τις καλύτερες πιθανότητες για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας της άκρας χειρός μετά από πρωτογενή αποκατάσταση καμπτήρων τενόντων.

46. TRIGGER FINGER: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ, ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Ν. Μπαδής, Ι. Πανάς, Ν. Αρμακόλας, Μ. Μαλαχίας, Γ. Χατζημαρκάκης, Δ. Ευσταθόπουλος
Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

Εισαγωγή: Trigger finger ή στενωτική ελυτρίτις είναι μια από τις συχνότερες παθήσεις στο χέρι, συνήθως είναι ιδιοπαθής και εκδηλώνεται με επώδυνη κίνηση και τριγμό, αναπήδηση ή και κλείδωμα σε κάμψη ή έκταση του δακτύλου. Μολονότι υπάρχουν αρκετά άρθρα στην διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τη συντηρητική θεραπεία (νάρθηκες, έγχυση κορτιζόνης κλπ.) υπάρχουν ελάχιστες εργασίες που αφορούν την χειρουργική θεραπεία. Σκοπός λοιπόν αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει την εμπειρία μας στην χειρουργική αντιμετώπιση της στενωτικής ελυτρίτιδος, τα αποτελέσματα και τις επιπλοκές σε μια μεγάλη σειρά ασθενών.

Υλικό και Μέθοδος: Την τελευταία δεκαετία 2002 – 2012 εξετάσθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία πάνω από 3000 ασθενείς με στενωτική ελυτρίτιδα και από αυτούς χειρουργήθηκαν 2014 (2441 δάκτυλα) λόγω συμμετοχής περισσότερων του ενός δακτύλου στον ίδιο ασθενή. Η ηλικία των ασθενών κυμαίνεται από 18 έως 86 έτη με μέσο όρο ηλικίας τα 52 έτη. Οι γυναίκες μέσης ηλικίας είναι η ομάδα που πλειοψηφεί σ' αυτή την εργασία. Η μέση διάρκεια των νοσηλείων πριν το χειρουργείο ήταν 4 μήνες. Ο παράμεσος δάκτυλος εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής 32%, ακολουθεί ο αντίχειρας 24% ενώ ο δείκτης και το μικρό δάκτυλο έχουν το μικρότερο ποσοστό συμμετοχής 12% και 10% αντίστοιχα. Καταγράφονται τα χειρουργικά ευρήματα, αξιολογούνται τα αποτελέσματα στις επανεξετάσεις σε 1, 2, και 6 εβδομάδες, και ανά τρίμηνο για ένα χρόνο. Ελέγχονται η παρουσία πόνου, το εύρος κίνησης του δακτύλου ή ποιότητα της ουλής, και ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς.

Χειρουργική τεχνική: Όλοι οι ασθενείς χειρουργήθηκαν από την ίδια χειρουργική ομάδα. Η επέμβαση γίνεται με τοπική αναισθησία, ισχαιμο επίδεση και εγκάρσια ή ελαφρά λοξή τομή στο ύψος της MCP. Αφαιρείται το A1 Plulley ερευνάται το περιεχόμενο του ελύτρου και ελέγχεται η ολίσθηση του δακτύλου ζητώντας από τον ασθενή να κινεί το δάκτυλό του ενώ ταυτόχρονα προστατεύεται το αγγειονευρώδες δεματίο. Σε 106 ασθενείς χρειάστηκε να γίνει επέμβαση σε περισσότερα δάκτυλα και σε 34 ασθενείς σε όλα τα δάκτυλα, ενώ σε 340 ασθενείς έγινε ταυτόχρονη διάνοιξη του καρπιαίου σωλήνα. Μετεγχειρητικά το χέρι επιδένεται ελαφρά και ενθαρρύνεται ο ασθενής να κινεί τα δάκτυλά του.

Αποτελέσματα: Με τη διάνοιξη του ελύτρου, σε 1942 ασθενείς (97%) καταγράφηκε πλήρης υποχώρηση των νοσημάτων με υψηλό ποσοστό ικανοποίησης. Στους υπόλοιπους 72 ασθενείς (3%) καταγράφηκε ικανοποιητική υποχώρηση των νοσημάτων και παρέμειναν ελαφρά προβλήματα χωρίς να επηρεάζουν την καθημερινή τους δραστηριότητα ή την εργασία. 30 ασθενείς παραπονέθηκαν για επώδυνη ουλή 3 μήνες μετά το χειρουργείο που υποχώρησε με την πάροδο του χρόνου και τη χρήση του χεριού. Δεν είχαμε φλεγμονές, τραυματισμό του αγγειονευρώδους δεματίου ή άλλες επιπλοκές. Ο χρόνος αποχής από την εργασία ήταν 2 με 4 εβδομάδες ανάλογα με το είδος της εργασίας του ασθενούς.

Συζήτηση – Συμπεράσματα: Μολονότι η έγχυση κορτιζόνης παραμένει η θεραπεία επιλογής στις αρχικές φάσεις της νόσου με ποσοστό επιτυχίας 75%, η χειρουργική θεραπεία προσφέρει υψηλά ποσοστά επιτυχίας εκεί που η συντηρητική θεραπεία αποτυγχάνει και σε ασθενείς με μακροχρόνια παρουσία της νόσου με ελάχιστες επιπλοκές και υψηλό βαθμό ικανοποίησης.

47. Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΚΡΗΜΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΑΣ

Α. Καρανίδης, Γ. Κεχαγιάς, Γ. Παπανικολάου, Δ. Τσούτσος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Μονάδα Εγκαυμάτων, Μικροχειρουργικής και Άκρας Χείρας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Η χρήση των ελεύθερων και αγγειονευρούμενων κρημνών απαιτείται για τη λειτουργική αποκατάσταση εκτεταμένων ή/και σύνθετων ελλειμμάτων της άκρας χείρας.

Σκοπός της μελέτης: Η παρουσίαση περιστατικών με σύνθετα ελλείμματα άκρας χείρας που αποκαταστάθηκαν με ελεύθερους και αγγειονευρούμενους κρημνούς και η εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος.

Ασθενείς και Μέθοδος: Ασθενής 1: Ασθενής 48 ετών προσήλθε με απογαντιστικό τραύμα παλαμιαίας επιφάνειας τελικής φάλαγγας δεξιού αντίχειρα. Η αποκατάσταση έγινε με κρημνό Foucher.

Ασθενής 2: Ασθενής 35 ετών προσήλθε μετά από πτώση από ύψος με έλλειμμα μαλακών μοριών καμπτικής επιφάνειας αριστερού καρπού, τοπική νέκρωση ωλενίου νεύρου, 'claw hand', και κάταγμα Colles'. Η αποκατάσταση περιελάμβανε εξωτερική οστεοσύνθεση και τον ελεύθερο προσθιοπλάγιο κρημνό του μηρού (ALT) με το έξω δερματικό νεύρο του μηρού ως δότης νευρικών μοσχευμάτων, για την κάλυψη των ελλειμμάτων του καρπού και του ωλενίου νεύρου.

Ασθενής 3: Ασθενής 52 ετών προσήλθε με απογαντιστικό τραύμα δεξιού παράμεσου δακτύλου στο ύψος της 1^{ης} φάλαγγας. Η αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε με ελεύθερο αγγειονευρούμενο κερκιδικό κρημνό του αντιβραχίου συμπεριλαμβανομένου του έξω δερματικού νεύρου του αντιβραχίου, για την κάλυψη των μαλακών μοριών, ενώ το νεύρο του κρημνού αναστομώθηκε με το ίδιο δακτυλικό νεύρο του παράμεσου δακτύλου.

Αποτελέσματα: Οι κρημνοί επιβίωσαν προσφέροντας ικανοποιητικό αισθητικό αποτέλεσμα. Το λειτουργικό αποτέλεσμα είναι αποδεκτό με αναμενόμενη περαιτέρω βελτίωση της αισθητικότητας όσον αφορά τους ελεύθερους κρημνούς, ενώ οι ασθενείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι.

Συμπεράσματα: Οι ελεύθεροι και νευραγγειακοί κρημνοί προσφέρουν επανορθωτικές λύσεις σε σύνθετα ελλείμματα. Όταν απαιτείται και ταυτόχρονη αποκατάσταση νεύρων, οι ενδείξεις και το τελικό αποτέλεσμα ποικίλλουν ανάλογα με το νεύρο και την ανατομική περιοχή του τραύματος.

48. ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΣΤΡΟΦΩΝ ΔΕΡΜΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΩΝ ΚΡΗΜΝΩΝ ΤΟΥ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ

Γ.Α. Σπυροπούλου, Α. Γκομώλης, Σ. Ιωαννίδης, Α. Παυλίδης, Δ. Διονυσίου, Ε. Δεμίρη

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε τα περιστατικά μας στα οποία έγινε αποκατάσταση ελλειμμάτων της άκρας χειρός με τη χρήση ανάστροφων δερμοπεριτονιακών κρημνών του αντιβραχίου και συγκεκριμένα της ραχιαίας μεσόστες αρτηρίας και του κερκιδικού κρημνού του αντιβραχίου.

Ασθενείς και Μέθοδος: Την τελευταία 5ετία έγινε αποκατάσταση ελλειμμάτων της άκρας χειρός σε 19 ασθενείς μας. Από αυτούς σε 4 χρησιμοποιήθηκε ο κρημνός της ραχιαίας μεσόστες αρτηρίας και σε 15 ο ανάστροφος κερκιδικός κρημνός. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 21 έως 85 ετών (μ.ο. 46). Η αιτιολογία ήταν σε 6 περιπτώσεις ογκολογικά περιστατικά ενώ στις υπόλοιπες μετατραυματικά περιστατικά.

Αποτελέσματα: Όλοι οι κρημνοί επιβίωσαν. Η παρασκευή του κρημνού της ραχιαίας μεσόστες αρτηρίας ήταν πιο δύσκολη και ο εγχειρητικός χρόνος που απαιτήθηκε περισσότερος κατά 1 ώρα περίπου. Ο κρημνός της ραχιαίας μεσόστες αρτηρίας χρησιμοποιήθηκε για να καλύψει ελλείμματα μόνο στη ραχιαία επιφάνεια της άκρας χειρός ενώ ο κερκιδικός κρημνός για να καλύψει ελλείμματα στη ραχιαία και παλαμιαία επιφάνεια της άκρας χειρός. Από τους ασθενείς στους οποίους χρησιμοποιήθηκε η κερκιδική αρτηρία δεν εμφάνισε κανείς συμπαθητική δυστροφία. Η δότρια περιοχή στον κερκιδικό κρημνό μεταμοσχεύθηκε σε όλες τις περιπτώσεις ενώ στη ραχιαία μεσόστεη συγκλείστηκε κατά πρώτο σκοπό.

Συμπεράσματα: Ο κερκιδικός κρημνός του αντιβραχίου μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν σύνθετος ενώ ο κρημνός της ραχιαίας μεσόστες δεν προσφέρει αυτή τη δυνατότητα. Σύμφωνα με την προσωπική μας εκτίμηση εάν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο κρημνός της ραχιαίας μεσόστες είναι προτιμότερο ώστε να αποφευχθεί η θυσία ενός από τα δύο κύρια αγγεία του αντιβραχίου.

49. 20ΕΤΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΩΝ ΤΕΝΟΝΤΙΩΝ ΕΛΥΤΡΩΝ

Α. Τριάντος, Ε. Κοκκόλη, Π. Μυλωθρίδης, Δ. Διονυσίου, Π. Φόρογλου, Ε. Δεμίρη
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Οι γιγαντοκυτταρικοί όγκοι των τενόντιων ελύτρων αποτελούν τους 2^{ους} συχνότερους όγκους του χεριού, ενώ η αιτιολογία και η παθογένειά τους παραμένουν ακαθόριστες. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της κινητικότητας και της αισθητικότητας των πασχόντων χεριών καθώς και ο έλεγχος των υποτροπών.

Μέθοδος: Αναδρομικά μελετήσαμε 29 ασθενείς (9 άνδρες και 20 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 47 έτη, που υποβλήθηκαν στην κλινική μας σε χειρουργική αφαίρεση γιγαντοκυτταρικού όγκου των τενόντιων ελύτρων των χεριών. Η μελέτη αφορούσε τους ασθενείς από το 1992 έως και το 2011. Συγκρίναμε την μεταβολή της κινητικότητας των αρθρώσεων και της αισθητικότητας των χεριών προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά και καταγράψαμε πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς που υποτροπίασαν.

Αποτελέσματα: Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στην μεταβολή της μέγιστης έκτασης και κάμψης των αρθρώσεων των χεριών, ενώ δεν υπήρχε διαφορά στη στατική αισθητικότητα 2 σημείων (2SPD). Το ποσοστό υποτροπών ήταν 17,2% και δεν σχετιζόταν με την ηλικία, το φύλο, τη θέση και το μέγεθος του όγκου.

