



5^ο

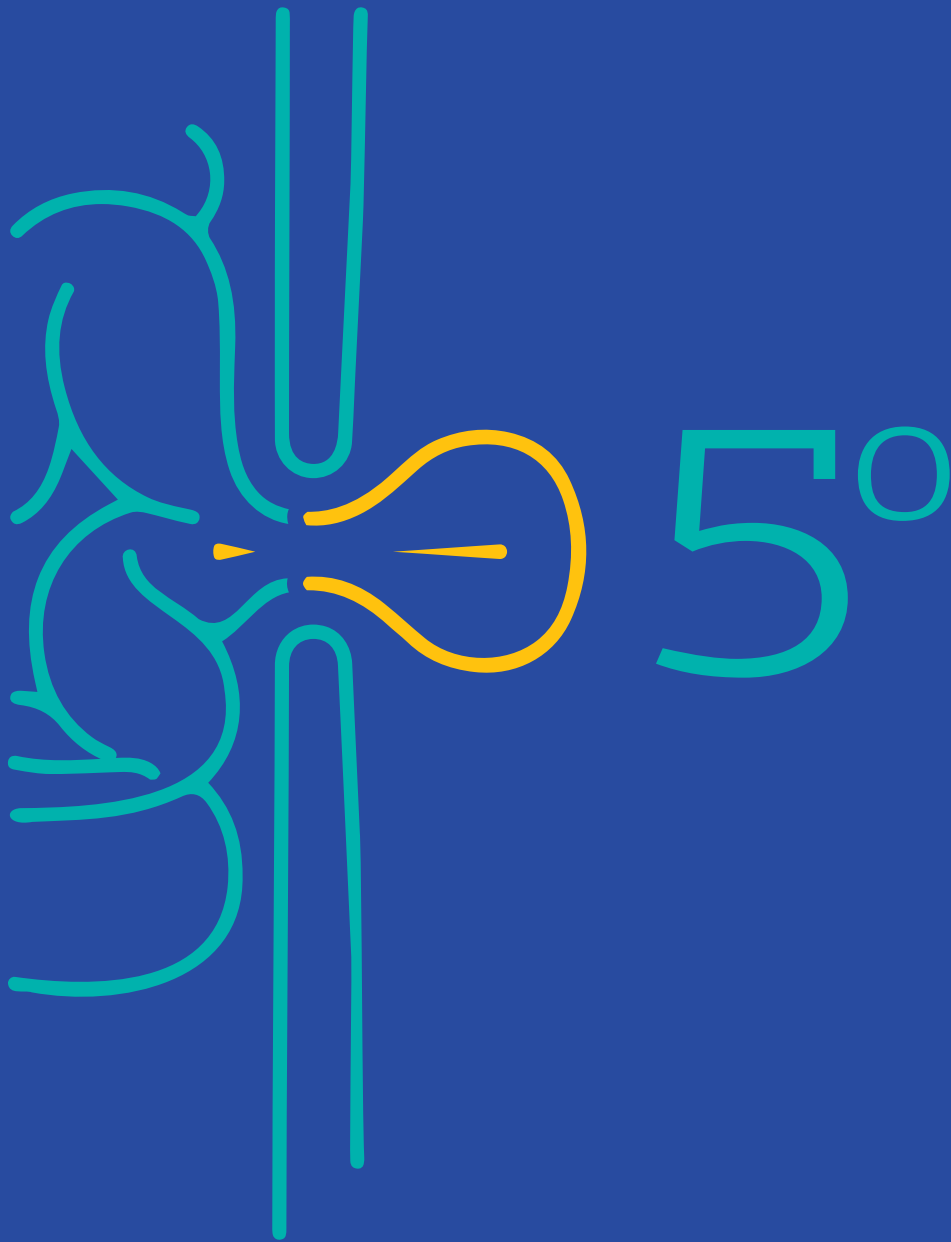
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΗΛΗΣ

23-25 Φεβρουαρίου 2024

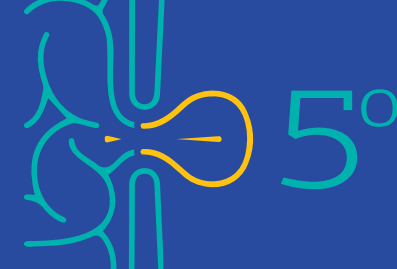
ΙΔΡΥΜΑ ΕΥΓΕΝΙΔΟΥ
ΑΘΗΝΑ

#hellenichernia

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ



**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**



ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I

E.A.1

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΗΣ ΜΗΡΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ορέστης Ιωαννίδης, Ελισσάβητ Ανεσιτιάδου, Ευστάθιος Γιαννίδης, Σάββας Συμεωνίδης, Μάνος Πραματευτάκης, Στέφανος Μπιτσιάνης, Ευστάθιος Κωτίδης, Μανούσος-Γεώργιος Πραματευτάκης, Σταμάτιος Αγγελόπουλος

Δ' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτελείο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

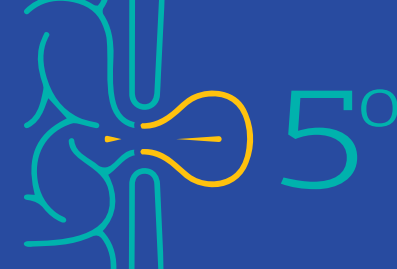
Εισαγωγή: Η μηροκήλη περίπου 40% των περιπτώσεων εκδηλώνονται σε επείγουσα βάση με μορφή περίσφιξης και αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Από το γενικό σύνολο των κηλών της μηροβουβωνικής χώρας, η μηροκήλη σε ποσοστό αναδεικνύεται περίπου 3% των περιπτώσεων και σχετίζεται με υψηλά ποσοστά περίσφιξης.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού υποτροπής μηροκήλης με περιεχόμενο τμήματος εγκάρσιου κόλου

Υλικό και Μέθοδοι: Θήλυ 89 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ με αναστολή κοπράνων και αερίων από ημέρας, με συνοδευόμενο έντονο άλγος πλάγιας δεξιάς κοιλιακής χώρας. Από το ιστορικό της ασθενούς αναφέρεται χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης δεξιάς μηροκήλης χωρίς τοποθέτηση πλέγματος. Κατά την κλινική εξέταση παρουσία κοιλιακής διάτασης με ευδιάκριτη μάζα δεξιάς μηροβουβωνικής χώρας με παρουσία στοιχείων φλεγμονής. Ακροαστικά παρουσία ελαττωμένων εντερικών ήχων. Κατά την ψηλάφηση παρουσία διάχυτης ευαισθησίας με εντονότερο σημείο το τοίχωμα της δεξιάς πλάγιας κοιλιακής χώρας. Προσπάθεια ανάταξης ανεπιτυχής. Η αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε παρουσία δεξιάς μηροκήλης με περιεχόμενο παχύ έντερο (εγκαρσίου κόλου) εντός αυτής.

Αποτελέσματα: Η ασθενής οδηγήθηκε επείγοντως στο χειρουργείο προς ερευνητική λαπαροτομία. Πέραν της μέσης υπερυπομφάλιας τομής κρίθηκε απαραίτητη και η διενέργεια δεξιάς μηροβουβωνικής τομής για την ασφαλέστερη και ευχερέστερη κινητοποίηση και ανάταξη του εγκάρσιου κόλου. Διεχειρητικά το περισφηνθέν περιεχόμενο κρίθηκε μη βιώσιμο λόγω φλεβικής στάσης συνοδευόμενο από τμήμα επιπλόου με επηρεασμένη αιμάτωση. Μετά την επιτυχή ανάταξη του περιεχομένου και την σύγκλειση του μηροβουβωνικού τραύματος, διενεργήθηκε δεξιά κολεκτομή έως και την μεσότητα του εγκαρσίου, συνοδευόμενο από εκτεταμένη συμφυσιόλυση και τμηματική επιπλεκτομή. Λόγω παρουσίας έντονης εντερικής διάτασης και δυσχερούς σύγκλεισης κοιλιακού τοιχώματος, τα κολοβώματα παχέος και λεπτού εντέρου παρέμειναν κλειστά και τοποθετήθηκε ενδοκοιλιακό VAC με παρουσία πλέγματος τάσης στις άκρες της απονεύρωσης, ούτως ώστε να πραγματοποιηθεί σύγκλειση κοιλίας κατά δεύτερο σκοπό. Μετά από 48ωρη νοσηλεία στη ΜΕΘ, η ασθενής επανέρχεται στο χειρουργείο και με παρουσία καλής βιωσιμότητας παχέος εντέρου, διενεργήθηκε δίκανος στομία και σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος, χωρίς τάση. Επειτα από 10 ημέρες η ασθενής απεβίωσε στην ΜΕΘ σε έδαφος καρδιογενών επιπλοκών.

Συμπεράσματα: Η μηροκήλη σχετίζεται με υψηλά ποσοστά περίσφιξης. Συνηθέστερα περιλαμβάνει επίπλου ή λεπτό έντερο, ενώ η βιβλιογραφία περιλαμβάνει ελάχιστες αναφορές μηροκηλών με περιεχόμενο παχέος εντέρου.



E.A.2

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΟΛΙΚΑ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΟΝΟΠΛΕΥΡΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ, ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μαρίνα Μαρία Αντωνράκη¹, Μιχαήλ Σ. Κούρκουλος², Καφετζής Γεώργιος³, Κατράκης Ανδρέας⁴

¹Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

²Διευθυντής Χειρουργικής στο Τμήμα Παλινδρόμησης και Παχυσαρκίας της Ευρωκλινικής Αθηνών, Αθήνα

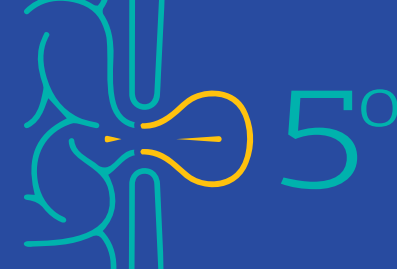
³Χειρουργός, Αθήνα

⁴Χειρουργός 251 ΓΝΑ, Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση λαπαροσκοπικής ολικά εξωπεριτοναϊκής αποκατάστασης μονόπλευρης βουβωνοκήλης με ετερόπλευρη τοποθέτηση πλέγματος και ανασκόπηση βιβλιογραφίας.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 72 ετών υπέρβαρος με υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία και αρχόμενος Alzheimer προσέρχεται για αντιμετώπιση δεξιάς βουβωνοκήλης σε τακτική βάση. Αποφασίζεται η διενέργεια λαπαροσκοπικής ολικά εξωπεριτοναϊκής αποκατάστασης δεξιάς βουβωνοκήλης με τοποθέτηση πλέγματος και στην αριστερή βουβωνική χώρα. Η παρασκευή της αριστερής βουβωνικής χώρας αποκαλύπτει βουβωνοκήλη αριστερά περιέχουσα λίπους, η οποία δεν είχε γίνει αντιληπτή κλινικά. Στη συνέχεια ο ασθενής πήρε εξιτήριο εντός εικοσιτετράωρου χωρίς εγχειρητικές επιπλοκές. Ακολουθούν στιγμιότυπα από τη χειρουργική επέμβαση-βιντεοπροβολή και έπειτα έπεται η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική ολικά εξωπεριτοναϊκή αμφοτερόπλευρη αποκατάσταση βουβωνοκήλης σε περιστατικά με μονόπλευρη βουβωνοκήλη μπορεί να γίνει με ασφάλεια χωρίς να αυξήσει τα ποσοστά επιπλοκών μειώνοντας τη πιθανότητα εμφάνισης ετερόπλευρης βουβωνοκήλης στο μέλλον και επιτρέποντας την αναγνώριση βουβωνοκήλης που ενδεχομένως να μην είχε γίνει κλινικά αντιληπτή..



E.A.3

ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μαρίνα Μαρία Αντωνράκη¹, Μιχαήλ Σ. Κούρκουλος², Καφετζής Γεώργιος³, Κατράκης Ανδρέας⁴

¹Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

²Διευθυντής Χειρουργικής στο Τμήμα Παλινδρόμησης και Παχυσαρκίας της Ευρωκλινικής Αθηνών, Αθήνα

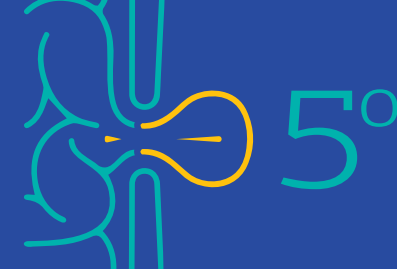
³Χειρουργός, Αθήνα

⁴Χειρουργός 251 ΓΝΑ, Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού που εμφανίζει περισφιγμένη βουβωνοκήλη. Διενεργήθηκε διαγνωστική λαπαροσκόπηση και λαπαροσκοπική αποκατάσταση. Επεται και η ανασκόπηση βιβλιογραφίας.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 52 ετών. Πάσχει από υπέρταση και έχει πραγματοποιήσει προηγούμενα χειρουργεία αποκατάστασης αριστερής βουβωνοκήλης (ανοιχτά) και αποκατάστασης ομφαλοκήλης. Προσήλθε στα επείγοντα με περισφιγμένη βουβωνοκήλη. Εμφάνισε οξεία έναρξη άλγους από οκτάωρο όπου και αποφασίστηκε αντιμετώπιση με διαγνωστική λαπαροσκόπηση. Επεται βιντεοπροβολή για την ενδελεχή παρουσίαση της επέμβασης. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο εντός εικοσιτετράωρου χωρίς εγχειρητικές επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Ουσιαστικά γίνεται εύλογα αντιληπτό ότι με σωστές τεχνικές ένας έμπειρος χειρουργός μπορεί να αντιμετωπίσει ορθά τέτοια επείγοντα και σύνθετα περιστατικά περισφιγμένης βουβωνοκήλης μαζί με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.



Ε.Α.4

ΚΗΛΗ ΘΥΡΟΕΙΔΟΥΣ ΤΡΗΜΑΤΟΣ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΗ ΑΝΑΤΑΣΣΟΜΕΝΗΣ ΚΗΛΗΣ

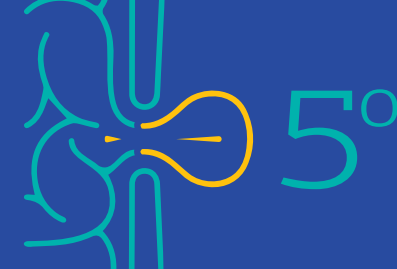
Ιωάννης Λάνδρου, Μπόλαρη Ζηνοβία, Τσιάμπας Ιωάννης, Παντελής Αθανάσιος, Μαγγανάς Δημήτριος

Δ' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. Ευαγγελισμός

Εισαγωγή: Οι κήλες του θυροειδούς τρήματος αποτελούν μία σπάνια κατηγορία κηλών που συνήθως αφορούν σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας ενώ διαλάθουν την έγκαιρη διάγνωση, καθώς συχνά ο μηροβουβωνικός πόνος αποδίδεται σε πιθανή μηροκήλη ή βουβωνοκήλη. Ο ασθενής ενδέχεται να παρουσιάσει εμμένον άλγος στην έσω επιφάνεια του μηρού από πίεση του θυροειδούς νεύρου.

Παρουσίαση περίπτωσης: Το κλινικό περιστατικό αφορά γυναίκα υπερήλικα η οποία διακομίστηκε στο ΤΕΠ με εικόνα εντερικής απόφραξης και ψηλαφητή μάζα μηροβουβωνικά, ως επί πιθανής περισφιγμένης μηροκήλης. Η αξονική σε επείγουσα βάση ανέδειξε εικόνα ειλεού, κήλη δεξιά, με πιθανή απεικονιστική διάγνωση "μηροκήλη". Η ασθενής οδηγήθηκε επείγοντως στη χειρουργική αίθουσα όπου αρχικά με τοπική αναισθησία και βουβωνική τομή διαπιστώθηκε παρουσία κοπρανώδους περιεχομένου. Η ασθενής υποβλήθηκε σε γενική αναισθησία με ταχεία εισαγωγή (RSI). Δε διαπιστώθηκε μηροκήλη μετά τον έλεγχο του μηριαίου δακτυλίου, γεγονός που οδήγησε σε ενδελεχή διερεύνηση της περιοχής και ανάδειξη περίσφιξης του λεπτού εντέρου κατά το θυροειδές τρήμα σύστοιχα. Εν συνεχεία, διενεργήθηκε μέση υπομφάλιος τομή, ενδελεχής έλεγχος σε όλο το μήκος του λεπτού εντέρου και του παχέος μέχρι την ορθοσιγμοειδική συμβολή, τμηματική εντερεκτομή του πάσχοντος τμήματος, και εντεροεντερική αναστόμωση με ευθύγραμμο κοπτοράπτη. Η ασθενής αποσωληνώθηκε, αφυπνίσθηκε, είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και έλαβε εξιτήριο την 4η μετεγχειρητική ημέρα σε λειτουργική κατάσταση. Στην επαναληπτική αξιολόγηση 1 μήνα μετεγχειρητικά, παρέμενε λειτουργική.

Συμπεράσματα: Παρότι δεν είναι συχνές, οι κήλες του θυροειδούς τρήματος μπορεί να είναι ιδιαίτερα απειλητικές για την ζωή. Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, είναι σύνηθες να διαλάθουν την κλινική εξέταση αλλά και να συγχέονται στις απεικονιστικές εξετάσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι σημαντική η κοιλιακή προσπέλαση έναντι της μηροβουβωνικής τομής για την καλύτερη έκθεση, την ανάταξη της κήλης, και την αποφυγή τραυματισμού ευγενών δομών.



E.A.5

ΚΑΤΑΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΗΛΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ 2016-2023 ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

**Ανδρέας Δαφνής, Μαρία Ηγουμενίδη, Κλαούντια Αθητάκη, Μάρκος Μανώλαρος,
Ευγενία Τζιάβα, Κλαίρη Αμπντίν, Νικόλαος Τάσσης, Σαράφη Αικατερίνη, Θεόδωρος Τσιρλης,
Αρης Πλαστηρας, Αικατερίνη Λεβέντη, Ηρακλής Κατσούλης**

Χειρουργική Ογκολογική Κλινική ΑΟΝΑ ΑΓ ΣΑΒΒΑΣ

Σκοπός: Η περίληψη της συγκεκριμένης εργασίας αποτυπώνει την εμπειρία της λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης κηλών κοιλιακού τοιχώματος στη προηγούμενη επταετία στο Ογκολογικό νοσοκομείο των Αθηνών. Τα περιστατικά είναι πεπερασμένα και υπολείπονται σε προτεραιότητα λόγω ειδικότητας νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένων ογκολογικών και μη ασθενών.

Υλικό Μέθοδος: Την περίοδο 2016-2023 πραγματοποιήθηκαν 123 λαπαροσκοπικές επεμβάσεις κήλης. Συγκεκριμένα πρόκειται για 58 TAPP λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης βουβωνοκήλης, 14 TEP και 51 IPOM μετεγχειρητικών κηλών κοιλιακού τοιχώματος. Σημειωτέον, 34 και 6, εκ των TAPP και TEP, ήταν αμφοτερόπλευρες. Αριθμητικά, πρόκειται για 93 άνδρες και 40 γυναίκες από 23 έως 78 ετών με μ.ο ηλικίας τα 56,7 έτη. Αξίζει να σημειωθεί ότι επιμεριστικά η αναλογία φύλου Α/Γ για τις ανωτέρω επεμβάσεις ήταν για τη Lap TAPP 54/18, LAP TEP 14/0 ΚΑΙ LAP IPOM 13/38. Ο μέσος χρόνος επέμβασης ήταν 79 λεπτά με ελεγχόμενη απώλεια αίματος. Σε όλες τις επεμβάσεις χρησιμοποιήθηκε συγκεκριμένος τύπος πλέγματος και η στήριξη πραγματοποιήθηκε με απορροφήσιμα ράμματα, πλήν της Lap TEP που επιλέχθηκε μη στήριξη πλέγματος.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος νοσηλείας ήταν 1,15 ημέρες με μια υπεροχή παραμονής πέραν της μια νυκτός των ασθενών που υπεβλήθησαν σε IPOM. Μετατροπή σε λαπαροτομία ή ανοιχτή επέμβαση δεν έχει καταγραφεί. Υποτροπή εμφανίστηκε σε τέσσερις ασθενείς με IPOM, έναν ασθενή με TAPP και καμία εκ των lap TEP όπως προκύπτει από τα τηρούμενα αρχεία. Επανεπέμβαση χρειάστηκε μόνο σε μια γυναίκα κατόπιν LAP IPOM λόγω περιτονίτιδας.

Συμπεράσματα: Ο μετεγχειρητικός πόνος ήταν ελεγχόμενος με ήπια δόση αναλγητικών και οι ασθενείς έτυχαν γρήγορης κινητοποίησης και αρίστου αισθητικού αποτελέσματος χωρίς την ανάγκη διενέργειας τομών. Η μέθοδος είναι ασφαλής με αποδεκτά θετικά αποτελέσματα κινητοποίησης, απουσίας διαπυήσεων, μειωμένου μετεγχειρητικού άλγους και σε επιλεγμένα περιστατικά χωρίς την ανάγκη νοσηλείας.



E.A.6

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ορέστης Ιωαννίδης, Κωνσταντίνος Σιώζος, Ελισσάβητ Ανεστιάδου, Κωνσταντίνος Ζαφαλής, Σάββας Συμεωνίδης, Στέφανος Μπιτσιάνης, Βασίλειος Φουτσιτζής, Μανούσος-Γεώργιος Πραματευτάκης, Δημήτριος Κυζιριδης Νικόλαος Ουζουνίδης, Σταμάτιος Αγγελόπουλος

Δ' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

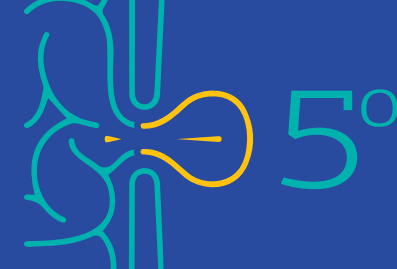
Εισαγωγή: Η διαπύση του πλέγματος στην αποκατάσταση μετεγχειρητικών κηλών αποτελεί μια σπάνια, αλλά δυνητικά καταστροφική επιπλοκή, η οποία μπορεί να εμφανιστεί ακόμα και χρόνια μετά την τοποθέτηση του πλέγματος.

Σκοπός: Η παρουσίαση μιας σειράς περιστατικών όπου παρατηρήθηκε οξεία λοίμωξη πλέγματος όπου η αντιμετώπιση της έγινε με σύστημα αρνητικής πίεσης,

Υλικό και Μέθοδοι: Εντός της τελευταίας 5 ετίας αντιμετωπίστηκαν εντός της κλινικής μας συνολικά 143 ασθενείς με μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες. Σε όλους τους ασθενείς τοποθετήθηκε πλέγμα στην αποκατάσταση. Στο 84,6 % το πλέγμα τοποθετήθηκε onlay. Απο αυτούς, 8 ασθενείς εμφάνισαν οξεία λοίμωξη πλεγματος. (5 γυναίκες και 3 άντρες,). Μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 57,5κ έτη. Σε 4 από αυτούς είχε γίνει χρήση πλέγματος πολυβυνιλιδενικού φθοριου, σε 2 πλέγματος πολύ-4-υδροξυβουτυριου, σε 1 χρησιμοποιήθηκε πλέγμα prolene-titanium, ενώ σε 1 χρησιμοποιήθηκε βιολογικό πλέγμα. Όλοι οι αναφερόμενοι ασθενείς εμφάνιζαν συννοσηροτητες Η διαπύση του πλέγματος εμφανίστηκε κατά μέσο όρο επείτα από 13. 5 ημέρες, και σε όλες τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε σύστημα αρνητικής πίεσης για την αντιμετώπιση τους σε συνδυασμό με αντιβιοτική αγωγή, η οποία αρχικά ήταν εμπειρική(αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό ή σιπροφλοξασίνη με μετρονιδαζόλη) και στην συνέχεια βάσει καλλιέργειών. Οι αλλαγές του συστήματος αρνητικής πίεσης γίνονταν ανα τρεις ημέρες. Μέσος όρος της διάρκειας της θεραπείας ήταν οι 97 ημέρες.

Αποτελέσματα: Από τους οκτώ ασθενείς, στους επτά η διαπύση του πλέγματος αντιμετωπίστηκε ικανοποιητικά με το σύστημα αρνητικής πίεσης, ενώ μόνο σε μία περίπτωση η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή του συστήματος αρνητικής πίεσης στην αντιμετώπιση της οξείας λοίμωξης του πλέγματος, βάσει της εμπειρίας της κλινικής μας, φαίνεται να αποφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, όσον αφορά την διάρκεια αλλά και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τόσο για βιολογικά όσο και για συνθετικά πλέγματα.



E.A.7

ΜΕΛΕΤΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΟΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΕΒΛΗΘΗΣΑΝ ΣΕ ΛΑΠΑΡΟΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΟΛΙΚΗ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ (ΤΕΡ) ΥΠΟ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Ιωάννης Μαμαλούδης¹, Κυριακή Μπαξεβανίδου¹, Αλέξανδρος Βαλαρούτσος¹,
Αλέξανδρος Τσιμπονίδης¹, Κωνσταντίνος Πράτσας², Μεταξία Μπαρέκα²,
Ελένη Αρναούτογλου², Γεώργιος Τζοβάρας¹**

¹ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Χειρουργική Κλινική

² Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Αναισθησιολογική Κλινική

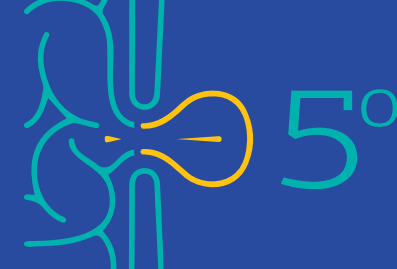
Εισαγωγή: Η τεχνική ΤΕΡ αποτελεί μία από τις πλέον αποδεκτές μεθόδους στην αποκατάσταση των βουβωνοκηλών, που προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως είναι ο μικρότερος μετεγχειρητικός πόνος, λιγότερα ποσοστά τοπικών υποτροπών και πρόωρη επιστροφή στις εργασιακές δραστηριότητες.

Σκοπός: Να μελετηθεί ο μετεγχειρητικός πόνος στους ασθενείς με βουβωνοκήλη, που υποβάλλονται στην τεχνική ΤΕΡ χωρίς την καθήλωση του πλέγματος.

Μέθοδος: Κατά το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος 2022- Δεκέμβριος 2023 αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας δεκαοχτώ (18) ασθενείς με τη μέθοδο ΤΕΡ (Άντρες/ Γυναίκες 13/5). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν γενική αναισθησία. Είχαμε δύο μετατροπές της επέμβασης, μία σε TAPP και μία σε ανοιχτή προσπέλαση. Η πρόσβαση στον εξωπεριτοναϊκό χώρο διενεργήθηκε με την χρήση μπαλονιού. Χρησιμοποιήθηκαν 3 τροκάρ: ένα των 10mm δια του ομφαλού για την χρήση της κάμερας, και άλλα δύο τροκάρ των 5mm κάτωθεν του ομφαλού στην μέση γραμμή. Σε όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε τεχνική tension free με τοποθέτηση πλέγματος 10x15mm, προσχεδιασμένο ανατομικό τρισδιάστατο πλέγμα από μονόκλωνο πολυπροπυλένιο (Dextile, Mentonic). Σε καμία περίπτωση δεν έγινε χρήση tack καθήλωσης. Σε όλους τους ασθενείς γινόταν μετεγχειρητικά παρακολούθηση του πόνου με την μέθοδο VAS score το 1^ο και 7^ο 24ωρο, στον ένα μήνα και στο 6μηνο, καθώς και καταγραφή των επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν τα 85 λεπτά. Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης είναι οι 5 μήνες. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν εξιτήριο εντός 24 ωρών. Κανένας δεν παρουσίασε μείζονα επιπλοκή ή υποτροπή. Το πρώτο 24ώρο είχαμε VAS =1, στις 7 μέρες VAS=1, στο ένα μήνα VAS=0 και στους 6 μήνες VAS=0.

Συμπεράσματα: Η τεχνική ΤΕΡ είναι μία απαιτητική τεχνική με σημαντική καμπύλη εκμάθησης. Η τεχνική αυτή χωρίς την χρήση καθηλωτικών tack έχει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα για τον άμεσο μετεγχειρητικό πόνο αν και το δείγμα και το χρονικό διάστημα της μετεγχειρητικής παρακολούθησης είναι μικρό.



E.A.8

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΗΛΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΩΣ ΤΥΧΑΙΑ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΚΤΩ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΩΝ ΣΕ ΠΟΛΥΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΒΙΝΤΕΟ

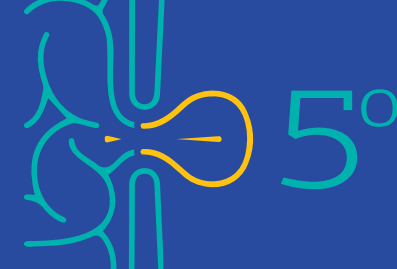
Αριστοτέλης Κεχαγιάς MD PhD FACS, Γεώργιος Κιρκιλέσης MD, Νεοκλής Κρητικός MD PhD MSc

Θ' Χειρουργική Κλινική, Metropolitan General

Σκοπός: Οι Διαφραγματικές Κήλες είναι εν γένει σπάνιες και σε ποσοστό άνω του 95% αφορούν τις οπισθοπλάγιες κήλες (Bochdalek), ενώ το 2% αντιστοιχεί σε κήλες Morgagni με πρόσθιο χάσμα. Οι κήλες του Κεντρικού Τένοντα του Διαφράγματος (ΚΚΤΔ) είναι εξαιρετικά σπάνιες στον ενήλικα και διαγιγνώσκονται στην βρεφική ηλικία. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού και βίντεο λαπαροσκοπικής αποκατάστασης με πλέγμα ευμεγέθους ΚΚΤΔ που ανευρέθηκε τυχαία κατά την διάρκεια επέμβασης αποκατάστασης οκτώ κοιλιοκήλων σε πολυχειρουργημένη ενήλικα ασθενή.

Παρουσίαση Περιστατικού: Υπέρβαρη ασθενής 66 ετών προγραμματίστηκε για επέμβαση πολλαπλών κοιλιοκήλων σε όλη την έκταση της κοιλίας με συμπτώματα κυρίως από μετεγχειρητική παραομφαλοκήλη καθώς και απροσδιόριστου αισθήματος βάρους οπισθίως της περιοχής των δεξιών κάτω πλευρών. Το χειρουργικό ιστορικό περιλάμβανε ανοικτή χολοκυστεκτομή και σκωλικοειδεκτομή, πολλαπλά λαπαροσκοπικά γυναικολογικά και ουρο-γυναικολογικά χειρουργεία, και δύο επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης. Δεν είχε υπάρξει πρωτύπο χειρουργικό ή άλλο τραύμα στην περιοχή του διαφράγματος ή κάποιο ατύχημα. Η αξονική τομογραφία έδειξε συνολικά 8 κοιλιοκήλες. Παρουσιάζουμε βίντεο με παρασκευή των κηλών και τυχαία ανεύρεση Κήλης του Κεντρικού Τένοντα του Δεξιού Ημιδιαφράγματος > 7 εκατοστών με περιεχόμενο περιεχόμενο κοιλιακού λίπους μετατοπισμένου εντός του θώρακα. Παρουσιάζεται η ανάταξη του λίπους, μερική θωρακοσκόπηση, και η διόρθωση της κήλης με πλέγμα διπλής όψης 15x15. Η καθήλωση επετεύχθη με απορροφήσιμες λαπαροσκοπικές ακίδες. Ομοίως και η διόρθωση των λοιπών κηλών με πολλαπλά πλέγματα και τεχνική IPOM. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή με εξιτήριο στις 48 ώρες. Ο μετεγχειρητικός επανέλεγχος της αξονικής εντόπισε την περιοχή της ΚΚΤΔ. Σε τρεις μήνες παρακολούθησης η ασθενής είναι ασυμπτωματική.

Συμπέρασμα: Η ΚΚΤΔ είναι μία πολύ σπάνια περίπτωση διαφραγματικής κήλης η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί με ελάχιστα επεμβατική τεχνική και χρήση πλέγματος διπλής όψης. Η περιοχή του διαφράγματος πρέπει να ελέγχεται σχολαστικά στην προεγχειρητική απεικόνιση για πιθανή κήλη ή έλλειμμα σε ασθενείς παχύσαρκους, πολυχειρουργημένους, ή με πολλαπλές κήλες/κοιλιοκήλες.



E.A.9

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ – Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Θεογνωσία Ιωάννου, Αλέξανδρος Χαμζίν¹, Κατερίνα Στυλιανάκη, Αλεξάνδρα Τριανταφύλλου, Γεώργιος Γαλύφρος, Νικόλαος Μιχαλόπουλος, Κωνσταντίνος Τούτουζας, Δημήτριος Θεοδώρου

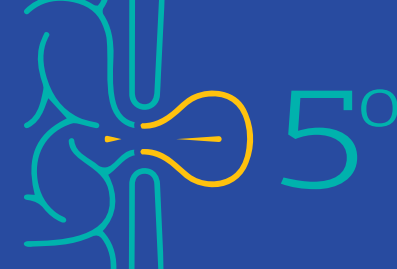
¹Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

Σκοπός: Η επιτυχημένη επιδιόρθωση της βουβωνοκήλης έγκειται κυρίως στον μετεγχειρητικό χρόνιο πόνο και την υποτροπή της κήλης. Στην παρούσα μελέτη αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί το τηλεφωνικό ερωτηματολόγιο – PING-phone – για την μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών μετά από λαπαροσκοπική επιδιόρθωση βουβωνοκήλης και έγινε καταγραφή της αποτελεσματικότητας της λαπαροσκοπικής αποκατάστασης της βουβωνοκήλης στην κλινικά μας.

Υλικά και Μέθοδος: Καταγράφηκαν προοπτικά ασθενείς της Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ Ιπποκράτειο που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική αποκατάσταση βουβωνοκήλης - ΤΕΡ. Κατά τον επανέλεγχο των ασθενών χρησιμοποιήθηκε το τηλεφωνικό ερωτηματολόγιο – PING-phone – το οποίο απαρτίζεται από 3 ερωτήσεις και μια που καλείται ο ασθενής να πραγματοποιήσει δοκιμασία Valsalva. Επίσης, ζητήθηκε στους ασθενείς να βαθμολογήσουν τον πόνο την 1η μετεγχειρητική μέρα, 3 και 6 μήνες μετά το χειρουργείο.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 100 ασθενείς στην μελέτη εκ των οποίων οι 5 είχαν θετική απάντηση και προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία για την συνέχιση του επανελέγχου τους διαπροσωπικά. Με αυτόν τον τρόπο 95 ασθενείς αποτράπηκαν να προσέλθουν στο νοσοκομείο για τον επανέλεγχο. Ανιχνεύθηκαν μόνο 2 υποτροπές βουβωνοκήλης, Οι 95 ασθενείς ανέφεραν ότι ο πόνος ήταν ανύπαρκτος 3 μήνες μετά το χειρουργείο ενώ οι 5 θετικές απαντήσεις παραπονέθηκαν για αίσθημα πόνου. Στους 6 μήνες οι 97 ασθενείς ανέφεραν μηδενικό πόνο και μόνο οι 3 ασθενείς παραπονέθηκαν για ενοχλήσεις. Το ερωτηματολόγιο αποδείχθηκε να είναι φιλικό προς τους χρήστες και γρήγορο, με μέσο χρόνο συμπλήρωσης γύρω στα 5 λεπτά.

Συμπεράσματα: Το ερωτηματολόγιο αποδεικνύεται ως ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για τον επανέλεγχο της λαπαροσκοπικής επιδιόρθωσης της βουβωνοκήλης. Η χρήση του μειώνει τον αριθμό των ασθενών που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία για παρακολούθηση. Η μειωμένη συχνότητα υποτροπής και ο μειωμένος μετεγχειρητικός πόνος είναι πολύ υποσχόμενα αποτελέσματα και αισιόδοξα για την λαπαροσκοπική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης στην κλινική μας.



E.A.10

ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΟΠΙΣΘΟΜΥΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ (ROBOTIC ETÉR RIVES STOPPA)

Χαράλαμπος Σπυρόπουλος¹, Ανδρέας Αντωνόπουλος¹, Ρόζα Μακρή¹, Κωνσταντίνος Τσιμιδάκης¹

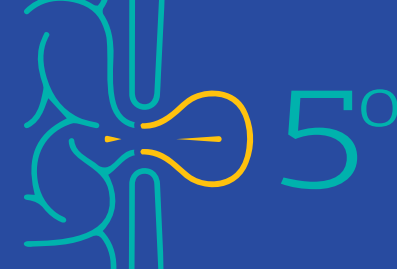
¹Γ' Χειρουργική Κλινική Metropolitan General

Σκοπός: Η τεχνική της εκτεταμένης εξωπεριτοναϊκής αποκατάστασης (eTEP repair) περιγράφηκε αρχικά για τη λαπαροσκοπική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης και αργότερα εφαρμόστηκε στη λαπαροσκοπική αποκατάσταση των κοιλιοκήλων. Η χρήση της ρομποτικής τεχνολογίας επέτρεψε την ευκολότερη εφαρμογή της τεχνικής, τόσο σε πρωτοπαθείς όσο και πιο σύνθετες κοιλιοκήλες, κάθε μεγέθους. Οπου είναι αναγκαίο, η τεχνική eTEP Rives-Stoppa (eRS) μπορεί να συνδυαστεί με την τεχνική απελευθέρωσης του εγκάρσιου κοιλιακού μυός - eTEP transversus abdominis release (eTEP - TAR).

Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζονται σε βιντεο-προβολή, τα στάδια μίας ρομποτικής εξωπεριτοναϊκής αποκατάστασης κατά Rives-Stoppa (eTEP repair) σε μία γυναίκα 56 ετών, με επιγαστρική κήλη. Περιγράφονται τα βασικά στάδια της επέμβασης, η παρασκευή των οπισθομυικών και προπεριτοναϊκών διαμερισμάτων, η ανάταξη του περιεχομένου της κήλης, η σύγκλειση του προσθίου και οπισθίου πετάλου και η τελική αποκατάσταση με τη χρήση πλέγματος πολυπροπυλενίου 20 x 20 εκ. Το ρομποτικό σύστημα που χρησιμοποιήθηκε είναι το σύστημα DaVinci Xi[®].

Η διάρκεια της επέμβασης ήταν 100 λεπτά (console time). Η απώλεια αίματος ήταν 20 cc. Δεν τοποθετήθηκαν παροχετεύσεις. Η ασθενής κινητοποιήθηκε άμεσα μετεγχειρητικά, έλαβε υδρική διατροφή εντός 4 ωρών, δεν έλαβε οπιοειδή για αναλγησία και εξήλθε του νοσοκομείου εντός 24 ωρών. Η ασθενής βρίσκεται σε follow-up 8 μηνών, χωρίς κλινικά σημεία υποτροπής.

Συμπέρασμα: Η χρήση της ρομποτικής τεχνολογίας έχει σημαίνουσα θέση στην σύγχρονη αποκατάσταση των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος. Επιτρέπει την αρμονική αποκατάσταση των κοιλιοκήλων με την εφαρμογή των πιο σύγχρονων χειρουργικών τεχνικών και της οπισθομυικής τοποθέτησης του πλέγματος, συνδυάζοντας τα οφέλη της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής, τόσο για τον ασθενή όσο και για τον χειρουργό.



E.A.11

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ LIRA (LAPAROSCOPIC INTRACORPOREAL RECTUS ARONEUROPLASTY): ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

**Ειρήνη Μπουρμπουτέλη¹, Ιωάννης Σιάννης¹, Φωτεινή Στέφου¹, Αριάδνη Τσιάκα¹,
Στυλιανή-Αικατερίνη Βεδεράκη¹, Φώτιος Κυραμαργιός¹, Νικόλαος Ζαμπίτης¹, Αθανάσιος Μαρίνης¹**

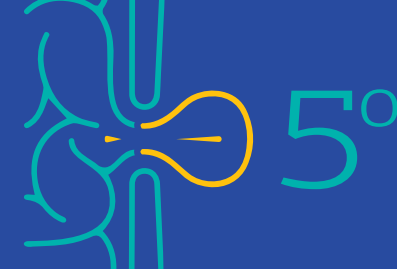
¹Γ Χειρουργική Κλινική/Τζάνειο Νοσοκομείο

Σκοπός: Η σύγκλιση του κηλικού χάσματος στη λαπαροσκοπική αποκατάσταση των κοιλιοκηλών έχει ως στόχο την μείωση εμφάνισης σερώματος, την βελτίωση της λειτουργικότητας του κοιλιακού τοιχώματος και την ελάττωση του bulging. Παρολαυτά, η σύγκλιση του χάσματος προκαλεί τάση, με αποτέλεσμα περισσότερο μετεγχειρητικό άλγος και αυξημένη πιθανότητα υποτροπής της κήλης. Στην εργασία αυτή παρουσιάζουμε την αρχική μας εμπειρία από τη νέα τεχνική LIRA (laparoscopic intracorporeal rectus aroneuroplasty).

Υλικό-Μέθοδος: Η τεχνική LIRA αφορά στη επιμήκη διατομή του οπισθίου πετάλου των ορθών κοιλιακών αμφοτερόπλευρα πλησίον του κηλικού χάσματος και την συρραφή των κρημών επί του κηλικού χάσματος χωρίς τάση. Επιπρόσθετα, τοποθετείται ενδοπεριτοναϊκό πλέγμα. Η αρχική εμπειρία μας αφορά 5 γυναίκες ασθενείς με μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες με κηλικά χάσματα μικρότερα από 10εκ.

Αποτελέσματα: Πέντε γυναίκες με μέση ηλικία 75,6 έτη με μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες και κηλικά χάσματα με μέσο μέγεθος 4,2εκ. πλάτος και 5,4εκ. μήκος υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική αποκατάσταση με την τεχνική LIRA. Σε 3 ασθενείς χρησιμοποιήθηκε συνεχές ράμμα Maxon loop no 1, σε μια Stratafix no1 και σε μια οκτοειδείς ραφές με PDS no2, με αποτέλεσμα την πλήρη σύγκλιση του κηλικού χάσματος χωρίς τάση. Σε όλες τις περιπτώσεις τοποθετήθηκε ενδοπεριτοναϊκό πλέγμα διπλής όψης και καθηλώθηκε με ειδικούς αγκιήρες. Ο μετεγχειρητικός πόνος ήταν μικρός τόσο άμεσα μετεγχειρητικά (μέσο VAS 4), όσο και στο πρώτο μήνα (μέσο VAS 1,1). Σε καμία ασθενή δεν αναπτύχθηκε ύγρωμα και σε διάστημα παρακολούθησης δυο ετών δεν παρατηρήθηκε καμία υποτροπή.

Συμπέρασμα: Η νέα τεχνική LIRA αποτελεί μια ασφαλή εναλλακτική προσέγγιση σε ασθενείς με κοιλιοκήλες μέχρι 10εκ, σε σχέση με την τεχνική διαχωρισμού Component Separation (κλασική ή ενδοσκοπική). Η σύγκλιση του κηλικού χάσματος επιτυγχάνεται χωρίς τάση, γεγονός που αντανακλάται στον μικρότερο μετεγχειρητικό πόνο και την ελάττωση της υποτροπής.



E.A.12

Η ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΗΛΗΣ SPIEGEL ΜΕ ΤΙΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ VTAPP ΚΑΙ IPOM PLUS

**Φωτεινή Στέφου¹, Ειρήνη Μπουρμπουτέλη¹, Γεώργιος Μπεκάκος¹, Ιωάννης Σιάννης¹,
Στυλιανή-Αικατερίνη Βεδεράκη¹, Αθανάσιος Μαρίνης¹**

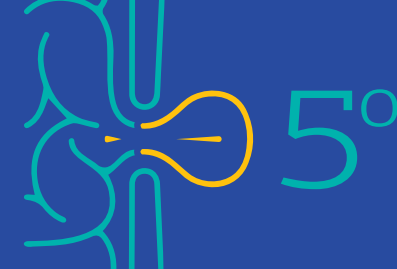
¹Γ' Χειρουργική Κλινική/Τζανειο Νοσοκομείο

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας στη λαπαροσκοπική αποκατάσταση κήλης Spiegel την τελευταία 2ετία.

Υλικό & Μέθοδος: Αντιμετωπίστηκαν λαπαροσκοπικά 4 περιστατικά κήλης Spiegel, που αφορούσαν σε 1 γυναίκα & 3 άνδρες φυσιολογικού BMI, μέσης ηλικίας 72 ετών. Η μια εντοπιζόταν δεξιά & οι υπόλοιπες 3 αριστερά, ήταν συμπτωματικές, χωρίς αναφερόμενο επεισόδιο περισφιξης, ενώ είχαν μέση διάμετρο κηλικού χάσματος 2cm. Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός, ότι όλοι οι ασθενείς πλην ενός, είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε αποκατάσταση άλλης κήλης, ενώ παράλληλα δεν ανέφεραν ιστορικό παθολογικών καταστάσεων που προκαλούν αύξηση ενδοκοιλιακής πίεσης.

Αποτελέσματα: Και στα τέσσερα περιστατικά χρησιμοποιήθηκε πλέγμα πολυπροπυλενίου, η καθήλωση του οποίου έγινε είτε με μονόκλωνο ράμμα βραδείας απορρόφησης ή με απορροφήσιμους αγκτήρες. Σε τρεις περιπτώσεις ακολουθήθηκε προπεριτοναϊκή αποκατάσταση (vTAPP) & σε μία ενδοπεριτοναϊκή (IPOM plus). Σε όλους τους ασθενείς συγκλείστηκε το κηλικό χάσμα. Σε 2 ασθενείς το πλέγμα καθλώθηκε με αγκτήρες και στους άλλους 2 με ράμματα. Όλοι οι ασθενείς είχαν ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία με μονοήμερη νοσηλεία. Ικανοποιητική αναλγησία επετεύχθη με χορήγηση απλών αναλγητικών. Σε follow-up κατά την αφαίρεση των ραμμάτων 10 ημέρες μετά την επέμβαση, οι ασθενείς ήταν πλήρως κινητοποιημένοι χωρίς αναφερόμενα ενοχλήματα, ούτε την εμφάνιση υγρώματος.

Συμπεράσματα: Η κήλη Spiegel είναι αρκετά σπάνια, με ποσοστό 0,12-2% του συνόλου των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος. Συνηθέστερα αφορά σε άτομα άνω των 60 ετών & κυρίως γυναίκες. Στο μικρό δείγμα ασθενών που παραθέτουμε δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην ποιότητα ζωής μετεγχειρητικά, που να σχετίζεται με την τεχνική που επελέγη. Παρόλα αυτά σε μελέτες ποιότητας ζωής που απαντώνται στην διεθνή βιβλιογραφία & συγκρίνουν την vTAPP με την IPOM αποκατάσταση, η πρώτη τείνει να υπερτερεί έναντι της δεύτερης, αφήνοντας όμως στην κρίση του χειρουργού την επιλογή της τεχνικής με τη οποία είναι περισσότερο εξοικειωμένος.



E.A.38

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ FASCIOTENS HERNIA®. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗΣ

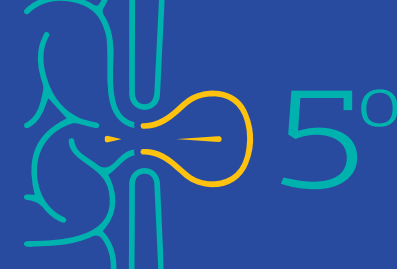
**Ευριπίδης Ευθυμίου, Αλέξανδρος Σαρακατσάνος, Αικατερίνη Γκουτούλα, Κωνσταντίνος Τσάντος,
Μαρία Δρογούτη, Μιχαήλ Αλατσάκης, Ιωσήφ Χατζής**

Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

Σκοπός: Η πολυπλοκότητα και η αυξανόμενη επίπτωση των μετεγχειρητικών κοιλιοκηλών οδήγησαν τη χειρουργική κοινότητα στην ανάπτυξη χειρουργικών τεχνικών μείωσης της τάσης και ανακατασκευής του κοιλιακού τοιχώματος. Η μέθοδος της αποκατάστασης κοιλιοκηλών με τη χρήση διεγχειρητικής τάσης με τη συσκευή Fasciotens Hernia® είναι μια καινοτόμος τεχνική που επιτρέπει την πρωτογενή σύγκλειση των κοιλιακών τοιχωμάτων, αποφεύγοντας τις επιπλοκές περίπλοκων διαχωρισμών των στοιχείων. Η παρούσα εργασία παρουσιάζει τη χειρουργική τεχνική και την αρχική εμπειρία του τμήματος στη μέθοδο.

Παρουσίαση Περιστατικού: Πρόκειται για θήλυ ασθενή 62 ετών η οποία παρουσιάστηκε με συμπτωματική μετεγχειρητική κοιλιοκήλη. Από το ατομικό αναμνηστικό σημειώνονται νοσογόνος παχυσαρκία (BMI 48 kg/m²), υπνική άπνοια, κατάθλιψη, ολική υστερεκτομή μετ' εξαρτημάτων και μετάχρονος λεμφαδενικός καθαρισμός λόγω καρκίνου ενδομητρίου καθώς και επείγουσα λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή λόγω οξείας γαγγραινώδους χολοκυστίτιδας. Οδηγήθηκε στο χειρουργείο μετά από απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία καθώς και προσπάθεια προεγχειρητικής βελτιστοποίησης με απώλεια βάρους και πνευμονολογική παρακολούθηση. Διεγχειρητικά ανευρέθησαν τρεις μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες, με εγκάρσια διάμετρο 10cm, 2cm και 2cm, καθώς και μικρή ομφαλοκήλη. Παρασκευάστηκαν οι κηλικοί σάκοι από το υποδόριο (χωρίς είσοδο στην περιτοναϊκή κοιλότητα) καθώς και τα οπισθομυϊκά πλάνα των ορθών κοιλιακών μυών. Έγινε πρωτογενής σύγκλειση των οπισθίων πετάλων και τοποθέτηση πλέγματος PVDF κατηγορίας Ia κατά Klinge, διαστάσεων 14x28cm οπισθομυϊκά. Κατόπιν, εφαρμόστηκε συσκευή Fasciotens Hernia® στα πρόσθια απονευρωτικά πέταλα για χρονικό διάστημα 45 λεπτών με μείωση του χάσματος στα 3cm και τελικά σύγκλειση του με συνεχή ραφή. Η ασθενής ενδονοσοκομειακά επεπλάκη με λοίμωξη αναπνευστικού, ενώ κατά τον επανέλεγχο διαπιστώθηκε επιπλοκή λοίμωξη χειρουργικού πεδίου χωρίς προσβολή του πλέγματος, η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με μηχανικό καθαρισμό τραύματος σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου.