Συμπεράσματα: Η μεγάλη περίοδος επανελέγχων που φτάνει έως και τα 9 έτη και 6 μήνες μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η σχολαστική χειρουργική τεχνική θεωρείται από τους βασικότερους παράγοντες για την ασφαλή αφαίρεση των όγκων του χεριού και έλεγχο του αριθμού των υποτροπών.

50. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΔΑΠΤΟΜΥΚΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ

Μ. Παπαναγιώτου, Ζ. Νταϊλιάνη, Σ. Βαρυτιμίδης, Ν. Καραμανής, Κ.Ν. Μαλίζος
Τμήμα Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Σκοπός: Η μελέτη της αποτελεσματικότητας της χορήγησης δαπτομυκίνης για την αντιμετώπιση λοιμώξεων του άνω άκρου (ΑΑ).

Υλικό - Μέθοδος: Ογδόντα-δύο ασθενείς (29 γυναίκες-53 άνδρες) με λοιμώξεις ΑΑ αντιμετωπίστηκαν με ενδοφλέβια χορήγηση δαπτομυκίνης. Αντιμετωπίστηκαν συνολικά 43 επιπολές και 31 εν τω βάθει λοιμώξεις μαλακών μορίων και 8 οστικές λοιμώξεις [σηπτική αρθρίτιδα (4), οστεομυελίτιδα (1), λοίμωξη σχετιζόμενη με εμφυτεύματα (3)]. Προηγούμενη -ανεπιτυχή- αντιβιοτική αγωγή είχαν λάβει 25/82 ασθενείς. Κατά τη νοσηλεία τους 58 ασθενείς υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της λοίμωξης: διάνοιξη και παροχέτευση (30), εκτεταμένος χειρουργικός καθαρισμός (28). Καλλιέργειες ελήφθησαν σε 53/58 ασθενείς. Η χορήγηση δαπτομυκίνης έγινε αρχικά εμπειρικά, ως μονοθεραπεία σε 23 ασθενείς και σε συνδυασμό με αγωγή για Gram(-) σε 59.

Αποτελέσματα: Οι καλλιέργειες ήταν θετικές σε 39/53 περιπτώσεις. Η πλειονότητα των λοιμώξεων (30) οφειλόταν σε Gram(+) κόκκους, ενώ 4 λοιμώξεις ήταν πολυμικροβιακές και 5 οφειλόταν σε Gram(-) παθογόνα. Ο μέσος χρόνος χορήγησης της δαπτομυκίνης ήταν 5 ημέρες για τις λοιμώξεις μαλακών μορίων και 8 για τις οστικές, ενώ η μέση δόση του φαρμάκου ήταν 6mg/kg και 7,2mg/kg αντίστοιχα. Η λοίμωξη αντιμετωπίστηκε επιτυχώς στο 97%, ενώ σε 2 ασθενείς έγινε τροποποίηση της αγωγής λόγω λοίμωξης από ανθεκτικό Gram(-).

Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των λοιμώξεων ΑΑ οφείλεται σε Gram(+). Η εμπειρική χορήγηση δαπτομυκίνης σε συνδυασμό με κατάλληλη χειρουργική παρέμβαση και με αγωγή για Gram(-) μέχρι την λήψη του αποτελέσματος των καλλιιεργειών, αποδείχθηκε αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων ΑΑ, ιδίως των μαλακών μορίων. Η αντιμετώπιση των οστικών λοιμώξεων απαιτούσε μεγαλύτερες δόσεις και χρόνο χορήγησης του φαρμάκου και πιο σύνθετες χειρουργικές επεμβάσεις.

51. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΟΥ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΟΜΗ ΜΕΣΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

Δ. Αντωνόπουλος, Κ. Ράπτης, Ε. Κόντου, Κ. Τόλης, Κ. Λαμπροπούλου – Αδαμίδου, Ι. Σταθόπουλος, Φ. Γιαννούλης, Σ. Σπυρίδωνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

Σκοπός: Να εκτιμήσουμε τα λειτουργικά αποτελέσματα τελικοτελικής συρραφής μέσου νεύρου μετά από διατομή του μέσου νεύρου στο επίπεδο του καρπού ή της άκρας χείρας οι οποίοι υπεβλήθησαν σε τελικοτελική επινευρική συρραφή του νεύρου με μικροχειρουργική τεχνική και να συγκρίνουμε το βαθμό αισθητικής ανανέυρωσης σε ασθενείς με επανεκπαίδευση και χωρίς.

Υλικό – Μέθοδος: Μελετήθηκαν 63 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 33,5 έτη (εύρος, 22-45 έτη) με πλήρη διατομή του μέσου νεύρου στο επίπεδο του καρπού ή της άκρας χείρας οι οποίοι υπεβλήθησαν σε τελικοτελική επινευρική συρραφή του νεύρου με μικροχειρουργική τεχνική. Μετεγχειρητικά ετέθη ΠΧΚ Γυψονάρθηκας για 4 εβδομάδες και ακολούθησε συστηματική φυσικοθεραπεία για αποκατάσταση της λειτουργικότητας του καρπού.

Οι ασθενείς διαιρέθηκαν τυχαία σε 2 ομάδες μετά από μέσο χρόνο 3,5 μήνες από το χειρουργείο (εύρος, 3-4 μήνες). Στην ομάδα Α (32 ασθενείς) ακολουθήθηκε πρόγραμμα αισθητικής επανεκπαίδευσης της ανανέυρωσης σε 2 φάσεις σύμφωνα με το πρωτόκολλο Dellon ενώ η ομάδα Β (31 ασθενείς) χρησιμοποιήθηκε ως ομάδα ελέγχου. Το σημείο Tinell χρησιμοποιήθηκε ως προγνωστικό σημείο εκτίμησης του βαθμού ανανέυρωσης του νεύρου. Η πρώτη φάση ξεκινούσε κατά την έναρξη αίσθησης των δακτύλων και περιελάμβανε αναγνώριση αντικειμένων με ανοιχτά και κλειστά μάτια και εξάσκηση της στερεογνωσίας. Η επόμενη φάση επανεκπαίδευσης οριζόταν μετά από 3,5 μήνες από την έναρξη της πρώτης συμπεριλαμβανόντας το Moberg pick-up test, ασκήσεις στερεογνωσίας και αναγνώριση με την αίσθηση διαφόρων αντικειμένων.

Αποτελέσματα: Η κλινική επανεκτίμηση των ασθενών ήταν στους 18 μήνες (εύρος, 17,5 – 18,5 μήνες) και περιελάμβανε εκτίμηση της στερεογνωσίας με το Marsh's test, της διακριτικής ικανότητας 2 σημείων (2-point discrimination) και το Moberg's pick-up test. Οι ασθενείς που επανεκπαιδεύτηκαν μετά από την πλήρη αποκατάσταση του τραυματισμού, σύμφωνα με τα ανωτέρω πρωτόκολλα, παρουσίασαν ταχύτερη αποκατάσταση σε ότι αφορά στο Moberg's pick up test και στη στερεογνωσία, ενώ δεν ανευρέθησαν στατιστικές σημαντικές διαφορές στη διακριτική ικανότητα δύο σημείων.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η αισθητική επανεκπαίδευση του χεριού μετά από χαμηλή, πλήρη διατομή και συρραφή του μέσου νεύρου, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας του ασθενούς.

52. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΚΑΤΩ ΤΡΙΤΗΜΟΡΙΟΥ ΚΝΗΜΗΣ ΜΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΟΣΤΕΟΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΚΡΗΜΝΟ ΤΗΣ ΠΕΡΟΝΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Δ. Τέντης¹, Α. Παπασωτηρίου², Χ. Ασημομήτης¹, Κ. Μπενετάτος¹, Π. Κυρμίζογλου¹, Σ. Βούρτσας¹, Π. Σαρόγλου¹, Α. Μπινάρης¹, Χ. Χώχος¹, Α. Τσακίρης¹

¹Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, 401 ΓΣΝΑ, ²Β' Ορθοπαιδική Κλινική, 401 ΓΣΝΑ

Εισαγωγή: Η αποκατάσταση σύνθετων ελλειμμάτων του κάτω τριτημορίου της κνήμης μετά τραυματισμό ή ογκολογική εξαίρεση αποτελεί πρόκληση, με την ελεύθερη αυτόλογη μεταφορά ιστών μονόδρομο σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε την περίπτωση ασθενούς με μετατραυματικό οστικό έλλειμμα του κάτω τριτημορίου της κνήμης που αντιμετωπίστηκε με μικροχειρουργική μεταφορά οστεοδερματικού κρημνού της ετερόπλευρης περόνης και να παραθέσουμε τις επιπλοκές και την αντιμετώπισή τους και τον προβληματισμό της επιλογής του τρόπου αποκατάστασης μεγάλων οστικών ελλειμμάτων με διατακτική οστεογένεση (illizaron) έναντι της χρήσης ελεύθερων οστικών κρημνών.

Υλικό και Μέθοδος: Άρρεν ασθενής 28 ετών με συντριπτικό κάταγμα AP κνήμης και οστικό έλλειμμα περί τα 10cm, αντιμετωπισθέν αλλαχού με εξωτερική οστεοσύνθεση. Η αποκατάσταση έγινε με ελεύθερο οστεοδερματικό κρημνό της ετερόπλευρης περόνης, εσωτερική οστεοσύνθεση και διατήρηση της εξωτερικής οστεοσύνθεσης. Ο κρημνός παρουσίασε φλεβική ανεπάρκεια και 10 ώρες αργότερα οδηγήθηκε στο χειρουργείο για επανάληψη των αναστομώνσεων με πλήρη τελική επιβίωση. Μετά την αφαίρεση της εξωτερικής οστεοσύνθεσης και την έναρξη σταδιακής φόρτισης του σκέλους με νάρθηκα τύπου sarmiento τον 7^ο μήνα, υπέστη σπειροειδές κάταγμα του οστικού κρημνού χωρίς παρεκτόπιση. Το κάταγμα αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με γυψονάρθηκα επί 8 εβδομάδες και κατόπιν νάρθηκα sarmiento.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής βρίσκεται σε φάση σταδιακής φόρτισης του μέλους και παρακολουθείται για την πορεία πόρωσης του κατάγματος.

Συμπεράσματα: Η χρήση του ελεύθερου οστικού/οστεοδερματικού κρημνού της περόνης αποτελεί βιώσιμη λύση και ισότιμη εναλλακτική της τεχνικής illizaron για την γεφύρωση μεγάλων οστικών ελλειμμάτων της κνήμης. Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και οι δυο τεχνικές έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και η τελική επιλογή εξατομικεύεται ανάλογα με την εμπειρία και τη γνώση των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων.

53. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ ΝΕΥΡΩΜΑΤΑ

Π. Συμεωνίδης, Ν. Δανηλίδης, Π. Γκιβίσης
Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η χειρουργική θεραπεία των μετατραυματικών νευρωμάτων μπορεί να περιλαμβάνει ανοικτή εξερεύνηση, σε συνδυασμό με λύση τοπικών συμφύσεων, νευρόλυση ή/και νευρεκτομή. Εκτός από τις ανατομικές παραλλαγές των περιφερικών νευρών και των κλάδων τους, τα νεύρα μπορεί να αποκλίνουν της πορείας τους λόγω ανάπτυξης μετατραυματικών ή μετεγχειρητικών ουλών. Περιγράφουμε μία νέα μέθοδο προεγχειρητικού σχεδιασμού στο δέρμα του πάσχοντος η οποία ελαχιστοποιεί τη χειρουργική προσπέλαση.

Υλικό – Μέθοδος: Δώδεκα ασθενείς με δεκαέξι συνολικά μετατραυματικά νευρώματα, σε άνω και κάτω άκρα, σημειώθηκαν με την μέθοδο και αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Ο προεγχειρητικός σχεδιασμός βασίστηκε στην κλινική εξέταση. Η δερματική περιοχή σημειώθηκε με ανεξίτηλο μαρκαδόρο, όπου σχεδιάστηκε ένα μωσαϊκό με σύμβολα: V, O, X, τα οποία αντιστοιχούν σε α) φυσιολογική αισθητικότητα, β) αιμωδία, υπαισθησία ή αναισθησία και γ) σε πόνο, παραισθησία ή αλλοδυνία, αντίστοιχα. Θετικό σημείο Tinnel σημειώθηκε με X εντός τετραγώνου. Με αυτόν τον τρόπο καθορίστηκαν τα όρια της νευρικής προσβολής.

Αποτελέσματα: Ο προεγχειρητικός σχεδιασμός της χειρουργικής προσπέλασης με την συγκεκριμένη μέθοδο, είχε ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της χειρουργικής τομής η οποία και ανταποκρινόταν στις ανατομικές παραλλαγές και παρεκτροπές των περιφερικών νευρών και των κλάδων τους. Διεγχειρητικά οι νευρικές βλάβες αποκαλύφθηκαν ακριβώς κάτω από τις προσημειωμένες δερματικές περιοχές.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή μιας εύκολης μεθόδου λεπτομερούς προεγχειρητικού δερματικού σχεδιασμού, βοήθησε στην εντόπιση περιφερικών μετατραυματικών νευρωμάτων καθώς και άτυπων νευρικών κλάδων με αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση της χειρουργικής τομής. Μετά από έξι μήνες όλοι οι χειρουργημένοι ασθενείς ανέφεραν ικανοποιητικό έως εξαιρετικό αποτέλεσμα.

54. ΟΣΤΙΚΗ ΜΟΡΦΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΡΩΤΕΪΝΗ-7 (BMP-7) ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΑΥΤΟΜΟΣΧΕΥΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΕΥΔΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ

Μ. Παπαναγιώτου, Ζ. Νταϊλιάνα, Α. Κουτάλος, Β. Κοντογεωργάκος, Κ. Μπαργιώτας, Κ.Ν. Μαλίζος
Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Σκοπός: Η αξιολόγηση του μετεγχειρητικού αποτελέσματος ασθενών με ψευδάρθρωση βραχιονίου που αντιμετωπίστηκαν με τη χρήση αυτομοσχεύματος σε συνδυασμό με BMP-7.

Ασθενείς - Μέθοδος: Δώδεκα ασθενείς με ψευδάρθρωση βραχιονίου αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με εσωτερική οστεοσύνθεση (πλάκα-βίδες) και με τη χρήση σπογγώδους αυτομοσχεύματος σε συνδυασμό με BMP-7. Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε 1-8 αποτυχημένες επεμβάσεις (κατά μέσο όρο 3), ενώ 3 από τις ψευδάρθρωσεις που αντιμετωπίστηκαν ήταν σηπτικές. Ο έλεγχος της πώρωσης πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της ποσοτικής αξονικής τομογραφίας (Q-CT), και το τελικό λειτουργικό αποτέλεσμα αξιολογήθηκε με τη χρήση της κλίμακας DASH.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών ήταν 35 μήνες (24-84). Έντεκα ψευδάρθρωσεις αποκαταστάθηκαν σε πρώτο χρόνο χωρίς ανάγκη περαιτέρω επεμβάσεων, ενώ σημειώθηκε σημαντική βελτίωση της κλίμακας DASH (29 μονάδες κατά μέσο όρο) στο σύνολο των ασθενών. Η μέτρηση της οστικής πυκνότητας στην περιοχή του πύρου με τη μέθοδο Q-CT κατέδειξε τιμές παρόμοιες με την πυκνότητα φυσιολογικού οστού. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές σε αυτή τη σειρά ασθενών με την εξαίρεση μίας ορώδους συλλογής (σέρρομα) δύο εβδομάδες μετά την επέμβαση που υποχώρησε χωρίς χειρουργική παρέμβαση. Ανάγκη για περαιτέρω παρέμβαση υπήρξε σε μία ψευδάρθρωση η οποία αρχικά θεωρήθηκε άσηπτη, ενώ διεγχειρητικές καλλιέργειες κατέδειξαν εκ των υστέρων λοίμωξη.

Συμπέρασμα: Ο συνδυασμός σπογγώδους αυτομοσχεύματος με BMP-7 αποδείχθηκε ασφαλής και αποτελεσματικός στο 92% των ψευδάρθρωσεων που αντιμετωπίστηκαν, ενώ ο χρόνος πώρωσης δεν διέφερε από τον αναφερόμενο στη βιβλιογραφία.

55. ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΚΕΡΚΙΔΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΑΠΟ ΠΙΕΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΚΛΑΔΩΝ ΣΕ ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΣΗΜΕΙΑ

Ι. Κωνσταντινίδης, Λ. Κατρανίτσα, Π. Γκιβίσσης, Α. Χριστοδούλου
Α' Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Γ.Ν. Παπανικολάου

Σκοπός: Παρουσίαση δυο περιπτώσεων ασθενών με πίεση του κερκιδικού ν. σε περισσότερα από ένα σημεία κατά την πορεία του νεύρου.

Υλικό & Μέθοδος: Η πρώτη περίπτωση αφορά γυναίκα, με προοδευτική αύξηση άλγους κάτωθεν του αγκώνα ΔΕ, και στη συνέχεια, αιμωδίες αντίχειρα και μέσου δακτύλου και αδυναμία έκτασης των δακτύλων. Το ΗΜΓ ανέδειξε πίεση του κερκιδικού ν. στην περιοχή του αγκώνα. Έγινε χειρουργική διερεύνηση και αποσυμπίεση του νεύρου σε τρία σημεία: κεντρικά του αγκώνα η πίεση προερχόταν από δυο φλεβικούς κλάδους και περιφερικά από την αγκύλη του Frohse.

Η δεύτερη περίπτωση πρόκειται για άντρα 53 ετών, με αιφνίδια εμφάνιση αδυναμίας έκτασης των δακτύλων ΔΕ και αιμωδίες αντίχειρα μετά από απότομη άρση βάρους. Το ΗΜΓ ήταν παθολογικό. Ακολούθησε χ/κή αποσυμπίεση στην οποία βρέθηκε πίεση τόσο του κύριου στελέχους από την παλίνδρομη κερκιδική αρτ., όσο και του επιπολής αισθητικού κλ. από άλλο φλεβικό κλάδο της κερκιδικής αρτ.

Αποτελέσματα: Η χ/κή αποσυμπίεση ήταν επιτυχής και στις δυο περιπτώσεις με γρήγορη μετεγχειρητική ύφεση των συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Ένα νεύρο κατά την πορεία του μπορεί σπανίως να πιέζεται, σε δυο σημεία κοντινά μεταξύ τους. Αυτά μπορεί να είναι στο ίδιο στέλεχος και να προκαλούν double crush σύνδρομο ή να εντοπίζονται σε ξεχωριστούς κλάδους του νεύρου μετά από το διχασμό αυτού. Για το λόγο αυτό πρέπει πάντα να γίνεται επιμελής διερεύνηση της περιοχής πίεσης και να μην επαναπαυόμαστε απελευθερώνοντάς το ένα μόνο σημείο.

56. ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΜΕ 2 ΕΓΧΥΣΕΙΣ ΤΟΠΙΚΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΥΠΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ

Θ. Μηλιώρης¹, Ο. Κισκήρα¹, Τ. Παρασκευόπουλος¹, Ε. Κουερίνης¹, Λ. Μαριόλης¹, Κ. Ξαρχάς²

¹Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας, Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων,

²ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της έγχυσης τοπικού αναισθητικού σε 2 σημεία υπό υπερηχογραφική απεικόνιση και ο χρόνος αναισθησίας του άνω άκρου.

Υλικά και Μέθοδοι: Στην εργασία περιλήφθησαν 20 ασθενείς που προσήρθαν για χειρουργική αντιμετώπιση καταγμάτων του αγκώνα, αντιβραχίου, πήχεοκαρπικής άρθρωσης και άκρας χείρας. Σε κάθε ασθενή εντοπίστηκε υπερηχογραφικά η μασχαλιαία αρτηρία και καθοδηγήθηκε μία βελόνα περιφερικών αποκλεισμών (Braun Stimuplex D 50mm, 22G) αρχικά υπό της αρτηρίας, όπου έγινε έγχυση 27ml τοπικού αναισθητικού (ropivacaine 5 mg/mL). Κατά την έγχυση γινόταν τροποποίηση της θέσης της βελόνας ώστε η εξάπλωση του τοπικού αναισθητικού να επεκτείνεται γύρω από την αρτηρία. Στη συνέχεια, έγινε έγχυση 7ml τοπικού αναισθητικού στο μυοδερματικό νεύρο, που εντοπίστηκε υπερηχογραφικά στο χώρο μεταξύ κορακοβραχιόνιου και δικέφαλου βραχιόνιου μυός. Καταγράφηκε το ποσοστό επιτυχίας πλήρους κινητικού και αισθητικού αποκλεισμού του βραχιόνιου πλέγματος, ο χρόνος έναρξής του κινητικού αποκλεισμού, η διάρκεια της αναισθησίας, ο χρόνος εκτέλεσης του αποκλεισμού και οι πιθανές επιπλοκές.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό επιτυχίας πλήρους κινητικού και αισθητικού αποκλεισμού του βραχιόνιου πλέγματος ήταν 95% (19/20). Σε έναν ασθενή παρατηρήθηκε μερικός αποκλεισμός του κερκιδικού και ωλένιου νεύρου 40 λεπτά μετά την εκτέλεση του αποκλεισμού και απαιτήθηκε η χορήγηση γενικής αναισθησίας. Ο μέσος χρόνος έναρξής του κινητικού αποκλεισμού υπολογίστηκε σε 18,5 λεπτά (SD 6,0 λεπτά) ενώ η μέση διάρκεια της αναισθησίας υπολογίστηκε σε 275 λεπτά. Οι δύο εγχύσεις τοπικού αναισθητικού πραγματοποιήθηκαν σε 8,2 λεπτά (SD 2,3) και δεν παρατηρήθηκε καμία επιπλοκή. Κατά την προώθηση της βελόνας στο χώρο υπό της μασχαλιαίας αρτηρίας 4 ασθενείς διαμαρτυρήθηκαν για παραισθησία που παρήλθε με ελαφρά τροποποίηση της πορείας της βελόνας.

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Ο αποκλεισμός του βραχιόνιου πλέγματος στο επίπεδο του μασχαλιαίου βόθρου προσφέρει αποτελεσματική αναισθησία για χειρουργικές επεμβάσεις περιφερικότερα του άνω τριτημορίου του βραχίονα, με χαμηλό ποσοστό επιπλοκών. Με την βοήθεια της υπερηχογραφικής απεικόνισης είναι δυνατός ο αποκλεισμός του βραχιόνιου πλέγματος στο επίπεδο της μασχάλης με 2 μόνο εγχύσεις τοπικού αναισθητικού. Εξάλλου, με την περιγραφόμενη τεχνική δεν απαιτείται η χρήση νευροδιεγέρτη για τον εντοπισμό του βραχιόνιου πλέγματος, όπως συμβαίνει με την κλασική τεχνική. Συνεπώς, αποφεύγονται οι συσπάσεις των μυών του άνω άκρου που είναι ιδιαίτερα επώδυνες στους ασθενείς με κατάγματα.



**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ
SHORT PRESENTATIONS**



01. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΤΡΙΠΤΙΚΟΥ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΤΕΜΑΧΙΩΝ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΣΤΙΚΗΣ ΜΟΡΦΟΓΕΝΝΕΤΙΚΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ -7 (BMP-7) – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μ. Παπαναγιώτου¹, Ζ. Νταϊλιάνη¹, Γ. Μπασδέκης¹, Α. Γιαννούκας², Μ. Ντόγκα³

¹Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,

²Αγγειοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,

³Αναισθησιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Σκοπός: Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της χρήσης της BMP-7 στην αντιμετώπιση επιπλεγμένου κατάγματος τεσσάρων τεμαχίων του κεντρικού βραχιονίου.

Ασθενής - Μέθοδος: Άνδρας 31 ετών με πολύ αυξημένο ΔΜΣ, διακομίσθηκε από γειτονικό νοσοκομείο μετά από νοσηλεία 4 ημερών, λόγω κατάγματος τεσσάρων τεμαχίων του κεντρικού βραχιονίου δεξιά με κεντρική παρεκτόπιση της κεφαλής, συνέπεια εργατικού ατυχήματος. Η προεγχειρητική αξονική τομογραφία κατέδειξε παρεκτόπιση της κεφαλής στη μασχαλιαία κοιλότητα, ενώ κατά την ακρόαση διαπιστώθηκε μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος δεξιά. Διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε μεγάλη συντριβή ενώ η βραχιονία κεφαλή βρέθηκε στο βάθος της μασχαλιαίας κοιλότητας πίσω από τα μασχαλιαία αγγεία και τους κλάδους του βραχιονίου πλέγματος, στα οποία και ασκούσε πίεση. Πραγματοποιήθηκε ανάταξη και οστεοσύνθεση με 3 steinman, ενώ λόγω της μεγάλης συντριβής-οστικού ελλείμματος αποφασίστηκε η τοποθέτηση λαγόνιου αυτομοσχεύματος σε συνδυασμό με BMP-7.