Συμπεράσματα: Η χρήση του Fasciotens Hernia® παρουσιάζει εναλλακτική των περίπλοκων τεχνικών διαχωρισμού των κοιλιακών τοιχωμάτων για την αποκατάσταση ευμεγθών κοιλιοκηλών και με ενδιαφέρον αναμένονται τα μακροχρόνια αποτελέσματα μεγάλων σειρών σε προοπτικό επίπεδο.



E.A.52

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΩΝ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΩΝ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΩΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΩΝ ΚΡΗΜΝΩΝ (PERITONEAL FLAPS HERNIOPLASTY). ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ 3 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ευριπίδης Ευθυμίου¹, Κωνσταντίνος Πεϊδης¹, Παρθένα Σαμαρά¹, Μαρία Δρογούτη¹, Δημήτριος Δαμάσκος², Χαράλαμπος Μίρελης¹, Μιχαήλ Αλατσάκης¹, Ιωσήφ Χατζής¹

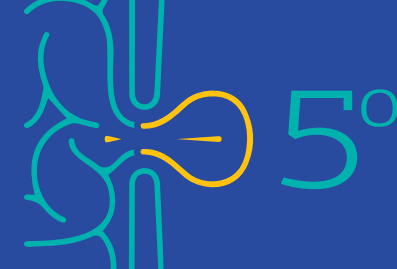
¹ΓΝΘ "Ο Άγιος Δημήτριος"

²Royal Infirmary of Edinburgh

Σκοπός: Η ανακατασκευή του κοιλιακού τοιχώματος παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια αξιοσημείωτη εξέλιξη και αποτελεί πλέον εξειδίκευση της γενικής χειρουργικής με μία πληθώρα επεμβάσεων, τεχνικών και πλεγμάτων να είναι πλέον διαθέσιμα. Πρόκληση αποτελούν οι περιπτώσεις στις οποίες είναι αδύνατη η πρωτογενής σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος, για τις οποίες είναι απαραίτητη κάποια τεχνική διαχωρισμού. Εναλλακτική λύση αποτελεί η αποκατάσταση του κοιλιακού τοιχώματος με περιτοναϊκούς κρημνούς, κατά την οποία ο κηλικός σάκος χρησιμοποιείται ως γεφύρωση και μέσο απομόνωσης του πλέγματος από τα ενδοκοιλιακά σπλάγχνα και το δέρμα. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται η τεχνική και η πρώιμη εμπειρία του τμήματος στη συγκεκριμένη μέθοδο.

Παρουσίαση Περιστατικών: Σε διάστημα εξαμήνου πραγματοποιήθηκαν στο Χειρουργικό Τμήμα του ΓΝΘ «Ο Άγιος Δημήτριος» οι τρεις πρώτες αποκατάστασεις κοιλιακού τοιχώματος με την τεχνική των περιτοναϊκών κρημνών. Πρόκειται για δύο άρρενες ασθενείς 86 και 88 ετών και μία θήλυ ασθενή 75 ετών, οι οποίοι παρουσιάστηκαν με σύνθετες μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες μέσης γραμμής και απώλεια λειτουργικού χώρου κοιλιακού τοιχώματος. Η τεχνική περιελάμβανε αφαίρεση της ουλής και μέση λαπαροτομία δια του κηλικού σάκου με παρασκευή και διαφύλαξη αυτού καθώς και περιορισμένη παρασκευή των απονευρωτικών ορίων της κήλης. Διενεργήθηκε περιορισμένη συμφυσιόλυση και είσοδος στη θήκη του ορθού κοιλιακού μυός με διατήρηση του σύστοιχου ημίσεος του σάκου στο πρόσθιο και το οπίσθιο απονευρωτικό πέταλο εκατέρωθεν της μέσης γραμμής προς δημιουργία των περιτοναϊκών κρημνών. Πραγματοποιήθηκε σύγκλειση των οπισθίων πετάλων με παρεμβολή του «οπίσθιου» κρημνού, τοποθέτηση πλέγματος PVDF κατηγορίας Ia κατά Klinge στον οπισθομυϊκό χώρο και σύγκλειση των πρόσθιων πετάλων με παρεμβολή του έτερου κρημνού. Τοποθετήθηκε μία παροχέτευση κενού εντός της θήκης και δεύτερη στο υποδόριο. Η νοσηλεία και των τριών ασθενών ήταν ανεπίπλεκτη ενώ κατά τον αρχικό επανέλεγχο δεν παρατηρείται πρώιμη υποτροπή.

Συμπεράσματα: Η συγκεκριμένη μέθοδος αποτελεί σύμφωνα με βιβλιογραφικά δεδομένα άριστη εναλλακτική αποκατάστασης ευμεγεθών κοιλιοκήλων. Τα ποσοστά υποτροπών και επιπλοκών είναι χαμηλά, ενώ είναι σχετικά απλή, επαναλήψιμη και ασφαλής.



ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II

E.A.13

ΕΙΛΕΟΣ ΑΠΟ ΠΕΡΙΣΦΙΞΗ ΕΝΤΟΣ ΚΗΛΗΣ ΤΟΜΗΣ ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗΣ ΚΑΙ ΒΙΝΤΕΟΠΡΟΒΟΛΗ

Μαρίνα Μαρία Αντωνάρακη¹, Μιχαήλ Σ. Κούρκουλος², Καφετζής Γεώργιος³, Κατράκης Ανδρέας⁴

¹Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

²Διευθυντής Χειρουργικής στο Τμήμα Παλινδρόμησης και Παχυσαρκίας της Ευρωκλινικής Αθηνών, Αθήνα

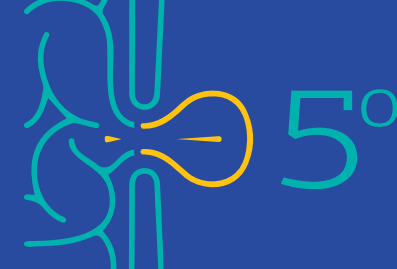
³Χειρουργός, Αθήνα

⁴Χειρουργός 251 ΓΝΑ, Αθήνα

Σκοπός: Συζήτηση περιστατικού με ειλεό που εμφανίζει περίσφιξη εντός κήλης τομής νεφρεκτομής με την αντίστοιχη βιντεοπροβολή.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 61 ετών. Έχει υποβληθεί σε δεξιά νεφρεκτομή προ δεκαπενταετίας και εμφάνισε μετεγχειρητική κήλη από δωδεκαετίας. Πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τύπου δύο και υπέρταση. Εισήχθη σε επείγουσα βάση με ειλεό. Η αξονική τομογραφία αποκάλυψε περίσφιξη εντός μετεγχειρητικής κήλης τομής της νεφρεκτομής. Υπεβλήθη σε λαπαροσκοπική ανάταξη του εντέρου, το οποίο κρίθηκε βιώσιμο και στη συνέχεια έγινε λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της κήλης. Ο ασθενής εντός σαρανταοκταώρου πήρε εξιτήριο χωρίς εγχειρητικές επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Ουσιαστικά το λαπαροσκοπικό χειρουργείο σε ειλεό από κήλη μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή μείζονος επέμβασης. Η κήλη πλαγίου κοιλιακού τοιχώματος μπορεί να αποκατασταθεί στην ίδια επέμβαση από το χειρουργό με κατάλληλη εμπειρία.



Ε.Α.14

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Σταυρούλα Παπαελευθερίου, Νικόλαος Κόχυλας, Κωνσταντίνος Μπίκας, Δημήτριος Μαγγανάς

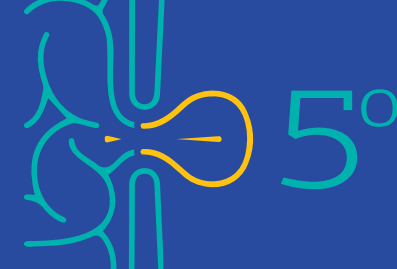
Δ' Χειρουργικό τμήμα, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Υπολογίζεται ότι περισσότερες από 300.000 επεμβάσεις αποκατάστασης κήλης του κοιλιακού τοιχώματος πραγματοποιούνται ετησίως στην Ευρώπη. Η αποκατάσταση με πλέγμα είναι η ενδεικνυόμενη στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Οι κυριότερες επιπλοκές από τη χρήση πλέγματος είναι η ανάπτυξη σερώματος και η διαπύση του πλέγματος.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν οι κοιλιοκήλες που χειρουργήθηκαν στην κλινική μας την περίοδο 2021-2023. Συνολικά 43 ασθενείς υπεβλήθησαν σε επέμβαση αποκατάστασης κοιλιοκήλης με πλέγμα. Επίσης 6 ασθενείς που είχαν χειρουργηθεί, είτε αλλαχού, είτε παλαιότερα, υπεβλήθησαν σε αφαίρεση πλέγματος.

Αποτελέσματα: Από τους 47, 5 ασθενείς ανέπτυξαν σέρωμα, 3 γυναίκες και 2 άνδρες. 1 αντιμετώπιστηκε συντηρητικά και 4 παροχετεύτηκαν διαδερμικά με χρήση υπερήχου. 1 ασθενής παρουσίασε διαπύση πλέγματος που οδήγησε σε αφαίρεσή του, 6 εβδομάδες μετά την αρχική τοποθέτηση και αντικατάσταση από βιολογικό πλέγμα. Από τους 6 ασθενείς που χειρουργήθηκαν εξ αρχής στο τμήμα μας για αφαίρεση πλέγματος, σε 3 τοποθετήθηκε βιολογικό πλέγμα και σε 3 δεν τοποθετήθηκε νέο πλέγμα.

Συμπεράσματα: Οι επιπλοκές εκ του πλέγματος είναι πάντα πιθανές, ανεξαρτήτως της τεχνικής και του είδους του πλέγματος που θα χρησιμοποιηθεί. Είναι πάντα επιτακτική η ανάγκη για σωστό optimizing του ασθενούς και σωστή χειρουργική τεχνική, ενώ συνεχίζεται η έρευνα για την ανάπτυξη του «τέλειου» πλέγματος.



E.A.15

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΗΣ ΚΗΛΗΣ ΠΑΡΑ ΤΟΝ ΨΟΪΤΗ (PARA-PSOAS HERNIA)

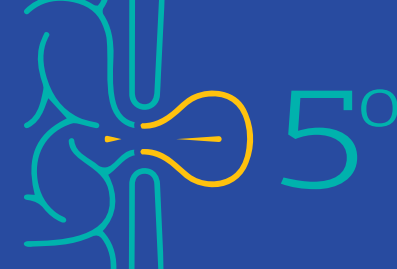
**Ουρανία Κερασίδου, Στέφανος Μπιτσιάνης, Κωνσταντίνος Ζαφαλής, Νούλα Καραστεργίου,
Δάφνη Καμπλιώνη, Σάββας Συμεωνίδης, Ορέστης Ιωαννίδης, Νικόλαος Ουζουνίδης,
Ευστάθιος Κωτίδης, Σταμάτιος Αγγελόπουλος**

*Δ' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτελείο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Γενικό Νοσοκομείο "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη*

Σκοπός: Η δημιουργία εσωτερικής κήλης στο πλάγιο όριο του ψοΐτη μυός (para-psoas hernia) αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια κλινική οντότητα, η οποία έχει περιγραφεί ως τυχαίο εύρημα κατά τη διάρκεια επεμβάσεων αποκατάστασης βουβωνοκήλης λαπαροσκοπικά και η οποία οφείλεται συνήθως σε προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση της πυέλου. Η εντερική απόφραξη, λόγω περισφιγμένης κήλης στο χάσμα που μπορεί να δημιουργηθεί παρά τον ψοΐτη, αναφέρεται από όσο γνωρίζουμε σε μόλις μια δημοσίευση διεθνώς. Θα περιγράψουμε τη διαχείριση ενός τέτοιου περιστατικού στην κλινική μας.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής άρρεν, 67 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας με αναφερόμενο κοιλιακό άλγος από πενθημέρου με συνοδούς εμέτους εντερικού περιεχομένου. Ο ασθενής δεν ανέφερε κανένα χειρουργείο κοιλιάς στο παρελθόν. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μετεωρισμένη κοιλιά με τυμπανικότητα και εντερικούς ήχους μεταλλικής χροιάς καθώς και ευαισθησία στην εν τω βάθει ψηλάφηση της κοιλιακής χώρας με συνοδό αναπηδώσα ευαισθησία. Ο εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε μια ήπια λευκοκυττάρωση με οριακά αυξημένη CRP και υπονατριαιμία. Διενεργήθηκε ακτινογραφία κοιλιάς σε όρθια θέση κατά την οποία αναδείχθηκαν υδραερικά επίπεδα σε έλικες λεπτού εντέρου αλλά και CT AKKO κατά την οποία αναγνωρίστηκε σημείο μετάπτωσης στο όριο νήσιδας και ειλεού με δύο σημεία ινωδών συμφύσεων, θέτοντας τη διάγνωση του αποφρακτικού ειλεού λόγω περισφιγμένης εσωτερικής κήλης. Άμεσα ο ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα διαγνωστική λαπαροσκόπηση κατά την οποία ανευρέθηκε χάσμα 2 cm περίπου στο έσω πλάγιο όριο του ψοΐτη μυός και των λαγόνιων αγγείων, μέσα στο οποίο υπήρχε περισφιγμένη έλικα λεπτού εντέρου (ειλεού) και διενεργήθηκε τμηματική εντερεκτομή (10 cm ειλεού) με πλαγιοπλάγια αναστόμωση. Έγινε επίσης σύγκλειση του χάσματος της κήλης με χρήση hemolocks και σιγμοειδοπηξία ύπερθεν αυτού προς αποφυγή υποτροπής. Ο ασθενής με ανεπίπλεκτα μετεγχειρητική πορεία έλαβε εξιτήριο την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπέρασμα: Η παρουσία εσωτερικής κήλης στο πλάγιο όριο του ψοΐτη μυός αποτελεί μια σπανιότατη κλινική οντότητα που μπορεί να οδηγήσει σε αποφρακτικό ειλεό. Καθώς η ανάδειξή της με τα κλινικοεργαστηριακά μέσα που διαθέτουμε είναι πολλές φορές δυσχερής, η επιλογή της άμεσης λαπαροσκόπησης πιθανώς να υπόσχεται καλύτερη διάγνωση, αντιμετώπιση και έκβαση.



Ε.Α.16

ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΛΟΞΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ (RTAPP) ΜΕ ΑΠΡΟΣΔΟΚΗΤΟ ΕΥΡΗΜΑ...ΟΥΡΗΤΗΡΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟΣ???

Γεώργιος Βλέτσος¹, Ιωάννης Σπυριδάκης¹, Δημήτριος Ράπτης¹, Χρήστος Νησωτάκης¹,
Μιχαήλ Μελισσηνός¹, Ιωάννης Καπίρης¹

¹251 ΓΝΑ

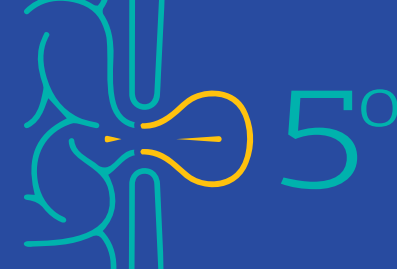


Σκοπός: Θα παρουσιάσουμε βιντεοπροβολή μιας ρομποτικής αποκατάστασης βουβωνοκήλης με ένα ενδιαφέρον εύρημα.

Υλικό & Μέθοδος: Ασθενής, άρρεν, 35 ετών υπεβλήθη σε rTAPP λόγω αριστερής λοξής βουβωνοκήλης.

Αποτελέσματα: Διεγχειρητικά αναγνωρίστηκε σωληνωτός σχηματισμός με περισταλτισμό στην περιοχή των σπερματικών αγγείων. Πρόκειται για ουρητήρα σε παράδοξη ανατομική θέση?

Συμπεράσματα: Οι ανατομικές παραλλαγές της πορείας του ουρητήρα είναι σπάνιες και παρουσιάσαμε μια τέτοια κατά την διάρκεια ρομποτικής αποκατάστασης βουβωνοκήλης.



E.A.17

ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΠΕΡΙΕΣΦΙΓΜΕΝΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΟΣΧΕΟΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

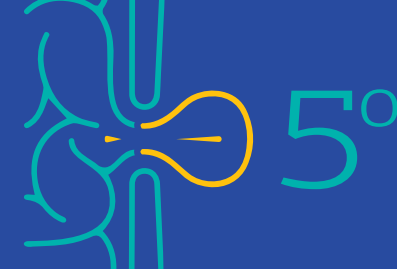
Ισμήνη Κουντούρη¹, Αφροδίτη Κοταρέλα¹, Δημήτριος Χατζήνας¹, Ιωάννης Κατσαρέλας¹, Νικόλαος Μπακάλης¹, Περικλής Δημάσης¹, Δρ Δήμητρα Μανωλακάκη¹

¹Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης

Σκοπός: Η ύπαρξη βουβωνοκήλης αποτελεί μια αρκετά συχνή πάθηση. Ωστόσο, η ύπαρξη ενός κακοήθου όγκου εντός του σάκου της βουβωνοκήλης που οδηγεί σε περίσφιξη και επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση είναι σχετικά σπάνια. Δεδομένου ότι μια τέτοια εμφάνιση είναι σπάνια και η διάγνωση γίνεται συνήθως διεγχειρητικά, δεν υπάρχει ακόμη συναίνεση σχετικά με την καλύτερη μέθοδο θεραπείας για τέτοιους ασθενείς. Σκοπός της εν λόγω εργασίας είναι η παρουσίαση μιας περίπτωσης ανεύρεσης έγκλειστου σιγμοειδικού καρκίνου του παχέος εντέρου σε σάκο περιεσφιγμένης αριστερής βουβωνοκήλης, που ανευρέθει διεγχειρητικά.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 80 ετών παρουσιάζεται στα επείγοντα της Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης αιτώμενος οξύ κοιλιακό άλγος και επώδυνη, μη ανατασσόμενη αριστερή οσχεοβουβωνοκήλη, από διημέρου. Κλινικά διαπιστώνεται η ύπαρξη ευμεγέθους περιεσφιγμένης αριστερής οσχεοβουβωνοκήλης και έντονη ευαισθησία στην κάτω κοιλία. Από τον απεικονιστικό έλεγχο προκύπτει η εικόνα ύπαρξης υδραερικών επιπέδων, ως επί ελλοού. Ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση, μέσω αριστερής βουβωνικής τομής, υπό ραχιαία αναισθησία. Πραγματοποιείται παρασκευή και διάνοιξη του κηλικού σάκου εντός του οποίου αναγνωρίζεται το σιγμοειδές κόλον, από το τοίχωμα του οποίου εξορμάται συμπαγές νεόπλασμα. Πραγματοποιήθηκε σιγμοειδεκτομή κατά Hartmann's. Ο ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε την ύπαρξη αδενοκαρκινώματος του σιγμοειδούς. Ο ασθενής ακολούθησε κύκλο χημειοθεραπειών και επανήλθε προγραμματισμένα στην κλινική μας, όπου πραγματοποιήθηκε αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού συστήματος. Δεν έχουν παρατηρηθεί ενδείξεις υποτροπής σε έδαφος τριετούς παρακολούθησης.

Συμπέρασμα: Αυτή η περίπτωση καταδεικνύει ότι, ακόμη και αν η ύπαρξη καρκίνου του παχέος εντέρου εντός του κηλικού σάκου περιεσφιγμένης βουβωνοκήλης είναι σχετικά σπάνια, οι χειρουργοί πρέπει να είναι σε επαγρύπνιση για την ανεύρεση του διεγχειρητικά.



E.A.18

ΔΙΑΠΥΗΣΗ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ 12 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

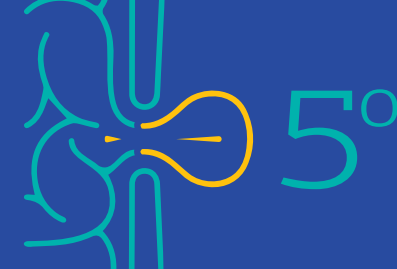
Λαμπρινή Μπασμπανά¹, Νικόλαος Γκιάτας¹, Δήμητρα Μανωλακάκη¹

¹Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης

Σκοπός: Διάσταση των ορθών κοιλιακών μυών ορίζεται η απομάκρυνσή τους από τη λευκή γραμμή, ως παθογενετική απόρροια αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης. Βασική επανορθωτική χειρουργική τεχνική αποτελεί η ανοικτή ή λαπαροσκοπική τοποθέτηση πλέγματος διπλής όψης (dual mesh). Η μελέτη αυτή εδράζεται στην παρουσίαση ενός περιστατικού διαπύησης ενδοκοιλιακού πλέγματος, τοποθετημένου προ 12ετίας στα πλαίσια πλαστικής αποκατάστασης ευμεγέθους διάστασης λευκής γραμμής και συνοδού ομφαλοκήλης.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 46 ετών, με ιστορικό δύο καισαρικών τομών, εισήλθε στην Χειρουργική Κλινική, για πραγματοποίηση ανοικτής αφαίρεσης διαπυηθέντος συνθετικού πλέγματος διπλής όψης, εναποτιθέμενου ενδοπεριτοναϊκά προ 12ετίας για αποκατάσταση σοβαρής διάστασης, με συνοδό κοιλιοπλαστική λόγω κρεμάμενης κοιλίας. Εκ της κλινικής εξέτασης, ανάδειξη επώδυνης ψηλαφητής σκληρίας στην πλάγια κοιλιακή χώρα, με τον απεικονιστικό έλεγχο (CT, U/S) να καταδεικνύει συμπαγή διόγκωση και εγκυστωμένη συλλογή όπισθεν της μεσότητας του προσθιοπλάγιου κοιλιακού τοιχώματος. Οι προσπάθειες παρακέντησης κρίθηκαν ανεπιτυχείς. Η ασθενής απύρετη και με φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο οδηγείται στη χειρουργική αίθουσα. Η ανοικτή χειρουργική παρέμβαση που έπεται περιλαμβάνει αφαίρεση πλέγματος και παροχέτευση εξιδρωματικών συλλογών, με καλλιέργεια θετική για *Staphylococcus Epidermidis*. Ομαλή πορεία νοσηλείας και εξιτήριο την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπέρασμα: Αδιάσειστα, βάσει συναφών βιβλιογραφικών πηγών, η ανοικτή ή λαπαροσκοπική τοποθέτηση πλέγματος διπλής όψης, αποτελεί σήμερα τη θεραπεία εκλογής για αποκατάσταση μέτριας έως σοβαρής διάστασης λευκής γραμμής, με την προπεριτοναϊκή εναπόθεση να προτιμάται. Τοπική σήψη, αιμάτωμα, νέκρωση και κάκωση νεύρων συνιστούν συνήθεις επιπλοκές. Αν και η διαπύηση πλέγματος, ιδίως επί ενδοπεριτοναϊκής τοποθέτησης, αποτελεί συνήθη μετεγχειρητική επιπλοκή, η εξαιρετικά όψιμη εμφάνιση αυτής (12 έτη), όπως στην εξετασθείσα περίπτωση, αποτελεί σπάνια εκδήλωση ασαφούς αιτιοπαθογένειας.



Ε.Α.19

ΡΟΜΠΟΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ (RTAPP)

**Γεώργιος Βλέτσας¹, Ιωάννης Σπυριδάκης¹, Δημήτρης Ράπτης¹, Χρήστος Νησωτάκης¹,
Μιχαήλ Μελισσηνός¹, Ιωάννης Καπίρης¹**

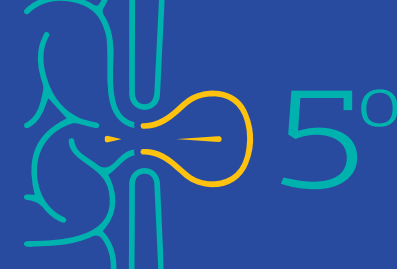
¹251 ΓΝΑ

Σκοπός: Η παρουσίαση βιντεοπροβολής της πρώτης ρομποτικά υποβοηθούμενης ρομποτικής επέμβασης Γενικής Χειρουργικής στο νοσοκομείο μας και τα οφέλη που προσφέρει η ρομποτική πλατφόρμα.

Υλικό & Μέθοδος: Επέμβαση ρομποτικής TAPP (rTAPP) σε ασθενή με δεξιά λοξή βουβωνοκήλη.

Αποτελέσματα: Η ακρίβεια των χειρουργικών χειρισμών, η τρισδιάστατη όραση και η δυνατότητα καθήλωσης του πλέγματος με ραφές αναδεικνύουν την ανωτερότητα της ρομποτικής χειρουργικής

Συμπεράσματα: Στην σύγχρονη εποχή της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής, η ρομποτική χειρουργική έχει ρόλο στην αντιμετώπιση της βουβωνοκήλης και αναβαθμίζει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών μας στους ασθενείς μας.



E.A.20

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΛΑΓΙΑΣ ΚΗΛΗΣ. Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Αλέξανδρος Χαμζίν¹, Χαράλαμπος Θεοδωρόπουλος, Μάξιμος Φρούντζας, Κυριακή Κωνσταντίνου, Θεογνωσία Ιωάννου, Κωνσταντίνος Τούτουζας, Δημήτριος Θεοδώρου

¹First Propaedeutic Department Of Surgery, National And Kapodistrian University Of Athens, Hippokration General Hospital

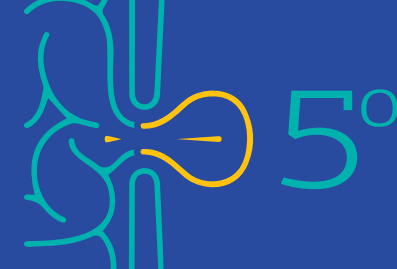
Σκοπός: Η λαπαροσκοπική χειρουργική θεωρείται πλέον μια καθιερωμένη στρατηγική με ελάχιστες επιπλοκές, σύντομη νοσηλεία και μειωμένο μετεγχειρητικό άλγος. Η εργασία μας στοχεύει να παρουσιάσει μια επιλογή για την λαπαροσκοπική αποκατάσταση πλάγιων κηλών.

Μέθοδοι: Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να παρουσιάσει τους χειρουργικούς χρόνους αυτής της αποκατάστασης καθώς και την μετεγχειρητική διαχείριση των ασθενών.

Η Παρουσίαση περιλαμβάνει 2 περιστατικά όπου η αποκατάσταση έγινε διαπεριτοναϊκά με σύγκλιση του κηλικού χάσματος και τοποθέτηση ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος.

Η επέμβαση παρουσιάζει ελάχιστο άμεσο μετεγχειρητικό πόνο, επιταχυνόμενη ανάρρωση και ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

Συμπέρασμα: Η διακοιλιακή αποκατάσταση με χρήση ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος είναι ασφαλής, γρήγορη, αποτελεσματική με σχετικά μικρή καμπύλη εκμάθησης υπό την καθοδήγηση έμπειρου χειρουργού με όλα τα οφέλη της λαπαροσκοπικής προσέγγισης.



E.A.21

ΥΠΕΡΚΥΣΤΙΚΗ (SUPRAVESICULAR) ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ. ΣΠΑΝΙΑ ΜΟΡΦΗ ΚΗΛΗΣ-ΑΛΗΘΕΙΑ Η ΜΥΘΟΣ?

**Κωνσταντίνος Μανές¹, Φώτιος Σερέτης¹, Νικόλαος Κοκορόσκος¹, Νικόλαος Δαλαμάγκας¹,
Ιωάννης Ηλιάδης¹, Μιλτιάδης Παπασταματίου¹**

¹Χειρουργική / Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν.Ν.Ιωνίας-Πατησίων

Σκοπός: Η αναδρομική μελέτη της συχνότητας εμφάνισης της υπερκυστικής βουβωνοκήλης, η οποία θεωρείται, διεθνώς, ως μια σπάνια μορφή βουβωνοκήλης, πέραν των παραδοσιακών μορφών της ευθείας και της λοξής. Στην πραγματικότητα η συχνότητα εμφάνισής της υποεκτιμάται κι αυτός είναι ο σκοπός της παρούσας μελέτης (η ανάδειξή της ως μιας όχι τόσο σπάνιας μορφής βουβωνοκήλης). Ως υπερκυστική ορίζεται η βουβωνοκήλη που προπίπτει δια του υπερκυστικού βοθρίου (εμβρυολογικό υπόλειμμα μεταξύ ουραχού και αποφραχθείσας ομφαλικής αρτηρίας). Στη βιβλιογραφία αναγνωρίζονται δύο τύποι υπερκυστικής βουβωνοκήλης, εσωτερική κι εξωτερική

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι περιπτώσεις ανοικτής πλαστικής αποκατάστασης, με πλέγμα, βουβωνοκήλης στο διάστημα 2013-2023. Η μέθοδος αποκατάστασης σε όλες τις ανωτέρω περιπτώσεις υπό τοπική αναισθησία.

Αποτελέσματα: Σε διάστημα 10 ετών διενεργήθηκαν 638 επεμβάσεις πλαστικής αποκατάστασης βουβωνοκήλης. Εξ αυτών εξήντα δύο (62) αφορούσαν σε υπερκυστικές κήλες (9,7% των βουβωνοκηλών). Σαράντα έξι (46) αυτών ήταν εσωτερικές (74%) και δεκαέξι (16) εξωτερικές (26%).

Συμπεράσματα: Η υπερκυστική βουβωνοκήλη δεν είναι τόσο σπάνια όσο θεωρείται, εν τέλει. Μάλλον πρόκειται για μη αναγνώρισή της κι ένας από τους πιθανούς λόγους η θεώρησή της ως ευθεία, ενώ στην πραγματικότητα δεν προπίπτει από το οπίσθιο τοίχωμα του βουβωνικού καναλιού, ούτε ευρίσκεται εντός του τριγώνου του Hasselbach. Ενδεχομένως, η διενέργεια της πλαστικής αποκατάστασης υπό τοπική αναισθησία κι η προτροπή στον ασθενή προς βήξιμο να επιτρέπει την ευκολότερη και συχνότερη αναγνώρισή της.

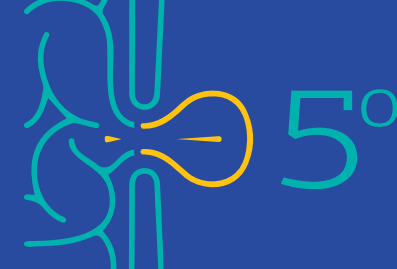
Βιβλιογραφία

1. G Amato, G Romano, E Erdas³, F Medas, L Gordini, F Podda, P Calò

Int J Surg 2017 May;41:119-126. doi: 10.1016/j.ijvsu.2017.03.075.

2. Katsaros, E. Routsis; M. Papapanou; A. Mastoraki; E. Kontogeorgi, Tsapralis; K. Vlachos. Schizas.

ANZ J Surg 2020 Nov;90(11):2187-2192. doi: 10.1111/ans.16252.



E.A.22

E-TEP RIVES STOPPA ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ M2-M4W2 (VIDEO ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ)

Δημήτριος Ντουράκης^{1,2,3}, Χριστιάνα Ροΐδη⁴, Ελένη Λίτινα³, David Mozskowicz⁴

¹Division of Surgery, School of Medicine, European University Cyprus

²Μονάδα Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής, Ιατρικό Αθηνών Κλινική Παλαιού Φαλήρου

³Ευρωκλινική Αθηνών

⁴Hôpital Louis Mourier, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, France

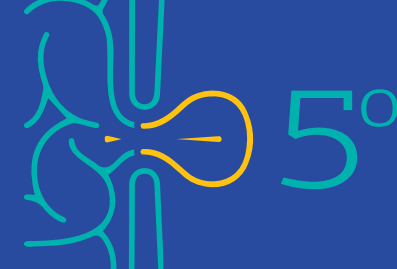
Σκοπός: Παρουσίαση βίντεο χειρουργικής τεχνικής e-TEP Rives Stoppa με ανάλυση των βημάτων της.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής θήλυ 57 ετών με πολλαπλές μετεγχειρητικές κήλες μέσης γραμμής μετά από επείγουσα λαπαροτομή, υπέρβαρα και βαριά καπνίστρια. Οι κήλες εκτείνονται από επιγάστριο μέχρι υπογάστριο (EHS M2-M4W2) με πολλαπλά ελλείματα σε συνολικό μήκος 22cm και μέγιστο πλάτος 4,5cm. Η μεγαλύτερη, μη ανατασσόμενη και επώδυνη κήλη βρίσκεται στο υπογάστριο με σάκο 9cm x 6cm.

Η ασθενής σε ύπτια κατακεκλιμένη θέση υπό γενική αναισθησία. Τροκάρ με μέθοδο Hasson στο αριστερό πλευρικό τόξο με διήνυση του ορθού κοιλιακού μυ και προσπέλαση του οπισθο-ορθικού χώρου. Γίνεται αμβλεία παρασκευή του οπισθο-ορθικού χώρου αριστερά με το λαπαροσκόπιο και CO2 πίεσης 12mmHg. Τοποθετούνται επί τα εντός της αριστερής ημισελινοειδούς γραμμής τροκάρ 10mm στο ύψος του ομφαλού και τροκάρ 5mm στον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Γίνεται διατομή του οπισθίου πετάλου της θήκης του ορθού κοιλιακού μυ υποξιφοειδικά σε απόσταση 5mm από τη λευκή γραμμή, και παρασκευή του λίπους έμπροσθεν του δρεπανοειδούς συνδέσμου. Παρομοίως διατομή οπισθίου πετάλου του δεξιού ορθού κοιλιακού μυ και είσοδος στο δεξιό οπισθο-ορθικό χώρο. Τοποθετείται τροκάρ 10mm στο δεξιό πλευρικό τόξο και προοδευτική παρασκευή και ανάταξη πολλαπλών κηλών λευκής γραμμής. Αποκατάσταση οπίσθιας θήκης του ορθού κοιλιακού με συνεχόμενη μονόκλωνη ραφή 2/0 με χρήση περιτοναίου. Τοποθέτηση τροκάρ 5mm στον δεξιό λαγόνιο βόθρο και συρραφή της λευκής γραμμής με συνεχόμενη αυτοκλειδούμενη ραφή νο 0. Τοποθετείται στον οπισθο-ορθικό χώρο πλέγμα PVDF 30x15cm το οποίο καθλώνεται με κόλλα.

Η ασθενής κινητοποιήθηκε και σιτίστηκε το απόγευμα του χειρουργείου. Πήρε εξιτήριο την 1η μετεγχειρητική ημέρα. Εξι μήνες μετά το χειρουργείο παραμένει πλήρως ασυμπτωματική.

Συμπέρασμα: Η τεχνική e-TEP αποτελεί μια εξαιρετική επιλογή για την ελάχιστη επεμβατική αποκατάσταση πολύπλοκων κηλών μέσης γραμμής με τοποθέτηση πλέγματος στο οπισθομυϊκό πλάνο.



E.A.23

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΟΡΘΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΜΥΩΝ ΜΕ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ (E-TEP RS)

Panagiotis Kapsampelis¹, Mohannad Gaber¹, Isran Ali Shah¹, Ioannis Gerogiannis¹

¹Kingston Hospital NHS Foundation Trust

Σκοπός: Η ομφαλοκήλη (ΟΚ) είναι μια πολύ συχνή πάθηση, αλλά μπορεί να εμφανισθεί συγχρόνως με διάσταση ορθών κοιλιακών (ΔΟΚ). Η μη αποκατάσταση και των δυο παθολογικών ευρημάτων ταυτόχρονα στην ίδια επέμβαση, έχει μεγαλύτερο ποσοστό υποτροπής και φτωχά κοσμητικά αποτελέσματα.

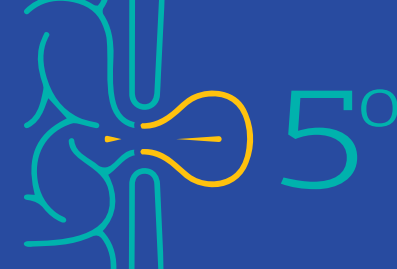
Στο βίντεο παρουσιάζουμε μια περίπτωση λαπαροσκοπικής αποκατάστασης ΟΚ και ΔΛΓ με εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση Rives Stoppa (e-TEP RS) και τοποθέτηση πλέγματος όπισθεν του ορθού κοιλιακού μυός.

Παρουσίαση περιστατικού: Μια γυναίκα 38 ετών με ΟΚ και ΔΟΚ μετά από εγκυμοσύνη, παρουσιάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία με κύριο σύμπτωμα τη δυσκολία κάμψης του κορμού της και πόνους στη ραχιαία χώρα.

Μέσω τομής στην αριστερό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας έγινε εισαγωγή του ενδοσκοπίου στο χώρο άνωθεν του οπίσθιου πετάλου της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός αριστερά. Η ίδια προσέγγιση επαναλήφθηκε για τη δεξιά πλευρά. Πραγματοποιήθηκε διΐνιση των ιστών και ένωση των δυο χώρων με διατομή της λευκής γραμμής. Ο σάκος της ομφαλοκήλης αναγνωρίστηκε και ανατάχθηκε. Το πνευμοπεριτόναιο στη συνέχεια μειώθηκε και οι ορθοί κοιλιακοί μύες προσεγγίστηκαν πραγματοποιώντας συνεχή συρραφή σε ένα στρώμα με μη απορροφήσιμο ράμμα. Η συρραφή ξεκίνησε από την περιοχή κάτωθεν της ξιφοειδούς απόφυσης και περιέλαβε το χάσμα της ομφαλοκήλης. Εισήχθησαν δύο επιπλέον ports, για να διευκολυνθεί η συρραφή του κοιλιακού τοιχώματος κάτωθεν του ομφαλού. Το χάσμα στο οπίσθιο πέταλο της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός συγκλείστηκε με συνεχόμενο απορροφήσιμο ράμμα. Ένα συνθετικό πλέγμα 22x15 cm τοποθετήθηκε άνωθεν του οπίσθιου πετάλου. Τέλος δύο παροχετεύσεις αρνητικής πίεσης τοποθετήθηκαν στο χώρο άνωθεν του πλέγματος.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή και πήρε εξιτήριο τη 2η μετεγχειρητική ημέρα. Στο follow-up μετά από 10 εβδομάδες, η αποκατάσταση είχε εξαιρετικά λειτουργικά αποτελέσματα.

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση συνυπαρχουσών παθολογιών του κοιλιακού τοιχώματος, όπως η ΟΚ και η ΔΟΚ, είναι ευεργετική για τον ασθενή. Απαιτεί όμως προηγμένες λαπαροσκοπικές δεξιότητες, εξειδίκευση στη χειρουργική αποκατάσταση του κοιλιακού τοιχώματος και προσεκτική επιλογή ασθενούς.



E.A.24

ΣΥΜΦΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΗΛΗΣ SPIEGEL ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ

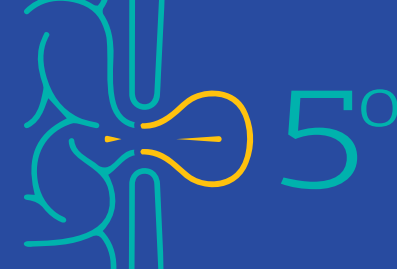
**Περσεφώνη Γιόγγα, Αριστείδης Ιωαννίδης, Τζίκος Γεώργιος, Ζαταγιάς Απόστολος,
Σταύρος Πανίδης, Δανιήλ Παραμυθιώτης, Αντώνιος Μιχαλόπουλος**

Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

Σκοπός: Παρουσίαση χειρουργικής αντιμετώπισης συμφυτικού ειλεού σε ασθενή μετά από πλαστική αποκατάσταση κήλης Spiegel με χρήση ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής, θήλυ 58 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω αναφερόμενου κοιλιακού άλγους από 8ώρου, με αδυναμία αποβολής κοπράνων και αερίων από 24ώρου με συνοδό έμετο. Η ασθενής ήταν απύρετη και η κλινική εξέταση που ακολούθησε αποκάλυψε μετεωρισμένη κοιλία και μεταλλικούς εντερικούς ήχους. Το ατομικό αναμνηστικό περιελάμβανε δυσλιπιδαιμία, υποθυρεοειδισμό, οστεοπενία και σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου ενώ το χειρουργικό της ιστορικό ολική θυρεοειδεκτομή, ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων προ Ζετίας και πλαστική αποκατάσταση κήλης Spiegel προ διετίας. Πραγματοποιήθηκε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από τον απεικονιστικό έλεγχο, η ακτινογραφία κοιλίας ανέδειξε υγραερικά επίπεδα λεπτού εντέρου και η CT κοιλίας μετά από χορήγηση iv σκιαγραφικής ουσίας ανέδειξε εικόνα συμβατή με ειλεό. Η ασθενής εισήχθη στην χειρουργική κλινική για συντηρητική αντιμετώπιση με αποκατάσταση υγρών και ηλεκτρολυτών, αντιβιοτική κάλυψη με κεφαλοσπορίνη β' γενιάς και τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα Levin και ουροκαθετήρα foley για έλεγχο του ισοζυγίου υγρών. Μετά από 12 ώρες νοσηλείας παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής της εικόνας και εντερικό περιεχόμενο από το Levin. Η ακτινογραφία κοιλίας ανέδειξε αύξηση των υγραερικών επιπέδων λεπτού εντέρου. Η ασθενής οδηγήθηκε στην χειρουργική αίθουσα για χειρουργική αντιμετώπιση. Η ερευνητική λαπαροτομία που ακολούθησε αποκάλυψε συμφυτικό ειλεό με συρρέουσες έλικες λεπτού εντέρου προσκολλημένες επί του ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος όπως επίσης προσκολλημένη σκωληκοειδή απόφυση επί του ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος. Ακολούθησε συμφυσιόλυση, αφαίρεση του ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος και σκωληκοειδεκτομή. Η ασθενής ανένηψε ευχερώς και είχε μία ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

Συμπέρασμα: Τα ενδοπεριτοναϊκά πλέγματα, ακόμα και όταν είναι τοποθετημένα με την αντισυμφυτική πλευρά τους, μπορούν να δημιουργήσουν συμφύσεις με γειτονικά όργανα και να οδηγήσουν σε σοβαρές όψιμες επιπλοκές.



E.A.25

ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΛΑΓΟΝΟΨΟΪΤΗ ΜΥΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Νικόλαος Ιωαννίδης¹, Μαρία-Φωτεινή Κεστεκίδου¹, Κωνσταντίνος Ιωαννίδης¹,
Ευάγγελος Περδικάκης², Αλέξανδρος Αποστόλου¹, Κωνσταντίνος Μηλιάς¹**

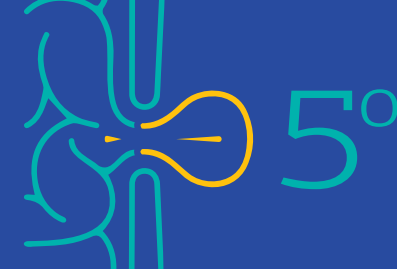
¹Α' Χειρουργική Κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδεύσεως, Θεσσαλονίκη

²Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδεύσεως, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Τα αιματώματα στους λαγονοψοΐτες μύες αποτελούν σχετικά σπάνιες καταστάσεις με συχνότητα εμφάνισης περίπου 0,1-0,6%. Στις κυριότερες αιτίες περιγράφονται οι επεμβάσεις στην σπονδυλική στήλη, η χορήγηση αντιπηκτικών, καταστάσεις που προκαλούν διαταραχές στην πήξη, όπως οι αιμορροφιλίες και η νόσος von Willebrand, καθώς και η λοίμωξη από Covid-19.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα ασθενή 28 ετών με ελεύθερο ιστορικό που εισήχθη προγραμματισμένα στην κλινική μας για λαπαροσκοπική αποκατάσταση ομφαλοκήλης η οποία υπήρξε επιτυχής. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε την επομένη της εγχείρησης. Προσήλθε στα ΤΕΠ τρεις ημέρες μετά εμπύρετος με άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου, ισχιαλγία και μηριαλγία αριστερά. Η αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας κατέδειξε αιμάτωμα στον αριστερό λαγονοψοΐτη μυ. Η περαιτέρω διερεύνηση με αξονική αγγειογραφία κοιλιακής αορτής συσχέτισε το αιμάτωμα με κλάδο της αριστερής οσφυικής αρτηρίας. Έπειτα από διαδερμική παρακέντηση της δεξιάς μηριαίας αρτηρίας και με την καθοδήγηση αξονικού τομογράφου πραγματοποιήθηκε επιτυχής χημειοεμβολισμός του κλάδου της αριστερής οσφυικής. Ο ασθενής εξήλθε δύο ημέρες μετά, αφού σε νέο έλεγχο με αξονική τομογραφία φάνηκε μείωση του αιματώματος. Έπειτα από 30 ημέρες σε νέο απεικονιστικό έλεγχο φάνηκε πλήρης απορρόφησή του.

Συμπεράσματα: Τα αιματώματα στους λαγονοψοΐτες μύες είναι σπάνια και έχουν μη ειδικά συμπτώματα (εκχύμωση στην σύστοιχη πλάγια κοιλιακή χώρα, άλγος στον σύστοιχο μηρό, οσφυαλγία κλπ). Η περαιτέρω διερεύνηση είναι απαραίτητη τόσο για την ανάδειξη των υποκείμενων αιτιών, όσο και για την βέλτιστη αντιμετώπιση. Αυτή είναι κυρίως συντηρητική και, αναλόγως των αιτιών, μπορεί να απαιτηθεί χημειοεμβολισμός, όπως στην περίπτωση μας, ή/και η χειρουργική επίσχεση-παροχέτευση.



E.A.26

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ VS ΑΝΟΙΚΤΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΩΝ ΑΜΦΩ: ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

**Γεώργιος Κουκούλης¹, Χρυσούλα-Χριστίνα Κόλλα¹, Ελένη Γαβριήλ¹,
Δημήτριος Γερογιάννης¹, Ιωάννα Κούτρα¹, Αγγελική Πίττα¹, Αντώνιος Κολοβός¹,
Κωνσταντίνος Μπούλιαρης¹, Ματθαίος Ευθυμίου¹**

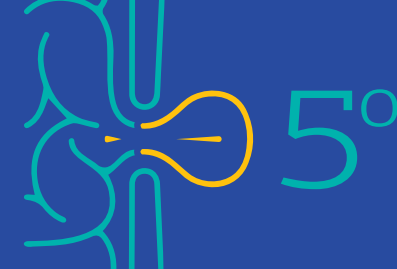
¹Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο»

Εισαγωγή: Σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, η λαπαροσκοπική μέθοδος συστήνεται έναντι της ανοικτής για την αποκατάσταση των αμφοτερόπλευρων βουβουλωκηλών, χωρίς να υπάρχουν αρκετά δεδομένα στην βιβλιογραφία για να υποστηρίξουν την σύσταση αυτή. Σκοπός της μελέτης μας είναι να συγκρίνει την λαπαροσκοπική με την ανοικτή προσπέλαση για την αποκατάσταση βουβωνοκηλών άμφω.

Υλικό και Μέθοδος: Προοπτική, μη τυχαιοποιημένη μελέτη ασθενών με βουβωνοκήλες άμφω, οι οποίοι υπεβλήθησαν είτε σε λαπαροσκοπική είτε σε ανοικτή αποκατάσταση στην Χειρουργική κλινική του ΓΝΛ από το 2018 έως και σήμερα. Καταγράφηκαν η ηλικία, η μέθοδος αποκατάστασης, οι ημέρες νοσηλείας, η εμφάνιση μετεγχειρητικής επίσχεσης ούρων, οι επιπλοκές και η εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου. Στο follow-up των ασθενών 1 έτος μετεγχειρητικά καταγράψαμε τον χρόνιο πόνο, την αίσθηση του πλέγματος, την εμφάνιση υποτροπής και τον βαθμό ικανοποίησης.

Αποτελέσματα: 37 ασθενείς υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική (ΛΑ) και 76 σε ανοικτή αποκατάσταση (ΑΑ). 16% εμφάνισαν μετεγχειρητική επίσχεση ούρων στην ΛΑ ομάδα και 47,4% στην ανοικτή (p=0,48). Οι ασθενείς με ΑΑ εμφάνισαν λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο κατά το πρώτο 24ώρο. 2,5 % των ασθενών στην ΛΑ και 5% στην ΑΑ ανέφεραν συμπτώματα στην βουβωνική περιοχή 1 έτος μετά το χειρουργείο. Συνολικά 7 ασθενείς εμφάνισαν υποτροπή, 3 στην ΛΑ και 4 στην ΑΑ. Ο βαθμός ικανοποίησης καταγράφηκε σε 9 για την ομάδα της ΛΑ και 9,7 για την ομάδα της ΑΠ.

Συμπέρασμα: Η ανοικτή αποκατάσταση βουβωνοκηλών άμφω φαίνεται να υπερέχει την λαπαροσκοπικής όσον αφορά τον μετεγχειρητικό πόνο, ωστόσο τα αποτελέσματα μακροπρόθεσμα είναι συγκρίσιμα για τις 2 ομάδες.



E.A.27

ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΥΔΡΟΚΗΛΗΣ ΤΟΥ NUCK ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

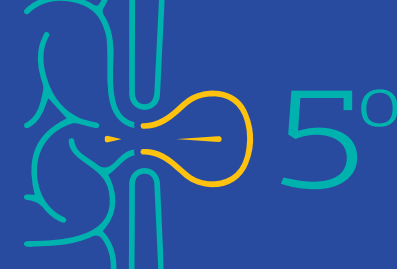
Ισμήνη Κουντούρη¹, Δημήτριος Χατζήνας¹, Αφροδίτη Κοταρέλα¹, Ιωάννης Κατσαρέλας¹,
Περικλής Δημάσης¹, Δρ Δήμητρα Μανωλακάκη¹

¹Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης

Σκοπός: Οι υδροκήλες του Nuck, οι οποίες αναπτύσσονται σε ένα προεξέχον τμήμα του περιτοναίου κατά μήκος του στρογγύλου συνδέσμου, είναι σπάνιες ανωμαλίες και αιτία οιδήματος στο βουβωνικό κανάλι, που οδηγεί κυρίως σε πόνο. Η γυναικεία υδροκήλη είναι μια σπάνια αναπτυξιακή ανωμαλία που συνήθως εμφανίζεται αργότερα στη ζωή και μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα που μιμούνται την ύπαρξη βουβωνοκήλης ή μηροκήλης. Σκοπός της εν λόγω εργασίας είναι η παρουσίαση μιας περίπτωσης ανεύρεσης υδροκήλης Nuck διεγχειρητικά.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 44 ετών παρουσιάζεται στη χειρουργική κλινική με ιστορικό από μηνός ψηλαφητού και επώδυνου οιδήματος στη δεξιά μηροβουβωνική χώρα. Η ασθενής αρνήθηκε ότι είχε ιστορικό κήλης ή τραύματος στην περιοχή στο παρελθόν. Κατά την εξέταση αναγνωρίζεται μια συμπαγής, μη ανατασόμενη και ευαίσθητη στην ψηλάφηση μάζα, χωρίς αλλοιώσεις στο υπερκείμενο δέρμα. Οι εξετάσεις αίματος ήταν φυσιολογικές. Το υπερηχογράφημα μαλακών μορίων της περιοχής αναδεικνύει μια καλά καθορισμένη κυστική βλάβη. Αρχικά, έγινε κλινική διάγνωση βουβωνοκήλης και η ασθενής υπεβλήθη εκλεκτικά σε χειρουργική επέμβαση μέσω βουβωνικής τομής. Ο βουβωνικός σύνδεσμος εκτέθηκε και αναγνωρίστηκε κυστικό μόρφωμα να συνοδεύει τον στρογγυλό σύνδεσμο αλλά να μην προέρχεται από αυτόν. Μετά από περαιτέρω παρασκευή, έγινε φανερό ότι η υδροκήλη δεν περιείχε εντερικό περιεχόμενο ή ωσθήκη και πραγματοποιήθηκε παρασκευή και εκτομή αυτής en block με τον στρογγύλο σύνδεσμο. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε την ύπαρξη υδάτιδας κύστης Nuck, χωρίς σημεία κακοήθειας. Τρία χρόνια μετά την επέμβαση η ασθενής δεν έχει εμφανίσει ενδείξεις υποτροπής.

Συμπέρασμα: Οι χειρουργοί θα πρέπει να παραμένουν σε επαγρύπνηση για την ανεύρεση της εν λόγω παθολογίας διεγχειρητικά.



ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III

E.A.28

INTERPARIETAL POSTOPERATIVE HERNIA. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Σταυρούλα Παπαελευθερίου, Νικόλαος Κόχυλας, Κωνσταντίνος Μπίκας,
Βασιλική Τσέλιου, Δημήτριος Μαγγανάς
Δ' Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Interparietal hernias είναι μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες όπου ενδοκοιλιακό σπλάγχνο, συνηθέστερα λεπτό έντερο, προβάλλει μεταξύ στρωμάτων του κοιλιακού τοιχώματος χωρίς να φτάνει στο υποδόριο. Αποτελούν σπάνιες περιπτώσεις με παρουσία στη διεθνή βιβλιογραφία μόνο ως case reports. Είναι δύσκολες στη διάγνωση, μια και δεν ψηλαφούνται εξωτερικά και συνήθως εκδηλώνονται σε περιπτώσεις περίσφιξης ως ειλεός ή κοιλιακό άλγος.

Παρουσίαση Περιστατικού

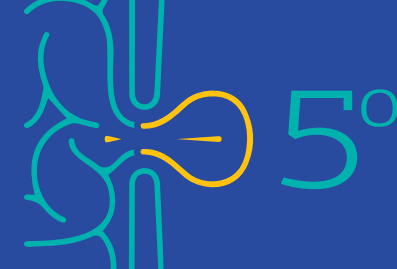
Περιστατικό 1

Ασθενής, 69 ετών, με ιστορικό Γαστρεκτομής προ 8ετίας και αποκατάστασης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης κατά Rives-Storppa προ 4ετίας. Μετά από πολλαπλά επεισόδια ατελούς ειλεού, εισήχθη στην κλινική μας, όπου αξονική τομογραφία ανέδειξε έλικες λεπτού εντός της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός. Στο χειρουργείο ανέδειξε έλικες λεπτού που είχαν προβάλει διά οπής της οπίσθιας θήκης του ορθού κοιλιακού μυός και κάτωθεν του πλέγματος. Το έντερο ανετάχθη, η οπή εσυρράφη με PDS 2-0, small bite technique, και ετέθη νέο πλέγμα κάτωθεν του προηγούμενου. Η πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή και έλαβε εξιτήριο την 4^η ΜΤΧ ημέρα.

Περιστατικό 2

Ασθενής, 38 ετών, με ιστορικό Καισαρικής προ έτους, προσήλθε στο ΤΕΠ με οξύ κοιλιακό άλγος στην περιοχή της καισαρικής και εμέτους. Χωρίς ψηλαφητό εύρημα στην περιοχή της τομής. Αξονική τομογραφία ανέδειξε έλικες λεπτού εντός της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός, στο ύψος της καισαρικής. Αντιμετωπίστηκε στο χειρουργείο με ανάταξη των ελίκων εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας και πρωτογενή συρραφή με PDS 2-0 small bite technique. Η μετεγχειρητική της πορεία ήταν ομαλή και έλαβε εξιτήριο τη 2^η ΜΤΧ ημέρα.

Συμπέρασμα: Οι interparietal hernias αποτελούν σπάνιες καταστάσεις που εκδηλώνονται συνήθως οξέως ως κοιλιακό άλγος ή εντερική απόφραξη. Η αξονική τομογραφία είναι πολύτιμη στη διάγνωση, μια και κλινικά είναι αδύνατη η ψηλάφηση κηλικού σάκου ή χάσματος. Αυτό που διαφοροποιεί τα περιστατικά αυτά από τη βιβλιογραφία είναι ότι στις περιπτώσεις αυτές, η interparietal hernia εκδηλώθηκε όψιμα και όχι στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, όπως παρουσιάζεται σε άλλα case reports.



E.A.29

ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΡΗΞΗ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΕΝΤΟΣ ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟΓΟΝΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ, ΧΩΡΙΣ ΕΙΚΟΝΑ ΠΕΡΙΣΦΙΞΗΣ

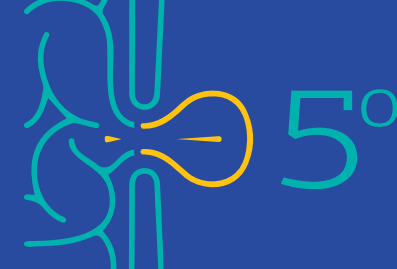
Μαρία Ναθαναηλίδου¹, Νικόλαος Φιλίππου¹, Ιωάννης Χρυσικός¹, Ρόζα Μουρελάτου¹

¹Β' Χειρουργική Κλινική, 417 ΝΙΜΤΣ

Σκοπός: Οι ομφαλοκήλες είναι κήλες που εμφανίζονται στην περιοχή του ομφαλού ή πέριξ αυτού (παραομφαλοκήλες). Επιπλέκονται σπανίως με περίσφιξη (0,1-3%) η οποία συχνότερα αφορά τμήμα επιπλόου και εάν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Σκοπός της εργασίας μας είναι η ανάδειξη ενός ενδιαφέροντος περιστατικού αυτόματης ρήξης λεπτού εντέρου εντός ομφαλοκήλης σε παχύσαρκο άνδρα χωρίς εικόνα περίσφιξης, με συνοδό διάβρωση του δέρματος και εκροή κοπρανώδους περιεχομένου.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας, 52 ετών, με ιστορικό νοσογόνου παχυσαρκίας (BMI 54,9 kg/m²), ομφαλοκήλης από τριετίας, αρτηριακής υπέρτασης, απουσία μεταβολικού συνδρόμου και φυσιολογική ηπατική λειτουργία, προσήλθε στο ΤΕΠ περιπατητικός λόγω εκροής εντερικού υγρού απ' αυτήν. Αιμοδυναμικά και αερομετρικά φυσιολογικός, χωρίς αναφερόμενο κοιλιακό άλγος, χωρίς διαταραχή αποβολής αερίων/κοπράνων και απουσία επεισοδίων εμέτου. Κλινικά ο ασθενής είχε κοιλιά μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη, με φυσιολογικούς εντερικούς ήχους. Εργαστηριακά δεν είχε αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Υπεβλήθη σε αξονική κοιλίας στην οποία αναδείχθηκε ομφαλοκήλη με έλικες λεπτού εντέρου, υπέρπυκνων συλλογών και ελεύθερου αέρα εντός αυτής. Επιπλέον, ήταν ευχερής η προώθηση της γαστρογραφίνης έως το κατιόν, χωρίς εικόνα ειλεού, χωρίς ελεύθερο αέρα ή συλλογή εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας. Οπότε, οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου υπεβλήθη σε πλαγιο-πλάγια έντερο-εντερική αναστόμωση και εκτομή του τμήματος της ρήξης καθώς επίσης και του κηλικού σάκου. Στη συνέχεια η αποκατάσταση έγινε με συρραφή της απονεύρωσης, χωρίς τοποθέτηση πλέγματος. Με εξαίρεση μια μετεγχειρητική λοίμωξη σχετιζόμενη με την κεντρική φλεβική γραμμή, ο ασθενής είχε ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία και έλαβε εξιτήριο την 13^η μετεγχειρητική ημέρα με πλήρη επάνοδο στην καθημερινότητα.

Συμπέρασμα: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι περισφιγμένες ομφαλοκήλες εμφανίζονται συχνότερα σε κίρρωτικούς ασθενείς με ασκίτη, ιδίως μετά από εκκενωτική παρακέντηση. Στο βαθμό λοιπόν που μπορούμε να γνωρίζουμε, είναι το πρώτο περιστατικό αυτόματης ρήξης εντέρου εντός ομφαλοκήλης, χωρίς κλινική ή απεικονιστική εικόνα περιτονίτιδας ή περίσφιξης σε ασθενή με νοσογόνο παχυσαρκία.



E.A.30

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΛΞΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ (FASCIOTENS) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ορέστης Ιωαννίδης, Αλέξανδρος Θεοδώρου, Κωνσταντίνος Σιώζος, Ελισσάβητ Ανεστιάδου, Γεώργιος Γεμουσακάκης, Ευστάθιος Κωτίδης, Ιωάννης Μαντζώρος, Σάββας Συμεωνίδης, Στέφανος Μπιτσιάνης, Νικόλαος Ουζουνίδης, Σταματίος Αγγελόπουλος

*Δ' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτελείο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Γενικό Νοσοκομείο "Γ. Παπανικολαου", Θεσσαλονίκη,
Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιπποκράτειο*

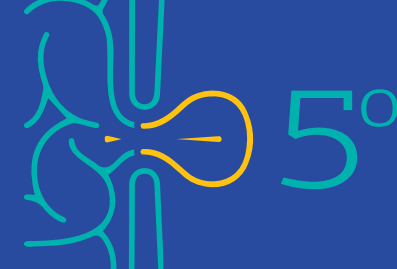
Εισαγωγή: Μέχρι πρόσφατα, η αντιμετώπιση της ανοικτής κοιλιάς γινόταν κυρίως με χρήση ενδοκοιλιακού συστήματος αρνητικής πίεσης. Ωστόσο, με αυτό τον τρόπο, σε σύντομο χρονικό διάστημα παρατηρείται απομάκρυνση της απονεύρωσης από την μέση γραμμή, με αποτέλεσμα την απώλεια ενδοκοιλιακού όγκου. Βασική αρχή λειτουργίας του συστήματος Fasciotens Abdomen είναι η προς την μέση γραμμή έλξη των άκρων της απονεύρωσης του ορθού κοιλιακού μυός μέσω μιας εξωτερικής συσκευής με στήριξη στην πύελο και τον θώρακα.

Σκοπός: Παρουσιάζεται η πρωτοποριακή χρήση της συσκευής Fasciotens Abdomen για την διαχείριση ασθενών με ανοικτή κοιλιά.

Υλικό και Μέθοδοι: Στην κλινική μας αντιμετωπίσαμε 5 ασθενείς με ανοικτή κοιλιά με το σύστημα έλξης απονεύρωσης το τελευταίο έτος, εκ των οποίων 3 γυναίκες και 2 άντρες, με μέσο όρο τα 69.8 έτη ηλικίας. 1 από τους 5 ασθενείς προσήλθε προγραμματισμένα για επέμβαση σύγκλεισης ειλεοστομίας αρχικά, ενώ οδηγήθηκε ξανά στο χειρουργείο λόγω ειλεού και διαφυγής από την αναστόμωση ενώ άλλοι οδηγήθηκαν στο χειρουργείο επειγόντως, για διάφορους λόγους. Η πρώτη ασθενής υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία λόγω αιμοδυναμικής ασταθειας σε έδαφος αιματώματος ορθούς κοιλιακού, η δεύτερη υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία λόγω ειλεού σε έδαφος υποτροπής καρκίνου του παχέος εντέρου και μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης, ο 3ος ασθενής υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία λόγω αιματώματος ψοίτη προς την περιτοναϊκή κοιλότητα και η 4ή ασθενής υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία λόγω περιτονίτιδας σε έδαφος διαφυγής από προηγηθείσα εντεροτομη-γαστροτομή. Και στους 5 ασθενείς αποφασίστηκε η μη σύγκλειση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Σε επόμενες λαπαροτομίες επανελέγχου διεπιστώθη αδυναμία σύγκλεισης των κοιλιακών τοιχωμάτων, όποτε και εφαρμόστηκε η συσκευή έλξης απονεύρωσης(μέσος όρος 2.4 λαπαροτομίες επανελέγχου.) Οι συσκευές έλξης απονεύρωσης αλλάχθηκαν κατά μέσο όρο 1 φορά (μία ασθενής απεβίωσε πριν την σύγκλειση των κοιλιακών τοιχωμάτων).

Αποτελέσματα: Η σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος επιτεύχθηκε σε σύντομο χρονικό διάστημα σε 3 ασθενείς χωρίς την χρήση πλέγματος με εφαρμογή του συστήματος έλξης απονεύρωσης και με χρήση πλέγματος σε μια ασθενή με προυπαρχούσα κήλη.

Συμπεράσματα: Πρόκειται για μια πρωτοπόρα, πολλά υποσχόμενη τεχνική που οδηγεί σε έλξη της απονεύρωσης προς την μέση γραμμή, με ταυτόχρονη αύξηση του ενδοκοιλιακού όγκου, με σκοπό την ευχερέστερη σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος.



Ε.Α.31

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ ΚΑΤΩΘΕΝ ΤΗΣ ΞΙΦΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΘΗΛΩΤΙΚΩΝ (TACKS) ΚΑΙ ΚΟΛΛΑΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

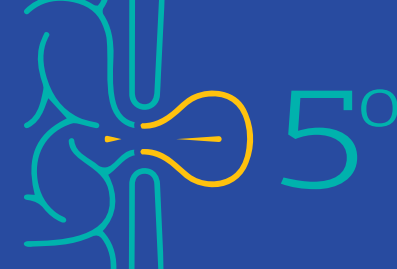
**Μαρία Φωτεινή Κεστεκίδου, Λάμπρος Χασιώτης, Δημήτριος Καρύδης,
Γενικός Αρχίατρος Κωνσταντίνος Ιωαννίδης, Αρχίατρος Μιχαήλ Πολυζώνης,
Γενικός Αρχίατρος Κωνσταντίνος Μηλιάς**

Α' Χειρουργική, 424 ΓΣΝΕ

Σκοπός: Μία από τις άτυπες κήλες που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε είναι οι κάτωθεν της ξιφοειδούς απόφυσης. Οι υποξιφοειδικές κήλες εμφανίζουν δυσκολία στην επιδιόρθωσή τους λόγω της κοντινής τους απόστασης από οστικές δομές καθώς και της πρόκλησης να επιτευχθούν διόρθωση χωρίς τάση, ευρεία επικάλυψη (overlapping) του πλέγματος και επαρκής στερέωσή του. Εξαιτίας της σπανιότητάς τους, υπάρχει ένα κενό στην τυπολογία και την βέλτιστη προσέγγισή τους. Η παρουσίαση των περιστατικών μας έχει ως στόχο να προτείνει στους συναδέλφους χειρουργούς έναν αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισής τους.

Παρουσίαση Περιστατικού: Πρόκειται για δύο ασθενείς, άντρες, ηλικίας 62 και 53 ετών, οι οποίοι εισήχθησαν προγραμματισμένα στην κλινική μας για λαπαροσκοπική αποκατάσταση υποξιφοειδικής κοιλιοκήλης. Αυτή είχε προκύψει έπειτα από εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, προ εξαμήνου περίπου στον μεν και προ χρόνου στον δε, στη θέση εξόδου του σωλήνα παροχέτευσης θώρακα. Εξαιτίας της τοπογραφίας της περιοχής - και κυρίως την εγγύτητα του στέρνου - υπήρξε ανάγκη προσαρμογής της μεθόδου rIPOM με τη χρήση δύο τρόπων καθήλωσης του πλέγματος, τόσο με καθηλωτικά (tacks) όσο και με κόλλα καθήλωσης. Παρουσιάζεται ένα ολιγόλεπτο βίντεο με λεπτομερή παρουσίαση των επεμβάσεων. Η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών υπήρξε ικανοποιητική και εξήλθαν την επόμενη ημέρα. Ένα χρόνο και δύο χρόνια μετά την επέμβαση παραμένουν σε εξαιρετική κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η παρουσίαση των περιστατικών μας υπογραμμίζει τη σημασία των προσαρμοσμένων τεχνικών για την αποκατάσταση των κηλών, που βρίσκονται σε άτυπες-δύσκολες ανατομικές θέσεις. Η χρήση τόσο των καθηλωτικών όσο και της κόλλας αποδείχθηκε στην περίπτωση μας άκρως επιτυχής.



E.A.32

ΒΙΝΤΕΟΠΡΟΒΟΛΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΩΝ (ΕΥΘΕΙΑ- ΛΟΞΗ -ΥΠΟΤΡΟΠΗ) ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ (TAPP)

**Γεώργιος Βλέτσος¹, Ιωάννης Σπυριδάκης¹, Δημήτρης Ράπτης¹, Χρήστος Νησωτάκης,
Μιχαήλ Μελισσηνός¹, Ιωάννης Καπίρης¹**

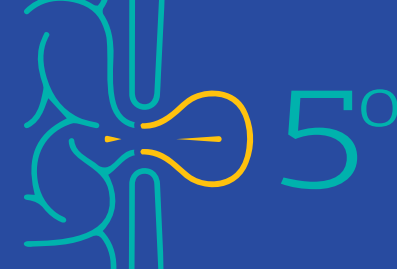
¹251 ΓΝΑ

Σκοπός: Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση βουβωνοκήλης είναι πλέον η συνήθης μέθοδος θεραπείας αυτής της τόσο συχνής πάθησης.

Υλικό & Μέθοδος: Θα παρουσιάσουμε παραδείγματα διαφόρων ειδών βουβωνοκηλών (λοξή, ευθεία, υποτροπή) που αντιμετωπίστηκαν λαπαροσκοπικά στο νοσοκομείο μας.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς έλαβαν εξιτήριο την επόμενη μέρα με μηδαμινές ενοχλήσεις ή μετεγχειρητικό πόνο.

Συμπεράσματα: Στην σύγχρονη εποχή της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής, η λαπαροσκοπική χειρουργική έχει ρόλο στην αντιμετώπιση της βουβωνοκήλης προσφέροντας στους ασθενείς τα οφέλη της.



E.A.33

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΩΝ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΩΝ ΜΕ RIVES STOPPA ΚΑΙ TAR

Γεώργιος Κουκούλης¹, Ελένη Γαβριήλ¹, Ευάγγελος Τζουβελέκας¹,
Ελευθέριος-Γκαστόν Μανσούρ-Κεσμετζής¹, Δέσποινα Παπαγεωργούλη¹, Μαθίλδη Μπέη¹,
Δημήτριος Γερογιάννης¹, Κωνσταντίνος Μπούλιαρης¹, Ματθαίος Ευθυμίου¹

¹Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσας, «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο»

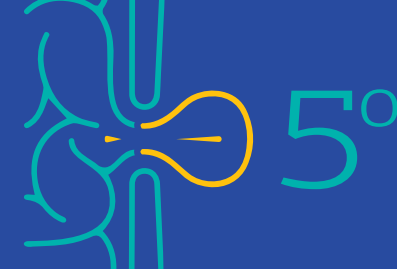
Εισαγωγή: Η προπεριτοναϊκή τοποθέτηση πλέγματος κατά την πλαστική αποκατάσταση κοιλιοκηλών κερδίζει έδαφος τα τελευταία χρόνια έναντι της ενδοπεριτοναϊκής τοποθέτησης πλεγμάτων διπλής όψης. Η χρήση τεχνικών ανακατασκευής του κοιλιακού τοιχώματος σε περισφιγμένες κήλες δεν έχει διερευνηθεί αρκετά στην βιβλιογραφία

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της τεχνικής Rives-Stoppa στην πλαστική αποκατάσταση περισφιγμένων κοιλιοκηλών.

Υλικό και Μέθοδος: Από το 2019 έως και σήμερα 29 ασθενείς υπεβλήθησαν σε ανακατασκευή του κοιλιακού τοιχώματος στην κλινική μας, 7 εκ των οποίων με την τεχνική TAR. Συνολικά 8 ασθενείς προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με σημεία περισφιγμένης κοιλιοκήλης και υπεβλήθησαν εκτάκτως σε αποκατάσταση κατά Rives-Stoppa ή/και TAR. Όλοι οι ασθενείς είχαν χάσματα άνω των 5 εκ και χρησιμοποιήθηκαν πλέγματα πολυπροπυλενίου σε μεγέθη ανάλογα με το χάσμα.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών στην ομάδα επείγουσας αποκατάστασης ήταν 64 έναντι 67 ετών. Σε έναν ασθενή που χειρουργήθηκε εκτάκτως δεν κατέστη δυνατή η αποκατάσταση με TAR και τοποθετήθηκε πλέγμα διπλής όψης. Οι ασθενείς με περισφιγμένες κοιλιοκήλες είχαν χάσματα από 5 έως 7 εκ. Δεν υπήρξαν διαφορές στις ημέρες νοσηλείας, στον χειρουργικό χρόνο και στις μετεγχειρητικές επιπλοκές ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Συμπεράσματα: Από την μελέτη μας προκύπτει ότι η επείγουσα αποκατάσταση με την τεχνική Rives-Stoppa είναι εφικτή και ασφαλής σε επιλεγμένους ασθενείς.



E.A.34

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΙΑΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΟΙΚΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ

Ευστάθιος Δημητριάδης¹, Εμμανουήλ Τρουλλινάκης¹, Μιχαήλ Βάρδας¹,
Λοΐζος Χατζηγεωργίου¹, Νικόλαος Μουδατσάκης¹

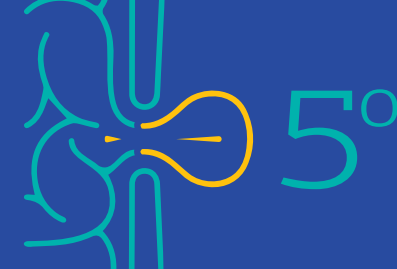
¹Γενικό Νοσοκομείο Λασιθίου

Σκοπός: Η αποκατάσταση της Βουβωνοκήλης αποτελεί τη συχνότερη χειρουργική επέμβαση. Παρά τη μεγάλη συχνότητα αντικείμενο μελέτης αποτελεί ποια χειρουργική τεχνική είναι η καλύτερη, ειδικά στους ηλικιωμένους που λόγω συνοδών νοσημάτων παρουσιάζουν αυξημένη περίεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηρότητα. Συγκρίναμε την TAPP με την LICHT ως προς τον πόνο και την ποιότητα ζωής χρησιμοποιώντας τα ερωτηματολόγια: VAS και το EQ-5D-5L.

Υλικό και Μέθοδος: Συγκρίναμε 33 ασθενείς (μ.ο. ηλικίας 69,4 έτη, 31 άνδρες και 2 γυναίκες) που υπεβλήθησαν σε TAPP, με 38 με LICHT (μ.ο. ηλικίας 74,2 έτη, 35 άνδρες και 3 γυναίκες). Καταγράψαμε διαφορές στα δημογραφικά, στη διάρκεια της επέμβασης και της νοσηλείας, το μετεγχειρητικό άλγος και την ποιότητα ζωής.

Αποτελέσματα: 75,11 λεπτά ήταν η μέση διάρκεια της TAPP έναντι 61.23 της LICHT. Μέση διάρκεια νοσηλείας 2,4 και 3,7 ημέρες αντίστοιχα. Μετεγχειρητική επιπλοκή εμφάνισαν 9 ασθενείς της TAPP (επίσχεση, αιμάτωμα, ορχίτιδα) και 12 της LICHT (σέρωμα, επίσχεση, αιμάτωμα, λοίμωξη τραύματος). Η εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου ανέδειξε: TAPP / LICHT, 24 ώρες ($p < 0.05$), 1 εβδομάδα ($p < 0.05$) και 1 μήνα μετά την επέμβαση ($p = 0.368$). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής συγκρίνοντας: Κινητικότητα-Αυτοεξυπηρέτηση TAPP / LICHT: 24ώρες ($p = 0,040$), 1 εβδομάδα ($p = 0,047$), 1 μήνα ($p = 0,655$), Δραστηριότητα: 24ώρες ($p = 0,5$) 1 εβδομάδα ($p = 0,000$), 1 μήνα ($p = 1$), Υγεία στις 24ώρες ($p = 0,000$), 1 εβδομάδα ($p = 0,000$), 1 μήνα ($p = 0,001$)

Συμπεράσματα: Η TAPP αποκατάσταση υπερτερεί της ανοικτής μεθόδου εμφανίζοντας μειωμένο μετεγχειρητικό πόνο και καλύτερη ποιότητα ζωής στο πρώτο 24ωρο και στην πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα αλλά και λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές.



E.A.35

ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΑΡΑΣΤΟΜΙΑΚΗΣ ΚΗΛΗΣ

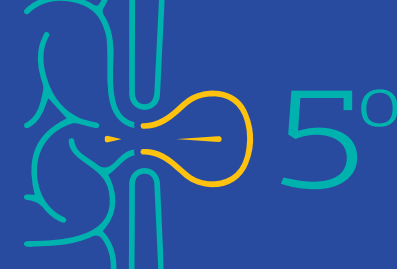
Στυλιανή Λάσκου¹, Καθηγητής Κωνσταντίνος Σαπαλίδης¹

¹Γ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ/ ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Οι παραστομιακές κήλες αποτελούν ένα πολύπλοκο χειρουργικό πρόβλημα που επηρεάζει περίπου το 50% των ασθενών με στομία. Παρά την ύπαρξη διαφόρων μεθόδων αποκατάστασης οι υποτροπές είναι συχνές και η περιεργειρητική νοσηρότητα αυξημένη. Παρουσιάζεται περιστατικό ανοιχτής αποκατάστασης παραστομιακής κήλης καθώς και η παρακολούθησή του ένα έτος μετεγχειρητικά.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για θήλυ ασθενή 66 ετών που προσήλθε στα επείγοντα χειρουργικής με συμπτωματολογία απόφραξης της παραστομιακής κήλης από 3 ώρου. Πραγματοποιήθηκε ανάταξη και διενέργεια αξονικής τομογραφίας η οποία ανέδειξε την παρουσία Type IV κατά EHS παραστομιακής κήλης. Η αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε με την τροποποιημένη κατά Pauli Sugarbaker. Χρησιμοποιήθηκαν δύο είδη πλέγματος, ένα ενδοπεριτοναϊκό και ένα πολυπροπυλενίου τα οποία συνερράφησαν μεταξύ τους στα σημεία τομής. Το πρώτο πλέγμα χρησιμοποιήθηκε από την ενδοπεριτοναϊκή πλευρά για την κάλυψη του σιγμοειδούς. Η ασθενής ανένηψε ομαλά και έλαβε εξιτήριο έπειτα από 5 ημέρες νοσηλείας. Ακολούθησε επανέλεγχος με αξονική τομογραφία στους 2,6 και 12 μήνες χωρίς την παρουσία υποτροπής.

Συμπέρασμα: Πλέον συνηθίζεται η αποκατάσταση τέτοιων κηλών να γίνεται in situ με τη χρήση πλέγματος. Ο τρόπος τοποθέτησης αλλά και καθήλωσης του πλέγματος όπως και το είδος του πλέγματος που θα χρησιμοποιηθεί αποτελούν πεδίο συζήτησης στη βιβλιογραφία. Κρίνεται απαραίτητος ο προεγχειρητικός σχεδιασμός καθώς και η εξατομίκευση του χειρουργικού πλάνου.



E.A.36

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΤΕΧΝΙΚΗ PERITONEAL FLAP ΜΑΖΙ ΜΕ ΒΙΝΤΕΟΠΡΟΒΟΛΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μαρίνα Μαρία Αντωναράκη¹, Μιχαήλ Σ. Κούρκουλος², Καφετζής Γεώργιος³, Κατράκης Ανδρέας⁴

¹Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

²Διευθυντής Χειρουργικής στο Τμήμα Παλινδρόμησης και Παχυσαρκίας της Ευρωκλινικής Αθηνών, Αθήνα

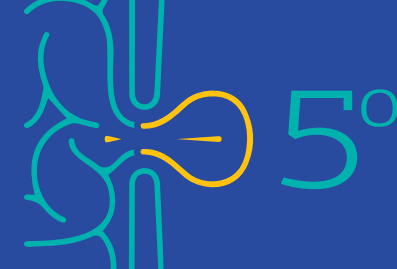
³Χειρουργός, Αθήνα

⁴Χειρουργός 251 ΓΝΑ, Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση της αποκατάστασης ευμεγέθους κοιλιοκήλης με τεχνική peritoneal flap.

Παρουσίαση περιστατικού: Παραπέμφθηκε για χειρουργική αντιμετώπιση κοιλιοκήλης άνδρας ασθενής 66 ετών. Είναι παναγγειοπαθής. Εμφανίζει στένωση λαγονίων άκρων, με ιστορικό λαπαροτομής για ανοικτή παράκαμψη με αορτοδιλαγονιο μόσχευμα. Προ έτους υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομή και συμφυσιόλυση για ειλεό. Από εξαμήνου εμφανίζει κοιλιοκήλη. Στη χειρουργική επέμβαση κύριο ρόλο διαδραματίζει η τεχνική peritoneal flap. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο εντός πέντε ημερών χωρίς εγχειρητικές επιπλοκές. Μάλιστα ενδεδειχώς στο βιντεοσκοπημένο χειρουργείο διακρίνεται η τεχνική αυτή.

Συμπέρασμα: Η τεχνική peritoneal flap για αποκατάσταση κοιλιακού τοιχώματος επιτρέπει στο χειρουργό τη σύγκλιση μεγάλων χασμάτων χωρίς τη χρήση ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος και χωρίς να χρειαστεί διαχωρισμός των κοιλιακών τοιχωμάτων.



E.A.37

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ TAPP: ΜΕΛΕΤΗ 90 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ

**Φανή-Μαρία Ευαγγέλου, Μιχαήλ Κορναρόπουλος, Ευφρόσυνη Σταύρου, Ειρήνη Βάσσιου,
Νικόλαος Πανάκος, Χρήστος- Αησιόλαος Πολιτόπουλος, Γεώργιος Γιαννόπουλος,
Νικόλαος Τζανάκης, Μαρία Χατζηπέτρου**

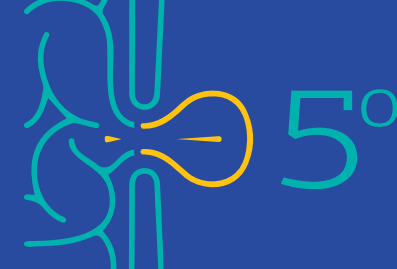
Β' Γενική Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. 'Ασκληπίειο' Βούλας

Σκοπός: Η χειρουργική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης αποτελεί μια από τις συχνότερες χειρουργικές επεμβάσεις της Γενικής Χειρουργικής. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να εξετάσει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των αποτελεσμάτων της λαπαροσκοπικής αποκατάστασης βουβωνοκήλης στην κλινική μας.

Μέθοδοι: Καταγράφηκαν 90 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική αποκατάσταση βουβωνοκήλης με τη μέθοδο TAPP (Διαπεριτοναϊκή Λαπαροσκόπηση Αποκατάσταση Βουβωνοκήλης) την τριετία 2021-2023 (85 άνδρες και 5 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 42.3 έτη.

Αποτελέσματα: Η μελέτη μας ανέδειξε τα κάτωθι: α) Μέση διάρκεια χειρουργείου 55 λεπτά (εύρος 40-80 λεπτά) β) Μετεγχειρητική χορήγηση μόνο ήπιων αναλγητικών, παρακεταμόλης, σε ποσοστό 92% των ασθενών γ) Δεν παρατηρήθηκε μετεγχειρητική επιπλοκή (αιμάτωμα, διαπύηση τραύματος, ύγρωμα) δ) Καταγράφηκε μια υποτροπή βουβωνοκήλης σε αμφοτερόπλευρη αποκατάσταση (ετερόπλευρα) ε) Άμεση κινητοποίηση των ασθενών σε ποσοστό 87,8%, χωρίς περιορισμό στην έγερση και βάδιση στ) Σε follow-up, 3 μήνες μετεγχειρητικά, δεν υπήρξε αναφορά άλγους.

Συμπέρασμα: Τα ευρήματα της μελέτης μας συμβαδίζουν με τη διεθνή βιβλιογραφία, ότι η λαπαροσκοπική αποκατάσταση βουβωνοκήλης με τη μέθοδο TAPP, προκαλεί ελάχιστο άμεσο και απώτερο χειρουργικό άλγος, γρήγορη επάνοδο στην εργασία και ελαχιστοποίηση κινδύνου χειρουργικής λοίμωξης.



E.A.66

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΒΡΑΔΕΩΣ/ΠΛΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΙΜΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΑΠΟ P4HD ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Γρηγόριος Χατζημαυρουδής, Τριαντάφυλλος Παυλίδης, Ειρήνη Μαρτζιβάνου, Μελένια Λαζαρίδου, Αθανάσιος Παπατζέλος, Ανέστης Μπάτζιος, Μαρία Βελικούδη, Στέφανος Ατματζίδης, Κωνσταντίνος Κηροπλάστης, Ιωάννης Κουτελιδάκης, Βασίλειος Παπαζιώγας

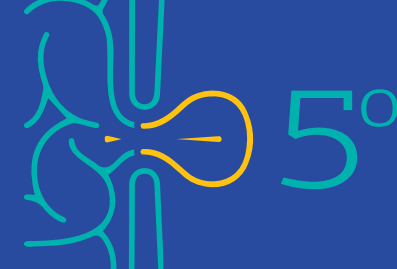
Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ "Γ. Γεννηματάς"

Εισαγωγή: Η άνευ επιπλοκών μετεγχειρητική πορεία ενός ασθενούς μετά από λαπαροτομία συνδέεται άρρηκτα με το αίτιο και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες διενεργείται μια χειρουργική επέμβαση, τα υποκείμενα νοσήματα του ασθενούς, αλλά και την εγχειρητική τεχνική και τα υλικά που χρησιμοποιούνται διεγχειρητικά. Μία από τις συχνότερες επιπλοκές παραμένει η εμφάνιση μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης. Ερευνάται λοιπόν σήμερα η προφυλακτική τοποθέτηση πλέγματος σε επεμβάσεις λαπαροτομίας ως μια μέθοδος που αποβλέπει στην μείωση των ποσοστών εμφάνισης της, ιδίως σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Μέθοδος: Στην Κλινική μας, το έτος 2023, διενεργήθηκαν 10 προγραμματισμένες λαπαροτομίες, οι οποίες ολοκληρώθηκαν με την προφυλακτική χρήση πλέγματος. Σε όλες τις ανωτέρω περιπτώσεις, οι ασθενείς κρίθηκαν υψηλού κινδύνου για εμφάνιση μετεγχειρητικής κήλης. Συγκεκριμένα, μετά τη σύγκλειση του πρόσθιου πετάλου της απονεύρωσης του ορθού κοιλιακού μυός και την παρασκευή του υποδορίου λίπους περίξ της μέσης γραμμής, τοποθετήθηκε βραδέως/πλήρως απορροφήσιμο πλέγμα από P4HD διαστάσεων περίπου κατά μέσο όρο 30x8 εκ., το οποίο καθλώθηκε με βραδέως απορροφήσιμα ράμματα PDS No 2/0.

Αποτελέσματα: Από τους 10 ασθενείς, οι 9 είχαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία χωρίς εμφάνιση πρώιμων ή όψιμων μετεγχειρητικών επιπλοκών. Ένας ασθενής παρουσίασε λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος, η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά χορηγώντας κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή ως επί αντιβιογράμματος σε συνδυασμό με τακτικές αλλαγές τραύματος, χωρίς να χρειαστεί αφαίρεση του πλέγματος. Μέχρι στιγμής κανένας από τους ασθενείς δεν έχει παρουσιάσει μετεγχειρητική κοιλιοκήλη.

Συμπέρασμα: Η προφυλακτική χρήση πλέγματος μετά απο λαπαροτομία σε ασθενείς υψηλού κινδύνου φαίνεται βιβλιογραφικά να υπερέχει συγκριτικά με την κλασική σύγκλειση της μέσης γραμμής στα ποσοστά εμφάνισης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης. Ειδικότερα, το πλέγμα ενισχύει αποτελεσματικά τη θήκη του ορθού κοιλιακού μυός ελαττώνοντας την τάση που δημιουργείται κατα την συρραφή. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η εξατομίκευση καθώς και η επιλογή του κατάλληλου τύπου πλέγματος.



ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV

E.A39

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΕΥΜΕΓΕΘΗΣ ΟΣΧΕΟ-ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ, ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ TAPP + ΕΚΤΟΜΗ ΜΕΚΕΛΕΙΟΥ ΑΠΟΦΥΣΗΣ (ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ) VIDEO-ΠΡΟΒΟΛΗ

Παναγιώτης Πρίγκουρης, Ιωάννης Λάνδρου, Γεώργιος Στραβοδήμος, Βασιλική Τσέλιου, Σταυρούλα Κατσιμεντέ, Κωνσταντίνος Μπίκας, Δημήτριος Ματσάγκος, Γεώργιος Ταϊμπήρης, Δημήτριος Μαγγανάς

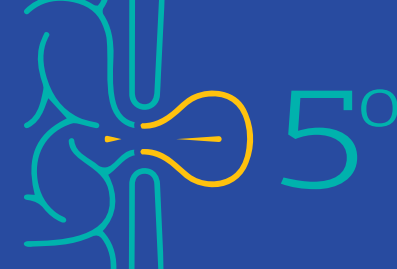
Δ' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού, ευμεγέθους οσχεο-βουβωνοκήλης δεξιά, με περιεχόμενο λεπτό έντερο, η οποία αποκαταστάθηκε λαπαροσκοπικά, τεχνική TAPP, με ανεύρεση έτερης παθολογίας (μεκέλειος απόφυση), με αντιμετώπιση της στον ίδιο χρόνο (εκτομή).

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 71 ετών, προσήλθε στα ΤΕΠ με μη ανατασσόμενη οσχεο-βουβωνοκήλη ΔΕ, έντονο άλγος, ναυτία. Επιβεβαίωση διάγνωσης με US οσχέου- περιεχόμενο κηλικού σάκου έλικες λεπτού εντέρου, με περισταλισμό. Μετά χορήγηση αναλγησίας, ανάταξη βουβωνοκήλης, προγραμματισμός αποκατάστασης σε τακτική βάση. Α/α: ΑΥ, ΔΛΔ. Χειρουργική αποκατάσταση: τεχνική TAPP. Ευμεγέθης σάκος λοξής βουβωνοκήλης, με επέκταση στο ΔΕ ημίοσχεο. Παρασκευή, διατομή κηλικού σάκου, τοποθέτηση πλέγματος. Ανεύρεση έτερης παθολογίας κατά τη λαπαροσκόπηση- μεκέλειος απόφυση. Εκτομή με αυτόματο, ευθύγραμμο κοπτοράπτη. Ομαλή ανάνηψη. Εξιτήριο 2^η μτχ ημέρα.

Συμπέρασμα: Η τεχνική TAPP, είναι εφικτή και αποτελεσματική σε μεγάλες όσχεο-βουβωνοκήλες, με αυχένα σάκου >3εκ, ενώ η διατομή του κηλικού σάκου, σε περιπτώσεις που η πλήρης ανάταξη του είναι τεχνικά εξαιρετικά δύσκολη, είναι θεμιτή, τόσο σε ανοικτή όσο και σε λαπαροσκοπική αποκατάσταση βουβωνοκήλης.

Πλεονέκτημα της TAPP, σε σύγκριση με άλλες τεχνικές σε αποκατάσταση βουβωνοκήλης π.χ. με ΤΕΡ ή με ανοικτή προσπέλαση, ενδεχομένως να αποτελεί η δυνατότητα λαπαροσκόπησης της περιτοναϊκής κοιλότητας, καθώς μπορεί να ανευρεθεί έτερη παθολογία, που διαλάθει του προεγχειρητικού ελέγχου.



E.A.40

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΩΝ: Η ΠΡΩΙΜΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Π.Γ.Ν.ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Γερασιμία Κυροχρήστου¹, Παναγιώτα Δρόσου¹, Βασίλειος Χατζής¹, Παντελής Βουζούνης¹,
Δήμητρα Σαΐνη¹, Γεώργιος Λιανός¹, Βασίλειος Τάτσης¹, Μιχαήλ Μήτσης¹

¹ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Σκοπός: Η λαπαροσκοπική πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης, είτε μέσω διακοιλιακής προπεριτοναϊκής προσπέλασης (μέθοδος TAPP), είτε εξ' ολοκλήρου εξωπεριτοναϊκά (μέθοδος TEP), αποτελεί αλλαγή παραδείγματος στην αντιμετώπιση των κηλών της μηροβουβωνικής χώρας. Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση της πρώιμης εμπειρίας της Πανεπιστημιακής Χειρουργικής Κλινικής του ΠΓΝΙ στην λαπαροσκοπική αποκατάσταση βουβωνοκηλών.

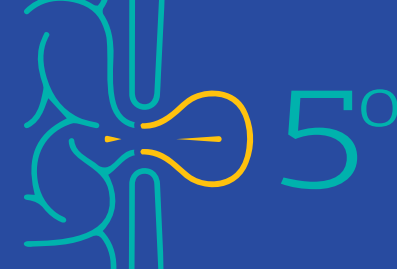
Υλικό και Μέθοδος: Σε χρονικό διάστημα 4 μηνών διενεργήθηκαν στην κλινική μας 4 επεμβάσεις πλαστικής αποκατάστασης βουβωνοκηλών λαπαροσκοπικά. Δύο από αυτές έγιναν εξ' ολοκλήρου εξωπεριτοναϊκά (TEP), η 1 σε συνδυασμό με χολοκυστεκτομή, και 2 διακοιλιακά (έναρξη τεχνικής TEP και στη συνέχεια μετατροπή σε TAPP), η 1 από αυτές αμφοτερόπλευρα.

Αποτελέσματα: Οι δύο επεμβάσεις στις οποίες ακολουθήθηκε τεχνική TEP ήταν ανεπίπλεκτες, ενώ στους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με TAPP ο ένας εμφάνισε αιμάτωμα και ο άλλος ύγρωμα. Και στις 2 περιπτώσεις οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στις ημέρες νοσηλείας ανάλογα με τη μέθοδο (νοσηλεία 3 ημέρες σε όλους). Κανείς από τους ασθενείς δεν εμφάνισε υποτροπή.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση των κηλών και αποφυγή των υποτροπών αποτελεί στόχο κάθε προσέγγισης, είτε ανοικτής είτε λαπαροσκοπικής. Με την κατάλληλη χειρουργική εμπειρία μπορεί να επιτευχθεί πρώιμη αποκατάσταση και μειωμένη νοσηρότητα στους ασθενείς που αντιμετωπίζονται λαπαροσκοπικά.

Βιβλιογραφία

1. Alharthi M, Almontashri A, Alsharif RH. et al. Outcomes of Open Versus Laparoscopic Technique in Primary Inguinal Hernia Repair: A Retrospective Study. *Cureus*. 2023 Oct 3;15(10):e46419. doi: 10.7759/cureus.46419.
2. Hidalgo NJ, Guillaumes S, Bachero I. et al. Bilateral inguinal hernia repair by laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) vs. laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP). *BMC Surg*. 2023 Sep 6;23(1):270. doi: 10.1186/s12893-023-02177-2.
3. Saini V, Varshini RA, Rathore YS, Chumber S, Kataria K, Garg R. Perioperative complications of laparoscopic inguinal hernia repair in India: a prospective observational study. *J Minim Invasive Surg*. 2023 Dec 15;26(4):190-197. doi:10.7602/jmis.2023.26.4.190.



E.A.41

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ

**Αλέξανδρος Χαμζίν¹, Παναγιώτης Θεοδώρου, Θεογνωσία Ιωάννου, Γεώργιος Γαλύφρος,
Νικόλαος Μιχαλόπουλος, Κωνσταντίνος Τούτουζας, Δημήτριος Θεοδώρου**

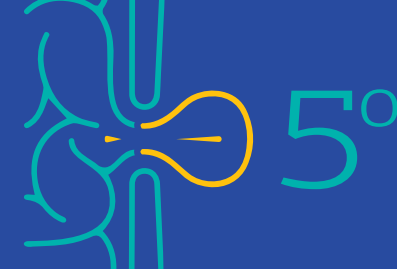
¹Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Η χρήση πλέγματος έχει χρησιμοποιηθεί παγκοσμίως για την μείωση της εμφάνισης μετεγχειρητικών κηλών. Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας χρήσης πολυεστερικών αυτοκαθλούμενων πλεγμάτων για την αποφυγή μετεγχειρητικών κηλών

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν σε ανοιχτά χειρουργεία με μέση τομή (κολεκτομές λόγω ca, αποκατάσταση ανευρύσματος, γαστρεκτομές, Whipple) στην Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ Ιπποκράτειο. Εγινε καταγραφή δημογραφικών στοιχείων και περιεγχειρητικών παραμέτρων, καθώς και παρακολούθηση των ασθενών 6-12 μήνες μετεγχειρητικά.

Αποτελέσματα: Ο συνολικός αριθμός των ασθενών ήταν 29 με ηλικιακό εύρος 49-85 έτη και μέση ηλικία τα 69 έτη. Το διάστημα νοσηλείας κυμάνθηκε από 5 έως 12 ημέρες. Από τους 29 ασθενείς, κανείς δεν παρουσίασε απόρριψη του πλέγματος, ενώ άμεσα μετεγχειρητικά 6 ασθενείς εμφάνισαν σέρωμα και 2 αιμάτωμα. Από τους 29 ασθενείς, 7 εμφάνισαν αίσθηση του πλέγματος, χωρίς να τους προκαλεί άλγος ή περιορισμό των κινήσεων. Κανείς από τους ασθενείς δεν εμφάνισε μετεγχειρητική κήλη στο διάστημα 6-12 μηνών.

Συμπεράσματα: Η χρήση προστατευτικού πλέγματος είναι ασφαλής και αποτελεσματική στην μείωση εμφάνισης μετεγχειρητικής κήλης, χωρίς να επηρεάζει την μετεγχειρητική πορεία και ποιότητα ζωής των ασθενών.



E.A.42

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ, ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ, ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ (LICHTENSTEIN) VS ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΟΠΙΣΘΙΑΣ (ΠΡΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ)

Κωνσταντίνος Μανές¹, Δρ Μιλτιάδης Παπασταματίου¹

¹Χειρουργική / Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν.Ν.Ιωνίας-Πατησίων

Σκοπός: Η ανοικτή, προσθία, πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης (tension free-Lichtenstein modum) αποτελεί την standard of practice μέθοδο επιδιόρθωσης. Όμως, το υψηλό ποσοστό εμφάνισης χρόνιου μετεγχειρητικού άλγους κι η ενδεχόμενη συσχέτιση αυτού με την πρόσθια καθήλωση του πλέγματος, έδωσαν βάση στην ανάπτυξη της οπισθίας (προπεριτοναϊκής) τοποθέτησης, όπου δεν υπάρχουν νευρικές ίνες και γενικώς αναπτύσσει μια διαφορετική φιλοσοφία. Η αναδρομική αυτή μελέτη έχει σκοπό να συγκρίνει τις δύο μεθόδους σχετικά με την εμφάνιση του χρόνιου πόνου, αλλά και το ποσοστό επιπλοκών.

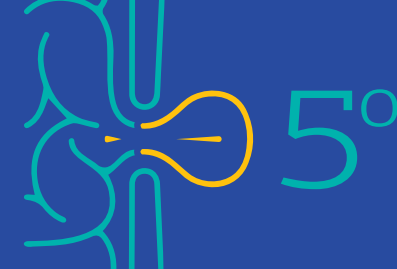
Υλικό & Μέθοδος: Στο διάστημα 2015-1018 χειρουργήθηκαν 268 ασθενείς με πρωτοπαθή, ετερόπλευρη βουβωνοκήλη, υπό τοπική αναισθησία. 138 υπεβλήθησαν σε πλαστική κατά Lichtenstein και 130 σε προπεριτοναϊκή, με χρήση του UltraPro Hernia System (UHS).

Αποτελέσματα: Σε 3-ετές follow-up, μελετήθηκαν 131(95%) των ασθενών υπό τεχνική Lichtenstein και 121 (93%) αυτών υπό προπεριτοναϊκή. Στους 36 μήνες, 8 ασθενείς (6%) των πρώτων και 9 (7%) των δεύτερων παρουσίαζαν πόνο. Ποσοστό υποτροπής 1,7% στην τεχνική Lichtenstein vs 1,5% στην προπεριτοναϊκή.

Συμπεράσματα: Μετά από 3-ετή παρακολούθηση των ασθενών (follow-up), οι δύο υπό μελέτη τεχνικές παρουσίασαν παρεμφερή αποτελέσματα, χωρίς στατιστικώς σημαντική διαφορά, όσον αφορά στην εμφάνιση χρόνιου πόνου, αλλά και στο ποσοστό επιπλοκών. Η πιθανότητα μείωσης του χρόνιου πόνου με την οπισθία καθήλωση, που χρησιμοποιεί λιγότερες ραφές, δεν ανεδείχθη στην μελέτη μας.

Βιβλιογραφία

1. Prolene hernia system versus Lichtenstein repair for inguinal hernia: a meta-analysis. *Decker E, Currie A, Baig MK.Hernia. 2019 Jun;23(3):541-546*
2. Lichtenstein, prolene hernia system, and UltraPro Hernia System for primary inguinal hernia repair: one-year outcome of a prospective randomized controlled trial. *Magnusson J, Nygren J, Thorell A.Hernia. 2012 Jun;16(3):277-85*



E.A43

ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΛΥΠΛΟΚΗΣ ΕΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ - ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Μαρίνα Μαρία Αντωννάκη¹, Μιχαήλ Σ. Κούρκουλος², Καφετζής Γεώργιος³, Κατράκης Ανδρέας⁴

¹Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

²Διευθυντής Χειρουργικής στο Τμήμα Παλινδρόμησης και Παχυσαρκίας της Ευρωκλινικής Αθηνών, Αθήνα

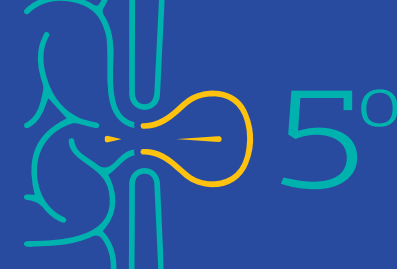
³Χειρουργός, Αθήνα

⁴Χειρουργός 251 ΓΝΑ, Αθήνα

Σκοπός: Ρομποτική αποκατάσταση πολύπλοκης ευμεγέθους κοιλιοκήλης. Διαχείριση ασθενούς.