Αποτελέσματα: Το κάταγμα πωρώθηκε 5 μήνες μετά την επέμβαση και ο ασθενής επέστρεψε πλήρως στις προεγχειρητικές χειρωνακτικές του δραστηριότητες (αγροτικές με άρση βάρους > 50 kg) τον 6ο μήνα, ανακτώντας ικανοποιητικό εύρος κίνησης (90° απαγωγή 100° πρόσθια έκταση, 5° έσω στροφή και 20° έξω στροφή). Τέσσερα χρόνια μετεγχειρητικά και παρά την ακτινολογική εικόνα οστεονέκρωσης, ο ασθενής είναι ελεύθερος συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση καταγμάτων τεσσάρων τεμαχίων είναι ιδιαίτερα δύσκολη, ιδίως σε νέους ασθενείς όπου ο κύριος στόχος είναι η διατήρηση της κεφαλής, η αποκατάσταση της λειτουργικότητας και η ανάκτηση του εύρους κίνησης. Η χρήση της BMP-7 σε συνδυασμό με αυτομόσχευμα αποδείχθηκε αποτελεσματική ενισχύοντας την τοπική βιολογία και ευοδώνοντας την πόρωση του κατάγματος, επιταχύνοντας την επιστροφή του ασθενούς στις προηγούμενες δραστηριότητές του.

02. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΒΑΡΕΙΑΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΩΛΕΝΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΑΠΟ ΓΑΓΓΛΙΟ ΣΤΟ ΣΩΛΗΝΑ GUYON

Ι. Κωνσταντινίδης, Π. Αθανασιάδου, Α. Χριστοδούλου, Π. Γκιβίσσης

Α' Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Γ.Ν. Παπανικολάου

Σκοπός: Παρουσίαση ενός περιστατικού με ταχέως επιδεινούμενη νευροπάθεια του ωλενίου ν., και ο τρόπος αντιμετώπισης αυτού.

Υλικό & Μέθοδος: Γυναίκα 53 ετών, προσήλθε στο τμήμα εξωτερικών ιατρείων άνω άκρου με βαρεία συμπτώματα πίεσης του (ΔΕ) ωλενίου νεύρου: γαμπσοδακτυλία (ΔΕ) παράμεσου και μικρού δακτύλου, αιμωδίες άκρας χειρός στην κατανομή του ωλενίου ν. και εικόνα ατροφίας του προσαγωγού του αντίχειρα με σημείο Froment(+). Η ασθενής αναφέρει ταχέως εξελισσόμενη εμφάνιση των ανωτέρω συμπτωμάτων τον τελευταίο μήνα, ενώ το μόνο σύμπτωμά της πριν από αυτά, ήταν αίσθημα καυσalgίας στην κατανομή του ωλενίου ν. την τελευταία 5ετία. Στο ιστορικό της αναφέρει υποθυρεοειδισμό. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ηλεκτρομυογράφημα, το οποίο κατέδειξε δυσλειτουργία του νευρού χωρίς όμως να μπορεί να εντοπιστεί το σημείο της βλάβης, και MRI άκρας χειρός που έδειξε χωροκατακτητική βλάβη στη ζώνη 3 (περιφερική) του σωλήνα του Guyon. Έγινε τυπική προσπέλαση του σωλήνα Guyon, κερκιδικά του ωλένιου καμπήρα του καρπού και παρασκευή του διχασμού του ωλενίου ν. όπου και εντοπίσαμε γάγγλιο, το οποίο συμψύταν με τον εν τω βαθει κλάδο του νεύρου. Ο διαχωρισμός της κάψας του γαγγλίου έγινε υπό μεγένθυση και μικροχειρουργικά εργαλεία. Η πλήρης παρασκευή του γαγγλίου περιφερικότερα κατέδειξε και δεύτερο λοβό, όπως καταδεικνύονταν κι από την MRI και εξόρμηση αυτού από τον τένοντα του ετβ καμπήρα του μικρού δακτύλου στο επίπεδο του αυχένα του 5ου MTK. Έγινε πλήρης εκτομή του γαγγλίου και δεσμιδική συρραφή μιας δεσμίδος του κινητικού κλάδου του ωλενίου νεύρου, η οποία είχε αλλοιωθεί από την χρόνια πίεση του γαγγλίου.

Αποτελέσματα: Η ασθενής παρακολουθείται στα εξωτερικά ιατρεία, και 6 μήνες μετεγχειρητικά παρουσιάζει σημαντική ύφεση των αρχικών συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Η νευροπάθεια του ωλενίου νεύρου λόγω πίεσης στο σωλήνα του Guyon, αν και σπάνια, πρέπει να διαγιγνώσκεται γρήγορα γιατί πολλές φορές εμφανίζει ταχεία επιδείνωση, και να αντιμετωπίζεται έγκαιρα για να μην αφήσει υπολειμματική αναπηρία στην άκρα χείρα.

03. ΜΥΞΩΜΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΟΠΙΣΘΕΝΑΡΟΣ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κ. Ράπτης¹, Κ. Τόλης¹, Ε. Κόντου¹, Γ. Καραμάνης², Χ. Ευτυχιάδης², Α. Κυριαζή¹, Σ. Σπυριδωνος¹

¹Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.,

²Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε τη διάγνωση και τα αποτελέσματα χειρουργικής αντιμετώπισης περιστατικού μυξώματος στην περιοχή του οπισθέναρος άκρας χείρας.

Υλικό – Μέθοδος: Αθηνής άρρεν 72 ετών προσήλθε στην κλινική αιτώμενος εμμένον άλγος από 9 μήνου στην περιοχή του οπισθέναρος της ΑΡ άκρας χείρας. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ψηλαφητό ένα ανώδυνο, μικρό, ευκίνητο μórφωμα στην περιοχή του οπισθέναρος με φυσιολογική απεικόνιση δέρματος. Ο ασθενής ανέφερε υπαισθησία στην παλαμιαία επιφάνεια του ωλένιου χεΐλους της άκρας χείρας με ελαττωμένη δύναμη δρασμού του 4^{ου} – 5^{ου} δακτύλου. Από το ατομικό αναμνηστικό δεν ανέφερε τραυματισμό της ΑΡ άκρας χείρας. Τα εργαστηριακά ευρήματα και ο ακτινολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικά. Ο υπέρηχος (U/S) και η μαγνητική τομογραφία της άκρας χείρας αποκάλυψαν ένα συμπαγές, πολυλοβοτό, υποχονικό μórφωμα διαστάσεων 2,5x3,5 στην παλαμιαία επιφάνεια μεταξύ 4^{ου} – 5^{ου} ΜΤΚ χωρίς οστική συμμετοχή. Ο ασθενής υπεβλήθη υπό μασχαλαία περιοχική αναισθησία σε χειρουργική εξαΐρεση του μορφώματος για το οποίο η παθολογοανατομική εξέταση διέγινωσεν μύξωμα.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής είχε ομαλή άμεση μετεγχειρητική πορεία χωρίς επιπλοκές. Κατά την επανεξέταση στους 18 μήνες εμφανίζει φυσιολογική δύναμη δρασμού, αισθητικότητα και κινητικότητα των δακτύλων ενώ είναι ελεύθερος της νόσου.

Συμπεράσματα: Το μύξωμα στην περιοχή του οπισθέναρος αποτελεί μια σπάνια καλοήγη νοσολογική οντότητα. Η μαγνητική τομογραφία δίνει ακριβείς πληροφορίες για τη μορφή και τα όρια του όγκου, η ιστολογική εξέταση επιβεβαιώνει τη διάγνωση και η οριστική θεραπεία είναι η χειρουργική εξαΐρεση με ευρέα όρια εκτομής.

04. ΠΙΕΣΗ ΥΠΕΡΠΛΑΤΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΑΠΟ ΓΑΓΓΛΙΟ ΣΤΗΝ ΩΜΟΠΛΑΤΙΑΙΑ ΕΝΤΟΜΗ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Κόντου, Κ. Ράπτης, Ι. Σταθόπουλος, Κ. Λαμπροπούλου – Αδαμίδου, Κ. Τόλης, Ε. Φανδρίδης, Σ. Σπυριδωνος

Κλινική Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου – Μικροχειρουργικής, ΓΝΑ Κ.Α.Τ.

Σκοπός: Η παρουσίαση της κλινικής εικόνας, διάγνωσης και χειρουργικής αντιμετώπισης περιστατικού πίεσης του υπερπλάτιου νεύρου από γάγγλιο στην ωμοπλατιαία εντομή.

Υλικό – Μέθοδος: Αθηνής άρρεν 40 ετών προσήλθε στην κλινική μας αιτώμενος ενοχλήσεις από εξαμήνου στο ΔΕ ώμο. Κατά την κλινική εξέταση διεγνώσθη πάρεση του υπερπλάτιου νεύρου με περιορισμό του εύρους κινήσεως (απαγωγής και της έξω στροφής) του ΔΕ ώμου, άλγος στη ΔΕ ωμοπλατιαία ζώνη, αδυναμία άρσης βάρους και ατροφία του δεξιού υπερακανθίου και υπακάνθιου μύος. Ο ακτινολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός και στην MRI ΔΕ ώμου παρατηρήθηκε παρουσία κυστικής αλλοιώσεως στην ωμοπλατιαία εντομή στην πορεία του υπερπλάτιου νεύρου και επέκταση εκατέρωθεν αυτής. Διενεργήθη χειρουργική αφαΐρεση του μορφώματος με οπίσθια προσπέλαση επί του υπερακάνθιου βόθρου και αφαΐρεση του γαγγλίου, το οποίο πίεζε το υπερπλάτιο νεύρο.

Αποτελέσματα: Στην επανεξέταση 6 μήνες μετεγχειρητικά ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση του ευρούς κινήσεως του ΔΕ ώμου, της μυικής ισχύος του υπερακάνθιου και υπακάνθιου μύος και σημαντική υποχώρηση της ατροφίας του υπερακάνθιου βόθρου. Επάνοδος στην εργασία του έγινε μετά από 2 μήνες και στις αθλητικές δραστηριότητες προοδευτικά μετά από 4 μήνες.

Συμπεράσματα: Η πάρεση του υπερπλάτιου νεύρου αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα που χρήζει διαφορικής διάγνωσης από τη ρήξη του στροφικού πετάλου καθώς και στις δύο περιπτώσεις παρουσιάζονται προβλήματα απαγωγής του ώμου και ατροφίας του υπερακάνθιου και υπακάνθιου μύος. Το ΗΜΓ, η MRI και ο υπέρηχος είναι χρήσιμες μέθοδοι διάγνωσης ωστόσο η ακριβής αιτία πίεσεως δεν δύναται να καθορισθεί. Η χειρουργική αντιμετώπιση στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αποτελεί την οριστική θεραπεία με ικανοποιητικά λειτουργικά αποτελέσματα.

05. ΝΕΥΡΙΚΗ Η ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΟΠΙΣΘΙΑ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ;

Ν. Τσολάκης, Μ. Αβραμίδης, Χ. Νικολάου, Ρ. Αλ Χαρφούσι, Α. Καρανικόλας
Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Ν. Κιλκίς

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με κάταγμα στο κάτω τριτημόριο της διαφύσεως του βραχιονίου στο οποίο ήταν αναγκαία η ανοικτή ανάταξη και αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί οπίσθια προσπέλαση με κίνδυνο τη βλάβη του κερκιδικού νεύρου.

Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας 22 ετών προσήλθε στο τμήμα των επειγόντων με σπειροειδές κάταγμα κάτω πέραςτος βραχιονίου, συνέπεια τροχαίου ατυχήματος. Με γενική αναισθησία, πραγματοποιήθηκε οπίσθια τομή δέρματος 8 εκατοστά κάτωθεν του ακρωμίου μέχρι ενός εκατοστού από την κορυφή του ωλεκράνου. Το κερκιδικό νεύρο δεν ανευρέθηκε ενώ πραγματοποιήθηκε ανάταξη του κατάγματος και σταθερή οστεοσύνθεση με ελεύθερες βίδες και τοποθέτηση πλάκας. Μετεγχειρητικά η πορεία του ασθενή δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα. Δύο χρόνια μετά προσήλθε για αφαίρεση υλικών οστεοσύνθεσης, όπου με γενική αναισθησία πραγματοποιήθηκε πάλι οπίσθια προσπέλαση βραχιονίου και αφαίρεση των υλικών οστεοσύνθεσης.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής εξήλθε από την κλινική δύο μέρες μετά την αφαίρεση των υλικών με οίδημα κάτω πέραςτος βραχιονίου και αιμοδυναμικά σταθερός. Προσήλθε μια μέρα μετά, με τριχοειδική αιμορραγία από το τραύμα και έντονο αιμάτωμα της περιοχής. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε σημαντική πτώση του αιματοκρίτη. Πραγματοποιήθηκε επείγουσα μετάγγιση και λόγω αδυναμίας διατήρησης του αιματοκρίτη διενεργήθηκε αγγειογραφία, όπου διαπιστώθηκε η βλάβη σε κλαδίσκο της βραχιόνιας αρτηρίας με παρουσία ψευδα-νευρώσματος και εξαγγείωση της σκιαγραφικής ουσίας. Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με εμβολισμό με σφαιρίδια 500-700μ. κατά τη διάρκεια της αγγειογραφίας.