Παρουσίαση περιστατικού: Εισέρχεται στο ιατρείο άνδρας 63 ετών χωρίς παθολογικά προβλήματα. Αναφέρει διάτρηση εκκολπώματος προ ενάμιση έτους μαζί με σιγμοειδεκτομή και αναστόμωση. Ακολουθεί κοιλιοκήλη και σε ανοικτή αποκατάσταση προ έτους. Εμφανίζει υποτροπή από εξαμήνου. Παρουσιάζεται ακόμη διαχείριση σε στάδια με προεγχειρητικό Βotox πλάγιων κοιλιακών μυών σε μια λεπτομερή παρουσίαση της επέμβασης. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο εντός σαρανταοκταώρου χωρίς εγχειρητικές επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Ουσιαστικά οι πολύπλοκες ευμεγέθεις κοιλιοκήλες αντιμετωπίζονται με άριστα αποτελέσματα με ρομποτική χειρουργική και staged approach μαζί με ανασκόπηση βιβλιογραφίας.



E.A.44

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ (ΤΕΡ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑ

Akriti Nanda, Chirag Rao, Ioannis Gerogiannis

Department of Surgery, Kingston Hospital NHS Foundation Trust, Kingston upon Thames, London, United Kingdom

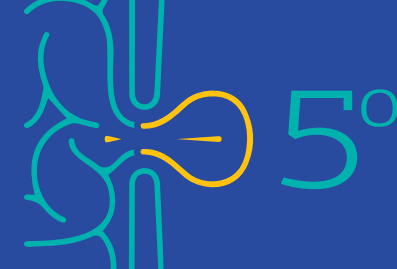
Σκοπός: Η εγκεφαλική παράλυση (Cerebral Palsy- CP) είναι μια ομάδα νευρολογικών διαταραχών που επηρεάζουν την κίνηση, τον μυϊκό τόνο και τον συντονισμό με εμφάνιση μυϊκή δυσκαμψίας, αδυναμίας και ακούσιες κινήσεις. Παρόλο που δεν υπάρχει άμεση συσχέτιση της βουβωνοκήλης, τα άτομα με CP μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν κήλες λόγω παραγόντων όπως η χρόνια δυσκοιλιότητα, ο συχνός βήχας ή η σωματική καταπόνηση. Παρουσιάζουμε ένα βίντεο αντιμετώπισης επισημαίνοντας όλες τις δυσκολίες που υπήρξαν για την πραγματοποίησή της λαπαροσκοπικά.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 66 ετών με CP, χωρίς διανοητικά αλλά με πολλά κινητικά προβλήματα παρουσιάστηκε με κύριο σύμπτωμα πόνο στη δεξιά βουβωνική χώρα. Κλινικά, με δυσκολία αναγνωρίστηκε η βουβωνοκήλη αλλά επιβεβαιώθηκε με υπέρηχο. Η ασθενής ζήτησε λαπαροσκοπική αποκατάσταση για γρηγορότερη ανάρρωση και λιγότερη νοσηλεία.

Μετά από τοποθέτηση της ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι με ειδικά στηρίγματα και το αριστερό πόδι σε κάμψη, μέσω τομής στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας έγινε εισαγωγή του ενδοσκοπίου με visiport 10mm στο χώρο άνωθεν του οπίσθιου πετάλου της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός. Πραγματοποιήθηκε διΐνιση των ιστών και με τη βοήθεια του CO₂ και του ενδοσκοπίου έγινε διάνοιξη του προπεριτοναϊκού χώρου στη δεξιά πλευρά. Εισήχθησαν δύο επιπλέον ports 5mm στη μέση γραμμή. Αναγνωρίστηκε το ηβικό οστό και τα κάτω επιγάστρια αγγεία, τα οποία λόγω της θέσης και της ιδιαίτερης ανατομικής της περιοχής, ήταν πολύ δύσκολο να αναγνωριστούν αρχικά. Ακολούθησε η ανάταξη της κήλης τοποθέτηση πλέγματος 15x10cm χωρίς καθήλωση.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή αλλά καθυστέρησε το εξιτήριο λόγω ανάγκης εκτεταμένης φυσικοθεραπείας. Στο follow-up στις 12 εβδομάδες, η αποκατάσταση ήταν επιτυχής.

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση βουβωνοκήλης με την τεχνική ΤΕΡ σε περιπτώσεις ασθενών με δυσκαμψία ή κινητικές διαταραχές έχει αρκετές δυσκολίες και απαιτεί προηγμένες λαπαροσκοπικές δεξιότητες. Η προσεκτική επιλογή ασθενούς, η ακριβής λήψη συγκατάθεσης και η εξήγηση της αυξημένης πιθανότητας μετατροπής σε ανοικτή μέθοδο είναι απαραίτητες.



E.A.45

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΒΟΥΒΩΝΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ ΕΝΑΝ ΧΡΟΝΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

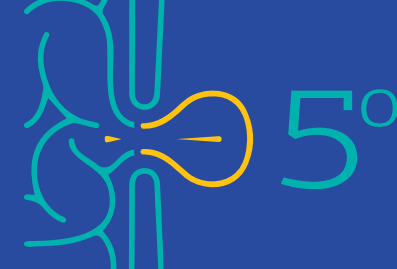
Ιωάννης Κατσαρέλας, Αφροδίτη Κοταρέλα, Δημήτριος Χατζήνας, Μαρία Γαλάνη, Περικλής Δημάσης, Μιλτιάδης Χανδόλιας, Δήμητρα Μανωλακάκη

Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, Χειρουργική Κλινική

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού που φέρει συρίγγιο 1 χρόνο μετά την πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης με χρήση πλέγματος, και η συμβολή της συσκευής sNPWT στην ταχεία επούλωση του τραύματος παρέχοντας παράλληλα άνεση και συνέχιση της κοινωνικής ζωής του ασθενούς.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 54 ετών υπεβλήθη σε πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης με τεχνική Bassini και τοποθέτηση πλέγματος πολυπροπυλενίου (10/22). Πέντε μήνες αργότερα (03/23) παρουσίασε απόστημα επί της τομής(ηβική σύμφυση) το οποίο αντιμετωπίστηκε με παρακέντηση καθώς και αντιβιοτική αγωγή. Για 1,5 μήνα ο ασθενής δεν παρουσίασε κάποιο σύμπτωμα. Αρχές του 05/23 παρατηρήθηκε εκροή υγρού από το ανώτερο σημείο της τομής όπου και διεπιστώθη η παρουσία συριγγίου. Επανήλθε για έλεγχο τον 08/23 όπου αρχικά αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Λόγω της μη βελτίωσης προτάθηκε χειρουργική επέμβαση, η οποία πραγματοποιήθηκε 12/23. Διεγχειρητικά, τοποθετήθηκε στο τραύμα συσκευή αρνητικής πίεσης μίας χρήσης. Έπειτα από δύο εβδομάδες λειτουργίας της συσκευής, ο ασθενής αποδεσμεύτηκε και συνέχισε την διαδικασία της επούλωσης με χρήση επιθεμάτων αργύρου.

Συμπέρασμα: Η πλαστική αποκατάσταση κηλών του κοιλιακού τοιχώματος είναι ίσως το συχνότερο είδος εκλεκτικών επεμβάσεων στο φάσμα της χειρουργικής. Στην πλειονότητα αυτών χρησιμοποιείται πλέγμα για την εξάλειψη του χάσματος του κοιλιακού τοιχώματος. Η επιμόλυνση του πλέγματος αποτελεί μια όχι τόσο σπάνια επιπλοκή που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής διότι μπορεί να εκδηλωθεί ακόμα και χρόνια μετά το χειρουργείο. Η χρήση sNPWT φαίνεται ότι παρέχει ιδιαίτερα οφέλη σε τέτοιου είδους τραύματα τόσο για την σωστή και ταχεία επούλωση του τραύματος όσο και για την ευκολία στην χρήση του.



E.A.46

ΟΨΙΜΟ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΟ ΚΑΙ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΛΟΞΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΚΩΝΟΥ ΠΡΟ 11 ΕΤΩΝ (MESH PLUG REPAIR)

Ευαγγελία Δούμκου¹, Τζίκος Γεώργιος, Ιπποκράτης Ιντζίδης, Τσαλκατίδου Δέσποινα, Απόστολος Ζαταγιάς, Αντώνιος Μιχαλόπουλος

Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

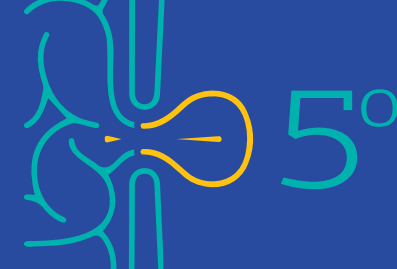


Σκοπός: Η πιθανότητα όψιμης διάβρωσης σπλάχνων από τη χρήση πλέγματος κώνου κατά την αποκατάσταση βουβωνοκήλης.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής, άρρεν, 49 ετών, προσήλθε στο ΤΕΠ Χειρουργικής λόγω αναφερόμενης επώδυνης διόγκωσης στη δεξιά μηροβουβωνική χώρα από 10ημέρου με συνοδό εμπύρετο. Από το ατομικό αναμνηστικό, ο ασθενής ανέφερε μόνο αποκατάσταση λοξής βουβωνοκήλης δεξιά με χρήση πλέγματος και κώνου, προ 11 έτη. Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώθη εκτεταμένη φλεγμονή στη δεξιά μηροβουβωνική χώρα επί της χειρουργικής τομής, με κλυδασμό και εμπύρετο, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Ακολούθησε περαιτέρω διερεύνηση με αξονική τομογραφία, στην οποία απεικονιζόταν αποστηματική κοιλότητα του δεξιού λαγονίου βόθρου, εφαιπτόμενη με τη σκληροκοειδή απόφυση, παρουσία υπέρπυκνου μορφώματος εντός αυτής και επέκταση της φλεγμονής προς το έσω στόμιο του βουβωνικού πόρου,.

Ακολούθησε εισαγωγή του ασθενούς στην Χειρουργική Κλινική και χειρουργική διάνοιξη-παροχέτευση του δερματικού αποστήματος, με τοποθέτηση VAC επί του τραύματος, προς ανακούφιση των συμπτωμάτων. Παρά την επεμβατική πράξη και χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής, η κλινική και εργαστηριακή εικόνα του ασθενούς δεν βελτιώθηκε, με αποτέλεσμα να οδηγηθεί στο χειρουργείο. Ο ασθενής υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροσκόπηση κατά την οποία διαπιστώθη φλεγμαίνουσα σκληροκοειδής απόφυση περιελεγμένη στον κώνο, χωρίς επέκταση της φλεγμονής στις γεινιάζουσες έλικες. Πραγματοποιήθηκε λαπαροσκοπική σκληροκοειδεκτομή και αφαίρεση τμήματος του κώνου, με διατήρηση του πλέγματος και λήψη καλλιέργειας περιτοναϊκού υγρού. Ακολούθησε συνέχιση της θεραπείας με VAC και λήψη αντιβιοτικής αγωγής βάσει αντιβιογράμματος. Ο ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε την 8^η μετεγχειρητική ημέρα, απύρετος και κλινικοεργαστηριακά βελτιωμένος. Κατά το follow-up, δύο χρόνια μετά την αφαίρεση του κώνου, ο ασθενής δεν παρουσιάζει συμπτώματα και σημεία υποτροπής

Συμπέρασμα: Η αποκατάσταση βουβωνοκήλης, με τοποθέτηση κώνου, ελλοχεύει κινδύνους όψιμης διάβρωσης σπλάχνων, καθώς η παραβίαση του προπεριτοναϊκού χώρου δύναται να μετατρέψει μια εξωπεριτοναϊκή παρέμβαση σε αιτία μείζονος ενδοκοιλιακής φλεγμονής, ενώ ταυτόχρονα δυσχεραίνει μελλοντική απόπειρα για αποκατάσταση της υποτροπής λαπαροσκοπικά.



E.A.47

Η ΧΡΗΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΟΛΛΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ ΣΤΗΝ TAPP. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ TIPS AND TRICKS ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ

Νικόλαος Κόχυλας, Σταυρούλα Παπαελευθερίου, Γεώργιος Σερετάκης, Δημήτριος Μαγγανάς

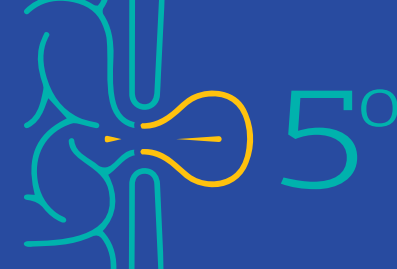
Δ' Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η χρήση της κόλλας στην καθήλωση του πλέγματος έχει τα πλεονεκτήματα, λόγω της ατραυματικής φύσης της, του λιγότερου μετεγχειρητικού άλγους και λιγότερου κινδύνου τρώσης αγγείου ή νευραλγίας σε σχέση με ράμματα ή tackers.

Υλικό και μέθοδος: 24 ασθενείς υπεβλήθησαν σε TAPP με χρήση κόλλας στην καθήλωση του πλέγματος και στη σύγκλειση του περιτοναίου. Μελετήθηκαν οι υποτροπές, μετεγχειρητικό άλγος, διεγχειρητικές επιπλοκές και ευκολία στη χρήση

Αποτελέσματα: Σε μέσο follow up 6 μηνών (3-15 μήνες) δεν παρατηρήθηκε υποτροπή. Υπήρξε 1 περιστατικό περιστασιακού άλγους στην κόπωση, που δεν του επηρεάζει την καθημερινότητα. Δεν παρατηρήθηκαν διεγχειρητικές επιπλοκές. Στη χρήση της, η καθήλωση του πλέγματος δεν παρουσίασε κάποιο πρόβλημα. Η σύγκλειση του περιτοναίου, στα πρώτα 10 περιστατικά απαιτήσε τη συμπληρωματική χρήση tackers.

Συμπεράσματα: Η χρήση κόλλας στην καθήλωση του πλέγματος αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο. Όπως κάθε νέα τεχνική, απαιτεί εκπαίδευση στη χρήση της, αλλά μπορεί με την κατάλληλη εμπειρία να οδηγήσει σε μια ταχύτερη και ασφαλέστερη TAPP.



E.A.48

ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΕΣ: ΕΥΘΕΙΑ ΚΗΛΗ ΕΠΙ ΤΑ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ...

**Χαράλαμπος Θεοδωρόπουλος¹, Λάζαρος Κουρτίδης¹, Μαριλένα Τσιβγούλη¹, Δήμητρα Ντρίκου¹,
Μιχάλης Λαζαράκης¹, Ελένη Μαρκάκη¹, Μιχάλης Καραμάνης¹, Παναγιώτης Δικαιάκος¹,
Χρήστος Ιορδάνου¹, Δρ. Γεώργιος Αγιομαμίτης¹**

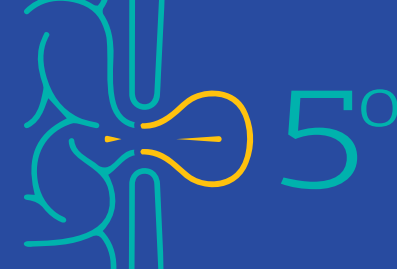
¹Α' Χειρουργική Κλινική - Λαπαροσκοπική Μονάδα, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιώς

Σκοπός: Η εξοκείωση με τα ανατομικά στοιχεία του βουβωνικού χώρου και ο προσδιορισμός των βουβωνοκηλών βάσει της διέλευσής τους διά του έσω βουβωνικού στομίου.

Υλικό και μέθοδος: Παρουσίαση βιβλιογραφικών δεδομένων και κλινικών περιστατικών για την επισήμανση της διόδου διά του έσω στομίου ως διαφοροποιητικού χαρακτηριστικού μεταξύ λοξών και ευθειών βουβωνοκηλών.

Αποτελέσματα: Παραδοσιακά η εντόπιση του κηλικού στομίου - αυχένα επί τα εντός ή επί τα εκτός των κάτω επιγαστρίων αγγείων χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό μιας βουβωνοκήλης ως λοξής ή ευθείας αντιστοίχως. Ο ορισμός αυτός είναι τοπογραφικός και στερείται φυσικής σημασίας. Η εξοκείωση με τις ανατομικές δομές του βουβωνικού χώρου (myorectineal orifice) μάς οδηγεί στην κατανόηση των διαφορετικών ανατομικών, παθογενετικών και κλινικών χαρακτηριστικών των δύο υποτύπων των βουβωνοκηλών. Συνεπώς, η ευθεία βουβωνοκήλη οφείλεται σε αδυναμία του συνδεσμικού και περιτονιακού οπισθίου τοιχώματος του βουβωνικού πόρου, ενώ η λοξή βουβωνοκήλη οφείλεται στην παρουσία, πιθανώς συγγενώς, διευρυμένου έσω βουβωνικού στομίου. Αν και ο παραδοσιακός ορισμός αποδεικνύεται ορθός στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, δεν είναι αλάνθαστος και δεν αντικατοπτρίζει την φυσιολογική ειδοποιό διαφορά των δύο τύπων κηλών, δηλαδή την δίοδο του κηλικού σάκου διά του έσω βουβωνικού στομίου προς τον βουβωνικό πόρο.

Συμπεράσματα: Ο σαφής ορισμός των βουβωνοκηλών προϋποθέτει την άριστη κατανόηση των ανατομικών και παθογενετικών χαρακτηριστικών και οδηγεί σε βέλτιστη αντιμετώπιση με εφαρμογή ακριβούς χειρουργικής τεχνικής.



E.A.49

ΤΟ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΠΙΣΧΕΣΗΣ ΟΥΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΥΠΟ ΡΑΧΙΑΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Ευάγγελος Τζουβελέκας¹, Ελευθέριος-Γκαστόν Μανσούρ-Κεσμετζής¹, Δέσποινα Παπαγεωργούλη¹,
Ματθίλδη Μπέη¹, Αθανάσιος Μπακάλης¹, Κωνσταντίνος Μπούλιαρης¹, Κωνσταντίνος Τεπετές²,
Ματθαίος Ευθυμίου¹, Γεώργιος Κουκούλης¹

¹Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο»

²Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας



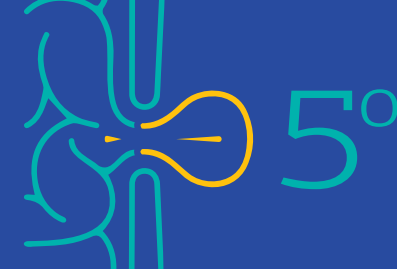
Εισαγωγή: Η πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης είναι μια από τις συχνότερες χειρουργικές επεμβάσεις. Η αποκατάσταση υπό ραχιαία αναισθησία συνδυάζεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης επίσχεσης ούρων μετεγχειρητικά ιδιαίτερα σε άντρες ασθενείς άνω των 50 ετών.

Σκοπός: Η διερεύνηση περιεγχειρητικών παραγόντων κινδύνου μετεγχειρητικής εμφάνισης επίσχεσης ούρων μετά από πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης υπό ραχιαία αναισθησία

Υλικό και μέθοδος: στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 100 άρρεν ασθενείς με ετερόπλευρη βουβωνοκήλη που υποβλήθηκαν σε ανοιχτή, χωρίς τάση πλαστική αποκατάσταση με πλέγμα υπό ραχιαία αναισθησία. Καταγράφηκαν πιθανοί προεγχειρητικοί, διεγχειρητικοί και μετεγχειρητικοί παράγοντες κινδύνου. Η κλίμακα VAS χρησιμοποιήθηκε για την ποσοτικοποίηση του άγχους.

Αποτελέσματα: 37 ασθενείς εμφάνισαν επίσχεση ούρων μετεγχειρητικά. Το προεγχειρητικό άγχος, οι συνοσηρότητες, η πλαστική οπίσθιου τοιχώματος και η διεγχειρητική χορήγηση ατροπίνης αναγνωρίστηκαν ως παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επίσχεσης ούρων μετεγχειρητικά.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους προεγχειρητικά, θα πρέπει πιθανότατα να επιλέγεται γενική αναισθησία, ενώ η πλαστική οπίσθιου τοιχώματος σε ευθείες κήλες πρέπει να αποφεύγεται.



E.A.50

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΚΟΙΛΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΠΙΓΓΕΛΙΟΥ ΚΗΛΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΟ ΑΜΦΩ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΩΝ

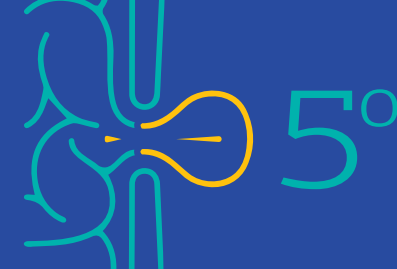
**Αλέξανδρος Χαμζίν¹, Χαράλαμπος Θεοδωρόπουλος, Κατερίνα Στυλιανάκη,
Αλεξάνδρα Τριανταφύλλου, Θεογνωσία Ιωάννου, Νικόλαος Μιχαλόπουλος,
Κωνσταντίνος Τούτουζας, Δημήτριος Θεοδώρου**

¹Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

Σκοπός: Η κήλη Spiegel ή σπιγγέλιος κήλη αποτελεί μια από τις πλέον σπάνιες κήλες του κοιλιακού τοιχώματος. Μάλιστα, αποτελεί μόλις το 1-2% όλων των κηλών και αφορά κατά βάση γυναίκες ηλικίας μεταξύ 40-80 ετών. Παρουσιάζεται στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα, κάτω από τον ομφαλό. Λόγω περιορισμένης βιβλιογραφικής αναφοράς δεν υπάρχει κάποια προτιμώμενη μέθοδος αποκατάστασης. Η εργασία μας θα αναφερθεί στην προτιμώμενη μέθοδο της κλινικής μας.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άρρεν 65 ετών παρουσιάστηκε με μία ανώδυνη διόγκωση της αριστερής πλευράς και συνοδό βουβωνοκήλες άμφω. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία άνω κάτω κοιλίας και αναγνωρίστηκε Σπιγγέλιος κήλη και ευμεγέθεις ευθείες βουβωνοκήλες άμφω. Αποφασίστηκε η διακοιλιακή προπεριτοναϊκή προσπέλαση για την αποκατάσταση του συνόλου των κηλών. Η λαπαροσκοπική προσέγγιση επιβεβαίωσε τα ευρήματα της κλινικής και απεικονιστικής εξέτασης. Οι βουβωνοκήλες ήταν MW3-P κατά την EHS ταξινόμηση, αποκαταστάθηκαν με περίπαρση της εγκάρσιας περιτονίας και καθήλωσης αυτή στον σύνδεσμο του Cooper για την αποφυγή μετεγχειρητικών σερωμάτων και τοποθετήθηκαν προσχηματισμένα πλέγματα από πολυπροπυλένιο. Η καθήλωση των προσχηματισμένων πλεγμάτων έγινε με την χρήση απορροφήσιμων ήλων. Η Σπιγγέλιος κήλη αποκαταστάθηκε προπεριτοναϊκά, έγινε σύγκλιση του χάσματος και τοποθέτηση αυτοκαθηλούμενου πλέγματος για την αποφυγή μετεγχειρητικού πόνου.

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική προσέγγιση προσφέρει πλήρη διερεύνηση του εγχειρητικού πεδίου, χαμηλό κίνδυνο λοίμωξης του χειρουργικού πεδίου, μειωμένο μετεγχειρητικό πόνο καθώς και ταχύτερη ανάρρωση σε σχέση με την ανοιχτή προσπέλαση, εφόσον βέβαια υπάρχει η απαραίτητη εμπειρία.



E.A.51

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ- Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

**Ειρήνη Βάσσιου¹, Μιχαήλ Κορναρόπουλος¹, Φανή- Μαρία Ευαγγέλου¹, Νικόλαος Πανάκος¹,
Χρήστος- Αησιλάος Πολιτόπουλος¹, Αλέξης Τριανταφύλλου¹, Μιχαήλ Τσαγκάρης²,
Νικόλαος Τζανάκης¹, Μαρία Χατζηπέτρου¹**

¹Β Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας

²Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας

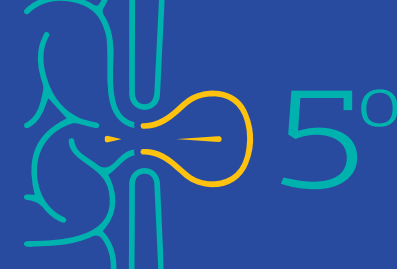


Σκοπός: Η αποκατάσταση της βουβωνοκήλης είναι μια συχνή χειρουργική επέμβαση και η επιλογή της αναισθησίας παίζει καθοριστικό ρόλο στον καθορισμό των μετεγχειρητικών αποτελεσμάτων. Η τοπική αναισθησία σε χειρουργικές επεμβάσεις βουβωνοκήλης έχει κερδίσει αυξανόμενη προσοχή για τα πλεονεκτήματά της. Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και της ασφαλείας της τοπικής αναισθησίας στον τομέα της αποκατάστασης της βουβωνοκήλης. Ο πρωταρχικός στόχος είναι να αξιολογηθούν τα πλεονεκτήματά της χρήσης τοπικής αναισθησίας, ιδιαίτερα σε ασθενείς με προϋπάρχουσες καρδιολογικές και αναπνευστικές παθήσεις.

Υλικό και Μέθοδοι: Η μελέτη αυτή αφορά 179 ασθενείς εκ των οποίων 160 είναι άρρενες ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 67 ετών (20-85 ετών), καθώς και 19 θήλεις ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 60 ετών (37-74 ετών) που υπεβλήθησαν σε αποκατάσταση βουβωνοκήλης υπό τοπική αναισθησία χωρίς την παρουσία αναισθησιολόγου το διάστημα 17/06/2022 έως 31/12/2023. Οι 63 από αυτούς είχαν αναπνευστικά ή και καρδιολογικά νοσήματα. Οι επεμβάσεις έγιναν με άμεσα προεγχειρητική διενέργεια block λαγονίων νεύρων (fascia iliaca block) με συμπληρωματική έγχυση τοπικής αναισθησίας διεγχειρητικά. Τυπική αποκατάσταση βουβωνοκήλης με χρήση ευθέος πλέγματος.

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια του χειρουργείου ήταν 50 λεπτά (εύρος 40-75). Από τους 179 ασθενείς, οι 165 (92%) εκ των οποίων έλαβαν εξιτήριο εντός της ημέρας. Μετεγχειρητική χρήση ήπιων αναλγητικών ή παρακεταμόλης έγινε από τους 156 (87,6%) ασθενείς. Η αποκατάσταση βουβωνοκήλης με τοπική αναισθησία έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των επιπέδων μετεγχειρητικού πόνου των ασθενών σε σύγκριση με τους ασθενείς που υπεβλήθησαν υπό γενική ή ραχιαία αναισθησία, όπως και την άμεση κινητοποίηση τους. Η μη χρήση ραχιαίας αναισθησίας δεν οδηγεί σε επίσχεση ούρων, το οποίο συχνά παρουσιάζεται ως επιπλοκή.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με υποκείμενα νοσήματα εμφάνισαν λιγότερες επιπλοκές σε αντίθεση με εκείνους που υπεβλήθησαν σε επέμβαση υπό γενική αναισθησία. Η αποκατάσταση της βουβωνοκήλης υπό τοπική αναισθησία αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική επέμβαση σε σχέση με τη χρήση περιοχικής και γενικής αναισθησίας.



E.A.53

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΩΝ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΟΥ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ (TAR)

Ευστάθιος Δημητριάδης¹, Εμμανουήλ Τρουλλινάκης¹, Χριστιάννα Εργατίδου¹,
Ανθούλα Άννα Γιατζάκη¹, Νικόλαος Μουδατσάκης¹

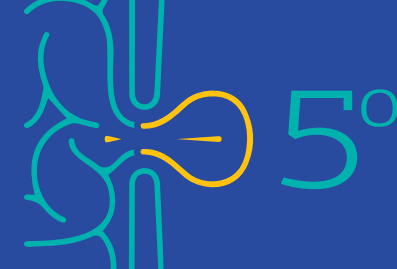
¹Γενικό Νοσοκομείο Λασιθίου

Σκοπός: Η τεχνική του οπισθίου διαχωρισμού των κοιλιακών τοιχωμάτων με διατομή του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (τεχνική TAR), είναι μια απαιτητική τεχνική με την οποία επιτυγχάνεται η σύγκλιση ευμεγέθων κοιλιοκηλών. Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας.

Υλικό - Μέθοδος: από τον 10/2021 έως και τον 10/2023 αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας 9 ασθενείς με την αναφερόμενη τεχνική. 4 άνδρες και 5 γυναίκες (μ.ο. ηλικίας 51,7 έτη από 35 έως 67έτη). 5 ασθενείς χειρουργήθηκαν λόγω μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης.

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια της επέμβασης ήταν 245 λεπτά και η μέση διάρκεια νοσηλείας 5,4 ημέρες. Μετεγχειρητική επιπλοκή εμφάνισαν 2 ασθενείς (1 λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος και 1 εν τω βάθην θρόμβωση), κανένας ασθενής δεν παρουσίασε υποτροπή στο διάστημα των 2 ετών.

Συμπέρασμα: Η αντιμετώπιση μεγάλων κοιλιοκηλών με τη μέθοδο TAR παρότι είναι χρονοβόρα και απαιτητική επέμβαση αποτελεί ίσως την καλύτερη τεχνική αποκατάστασης αυτών. Εκπαίδευση, εμπειρία και άριστη γνώση της ανατομίας του κοιλιακού τοιχώματος απαιτούνται από τον χειρουργό που θα πραγματοποιήσει την επέμβαση.



E.A.67

ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΚΑΙ ΚΗΛΗΣ SPIEGEL ΔΕΞΙΑ ΜΕ ΠΛΗΡΩΣ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ (ΤΕΡ): ΒΙΝΤΕΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Ειρήνη Μαρτζιβάνου, Τριαντάφυλλος Παυλίδης, Κελιώ Γώττη, Μελένια Λαζαρίδου, Δημήτριος Τσομπάνης, Ευτυχία Κυριακίδου, Δημήτριος Ράπτης, Κωνσταντίνος Κηροπλάστης, Βασίλειος Παπαζιώγας, Γρηγόριος Χατζημαουρούδης

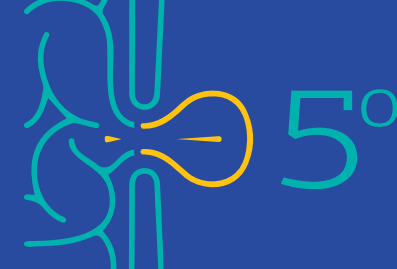
Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ "Γ. Γεννηματάς"

Εισαγωγή: Η χρήση της μεθόδου ΤΕΡ (total extraperitoneal approach) για την αντιμετώπιση βουβωνοκηλών και ιδιαίτερα αμφοτερόπλευρων, αποτελεί μία διαδομένη και ασφαλή προσέγγιση, καθώς προσφέρει πλεονεκτήματα στον χειρουργό και στον ασθενή. Η Spiegel αποτελεί μία σπάνια κήλη του πλάγιου κοιλιακού τοιχώματος που δύναται να αντιμετωπιστεί με διάφορες μεθόδους είτε ανοικτά είτε λαπαροσκοπικά. Η σύγχρονη παρουσία των δύο παραπάνω καταστάσεων αποτελεί μία ιδιαίτερα σπάνια περίπτωση όπου η χειρουργική τους αντιμετώπιση καθώς και η επιλογή της μεθόδου, των πλεγμάτων και του τρόπου καθήλωσης απαιτεί εμπειρία στην χειρουργική των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Μέθοδοι: Ασθενής 63 ετών, με παρουσία βουβωνοκήλης αριστερά, υποτροπής βουβωνοκήλης δεξιά (μετά από ανοικτή επέμβαση) και κήλης Spiegel δεξιά, αντιμετωπίστηκε ενδοσκοπικά με πλήρως εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση (ΤΕΡ).

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή και ανεπίπλεκτη. Σιτίστηκε και κινητοποιήθηκε άμεσα μετεγχειρητικά ενώ έλαβε εξιτήριο την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα χωρίς να αναφέρει ιδιαίτερα ενοχλήματα.

Συμπεράσματα: Η τεχνική ΤΕΡ αποτελεί μία απαιτητική τεχνική με ιδιαίτερα μεγάλη καμπύλη εκμάθησης, ταυτόχρονα όμως προκύπτει ασφαλής και αποτελεσματική για την αντιμετώπιση αμφοτερόπλευρης βουβωνοκήλης. Ιδιαίτερος είναι ο ρόλος της όταν συνυπάρχει κήλη Spiegel με την σύγχρονη αποκατάσταση τους ιδανικά να εφαρμόζεται από έμπειρους χειρουργούς κοιλιακών τοιχωμάτων ώστε ελαχιστοποιηθούν τα ποσοστά μετεγχειρητικών επιπλοκών.



E.A.68

ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΕΤΕΡ: ΜΙΑ ΞΕΧΩΡΙΣΤΗ, ΑΣΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗΣ, ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΛΕΥΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ: ΒΙΝΤΕΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Τριαντάφυλλος Παυλίδης, Γεωργία Κοτορένη, Δημήτριος Τσομπάνης, Γρηγόριος Χατζημαυρουδής

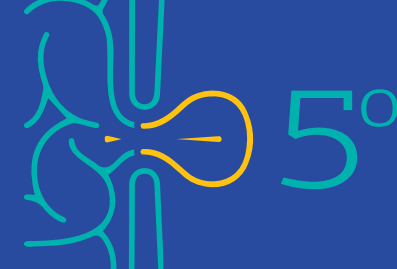
*Κέντρο Σύνθετων Κηλών & Ανακατασκευής Κοιλιακών Τοιχωμάτων, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης
Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ*

Εισαγωγή: Η ταυτόχρονη αντιμετώπιση των ασθενών που φέρουν πρωτοπαθή κήλη μέσης γραμμής σε συνδυασμό με διάσταση πάντα αποτελούσε μία πρόκληση για τους χειρουργούς κοιλιακών τοιχωμάτων. Η ελάχιστη επεμβατική αποκατάσταση των κοιλιοκηλών αναπτύσσεται εκθετικά τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της εισαγωγής νέων ρομποτικών μεθόδων αποκατάστασης. Η μέθοδος e-TEP (extended-view totally extraperitoneal) επιτρέπει στον χειρουργό να αντιμετωπίσει μέσω της απευθείας εισόδου στον οπισθομυϊκό χώρο κοιλιοκήλες σε συνδυασμό με διάσταση λευκής γραμμής με ευχέρεια και ασφάλεια.

Μέθοδοι: Άνδρας 56 ετών με ταυτόχρονη παρουσία ομφαλοκήλης, επιγαστρικής κήλης και διάστασης λευκής γραμμής αντιμετωπίστηκε αμιγώς ρομποτικά με την χρήση του DaVinci X. Η είσοδος τον τροκαρ πραγματοποιήθηκε απευθείας στον οπισθομυϊκό χώρο ο οποίος παρασκευάστηκε ικανοποιητικά τέμνοντας το οπίσθιο πέταλο της θήκης του ορθού κοιλιακού, διαφυλάσσοντας την λευκή γραμμή (crossover). Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε η σύγκλιση των πετάλων με επιδιόρθωση της διάστασης και τοποθέτηση πλέγματος PVDF (polyvinylidene fluoride) οπισθομυϊκά, διαστάσεων 26x12 εκ. Η σύγκλιση του οπίσθιου πετάλου πραγματοποιήθηκε με απορροφήσιμο ράμμα V-loc 2.0 ενώ το πρόσθιο πέταλο συρράφηκε με χρήση μη απορροφήσιμου ράμματος από V-loc 1.

Αποτελέσματα: Οι διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές ήταν μηδενικές. Ο ασθενής κινητοποιήθηκε άμεσα με το μετεγχειρητικό άλγος να αντιμετωπίζεται με απλά αναλγητικά. Ελαβε εξιτήριο την 1η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπέρασμα: Η ρομποτική eTEP δίνει στον χειρουργό την δυνατότητα να αντιμετωπίσει τέτοιου είδους περιπτώσεις με μεγάλη ακρίβεια στις κινήσεις, ταχύτητα στην συρραφή και ασφάλεια. Τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα συμπεριλαμβανομένου και του αισθητικού τμήματος της επέμβασης παρουσιάζονται εξαιρετικά και ο ασθενής επωφελείται όλων των μετεγχειρητικών πλεονεκτημάτων της ρομποτικής χειρουργικής.



E.A.69

ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ TAR: ΜΙΑ ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΗ, ΑΣΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΩΝ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΩΝ: ΒΙΝΤΕΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Τριαντάφυλλος Παυλίδης, Γεωργία Κοτορένη, Δημήτριος Τσομπάνης, Γρηγόριος Χατζημαυρουδής

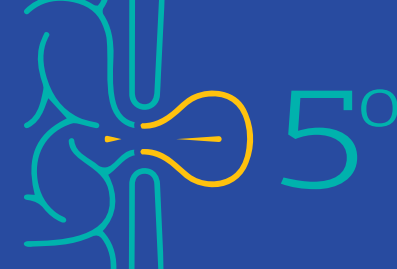
*Κέντρο Σύνθετων Κηλών & Ανακατασκευής Κοιλιακών Τοιχωμάτων, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης
B' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ*

Εισαγωγή: Η θεραπεία των κοιλιοκηλών με μεγάλο εύρος χάσματος αποτελούσε πάντα πρόκληση για τους χειρουργούς κοιλιακών τοιχωμάτων. Η ελάχιστη επεμβατική αποκατάσταση των πρωτοπαθών ή των μετεγχειρητικών κοιλιοκηλών αναπτύσσεται εκθετικά τα τελευταία χρόνια με την εισαγωγή νέων μεθόδων και εργαλείων. Ο οπίσθιος διαχωρισμός των κοιλιακών τοιχωμάτων αποτελεί μία μέθοδο που δίνει την δυνατότητα σε έμπειρους χειρουργούς κοιλιακών τοιχωμάτων να αντιμετωπίσουν ιδιαίτερα απαιτητικές περιπτώσεις με μεγάλα χάσματα στις οποίες είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί διατομή του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (TAR) ώστε να επιτευχθεί η πλήρης αποκατάσταση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Με την χρήση της ρομποτικής κονσόλας υπάρχει η δυνατότητα πραγματοποίησής τους, υπό προϋποθέσεις, αμιγώς ρομποτικά με εξαιρετικά αποτελέσματα για τον ασθενή.

Μέθοδοι: Άνδρας 71 ετών με παρουσία ευμεγέθους μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης μέσης γραμμής αντιμετωπίστηκε αμιγώς ρομποτικά. Με το χάσμα να απεικονίζεται στην αξονική τομογραφία με πλάτος περίπου 9 εκ πραγματοποιήθηκε οπίσθιος διαχωρισμός των κοιλιακών τοιχωμάτων με διατομή του εγκάρσιου κοιλιακού μυός. Η σύγκλειση του οπίσθιου τοιχώματος πραγματοποιήθηκε με ράμμα συνεχόμενης ραφής V-loc 2.0, ενώ το πρόσθιο πέταλο συρράφηκε με χρήση συνεχόμενου μη απορροφήσιμου ράμματος από V-loc 1. Τέλος τοποθετήθηκε οπισθομυϊκό πλέγμα heavy πολυπροπυλενίου 24x33 εκ χωρίς να χρησιμοποιηθεί κάποιο καθηλωτικό μέσο.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξαν διεγχειρητικές επιπλοκές, ενώ ο ασθενής κινητοποιήθηκε άμεσα την ίδια ημέρα χωρίς ιδιαίτερα σημεία μετεγχειρητικού άλγους. Έλαβε εξιτήριο την 2η μετεγχειρητική ημέρα μετά την άμεση κινητοποίηση του γαστρεντερικού σωλήνα.

Συμπέρασμα: Η ρομποτική TAR δίνει στον χειρουργό την δυνατότητα να αντιμετωπίσει περιπτώσεις ασθενών με μεγάλα χάσματα με ακρίβεια και ταχύτητα στην συρραφή. Αποτελεί μία ασφαλή μέθοδο με τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα να παρουσιάζονται εξαιρετικά ενώ ο ασθενής επωφελείται όλων των πλεονεκτημάτων της ελάχιστη επεμβατικής χειρουργικής.



ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V

E.A.54

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΑ ΕΚΛΕΚΤΙΚΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Ιωάννης Κατσαρός¹, Ανδρέας Σκάρπας², Βλαδίμηρος Κυριακίδης², Ευάγγελος Βαφείας³,
Χαράλαμπος Φλώρος², Κωνσταντίνος Αθανασίου², Αλέξανδρος Κυριακίδης²**

¹Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό,

²Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Άμφισσας,

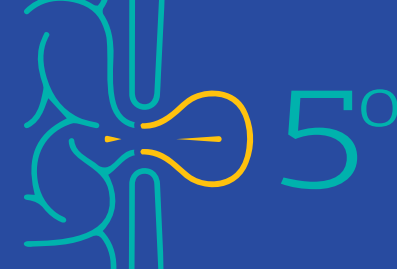
³Χειρουργική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Σκοπός: Η πλαστική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης είναι μία από τις συχνότερες χειρουργικές επεμβάσεις παγκοσμίως με περισσότερες από 20 εκατομμύρια ετησίως. Στη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 η πλειοψηφία των εκλεκτικών χειρουργείων ακυρώθηκαν με επακόλουθες αρνητικές επιπτώσεις στους ασθενείς. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την επίδραση της πανδημίας στις επεμβάσεις βουβωνοκήλης και να αναδείξει τις συνέπειες της.

Υλικό & Μέθοδος: Οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης στο Γενικό Νοσοκομείο Άμφισσας από τον Μάρτιο του 2018 έως το Μάρτιο του 2022 συμπεριελήφθησαν στην παρούσα μελέτη. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες πριν (Ομάδα Α) και μετά (Ομάδα Β) τον Μάρτιο του 2020, όπου επιβλήθηκε το πρώτο lockdown στην Ελλάδα.

Αποτελέσματα: Συνολικά 407 ασθενείς (382 άνδρες και 25 γυναίκες) με μία μέση ηλικία 69 (24-93) έτη συμπεριελήφθησαν στην μελέτη. Μία μείωση 27.5% στο συνολικό αριθμό των χειρουργείων παρατηρήθηκε στην Ομάδα Β (236 vs 171 ασθενείς), όμως τα επείγοντα χειρουργεία αυξήθηκαν στατιστικά σημαντικά (17.3% vs 43.9%). Επιπλέον, υπήρξε στατιστικά σημαντική αύξηση στα περιστατικά με περίσφιξη Furthermore, there (15.3% vs 40.4%) και σε αυτά που απαιτήθηκε εκτομή εντέρου (13.6% vs 39.2%). Η μέση διάρκεια νοσηλείας αυξήθηκε στην Β περίοδο (1.69 vs 3.02 ημέρες).

Συμπεράσματα: Οι πολιτικές που οδήγησαν σε ακύρωση των εκλεκτικών χειρουργείων και η ανακατανομή των πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 οδήγησε σε μια σημαντική καθυστέρηση στην αντιμετώπιση των ασθενών με βουβωνοκήλη. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την σημαντική αύξηση των ασθενών που χειρουργήθηκαν σε επείγουσα βάση, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό αυτών δεν είχαν πρόσβαση σε έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση εκλεκτικά.



E.A.55

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΛΥΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΕ ΜΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΟ ΕΣΥ

**Λάζαρος Κουρτίδης¹, Ιωάννης Παπαζαχαρίας¹, Αθανάσιος Καλλιγιάς¹, Κατερίνα Νεοκλέους¹,
Δήμητρα Ντρίκου¹, Μιχάλης Λαζαράς¹, Μιχάλης Καραμάνης¹, Δημήτρης Μαργαρίτης¹,
Ευστράτιος Κουρουμπάς¹, Χρήστος Ιορδάνου¹, Δρ. Γεώργιος Αγιομαμίτης¹**

¹Α' Χειρουργική Κλινική - Λαπαροσκοπική Μονάδα, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιώς

Σκοπός: Η συγκέντρωση, παρουσίαση και ανάλυση δεδομένων, καθώς και η εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων από το έργο της Α' Χειρουργικής κλινικής του Τζανείου Νοσοκομείου, στη λαπαροσκοπική αντιμετώπιση βουβωνοκηλών.

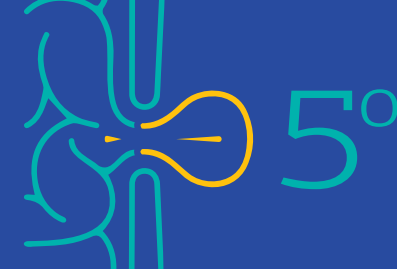
Υλικό και μέθοδος: Αναδρομική μελέτη περιστατικών που υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική διακοιλιακή προπεριτοναϊκή αποκατάσταση βουβωνοκήλης (TAPP) στο διάστημα από 01/01/2018 έως 31/12/2022. Μελέτη δημογραφικών, διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών στοιχείων και εξαγωγή συγκεντρωτικών αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα: Στο διάστημα της μελέτης, 520 ασθενείς με βουβωνοκήλη αντιμετωπίστηκαν με χειρουργική επέμβαση TAPP. Εξ'αυτών, 418 (80,4%) ήταν άνδρες και 102 (19,6%) γυναίκες. 478 επεμβάσεις (91,9%) διενεργήθηκαν σε τακτικό χρόνο, ενώ 42 (8,1%) ήταν έκτακτες. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων αφορούσε δεξιά βουβωνοκήλη (54,8%), με δεύτερες σε συχνότητα τις κήλες της αριστερής βουβωνικής χώρας (30,9%) και τρίτες τις αμφοτερόπλευρες (14,3%). Κατά κύριο λόγο οι βουβωνοκήλες ήταν πρωτοεμφανιζόμενες και οι υποτροπές σημαντικά λιγότερες. Στοιχεία όπως το ASA score, ο τύπος του πλέγματος και η καθήλωση αυτού, καθώς και ο τρόπος αποκατάστασης της ανατομικής τάξης του περιτοναίου με μετάβαση από τους καθηλωτικούς αγκτήρες στη συρραφή, μελετήθηκαν και παρουσιάζονται αναλυτικά. Ο χρόνος επέμβασης παρουσίαζε σταδιακή μείωση με την πάροδο των ετών, με το μέσο όρο κατά το πρώτο έτος να είναι 98 λεπτά, και στο τελευταίο 72 λεπτά, ενώ ο χρόνος συμμετοχής των ειδικευομένων είχε σημαντική άνοδο. Διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές μελετήθηκαν διεξοδικά, με την επίσχεση ούρων και το οίδημα του οσχέου να αποτελούν την πλειονότητα. Η διάρκεια νοσηλείας σε λίγες περιπτώσεις υπερέβαινε τη μία ημέρα και οι περιπτώσεις επανεισαγωγής ήταν ελάχιστες.

Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση βουβωνοκηλών αποτελεί μεγάλο κομμάτι της καθημερινότητας μίας σύγχρονης χειρουργικής κλινικής. Ακολουθώντας τις αρχές της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής και τις διεθνώς αναγνωρισμένες οδηγίες αντιμετώπισης, ο διεγχειρητικός χρόνος, οι επιπλοκές και η διάρκεια νοσηλείας, μειώνονται στο ελάχιστο. Η μικρή καμπύλη εκμάθησης δίνει τη δυνατότητα σε ειδικευόμενους και νέους ειδικούς να επιτύχουν βέλτιστα αποτελέσματα προς όφελος των ασθενών.

ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑ

Δρ. Γεώργιος Δ Αγιομαμίτης, MD, MSc(MIS), PhD, FACS, MSc(SurgOnc), FEBS/MIS, MHM
Συντονιστής Διευθυντής Α' Χειρουργικού Τμήματος, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά,
Τηλ: 6944690607 Email: g.agiomamitis@tzaneio.gov.gr



E.A.56

ΕΥΜΕΓΕΘΕΙΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΕΣ ΚΑΙ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΙΚΗ ΝΟΣΟΣ. Η ΤΕΛΕΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΕΣΥ

Ιωάννης Παπαζαχαρίας¹, Χαράλαμπος Θεοδωρόπουλος¹, Αθανάσιος Καλλιγιάς¹, Κατερίνα Νεοκλέους¹,
Μαριλένα Τσιβγούλη¹, Ελένη Μαρκάκη¹, Δημήτρης Μαργαρίτης¹, Παναγιώτης Δικαϊάκος¹,
Ευστράτιος Κουρουμπάς¹, Δρ. Γεώργιος Αγιωμαμίτης¹

¹Α' Χειρουργική Κλινική - Λαπαροσκοπική Μονάδα, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιώς

Σκοπός: Η παρουσίαση της εφαρμοζόμενης χειρουργικής τεχνικής και των αποτελεσμάτων σε επεμβάσεις του οισοφαγικού τρήματος, είτε λόγω γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, είτε λόγω ευμεγέθων διαφραγματοκηλών, σε μία κλινική του ΕΣΥ.

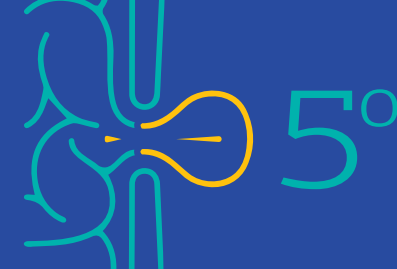
Υλικό και μέθοδος: Στην Α' Χειρουργική Κλινική του Τζανείου ΓΝΠ πραγματοποιήθηκε αναδρομική καταγραφή των ασθενών που υπεβλήθησαν σε χειρουργική αντιμετώπιση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης ή ευμεγέθων κηλών του οισοφαγικού τρήματος. Καταγράφηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών, στοιχεία της χειρουργικής τεχνικής και δεδομένα της άμεσης και απώτερης μετεγχειρητικής τους πορείας.

Αποτελέσματα: Από την 01/01/2020 έως την 01/05/2023, στην κλινική μας χειρουργήθηκαν 79 ασθενείς, με μέση ηλικία τα 58.4 (6.2) έτη. Γυναίκες ήταν το 65.8% (52). Σε 53 ασθενείς (67.1%), η πρωταρχική νόσος ήταν η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, με ή χωρίς την παρουσία μικρού βαθμού ολισθαίνουσας διαφραγματοκήλης, ενώ σε 26 (32.9%) η παρουσία ευμεγέθους διαφραγματοκήλης με γαστρεντερικά και καρδιοαναπνευστικά συμπτώματα. Σε όλους τους ασθενείς, η προσπέλαση ήταν λαπαροσκοπική και η ακολουθούμενη τεχνική περιελάμβανε την πλαστική των διαφραγματικών σκελών, με ή χωρίς την προσθήκη πλέγματος, και την κατασκευή θολοπλαστικής κατά Nissen. Η μέση διάρκεια χειρουργείου ήταν 92.7 (12.6) λεπτά, και η μέση απώλεια αίματος 8.6 (3.1) mL. Εφαρμόστηκε σαφές πρωτόκολλο μετεγχειρητικής παρακολούθησης, με τη μέση νοσηλεία να είναι 3.8 (0.4) ημέρες. Μία ασθενής χρειάστηκε επανεπέμβαση λόγω απόφραξης γαστρικής εξόδου στο άμεσο μετεγχειρητικό διάστημα, και μία ασθενής υπεβλήθη σε απώτερη επανεπέμβαση λόγω υποτροπής.

Συμπεράσματα: Η πραγματοποίηση επεμβάσεων προηγμένης λαπαροσκοπικής χειρουργικής είναι εφικτή στους περιορισμούς του ΕΣΥ, υπό την προϋπόθεση ότι υπάρχει απαραίτητη χειρουργική εξοικείωση και εμπειρία.

ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑ

Δρ. Γεώργιος Δ Αγιωμαμίτης, MD, MSc(MIS), PhD, FACS, MSc(SurgOnc), FEBS/MIS, MHM
Συντονιστής Διευθυντής Α' Χειρουργικού Τμήματος, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά,
Τηλ: 6944690607 Email: g.agiomamitis@tzaneio.gov.gr



E.A.57

PARADIGM SHIFT ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΗΛΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ. ΑΡΧΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΟΠΙΣΘΟΜΥΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (RETROMUSCULAR-SUBLAY TECHNIQUE) ΚΑΙ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΤΑ TAR (ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΜΥΟΣ)

**Παναγιώτα Δρόσου, Γερασιμία Κυροχρήστου, Νικόλαος Γεωργίου, Κίμων Ελευθεριάδης,
Χρυσαιγή-Ελένη Ζούνη, Βασίλειος Τάτσης, Γεώργιος Λιανός, Μιχαήλ Μήτσης**

Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Σκοπός: Η κοιλιοκήλη αποτελεί μια συχνή παθολογία του κοιλιακού τοιχώματος. Η οπισθομυϊκή αποκατάσταση (sublay) της κήλης (Rives-Storppa), που περιγράφηκε για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του 1970, χρησιμοποιεί το χώρο μεταξύ της οπίσθιου πετάλου της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός και του ίδιου του μυός, με έκταση περίπου 6 έως 8 cm εκατέρωθεν της μέσης γραμμής. Αν και ανθεκτική, η τεχνική Rives-Storppa περιορίζεται από το πλευρικό όριο του οπίσθιου ορθού μυός και είναι συνήθως ανεπαρκής για μεγαλύτερα ελλείμματα του κοιλιακού τοιχώματος, για ελλείμματα υποξιφοειδικά και υπερηβικά αλλά και ευμεγέθεις παραστομιακές κήλες. Στις περιπτώσεις αυτές περιγράφεται η προσέγγιση κατά Novitsky-απελευθέρωση του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (TAR- Transversus abdominis muscle release).

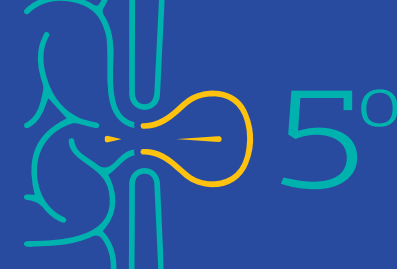
Υλικό & Μέθοδος: Παρουσίαση σειράς ασθενών με κοιλιοκήλες μεσαίου και μεγάλου ελλείμματος και αντιμετώπισης αυτών με τις μεθόδους οπισθομυϊκής αποκατάστασης και πλαστικής αποκατάστασης κατά TAR αντίστοιχα. Αξιολογήθηκαν οι πρώιμες και όψιμες επιπλοκές καθώς και τα ποσοστά υποτροπής.

Αποτελέσματα: Μεταξύ Ιανουαρίου 2023 έως Ιανουάριο 2024, πραγματοποιήθηκαν 5 οπισθομυϊκές πλαστικές αποκαταστάσεις με πλέγμα σε κοιλιοκήλες με έλλειμμα έως 8εκ και 1 πλαστική αποκατάσταση κατά TAR με πλέγμα για έλλειμμα στα 10εκ. περίπου. Μετεγχειρητικές επιπλοκές: 1 εκ των 5 οπισθομυϊκών πλαστικών αποκαταστάσεων εμφάνισε αιμάτωμα το οποίο αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Ποσοστό υποτροπής 0%.

Συμπεράσματα: Η δυνατότητα σύγκλεισης της μέσης γραμμής με ενίσχυσή της με πλέγμα στη sublay θέση αποτελεί επέμβαση εκλογής με σπουδαία αποτελέσματα και χαμηλά ποσοστά υποτροπής.

Βιβλιογραφία

1. Novitsky YW, Elliott HL, Orenstein SB, Rosen MJ. Transversus abdominis muscle release: A novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. *Am. J. Surg.* 2012;204(5):709–716. doi: 10.1016/j.amjsurg.2012.02.008.
2. Rhemtulla IA, Fischer JP. Retromuscular Sublay Technique for Ventral Hernia Repair. *Semin Plast Surg.* 2018 Aug;32(3):120-126.
3. Zolin SJ, Fafaj A, Krpata DM. Transversus abdominis release (TAR): what are the real indications and where is the limit? *Hernia.* 2020 Apr;24(2):333-340.



E.A.58

ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΔΙΑΚΟΙΛΙΑΚΗ ΠΡΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ (RTAPP - TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL PROSTHETIC HERNIA REPAIR)

Χαράλαμπος Σπυρόπουλος¹, Ανδρέας Αντωνόπουλος¹, Ρόζα Μακρή¹, Κωνσταντίνος Τσιμιδάκης¹

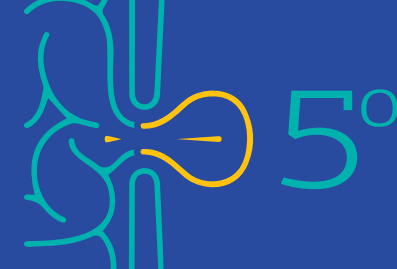
¹Γ' Χειρουργική Κλινική Metropolitan General

Σκοπός: Η εφαρμογή της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής με τη βοήθεια της ρομποτικής τεχνολογίας στην αποκατάσταση των κοιλιοκηλών, προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα και επιτρέπει την εφαρμογή τεχνικών χωρίς ενδοπεριτοναϊκή τοποθέτηση του πλέγματος. Η προπεριτοναϊκή αποκατάσταση (TAPP) αποτελεί μία καλή επιλογή σε πρωτοπαθείς κοιλιοκήλες, ωστόσο συχνά η παρασκευή του περιτοναϊκού κρημνού μπορεί να είναι δυσχερής.

Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζεται η τεχνική ρομποτικής προπεριτοναϊκής αποκατάστασης (rTAPP), σε έναν ασθενή 42 ετών με σύγχρονη ομφαλοκήλη και επιγαστρική κήλη και δείκτη μάζας σώματος 34.2kgm². Περιγράφονται τα βασικά στάδια της επέμβασης, η παρασκευή του περιτοναϊκού flap, η δυνατότητα μετάβασης από το προπεριτοναϊκό στο υπερθεν της εγκάρσιας περιτονίας πλάνο, η ανάταξη της κήλης, η σύγκλιση του προσθίου πετάλου, η αποκατάσταση με τοποθέτηση αυτοκαθηλούμενου πλέγματος και η σύγκλιση του περιτοναίου. Το ρομποτικό σύστημα που χρησιμοποιήθηκε είναι το σύστημα DaVinci Xi®.

Η διάρκεια της επέμβασης ήταν 100 λεπτά (console time). Η απώλεια αίματος ήταν 10 cc. Δεν τοποθετήθηκαν παροχετεύσεις. Ο ασθενής κινητοποιήθηκε άμεσα μετεγχειρητικά, έλαβε υδρική διατροφή εντός 4 ωρών και εξήλθε του νοσοκομείου το βράδυ της ίδιας ημέρας. Βρίσκεται σε follow-up 3 μηνών χωρίς κλινικά σημεία υποτροπής.

Συμπέρασμα: Η ρομποτική προπεριτοναϊκή αποκατάσταση αποτελεί μία πολύ καλή επιλογή για την αποκατάσταση μικρού-μέσου μεγέθους κοιλιοκηλών, ωστόσο μπορεί να είναι δυσχερής σε περιπτώσεις ασθενών με λεπτό περιτόναιο.



E.A.59

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΣΤΑ ΣΚΕΛΗ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΩΝ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕΙΡΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ελένη Κίτσου, Σάλιαρης Κων/νος, Καρίκης Ιωάννης, Πάχος Νικόλαος, Κατσίλα Σοφία, Κακούνης Κων/νος, Τριανταφύλλου Σταματίνα, Ξηρομερίτου Βασιλική, Θεοδώρου Δημήτριος

Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο

Σκοπός εργασίας: Υπολογίζεται ότι περίπου το 1/3 του πληθυσμού άνω των 50 ετών αναπτύσσει διαφραγματοκήλη, ενώ μόλις το 10% αυτών των ασθενών είναι συμπτωματικοί. Η ανάταξη και η επαναφορά της φυσιολογικής ανατομίας, η σύγκλιση των σκελών του διαφράγματος και η διενέργεια θολοπλαστικής (Nissen ή Touret) αποτελεί την πλέον αποτελεσματική μέθοδο επιδιόρθωσης των διαφραγματοκηλών ενώ η τοποθέτηση απορροφήσιμων πλεγμάτων αναδεικνύεται σαν μια νέα -αμφιλεγόμενη στην βιβλιογραφία-, τεχνική ενίσχυσης των σκελών του διαφράγματος. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να μελετήσει την ποιότητα ζωής ασθενών που υποβλήθηκαν σε θολοπλαστική κατά Nissen ή κατά Touret λόγω διαφραγματοκήλης με τη σύγχρονη τοποθέτηση απορροφήσιμου πλέγματος στα σκέλη του διαφράγματος, μετά τη σύγκλιση αυτών.

Μέθοδοι: Παρουσιάζεται αναδρομική αναζήτηση και ανάλυση των δεδομένων όλων των ασθενών που υποβλήθηκαν σε θολοπλαστική είτε κατά Nissen είτε κατά Touret την τριετία 2020-2023 στο νοσοκομείο μας και στους οποίους είχαν τοποθετηθεί απορροφήσιμα πλέγματα στα σκέλη του διαφράγματος. Πρόκειται για 13 συνολικά ασθενείς, οι οποίοι ερωτήθηκαν στα πλαίσια follow-up, για την εμφάνιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Εκτιμήθηκε το GERD score, λήψη αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPIs) και η διενέργεια γαστροσκόπησης μετεγχειρητικά.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 13 ασθενών κανείς δεν είχε πραγματοποιήσει γαστροσκόπηση μετεγχειρητικά ενώ ένας στους 13 λαμβάνει PPIs το βράδυ περιστασιακά. Επίσης, ένας ασθενής ανέφερε μη ύφεση συμπτωμάτων μετά την επέμβαση με GERD score 13 ενώ το 92,3% των ασθενών είχαν GERD score 0 (12/13).

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση της διαφραγματοκήλης με θολοπλαστική κατά Nissen ή Touret με τη χρήση προφυλακτικού πλέγματος για την ενίσχυση των σκελών του διαφράγματος φαίνεται να αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο θεραπείας διαφραγματοκηλών, με ποσοστό επιτυχίας που ξεπερνά το 90%. Η εφαρμογή απορροφήσιμου πλέγματος στη σειρά των ασθενών μας αποτέλεσε θετικό μέτρο προφύλαξης από πιθανή υποτροπή, ωστόσο χρειάζονται περισσότερες μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών για να διερευνηθεί το ακριβές όφελός του στην ενίσχυση των σκελών του διαφράγματος κατά την επέμβαση Nissen ή Touret, με στόχο τη μείωση του ποσοστού υποτροπής.

Βιβλιογραφία

The management of hiatal hernia: an update on diagnosis and treatment

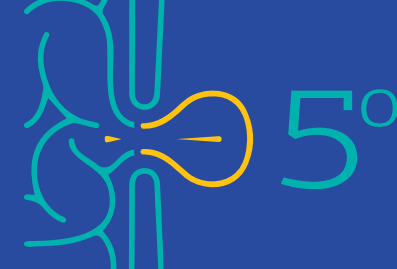
A Sfara, DL Dumitrascu - *Medicine and pharmacy reports*, 2019 - [ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)

Guidelines for the management of hiatal hernia

Geoffrey Paul Kohn¹, Raymond Richard Price, Steven R DeMeester, Jörg Zehetner, Oliver J Muensterer, Ziad Awad, Sumeet K Mittal, William S Richardson, Dimitrios Stefanidis, Robert D Fanelli; SAGES Guidelines Committee

Hiatal Hernia Repair With Tension-Free Mesh or Crural Sutures Alone in Antireflux Surgery: A 13-Year Follow-Up of a Randomized Clinical Trial

A Analatos, BS Håkanson, C Ansoorge, M Lindblad... - *JAMA* ..., 2024 - jamanetwork.com



E.A.60

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΗΛΩΝ ΤΗΣ ΒΟΥΒΩΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΣΕ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΤΑΚΤΙΚΗ ΒΑΣΗ

**Κωνσταντίνος Μάριος Λιώσης¹, Παρμενίων Πατίας¹, Ευφροσύνη Παπαδημα¹,
Κωνσταντίνος Κουμαρελας¹, Ηρακλής Αναστασιάδης¹, Σαράντης Μουρταρακος¹, Ιωάννης Μασσαλης¹**

¹Κλινική Χειρουργικής Γενικό Νοσοκομείο Ναυπλίου

Σκοπός: Στόχος μας είναι η ανάδειξη της αντιμετώπισης των κηλών της βουβωνικής περιοχής στην επαρχία. Το 75% των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος είναι οι κήλες της βουβωνικής περιοχής. Κατηγοριοποιούνται σε λοξές και ευθείες. Αρκετοί συγγραφείς προσθέτουν και τις μηροκήλες. Η επίπτωση της μη ανατασσομένης/περισφιγμένης βουβωνοκήλης είναι 6-9% ενώ της μηροκήλης >15%. Έως 90% των βουβωνοκηλών παρουσιάζεται στους άνδρες, ενώ μέχρι 70% των μηροκηλών στις γυναίκες. Οι λοξές βουβωνοκήλες ανευρίσκονται συχνότερα στη δεξιά πλευρά.

Υλικό και Μέθοδος: Συλλέξαμε και αναλύσαμε τις βουβωνοκήλες και τις μηροκήλες που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική μας από τον Ιανουάριο 2019 μέχρι τον Δεκέμβριο 2023. Συνολικά χειρουργήθηκαν 452 ασθενείς, 388 (85,8%) άνδρες - 64 (14,2%) γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν τα 65 έτη με μέση ηλικία ανδρών και γυναικών: 65. Χειρουργήθηκαν 428 βουβωνοκήλες εκ των οποίων 227 (53%) λοξές, 153 (36%) ευθείες, 48 (11%) δίκηνη παντελονιού και 24 μηροκήλες. 59 αντιμετωπίστηκαν σε επείγουσα βάση (46 βουβωνοκήλες, 13 μηροκήλες).

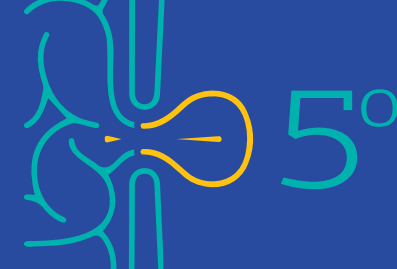
Αποτελέσματα: Τα τακτικά χειρουργεία ήταν 448 και η αποκατάσταση έγινε με τοποθέτηση πλέγματος (99%) ενώ σε 4 χειρουργεία (1%) έγινε με ραφές.

Σε 59 έκτακτα χειρουργεία, 5 ασθενείς (10,1%) υπεβλήθησαν σε εντερεκτομή και αναστόμωση λόγω ισχαιμίας, 1 λόγω διάτρησης λεπτού εντέρου κι 1 σε εκτομή τμήματος επιπλόου (1,6%). Σε 4 εντερεκτομές η αποκατάσταση έγινε με ραφές ενώ σε 2 προστέθηκε πλέγμα.

Η μέση νοσηλεία των ασθενών ήταν 3 ημέρες για τα επείγοντα και 1 ημέρα για τα τακτικά περιστατικά.

Συμπεράσματα: Οι βουβωνοκήλες αποτελούν μία από τις συχνότερες χειρουργικές παθήσεις που χρήζουν αντιμετώπισης σε προγραμματισμένη ή επείγουσα βάση. Οι μηροκήλες ανευρίσκονται σε μικρότερο ποσοστό ασθενών, αλλά εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα επιπλοκών.

Η σωστή και άμεση αντιμετώπιση των κηλών της βουβωνικής περιοχής οφείλει να πραγματοποιείται στα νοσοκομεία της περιφέρειας.



E.A.61

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Μ3W2 ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ, ΟΠΙΣΘΙΩΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΜΕ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΤΑΝΥΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ

Περικλής Ιωσήφ Χρυσοχέρης¹, Περικλής Τζαρδής¹, Μιχαήλ Εμμανουηλίδης¹,
Αντωνία Μαθιουλάκη¹, Αλέξης Θεοδώρου¹, Εμμανουήλ Μπακαλίνης¹

¹Α' Χειρουργική Κλινική, Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία

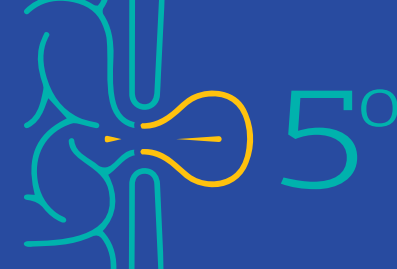
Σκοπός: Η σύγκλειση ενός μεγάλου χάσματος κοιλιοκήλης αποτελεί πρόκληση για το χειρουργό. Έχουν περιγραφεί διάφορες τεχνικές για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, όπως οι διαχωρισμοί των στοιχείων (anterior/posterior component separation, TAR). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει την λαπαροσκοπική εφαρμογή ειδικής συσκευής διεγχειρητικής τάνυσης της απονεύρωσης της θήκης του ορθού κοιλιακού σε ασθενή με κοιλιοκήλη που αντιμετωπίστηκε στην Κλινική μας.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα ασθενή, 59 ετών, καπνιστή, με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη, παχυσαρκίας και χειρουργικού αναμνηστικού ρομποτικά υποβοηθούμενης προστατεκτομής, ανοικτής αποκατάστασης βουβωνοκήλης και ανοικτής σκωληκοειδεκτομής. Προσήλθε προς πλαστική αποκατάσταση μη ανατασσόμενη κοιλιοκήλης με μέγεθος χάσματος 6 εκατοστών, Μ3W2 κατά την ταξινόμηση της EHS, η οποία περιείχε επίπλουν και τμήμα του εγκαρσίου (1). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική αποκατάσταση της εν λόγω κήλης. Με σκοπό τη γεφύρωση του χάσματος αποφασίστηκε η εφαρμογή διεγχειρητικής τάνυσης της απονεύρωσης του ορθού κοιλιακού με χρήση ειδικής συσκευής (Fasciotens[®]) (2). Με τη συγκεκριμένη συσκευή είναι δυνατόν να επιτευχθούν έως 8-10 εκατοστά επιπλέον μήκους σε κάθε πλευρά, κάνοντας δυνατή την αποκατάσταση μεγάλων χασμάτων χωρίς τάση. Έπειτα από την επίτευξη επαρκούς σύγκλεισης του χάσματος μέσω εφαρμογής συνεχούς τάσης για διάστημα 30 λεπτών και συρραφής με μη απορροφήσιμο ράμμα, ακολούθησε αποκατάσταση της κήλης με τοποθέτηση πλέγματος οπισθίως του ορθού κοιλιακού (retrorectus repair). Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή και έλαβε εξιτήριο την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, χωρίς ανάγκη για αναλγησία.

Συμπέρασμα: Η ειδική συσκευή (Fasciotens[®]) που χρησιμοποιήθηκε φαίνεται ότι αποτελεί μία ασφαλή εναλλακτική θεραπευτική επιλογή στα χέρια του χειρουργού που αντιμετωπίζει σύνθετες κοιλιοκήλες, με στόχο να αποφύγει τη δυνητική νοσηρότητα άλλων πιο εκτεταμένων κινητοποιήσεων και χειρισμών.

Βιβλιογραφία

1. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009 Aug;13(4):407-14. doi: 10.1007/s10029-009-0518-x. Epub 2009 Jun 3.
2. Niebuhr H, Aufenberg T, Dag H et al. Intraoperative Fascia Tension as an Alternative to Component Separation. A Prospective Observational Study. *Front Surg*. 2021 Feb 23;7:616669. doi: 10.3389/fsurg.2020.616669.



E.A.62

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΛΟΓΩ ΚΗΛΗΣ ΤΟΥ ΤΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ WINSLOW

Panagiotis Kapsampelis, Jada Saunders, Daniela Prce, Isran Ali Shah, Ioannis Gerogiannis

¹Kingston Hospital NHS Foundation Trust

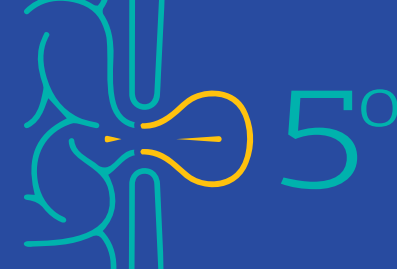
Σκοπός: Η παραδωδεκαδακτυλική κήλη ή κήλη του τρήματος του Winslow είναι μια πολύ σπάνια πάθηση που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά συμπτώματα απόφραξης του εντέρου ανάλογα με το ποιο τμήμα του εντέρου περιέχει. Παρουσιάζουμε ένα βίντεο με περιστατικό παραδωδεκαδακτυλικής κήλης και επιτυχούς λαπαροσκοπικής αποκατάστασης.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 74 ετών με υποθυρεοειδισμό, δυσλιπιδαιμία και προηγούμενες επεμβάσεις στην κοιλιακή χώρα παρουσιάστηκε με έντονο κοιλιακό άλγος, ναυτία, μετεωρισμό και ανορεξία. Κατά την κλινική εξέταση, η κοιλιά ήταν μαλακή, όχι ιδιαίτερα διατεταμένη, με ευαισθησία κατά την ψηλάφηση στο επιγάστριο. Η εργαστηριακές εξετάσεις ανέδειξαν λευκοκυττάρωση. Η αξονική τομογραφία κοιλίας έδειξε ότι το τυφλό, το ανιόν κόλον και η δεξιά κολική καμπή εντοπίζονταν εντός του ελάσσονα επιπλοϊκού θυλάκου. Η αρχική συντηρητική αντιμετώπιση απέτυχε και η κήλη ήταν παρούσα στην επαναληπτική αξονική τομογραφία με εμμένουσα συμπτωματολογία. Αποφασίστηκε η ερευνητική λαπαροσκόπηση.

Η λαπαροσκόπηση αποκάλυψε ελεύθερο ενδοκοιλιακό υγρό και τμήμα του δεξιού κόλου εντός του ελάσσονα επιπλοϊκού θυλάκου. Η κήλη ανατάχθηκε με σύλληψη του παχέος εντέρου και επαναφορά του στη δεξιά περιτοναϊκή κοιλότητα. Στη συνέχεια το παχύ έντερο ελέγχθηκε χωρίς σημείο ισχαιμίας. Καθώς το τυφλό ήταν πολύ ευκίνητο, διενεργήθηκε καθήλωσή του στην ανατομική θέση με συρραφή του τυφλού και του ανιόντος κόλου στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα με μη απορροφήσιμα διακεκομμένα ράμματα. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε με τρία ports (10 mm υπομφάλιο port για το λαπαροσκόπιο και δύο των 5 mm στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας).

Η ανάρρωση ήταν ομαλή και η ασθενής πήρε εξιτήριο την επόμενη ημέρα. Κατά την παρακολούθηση, μετά από 2 μήνες στα εξωτερικά ιατρεία, ανέφερε ότι ο πόνος και το φούσκωμα είχαν υποχωρήσει πλήρως και η ποιότητα ζωής της είχε βελτιωθεί σημαντικά.

Συμπέρασμα: Πρόκειται για ένα ενδιαφέρον περιστατικό από τεχνική άποψη και από άποψη λήψης αποφάσεων προεγχειρητικά αλλά και διεγχειρητικά. Η λαπαροσκοπική προσέγγιση είναι ασφαλής, αποτελεσματική που στην περίπτωση μας είχε καλή έκβαση και χωρίς επιπλοκές.



E.A.63

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΗΛΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

**Εμμανουήλ Μπακαλίνης¹, Επαμεινώνδας Κολορίζος², Θεοδώρα Χωραττά²,
Ανδρέας Ευσταθίου², Κωνσταντίνος Ντάτσης²**

¹Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο- Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.,

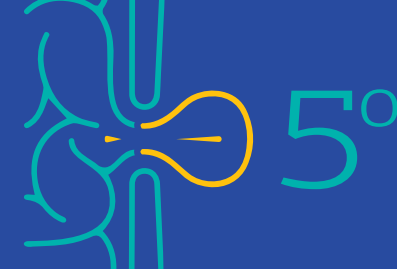
²Γ.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

Σκοπός: Η τεχνητή νοημοσύνη (Artificial Intelligence, AI) αποκτά ολοένα αυξανόμενες εφαρμογές στην καθημερινή ζωή καθώς και στον τομέα της υγείας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση των μέχρι τώρα εφαρμογών τεχνητής νοημοσύνης στη χειρουργική της κήλης με στόχο την ανάδειξη της πιθανότητας σχεδιασμού αλγορίθμου βαθιάς μάθησης (Deep Learning Algorithm) που θα εφαρμοστεί στην εκπαίδευση της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφικών δεδομένων από τη βάση δεδομένων PubMed με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: “Artificial Intelligence” AND hernia. “Deep learning” AND hernia, “Machine learning” AND hernia. Τα κριτήρια επιλογής ήταν η συνάφεια εργασιών απευθυνόμενες σε ανθρώπους με το προς μελέτη θέμα, οι οποίες ήταν γραμμένες στην αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Από την αναζήτηση προέκυψαν 128 αποτελέσματα. Από την ανάγνωση των τίτλων και περιλήψεων των άρθρων της αρχικής αναζήτησης αξιοποιήθηκαν τελικά 5 άρθρα, έπειτα από έλεγχο συνάφειας με το προς μελέτη θέμα και έλεγχο διπλοεγγραφών. Η τεχνητή νοημοσύνη έχει θέση στον προεγχειρητικό έλεγχο, διάγνωση και σχεδιασμό αντιμετώπισης των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος. Προγράμματα οπτικής αναγνώρισης αξιολογούν δεδομένα αξονικών/μαγνητικών τομογραφιών ασθενών και μπορούν να διαγνώσουν με ακρίβεια την παρουσία βουβωνοκήλης σε παιδιά, την συνύπαρξη διαφραγματοκήλης σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργείο παχυσαρκίας και να προσδιορίσουν την αναγκαιότητα διαχωρισμού στοιχείων σε ασθενείς με κοιλιοκήλη. Άλλη εφαρμογή της AI αφορά στη διεγχειρητική αναγνώριση ανατομικών δομών, στην αναγνώριση των χειρουργικών χρόνων επεμβάσεων κήλης, ενώ μπορεί να προβλέψει την πιθανότητα μετεγχειρητικής ανάπτυξης εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης, λοίμωξης χειρουργικού πεδίου και υποτροπής. Τέλος σημαντικός είναι και ο ρόλος της στην εκπαίδευση των νέων χειρουργών, βελτιώνοντας την τεχνική τους δεινότητα αναλύοντας δεδομένα της χειρουργικής τεχνικής και του χρόνου.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή αλγορίθμων τεχνητής νοημοσύνης είναι εφικτή και μπορεί να αξιοποιηθεί στη χειρουργική αντιμετώπιση των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος, όπως φάνηκε στα άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει στον τομέα της εκπαίδευσης των νέων χειρουργών και είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός αλγορίθμων βαθιάς μάθησης με στόχο την επίτευξη μικρότερων καμπυλών εκμάθησης ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών, με μικρότερη πιθανότητα διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών.



E.A.64

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΜΥΟΣ (TAR) ΣΕ ΣΥΝΘΕΤΕΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΕΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Χαράλαμπος Σπυρόπουλος¹, Ανδρέας Αντωνόπουλος¹, Ρόζα Μακρή¹, Κωνσταντίνος Τσιμιδάκης¹

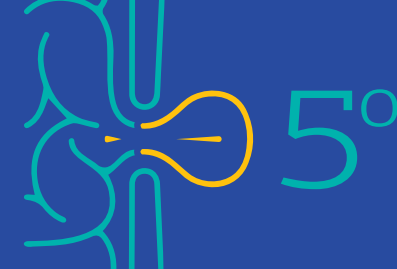
¹Γ' Χειρουργική Κλινική Metropolitan General

Σκοπός: Οι σύνθετες, ευμεγέθεις κήλες του κοιλιακού τοιχώματος αποτελούν συχνά πρόκληση στην αντιμετώπισή τους και απαιτούν ενίοτε τεχνικές ολικής ανακατασκευής του κοιλιακού τοιχώματος. Η τεχνική απελευθέρωσης του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (transversus abdominis release - TAR) αποτελεί τεχνική οπίσθιου διαχωρισμού και περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Novitsky το 2012. Αποτελεί μία εξαιρετική επιλογή σε περιπτώσεις μεγάλων κοιλιοκηλών για την επίτευξη της σύγκλεισης του οπισθίου πετάλου των απονευρωτικών διαμερισμάτων και την οπισθομυική τοποθέτηση του πλέγματος, ωστόσο είναι τεχνικά απαιτητική. Η ευρεία εφαρμογή της ρομποτικής τεχνολογίας στη χειρουργική των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος βοήθησε στην ευρύτερη εφαρμογή της τεχνικής αυτής με ελάχιστα επεμβατική προσέγγιση.

Υλικό και Μέθοδος: Παρουσιάζεται η εμπειρία της Γ' Χειρουργικής Κλινικής του νοσοκομείου Metropolitan General στην εφαρμογή της τεχνικής TAR στην αντιμετώπιση σύνθετων κηλών του κοιλιακού τοιχώματος, σε χρονικό διάστημα 3 ετών, κατά την πιστοποίηση της κλινικής ως κέντρο αριστείας (Ιανουάριος 2021- Ιανουάριος 2024). Η τεχνική εφαρμόστηκε σε 14 ασθενείς με πρωτοπαθείς ή υποτροπιάζουσες μετεγχειρητικές κήλες (1 ανοικτή, 1 λαπαροσκοπική και 12 ρομποτικές αποκαταστάσεις). Σε 3 ασθενείς, είχε προηγηθεί η έγχυση Botox υπό υπερηχογραφικό έλεγχο στους πλαγίους κοιλιακούς μύες, 6 εβδομάδες πριν την επέμβαση. Η μέση διάρκεια της επέμβασης ήταν 174 λεπτά (100-290). Σε 9 ρομποτικές και στη 1 λαπαροσκοπική αποκατάσταση, η αρχική πρόσβαση ήταν πλήρως εξωπεριτοναϊκή (eTEP/TAR). Σε όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε πλέγμα πολυπροπυλενίου ελάχιστης διάστασης 25x30 εκ (μεγ. 40x40), χωρίς καθήλωση, ενώ χρησιμοποιήθηκε παροχέτευση κενού.

Αποτελέσματα: Η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ήταν 1.8 ημέρες (1-3). Κατά την παρακολούθηση έως και 2.5 ετών, δεν έχει διαπιστωθεί εικόνα υποτροπής σε κανένα ασθενή. Ένας ασθενής εμφάνισε αιμορραγική παροχή από την παροχέτευση τη 2^η μετεγχειρητική ημέρα, χωρίς αιμοδυναμική αποσταθεροποίηση και ακολούθως εικόνα αιματώματος που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Μία ασθενής υποβλήθηκε σε Rives-Stoppa TAR προσήλθε 4 μήνες μετά με εικόνα άλγους δεξιού λαγονίου βόθρου λόγω σκληροκοειδίτιδας. Υπεβλήθη σε λαπαροσκοπική σκληροκοειδεκτομή και τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε εικόνα εντερικής απόφραξης λόγω εγκλωβισμού λεπτού εντέρου στη θέση του trocar και αντιμετωπίστηκε επιτυχώς χειρουργικά, χωρίς διενέργεια εντερεκτομής.

Συμπεράσματα: Η τεχνική οπίσθιου διαχωρισμού TAR είναι μία εξαιρετική επιλογή διόρθωσης μεγάλων χασμάτων σε πρωτοπαθείς και υποτροπιάζουσες κοιλιοκήλες. Η τεχνική μπορεί να διενεργηθεί ελάχιστα επεμβατικά, ιδίως με την εφαρμογή του ρομποτικού συστήματος, απαιτεί ωστόσο εμπειρία, λεπτομερή γνώση της ανατομίας του κοιλιακού τοιχώματος και εξειδίκευση του χειρουργού για την αποφυγή επιπλοκών.



E.A.65

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

**Επαμεινώνδας Κολορίζος¹, Θεοδώρα Χωραττά¹, Νικήτας Βασιλείου¹, Εμμανουήλ Μπακαλίνης²,
Νικόλαος Κοπανάκης¹, Βασίλειος Τσελεπίδης¹, Κωνσταντίνος Ντάτσης¹**

¹Γ.Α.Ν.Π. «Μεταξά»,

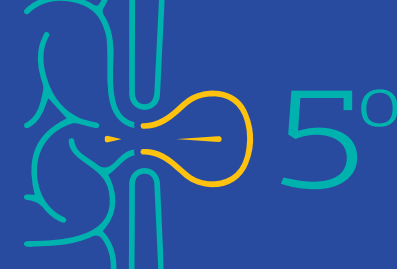
²Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο- Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.

Σκοπός: Παρά την αλματώδη πρόοδο στη χειρουργική, η επίπτωση μετεγχειρητικής κήλης παραμένει σχετικά αμετάβλητη με ποσοστό ~13% σε χρονικό ορίζοντα διετίας, συνιστώντας σημαντικό βάρος για τα συστήματα υγείας. Η αυξημένη επίπτωση μετεγχειρητικών κηλών ύστερα από ευρείες χειρουργικές τομές σε ασθενείς με παχυσαρκία, προϋπάρχουσα αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση (χρόνιος βήχας, εγκυμοσύνη) ολοένα και περισσότερο αναδεικνύει τη σημασία της μελέτης των μετεγχειρητικών κοιλιοκηλών. Στην παρούσα εργασία στόχος είναι η ανάδειξη του προβλήματος της μετεγχειρητικής κήλης σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο που χειρουργήθηκαν στο νοσοκομείο μας.

Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρακολούθησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε ανοικτή χειρουργική προς αντιμετώπιση κακοήθους νόσου από τον Ιανουάριο του 2022. Το δείγμα μας περιλαμβάνει 40 άτομα και έγινε προσπάθεια συσχέτισης παραμέτρων όπως φύλο, φυλή, ηλικία, BMI, διάρκεια χειρουργείου, συνύπαρξη συστηματικών παθήσεων, αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση, μόλυνση χειρουργικού τραύματος, κάπνισμα, υποσιτισμός. Η περίοδος παρακολούθησης ξεκινά από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και διαρκεί για 18 μήνες.

Αποτελέσματα: Από το προς μελέτη δείγμα τελικώς αξιολογήθηκαν 30 άτομα, οπότε και προκύπτουν δύο ομάδες ασθενών. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν ασθενείς που έχουν αναπτύξει (n=15, 50%), ενώ στη δεύτερη ομάδα ασθενείς που στο διάστημα παρακολούθησης δεν έχουν αναπτύξει μετεγχειρητική κήλη (n=15, 50%). Χαρακτηριστική και αξιοσημείωτη είναι η μεγάλη διαφορά στο Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) των δύο ομάδων, με τους ασθενείς με κήλη να παρουσιάζουν μέσο όρο BMI 31.4kg/m² έναντι 26kg/m² της άλλης ομάδας. Συγκρίσεις άλλων χαρακτηριστικών θα αναλυθούν περαιτέρω.

Συμπεράσματα: Η μετεγχειρητική κήλη επιβαρύνει σημαντικά τα συστήματα υγείας λόγω της εν δυνάμει νοσηρότητας της. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των μοριακών μονοπατιών με τα οποία η νεοπλασματική νόσος, μέσω της τροποποίησης των ανοσολογικών μηχανισμών του ασθενή μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα επούλωσης του χειρουργικού τραύματος, προδιαθέτοντας σε ανάπτυξη μετεγχειρητικής κήλης. Μελλοντικές προοπτικές ανάλυσης του κινδύνου εμφάνισης μετεγχειρητικής κήλης εμφανίζει η εφαρμογή αλγορίθμων τεχνητής νοημοσύνης. Κρίνεται απαραίτητος ο σχεδιασμός προοπτικών μελετών, με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών ώστε να προκύψουν πιο ισχυρά στατιστικά δεδομένα.



E.A.70

ΑΝΟΙΚΤΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΗΣ BOCHDALEK ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ευτυχία Κυριακίδου, Νικόλαος Μπεράτζε, Τριαντάφυλλος Παυλίδης, Ελένη Γκιμίσση, Ευαγγελίνα Μπέλλου, Άγγελος Μήτσας, Δημήτριος Ράπτης Στέφανος Ατματζίδης, Γρηγόριος Γαρίτσας, Γρηγόριος Χατζημαουρούδης, Βασίλειος Παπαζιώγας

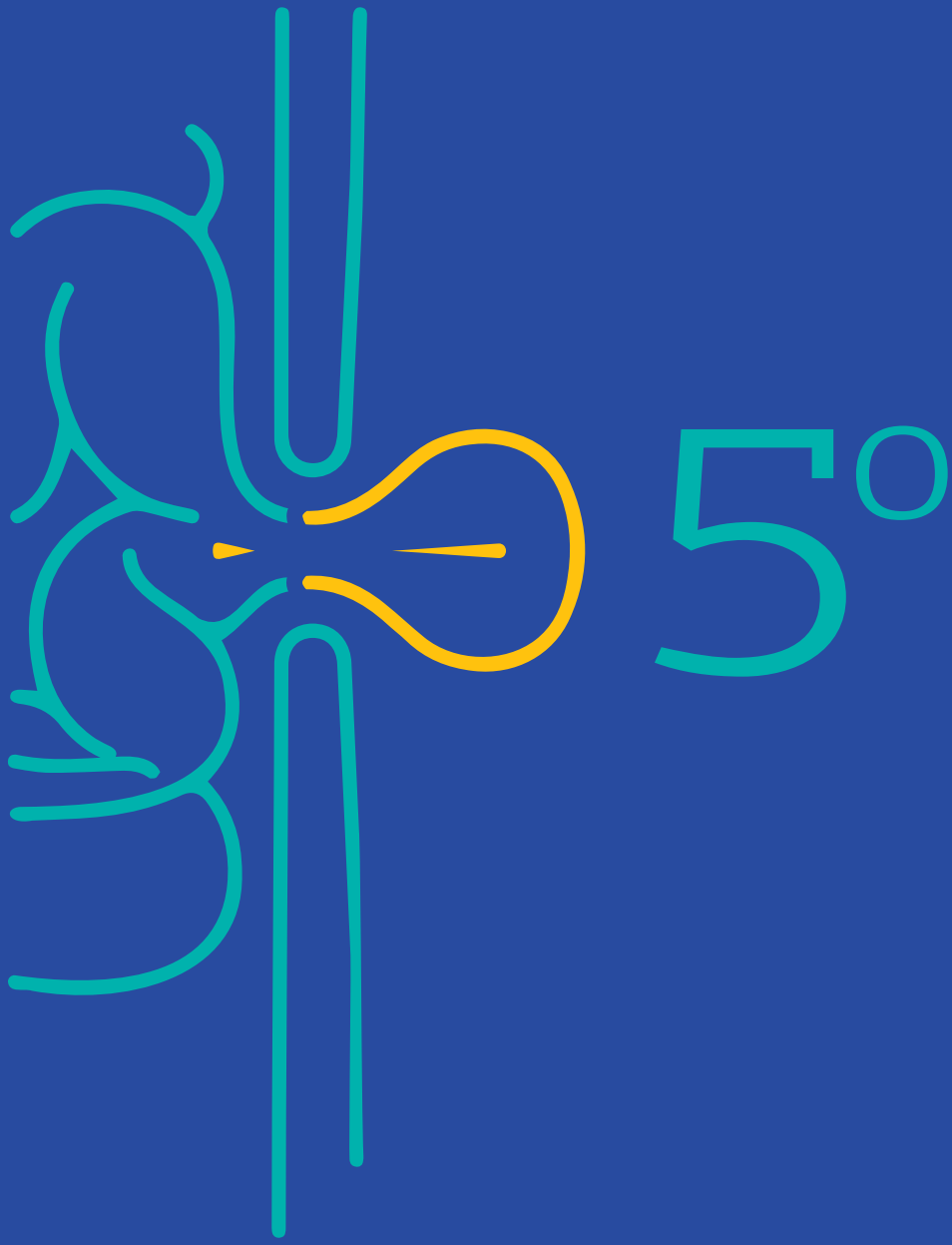
Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ "Γ. Γεννηματάς"

Εισαγωγή: Η κήλη Bochdalek αποτελεί την πιο συχνή συγγενή διαφραγματοκήλη και οφείλεται στην αναστολή της σύγκλισης της πλευροπεριτοναϊκής πτυχής, στην οπισθοπλάγια μοίρα του διαφράγματος. Αποτελεί δυνητικά επικίνδυνη κατάσταση σε νεογνική ηλικία. Η πρόπτωση των κοιλιακών σπλάχνων στη θωρακική κοιλότητα προκύπτει ανάλογα με τη διάμετρο του χάσματος. Στους ενήλικες αποτελεί σπάνια οντότητα η οποία εμφανίζεται με άτυπη συμπτωματολογία.

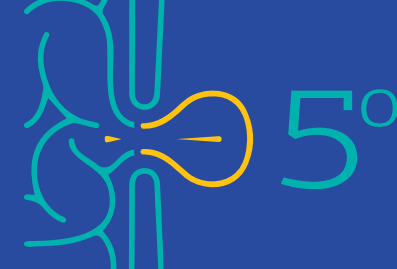
Μέθοδοι: Άνδρας 26 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε αιτιώμενος άτυπο κοιλιακό άλγος, χρόνια δύσπνοια και κόπωση. Σε αξονική τομογραφία αναδείχθηκε πρόπτωση των ενδοκοιλιακών οργάνων και συγκεκριμένα μέρος του λεπτού, του παχέος εντέρου, του σπλήνα και τμήματος του επιπλόου διαμέσου ελλείμματος του αριστερού ημιδιαφράγματος. Ο ασθενής οδηγήθηκε προγραμματισμένα στο χειρουργείο όπου υπεβλήθη σε ανοικτή ανάταξη του περιεχομένου της κήλης εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας, συρραφή του χάσματος του διαφράγματος και ενίσχυση του ανακατασκευασμένου διαφράγματος με τοποθέτηση πλέγματος.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή και ανεπίπλεκτη, σιτίστηκε σταδιακά την 3η μετεγχειρητική ημέρα. Ελαβε εξιτήριο την 5η μετεγχειρητική ημέρα ενώ δεν έχει εμφανίσει έως σήμερα σημεία υποτροπής.

Συμπέρασμα: Σε ασθενείς με χρόνια συμπτώματα κοιλιακού άλγους και αναπνευστικής δυσχέρειας η υποψία ύπαρξης διαφραγματοκήλης πρέπει να είναι υψηλή. Σε διαφραγματοκήλη Bochdalek με εμμένουσα κλινική εικόνα ο ασθενής θα πρέπει να οδηγείται σε ανοικτή ή λαπαροσκοπική χειρουργική αποκατάσταση. Σε μεγάλα χάσματα η τοποθέτηση πλέγματος προς ενίσχυση του διαφράγματος αποτελεί ισχυρή σύσταση.



e-POSTERS



P1

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΕΤΕΡ

Αγάθη Λυκογιάννη- Βεργουλίδου

Ιδιωτικό Ιατρείο

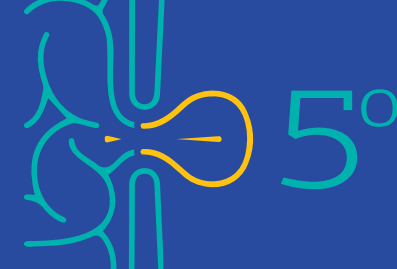
Σκοπός: Παρουσίαση των πλεονεκτημάτων της τεχνικής e TEP στις μετεγχειρητικές κήλες

Παρουσίαση: Ασθενής 82 ετών με μετεγχειρητική κήλη υπερηβικά μετά από λαπαροσκοπική αφαίρεση σιγμοειδούς πρό διαιτίας λόγω εκκολπωματικής νόσου. Ο αυχέννας της κήλης ήταν υπερηχογραφικά περίπου 5 εκατοστά. Η ασθενής δεν επιθυμούσε την ανοιχτή αποκατάσταση της κήλης καθώς πρό διαιτίας μετεγχειρητικά διενεργήθηκε χειρουργικός καθαρισμός με δευτεροπαθή σύγκλειση της πληγής υπερηβικά εξαιτίας επιμόλυνσης. Της παρουσιάστηκαν οι τεχνικές IPOM και eTEP και μαζί με την ασθενή επιλέξαμε την τεχνική eTEP.

Διεγχειρητικά παρασκευάστηκε και ανατάχθηκε η κήλη. Έγινε σύγκλειση του περιτοναίου με V Loc ράμμα. Ο αυχέννας της κήλης είχε μέγεθος 4 x 5 cm. Η σύγκλειση της περιτονίας έγινε επίσης με V Loc ράμμα. Τοποθετήθηκε πλέγμα Πολυπροπυλενίου 15 x 15 εκατοστά το οποίο καθλώθηκε με PDS Clips.

Η ασθενής έλαβε πλήρη σίτιση έπειτα από 4 ώρες. Η κινητοποίηση πραγματοποιήθηκε επίσης την ίδια ημέρα. Μετεγχειρητικά η ασθενής χρειάστηκε μόνο Παρακεταμόλη και Ιβουπροφαίνη. Έλαβε εξιτήριο την 1^η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπέρασμα: Η τεχνική eTEP αποτελεί την πλέον εξελιγμένη και τη νεότερη λαπαροσκοπική τεχνική αποκατάστασης των μετεγχειρητικών κηλών με αποκατάσταση και επανακατασκευή των κοιλιακών τοιχωμάτων, με σύγκλειση του χάσματος και ισχυροποίηση του κοιλιακού τοιχώματος. Επιπρόσθετα, η τοποθέτηση του πλέγματος εξωπεριτοναϊκά μειώνει τις πιθανές επιπλοκές της τεχνικής IPOM.



P2

ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΩΝ ΜΕ ΠΛΕΓΜΑ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Αριστείδης Παπαδόπουλος, Ευάγγελος Μπαρκολιάς¹, Βασιλική Νικολάου¹,
Κωνσταντίνος Ζάκκας¹, Ιωάννης Λάβδας¹, Γεώργιος Καρακαϊδός¹, Γεώργιος Προβιάς¹,
Γεωργία Μακρή¹, Θεοδόσης Κάντας¹, Γεώργιος Μείμαρης¹

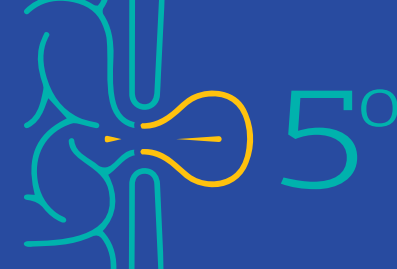
¹Α' Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας

Σκοπός: Οι λοιμώξεις του χειρουργικού τραύματος μετά από πλαστική αποκατάσταση κοιλιοκήλης με πλέγμα δεν είναι πολύ συχνές.

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική ανάλυση των ασθενών που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση κοιλιοκήλης (ομφαλοκήλη, επιγαστρική ή μετεγχειρητική) με τοποθέτηση πλέγματος.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 264 ασθενών οι 142 (53,8%) αντιμετωπίστηκαν με τοποθέτηση πλέγματος ενδοπεριτοναϊκά, οι 48 (18,2%) προπεριτοναϊκά και οι 74 (28%) με πλέγμα onlay. Από τα 264 περιστατικά τα 16 (6%) διαπυήθηκαν ενώ τα 8 (3%) παρουσίασαν σέρωμα. Από τα 16 πλέγματα που διαπυήθηκαν τα 6 (48%) είχαν τοποθετηθεί sublay και τα 10 (62%) ενδοπεριτοναϊκά ενώ και τα 8 πλέγματα που εμφάνισαν σέρωμα είχαν τοποθετηθεί onlay. Από τα 16 διαπυημένα πλέγματα τα 6 (37,5%) αντιμετωπίστηκαν με την εφαρμογή VAC (το ένα στο τέλος χρειάστηκε χειρουργική αφαίρεση του πλέγματος λόγω δημιουργίας εντεροδερματικού συριγγίου), τα 6 (37,5%) αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά (αντιβιοτική αγωγή, παροχέτευση αποστήματος και καθαρισμός τραύματος) και τέλος 4 περιστατικά (25%) οδηγήθηκαν στο χειρουργείο για αφαίρεση του διαπυημένου πλέγματος. Ένας ασθενής χρειάστηκε νοσηλεία στην ΜΕΘ και τελικά απεβίωσε. Σε όλες τις περιπτώσεις είχαμε θετικές καλλιέργειες τραύματος.

Συμπεράσματα: Η λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος μετά από πλαστική αποκατάσταση κοιλιοκήλης δεν είναι πολύ συχνή επιπλοκή. Στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχει ομοφωνία για τα μέτρα συντηρητικής αντιμετώπισης και υπάρχει μεγάλη συζήτηση για τη διαχείριση (χειρουργική/συντηρητική) καθώς και για τον χρόνο χειρουργικής αφαίρεσης του μολυσμένου πλέγματος.