Συμπέρασμα: Η εμπειρία μας έδειξε πως η οπίσθια προσπέλαση του βραχιονίου μπορεί πέρα από τη νευρική να ενέχει και σημαντική αγγειακή βλάβη, η οποία στην δική μας περίπτωση έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς.

06. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ PREISER

Γ. Γκίκας, Ν. Ρωμαλίδης, Κ. Σιδηρόπουλος, Α. Δρακοπαναγιωτάκη, Α. Παπαδόπουλος,
Π. Σαλούπης, Ν. Χριστάκης
Ορθοπαιδικό τμήμα, Γ.Ν. Πέλλας, Νοσοκομείο Έδεσσας

Σκοπός εργασίας: Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με ιδιοπαθή ισχαιμική νέκρωση σκαφοειδούς (νόσο Preiser) με ανάλυση της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης που ακολουθήθηκε.

Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα 55 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία, αιτιώμενη εμμένον άλγος στην περιοχή του δεξιού καρπού από 18 μηνών, χωρίς να έχει προηγηθεί κάκωση. Η ασθενής είχε υποβληθεί στο παρελθόν σε αποσυμπίεση του 1^{ου} ραχιαίου διαμερίσματος του καρπού, τοπικές εγχύσεις κορτικοστεροειδών, καθώς και σε μακροχρόνια ακινητοποίηση του καρπού χωρίς βελτίωση των συμπτωμάτων. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε σαφής ευαισθησία στη ψηλάφηση της ανατομικής ταμβακοθήκης και ελάττωση του εύρους κινήσεων της πηγεοκαρπικής. Η ισχύς δραγμού μετρήθηκε στο 20% περίπου της ετερόπλευρης. Στο αναμνηστικό της ασθενούς δεν αναφέρθηκαν επιβαρυντικοί παράγοντες ή έξεις για οστεονέκρωση. Κατά τον απεικονιστικό έλεγχο καταγράφηκαν σαφή ευρήματα οστεονέκρωσης του σκαφοειδούς, σταδίου III κατά Herbert και Lanzetta και τύπου 1 κατά Kalainov. Διενεργήθηκε κεντρική καρπεκτομή και κατά τη συμπλήρωση 4 μηνών μετεγχειρητικά παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση του άλγους και της ισχύος δραγμού.

Αποτελέσματα: Η νόσος Preiser αποτελεί μια σπάνια εντόπιση ισχαιμικής νέκρωσης οστού. Έχουν ενοχοποιηθεί η μακροχρόνια αγωγή με κορτικοστεροειδή και οι επαναλαμβανόμενες κακώσεις του καρπού χωρίς να έχει διευκρινισθεί η αιτιοπαθογένεια της πάθησης. Παρατηρείται σε διπλάσια συχνότητα στο επικρατούν μέλος. Έχει προταθεί πλήθος μεθόδων και τεχνικών στην αντιμετώπιση της πάθησης και η επιλογή βασίζεται κυρίως στην απεικονιστική σταδιοποίηση της νόσου κατά Herbert και Lanzetta.

Συμπεράσματα: Η ιδιοπαθή ισχαιμική νέκρωση του σκαφοειδούς πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση εμμένοντος άλγους στην κερκιδική πλευρά του καρπού χωρίς ιστορικό κάκωσης.

07. «ΣΥΝΔΡΟΜΟ THIBIERGE-WEISSENBACH»: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑΣ

Θ. Τζαζαίρης¹, Γ. Μαλιόγκας¹, Β. Ασάντης¹, Κ. Τσίτας¹, Α. Σιώζος¹, Ι. Δελνιώτης¹, Α. Κωτούλα², Χ. Γκιζάς²

¹Ορθοπαιδική Κλινική ΕΣΥ, Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης,

²Ακτινολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης

Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού με σύνδρομο Thibierge-Weissenbach και η δυσκολία διαφοροδιάγνωσής του από άλλες αυτοάνοσες ή μη νόσους.

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα 61 ετών με αναφερόμενο άλγος δεξιάς πηχεοκαρπικής προσήλθε στα επείγοντα περιστατικά του νοσοκομείου μας. Η πάσχουσα περιοχή εμφανίζεται διογκωμένη και φλεγμαινύουσα με λειτουργικά ενοχλήματα.

Αποτελέσματα: Μετά τη διενέργεια απλής ακτινογραφίας ανευρίσκονται αγνώστου σύστασης μορφώματα στην πηχεοκαρπική. Αποφασίζεται αφαίρεση τους στο χειρουργείο όπου και στον προεγχειρητικό έλεγχο ανευρίσκεται ίδια εικόνα και σε άλλα μαλακά μόρια. Μετά την χειρουργική αφαίρεση των μορφωμάτων της πηχεοκαρπικής, και με τη βοήθεια των απεικονιστικών, ιστοπαθολογικών και αιματολογικών εξετάσεων προχωράμε στην διαφοροδιάγνωση ασθενειών με παρόμοια εικόνα (δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός, νεφρική οστεοδυστροφία) και οδηγήσαμε στην διάγνωση ενός σπάνιου συνδρόμου που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1910 από τους Γάλλους Thibierge-Weissenbach.

Συμπέρασμα: Η σπανιότητα του συνδρόμου αυτού, η οποία μπορεί να οδηγήσει εύκολα σε λάθος διάγνωση, πρέπει πάντα να συμπεριλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωσή μας σε περιστατικά με παρόμοια κλινική και απεικονιστική εικόνα. Η χειρουργική αντιμετώπιση έχει πάντα θέση στην συμπτωματική θεραπεία της νόσου.

08. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΝΟΚΑΡΔΙΩΣΗ ΧΩΡΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

Δ. Χασιούρας, Α. Μανιμανάκη, Γ. Ηλιάκης, Τ. Πολίτης, Ε. Διαλέτη, Β. Πετρουλάκης
Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων "Άγιος Γεώργιος"

Σκοπός: Ο σκοπός της παρουσίας είναι να αναδείξει ένα ασύνηθες περιστατικό λοίμωξης μαλακών μορίων του άνω άκρου από no-cardia χωρίς συνοδά ευρήματα συστηματικής νόσου, σε ασθενή δίχως ανοσοκαταστολή, με ικανοποιητικά ελεγχόμενο μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη και ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου.

Υλικό & Μέθοδος: Ασθενής ηλικίας 78 ετών έπειτα από ενασχόληση με αγροτικές εργασίες προσήλθε με φλεγμονή αριστερού παράμεσου και συνοδό ανιούσα λεμφαδενίτιδα. Από το ιστορικό του ανέφερε επιπόλαια κάκωση με λύση της συνέχειας του δέρματος στην περιοχή, από 15 ημέρου. Στο μεσοδιάστημα των 5 ημερών μετά την κάκωση παρατήρησε μια ήπια επώδυνη, μη κνησμάδη φλεγμονή για την οποία έλαβε αντιβιοτική αγωγή χωρίς επιπλέον στοιχεία και δίχως να παρθεί καλλιέργεια από τους Γενικούς Χειρουργούς. Κατά την εισαγωγή του στην κλινική μας για παρακολούθηση, πάρθηκε καλλιέργεια, ο ασθενής παρέμεινε απύρετος με WBC 11.13, HGB 13.1, TKE 62 και CRP 3.5 και έλαβε ενδοφλέβια αγωγή (αμπικιλίνη-σουλβακτάμη και κλινδαμυκίνη).

Αποτελέσματα: Κατά την διάρκεια της νοσηλείας η φλεγμονή προχώρησε στην ραχιαία επιφάνεια του αντιβραχίου, διενεργήθηκε χειρουργικός καθαρισμός υπό αναισθησία με παροχέτευση του πυώδους περιεχομένου, πλύση με φυσιολογικό ορό και σύγκλιση κατά δεύτερο σκοπό. Με τη λήψη των μικροβιολογικών αποτελεσμάτων η αγωγή τροποποιήθηκε σε τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη και λινεζολίδη με ικανοποιητική ανταπόκριση.

Συμπέρασμα: Στην διεθνή βιβλιογραφία είναι σπάνια τα περιστατικά της αποκλειστικά δερματικής μορφής της λοίμωξης από no-cardia. Οι άτυπες δερματικές λοιμώξεις σε αγροτικές περιοχές θα πρέπει πάντα να αντιμετωπίζονται με υψηλό βαθμό υποψίας.

09. ΟΞΕΙΑ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΔΙΑΦΥΣΕΩΝ ΜΤΚ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ ΜΕ ΦΥΛΟ ΦΟΙΝΙΚΑ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Κ. Καρλιαύτης¹, Λ. Καρνέζης², Κ. Γκαρσιούδης¹, Α. Παπαδογούλας³, Ι. Ραμπακάκης¹

¹Α' Ορθοπαιδική Κλινική, 401 ΓΣΝΑ, ²Α' Παθολογική Κλινική, 401 ΓΣΝΑ, ³Ευρωκλινική Αθηνών

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού οξείας οστεομυελίτιδας διαφύσεων μετακαρπίων μετά από τραυματισμό από φύλο φοίνικα, χωρίς την παρουσία ξένου σώματος και χορήγηση αντιβιοτικών για την θεραπεία με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Υλικό και Μεθοδολογία: Πρόκειται για άνδρα ασθενή ο οποίος κατά την διάρκεια κηπουρικών εργασιών τραυματίστηκε με την άκανθα φύλλου φοίνικα στην παλαμιαία επιφάνεια χειρός. Ο αρχικός ακτινολογικός έλεγχος δεν ανέδειξε οστική συμμετοχή ενώ η συντηρητική θεραπεία για έναν μήνα δεν επέφερε καμία κλινική βελτίωση. Η επανάληψη του απεικονιστικού ελέγχου (αξονική και μαγνητική τομογραφία) ανέδειξε ευρήματα συμβατά με οστεομυελίτιδα 3^{ου} 4^{ου} μετακαρπίου, ενώ δεν ανευρέθηκαν ίχνη ξένου σώματος. Έγινε ανεπιτυχής λήψη υλικού για μικροβιολογική καλλιέργεια με βελόνη υπό υπερηχολογική καθοδήγηση. Στον ασθενή χορηγήθηκε εμπειρική από του στόματος αγωγή με σιπροφλοξασίνη και κλινδαμυκίνη για 6 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Υπήρξε σημαντική βελτίωση των κλινικών και απεικονιστικών συμπτωμάτων μετά από 15 ημέρες από του στόματος αντιβιοτικής αγωγής η οποία συνεχίστηκε για 30 ημέρες ακόμη. Η επανεξέταση μετά από 1 μήνα θεραπείας έδειξε πλήρης ύφεση των κλινικών ευρημάτων ενώ στον ακτινολογικό έλεγχο υπήρξε σημαντική βελτίωση της οστικής βλάβης η οποία εξαφανίστηκε στο επόμενο εξάμηνο.

Συμπέρασμα: Ο τραυματισμός και η φλεγμονή από φύλλο φοίνικα συναντάται συχνά εξαιτίας της εισόδου της αιχμηρής, σκληρής και εύθρυπτης άκανθας του η οποία παραμένει στο τραύμα αλλά είναι ελάχιστα, βιβλιογραφικά, οι περιπτώσεις όπου προκαλεί οξεία οστεομυελίτιδα χωρίς την παρουσία ξένου σώματος. Με την έγκαιρη χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής, επετεύχθη πλήρης ίαση.

10. ΑΥΤΟΣΧΕΔΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΤΑΙΟΝΙΣΜΟΥ ΥΠΟ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΡΥΠΑΡΑ ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ

Μ. Αβραμίδης, Ν. Τσολάκης, Χ. Νικολάου, Γ. Αναστασιάδης, Α. Καρανικόλας

Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Ν. Κιλκίς

Σκοπός: Η ανάδειξη της τεχνικής του καταιονισμού υπό πίεση με ειδικά διαμορφωμένο αυτοσχέδιο μηχανισμό βελόνας-σύριγγας στο χειρουργικό καθαρισμό τραυμάτων της άκρας χειρός.

Υλικό και Μέθοδος: Κατά την χρονική περίοδο 2006-2013 αντιμετωπίστηκαν με αυτή τη μέθοδο 45 ασθενείς, 40 ασθενείς με ρυπαρό τραύμα και πέντε με χρόνια φλεγμονή λόγω λοιμώξεως στην περιοχή της άκρας χειρός. Οι ασθενείς (38 Άνδρες, επτά Γυναίκες), είχαν ηλικία 31-76 έτη (Μ.Ο. 52 έτη). Στα ρυπαρά τραύματα πάντα προηγούνταν ο μηχανικός καταιονισμός στη χειρουργική αντιμετώπιση, ενώ στα αποστήματα πάντα προηγούνταν η επιμελής παροχέτευση και η αφαίρεση των ξένων σωμάτων.