P3

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ

**Αριστείδης Παπαδόπουλος¹, Βασιλική Νικολάου¹, Ευάγγελος Μπαρκολιάς¹, Αικατερίνη Τατά¹,
Αικατερίνη Καλογεροπούλου¹, Πάνος Ράμμος¹, Αννέτα Καράμπελα¹, Νεφέλη Προβατά¹,
Πάυλος Γεωργαλής¹, Γεώργιος Μειμάρης¹**

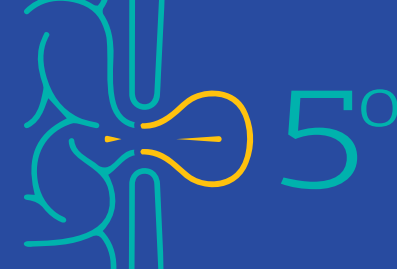
¹Α' Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας

Σκοπός: σκοπός της εργασίας μας είναι να παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της κλινικής μας στην αντιμετώπιση ομφαλοκηλών.

Υλικό - Μέθοδος: το χρονικό διάστημα 1/1/2018 – 31/12/2023 χειρουργήθηκαν στην κλινική μας 165 ασθενείς με ομφαλοκήλη. Ήταν 95 γυναίκες και 70 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 56 έτη (24 – 72 ετών). Σε 43 ασθενείς η αποκατάσταση της ομφαλοκήλης έγινε με πλαστική αποκατάσταση με ραφές γιατί το κηλικό χάσμα ήταν ≤ 1 εκ. Στους 98 ασθενείς η αποκατάσταση της ομφαλοκήλης έγινε με τοποθέτηση πλέγματος πολυπροπυλενίου (διατεινόμενο με χρήση αεροθαλάμου) προπεριτοναϊκά. και σύγκλειση της απονεύρωσης ύπερθεν του πλέγματος. Στους υπόλοιπους 19 ασθενείς η αποκατάσταση της ομφαλοκήλης έγινε με πλαστική αποκατάσταση κατά Mayo και τοποθέτηση πλέγματος πολυπροπυλενίου onlay. Τέλος σε 5 ασθενείς αποκατάσταση της ομφαλοκήλης έγινε λαπαροσκοπικά με τοποθέτηση πλέγματος ενδοπεριτοναϊκά (IPOM).

Αποτελέσματα: οι ασθενείς με πλαστική κατά Mayo και τοποθέτηση πλέγματος πολυπροπυλενίου onlay, νοσηλεύτηκαν κατά μέσο όρο 1,2 ημέρες, χρειάστηκαν συστηματική αναλγησία και 1 ασθενής παρουσίασε σέρωμα, που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Οι ασθενείς με τοποθέτηση πλέγματος προπεριτοναϊκά νοσηλεύτηκαν κατά μέσο όρο 1,3 ημέρες και 1 ασθενής παρουσίασε μετεγχειρητική αιμορραγία και χρειάστηκε επανεπέμβαση και 1 ασθενής παρουσίασε λοίμωξη χειρουργικού πεδίου και χρειάστηκε επανεπέμβαση για αφαίρεση του πλέγματος. Οι ασθενείς με πλαστική αποκατάσταση με ραφές (κηλικό χάσμα ≤ 1 εκ.) νοσηλεύτηκαν κατά μέσο όρο 1,1 ημέρες και 1 ασθενής παρουσίασε ομφαλίτιδα. Τέλος οι ασθενείς με λαπαροσκοπική αποκατάσταση νοσηλεύτηκαν κατά μέσο όρο 1 ημέρα και δεν παρουσίασαν επιπλοκές.

Συμπεράσματα: η ανοικτή ή λαπαροσκοπική αντιμετώπιση ομφαλοκηλών με χρήση πλέγματος είναι μέθοδος ασφαλής. Τα πλεονεκτήματα της είναι η μικρή διάρκεια νοσηλείας, ο ελάχιστος μετεγχειρητικός πόνος και η μικρή νοσηρότητα.



P4

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΗΛΗΣ ΜΕΣΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ

Παναγιωτης Λαγομιτζης¹, Χειρουργός Παναγιωτης Λαγομιτζης²

¹Γενικό Νοσοκομείο Μολάων,

²Γενικό Νοσοκομείο Μολάων

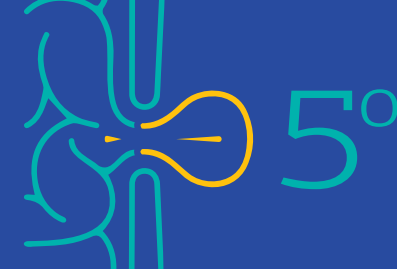
Εισαγωγή: Η συχνότητα των κηλών μέσης τομής και τα ποσοστά υποτροπής μετά την αποκατάσταση αυτής παραμένουν υψηλά. Μια μετα-ανάλυση που περιλάμβανε περισσότερους από 14.000 ασθενείς ανέφερε επίπτωση 12,8%, 2 χρόνια μετά από μια τομή μέσης γραμμής και ότι το ένα τρίτο των ασθενών με κήλη μέσης τομής υποβάλλονται σε χειρουργική αποκατάσταση. Τα ποσοστά υποτροπής μετά την αποκατάσταση της κήλης μέσης τομής κυμαίνονται μεταξύ 23 και 50%, με αυξανόμενα ποσοστά επιπλοκών και επανεμφάνισης μετά από κάθε επόμενη αποτυχημένη αποκατάσταση.

Υλικά – Μέθοδος: Παρουσίαση των νεότερων κατευθυντήριων οδηγιών αποκατάστασης κήλης μέσης τομής, της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Κήλης.

Συζήτηση: Η ποσότητα και η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων που ήταν διαθέσιμα για τη διατύπωση των συστάσεων ήταν περιορισμένη. Ωστόσο, ορισμένα βασικά μηνύματα έχουν δημιουργηθεί από τις κατευθυντήριες γραμμές που, εάν ακολουθηθούν, η ομάδα ειδικών πιστεύει ότι θα βοηθήσουν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων στη χειρουργική αποκατάσταση κήλης μέσης τομής. Οι κύριες συστάσεις ήταν ότι οι ασθενείς θα πρέπει να υποβληθούν σε απεικόνιση πριν από τη χειρουργική επέμβαση για να κατανοήσουν καλύτερα την ανατομία και να σχεδιάσουν κατάλληλα την χειρουργική πράξη. Οι χειρουργοί και οι ασθενείς θα πρέπει να κατανοήσουν ότι ο κύριος στόχος στη θεραπεία της κήλης μέσης τομής είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής. Αυτό θα βοηθήσει στην καθοδήγηση της συζήτησης για τα οφέλη και τους κινδύνους των διαφόρων θεραπευτικών επιλογών και να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς είναι πλήρως ενημερωμένοι και συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι ασθενείς θα πρέπει να βελτιστοποιούνται εκ των προτέρων πριν από τη χειρουργική επέμβαση με ιδιαίτερη έμφαση στην απώλεια βάρους, τη διακοπή του καπνίσματος και τον έλεγχο του διαβήτη. Για την πλειονότητα των ασθενών, συνιστάται επιδιόρθωση πλέγματος με κλείσιμο της περιτονίας.

Βιβλιογραφία

1. David L. Sanders, Maciej M. Pawlak, Maarten P. Simons et al. Midline incisional hernia guidelines: the European Hernia Society. *BJS*, 2023, 110, 1732–1768 <https://doi.org/10.1093/bjs/znad284> Advance Access Publication Date: 19 September 2023 Guideline.
2. Mathes T, Walgenbach M, Siegel R. Suture versus mesh repair in primary and incisional ventral hernias: a systematic review and meta-analysis. *World J Surg* 2016; 40:826–835 137.
3. Parker SG, Halligan S, Liang MK et al. international classification of abdominal wall planes (ICAP) to describe mesh insertion for ventral hernia repair. *Br J Surg* 2020; 107:209–217.



P5

ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΟΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΛΟΓΩ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ

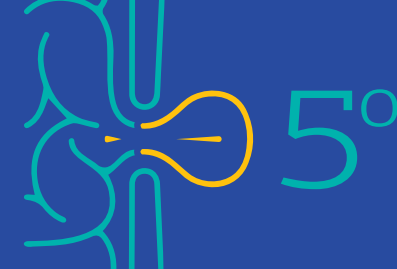
Αλέξανδρος Χαμζίν¹, Κωνσταντίνος Σάλιαρης, Κατερίνα Στυλιανάκη, Παναγιώτης Θεοδώρου, Θεογνωσία Ιωάννου, Κωνσταντίνος Τούτουζας, Δημήτριος Θεοδώρου

¹Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε μία σπάνια κλινική οντότητα, η οποία όταν και εφόσον γίνει συμπτωματική μπορεί να είναι επικίνδυνη για την ζωή κατάσταση και χρήζει πολυπαραγοντική αντιμετώπιση.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής άρρεν 91 ετών ο οποίος προσήλθε με εικόνα σηπτικής καταπληξίας, πόνου στην οσφυϊκή χώρα και στο υπογάστριο. Κατά την διερεύνηση του περιστατικού το σηπτικό επεισόδιο αποδόθηκε σε αποφρακτική ουροπάθεια λόγω παγίδευσης τμήματος του δεξιού ουρητήρα στην ευμεγέθη βουβωνοκήλη του ασθενούς. Ο ασθενής μετά από ουρολογική και χειρουργική εκτίμηση υποβλήθηκε σε ανοιχτή αποκατάσταση βουβωνοκήλης. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ανεπίπλεκτη και ο ασθενής πήρε εξιτήριο την 3η μετεγχειρητική ημέρα και δεν εμφάνισε υποτροπή της κατάστασης του κατά την διάρκεια της παρακολούθησης των 3 μηνών.

Συμπέρασμα: Η αποφρακτική ουροπάθεια αν και σπανίως, μπορεί να οφείλεται σε παγίδευση ουρητήρα σε μία βουβωνοκήλη. Συνιστάται ο θεράπων ιατρός να έχει υψηλή κλινική υποψία όταν εμφανίζονται ασθενείς με αποφρακτική ουροπάθεια και συνοδό βουβωνοκήλη καθώς και ιδιαίτερη προσοχή στην αποκατάσταση προς αποφυγή κάκωσης του ουρητήρα. Η λαπαροσκοπική προσέγγιση μπορεί να είναι μία επιλογή αλλά θα πρέπει να επιχειρείται μόνο από εξειδικευμένους και έμπειρους χειρουργούς.



P6

ΟΞΥΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΛΥΠΛΟΚΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΟΥ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ

Δέσποινα Χατζοπούλου, Αλέξανδρος Χαμζίν¹, Κατερίνα Στυλιανάκη, Σπήλιος Σπηλιοτόπουλος, Γεωργία Ματθαίου, Θεογνωσία Ιωάννου, Νικόλαος Μιχαλόπουλος, Κωνσταντίνος Τούτουζας, Δημήτριος Θεοδώρου

¹Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

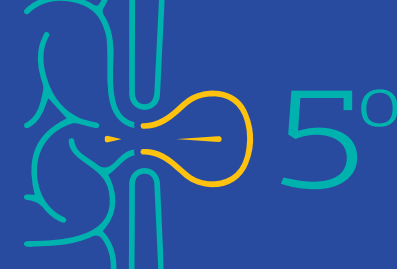
Σκοπός: Η αποκατάσταση μετεγχειρητικών κηλών του πλάγιου κοιλιακού τοιχώματος ενέχει δυσκολίες χωρίς ομοφωνία ως προς την χειρουργική τεχνική. Επιπλέον, υπάρχει ελλιπής παρουσίαση αποτελεσμάτων αυτής της ομάδας ασθενών και η παράθεση χειρουργικών εμπειριών στην επιστημονική κοινότητα είναι σημαντική για τη δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 65 ετών προσήλθε για αποκατάσταση μετεγχειρητικής κήλης μετά από δεξιά νεφρεκτομή. Η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε για την αποκατάσταση ήταν οπίσθιος διαχωρισμός άμφω με τοποθέτηση μακροπορώδους πλέγματος PVDF 40x60 εκ. Η διεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτη. Παρά τη χρήση πολυπαραγοντικής μετεγχειρητικής αναλγησίας με συνδυασμό επισκληριδίου και γενικής αναισθησίας, η ασθενής από την ανάνηψη εμφάνισε έντονο και οξύ μετεγχειρητικό πόνο, με ανάκλαση στον αυχένα και στις ωμικές ζώνες αμφοτερόπλευρα, με βαθμονόμηση 10 στα 10 βάσει αριθμητικής κλίμακας (NAS). Ο πόνος παρά την συστηματική χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών και συστηματικών οπιοειδών δεν υφίσταντο. Η ασθενής παρουσίασε βελτίωση μετά το πρώτο 24ωρο. Ο αναφερόμενος πόνος προσομοίαζε πόνο μετά από λαπαροσκόπηση και πιθανολογείται ότι οφείλεται παθοφυσιολογικά στην παρασκευή του περιτοναίου στην περιοχή του διαφράγματος με την χρήση μονοπολικής ενέργειας υψηλής τάσης.

Συμπέρασμα: Η παρασκευή του περιτοναίου στους υποδιαφραγματικούς χώρους κατά τον οπίσθιο διαχωρισμό μπορεί να εμφανίσει έντονο και οξύ μετεγχειρητικό πόνο μιμούμενο τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό μετεγχειρητικού πόνου με ερεθισμό του διαφράγματος κατά την λαπαροσκόπηση. Η πλήση των υποδιαφραγματικών χώρων με χρήση τοπικού διαλύματος αναισθητικού παράγοντα μακράς διάρκειας ενδεχομένως να είναι μια μέθοδος για την αποφυγή του έντονου μετεγχειρητικού πόνου, όπως περιγράφεται στην βιβλιογραφία για την πρόληψη μετά την λαπαροσκόπηση.

Βιβλιογραφία

1. Zhou DJ et al. Incidence, etiology, management, and outcomes of flank hernia: review of published data. *Hernia*. 2018 Apr;22(2):353-361.
2. Park SJ. Postoperative Shoulder Pain after Laparoscopic Surgery. *Postoperative Shoulder Pain after Laparoscopic Surgery*.
3. Zieren J. Flank hernia repair and bulging after open nephrectomy: mesh repair by flank or median approach? Report of a novel technique. *Int Urol Nephrol*. 2007;39(4):989-93.



P7

**ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ ΛΟΓΩ ΠΑΡΑΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

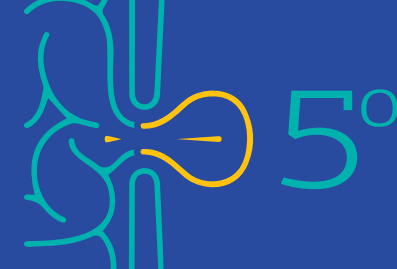
**Θεογνωσία Ιωάννου, Αλέξανδρος Χαμζίν¹, Δημοσθένης Χρυσικός, Κυριακή Κωνσταντίνου,
Κωνσταντίνος Τούτουζας, Δημήτριος Θεοδώρου**

¹Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

Σκοπός: Η αριστερή παραδωδεκαδακτυλική κήλη είναι μια εσωτερική κήλη που δημιουργείται λόγω της πρόπτωσης του λεπτού εντέρου μέσω του χώρου του Landzert. Τα συμπτώματα και η κλινική εικόνα της αριστερής παραδωδεκαδακτυλικής κήλης είναι ακαθόριστα, προκαλώντας δυσκολίες στην διάγνωσή της. Για αυτό τονίζεται η ανάγκη για υψηλό δείκτη υποψίας της νόσου και γνώση του ανατομικού χώρου του Landzert.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής γυναίκα 28 ετών προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία με διαλείπων κοιλιακό πόνο. Από το ατομικό της αναμνηστικό γνωρίζουμε ότι πάσχει από μικροσκοπική κολίτιδα ο οποία βρίσκεται σε ύφεση. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) ανέδειξε συρροή ελίκων λεπτού εντέρου χωρίς απόφραξη. Πραγματοποιήθηκε ερευνητική λαπαροτομία κατά την οποία ανευρέθηκε ο χώρος του Landzert χωρίς προσπίπτουσες έλικες λεπτού εντέρου διαμέσου του και έγινε διάνοιξη του χώρου.

Συμπεράσματα: Ο υψηλός δείκτης υποψίας, η επίγνωση της ασθένειας αυτής όπως επίσης και οι βοηθητικές απεικονιστικές τεχνικές συντελούν στην επιτυχή διάγνωση της αριστερής παραδωδεκαδακτυλικής κήλης προεγχειρητικά. Η άμεση χειρουργική παρέμβαση θεραπεύει τα συμπτώματα και ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο επιπλοκών της εντερικής απόφραξης.



P8

**ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ ΣΕ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΙΛΕΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

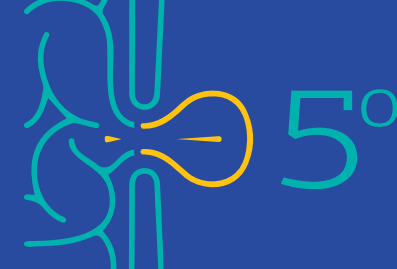
**Θεογνωσία Ιωάννου, Αλέξανδρος Χαμζίν¹, Κατερίνα Στυλιανάκη, Παναγιώτης Θεοδώρου,
Κυριακή Κωνσταντίνου, Νικόλαος Μιχαλόπουλος, Κωνσταντίνος Τούτουζας, Δημήτριος Θεοδώρου**

¹Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

Σκοπός: Η μετεγχειρητική κήλη εμφανίζεται στην περιοχή της χειρουργικής τομής και μπορεί να προκύψει μετά από οποιαδήποτε χειρουργική διαδικασία κατά την οποία διατέμνεται το κοιλιακό τοίχωμα. Αποτελεί μια πολύ συχνή επιπλοκή των χειρουργικών επεμβάσεων στην κοιλιακή χώρα και εμφανίζεται μέχρι και στο 20-40% των περιπτώσεων. Σκοπός μας είναι να τονίσουμε την επιτακτική ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης της κήλης και των συνακόλουθων επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 55 ετών προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναστολή αερίων και κοπράνων οξείας έναρξης. Ο ασθενής υποβλήθηκε προ μηνών σε μεταμόσχευση ήπατος λόγω χρόνιας ηπατίτιδας Β και έκτοτε ήταν ύπο ανοσοκαταστολή. Πραγματοποιήθηκε Αξονική Τομογραφία η οποία ανέδειξε μια μεγάλη μετεγχειρητική κήλη με προεκβολή εντερικών ελίκων μέσα από το χάσμα και σημείο μετάπτωσης. Αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί ερευνητική λαπαροτομία για την αντιμετώπιση του ειλεού και αποκατάσταση της κήλης με πλέγμα onlay.

Συμπεράσματα: Η διενέργεια ανοιχτής επιδιόρθωσης του ειλεού και η ταυτόχρονη αποκατάσταση της μετεγχειρητικής κήλης με τοποθέτηση πλέγματος onlay, αποδείχθηκε η πιο γρήγορη, άμεση και αποτελεσματική επιλογή με την καλύτερη μετεγχειρητική ποιότητα ζωής για τον ασθενή. Αν και η onlay τοποθέτηση προδιαθέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο μετεγχειρητικής λοίμωξης του πεδίου, η αντιμετώπιση μίας τέτοιας επιπλοκής είναι τεχνικά εύκολη με τοποθέτηση συστήματος αρνητικής πίεσης, κάνοντας την επιλογή αυτή ένα εργαλείο στην αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων.



P9

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΛΟΞΑΚΙΛΛΙΝΗΣ ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (TAPP) ΚΗΛΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ: ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΞΑΜΗΝΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ

**Χαράλαμπος Σερρέτης¹, Γεώργιος Ζάχαρης¹, Ασπασία Παπαγεωργοπούλου¹,
Νικολέτα Κολιού¹, Πάυλος Αθανασόπουλος¹**

¹Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών "Ο Άγιος Ανδρέας"

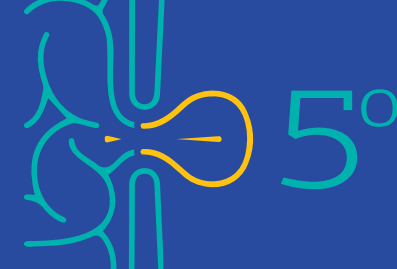


Εισαγωγή: Οι σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις χειρουργικού πεδίου αποτελούν συχνή επιπλοκή στη χειρουργική των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να αξιολογηθεί σε προοπτική βάση η προσθήκη της κλοξακιλλίνης ως χημειοπροφύλαξη σε τακτικά χειρουργεία λαπαροσκοπικής αποκατάστασης βουβωνοκηλών (TAPP) με χρήση συνθετικού πλέγματος.

Υλικό και Μέθοδος: Στην προοπτική μας μελέτη περιλάβαμε 18 ασθενείς, που αντιμετωπίστηκαν σε τακτική βάση στην κλινική μας με ανοικτή αποκατάσταση βουβωνοκήλης με χρήση συνθετικού πλέγματος (06/2023 – 12/2023). Οι 8 ασθενείς της ομάδας παρέμβασης έλαβαν προεγχειρητικά 2gr κλοξακιλλίνης (με 2 μετεγχειρητικές δόσεις των 2gr), επιπλέον των προεγχειρητικών 400mg σιπροφλοξασίνης και 600mg κλινδαμυκίνης (με 2 μετεγχειρητικές δόσεις των 400mg & 3 μετεγχειρητικές δόσεις των 600mg), της ιστορικής ομάδας ελέγχου. Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν κλινικά στα εξωτερικά ιατρεία 2-3 εβδομάδες από την ημέρα επέμβασης.

Αποτελέσματα: Σε κανέναν ασθενή δεν προέκυψε επιμόλυνση του συνθετικού πλέγματος / μετεγχειρητική συλλογή και δεν απαιτήθηκε επανεισαγωγή ασθενούς προς χειρουργικό καθαρισμό ή/και ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή. Στην ομάδα ελέγχου παρατηρήθηκε σε δύο ασθενείς ήπια κυτταρίτιδα στο τραύμα του ομφαλικού trocar, ελεγχθείσα με τμηματική αφαίρεση των ραμμάτων του τραύματος και pos αντιβιοτική αγωγή. Επιμόλυνση των εγχειρητικών τομών δεν παρατηρήθηκε σε κανέναν ασθενή από την ομάδα παρέμβασης. Σε καμία περίπτωση δεν παρατηρήθηκε δυσανοχή ή αλλεργικού τύπου αντίδραση στα περιεγχειρητικά αντιβιοτικά σχήματα

Συμπεράσματα: Η προσθήκη της κλοξακιλλίνης ως στοχευμένου αντισταφυλλοκοκκικού παράγοντα στη χειρουργική αποκατάσταση κηλών κοιλιακού τοιχώματος χρήζει περαιτέρω αξιολόγησης ως υποσχόμενου παράγοντα χημειοπροφύλαξης.



P10

ΑΝΟΙΚΤΗ ΤΑΡ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σταύρος Χρυσοβαλάντης Λιάπης, Κωνσταντίνος Περιβολιώτης, Χαριτώ Χατζηνικολάου, Α. Σταύρου, Δημήτριος Λύτρας

«Αχιλλοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Χειρουργική Κλινική, Πολυμέρη 134, Βόλος, Μαγνησία

Σκοπός: Η βέλτιστη αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών κοιλιοκηλών περιλαμβάνει την ενίσχυση του κοιλιακού τοιχώματος με την τοποθέτηση ενός οπισθομυϊκού εξωπεριτοναϊκού πλέγματος (*sublay*). Ωστόσο σε μεγάλα χάσματα η κλασική *Rives-Storrra* δεν είναι εύκολα τεχνικά εφαρμόσιμη. Σε αυτές τις περιπτώσεις τεχνικές απελευθέρωσης (CS), όπως για παράδειγμα η απελευθέρωση του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (TAR) μπορεί να αποτελέσουν εναλλακτικές επιλογές¹ the retromuscular space is developed laterally to the edge of the rectus sheath. The posterior rectus sheath is incised 0.5-1 cm underlying medial to the linea semilunaris to expose the medial edge of the transversus abdominis muscle. The muscle then is divided, allowing entrance to the space anterior to the transversalis fascia. The posterior rectus fascia then is advanced medially. The mesh is placed as a sublay and the linea alba is restored ventral to the mesh. Results: Between December 2006 and December 2009, we have used this technique successfully in 42 patients with massive ventral defects. Thirty-two (76.2%. Σκοπός της παρούσας ανακοίνωσης είναι η παρουσίαση περιστατικού που εφαρμόστηκε η τεχνική TAR για μια ευμεγέθη μετεγχειρητική κοιλιοκήλη.

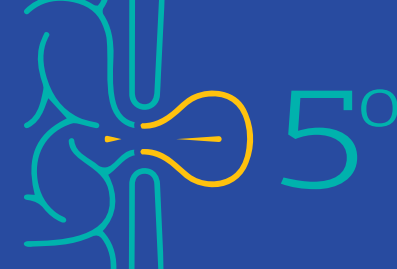
Παρουσίαση περιστατικού: Άρρεν ασθενής, 72 ετών, με μετεγχειρητική κοιλιοκήλη επί εδάφους μέσης υπερ-υπομφάλιου τομής λόγω ερευνητικής λαπαροτομίας, υπεβλήθη σε ανοιχτή πλαστική αποκατάσταση σε τακτική βάση.

Κατόπιν τοποθέτησης του ασθενούς σε ύπτια θέση και χορήγησης γενικής αναισθησίας, πραγματοποιήθηκε μέση υπερ-υπομφάλιος τομή. Πραγματοποιήθηκε συμφυσιόλυση, παρασκευή των κηλικών σάκων, και αμφοτερόπλευρη διάνοιξη των οπίσθιων πετάλων των ορθών κοιλιακών μυών. Λόγω της μη επαρκούς συμπλησίασης των οπίσθιων πετάλων διενεργήθη αμφοτερόπλευρη απελευθέρωση των εγκάρσιων κοιλιακών μυών (TAR). Ακολούθησε σύγκλιση των οπίσθιων πετάλων στη μέση γραμμή, τοποθέτηση πλέγματος Covidien ProGrip 15εκ. x 30εκ. και συρραφή των πρόσθιων πετάλων. Η συνολική διάρκεια της επέμβασης ήταν 180 λεπτά και η διάρκεια νοσηλείας 3 ημέρες. Στον 2^ο μήνα μετεγχειρητικά ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός.

Συμπέρασμα: Η τεχνική TAR αποτελεί μια ασφαλής και αποτελεσματική τεχνική για την εξωπεριτοναϊκή τοποθέτηση πλεγμάτων σε ευμεγέθεις μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες. Ωστόσο αποτελεί μια απαιτητική στρατηγική που προϋποθέτει τεχνική εμπειρία και εξειδίκευση².

Βιβλιογραφία

1. Novitsky, Y. W., Elliott, H. L., Orenstein, S. B. & Rosen, M. J. Transversus abdominis muscle release: A novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. *Am. J. Surg.* **204**, 709–716 (2012).
2. Sanders, D. L. et al. Midline incisional hernia guidelines: the European Hernia Society. *Br. J. Surg.* **110**, 1732–1768 (2023).



P11

ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΟΙΚΤΗ ΣΤΗΝ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑ-ΚΟΙΛΙΑΚΗ, ΠΡΟ-ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ (TAPP): ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Σταύρος Χρυσοβαλάντης Λιάπης, Κωνσταντίνος Περιβολιώτης, Χαριτώ Χατζηνικολάου, Νικόλαος Τσαντίκος, Κυριάκος Ψαριανός, Αθανασία Μπαμίχα, Α. Σταύρου, Όλγα Μαυρομάτη, Δημήτριος Λύτρας

«Αχιλλοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Χειρουργική Κλινική, Πολυμέρη 134, Βόλος, Μαγνησία

Σκοπός: Η λαπαροσκοπική διακοιλιακή προπεριτοναϊκή (*Trans-Abdominal Pre-Peritoneal, TAPP*) προσέγγιση αποτελεί μια διαδεδομένη τεχνική πλαστικής αποκατάστασης βουβωνοκήλης λόγω των βέλτιστων περιεγχειρητικών αποτελεσμάτων¹. Ωστόσο, αποτελεί μια σύνθετη χειρουργικά τεχνική με απαιτητική καμπύλη εκμάθησης^{2,3}. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση των κλινικών δεδομένων και η διεξαγωγή συμπερασμάτων από την αρχική περίοδο εφαρμογής της *TAPP* στην κλινική μας.

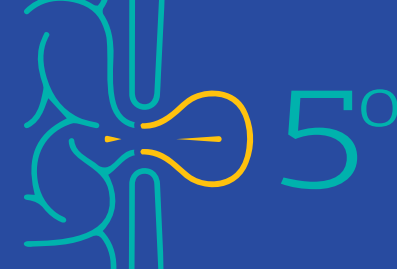
Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη διάρκειας ενός έτους (από 01/2023 έως 01/2024) ασθενών που υπεβλήθησαν σε *TAPP*. Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν και κατηγοριοποιήθηκαν ως προς το είδος σε ετερόπλευρες (Α) και αμφοτερόπλευρες (Β) βουβωνοκήλες. Πραγματοποιήθηκε επίσης υποκατηγοριοποίηση ανά χειρουργό και καταγραφή των τεχνικών χαρακτηριστικών. Ως πρωτεύον καταληκτικό σημείο ορίστηκε η διάρκεια χειρουργείου, ενώ ως δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ορίστηκαν, η διάρκεια νοσηλείας, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και η υποτροπή.

Αποτελέσματα: Συνολικά συγκεντρώθηκαν 28 ασθενείς (Θ: 3, Α: 25), μέσης ηλικίας 57 έτη (εύρος: 25-78). Η ένδειξη του χειρουργείου ήταν ετερόπλευρη πρωτοπαθής (n= 20), ετερόπλευρη υποτροπιάζουσα (n=1), και αμφοτερόπλευρη πρωτοπαθής (n=7) βουβωνοκήλη. Η μέση διάρκεια χειρουργείου ήταν 124 λεπτά (εύρος: 90-180) και 200 λεπτά (εύρος: 150-245), για τις ομάδες Α,Β αντίστοιχα, ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των χειρουργών. Ως προς το είδος του πλέγματος τοποθετήθηκαν πλέγματα πολυπροπυλενίου στο 42,4%, αυτοκαθήλωσης στο 39,3%, και φθοριούχου πολυβινυλιδένιου (*PVDF*) στο 15,1% των περιπτώσεων. Για την καθήλωση του πλέγματος, χρησιμοποιήθηκαν απορροφήσιμα *tacks* στο 87,7%, ενώ για τη σύγκλειση του περιτοναίου η χρήση ράμματος τύπου *V-LOC* επιλέχθηκε μόνο στο 32,1% των περιπτώσεων. Η διάρκεια νοσηλείας ήταν 1,5 ημέρες, ενώ δεν παρατηρήθηκαν μετεγχειρητικές επιπλοκές έως σήμερα, εκτός από μία περίπτωση δημιουργίας σερώματος.

Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική προσέγγιση στη αποκατάσταση της βουβωνοκήλης είναι μια αποτελεσματική και ασφαλής τεχνική ακόμα και στα αρχικά στάδια της καμπύλης εκμάθησης.

Βιβλιογραφία

- Haladu, N. et al. Open versus laparoscopic repair of inguinal hernia: an overview of systematic reviews of randomised controlled trials. *Surg. Endosc.* **36**, 4685–4700 (2022).
- Riemenschneider, K. A., Lund, H. & Pommergaard, H. C. No evidence for fixation of mesh in laparoscopic transabdominal preperitoneal (*TAPP*) inguinal hernia repair: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg. Endosc.* **37**, 8291–8300 (2023).
- Stabilini, C. et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. *BJS Open* **7**, 1–38 (2023).



P12

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ ΜΕ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΙΜΟ ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΠΛΕΓΜΑ (PHASIX)

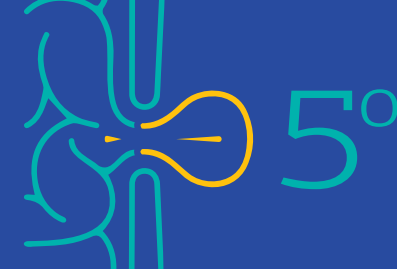
Στέλλα Μπαρέκα¹, Πάτροκλος Γούλας, Αλεξάνδρα Μεννή, Κυριάκος Σαββόπουλος, Ιπποκράτης Ιντζίδης, Απόστολος Ζαταγιάς, Αριστείδης Ιωαννίδης, Αντώνιος Μιχαλόπουλος

¹Α' ΠΡΧ / ΑΧΕΠΑ

Σκοπός: Σε βαριές κακώσεις θα πρέπει να τίθεται η υποψία για την ύπαρξη μετατραυματικών κηλών και για την πιθανή πρωτογενή αποκατάσταση του κοιλιακού τοιχώματος.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής, άρρεν, 48ετών. Διακομίσθηκε στις 2/10/2023 στο ΤΕΠ χειρουργικού λόγω αναφερόμενου τροχαίου υψηλής ενέργειας με ΙΧ. Από την κλινική εξέταση ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά ασταθής, η κοιλιά ήταν έντονα επώδυνη και σε σύσπαση δεξιά, όπως και στο υπογάστριο και έφερε τραύμα κεφαλής, εκχυμώσεις στο θώρακα και παρουσία κυκλοτερών βλαβών στα κάτω άκρα. Έγινε άμεση μεταφορά του ασθενή στον αξονικό όπου διαπιστώθηκε ευμεγέθης συλλογή ελεύθερου υγρού στην κοιλιακή χώρα περιηπατικά, περισπληνικά καθώς και παρακολικά. Ο ασθενής διακομίσθηκε άμεσα στο χειρουργείο. Διενεργήθηκε ερευνητική λαπαροτομία και διεγχειρητικά διαπιστώθηκε κάκωση της ειλεοκολικής αρτηρίας, εκτεταμένο αιμάτωμα μεσεντερίου με επέκταση άνωθεν του δωδεκαδακτύλου και ρήξη ανιόντος κόλου. Πραγματοποιήθηκε δεξιά κολεκτομή και ειλεοεγκάρσια αναστόμωση. Ο ασθενής μεταφέρθηκε διασωληνωμένος στη ΜΕΘ. Ακολούθησε ομαλή μετεγχειρητική πορεία, με σταδιακή αποκλιμάκωση από ινότροπη και αναπνευστική υποστήριξη. Την 8^η μετεγχειρητική ημέρα (10/10/2023) ο ασθενής εξήλθε αιμοδυναμικά, αερομετρικά σταθερός, απύρετος και κλινικοεργαστηριακά βελτιωμένος. Ο ασθενής μετέπειτα αντιλήφθηκε ψηλαφητή, ανώδυνη αρχικά, διόγκωση άνωθεν της λαγόνιας ακρολοφίας η οποία στην συνέχεια έγινε επώδυνη. Στις 5/12/2023 ο ασθενής επανεισήχθη στην κλινική λόγω ευμεγέθους μετατραυματικής κήλης του πλάγιου κοιλιακού τοιχώματος οπισθίως και ισοϋψώς του τμήματος του ανιόντος. Στις 8/12/2023 ο ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική αποκατάσταση της κήλης με την τοποθέτηση απορροφισιμου συνθετικού πλέγματος (phasix) στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα. Ο ασθενής τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες είχε έντονη ανάγκη αναλγητικής αγωγής. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο ασθενής εξήλθε την 4^η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπέρασμα: Σε βαριές κακώσεις μπορεί να προκύψουν κήλες οι οποίες εκ πρώτης όψεως δεν γίνονται αντιληπτές απεικονιστικά και κλινικά στα πλαίσια του επειγόντος, ιδίως στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα.



P13

ΕΡΥΘΡΗ ΕΠΩΔΥΝΗ ΜΑΖΑ ΒΟΥΒΩΝΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ. ΟΧΙ ΠΑΝΤΑ ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ

Εύαγγελος Φαλίδας¹, Δημήτριος Δάβρης¹, Βασιλική Παπαντωνίου¹,
Αγγελική Αβραμοπούλου¹, Κωνσταντίνος Παλόγος¹

¹Χειρουργική Κλινική Γ.Ν Χαλκίδας

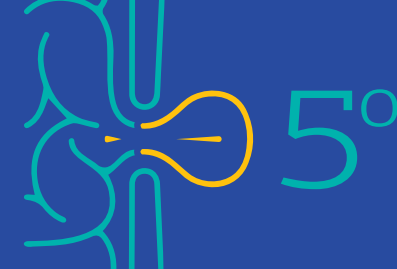
Σκοπός: Οι βουβωνοκήλες είναι συχνότερες στους άνδρες και με μια επίπτωση περίσφιξης της τάξης του 1,3% κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς. Η περίσφιξη του εντέρου είναι μια δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή και χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Παρόλα αυτά και άλλες καταστάσεις μπορούν να εκδηλωθούν με συμπτώματα περισφιγμένης βουβωνοκήλης. Παρουσιάζουμε περίπτωση ρήξης εκκολπώματος σιγμοειδούς στο βουβωνικό κανάλι μιμούμενο περισφιγμένη βουβωνοκήλη.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 83 ετών προσήλθε λόγω εμφάνισης διόγκωσης στην αριστερά βουβωνική χώρα με συνοδό ερυθρότητα και εμπύρετο από πενθημέρου. Το ιστορικό του περιελάμβανε ισουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, στεφανιαία νόσο και περιφερική αγγειοπάθεια. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε επώδυνη σκληρή μάζα στην αριστερή βουβωνική χώρα που έδινε την εικόνα βουβωνοκήλης. Υποβλήθηκε σε επείγουσα αξονική τομογραφία κοιλίας που ανέδειξε φυσαλίδες αέρα στον αριστερό λαγονοψοίτη και τον κατώτερο ορθό κοιλιακό και πάχυνση του σιγμοειδούς που συνέχεται με αριστερή μηροβουβωνοκήλη. Αν και λόγω του υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου αποφασίστηκε η έναρξη συντηρητικής αντιμετώπισης με τριπλό σχήμα ενδοφλέβιας αντιβίωσης τελικά οδηγείται στο χειρουργείο. Διαπιστώνεται εντοπισμένη ρήξη εκκολπώματος στο βουβωνικό κανάλι ενώ η υπόλοιπη κοιλία δεν παρουσιάζει πυώδεις ή κοπρανώδεις συλλογές. Με τομή βουβωνική γίνεται παροχέτευση της πυώδους συλλογής ενώ ενδοκοιλιακά πραγματοποιείται Hartman εκτομή και κολοστομία. Αν και η μετεγχειρητική πορεία ήταν καλή ο ασθενής απεβίωσε λόγω καρδιοαναπνευστικών επιπλοκών.

Συμπέρασμα: Σε περιπτώσεις ερυθρής επώδυνης μάζας στην βουβωνική χώρα η υψηλή κλινική υποψία είναι απαραίτητη αφού πάντα δεν οφείλεται σε περίσφιξη του περιεχομένου βουβωνοκήλης. Φλεγμονές του σάκου στα πλαίσια γενικευμένης ή εντοπισμένης περιτονίτιδας, αιματώματα, ρήξη ανευρυσμάτων ή επέκταση ενδοκοιλιακών αποστήματων μπορεί αν και σπάνια να μιμηθούν περισφιγμένες βουβωνοκήλες. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία πολλές φορές είναι απαραίτητος. Στην περίπτωση μας η προσέγγιση είναι χειρουργική με παροχέτευση του αποστήματος σε συνδυασμό με λαπαροτομία και πραγματοποίηση κολοστομίας. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις η συντηρητική αντιμετώπιση με μόνο παροχέτευση χωρίς λαπαροτομία μπορεί να εξετασθεί ιδιαίτερα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου και υπό αυστηρή παρακολούθηση.

1. Andrabi SI, Pitale A, El-Hakeem AA. Diverticular abscess presenting as a strangulated inguinal hernia: case report and review of the literature. *Ulster Med J.* 2007 May;76(2):107-8

2. Paasch C, Renger F, Baschinskij S, Strik MW. Abdominal Abscesses and Destruction of Inguinal Canal with Mesh Dislocation caused by a Perforated Diverticulitis. *Case Rep Surg.* 2019



P14

ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΠΛΕΓΜΑ-ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ Η' ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ;

Ευάγγελος Φαλίδας¹, Δημήτριος Δάβρης¹, Βασιλική Παπαντωνίου¹,
Ορέστης Γκέκας¹, Κωνσταντίνος Παλόγος¹

¹Χειρουργική Κλινική ΓΝ Χαλκίδας

Σκοπός: Η αποκατάσταση βουβωνοκήλης είναι συνήθης επέμβαση με χρήση πλέγματος. Οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις είναι σπάνιες (~5%). Οι καθυστερημένες εν τω βάθει λοιμώξεις συμβαίνουν σε λιγότερο από 1% των περιπτώσεων και σπάνια μπορεί να εμφανιστούν μετά από πολλά χρόνια και με μηχανισμούς μη πλήρως κατανοητούς. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με καθυστερημένη εμφάνιση αποστήματος βουβωνικής χώρας μετά από αποκατάσταση βουβωνοκήλης πιθανά σχετιζόμενη με αυτοάνοσα νοσήματα ή με την χρήση βιολογικών παραγόντων.

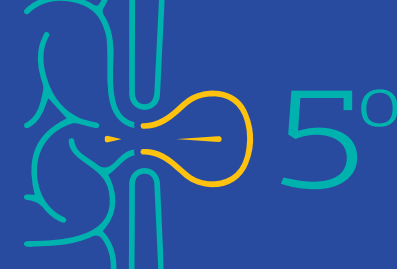
Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 65 ετών ο οποίος είχε υποβληθεί σε πλαστική βουβωνοκήλης προ 2ετίας προσήλθε λόγω εμφάνισης επώδυνης διόγκωσης στη δεξιά βουβωνική χώρα με ερυθρότητα και δεκατική πυρετική κίνηση. Είχε λευκοκυττάρωση και αυξημένη CRP. Ο ασθενής είχε ιστορικό αγκυλοποιητικής σπονδυλοαρθρίτιδας και ελάμβανε για 15 έτη ινφλιξιμάμπη (infliximab) με έκδηλες παρενέργειες ψωρίαση, πολλαπλές ιδρωταδενίτιδες και ορογονοθυλακίτιδες. Ενα χρόνο μετά την αποκατάσταση της κήλης υποβλήθηκε σε χειρουργείο για καρκίνο πνεύμονα χωρίς μετεγχειρητική ΧΜΘ ενώ άλλαξε τον βιολογικό παράγοντα σε ιξεκιζουμάμπη (ixekizumab) 8 μήνες μετά χειρουργείο του πνεύμονα και περίπου 4 μήνες πριν προσέλθει με το απόστημα στην κήλη. Στην CT κοιλίας φάνηκε ευμεγέθης αποστηματική κοιλότητα στην περιοχή. Μεταφέρθηκε στο χειρουργείο για ευρεία διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος και ελήφθησαν καλλιέργειες. Δεν αναγνωρίστηκαν στοιχεία απόρριψης του πλέγματος. Η καλλιέργεια ανέδειξε *S.aureus*. Λόγω εμμένουσας παροχής τοποθετήθηκε VAC. Με την κλινική βελτίωση και μείωση του οιδήματος οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου και αφαιρέθηκε το πλέγμα πολυπροπυλενίου. Το τραύμα έμεινε ανοικτό, επανατοποθετήθηκε VAC με πλήρη επούλωση της περιοχής. Δεν εμφανίζει στοιχεία υποτροπής τόσο της κήλης όσο και της φλεγμονής ένα χρόνο μετά.

Συμπέρασμα: Οι καθυστερημένες και εν τω βάθει λοιμώξεις μετά από αποκατάσταση βουβωνοκήλης είναι σπάνιες και πιθανά σχετίζονται με την παρουσία συλλογών μετεγχειρητικά που ευνοούν την ανάπτυξη βακτηρίων. Οι ανοσοκαταστολή, η χημειοθεραπεία και οι αυτοάνοσες νόσοι φαίνεται να σχετίζονται με την καθυστερημένη λοίμωξη πλαστικής βουβωνοκήλης.

Jezupovs A, Mihelsons M. The analysis of infection after polypropylene mesh repair of abdominal wall hernia. *World J Surg* 2006;30:2270-8 discussion 9-80. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Mann DV, Prout J, Havranek E, Gould S, Darzi A. Late-onset deep prosthetic infection following mesh repair of inguinal hernia. *Am J Surg* 1998;176:12-4. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Mavros MN, Athanasiou S, Alexiou VG, Mitsikostas PK, Peppas G, Falagas ME. Risk factors for mesh-related infections after hernia repair surgery: a meta-analysis of cohort studies. *World J Surg*. 2011 Nov;35(11):2389-98.



P15

ΩΟΘΗΚΗ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΣΕ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ. ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΟ ΕΥΡΗΜΑ

Ευάγγελος Φαλίδας¹, Δημήτριος Δάβρης¹, Βασιλική Παπαντωνίου¹,
Αλεξάνδρα Παπαυγέρη¹, Κωνσταντίνος Παλόγος¹

¹Χειρουργική Κλινική ΓΝ Χαλκίδας

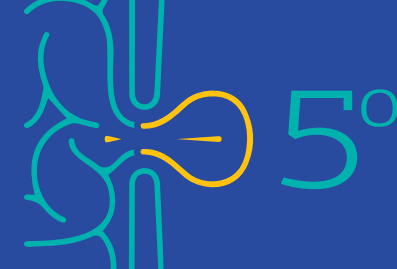
Σκοπός: Η βουβωνοκήλη αποτελεί συχνή καλοήγη νόσο. Αποτελεί περίπου το 2/3 των περιπτώσεων κήλης του κοιλιακού τοιχώματος. Η πιθανότητα εμφάνισης στους άνδρες κυμαίνεται περίπου στο 35%, ενώ στις γυναίκες περίπου στο 5%. Σπάνιο περιεχόμενό τους αποτελούν γυναικολογικές δομές όπως η ωθήκη και η σάλπιγγα. Τέτοιες κήλες παρατηρούνται σπανιότερα σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας σε σύγκριση με τα παιδιά και μπορούν να σχετίζονται με εκ γενετής ανωμαλίες. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με βουβωνοκήλη με περιεχόμενο ωθήκης και σάλπιγγας σε νεαρή γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 22 ετών προσήλθε ως τακτικό περιστατικό για αντιμετώπιση μη ανατασσομένης βουβωνοκήλης δεξιά. Είχε ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και δεν ελάμβανε φάρμακα. Απέφερε παρόλα αυτά περιοδικούς πόνους στην βουβωνική χώρα εντονότερους κατά την έμμηνο ρήση. Υποβλήθηκε σε επέμβαση πλαστικής αποκατάστασης. Η παρασκευή του κηλικού σάκου παραδόξως ήταν εργώδης με πολλαπλά φλεγμονώδη στοιχεία. Ο κηλικός σάκος ανοίχτηκε και ανευρέθηκε η δεξιά ωθήκη και η σάλπιγγα. Η ωθήκη είχε μικρές σοκολατοειδείς κύστες που μερικές διανοίχθηκαν κατά την παρασκευή. Έγινε αποκόλληση των οργάνων και ανάταξή τους στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η κήλη αποκαταστάθηκε με χρήση πλέγματος. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και παραπέμφθηκε για περαιτέρω γυναικολογικό έλεγχο.

Συμπέρασμα: Στην διερεύνηση μάζας ή διόγκωσης στην βουβωνική χώρα σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας η ύπαρξη βουβωνοκήλης με περιεχόμενο οργάνων του αναπαραγωγικού συστήματος κυρίως της ωθήκης πρέπει να εξετάζεται. Αν και περαιτέρω απεικονιστικός και γυναικολογικός έλεγχος δεν φαίνεται να προτείνεται σε τακτική βάση, ο υψηλός βαθμός υποψίας είναι απαραίτητος με στόχο πάντα τη διατήρηση της ακεραιότητας των οργάνων.

1. Prodromidou A, Machairas N, Garoufalia Z, Kostakis ID, Kyriakidis AV, Spartalis E, Sotiropoulos GC. Ovarian inguinal hernia. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020 Feb;102(2):75-83

2. Yang X, Chen Q, Jiang J, Cai X. Irreducible inguinal hernia containing rudimentary uterine horn, ovary, and fallopian tube. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2014; : 601-602



P16

«ONLAY» ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ: ΜΙΑ ΚΛΑΣΙΚΗ, ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ!

Χαράλαμπος Θεοδωρόπουλος, Αλεξάνδρα Τριανταφύλλου, Γεωργία Ματθαίου, Τάνια Τριανταφύλλου, Αλέξανδρος Χαμζίν, Νικόλαος Μιχαλόπουλος, Δημήτριος Θεοδώρου

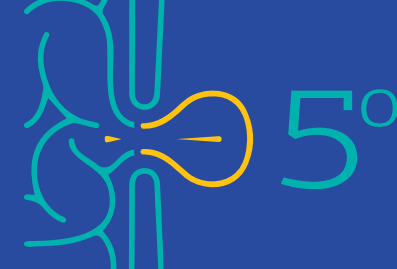
*Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών,
Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Σκοπός: Η ανάδειξη της σημασίας της «onlay» αποκατάστασης κοιλιοκήλης ως αξιόπιστη επιλογή στην φαρέτρα του σύγχρονου χειρουργού.

Μέθοδοι: Παρουσίαση κλινικών περιστατικών και βιβλιογραφικών δεδομένων για την επισήμανση των ενδείξεων, των πλεονεκτημάτων και των αποτελεσμάτων της «onlay» αποκατάστασης.

Συζήτηση: Παρόλο που η «onlay» αποκατάσταση κοιλιοκήλων χρονολογείται από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, οι τεχνικές λεπτομέρειες της διαδικασίας υπέστησαν πολλαπλές τροποποιήσεις τις επόμενες δεκαετίες, διατηρώντας σημαντική ποικιλία μέχρι και σήμερα. Η τοποθέτηση του συνθετικού πλέγματος μεταξύ της μυοαπονευρωτικής σιβάδας και του υποδορίου ιστού είχε μεγάλη απήχηση εξαιτίας της τεχνικής της ευκολίας, της αναπαραγωγιμότητας και της αποτελεσματικότητάς της. Η ανάπτυξη των ελάχιστα επεμβατικών χειρουργικών τεχνικών και η εξοικείωση με την «αποσύνθεση» και ανασύσταση του κοιλιακού τοιχώματος, που συνοδεύτηκαν με την τεχνολογική εξέλιξη και την ανάπτυξη ποικίλων υλικών, οδήγησαν σε ραγδαία αύξηση της δημοφιλίας διαφορετικών προσεγγίσεων και σε παραγκωνισμό της «onlay» τεχνικής. Ωστόσο, παρά την άδικη αρχική υποβάθμιση, βιβλιογραφικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι η «onlay» αποκατάσταση δεν υστερεί έναντι των νεότερων τεχνικών ως προς το ποσοστό επιπλοκών του χειρουργικού τραύματος, τον κίνδυνο υποτροπής και την ποιότητα της αποκατάστασης, ενώ διατηρεί σημαντικά οφέλη, όπως ο μειωμένος χειρουργικός χρόνος και το κόστος. Επίσης, πλεονεκτεί σε περιπτώσεις επιμολυσμένου περιβάλλοντος.

Συμπεράσματα: Η «onlay» αποκατάσταση κοιλιοκήλης παραμένει αξιόπιστη και ασφαλής τεχνική με σημαντικά οφέλη ιδίως σε συγκεκριμένες κλινικές περιπτώσεις. Είναι σημαντικό ο σύγχρονος χειρουργός κήλης να την περιλαμβάνει στη φαρέτρα του και να την εφαρμόζει βάσει ενδείξεων.



P17

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΗΛΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟ ΠΛΕΓΜΑ P4HB

Δέσποινα Κρόκου, Δανιήλ Παραμυθιώτης, Αγγελική Βουχάρα, Αγγελική Χόρτη, Κωνσταντίνα Κατσιαφλιάκα, Απόστολος Ζαταγιάς, Αντώνιος Μιχαλόπουλος

Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

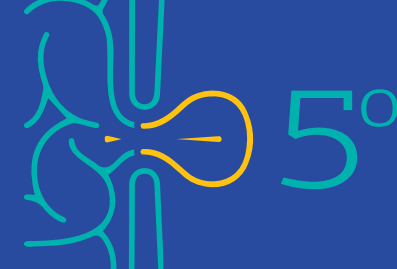
Σκοπός: Η παρουσίαση της αποκατάστασης κηλών μετά από νεφρεκτομή, με τοποθέτηση πλέγματος ενδοπεριτοναϊκά και σύγκριση του κοιλιακού τοιχώματος καθώς και ο σχολιασμός των τεχνικών δυσκολιών.

Παρουσίαση περιστατικών: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 5 ετών, δύο περιστατικά με κήλες πλάγιου κοιλιακού τοιχώματος προσήλθαν στην κλινική μας. Οι δύο περιπτώσεις αφορούσαν γυναίκες μέσης ηλικίας (50-70 ετών), στις οποίες είχε προηγηθεί δεξιά νεφρεκτομή λόγω σηπτικής νέκρωσης και κακοήθειας αντίστοιχα. Κύριο σύμπτωμα των ασθενών ήταν το αίσθημα βάρους και η παρουσία ευμεγέθους μάζας στη δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα με αποτέλεσμα λειτουργικά ενοχλήματα. Εικόνα περίσφιξης ή ισχαιμίας δεν παρατηρήθηκε σε καμία ασθενή. Ο απεικονιστικός έλεγχος επιβεβαίωσε την ύπαρξη κηλών με περιεχόμενο έλικες λεπτού και τμήμα παχέος εντέρου, με εύρος αυχένα 14,5x11,5 εκ και 11x9 εκ αντίστοιχα. Η αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε ανοιχτά, με εργώδη παρασκευή των κηλικών σάκων και εκτεταμένη συμφυσίολυση των εντερικών ελίκων. Η καθήλωση του ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος ιδιαίτερα απαιτητική τεχνικά και στις δυο περιπτώσεις, έγινε με ραφές επί του περιτοναίου, καθώς και με διατοιχωματικές ραφές πλήρους πάχους. Η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών ήταν ανεπίπλοκος με μέσο χρόνο νοσηλείας τις 3 ημέρες. Η επανεκτίμηση αυτών, πραγματοποιήθηκε μετά την πάροδο 6 μηνών, οι ασθενείς είχαν αναρρώσει πλήρως και οποιαδήποτε λειτουργικά ενοχλήματα είχαν επιλυθεί.

Συμπέρασμα: Η αποκατάσταση αυτού του τύπου κηλών, αποτελεί πρόκληση για το γενικό χειρουργό λόγω της δυσκολίας στην καθήλωση του πλέγματος και στην αποκατάσταση του κοιλιακού τοιχώματος.

Βιβλιογραφία

1. Dolan, P., Dakin, G. (2019). Challenging Hernias: Spigelian, Flank Hernias, Suprapubic, and Subxiphoid. In: Davis, Jr., S., Dakin, G., Bates, A. (eds) *The SAGES Manual of Hernia Surgery*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78411-3_25
2. Moreno-Egea A, Baena E, Calle M. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg*. 2007;142:82-8.
3. Williams, Simon F., Rizk, Said and Martin, David P.. "Poly-4-hydroxybutyrate (P4HB): a new generation of resorbable medical devices for tissue repair and regeneration" *Biomedizinische Technik/Biomedical Engineering*, vol. 58, no. 5, 2013, pp. 439-452. <https://doi.org/10.1515/bmt-2013-0009>



P18

VENTRAL HERNIA REPAIR: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΝΟΙΧΤΩΝ VS ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ευστράτιος Ζούρος^{1,2}, Βασίλειος Χαραλαμπίκης²

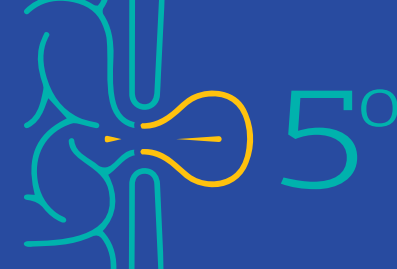
¹251 ΓΝΑ,

²Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

Η αποκατάσταση των πρωτοπαθών και των μετεγχειρητικών κηλών του κοιλιακού τοιχώματος αποτελεί μια από τις πιο συχνές χειρουργικές επεμβάσεις. Η επιδιόρθωση μπορεί να γίνει με την κλασική ανοιχτή μέθοδο ή με ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές, κυρίως λαπαροσκοπικά, ενώ τελευταία κερδίζει έδαφος και η χρήση των ρομποτικών συστημάτων σε αυτό το τόσο σύνθετο πρόβλημα. Οι ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές προσφέρουν πολλά πλεονεκτήματα για τον ασθενή όπως ταχύτερη ανάρρωση, γρηγορότερη επάνοδο στις καθημερινές δραστηριότητες, μείωση της διάρκειας νοσηλείας και των ποσοστών λοίμωξης του χειρουργικού τραύματος, χωρίς να επιβαρύνουν τα ποσοστά της μετεγχειρητικής νοσηρότητας, του μετεγχειρητικού πόνου και των υποτροπών. Η πιο διαδεδομένη λαπαροσκοπική μέθοδος είναι η τεχνική IPOM η οποία μέσα στα χρόνια εξελίχθηκε και συμπεριέλαβε και τη σύγκλιση του χάσματος με αποτέλεσμα να μετονομαστεί σε IPOM-Plus. Η ανάγκη για καλύτερη αποκατάσταση της λειτουργίας του κοιλιακού τοιχώματος αλλά και για μείωση του μετεγχειρητικού πόνου, των επιπλοκών και του κόστους έφερε στο προσκήνιο νέες τεχνικές όπως η totally extraperitoneal approach (eTEP) και η mini- or less-open sublay (MILOS) repair που επιτρέπουν την εξωπεριτοναϊκή τοποθέτηση του πλέγματος. Η IPOM-Plus τεχνική παραμένει ωστόσο στις μέρες μας η μέθοδος που εφαρμόζεται συχνότερα αφού εξελίχθηκε περιορίζοντας έτσι τα μειονεκτήματά της. Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την επιδιόρθωση αυτού του είδους των κηλών περιλαμβάνουν τη χημειοπροφύλαξη, τη θέση του ασθενούς, τα χαρακτηριστικά του πλέγματος και τον τρόπο τοποθέτησής του, τη χρήση ουροκαθετήρα, την ανάγκη σύγκλισης του χάσματος και την επιλογή της καταλληλότερης τεχνικής ανάλογα με το μέγεθος του χάσματος. Τέλος, περιγράφουν την καταλληλότερη μέθοδο σύγκλισης του χειρουργικού τραύματος προκειμένου να περιοριστεί σημαντικά το ποσοστό εμφάνισης μετεγχειρητικών κηλών.

Βιβλιογραφία

1. *Open versus laparoscopic incisional hernia repair: nationwide database study.* *BJS Open*, 2021, 5(1), zraa010
2. *What are the trends in incisional hernia repair? Real-world data over 10 years from the Herniated registry.* *Hernia*, 2021 Apr;25(2):255-265.
3. *Primary non-complicated midline ventral hernia: is laparoscopic IPOM still a reasonable approach?* *Hernia*, 2019 Oct;23(5):915-925.



P19

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΗΛΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ: ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ & ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

**Χαράλαμπος Σερέτης¹, Γεώργιος Ζάχαρης¹, Ασπασία Παπαγεωργοπούλου¹,
Νικολέτα Κολιού¹, Παύλος Αθανασόπουλος¹**

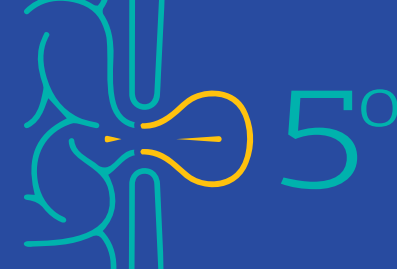
¹Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών "Ο Άγιος Ανδρέας"

Εισαγωγή: Η επιτυχής λαπαροσκοπική αποκατάσταση των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος απαιτεί συνδυασμό προηγμένων τεχνικών ικανοτήτων από πλευράς της χειρουργικής ομάδας, καθώς και κατάλληλη υλικοτεχνική υποστήριξη. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε την αρχική εμπειρία της Χειρουργικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών "ο Άγιος Ανδρέας" στην λαπαροσκοπική αποκατάσταση κηλών του κοιλιακού τοιχώματος με τη χρήση TAPP προσέγγισης

Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη της εμπειρίας της Κλινικής μας με χρήση προοπτικής βάσης δεδομένων με όλους τους χειρουργηθέντες ασθενείς μας από την εισαγωγή της λαπαροσκοπικής αποκατάστασης κηλών του κοιλιακού τοιχώματος με τη χρήση TAPP προσέγγισης.

Αποτελέσματα: Στην προοπτική μας μελέτη περιλάβαμε 22 ασθενείς, που αντιμετωπίστηκαν σε τακτική βάση στην κλινική μας με ανοικτή αποκατάσταση κηλών με χρήση συνθετικού πλέγματος (06/2023 – 12/2023), 19 με βουβωνοκήλη & 3 με επιγαστρική κήλη. Μετατροπή σε ανοικτό χειρουργείο απαιτήθηκε σε μία περίπτωση ασθενούς με νοσογόνο παχυσαρκία, λόγω μη ανοχής του πνευμοπεριτοναίου, πριν την έναρξη λαπαροσκοπικής παρασκευής. Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 72.5 λεπτά. Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν σε κανέναν ασθενή. Στην επανεκτίμηση αυτών μετεγχειρητικά (2-3 εβδομάδες) παρατηρήθηκε ήπια κυτταρίτιδα στην περιοχή εισόδου του ομφαλικού trocar σε 2/22 ασθενείς, ενώ σε κανέναν ασθενή δεν παρατηρήθηκε υποτροπή της κήλης.

Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση κηλών του κοιλιακού τοιχώματος με τη χρήση TAPP προσέγγισης σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο είναι εφικτή και ασφαλής, με αποτελέσματα εφάμιλλα της κλασσικής ανοικτής χειρουργικής προσπέλασης.



P20

ΟΛΙΚΩΣ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΗΛΩΝ ΤΗΣ ΒΟΥΒΩΝΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ (ΤΕΡ) ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΣΥΝΘΕΤΙΚΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ, ΧΩΡΙΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΚΑΘΗΛΩΣΗ

Χαράλαμπος Σπυρόπουλος¹, Ανδρέας Αντωνόπουλος¹, Ρόζα Μακρή¹, Κωνσταντίνος Τσιμιδάκης¹

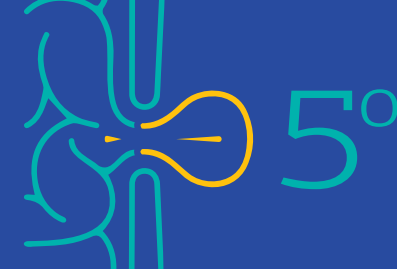
¹3η Χειρουργική Κλινική, Κέντρο Αριστείας Χειρουργικής Κηλών (SRC accredited),
Νοσοκομείο Metropolitan General

Σκοπός: Η τεχνική της εξωπεριτοναϊκής αποκατάστασης κηλών της βουβωνικής χώρας (ΤΕΡ) αποτελεί μία τεχνικά απαιτητική μέθοδο ελάχιστης επεμβατικότητας. Διενεργείται πλήρως εξωπεριτοναϊκά, προϋποθέτει την αναγνώριση των κριτικών στοιχείων της εξωπεριτοναϊκής ανατομίας, ακολουθούμενης από την παρασκευή και ανάταξη της κήλης και την τοποθέτηση συνθετικού πλέγματος. Η αναγκαιότητα για καθήλωση του πλέγματος στην τεχνική ΤΕΡ δεν είναι ξεκαθαρισμένη.

Υλικό και Μέθοδος: Παρουσιάζεται η εμπειρία της Γ' Χειρουργικής Κλινικής του νοσοκομείου Metropolitan General στην αντιμετώπιση κηλών της βουβωνικής χώρας με την μέθοδο ΤΕΡ σε χρονικό διάστημα 3 ετών, κατά την πιστοποίηση της κλινικής ως κέντρο αριστείας (Ιανουάριος 2021- Ιανουάριος 2024). Στην περίοδο αυτή πραγματοποιήθηκαν 408 λαπαροενδοσκοπικές αποκαταστάσεις (283 ετερόπλευρες και 125 αμφοτερόπλευρες) και 5 ρομποτικές εξωπεριτοναϊκές αποκαταστάσεις (4 ετερόπλευρες βουβωνοκήλες και 1 αμφοτερόπλευρη). Σε όλες τις περιπτώσεις, η αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε με πλέγμα πολυπροπυλενίου ελάχιστης διάστασης 10 x 15 εκ, χωρίς χρήση ραμμάτων ή αγκυρών καθήλωσης. Σε περιπτώσεις μεγάλων ευθέων κηλών (M2-3), τοποθετήθηκε πλέγμα πυκνής πλέξης με εφαρμογή βιολογικής κόλλας (Glubran 2).

Αποτελέσματα: Κατά την παρακολούθηση, δύο ασθενείς (0.49%) εμφάνισαν υποτροπή (σε διάστημα 1.5 και 2 ετών μετά την αρχική αποκατάσταση αμφοτερόπλευρης βουβωνοκήλης). Η επίπτωση ορώματος ήταν 34.6%. με μέσο χρόνο αυτό-απορρόφησης τις 25 ημέρες. Δύο ασθενείς (0.49%) εμφάνισαν προπεριτοναϊκό αιμάτωμα, 7 και 10 ημέρες μετά τη επέμβαση αντίστοιχα και σε έναν εξ' αυτών ήταν αναγκαία η διενέργεια αγγειογραφικού εμβολισμού, λόγω ενεργού αρτηριακής αιμορραγίας. Δώδεκα ασθενείς (2.94%) παρουσίασαν εμμένουσα ευαισθησία στην μηροβουβωνική χώρα σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών μετά την επέμβαση, χωρίς απεικονιστικά ευρήματα και με ύφεση της συμπτωματολογίας σε όλους, μετά τον 2^ο μετεγχειρητικό μήνα.

Συμπεράσματα: Η καθήλωση του πλέγματος κατά την λαπαροενδοσκοπική ή ρομποτική ολικώς εξωπεριτοναϊκή αποκατάσταση των κηλών της μηροβουβωνικής χώρας δεν είναι αναγκαία. Η χρήση βιολογικής κόλλας σε συνδυασμό με την εφαρμογή πλεγμάτων πυκνής πλέξης σε μεγάλες ευθείες βουβωνοκήλες, ελαχιστοποιεί την πιθανότητα υποτροπής και μειώνει την πιθανότητα επιπλοκών όπως μετεγχειρητική νευραλγία, σέρωμα ή αιμάτωμα.



P21

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΕΙΛΕΟΥ. ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΟ ΕΥΡΗΜΑ ΣΕ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ

Ευάγγελος Φαλίδας¹, Δημήτριος Δάβρης¹, Βασιλική Παπαντωνίου¹,
Φίλιππος Ψώχιας¹, Κωνσταντίνος Παλόγος¹

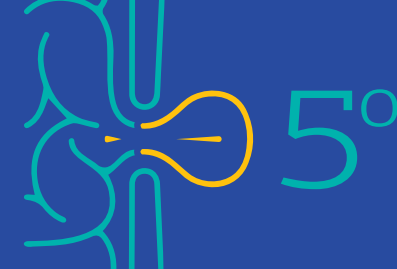
¹Χειρουργική Κλινική ΓΝ Χαλκίδας

Σκοπός: Η μετεγχειρητική κοιλιοκήλη αποτελεί μία από της πιο συχνές επιπλοκές των επεμβάσεων κοιλίας με ποσοστό εμφάνισης περίπου 5-10%. Ο συνήθης τρόπος αποκατάστασης της πραγματοποιείται με τη χρήση μη απορροφήσιμου ενδοκοιλιακού πλέγματος. Η τοποθέτηση ενδοκοιλιακού πλέγματος σχετίζεται με διάφορες επιπλοκές. Η μετανάστευση του πλέγματος αποτελεί μία σπάνια επιπλοκή, ενώ πιο σπάνια περιγράφονται περιπτώσεις μετανάστευσης του εντός κοίλου σπλάγχνου. Παρουσιάζουμε περίπτωση πλήρους ενδοαυλικής μετανάστευσης ενδοκοιλιακού συνθετικού πλέγματος εντός του τελικού ειλεού η οποία αναγνωρίσθηκε κατά την προσπάθεια αποκατάστασης υποτροπής μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 75 ετών προσήλθε ως τακτικό περιστατικό για αντιμετώπιση υποτροπής μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης. Είχε υποβληθεί προ δεκαετίας σε ολική υστερεκτομή και στη συνέχεια σε τρεις επεμβάσεις αποκατάστασης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης. Πριν την επέμβαση η ασθενής ήταν ασυμπτωματική χωρίς σημεία απόφραξης του πεπτικού. Κατά την επέμβαση αναγνωρίσθηκε κοιλιακό χάσμα περίπου 15εκ ενώ κατά την είσοδο στην περιτοναϊκή κοιλότητα ανευρέθηκε καθηλωμένη έλικα τελικού ειλεού στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα με σημαντική διάταση. Κατά την ψηλάφηση έδινε την εικόνα πιλήματος ή ενδοαυλικής μάζας. Πραγματοποιήθηκε εντεροτομή και αφαίρεση πλέγματος διαμέτρου περίπου 10εκ, με συνοδό εντερεκτομή δύο τμημάτων εντέρου συνολικού μήκους περίπου 60εκ και πλαγιοπλάγια αναστόμωση με χρήση GIA. Εγινε απλή σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος προς αποφυγή σπηκτικών φαινομένων από την τοποθέτηση πλέγματος λόγω χειρισμών του πεπτικού. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και έλαβε εξιτήριο την 10^η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπέρασμα: Η μετανάστευση πλέγματος εντός κοίλου σπλάγχνου είναι μία αρκετά σπάνια επιπλοκή αποκατάστασης κοιλιοκήλης. Σπάνια είναι ασυμπτωματική ενώ συνήθως εκδηλώνεται με εικόνα απόφραξης ή διάτρηση του πεπτικού. Η αντιμετώπιση συνίσταται στην εκτομή του προσβεβλημένου σπλάγχνου και του πλέγματος και στην αποκατάσταση της κοιλιοκήλης σε ένα ή σε δύο χρόνους. Συστήνεται η αποφυγή άμεσης αποφυγής των σπλάγχνων με το πλέγμα για να μειωθεί η πιθανότητα εμφάνισης αυτής της επιπλοκής.

1. Marcello Picchio, Andrea Muggianu, Francesca Mancini, Orlando Tintisona & Erasmo Spaziani (2016): Complete mesh migration into the small bowel after incisional hernia repair: a case report and literature review, Acta Chirurgica Belgica
2. Leach, J.R., Manoukian, B. & Stewart, L. Mesh on the move: a case report of total transmural surgical mesh migration causing bowel obstruction. Clin J Gastroenterol 14, 136–140 (2021)
3. Triantafyllou E, Anastasiadis I, Konstantinidis D, Syllaios A, Gerovasileiou E, Tsiripidis O. Asymptomatic migration of ventral mesh for incisional hernia into the small intestine: A case report. Clin Case Rep. 2019



P22

ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΠΛΕΓΜΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΜΑΥΟ

Νικόλαος Πανάκος, Μιχαήλ Κορναρόπουλος, Φανή-Μαρία Ευαγγέλου, Ειρήνη Βάσσιου, Χρήστος-Αγησίλαος Πολιτόπουλος, Ευφροσύνη Σταύρου, Νικόλαος Τζανάκης, Επαμεινώνδας Κελλάρης, Γεώργιος Γιαννόπουλος, Μαρία Χατζηπέτρου

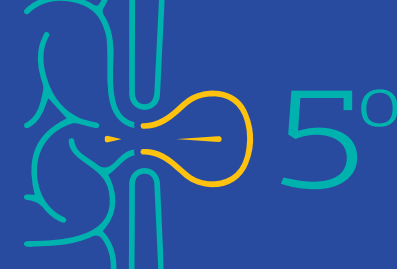
Β' Γενική Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

Σκοπός: Η αποκατάσταση της ομφαλοκήλης αποτελεί μία από τις συχνότερες επεμβάσεις στο πεδίο της Γενικής Χειρουργικής. Ωστόσο, παρά τη συχνότητα των επεμβάσεων αυτής της ανατομικής περιοχής, ερώτημα αποτελεί για το ποια τεχνική είναι πιο αποτελεσματική για τον ασθενή.

Υλικό και Μέθοδοι: Η μελέτη αφορά ασθενείς με ομφαλοκήλη οι οποίοι υπεβλήθησαν είτε σε λαπαροσκόπηση είτε σε ανοιχτή αποκατάσταση στην κλινική μας σε μια 4ετία (2019-2023). Καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, η μέθοδος αποκατάστασης, οι επιπλοκές, η εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου, η διάρκεια νοσηλείας και η εμφάνιση υποτροπής. Στο μέσο όρο του follow-up των ασθενών (2.5 έτη) μετεγχειρητικά, καταγράψαμε την αίσθηση του πόνου και την εμφάνιση υποτροπής.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριελήφθησαν 115 ασθενείς, 75 άνδρες και 40 γυναίκες, με μέση ηλικία 60.1 έτη, εκ των οποίων υπεβλήθησαν 67 (58.2%) σε λαπαροσκοπική αποκατάσταση (ΛΑ), 40 (34.7%) σε ανοιχτή αποκατάσταση με τοποθέτηση στρογγυλού ημιαπορροφήσιμου πλέγματος (ΑΠ) και 8 (6.9%) σε ανοιχτή αποκατάσταση με πλαστική κατά Mayo (ΑΜ). Οι κύριες επιπλοκές που εμφανίστηκαν στους ασθενείς ήταν το ύγρωμα και η χειρουργική λοίμωξη, όπου και διαπιστώθηκε ότι στη ΛΑ ομάδα τα ποσοστά ήταν 8.9% και 0% αντίστοιχα, 2.5% και 2.5% στην ΑΠ ομάδα και 12.5% και 0% για την ΑΜ ομάδα. Οι δόσεις αναλγησίας που χορηγήθηκαν μετεγχειρητικά για τον πόνο, ήταν λιγότερες σε ασθενείς που υποβλήθηκαν στις 2 μεθόδους της ανοιχτής αποκατάστασης, συγκριτικά με εκείνους της λαπαροσκοπικής. Η διάρκεια νοσηλείας δε διέφερε ανάμεσα στις 3 μεθόδους (μέση διάρκεια 1 ημέρα), ενώ η εμφάνιση υποτροπής ήταν στο 2.9% για την ομάδα της ΛΑ, 0% για την ομάδα της ΑΠ και 12.5% για την ομάδα της ΑΜ.

Συμπεράσματα: Η ανοιχτή αποκατάσταση της ομφαλοκήλης φαίνεται να υπερέχει ως προς τον μετεγχειρητικό πόνο. Ως προς τις κύριες επιπλοκές και την εμφάνιση υποτροπής τα αποτελέσματα φαίνεται να μην παρουσιάζουν ιδιαίτερες διαφορές, ωστόσο χρειάζεται μεγαλύτερος αριθμός περιστατικών ώστε να προκύψουν πιο ασφαλή συμπεράσματα.



P23

ΔΙΕΤΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Σταματία Μιχαηλίδου¹, Αλμπιόν Τότσι¹, Ραφαήλ-Θεόδωρος Λουίζος, Κωνσταντίνος Νικόπουλος¹, Κύριος Χρήστος Παπαβασιλείου¹

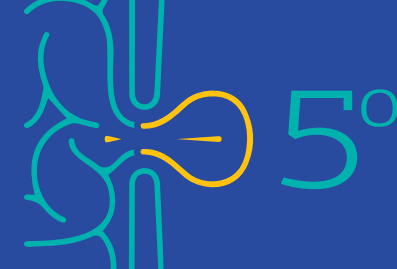
¹Γ. Ν. Παπαγεωργίου

Σκοπός: Η αποκατάσταση βουβωνοκήλης μπορεί να πραγματοποιηθεί με γενική, περιοχική (ραχιαία, επισκληρίδιος) ή τοπική αναισθησία. Σκοπός της εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη της αποκατάστασης βουβωνοκήλης υπό τοπική αναισθησία και η αξιολόγηση της ασφάλειας της μεθόδου και των αποτελεσμάτων της.

Υλικό & Μέθοδος: Στο διάστημα 1/2022-12/2023 πραγματοποιήθηκαν στα Χειρουργεία της Βραχείας Νοσηλείας 180 επεμβάσεις αποκατάστασης βουβωνοκήλης υπό τοπική αναισθησία με την μέθοδο Rutkow-Robbins. 11(6%) ασθενείς ήταν γυναίκες και 169(94%) άνδρες, με μέση ηλικία 64 έτη. Οι 169(94%) ήταν απλές βουβωνοκήλες, 11(6%) οσχεοβουβωνοκήλες και 11(6%) υποτροπές. Οι 114(63%) ήταν λοξές, 49(27%) ευθείες και 17(9,4%) μεικτές κήλες. Η αναισθησία πραγματοποιούνταν κατά μήκος της τομής κατά στρώματα και το διάλειμμα αποτελούνταν από συνδυασμό 2 τοπικών αναισθητικών (ξυλοκαΐνη και ροπιβακαΐνη) και φυσιολογικό ορό. Σε πολλές περιπτώσεις χρησιμοποιούνταν βοηθητικά μικρή δόση ενδοφλέβιου ηρεμιστικού.

Αποτελέσματα: Από τους 180 ασθενείς, οι 162(90%) ανέχθηκαν καλώς την επέμβαση και έλαβαν εξιτήριο λίγες ώρες μετά. Νοσηλεία μιας ημέρας χρειάστηκαν 18(10%) ασθενείς, κυρίως λόγω μετεγχειρητικού άλγους. Από αυτούς 2 εισήχθησαν λόγω ζάλης ή προλιποθυμικού επεισοδίου, ένας λόγω αλλεργικού εξανθήματος και ένας λόγω βραδυκαρδίας. Το 90%(163)των ασθενών δεν παρουσίασαν κάποια άμεση μετεγχειρητική επιπλοκή. Από τους υπόλοιπους 5(3%) εμφάνισαν ελάσσονες τοπικές επιπλοκές όπως εκχύμωση, φλεγμονή ή αιμάτωμα, 11(6%) οίδημα ή αιμάτωμα οσχέου και ένας εμφάνισε μείζονα επιπλοκή με νέκρωση όρχεος, η οποία απαίτησε ορχεκτομή. Αναφορικά με τις απώτερες επιπλοκές 2(1%) ασθενείς παρουσίασαν χρόνιο μετεγχειρητικό άλγος και ένας αιμωδία-υπαισθησία στην περιοχή της επέμβασης. Δεν παρατηρήθηκε καμία υποτροπή στο διάστημα παρακολούθησης.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της αποκατάστασης βουβωνοκήλης με τοπική αναισθησία είναι συγκρίσιμα με αυτά της βιβλιογραφίας για τις επεμβάσεις με κάποια άλλη αναισθησία. Η μέθοδος πλεονεκτεί στην απουσία επιπλοκών της γενικής ή περιοχικής αναισθησίας, στη μικρότερη νοσηλεία και την άμεση επαναφορά του ασθενούς στην καθημερινότητα. Συμπερασματικά, η αποκατάσταση βουβωνοκήλης με τοπική αναισθησία αποτελεί μία ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική μέθοδο σε συνθήκες έλλειψης αναισθησιολογικού και χειρουργικού χρόνου.



P24

ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΗΣ ΟΣΧΕΟΚΗΛΗΣ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΡΘΟΤΟΠΙΚΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ

**Μανιδάκη Μαρία¹, Καλλέα Αικατερίνη¹, Κουφάκης Παναγιώτης², Αποστολάκη Στυλιανή¹,
Κατσούγκρης Νικόλαος², Διακάκης Γεώργιος³**

¹Αναισθησιολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

²Β' Χειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

³Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

Σκοπός: Η παρουσίαση της περιεγχειρητικής διαχείρισης ασθενούς με ορθοτοπικό μόσχευμα καρδιάς ο οποίος υπεβλήθη σε έκτακτο χειρουργείο αποκατάστασης περισφιγμένης δεξιάς οσχεοκήλης.

Παρουσίαση: Πρόκειται για άνδρα 46 ετών, μεταμοσχευτής με ορθοτοπικό μόσχευμα καρδιάς το 2020, μετά από OEM το 2008 σε έδαφος αδιάγνωστης θρομβοφιλίας. Ο ασθενής υπεβλήθη σε έκτακτο χειρουργείο αποκατάστασης περισφιγμένης δεξιάς οσχεοκήλης και ειλεού λεπτού εντέρου, κατοπιν αποτυχίας ανάταξης της στο ΤΕΠ και επιδείνωση της κλινικής εικόνας με πόνο και εμέτους. Η αποκατάσταση της ανατασσόμενης, μέχρι της παρούσης, οσχεοκήλης σε τακτική βάση είχε αναβληθεί λόγω θυρεοτοξίκωσης σε έδαφος καταδυόμενης βρογχοκήλης, η οποία και αποφασίστηκε ότι προέχει σαν επέμβαση. Ο πρόσφατος καρδιολογικός έλεγχος αναδείκνυε καλή συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας με φυσιολογικές διαστάσεις κοιλοτήτων και κλάσμα εξώθησης 50-55%. Αποφασίστηκε η διενέργεια επισκληριδίου αναισθησίας με σταδιακή χορήγηση ropivacaine 7,5% υπό πλήρες αιμοδυναμικό monitoring με στόχο την καρδιαγγειακή σταθερότητα.. Υπεβλήθη σε δεξιά βουβωνική τομή, διάνοιξη του εξω βουβωνικού στομίου, λύση συμφύσεων και αποκόλληση του σάκου από τους χιτώνες του όρχη. Έγινε ανάταξη της κήλης και τοποθέτηση διπλού κώνου και ευθέως πλέγματος με μεμονωμένες ραφές και τοποθέτηση παροχέτευσης κενού.

Ο ασθενής κατά την επέμβαση ήταν αιμοδυναμικά σταθερός χωρίς να χρειασθεί χορήγηση αγγειοσπαστικών ή φόρτιση με υγρά. Το χειρουργείο ολοκληρώθηκε σε 2 ώρες χωρίς συμβάματα. Ο ασθενής μετεγχειρητικά παρουσίασε οίδημα δεξιού όρχεος και αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτικά. Σε 4 μέρες ο ασθενής έλαβε εξιτήριο χωρίς να σημειωθούν επιπλοκές.

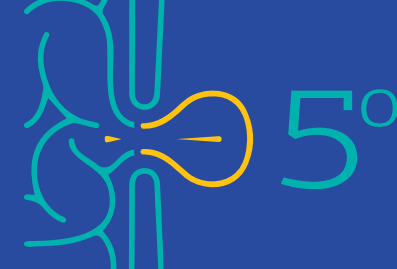
Συμπέρασμα: Η επιλογή της αναισθησιολογικής τεχνικής σε ασθενείς με μεταμοσχευμένη καρδιά πρέπει να εξετασθεί, εξετάζοντας τα οφέλη και τους κινδύνους για τον ασθενή ιδιαίτερα όταν το χειρουργείο είναι επείγον. Η αντιμετώπιση αυτών των ασθενών απαιτεί εξειδικευμένη γνώση, εγρήγορση, καλή συνεργασία-επικοινωνία της ομάδας των θεράποντων ιατρών.

Βιβλιογραφία

Navas-Blanco JR, Modak RK. Perioperative care of heart transplant recipients undergoing non-cardiac surgery. *Ann Card Anaesth* 2021;24:140-148

Inoue M, Hayashi Y, Fujita Y, Shimizu M, Hotta A, Nakamoto A, Yoshikawa N, Ohira N, Tatekawa S. [A Case of General Anesthesia for a Cardiac Transplanted Patient Undergoing Inguinal Hernia Repair under Laparoscopic Surgery]. *Masui*. 2016 Apr;65(4):359-62. *Japanese*. PMID: 27188105.

Valerio R Jr, Durra O, Gold ME. Anesthetic considerations for an adult heart transplant recipient undergoing noncardiac surgery: a case report. *AANA J*. 2014 Aug;82(4):293-9. PMID: 25167609.



P25

ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΟΣΦΥΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ

Χαράλαμπος Σπυρόπουλος¹, Ανδρέας Αντωνόπουλος¹, Ρόζα Μακρή¹, Κωνσταντίνος Τσιμιδάκης¹

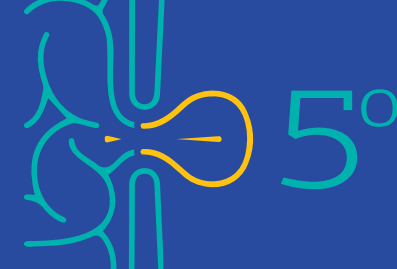
¹Γ' Χειρουργική Κλινική Metropolitan General

Σκοπός: Οι κήλες του οπισθοπλαγίου κοιλιακού τοιχώματος είναι σύνθετες και ιδιαίτερα απαιτητικές στην αποκατάστασή τους λόγω της συχνά αλλοιωμένης ανατομίας και της αδυναμίας ευρείας επικάλυψης και καθήλωσης του χειρουργικού πλέγματος. Η χρήση της ρομποτικής τεχνολογίας επέτρεψε την ευκολότερη παρασκευή των οπισθοπλαγίων μυικών διαμερισμάτων και την ευχερέστερη πρόσβαση ύπερθεν των οπισθοπεριτοναϊκών δομών, είτε μέσω της τεχνικής eTEP, είτε μέσω της διαπεριτοναϊκής προσπέλασης.

Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζονται τα στάδια μίας ρομποτικής διαπεριτοναϊκής προπεριτοναϊκής αποκατάστασης σε έναν άνδρα 47 ετών με παραπληγία, με ευμεγέθη δεξιά οσφυϊκή μετεγχειρητική κήλη, μετά παρελθούσα σπονδυλοδεσία, περιέχουσα τον δεξιό νεφρό. Περιγράφονται τα βασικά στάδια της επέμβασης, η παρασκευή των οπισθομυικών και προπεριτοναϊκών διαμερισμάτων μέχρι το επίπεδο του δεξιού λαγονοψοΐτη και του τετράπλευρου οσφυϊκού μυός, η ανάταξη του περιεχομένου της κήλης, η συρραφή του χάσματος και η τελική αποκατάσταση και ευρεία επικάλυψη με χρήση πλέγματος πυκνής πλέξης πολυπροπυλενίου 20 x 10 εκ και βιολογικής κόλλας. Το ρομποτικό σύστημα που χρησιμοποιήθηκε είναι το σύστημα DaVinci Xi®.

Η διάρκεια της επέμβασης ήταν 160 λεπτά (console time). Η απώλεια αίματος ήταν 40 cc. Ο ασθενής είχε ομαλή ανάνηψη, έλαβε υδρική διατροφή εντός 4 ωρών, δεν έλαβε οπιοειδή για αναλγησία και εξήλθε του νοσοκομείου την 1^η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπέρασμα: Η χρήση της ρομποτικής τεχνολογίας έχει σημαίνουσα θέση στην σύγχρονη αποκατάσταση των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος. Επιτρέπει την αρμονική αποκατάσταση των κοιλιοκηλών με την εφαρμογή των πιο σύγχρονων χειρουργικών τεχνικών ενώ αποκτά ιδιαίτερη χρησιμότητα στις σύνθετες κήλες του οπισθοπλαγίου κοιλιακού τοιχώματος όπου οι κλασικές λαπαροσκοπικές αποκαταστάσεις συνοδεύονται από αυξημένο ποσοστό υποτροπής.



P26

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΠΕΡΙΣΦΙΞΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΗΣ

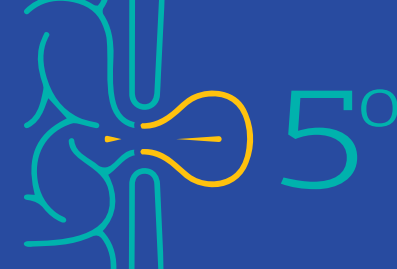
**Εμμανουήλ Μπακαλίνης¹, Ιωάννα Πουρνάρα¹, Ευαγγελία Παπαδοπούλου¹, Δέσποινα Κεφιλή¹,
Χαράλαμπος Αναστασιάδης¹, Κωνσταντίνα Ανυφαντή¹, Μάριος Ζαβαλλής¹,
Εμμανουήλ Κρητικός¹, Ηλίας Γκινιοσάτης¹**

¹Κοργιαλένιο- Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.

Σκοπός: Οι κακώσεις του διαφράγματος είναι εξαιρετικά σπάνιες (0,46% των τραυματιών). Διατιτραίνονται τραύματα της θωρακοκοιλιακής χώρας πρέπει να εγείρουν την υποψία κάκωσης του, καθώς αποτελούν το συχνότερο μηχανισμό κάκωσης. Μικρές ρήξεις του διαφράγματος τείνουν να είναι ασυμπτωματικές και αν διαλάθουν της διάγνωσης μπορεί να οδηγήσουν σε ανάπτυξη μετατραυματικής διαφραγματοκήλης. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει μια ενδιαφέρουσα περίπτωση περίσφιξης μετατραυματικής διαφραγματοκήλης που αντιμετωπίστηκε στο νοσοκομείο μας.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα ασθενή, ηλικίας 26 ετών ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με έντονη επιγαστραλγία, ναυτία και εμέτους. Από το ατομικό του αναμνηστικό αναφέρεται περίπου προ έτους νοσηλεία λόγω τραυματικού αιμο/πνευμοθώρακα έπειτα από κάκωση με νύσσον όργανο στο δεξιό ημιθώρακιο με τοποθέτηση σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης. Από τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε όψη πάσχοντος και έντονη ευαισθησία στην εν τω βάθει ψηλάφηση στο επιγάστριο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ήπια λευκοκυττάρωση, χωρίς κάποιο άλλο ιδιαίτερο εύρημα. Η ακτινογραφία θώρακα ανέδειξε ευμεγέθη διαφραγματοκήλη χωρίς στοιχεία ελεύθερου αέρα. Περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία θώρακα, άνω και κάτω κοιλίας ανέδειξε ευμεγέθη διαφραγματοκήλη περιέχουσα το μείζον επίπλουν και τμήμα του εγκαρσίου. Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου κατά τη λαπαροσκόπηση αναδείχθηκε η εν λόγω παθολογία εντοπιζόμενη στο θόλο του διαφράγματος, κοιλιακά του οισοφαγικού τρήματος. Πραγματοποιήθηκε ανάταξη του περιεχόμενου της κήλης, χωρίς στοιχεία νέκρωσης του και σύγκλειση του κηλικού στομίου με μη απορροφήσιμο ράμμα (Ethibond[®] No 2). Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενή ήταν ομαλή και έλαβε εξιτήριο την 6η μετεγχειρητική ημέρα έπειτα από αφαίρεση των παροχετεύσεων σε καλή γενική κατάσταση.

Συμπέρασμα: Οι χρόνιες μετατραυματικές διαφραγματοκήλες αποτελούν σπάνιες κλινικές οντότητες με σημαντική νοσηρότητα. Επομένως είναι σημαντικό να υπάρχει υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας σε ασθενείς με διατιτραίνον τραύμα της θωρακοκοιλιακής χώρας, καθώς μικρής έκτασης κακώσεις του διαφράγματος είναι δυνατόν να μην ανιχνευτούν στην αξονική τομογραφία. Στο αριστερό ημιδιάφραγμα είναι πιο πιθανό να εμφανιστούν πιο σημαντικές επιπτώσεις, καθώς δεξιά η παρουσία του ήπατος δρα προστατευτικά έναντι πρόπτωσης ενδοκοιλιακών σπλάχνων εντός του θώρακα. Επομένως επί απουσίας ενδείξεων επείγουσας ερευνητικής λαπαροτομίας προτείνεται η διενέργεια διαγνωστικής λαπαροσκόπησης, η οποία μπορεί να μετατραπεί και σε θεραπευτική πράξη.



P27

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΠΛΕΓΜΑ (IPOM PLUS) ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΠΛΗΡΩΣ ΑΡΘΡΟΥΜΕΝΟΥ ΒΕΛΟΝΟΚΑΤΟΧΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

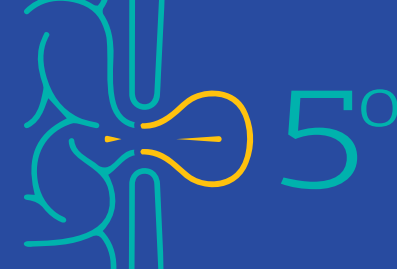
Αριάδνη Τσιάκα¹, Ειρήνη Μπουρμπουτέλη¹, Φωτεινή Στέφου¹, Γεώργιος Μπεκάκος¹, Αναστασία Ζαραφίδου¹, Γεώργιος Μητσόπουλος¹, Ιωάννης Σιάννης¹, Στυλιανή-Αικατερίνη Βεδεράκη¹, Φώτιος Κυραμαργιός¹, Νικόλαος Ζαμπίτης¹, Αθανάσιος Μαρίνης¹

¹Γ Χειρουργική Κλινική/Τζάνειο Νοσοκομείο

Σκοπός: Η ταχύτατη εξέλιξη της τεχνολογίας των σύγχρονων χειρουργικών εργαλείων, ειδικότερα των λαπαροσκοπικών και ρομποτικών, αλλάζει συνεχώς το τοπίο της προχωρημένης χειρουργικής. Στην εργασία αυτή παρουσιάζουμε την εφαρμογή ενός νέου πλήρως αρθρούμενου βελονοκάτοχου στη λαπαροσκοπική αποκατάσταση μιας μετεγχειρητικής ομφαλοκήλης.

Παρουσίαση περιστατικού: Η περίπτωση αφορά σε γυναίκα ασθενή 64 ετών, η οποία προσήλθε με μετεγχειρητική ομφαλοκήλη στο υπομφάλιο τροκαρ μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή που είχε γίνει προ έτους. Η κήλη ήταν ανατασσόμενη με μεγάλο κηλικό σάκο που επεκτεινόταν στα δεξιά του ομφαλού και κηλικό χάσμα 4,1 εκ. από μέτρηση με υπερηχογράφημα. Αποφασίσθηκε η λαπαροσκοπική αποκατάσταση με την τοποθέτηση ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος και αφαίρεση του κηλικού σάκου (IPOM plus). Για την επέμβαση χρησιμοποιήθηκε το νέο σύστημα HandX™, που είναι ένα νέο βελονοκάτοχο οι κινήσεις του οποίου ορίζονται από ειδικό λογισμικό που εμπεριέχεται στο εργαλείο. Διεγχειρητικά αναγνωρίσθηκε το κηλικό χάσμα και με τη χρήση διαθερμίας αφαιρέθηκε ο ευμεγέθης κηλικός σάκος, ενώ στη συνέχεια με τη χρήση του βελονοκάτοχου συρράφηκε με συνεχή ραφή και ράμμα V-lock no 0 το κηλικό χάσμα. Τέλος τοποθετήθηκε ειδικό ενδοπεριτοναϊκό πλέγμα διπλής όψης 10x15εκ. που καθλώθηκε με απορροφήσιμους ειδικούς αγκήρες. Η διάρκεια της επέμβασης ήταν λιγότερη από 60 λεπτά, η παραμονή της ασθενούς στο νοσοκομείο λιγότερη από 24 ώρες και η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ομαλή, χωρίς την ανάπτυξη υγρώματος στη περιοχή που καταλάμβανε ο ευμεγέθης κηλικός σάκος.

Συμπέρασμα: Η χρήση του νέου πλήρως αρθρούμενου βελονοκάτοχου στη λαπαροσκοπική αποκατάσταση της μετεγχειρητικής ομφαλοκήλης ήταν εύκολη και ιδιαίτερη αποτελεσματική στη σύγκλιση και συρραφή του κηλικού χάσματος. Η δυνατότητα να εκτελέσει όλες τις πολύπλοκες κινήσεις του χεριού στο χειρουργικό πεδίο προσομοιάζει με εκείνες της ρομποτικής πλατφόρμας. Η εξοικείωση με το εργαλείο έγινε μια ημέρα πριν με μια εκπαίδευση 2 ωρών σε προσομοιωτή με διάφορες ασκήσεις. Δεν υπήρχε καμία εργονομική επιβάρυνση του χειρουργού, όπως συνήθως γίνεται με τα κλασικά ευθέα και άκαμπτα λαπαροσκοπικά εργαλεία.



P28

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΕΥΘΕΙΑΣ
ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ, ΠΑΡΑΚΥΣΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ (PARAVESICAL HERNIA),
ΚΗΛΗΣ ΘΥΡΟΕΙΔΟΥΣ ΤΡΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ:
Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΚΡΙΒΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ
ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΤΩΝ ΚΗΛΩΝ**

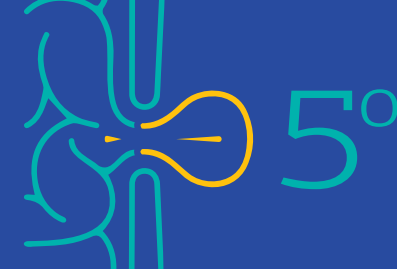
Δημήτρης Τσαπραλής, Φίλιππος Νικητάκης, Μελίνα Παπαλεξανδράκη, Παντελής Παντελής,
Θανάσης Θεοφανόπουλος, Μαρία Ψαρομιχαλάκη, Γεώργιος Βασιλειάδης

Γ.Ν. Ιεράπετρας

Σκοπός: Η παρουσίαση του συνδυασμού των τεχνικών IPOM και TAPP στην αντιμετώπιση διαφορετικών κηλών της βουβωνικής χώρας στον ίδιο ασθενή.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 65 ετών προγραμματίστηκε για την αντιμετώπιση συμπτωματικής βουβωνοκήλης, στην κλινική εξέταση της οποίας δόθηκε η εντύπωση ευθείας βουβωνοκήλης. Παράλληλα, διαπιστώθηκε κατά την κλινική εξέταση και η ύπαρξη μικρής μετεγχειρητικής κήλης επί τομής McBurney για προηγηθείσα σκωληκοειδεκτομή. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επέμβαση λαπαροσκοπικά με διαπεριτοναϊκή προσπέλαση. Κατά τον αρχικό έλεγχο της βουβωνικής χώρας διαπιστώθηκε η συνύπαρξη παρακυστικής κήλης (supravesical hernia) ομόπλευρα, ενώ κατά τη διάρκεια των κινητοποιήσεων διαπιστώθηκε επιπλέον η ύπαρξη κήλης θυροειδούς τρήματος (obturator hernia).

Συμπέρασμα: Η αξία της λαπαροσκοπικής μεθόδου στην ακριβή διαπίστωση του είδους των κηλών της βουβωνικής χώρας που πιθανόν να συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή και στην συνακόλουθη πλήρους αντιμετώπιση τους για την άρση των συμπτωμάτων είναι αναμφισβήτητη.



P29

ΑΣΤΟΧΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΜΠΥΛΗ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΛΑΠΑΡΟΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΟΛΙΚΗ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ (ΤΕΡ) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΜΠΥΛΗ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ

Κυριακή Μπαξεβανίδου¹, Ιωάννης Μαμαλούδης¹, Αλέξανδρος Βαλαρούτσος¹,
Αλέξανδρος Τσιμπονίδης¹, Γεώργιος Ζαχαρόπουλος¹, Κωνσταντίνος Πράτσας², Μεταξία Μπαρέκα²,
Ελένη Αρανούτογλου², Γεώργιος Τζοβάρας¹

¹Χειρουργική Κλινική / Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσας,
²Αναισθησιολογική Κλινική / Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσας

Σκοπός: Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της κήλης με την μέθοδο ΤΕΡ αποτελεί μία δύσκολη τεχνικά επέμβαση λόγω της ανάγκης εργασίας του χειρουργού σε μία όχι και τόσο οικεία περιοχή. Η τυποποίηση της επέμβασης είναι σημαντική για τη μείωση της καμπύλης εκμάθησης αλλά και για τη δυνατότητα αναπαραγωγής αυτής. Συμβάματα και παρατηρήσεις από την μέχρι τώρα εμπειρία μας.

Μέθοδος/Αποτελέσματα:

Βήμα 1: δημιουργία πνευμο-προ-περιτοναϊκού χώρου. Στο βήμα αυτό η χρήση του δείκτη για την αποκόλληση των ινών από τον προπεριτοναϊκό χώρο δημιουργεί μία μήτρα μέσα από την οποία εισάγεται το μπαλόνι, το οποίο οδηγείται κάτω από τις μυϊκές ίνες, ώστε αυτές μαζί με τα κάτω επιγάστρια αγγεία να παραμείνουν στο άνω τοίχωμα. Η τοποθέτηση πρώτα του υπερηβικού τροκάρ βοηθάει στη καλύτερη επίβλεψη αυτού. Το τροκάρ εργασίας που τοποθετείται μεταξύ της ηβικής σύμφυσης και του ομφαλού, αν τοποθετηθεί ελαφρώς παρά τη μέση γραμμή, εκατέρωθεν της κήλης, ίσως βοηθάει εργονομικά.

Βήμα 2: Αναγνώριση της ηβικής σύμφυσης. Είναι σημαντικό να τονιστεί σε αυτό το βήμα, ότι οι ίνες που αποκολλούνται θα πρέπει να καυτηριάζονται. Πρέπει, επίσης, σε αυτό το βήμα να υπάρχει υψηλή εγρήγορση για την αποφυγή κάκωσης των corona mortis.