Αποτελέσματα: Η παρακολούθηση των ασθενών κυμάνθηκε από δύο εβδομάδες έως τρεις μήνες (Μ.Ο. τέσσερις εβδομάδες). Δώδεκα ασθενείς υποβλήθηκαν σε διορθωτική χειρουργική επέμβαση λόγω των συνοδών κακώσεων της άκρας χειρός και δε συμπεριλήφθηκαν στην επανεξέταση και παρακολούθηση των ασθενών. Η κύρια επιπλοκή που θεωρήθηκε απόρροια της τεχνικής ήταν η εμφάνιση νεκρωτικών στοιχείων του δέρματος κατά την αφαίρεση των ραμμάτων που αποδόθηκε στην πιεστική έκπλυση του τραύματος. Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε ανάγκη επανεγχειρήσεως λόγω μικροβιακής λοίμωξης του τραύματος. Οι υπόλοιπες επιπλοκές αντιστοιχούσαν στις συνοδές κακώσεις των οστών, τενόντων και της πλαστικής δέρματος που πραγματοποιήθηκαν κατά την πρωτογενή συρραφή του τραύματος. Στατιστικά, δεν ανευρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του μηχανικού καταιονισμού και των υπολοίπων επιπλοκών.

Συμπέρασμα: Κατά τη γνώμη μας, ο μηχανικός καταιονισμός που παρουσιάζουμε συμβάλλει αποφασιστικά στην εκρίζωση των μικροβιακών παραγόντων από την περιοχή της άκρας χειρός, ενώ παράλληλα διατηρεί την ανατομική ακεραιότητα στοιχείων που είναι αναγκαία για τη λειτουργία της.

11. ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΟΓΚΟΕΙΔΟΥΣ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΣΗΣ (ΟΕ) ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑ

E. Gerakopoulos, E. Kapeti, G. Shyamallan

Trauma & Orthopaedics Department, Harrogate District Hospital, Harrogate, UK

Σκοπός της εργασίας: Ένα ενδιαφέρον περιστατικό πόνου και οιδήματος του δέκτη στην παλαμιαία επιφάνεια της ΔΕ άκρας χειρός παρουσιάστηκε στη κλινική προκαλώντας διαφοροδιαγνωστικό δίλημμα. Ο κατάλογος των συνήθων διαγνώσεων για παρόμοιες περιπτώσεις είναι σύντομος και ξεκάθαρος. Όταν τα συμπτώματα δεν αποδίδονται σε κάταγμα, τραυματισμό του τένοντα ή μόλυνση του τενόντιου ελύτρου, η διάγνωση μπορεί να προκαλέσει σύγχυση. Σε αυτήν την περίπτωση είναι σημαντική η κλινική υποψία για πιο σπάνιες παθολογίες.

Υλικό & Μέθοδοι: 55 ετών γυναίκα παρουσιάστηκε έπειτα από τραυματισμό με σύντομο ιστορικό πόνου της ΔΕ παλάμης, ακαμψίας και οιδήματος δέκτη και παλάμης, αυξημένους δείκτες φλεγμονής και ακτινογραφίες που έδειχναν συσσώρευση επασβεστωμένου ιστού γύρω από τον τένοντα του καμπτήρα.

Το υπερηχογράφημα έδειξε υγρό στο τενόντιο έλυτρο συνιστώντας μόλυνση του ελύτρου του καμπτήρα. Πιθανός όγκος των μαλακών μοριών δεν αποκλείστηκε. Η μαγνητική τομογραφία έδειξε έναν μη διαφοροποιημένο όγκο μαλακών μοριών να περικλείει τον τένοντα χωρίς σημάδια διήθησης.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε συντηρητική θεραπεία δίνοντας κλινική βελτίωση αποφεύγοντας την χειρουργική επέμβαση. Η ανάρρωσή της ήταν πλήρης.

Αποτελέσματα & Συμπεράσματα: Η ΟΕ είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από εναπόθεση αλάτων ασβεστίου σε μαλακούς ιστούς κοντά σε αρθρώσεις. Το σύνδρομο στην άκρα χείρα περιγράφεται σπάνια. Το τραύμα είναι παράγοντας που συμβάλλει στον σχηματισμό του αλλά οι περισσότερες περιπτώσεις εντοπίζονται στη ραχιαία επιφάνεια της άκρας χείρας.

Το περιστατικό προστίθεται στις ελάχιστες περιπτώσεις ΟΕ στην παλαμιαία επιφάνεια του δέκτη. Με ευρήματα όμοια της επιπολής κυτταρίτιδας, αρθρικής χονδρομάτωσης ή ενός όγκου η διάγνωση γίνεται δύσκολη. Αν καθυστερήσει ή χαθεί ο ασθενής υποβάλλεται αναπόφευκτα σε ακατάλληλη, πολλές φορές επιθετική χειρουργική, θεραπεία με καταστροφικές συνέπειες.

12. ΟΣΤΕΟΕΙΔΕΣ ΟΣΤΕΩΜΑ ΣΕ ΦΑΛΑΓΓΑ ΔΑΚΤΥΛΟΥ ΧΕΙΡΟΣ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΚΑΛΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δ. Καπούτσας, Η. Μπισμπινάς, Γ. Γκούβας

424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαίδευσης Θεσσαλονίκης, Τμήμα Χειρουργικής Χειρός

Σκοπός της Εργασίας: Η παρουσίαση οστεοειδούς οστεώματος με σπάνια εντόπιση, σε φάλαγγα δακτύλου στο χέρι, καθώς και της χειρουργικής θεραπείας αυτού και των αποτελεσμάτων της.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 30 ετών εξετάστηκε στα Εξωτερικά Ιατρεία μετά από κάκωση στο δεξί της χέρι, αιτιώμενη άλγος στο μέσο δάκτυλο. Κλινικά υπήρχε επώδυνη διόγκωση της εγγύς φάλαγγας. Οι απλές ακτινογραφίες δεν ανέδειξαν κάτι παθολογικό. Λόγω της εμμονής του άλγους η ασθενής υπεβλήθη σε αξονική και μαγνητική τομογραφία και σε σπινθηρογράφημα. Διεγνώσθη οστεοειδές οστέωμα στη παλαμιαία μοίρα του αυχένα της εγγύς φάλαγγος. Με παλαμιαία προσπέλαση κατά Bruner αναγνωρίστηκε η βλάβη και αφαιρέθηκε οστικός κύβος περιλαμβάνων αυτήν. Το οστικό κενό πληρώθηκε με οστικό μόσχευμα.

Αποτελέσματα: Ένα έτος μετεγχειρητικά, το δάκτυλο είναι ανώδυνο, η επούλωση του χειρουργικού τραύματος άριστη και το εύρος κίνησης των παρακειμένων αρθρώσεων λίαν ικανοποιητικό. Ακτινολογικά το οστικό κενό έχει πληρωθεί εντελώς με νέο οστόν.

Συμπέρασμα: Προτείνεται η περιγραφείσα θεραπεία για την αντιμετώπιση της σπάνιας εντόπισης του οστεοειδούς οστεώματος σε φάλαγγα δακτύλου στο χέρι ως αποτελεσματική.

13. ΔΙΑΤΟΜΗ ΝΕΥΡΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Α. Μπαρμπιτσιώτη, Δ. Παναγιωτίδης, Δ. Βουτσάς, Δ. Ζεμαδάνης, Σ. Ιορδανίδης, Α. Χατζηγιαννάκης
Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου – Αλεξ/πολης

Σκοπός: Η κάκωση των νευρών των κάτω άκρων είναι λιγότερο συχνή από αυτή των άνω άκρων. Παρουσιάζουμε 2 περιπτώσεις με διατομή του ισχιακού και του περνιαίου νεύρου.

Μέθοδος – Ασθενείς: 1^η περίπτωση: Άνδρας ηλικίας 24 ετών προσήλθε στα επείγοντα με τραύμα στην μεσότητα της οπίσθιας επιφάνειας του μηρού φέροντας το τέμνων όργανο (σκαπτικό εργαλείο) στο σημείο του τραυματισμού. Έγινε χειρουργικός καθαρισμός και διερεύνηση του τραύματος. Υπήρχε διατομή του δικέφαλου μηριαίου μύος, πλήρης διατομή του περνιαίου και του κνημιαίου νεύρου 20εκ πάνω από την άρθρωση του γόνατος. Έγινε τελικοτελική συρραφή των κολοβωμάτων των νευρών.

2^η περίπτωση: Άνδρας 48 ετών διεκομίσθηκε στο Νοσοκομείο με πολλαπλά τραύματα (από προπέλα) στην κοιλιακή χώρα, στην έξω πλάγια πλευρά του αριστερού μηρού και του αριστερού γόνατος. Έγινε χειρουργικός καθαρισμός και διερεύνηση του τραύματος. Το περνιαίο νεύρο στο ύψος του γόνατος είχε υποστεί διατομή. Έγινε τελικοτελική συρραφή.

Αποτελέσματα: Το πόδι και στις 2 περιπτώσεις ετέθη σε γυψονάρθηκα μηροκνημοποδικό για 4 εβδομάδες. Μετά την αφαίρεση της ακινητοποίησης, ετέθη κηδεμόνας ιπποποδίας για υποστήριξη του ποδός και αποφυγή του drop foot. Συνεστήθη άμεση έναρξη φυσικοθεραπείας και εφαρμογή νευροδιεγέρτη. Έξι μήνες μετά την συρραφή οι ασθενείς παρουσίασαν στοιχεία ανανέυρωσης. 4 χρόνια μετά ο ασθενής με τη διατομή ισχιακού νεύρου και 1,5 χρόνια μετά ο ασθενής με τη διατομή του περνιαίου νεύρου παρουσιάζουν πολύ καλή κινητικότητα του κάτω άκρου.

Συμπέρασμα: Συνιστάται η αποκατάσταση των κακώσεων των νευρών των κάτω άκρων (ισχιακού και περνιαίου νεύρων) σε πρώτο χρόνο, όπου αυτή είναι εφικτή. Η έγκαιρη και σωστή αντιμετώπισή τους αποδίδει πολύ καλά λειτουργικά αποτελέσματα.

14. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΤΕΡΝΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΕΥΡΟΥΜΕΝΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΠΛΑΓΙΟΥ ΚΡΗΜΝΟΥ ΤΟΥ ΜΗΡΟΥ (SENSORY ALT)

Δ. Τσιλιμπότη, Α. Τσίρος, Ι. Ντούβας, Γ. Δευτερέβος, Σ. Μπαλάσης, Μ. Ραπάνου, Μ. Χριστοφόρου
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Π «Ο Άγιος Ανδρέας»

Σκοπός: Η αποκατάσταση εκτεταμένων ελλειμμάτων και σύνθετων ελλειμμάτων πτέρνας απαιτούν την χρήση ελεύθερων κρημνών. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι ελεύθεροι κρημνοί στην περιοχή αυτή (πλατύς ραχιαίος, ισχνός προσαγωγός κ.α.) παρότι παρέχουν ικανοποιητική κάλυψη του ελλείμματος, αδυνατούν να προσφέρουν ικανοποιητική αισθητικότητα που αποτελεί βασικό στοιχείο για την διασφάλιση ικανοποιητικής λειτουργικότητας. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω να χρειάζεται η χρήση και δεύτερου ελεύθερου κρημνού για επίτευξη ικανοποιητικής αισθητικότητας.

Υλικό - Μέθοδος: Παρουσιάζουμε την χρήση του παραπάνω κρημνού σε 2 ασθενείς με εκτεταμένο μετατραυματικό έλλειμμα πτέρνας. Ο σχεδιασμός του κρημνού που περιελάμβανε και το έξω δερματικό νεύρο του μηρού που συράφτηκε στο σαφηνές νεύρο, η χειρουργική τεχνική, οι επιπλοκές και τα αποτελέσματα αναλύονται διεξοδικά.

Αποτελέσματα: Οι κρημνοί επέζησαν και το αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα ήταν ικανοποιητικό. Σε ότι αναφορά την αισθητικότητα οι ασθενείς απέκτησαν ένα περίπου χρόνο μετά ικανοποιητική προστατευτική αισθητικότητα στην περιοχή.

Συμπέρασμα: Ο ελεύθερος νευρούμενος προσθιοπλάγιος κρημνός του μηρού, αποτελεί μια χρήσιμη εναλλακτική λύση σε περιπτώσεις ελλειμμάτων πτέρνας καθώς μπορεί να παρέχει ταυτόχρονα κάλυψη του ελλείμματος καθώς και ικανοποιητική προστατευτική αισθητικότητα σε ένα χρόνο.

15. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Σ. Ιωαννίδης, Α. Γκομώλης, Ε. Χαμαϊδής, Δ. Διονυσίου, Γ.Α. Σπυροπούλου, Α. Αντωνίου, Ε. Δεμίρη
Εργαστήριο Μικροχειρουργικής, Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η πολύωρη εκπαίδευση των ιατρών στη μικροχειρουργική αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχημένη εφαρμογή των μικροχειρουργικών επανορθωτικών επεμβάσεων. Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση ενός εκπαιδευτικού πρωτοκόλλου που εφαρμόζεται από την κλινική μας και έχει να κάνει με το ρυθμό εκμάθησης των μικροχειρουργικών τεχνικών και την ταχύτητα εξοικείωσης με τη μικροχειρουργική.

Μέθοδος: Στο εργαστήριο Μικροχειρουργικής της Κλινικής μας πραγματοποιείται από το 2008 πρόγραμμα εκμάθησης τεχνικών μικροχειρουργικής τριών σταδίων που διαρκεί 50 ώρες ανά εκπαιδευόμενο. Στο 1^ο στάδιο (3ώρες) περιλαμβάνει εξοικείωση με το μικροσκόπιο, τα εργαλεία και τα ράμματα με τη χρήση ελαστικού γαντιού και σωληνίσκων σιλκόνης. Στο 2^ο στάδιο (12 ώρες) ως πειραματικό μοντέλο χρησιμοποιείται νωπός μηρός όρνιθας για πραγματοποίηση μικροαγγειακών αναστομώσεων και μικροχειρουργικών νευρικών συρραφών. Τέλος στο 3^ο στάδιο (35 ώρες) οι εκπαιδευόμενοι προχωρούν στη συρραφή αγγείων, νεύρων και στη μεταφορά και αναστόμωση ελεύθερου κρημνού σε ζώντες ιστούς (επίμυες).

Αποτελέσματα: Την τελευταία 5ετία 21 χειρουργοί έλαβαν την εκπαίδευσή τους στο εργαστήριό μας. Περίπου 100 μικροχειρουργικές αναστομώσεις αγγείων και νεύρων εκτέλεσε ο κάθε εκπαιδευόμενος. Στο τέλος της εκπαίδευσης μελετήθηκαν η διάρκεια και η τεχνική συρραφής των αγγείων και νεύρων και η βατότητα της αναστομωσης τα οποία και κρίθηκαν πολύ ικανοποιητικά.

Συμπεράσματα: Η χρησιμοποίηση μη ζώντων πειραματικών μοντέλων στην εκμάθηση μικροχειρουργικών τεχνικών βοηθά στην εξοικείωση των αρχαρίων χειρουργών, επιτρέποντας την επικέντρωσή τους στην σωστή εκτέλεση της τεχνικής. Ως πλεονεκτήματα θεωρούνται η απουσία διεγχειρητικής αιμορραγίας, που δυσκολεύει τους εκπαιδευόμενους στα αρχικά στάδια και η χρήση τελικά μικρότερου αριθμού πειραματόζωων.

16. ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΣ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ. ΜΙΑ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Τέντης, Σ. Βούρτσας, Π. Σαρόγλου, Χ. Χώχος, Α. Μπινιάρης, Α. Τσακίρης
Κλινική Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, 401 ΓΣΝΑ

Εισαγωγή: Ανάμεσα στις φλεγμονές του χεριού ξεχωριστή θέση κατέχουν οι πολυμικροβιακές νεκρωτικές φλεγμονές του τύπου της νεκρωτικής περιτονίτιδας, τόσο λόγω της κλινικής τους εικόνας όσο και της βαρειάς νοσηρότητας και θνητότητας που τις συνοδεύουν αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα και αποτελεσματικά.

Σκοπός της μελέτης: Παρουσιάζεται η κλινική εικόνα της νεκρωτικής περιτονίτιδας του χεριού, η ταχύτατη εξέλιξη της φλεγμονής και ο πολυσυστηματικός χαρακτήρας που μπορεί να προσλάβει, επισημαίνοντας τον υψηλό βαθμό υποψίας που πρέπει να διαθέτει κανείς για την κατάσταση, τη διαφορική διάγνωση και την πρώιμη συνδυασμένη επιθετική αντιμετώπιση με αντιβιοτικά ευρέως φάσματος και χειρουργικούς καθαρισμούς.

Υλικό και Μέθοδος: Παρουσιάζουμε την περίπτωση άρρενος ασθενούς 62 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που διακομίστηκε στην κλινική μας με ιστορικό νεκρωτικής φλεγμονής του Αρ μέσου δακτύλου από 5ημέρου, με προιούσα επέκταση της νέκρωσης κεντρικά. Ο ασθενής μετά τον απεικονιστικό έλεγχο και τη λήψη καλλιιεργειών ετέθη σε τριπλό αντιβιοτικό σχήμα και ακρωτηριασμό της ακτίνας του δακτύλου.

Αποτελέσματα: Με τη συνδυασμένη αντιβιοτική αγωγή και τον επιθετικό χειρουργικό καθαρισμό επήλθε πλήρης έλεγχος της νεκρωτικής φλεγμονής και με την πρώιμη έναρξη φυσιοθεραπείας διατηρήθηκε η λειτουργικότητα του χεριού.

Συμπεράσματα: Η νεκρωτική περιτονίτιδα είναι μία ασυνήθιστη πολυμικροβιακή νεκρωτική φλεγμονή του χεριού της οποίας τα συμπτώματα εισόδου και η κλινική εικόνα μπορεί να συγχέονται με ηπιότερες φλεγμονές. Απαιτείται υψηλός βαθμός υποψίας και η έγκαιρη και επιθετική χειρουργική παρέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια για τη βιωσιμότητα του μέλους και τη ζωή του ασθενούς.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

	ΣΕΛ.		ΣΕΛ.
A		Αντωνίου Ι.	10, 11, 28, 42, 45, 61
Alizadehkhayat O.	22, 56	Αντωνογιαννάκης Ε.	25
C		Αντωνόπουλος Δ.	11, 38, 46, 69
Capota I.	17, 53, 54	Αξιαρλής Β.	28, 62, 63
E		Απέργης Ε.	27
Engel C.	14, 20, 26, 32	Αρεταίου Π.	10, 28, 43, 64
F		Αριστέρογλου Α.	28, 62
Friden J.	2, 3, 7, 27, 37	Αρμακόλας Ν.	29, 66
Frostick S.	22, 56	Ασημομύτης Χ.	16, 19, 38, 48, 70
G		Ασσάντης Β.	34, 77
Georgescu A.	2, 3, 7, 17, 19, 30, 53, 54	B	
Gerakopoulos E.	35, 79	Βαλκάνης Χ.	11, 47
K		Βαρδάκας Δ.	34
Kapeti E.	35, 79	Βαρυτιμίδης Σ.	2, 10, 11, 23, 26, 28, 38, 42, 43, 45, 59, 61, 68
L		Βασιλειάδης Α.	33
Leclercq C.	2, 3, 7, 27, 37	Βασιλειάδης Γ.	10, 44
M		Βεκρής Μ.	2, 17, 22, 33, 54, 55
Mandhari A.	22, 56	Βεληβασάκης Ε.	29, 65
Matei I.	17, 53, 54	Βενουζίου Α.	38
Moebius U.	7, 15	Βερβερίδης Α.	11, 47
S		Βιτούλα Κ.	21
Shyamallan G.	35, 79	Βλαστού Α.	30
Smith A.	2, 3, 7, 24, 37	Βούρτσης Σ.	16, 35, 38, 48, 70, 81
T		Βουτσάς Δ.	22, 35, 57, 80
Tsironis K.	14, 20, 26, 32	Γ	
A		Γαλανάκης Ι.	29, 32, 65
Αβραμίδης Μ.	28, 34, 35, 64, 76, 78	Γεροσταθόπουλος Ν.	7, 24
Αγαθαγγελίδης Φ.	24	Γεωργούλιας Π.	11, 45
Αθανασιάδου Π.	34, 74	Γιαννακόπουλος Α.	23, 58
Αλ Χαρφούσι Ρ.	28, 34, 64, 76	Γιαννακόπουλος Π.	7, 18
Αλασεϊρλής Δ.	10, 38, 44	Γιαννούκας Α.	34, 74
Αλεξάκης Δ.	25	Γιαννούλης Δ.	17, 54
Αναγνώστου Σ.	18	Γιαννούλης Φ.	11, 14, 34, 38, 46, 69
Αναστασιάδης Γ.	35, 78	Γιγής Π.	33
Ανδρίτσος Γ.	10, 22, 23, 42, 57, 60	Γκαρσιούδης Κ.	35, 78
Αντωνίου Α.	35, 81	Γκιβίσσης Π.	2, 3, 10, 14, 20, 26, 27, 32, 34, 37, 38, 39, 44, 70, 71, 74
		Γκιζάς Χ.	34, 77
		Γκίκας Γ.	34, 76
		Γκίκογλου Ι.	20
		Γκομώλης Α.	29, 35, 67, 81
		Γκούβας Γ.	35, 79

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΣΕΛ.		ΣΕΛ.	
Γραββάνης Ν.	10, 23, 42, 60	Κ	
Γρηγοριάδης Γ.	13	Καζάκος Κ.	11, 47
Γρηγοριάδου Χ.	20	Καλδής Π.	14
Δ		Καλίτσης Χ.	22, 55
Δανιηλίδης Ν.	12, 38, 70	Κάντζιος Α.	10, 22, 43, 55
Δαούτης Ν.	33	Καπούτσης Δ.	35, 79
Δαρλής Ν.	27	Καραμάνης Γ.	34, 75
Δασκαλάκης Ε.	17, 53, 54	Καραμανής Ν.	38, 68
Δασκαλογιαννάκης Ε.	32	Καρανικόλας Α.	28, 34, 35, 62, 63, 64, 76, 78
Δελνιώτης Ι.	34, 77	Καραργύρης Ο.	10, 22, 28, 43, 55, 64
Δεμίρη Ε.	2, 15, 17, 29, 30, 35, 38, 51, 67, 68, 81	Καράταγλης Δ.	25
Δευτερέβος Γ.	16, 35, 49, 50, 51, 80	Καραχάλιος Γ.Γ.	11, 44
Δημητριάδη Α.	17, 52	Καρλιαύτης Κ.	35, 78
Δημητρίου Χ.	7, 15, 27	Καρνέζης Λ.	35, 78
Δήμου Α.	17, 54	Καρονίδης Α.	16, 19, 29, 48, 49, 67
Διαλέτη Ε.	35, 77	Κατρανίτσα Λ.	14, 20, 26, 32, 39, 71
Διονυσίου Δ.	2, 17, 29, 35, 36, 38, 51, 67, 68, 81	Κατσαφάρου Μ.	32
Δίτσιος Κ.	2, 31	Κατσούλης Γ.	22, 56
Δρακοπαναγιωτάκη Α.	34, 76	Κεχαγιάς Γ.	29, 67
Δράκος Α.	10, 42	Κιζιρίδης Γ.	22, 57
Δρόσος Γ.	11, 47	Κίννας Π.	17, 52
Ε		Κιορπελίδης Π.	28, 61
Ευσταθόπουλος Δ.	10, 22, 28, 29, 43, 55, 64, 66	Κισκήρα Ο.	39, 72
Ευτυχιάδης Χ.	34, 75	Κοκκόλη Ε.	38, 68
Ζ		Κόλλια Π.	11, 45
Ζαγοραίος Ν.	2, 26, 28	Κοντάκης Γ.	29, 65
Ζαμπιάκης Ε.	22	Κοντογεωργάκος Β.	10, 11, 23, 26, 28, 38, 42, 43, 45, 59, 61, 71
Ζαχαράκης Ε.	17, 51	Κόντου Ε.	11, 34, 38, 46, 47, 69, 75
Ζεμαδάνης Δ.	22, 35, 57, 80	Κορακάκης Δ.	36
Ζιώγας Κ.	29, 65	Κοράκη Ε.	21
Ζούμπος Α.Β.	17, 52	Κορμπάκης Ι.	10, 17, 22, 23, 42, 52, 57, 58, 60
Η		Κορομηλά Θ.	11, 45
Ηλιάκης Γ.	35, 77	Κορομπίλιας Α.	2, 7, 12, 15, 17, 54
Ι		Κοτρώτσιου Μ.	16
Ιγνατιάδης Ι.	2, 17, 19, 30, 53, 54	Κουβίδης Γ.	29, 65
Ιορδανίδης Σ.	35, 80	Κουδόσιου Α.	20
Ιωαννίδης Σ.	29, 35, 67, 81	Κουερίνης Ε.	39, 72
		Κούστα Κ.	13
		Κουτάλος Α.	10, 11, 23, 38, 43, 45, 59, 71
		Κρίνας Γ.	11, 44
		Κυριαζή Α.	11, 34, 46, 75
		Κυριαζής Σ.	28, 64

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

	ΣΕΛ.		ΣΕΛ.
Κυριακόπουλος Δ.	16, 50	Μπισχινιώτης Ι.	37
Κυριάκος Α.	22, 56	Μπογιατζής Χ.	22, 57
Κυρμίζογλου Π.	16, 38, 48, 70	Μπουγιουκλή Σ.	11, 45
Κωνσταντινίδης Γ.	10, 44	Μπουγιουκλής Δ.	10, 22, 23, 42, 57, 58, 59, 60
Κωνσταντινίδης Ι.	16	Μπουντούρης Ι.	28, 64
Κωνσταντινίδης Ι.	12, 34, 39, 71, 74	Μπουντούρης Π.	22, 55
Κώστας – Αγνάντης Ι.	17, 33	Μυλωθρίδης Π.	38, 68
Κωτούλα Α.	34, 77		
Κώτσιος Σ.	11, 47		
		Ν	
Λ		Νατσαρίδης Π.	10, 42
Λαμπρόπουλος Κ.	10, 44	Νικολάου Χ.	28, 34, 35, 63, 64, 76, 78
Λαμπροπούλου – Αδαμίδου Κ.	11, 34, 38, 46, 47, 69, 75	Νταϊλιάνα Ζ.	10, 11, 23, 28, 31, 34, 38, 42, 43, 45, 59, 61, 68, 71, 74
Λοϊζίδης Θ.	13	Ντειμεντές Π.	23, 58
Λουκά Α.	20	Ντινόπουλος Χ.	23, 31, 58, 59
Λουπάτατζη Ν.	19	Ντόγκα Μ.	34, 74
Λυκούδης Ε.	30	Ντούβαλη Ε.	31
		Ντούβας Ι.	35, 80
		Ξ	
Μ		Ξαρχάς Κ.	2, 3, 18, 27, 39, 72
Μακρίδου Ε.	13		
Μαλαχίας Μ.	29, 66	Π	
Μαλίζος Κ.Ν.	7, 10, 11, 23, 27, 28, 38, 42, 43, 45, 59, 61, 68, 71	Παγκράτη Δ.	13
Μαλιόγκας Γ.	34, 77	Παναγιωτίδης Δ.	22, 35, 57, 80
Μανιμανάκη Α.	32, 35, 77	Παναγιώτου Π.	19
Μανουσαρίδης Ι.	11, 46, 47	Παναγοπούλου - Μπέκα Γ.	21
Μαριόλης Λ.	39, 72	Πανάγου Α.	17, 36, 51
Μαρκόπουλος Ν.	28, 62, 63	Πανάς Ι.	29, 66
Μαστραντωνάκης Κ.	23, 59	Παπαγγελόπουλος Π.	17, 52
Ματαράγκας Η.	25	Παπαγεωργίου Κ.	37
Μαυρόπουλος Ρ.	11, 47	Παπαγεωργίου Χ.	22, 55
Μηλιώρης Θ.	39, 72	Παπαδάκης Ν.	12
Μήτσαλα Γ.	16, 50, 51	Παπαδήμας Α.	22, 23, 57, 58, 59, 60
Μητσιώνης Γ.	7, 12	Παπαδογεώργου Ε.	2, 10, 14
Μπαδήλας Ν.	10, 22, 29, 43, 55, 66	Παπαδογούλας Α.	35, 78
Μπαλαλής Κ.	29, 65	Παπαδοκωστάκης Γ.	29, 65
Μπαλάσης Σ.	35, 80	Παπαδόπουλος Α.	34, 76
Μπαργιώτας Κ.	38, 71	Παπαδόπουλος Δ.	22, 55
Μπαρμπιτσιώτη Α.	2, 22, 24, 35, 57, 80	Παπαδόπουλος Ν.	2, 36
Μπασδέκης Γ.	34, 74	Παπαδόπουλος Ο.	30
Μπάτσης Γ.	17, 51	Παπαδόπουλος Π.	33
Μπενετάτος Κ.	16, 19, 38, 48, 70	Παπαθεοδώρου Λ.	10, 43
Μπερής Α.	7, 17, 22, 37, 54, 55	Παπαλόης Α.	7, 17, 37, 52, 53, 54
Μπινιάρης Α.	16, 35, 38, 48, 70, 81	Παπαναγιώτου Μ.	11, 34, 38, 45, 68, 71, 74
Μπισμπινιάς Η.	35, 79		

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

	ΣΕΛ.
Παπανικολάου Γ.	16, 29, 49, 67
Παπαπαύλου Ε.	28, 64
Παπαστεργίου Σ.	15
Παπασωτηρίου Α.	38, 70
Παπαχρήστου Δ.	28, 61
Παρασκευόπουλος Τ.	39, 72
Πατρίκαλος Α.	11, 44
Παυλίδης Λ.	17, 29, 51, 67
Πετρουλάκης Β.	35, 77
Πολίτης Τ.	35, 77

Ρ

Ραμπακάκης Ι.	35, 78
Ραούλης Β.	28, 61
Ραπάνου Μ.	35, 80
Ράπτης Κ.	11, 34, 38, 46, 47, 69, 75
Ρογδάκη Ε.	11, 44
Ρογδάκης Γ.	36
Ρωμαλίδης Ν.	34, 76

Σ

Σαββίδης Π.	24, 37
Σαλούπης Π.	34, 76
Σαμαράς Π.	10, 22, 43, 55
Σαρατζής Ν.	36
Σαρόγλου Π.	16, 35, 38, 48, 70, 81
Σαρρής Ι.	2, 27
Σαχίνης Ν.	12
Σιδηρόπουλος Κ.	34, 76
Σινωπίδης Χ.	36
Σιούτης Ι.	17, 52
Σιώζος Α.	34, 77
Σκουτέρης Γ.	10, 42
Σκουτέρης Δ.	22, 23, 57, 58, 59, 60
Σουρμελής Σ.	26
Σπυριδάκης Α.	13
Σπυρίδωνος Σ.	11, 18, 24, 34, 38, 46, 47, 69, 75
Σπυροπούλου Γ.Α.	18, 29, 35, 67, 81
Σπύρου Ε.	21
Σταθόπουλος Ι.	11, 34, 38, 46, 47, 69, 75
Σταμούλη Ο.	16, 50
Σταυριανός Σ.	2, 19
Συμεωνίδης Π.	38, 70
Συμεωνίδου Π.	20

ΣΕΛ.

Τ

Ταμβίσκος Α.	11, 44
Τέντης Δ.	10, 16, 35, 38, 48, 70, 81
Τζαζαΐρης Θ.	34, 77
Τζιφοπούλου Β.	20
Τζόνσον Ε.	17, 52
Τόλης Κ.	34, 38, 69, 75
Τότης Α.	16, 49, 50, 51
Τουρβάς Ε.	29, 65
Τριάντης Π.	23, 58, 60
Τριάντος Α.	38, 68
Τρικούπη Α.	21
Τσακίρης Α.	16, 35, 38, 48, 70, 81
Τσακουμής Γ.	23, 58
Τσερμακιάν Θ.	13
Τσιαμπά Β.	2, 14
Τσιλιμπότη Δ.	16, 19, 35, 49, 50, 51, 80
Τσιμπώνης Α.	17, 51
Τσίρος Α.	16, 35, 49, 50, 51, 80
Τσίτας Κ.	34, 77
Τσολάκης Ν.	28, 34, 35, 62, 64, 76, 78
Τσούτσος Δ.	16, 29, 48, 49, 67

Φ

Φανδρίδης Ε.	11, 34, 47, 75
Φόρογλου Π.	38, 68

Χ

Χαλίδης Β.	28
Χαμαϊδής Ε.	35, 81
Χαντές Μ.	23, 59
Χασιούρας Δ.	35, 77
Χατζηγιαννάκης Α.	22, 35, 57, 80
Χατζημαρκάκης Γ.	29, 66
Χουρμουζή Π.	21
Χριστάκης Ν.	34, 76
Χριστοδούλου Α.	34, 39, 71, 74
Χριστοδούλου Σ.	11, 47
Χριστοφορίδης Ι.	33
Χριστοφόρου Μ.	16, 35, 49, 50, 80
Χρυσάνθου Χ.	22, 56
Χώχος Χ.	16, 35, 38, 48, 70, 81

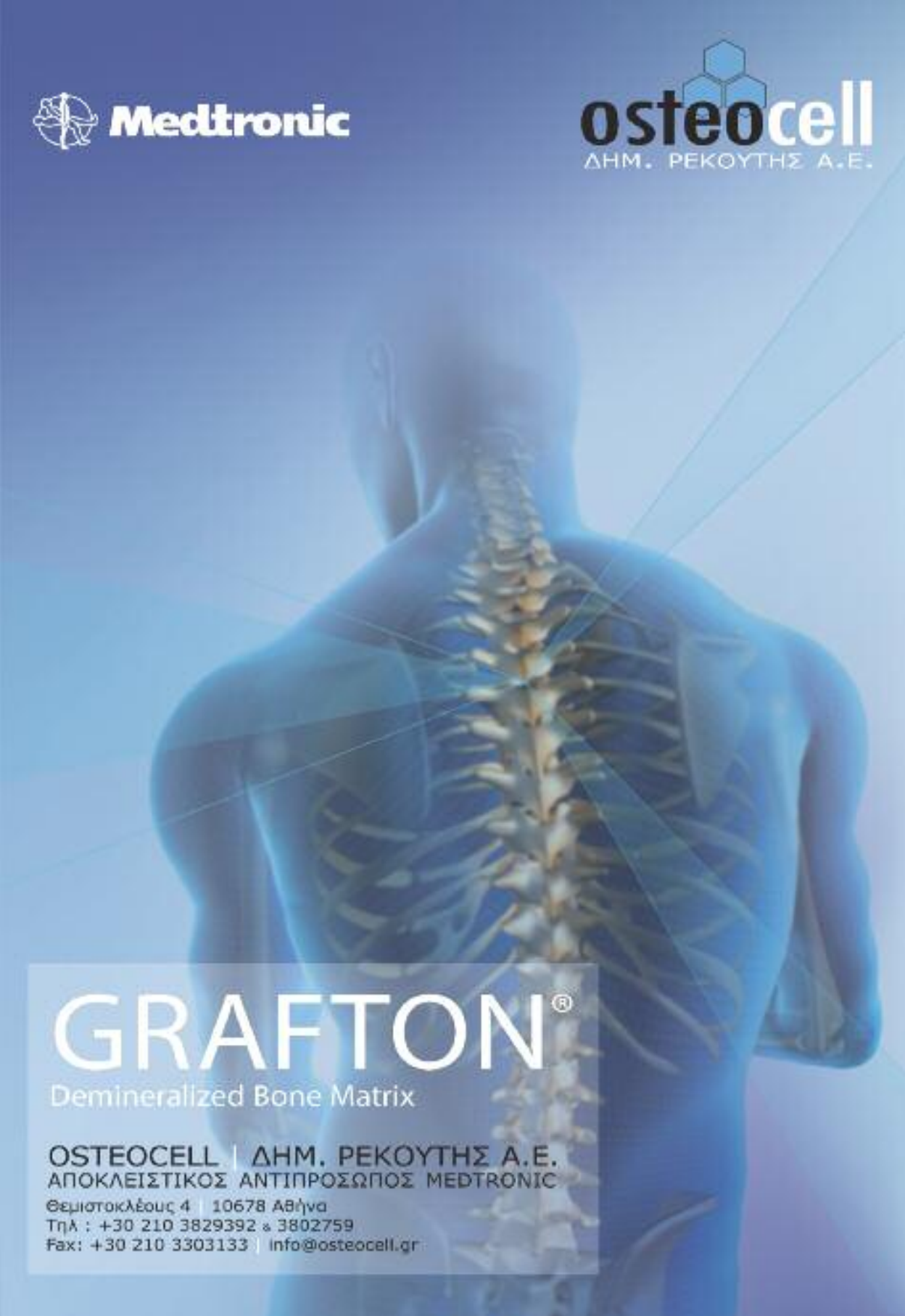
Ψ

Ψυχογυιός Β.	10, 22, 23, 31, 42, 57, 58, 60
--------------	--------------------------------



Medtronic


osteocell
ΔΗΜ. ΡΕΚΟΥΤΗΣ Α.Ε.



GRAFTON[®]

Demineralized Bone Matrix

OSTEOCELL | ΔΗΜ. ΡΕΚΟΥΤΗΣ Α.Ε.
ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ MEDTRONIC

Θερμιστοκλέους 4 | 10678 Αθήνα

Τηλ : +30 210 3829392 & 3802759

Fax: +30 210 3303133 | info@osteocell.gr