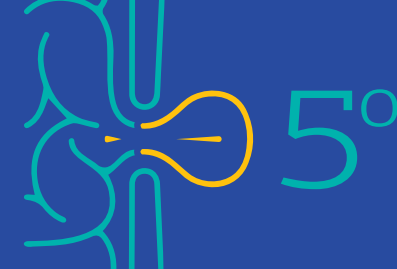
Βήμα 3: Αναγνώριση των κάτω επιγάστριων αγγείων.

Βήμα 4: Διάνοιξη του περιτοναίου από έξω προ μέσα, έως τα λαγόνια, για την ανάταξη του σάκου της λοξής βουβωνοκήλης. Η νοητή γραμμή που συνδέει την λαγόνιο ακρολοφία και την ηβική σύμφυση μπορεί να αποτελεί το άνω όριο του χώρου εργασίας, αφού μπορεί να οδηγηθούμε σε διάνοιξη του περιτοναίου.

Βήμα 5: Αναγνώριση των σπερματικών δομών και του τριγώνου της καταστροφής και του πόνου.

Βήμα 6: Σκελετοποίηση του σάκου.

Βήμα 7: Τοποθέτηση του πλέγματος. Σε αυτό το βήμα η έλξη του σάκου (έσω και άνω) πίσω από το πλέγμα βοηθάει στη μείωση της πιθανότητας υποτροπής. Τέλος η συρραφή του περιτοναίου σε θέσεις διάνοιξης αυτού είναι απαραίτητη.



P30

ΚΗΛΗ SPIEGEL. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Νικόλαος Κόχυλας, Σταυρούλα Παπαελευθερίου, Σταυρούλα Κατσιμεντέ, Δημήτριος Μαγγανάς

Δ' Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Οι κήλες Spiegel είναι σπάνιες κήλες, που αποτελούν <2% των συνολικών κοιλιοκήλων. Εμφανίζονται κατά μήκος τη ημισεληνοειδούς γραμμής και είναι συνήθως μικρές. Η αντιμετώπισή τους είναι κατά κανόνα χειρουργική λόγω υψηλής πιθανότητας περίσφιξης. Παρατίθενται 2 περιστατικά ασθενών με περισφιγμένη κήλη Spiegel.

Παρουσίαση περιστατικού:

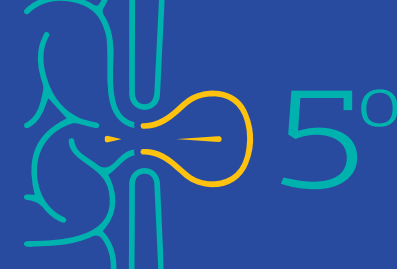
Περιστατικό 1

Ασθενής 87 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω εντερικής απόφραξης από παραμελημένη ευμεγέθη κήλη Spiegel. Χειρουργικά αντιμετωπίστηκε με ανάταξη του προπίπτοντος εντέρου και τοποθέτηση πλέγματος διπλής όψης ενδοπεριτοναϊκά. Η μετεγχειρητική της πορεία ήταν ομαλή και η ασθενής έλαβε εξιτήριο την 5^η ΜΤΧ ημέρα.

Περιστατικό 2

Ασθενής 54 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω κοιλιακού άλγους από περισφιγμένη κήλη Spiegel. Διεγχειρητικά ανευρέθησαν ισχαιμικές έλικες λεπτού εντέρου προβάλλουσες διά μικρής οπής, κάτωθεν των 2cm διαμέτρου. Διενεργήθηκε εντερεκτομή μέσω μέσης τομής. Το χάσμα αντιμετωπίστηκε με συρραφή με Nylon Loop. Μετεγχειρητική πορεία ομαλή. 1 έτος μετά την επέμβαση ο ασθενής προσήλθε με μετεγχειρητική κήλη διά της μέσης τομής, χωρίς υποτροπή της κήλης Spiegel. Αντιμετώπιστηκε με Rives-Storrra.

Συμπέρασμα: Η κήλη Spiegel είναι σπάνια, με υψηλή πιθανότητα περίσφιξης. Η ενδεδειγμένη χειρουργική αντιμετώπιση ποικίλει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της κάθε κήλης (μέγεθος, περιεχόμενο, περίσφιξη) και τις δυνατότητες του κέντρου.



P31

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΣΤΗΝ POST-COVID ΕΠΟΧΗ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Σταυρούλα Παπαελευθερίου, Νικόλαος Κόχυλας, Δημήτριος Ματσάγκος,
Γεώργιος Ταϊμπήρης, Δημήτριος Μαγγανάς

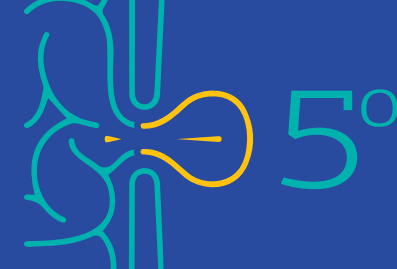
Δ' Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η αποκατάσταση της βουβωνοκήλης είναι μια από τις πιο συχνές επεμβάσεις που πραγματοποιούνται παγκοσμίως. Η ελάχιστη επεμβατική χειρουργική (TAPP ή TEP) αποτελεί πλέον την αντιμετώπιση είναι μια διαδικασία που χρειάζεται την σωστή κρίση, γνώση και κατάκτηση τεχνικών από το χειρουργό. Μια συλλογική καταγραφή πραγματοποιήθηκε σε περιστατικά που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση βουβωνοκήλης, ανοικτή και λαπαροσκοπική, από το 2021 έως και το 2023 στην κλινική μας.

Υλικό & Μέθοδος: Συνολικά, 120 περιστατικά υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση βουβωνοκήλης, εκ των οποίων 3 ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 63.18 έτη (ηλικιακό εύρος 20-94). Σε επείγουσα αποκατάσταση υποβλήθηκαν 8 περιστατικά, με ανοικτή πλαστική αποκατάσταση. Σαράντα δύο απόκαταστάσεις έγιναν με τη τεχνική TAPP (Trans-abdominal Preperitoneal) και 77 ανοικτά.

Αποτελέσματα: Συγκριτικά, ανά έτος, υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική αποκατάσταση βουβωνοκήλης με τη χρήση πλέγματος 15 περιστατικά το 2021 (15/43), 7 περιστατικά το 2022 (7/36) και 21 περιστατικά το 2023 (21/40) ($p=0.311$, $p=0.048$). Παρουσιάστηκαν 4 μετεγχειρητικά αιματώματα σε ανοικτές επεμβάσεις, 1 εκ των οποίων χρειάστηκε επανεπέμβαση. Επίσης διεπιστώθηκαν 2 επισχέσεις ούρων, 1 μετά από Lichtenstein και μία μετά από TAPP.

Συμπεράσματα: Η τάση προς ελάχιστη επεμβατικές μεθόδους συνεχίζεται, με άνοδο του ποσοστού τους έναντι των ανοικτών με την πάροδο των ετών. Η παραδοσιακή Lichtenstein απέχει όμως πολύ από το να χαρακτηριστεί παρωχημένη και η συχνότητά της έγκειται στην απλότητα της μεθόδου, που μπορεί να εφαρμοστεί οποιαδήποτε ώρα με ελάχιστα μέσα.



P32

ΛΑΠΑΡΟΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΟΛΙΚΗ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΥΠΟ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΟΙΧΤΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ιωάννης Μαμαλούδης¹, Αλέξανδρος Βαλαρούτσος¹, Κυριακή Μπαξεβανίδου¹, Γεώργιος Ζαχαρόπουλος¹, Γρηγόριος Γαρουφαλής¹, Βασίλειος Αγορογιάννης¹, Κωνσταντίνος Πράτσας², Μεταξία Μπαρέκα², Ελένη Αρναούτογλου², Δημήτριος Ζαχαρούλης¹

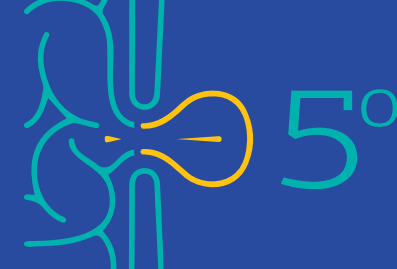
¹Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Χειρουργική Κλινική

²Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Αναισθησιολογική Κλινική

Εισαγωγή: Η τεχνική ΤΕΡ αποτελεί μία από τις πλέον αποδεκτές μεθόδους στην αποκατάσταση των βουβωνοκηλών, που προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως είναι ο λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος, λιγότερα ποσοστά τοπικών επιπλοκών και πρόωρη επιστροφή στις εργασιακές δραστηριότητες. Σκοπός μας είναι να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας στην αποκατάσταση υποτροπής βουβωνοκήλης σε ασθενείς με υποτροπή μετά από ανοιχτή προσπέλαση.

Παρουσίαση Περιστατικών: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν δύο άντρες ηλικίας 34 και 52 ετών, που είχαν υποβληθεί σε αποκατάσταση ευθείας βουβωνοκήλης δεξιά και ευθείας βουβωνοκήλης αριστεράς με ανοιχτή προσπέλαση. Η πρόσβαση στον εξωπεριτοναϊκό χώρο διενεργήθηκε με την χρήση μπαλονιού. Χρησιμοποιήθηκαν 3 τροκάρ: ένα των 10mm δια του ομφαλού για την χρήση της κάμερας, και άλλα δύο τροκάρ των 5mm κάτωθεν του ομφαλού στην μέση γραμμή. Σε όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε τεχνική tension free με τοποθέτηση πλέγματος 10x15mm, προσχεδιασμένο ανατομικό τρισδιάστατο πλέγμα από μονόκλωνο πολυπροπυλένιο (Dextile, Mentonic). Το περιτόναιο στον έναν ασθενή είχε δύο οπές, στις οποίες έγινε σύγκλεισή τους με ράμμα PDS 3.0. Δεν έγινε καθήλωση του πλέγματος με χρήση tack. Ο μέσος χρόνος του χειρουργείου ήταν 105 λεπτά. Το follow up είναι 10 μήνες. Δεν παρουσίασαν κάποια επιπλοκή ή υποτροπή.

Συμπεράσματα: Η τεχνική ΤΕΡ είναι μία απαιτητική τεχνική με σημαντική καμπύλη εκμάθησης. Σε ασθενείς με υποτροπή βουβωνοκήλης μετά από ανοιχτή αποκατάσταση η ενδοσκοπική προσπέλαση είναι μία ασφαλής τεχνική, όπου συνοδεύεται από αρκετές τεχνικές προκλήσεις.



P33

ΛΑΠΑΡΟΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΕΡΗΒΙΚΗΣ (M5) ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΟΛΙΚΗ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ (E-TEP) ΥΠΟ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΜΑΣ

Ιωάννης Μαμαλούδης¹, Αλέξανδρος Βαλαρούτσος¹, Βασίλειος Αγορογιάννης¹, Κυριακή Μπαξεβανίδου¹, Χρυσούλα -Χριστίνα Κόλλα¹, Γεώργιος Ζαχαρόπουλος¹, Αλεξάνδρα Τσικρίκα,³ Βασίλειος Μούρκας², Μεταξία Μπαρέκα², Κωνσταντίνος Πράτσας², Ελένη Αρναούτογλου², Γεώργιος Τζοβάρης¹

¹Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Χειρουργική Κλινική

²Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Αναισθησιολογική Κλινική

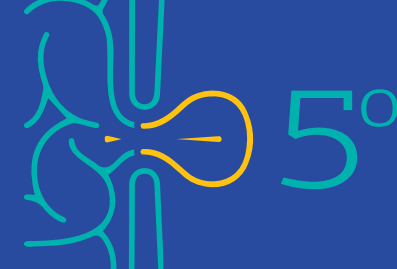
³Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Ακτινολογικό Τμήμα

Σκοπός: Η υπερηβική κήλη είναι ο όρος που περιγράφει τις κήλες του κοιλιακού τοιχώματος, που βρίσκονται σε λιγότερο από 3 εκ από το ηβικό τόξο. Για την αποκατάσταση αυτών των κηλών υπάρχουν αρκετές τεχνικές δυσκολίες και διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας με την τεχνική της λαπαροενδοσκοπικής ολικής εξωπεριτοναϊκής προσπέλασης (e-TEP), με τοποθέτηση πλέγματος σε δύο ασθενείς με υπερηβική κήλη, που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας.

Υλικά και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 2 ασθενείς με υπερηβική κήλη (M5) που υποβλήθηκαν σε λαπαροενδοσκοπική αποκατάσταση με ολική εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση. Οι ασθενείς ήταν γυναίκες, 77 κ 65 χρόνων. Η πρώτη ασθενής είχε πρωτοπαθές χάσμα 5x3 cm δεξιά της μέσης γραμμής και η δεύτερη ασθενής είχε μετεγχειρητική κήλη σε θέση τροκάρ με χάσμα 3x6 cm, επίσης δεξιά. Οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν τον Δεκέμβριο του 2023.

Αποτελέσματα: Δύο γυναίκες υποβλήθηκαν σε λαπαροενδοσκοπική αποκατάσταση. Η πρόσβαση στον εξωπεριτοναϊκό χώρο διενεργήθηκε με την χρήση μπαλονιού. Χρησιμοποιήθηκαν 3 τροκάρ: ένα των 10mm δια του ομφαλού για την χρήση της κάμερας, και άλλα δύο τροκάρ των 5mm κάτωθεν του ομφαλού, στη μέση γραμμή. Μετά την ανάταξη του σάκου έγινε σύγκλιση του χάσματος με ράμμα PDS 3.0. και ακολούθως τοποθέτηση πλέγματος Tecr 15x10 εκ. Δεν αντιμετωπίσαμε μετεγχειρητικές επιπλοκές, ενώ το VAS score την 1^η και 2^η μέρα ήταν στο 5, την 7^η μέρα στο 2 και 0 στον μήνα.

Συμπεράσματα: Η λαπαροενδοσκοπική αποκατάσταση υπερηβικών κηλών με την ολική εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση είναι μία προσέγγιση που μπορεί να παρέχει στους ασθενείς σημαντικά πλεονεκτήματα. Ο αριθμός των ασθενών και η διάρκεια της μετεγχειρητικής παρακολούθησης είναι μικρή για να προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα από την παρούσα μελέτη.



P34

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ ΣΕ ΤΟΜΗ ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ (IPOM) ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ICG: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

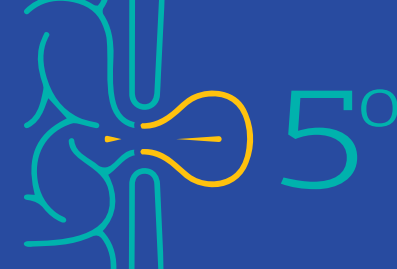
Φωτεινή Στέφου¹, Ειρήνη Μπουρμπουτέλη¹, Γεώργιος Μπεκάκος¹, Αναστασία Ζαραφίδου¹, Αριάδνη Τσιάκα¹, Γεώργιος Μητσόπουλος¹, Βασιλική Γεωργιλάκη¹, Ιωάννης Σιάννης¹, Στυλιανή-Αικατερίνη Βεδεράκη¹, Φώτιος Κυραμαργιός¹, Νικόλαος Κουζάκος¹, Νικόλαος Ζαμπίτης¹, Αθανάσιος Μαρίνης¹

¹Γ Χειρουργική Κλινική/Τζανειο Νοσοκομείο

Σκοπός: Η εμπειρία στην αποκατάσταση λαπαροσκοπικά μετεγχειρητικών κοιλιοκήλων εκλεκτικά έχει οδηγήσει στην επιλεγμένη αντιμετώπιση και των εκτάκτων περιστατικών. Στην εργασία αυτή παρουσιάζουμε την αποκατάσταση περισφιγμένης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης με πλέγμα και την χρήση χρωστικής πράσινου της ινδοκυανίνης (ICG).

Παρουσίαση περιστατικού: Η περίπτωση αφορά σε γυναίκα ασθενή 65 ετών, η οποία προσήλθε στο ΤΕΠ με εικόνα περισφιγμένης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης επί τομής ΔΕ νεφρεκτομής (παλαιότερα αφαίρεση λίθου από τον ΔΕ νεφρό). Η κήλη ήταν μη ανατασσόμενη με τους χειρισμούς και στο υπερηχογράφημα αναδείχθηκαν εντερικές έλικες εντός του κηλικού σάκου που ήταν ακίνητες, ευπίστες και διατεταμένες. Αποφασίσθηκε η λαπαροσκοπική προσπέλαση στην οποία αναγνωρίσθηκε στη δεξιά πλάγια κοιλία μη ανατασσόμενη κοιλιοκήλη με περιεχόμενο έλικες λεπτού εντέρου και ευμέγεθες τμήμα επιπλόου. Μετά από διεύρυνση του κηλικού αυχένα ανατάχθηκε το περιεχόμενο στην περιτοναϊκή κοιλότητα κι ελέγχθηκε η αιμάτωση του προπίπτοντος εντέρου με τη χρήση ICG, η οποία ήταν ικανοποιητική. Στη συνέχεια συγκλείσθηκε το κηλικό χάσμα και τοποθετήθηκε ενδοπεριτοναϊκό πλέγμα που καθλώθηκε με αγκήρες. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και έλαβε εξιτήριο την 3^η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική προσπέλαση στις περισφιγμένες κοιλιοκήλες είναι εφικτή σε επιλεγμένες περιπτώσεις, στις οποίες η γενική κατάσταση του ασθενή και οι συννοσηρότητές του το επιτρέπουν και με την προϋπόθεση της επαρκούς εμπειρίας από τον χειρουργό. Η χρήση του ICG είναι σημαντικό επικουρικό εργαλείο στον έλεγχο της αιμάτωσης του προπίπτοντος εντέρου στις περιπτώσεις περισφιγμένης κοιλιοκήλης, όπου υπάρχει αμφιβολία.



P35

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΩΣ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (TEP) ΤΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ

Ιωάννης Σιάννης¹, Ειρήνη Μπουρμπουτέλη¹, Στυλιανή-Αικατερίνη Βεδεράκη¹, Αθανάσιος Μαρίνης¹

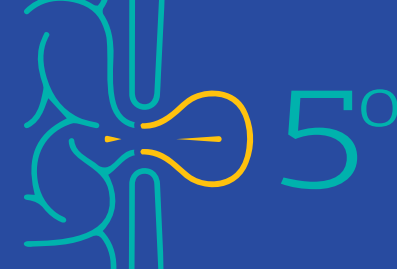
¹Γ' Χειρουργική Κλινική/Τζάνειο Νοσοκομείο

Σκοπός: Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης έχει πλέον εδραιωθεί και ευρύτατα εφαρμοσθεί σε όλες τις χώρες. Διακρίνεται σε δυο προσελάσεις: την διακοιλιακή (TAPP) και την ολικώς εξωπεριτοναϊκή αποκατάσταση (TEP). Η απόκτηση εμπειρίας απαιτεί εκπαίδευση και σημαντική καμπύλη εκμάθησης. Στην εργασία αυτή παρουσιάζουμε την εμπειρία από την τεχνική TEP στην αντιμετώπιση της βουβωνοκήλης.

Υλικό-Μέθοδος: Η ολικώς εξωπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική αποκατάσταση (TEP) της βουβωνοκήλης επιτυγχάνεται αρχικά με τη δημιουργία χώρου εργασίας στον προπεριτοναϊκό χώρο είτε με τη χρήση του λαπαροσκοπίου, είτε με ειδικά μπαλόνια, τα οποία διαστέλνουν τον χώρο αυτό και στη συνέχεια εισάγεται αέρας από το υπομφάλιο τροκαρ δημιουργώντας πνευμο-εξωπεριτόναιο. Στη συνέχεια τοποθετούνται δυο τροκαρ σε προκαθορισμένες θέσεις και με τη χρήση των εργαλείων διευρύνεται ο εξωπεριτοναϊκός χώρος από την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα έως την ηβική σύμφυση. Μετά την ανάταξη του κηλικού σάκου τοποθετείται πλέγμα και το πνευμο-εξωπεριτόναιο καταργείται.

Αποτελέσματα: Τα τελευταία τέσσερα έτη (2020-2023) υποβλήθηκαν σε ολικώς εξωπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική αποκατάσταση (TEP) της βουβωνοκήλης 45 άνδρες, εκ των οποίων οι 7 είχαν αμφοτερόπλευρες κήλες. Στους 15 ο εξωπεριτοναϊκός χώρος δημιουργήθηκε με τη χρήση ειδικών μπαλονιών διαστολής, ενώ στους υπολοίπους με το λαπαροσκόπιο αμβλέως. Σε όλους τους ασθενείς τοποθετήθηκαν τα τρία τροκαρ (ένα οπτικό 11χιλ. και δυο εργασίας 5χιλ.) στη μέση γραμμή. Όλοι οι ασθενείς είχαν ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο και κινητοποιήθηκαν άμεσα, επιστρέφοντας κανονικά στην καθημερινότητά τους. Ένας ασθενής εμφάνισε άμεσα μετεγχειρητικά υποτροπή (στην αρχή της καμπύλης εκμάθησης) και χειρουργήθηκε ανοικτά μετά από λίγες ημέρες, ενώ στο διάστημα παρακολούθησης εμφανίσθηκαν άλλες 5 υποτροπές, που αντιμετωπίσθηκαν με διακοιλιακή προσπέλαση (TAPP).

Συμπεράσματα: Η ολικώς εξωπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική αποκατάσταση (TEP) της βουβωνοκήλης είναι μια αποτελεσματική τεχνική, αλλά απαιτεί μεγάλη καμπύλη εκμάθησης. Ο αρχικά σχισμοειδής χώρος εργασίας δυσκολεύει πολλές φορές την κίνηση των εργαλείων τόσο στην δημιουργία του χώρου και την ανάταξη του κηλικού σάκου, όσο και στη διαχείριση του πλέγματος.



P36

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗΣ ΚΥΤΤΑΡΙΤΙΔΑΣ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ορέστης Ιωαννίδης, Κωνσταντίνος Ζαψαλής, Ουρανία Κερασίδου, Σάββας Συμεωνίδης, Στέφανος Μπιτσιάνης, Δημήτριος Κυζιρίδης, Μανούσος-Γεώργιος Πραματευτάκης, Σταμάτιος Αγγελόπουλος

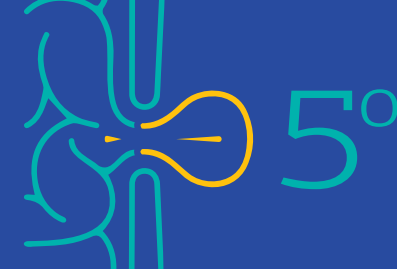
Δ' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτελείο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη, Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Οι Λοιμώξεις Χειρουργικού Πεδίου αντιπροσωπεύουν έναν από τους πιο συχνούς τύπους νοσοκομειακών λοιμώξεων που σχετίζονται με μειωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών και με αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Σπάνια μπορεί να εμφανιστεί έντονη κλινική εικόνα όπως αυτή της νεκρωτικής κυτταρίτιδας.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού ασθενούς με νεκρωτική κυτταρίτιδα στην περιοχή της τομής μέσης γραμμής έπειτα από πλαστική αποκατάσταση μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης και τοποθέτηση πλέγματος πολυ-4-υδροξυβουτυρικού (P4HB).

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής θήλυ, 55 ετών, υπεβλήθη σε πλαστική αποκατάσταση μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης με τοποθέτηση πλέγματος, μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Η ασθενής έλαβε ως χημειοπροφύλαξη αντιβιοτικό σχήμα και τοποθετήθηκε σύστημα θεραπείας τραυμάτων αρνητικής πίεσης Prevena στο κλειστό τραύμα της μέσης τομής και η ασθενής πήρε εξιτήριο. Την 7η μετεγχειρητική ημέρα η ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία για επανέλεγχο όπου οι εργαστηριακές εξετάσεις της ήταν φυσιολογικές και αφαιρέθηκαν παροχετεύσεις και το σύστημα Prevena. Την 14η μετεγχειρητική ημέρα, η ασθενής επισκέφτηκε το τμήμα εξωτερικών ιατρείων με εμπύρετο και αυξημένους δείκτες φλεγμονής, ενώ η χειρουργική περιοχή παρουσίαζε εκτεταμένο νεκρωτικό ιστό και πυώδες έκκριμα. Πάρθηκαν καλλιέργειες τραύματος και η ασθενής εισήχθη στη Δ' Χειρουργική όπου χορηγήθηκαν εμπειρικά ενδοφλέβια αντιβιοτικά. Πραγματοποιήθηκε επείγουσα αξονική τομογραφία για προσδιορισμό της έκτασης της νεκρωτικής λοίμωξης, η οποία ανέδειξε πως κατέλαβε τον υποδόριο ιστό και το πλέγμα, από το επίπεδο του ομφαλού πάνω από την ηβική σύμφυση. Αμεσα η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο για εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό και αφαίρεση πλέγματος. Η περιτοναϊκή κοιλότητα δεν έδειξε σημάδια μόλυνσης ή φλεγμονής. Τοποθετήθηκε σύστημα Vac με πλύσεις και μετεγχειρητικά η ασθενής οδηγήθηκε σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Τριάντα ημέρες μετά τον εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό, την 45η μετεγχειρητική ημέρα, η ασθενής επέστρεψε στο χειρουργείο όπου έγινε τοποθέτηση πλέγματος πολυ-4-υδροξυβουτυρικού (P4HB). Το σύστημα Vac με πλύσεις ξεκίνησε ξανά με τις ίδιες παραμέτρους θεραπείας για την συγκλειση του τραυματος. Την 65η μετεγχειρητική ημέρα, παρατηρήθηκε σχηματισμός κοκκιώδους ιστού που κάλυπτε την επιφάνεια του πλέγματος. Έγινε τοποθέτηση απλού συστήματος Vac και η ασθενής έλαβε εξιτήριο με σύσταση για αλλαγές κάθε 3 ημέρες ως εξωτερικός ασθενής. Μετά από άλλες 30 ημέρες, η ασθενής παραπέμφθηκε στους πλαστικούς χειρουργούς, όπου τοποθετήθηκε δερματικό μόσχευμα.

Συμπέρασμα: Μετά από δυο χρόνια, δεν παρουσιάστηκε υποτροπή της κήλης στη συγκεκριμένη ασθενή. Η τοποθέτηση, λοιπόν, πλέγματος πολυ-4-υδροξυβουτυρικού (P4HB) μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα ακόμη και σε ρυπαρά τραύματα, με επιτυχή ενσωμάτωσή του κατά δεύτερο σκοπό.



P37

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΕΡΙΣΦΥΓΜΕΝΗΣ ΥΔΡΟΚΗΛΗΣ- ΚΥΣΤΗ NUCK.

Ορέστης Ιωαννίδης, Ελισσάβητ Ανεστιάδου, Ουρανία Κερασίδου, Κωνσταντίνος Σιώζος, Κωνσταντίνος Ζαφαλής, Σάββας Συμεωνίδης, Ευστάθιος Κωτίδης, Γεώργιος Ματζώρος, Σταμάτιος Αγγελόπουλος

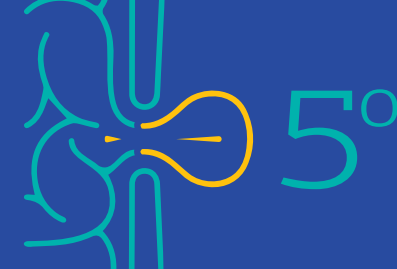
Δ' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτελείο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι όροι « κύστη του πόρου του Nuck» ή «γυναικεία υδροκήλη» είναι ταυτόσημοι για την περιγραφή μιας σπάνιας αναπτυξιακής διαταραχής του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος η οποία αντιπροσωπεύει περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων καλοήθους ανώδυνου ή επώδυνου οιδήματος στην βουβωνική περιοχή με πιθανή επέκταση στα μεγάλα χείλη του αιδοίου.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος και διδακτικού περιστατικού ασθενούς με κύστη του πόρου του Nuck η οποία έλαβε άμεσα χειρουργική αντιμετώπιση.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής θύλη, 35 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αναφερόμενο άλγος δεξιάς βουβωνικής χώρας, χωρίς συνοδό ναυτία ή έμετο με ιστορικό λαπαροτομίας λόγω λοίμωξης μετά από φυσιολογικό τοκετό. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνεται μάζα με συνοδό περιφερικό οίδημα στη δεξιά βουβωνική χώρα και άλγος της περιοχής κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση, χωρίς άλλα ευρήματα από την κλινική εξέταση της υπόλοιπης κοιλιακής χώρας. Εγινε CT κοιλίας με έγχυση σκιαγραφικού η οποία έθεσε στη διαφοροδιάγνωση την περισφιγμένη μηροκήλη. Κατόπιν διενεργήθηκε MRI κάτω κοιλίας, η οποία έκανε λόγο για καλά αφορισμένο κυστικό σχηματισμό διαστάσεων 3,8x3.9εκ με περιφερική ενίσχυση σκιαγραφικού εντός του έσω ορίου του δεξιού βουβωνικού συνδέσμου της χωρίς ορατή επικοινωνία με την περιτοναϊκή κοιλότητα με πιθανή διάγνωση κύστης Nuck. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο με την ένδειξη της περισφυγμένης μηροκήλης όπου διεγχειρητικά διαπιστώθηκε η ύπαρξη κύστης Nuck, το οποίο επιβεβαιώθηκε και από την ιστολογική εξέταση μετεγχειρητικά. Η κύστη αποκόπηκε από τον στρογγυλό σύνδεσμο και αφαιρέθηκε πλήρως. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή, ανεπίπλεκτη και έλαβε εξιτήριο την επόμενη ημέρα.

Συμπέρασμα: Το περιστατικό αυτό υποδεικνύει πως η κύστη του καναλιού του Nuck είναι μια σπάνια κατάσταση, που παρά των περιορισμένων στοιχείων από αναφορές περιπτώσεων και της ελλειψης βιβλιογραφίας, θα πρέπει να λαμβανεται υποψιν στη λίστα της διαφορικής διάγνωσης των βουβωνικών όγκων στο γυναικείο πληθυσμό.



P38

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΤΕΡΟΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΕΡΤΦΕ- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ορέστης Ιωαννίδης, Γιώργος Γεμουσακάκης, Ευστάθιος Γιαννίδης, Παναγιώτης Χαριτίδης,
Φουτσιτζής Βασίλειος, Σάββας Συμεωνίδης, Στέφανος Μπιτσιάνης, Σταματίος Αγγελόπουλος

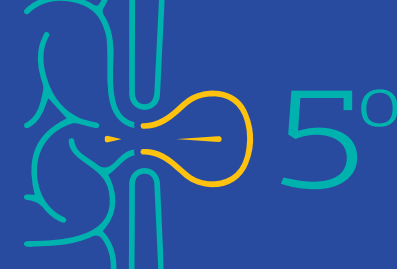
*Δ' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτελείο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Γενικό Νοσοκομείο "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη*

Εισαγωγή: Η κοιλιοκήλη ως επί το πλείστον αντιμετωπίζεται χειρουργικά με τοποθέτηση πλέγματος. Παρ' όλα αυτά μακροπρόθεσμα, η τοποθέτηση υλικών στο κοιλιακό τοίχωμα, δύναται να επιφέρει διάφορες επιπλοκές.

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού όπου μετά από αρκετά χρόνια προκάλεσε εντεροδερματικό συρίγγιο μετά την τοποθέτηση πλέγματος.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 82 ετών με επιβαρυσμένο ατομικό ιστορικό (ΣΔ2, Υπερλιπιδαιμία, ΑΥ, ΧΑΠ) προσήλθε το 2020 για χειρουργική αντιμετώπιση πιθανής διαπύσης πλέγματος τύπου ePTFE. Το πλέγμα τοποθετήθηκε το 2007 για την αντιμετώπιση μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης 3 χρόνια μετά από χειρουργική εκτομή έλκους στομάχου. Στα πλαίσια κλινικοεργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου, χωρίς εκτροπή εργαστηριακών. Από αξονική τομογραφία διαπιστώθηκε διαφυγή γαστρογραφίνης από τμήμα ειλεού με την εικόνα εντεροδερματικού συρίγγιου. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε προγραμματισμένα χειρουργικά με εντερεκτομή 10-15εκ τμήματος ειλεού και πλαγιο-πλάγια αναστόμωση. Διεγχειρητικά αφαίρεση του υπάρχοντος πλέγματος και αντικατάσταση με onlay πλέγμα από Πολύ-4Βουτυρικό οξύ.

Αποτελέσματα: Το εντεροδερματικό συρίγγιο αντιμετωπίστηκε επιτυχώς χωρίς υποτροπή και ο ασθενής την 8^η μετεγχειρητική εξήλθε. Παρ' όλα αυτά την ο ασθενής παρουσίασε διαπύση χειρουργικού τραύματος και χρειάστηκε η τοποθέτηση VAC για την σύγκλειση του τραύματος. Παρόλο που ο ασθενής αντιμετωπίστηκε επιτυχώς, 2 χρόνια αργότερα απεβίωσε από διαφορετικά αίτια.



P39

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΑΝΥΨΩΣΗΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ P-4-HB. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Λάζαρος Κουρτίδης¹, Απόστολος Ζαταγιάς², Αλέξανδρος Ζευγαρίδης², Πάτροκλος Γούλας², Γεώργιος Αγιομαμίτης¹, Στυλιανός Αποστολίδης²

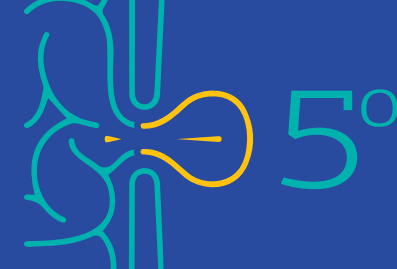
¹Α' Χειρουργική Κλινική - Λαπαροσκοπική Μονάδα, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιώς

²Α' Χειρουργική Κλινική, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Ανύψωση διαφράγματος χαρακτηρίζεται η προς τα άνω μετατόπιση ενός ή και των δύο σκελών του, με παράλληλη διατήρηση της φυσιολογικής πρόσφυσης και της λειτουργικότητας αυτού. Είναι σπάνια οντότητα, αφορά το 0,05% του πληθυσμού και συνήθως παρουσιάζεται ως τυχαίο εύρημα, το οποίο συχνά συγγέεται με αληθή κήλη του διαφράγματος δημιουργώντας προκλήσεις στη διάγνωση και τη χειρουργική αντιμετώπιση. Εκδηλώσεις όπως δύσπνοια και θωρακικός πόνος μπορεί να προεξάρχουν, ενώ αναφέρονται και ασυμπτωματικές περιπτώσεις. Θεραπευτικά εφαρμόζεται χειρουργική κινητοποίηση και καθήλωση του διαφράγματος, ενώ η χρήση πλέγματος για την ενίσχυση των σκελών του αποτελεί νέα, αλλά πολλά υποσχόμενη στρατηγική. Σκοπός της παρουσίασης είναι η αναφορά ενός εναλλακτικού τρόπου αντιμετώπισης με τη χρήση σύγχρονων μέσων όπως το πλέγμα Phasix-ST και η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας ως προς την αποτελεσματική θεραπεία της νόσου.

Παρουσίαση περιστατικού: Άρρεν ασθενής 36 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, προσήλθε στη χειρουργική κλινική προς διερεύνηση επίμονης δυσκαταποσίας και επιγαστρικού άλγους. Διενεργήθηκε γαστροσκόπηση χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο απεικονιστικός έλεγχος με απλή ακτινογραφία θώρακος και αξονική τομογραφία θώρακος-άνω-κάτω κοιλίας ανέδειξε ανύψωση του αριστερού ημιδιαφράγματος με μετατόπιση των οργάνων της αριστερής κοιλίας προς τα άνω. Διεγχειρητικά πραγματοποιήθηκε κινητοποίηση του αριστερού σκέλους του διαφράγματος υπό ανοικτή χειρουργική προσπέλαση. Το αριστερό ημιδιάφραγμα καθηλώθηκε με ραφές. Ακολούθησε ενίσχυση του διαφράγματος με τοποθέτηση πλέγματος Phasix ST 15x20cm. Ο ασθενής ανένηψε καλά και η τριετής μετεγχειρητική παρακολούθηση επιβεβαιώνει την αποκατάσταση της θέσης του αριστερού ημιδιαφράγματος.

Συμπέρασμα: Η ανύψωση του διαφράγματος αποτελεί σπάνια παθολογική οντότητα με τη χειρουργική θεραπεία να είναι απαραίτητη σε συμπτωματικούς ασθενείς. Η χρήση πλέγματος για την ενίσχυση της επιφάνειας του διαφράγματος αποτελεί σύγχρονη, απαιτητική αλλά εφικτή θεραπευτική προσέγγιση, προσφέροντας ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.



P40

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΗΛΗΣ ΜΕ ΟΠΙΣΘΟΜΥΪΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ (E-TER RIVES-STORPA): ΤΕΧΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΑΜΕΣΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημήτριος Ντουράκης^{1,2,3}, Ελένη Λίτινα³, Χριστιάνα Ροΐδη⁴, Αθανάσιος Γέμος², Παναγιώτης Λαΐνας⁵, Κωνσταντίνος Γέμος²

¹Division of Surgery, School of Medicine, European University Cyprus

²Μονάδα Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής, Ιατρικό Αθηνών Κλινική Παλαιού Φαλήρου

³Ευρωκλινική Αθηνών

⁴Hôpital Louis Mourier, APHP, France

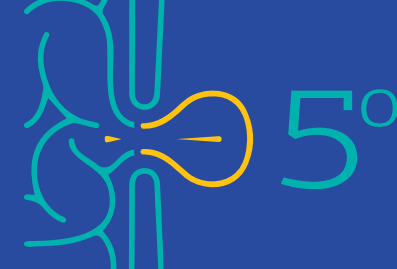
⁵Metropolitan Hospital

Σκοπός: Η λαπαροσκοπική θεραπεία κηλών κοιλιακού τοιχώματος γίνεται συνήθως με ενδοπεριτοναϊκή τοποθέτηση πλέγματος (IPUM). Νεότερες τεχνικές όπως η ελάχιστα επεμβατικής προπεριτοναϊκή οπισθομυϊκή τοποθέτηση πλέγματος (e-TER) έχουν εμφανιστεί με σκοπό τη βελτίωση του λειτουργικού αποτελέσματος. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της e-TER με έμφαση στην τεχνική και τα άμεσα μετεγχειρητικά αποτελέσματα.

Υλικό και Μέθοδοι: Από 12/2020 μέχρι και 7/2023, 14 ασθενείς υποβλήθηκαν σε e-TER με πλάγια τοποθέτηση τροκάρ. Τα περιεγχειρητικά και μετεγχειρητικά δεδομένα τους καταγράφηκαν σε βάση δεδομένων. Χρησιμοποιήθηκε η ταξινόμηση European Hernia Society (EHS). Τα συνεχή δεδομένα περιγράφονται με μέση τιμή (μ.τ.) και σταθερή απόκλιση (SD).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς είχαν ηλικίες 42-84 έτη (μ.τ.=59, SD=12,8). Τρεις ασθενείς είχαν ASA 1, ενώ οι υπόλοιποι ASA 2. Δύο ασθενείς είχαν κήλη πλάγιου κοιλιακού τοιχώματος (EHS L3) ενώ οι υπόλοιποι μέσης γραμμής (EHS M1-M4). Ο αυχένας είχε εύρος από 2cm-10cm (μ.τ.=4,9 SD=2,1) και μήκος από 2cm-20cm (μ.τ. 7,4 SD=6,4). Πέντε ασθενείς είχαν συνυπάρχουσα διάσταση λευκής γραμμής. Σε δύο ασθενείς χρειάστηκε μονόπλευρη απελευθέρωση του εγκαρσίου κοιλιακού μυ (TAR). Σε όλους τους ασθενείς έγινε συρραφή της πρόσθιας απονεύρωσης και του περιτοναίου ενώ χρησιμοποιήθηκαν πλέγματα polypropylene (n=7) και PVDF (n=7) διαστάσεων 15cm x 15cm (n=7), 15cm x 20cm (n=1) και 15cm x 30cm (n=6). Πέντε ασθενείς πήραν εξιτήριο το απόγευμα του χειρουργείου, ενώ οι υπόλοιποι την 1η μετεγχειρητική ημέρα. Όλοι είχαν πλήρη αποκατάσταση στον ένα μήνα μετά το χειρουργείο χωρίς πόνο. Δεν υπήρξε καμία υποτροπή στην περίοδο παρακολούθησης (1-29 μήνες).

Συμπεράσματα: Η e-TER είναι μια νέα τεχνική που μπορεί να εφαρμοστεί με ασφάλεια σε ικανό εύρος κηλών με γρήγορη και εξαιρετική αποκατάσταση από τους ασθενείς.



P41

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ (TEP) – HOW I DO IT

Ioannis Gerogiannis¹

¹Λευκός Σταυρός – The Athens Clinic

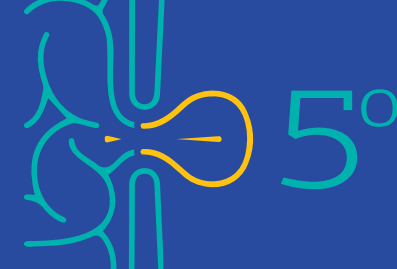
Σκοπός: Η αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη είναι μια κλινική οντότητα που στη σύγχρονη χειρουργική αντιμετωπίζεται επιτυχώς με την ελάχιστη επεμβατική χειρουργική. Σκοπός είναι να παρουσιάσω ένα περιστατικό αποκατάστασης αμφοτερόπλευρης βουβωνοκήλης με εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση (totally extra-peritoneal - TEP), και την ελάχιστη επεμβατική τεχνική που χρησιμοποιώ.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 72 ετών με βουβωνοκήλη άμφω, παρουσιάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία με κύριο σύμπτωμα τον πόνο κυρίως στη δεξιά και λιγότερο στην αριστερή βουβωνική χώρα. Το ατομικό του αναμνηστικό περιλάμβανε υπέρταση, χωρίς προηγούμενα χειρουργεία. Κατά την κλινική εξέταση αναγνωρίστηκαν οι βουβωνοκήλες με την δεξιά να είναι λίγο πιο ευμεγέθης από την αριστερή.

Μέσω τομής στη δεξιά κοιλιάς στο ύψος του ομφαλού έγινε εισαγωγή του ενδοσκοπίου με visiport 10mm στο χώρο άνωθεν του οπίσθιου πετάλου της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός. Πραγματοποιήθηκε διΐνιση των ιστών και με τη βοήθεια του CO₂ και του ενδοσκοπίου έγινε διάνοιξη του προπεριτοναϊκού χώρου στη δεξιά πλευρά. Εισήχθησαν δύο επιπλέον ports 5 mm στη μέση γραμμή κάτωθεν του ομφαλού. Μετά από διΐνιση των ιστών αναγνωρίστηκε το ηβικό οστό και τα κάτω επιγάστρια αγγεία. Ακολούθησε η αναγνώριση του σπερματικού τόνου άμφω και ανάταξη των κηλών ατραυματικά. Δύο συνθετικά πλέγματα 15x10cm τοποθετήθηκαν με κεντρική αλληλοεπικάλυψη. Έγινε χρήση κόλλας ινικής για καθήλωση των πλεγμάτων.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή και πήρε εξιτήριο τη 1η μετεγχειρητική ημέρα. Στο follow-up μετά από 4 εβδομάδες, η αποκατάσταση είχε εξαιρετικά αποτελέσματα.

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση αμφοτερόπλευρης βουβωνοκήλης με την τεχνική TEP είναι γρήγορη, αποτελεσματική και προσφέρει εξαιρετικά αποτελέσματα και γρήγορη επάνοδο του ασθενούς στις δραστηριότητές του. Έχει καμπύλη εκμάθησης και πολλές φορές απαιτεί προηγμένες λαπαροσκοπικές δεξιότητες, ειδικά αν χρειαστεί να πραγματοποιηθεί συρραφή. Τέλος η προσεκτική επιλογή ασθενούς είναι σημαντική για να επιτευχθούν άριστα αποτελέσματα.



P42

ΕΝΑ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΟ ΑΙΤΙΟ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΕΝΤΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΗΛΗΣ - APPENDICULAR TOURNIQUET

**Ανδρέας Κουμενής¹, Θεόδωρος Πιπέρος², Αλέξανδρος Μανθάς², Αλεξάνδρα Βαρλατζίδου²,
Ειρήνη Νάννου³, Θεόδωρος Μαριόλης - Σαψάκος^{1,2,3}**

¹Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»,

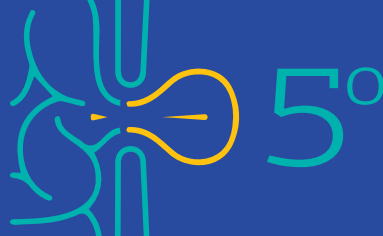
²Χειρουργική Κλινική, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, ΕΚΠΑ,

³Εργαστήριο Ανατομίας, Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανακοίνωσης η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού αποφρακτικού ειλεού με περίσφιξη ελίκων τελικού ειλεού από συμφύσεις σκωληκοειδούς απόφυσης (appendicular tourniquet) εντός ευμεγέθους μετεγχειρητικής κήλης σε θέση αναστραφείσας προφυλακτικής ειλεοστομίας.

Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα 67 ετών, με ατομικό αναμνηστικό Ca ορθού και προηγούμενο χειρουργικό ιστορικό χαμηλής πρόσθιας εκτομής προ ζετίας με προφυλακτική ειλεοστομία στην οποία έγινε σύγκλιση τέσσερις μήνες μετεγχειρητικά, προσήλθε στα Τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας αναφέροντας μόνιμο αίσθημα βάρους στο δεξί λαγόνιο βόθρο και περιστασιακό έντονο άλγος. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ευμεγέθης μετεγχειρητική κήλη στη θέση που προϋπήρχε η ειλεοστομία καθώς και μετεγχειρητική κήλη μέσης γραμμής. Η ασθενής για προσωπικούς λόγους αμέλησε την ιατρική εκτίμηση της κήλης έως ότου η συμπτωματολογία της επιδεινώθηκε. Από το λοιπό ιστορικό αναφέρετε δυσκοιλιότητα με κατ' επίκληση λήψη ηπακτικών. Λόγω της έκτασης της κήλης και της συμπτωματολογίας ζητήθηκε αξονική άνω/κάτω κοιλίας, δόθηκαν διατροφικές οδηγίες και προγραμματίστηκε για τακτικό χειρουργείο. Μια εβδομάδα αργότερα η ασθενής προσήλθε στα επείγοντα του νοσοκομείου μας αναφέροντας έντονο άλγος στη θέση της κήλης από βώρου και αναστολή κενώσεων από διημέρου. Στη κλινική εξέταση αναδείχτηκε ερυθρότητα, έντονη ευαισθησία στη ψηλάφηση και μεταλλίζοντες ήχοι στη θέση της κήλης. Λόγω του ιστορικού η ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο για ερευνητική λαπαροτομία. Με μέση τομή έγινε εκτεταμένη συμφυσιόλυση και κινητοποίηση των εντερικών ελίκων του κοιλιακού σάκου όπου αναδείχτηκε περίσφιξη ελίκων τελικού ειλεού από αναδίπλωση και συμφύσεις της σκωληκοειδούς απόφυσης (appendicular tourniquet). Εγινε σκωληκοειδεκτομή, ανάταξη του περιεχομένου της πλάγιας κήλης και της κήλης μέσης γραμμής ενδοπεριτοναϊκά και τοποθέτηση δυο πλεγμάτων διπλής όψεως για ενίσχυση του κοιλιακού τοιχώματος. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο επί λειτουργίας του εντέρου την 4^η μετεγχειρητική μέρα και ακολούθησε σταθερή πορεία χωρίς επεισόδια ειλεού έως και τη παρουσίαση του παρόντος.

Συμπέρασμα: Μετεγχειρητικές κήλες σε θέση προηγούμενης προφυλακτικής ειλεοστομίας έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία σε ποσοστά έως και 23.9%. Εκτεταμένες κήλες με περιεχόμενο πολλαπλών ελίκων μπορεί συχνά να γίνουν εστία αποφρακτικού ειλεού εκ συμφύσεων. Το παρών περιστατικό με περίσφιξη ελίκων τελικού ειλεού από τη σκωληκοειδή απόφυση εντός του κοιλιακού σάκου αποτελεί μια σπάνια αιτία αποφρακτικού ειλεού εντός κήλης.



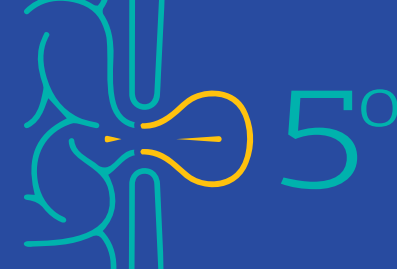
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΗΛΗΣ



23-25 Φεβρουαρίου 2024

ΙΔΡΥΜΑ ΕΥΓΕΝΙΔΟΥ





P43

ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΗ ΜΗΡΟΚΗΛΗ ΣΕ ΑΝΤΡΑ ΑΣΘΕΝΗ – ΕΝΑ ΕΠΕΙΓΩΝ ΚΑΙ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ανδρέας Κουμενής¹, Θεόδωρος Πιπέρος², Αλέξανδρος Μανθάς², Αλεξάνδρα Βαρλατζίδου²,
Ειρήνη Νάννου³, Θεόδωρος Μαριόλης - Σαψάκος^{1,2,3}

¹Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»,

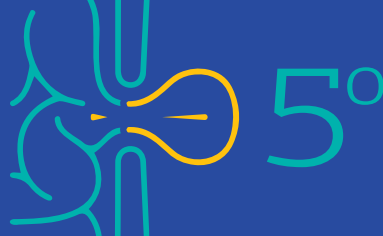
²Χειρουργική Κλινική, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, ΕΚΠΑ,

³Εργαστήριο Ανατομίας, Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η αμφοτερόπλευρη μηροκήλη είναι μια εξαιρετικά σπάνια κλινική κατάσταση, με λίγες μόνο περιπτώσεις να έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία, ιδίως για τους άνδρες ασθενείς και υπάρχουν μόνο δύο περιπτώσεις αμφοτερόπλευρης στραγγαλισμένης μηροκήλης και αυτές σε γυναίκες ασθενείς. Στη παρούσα ανακοίνωση παρουσιάζεται ένα εξαιρετικά σπάνιο περιστατικό αμφοτερόπλευρων στραγγαλισμένων μηροκήλων σε άνδρα ασθενή.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 68 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας αναφέροντας εμμένων διαξιφιστικό κοιλιακό άλγος, επιδεινούμενη κοιλιακή διάταση και εμέτους από 5ώρου καθώς και δυσκοιλιότητα από διημέρου. Ατομικό και χειρουργικό αναμνηστικό ελεύθερο. Η κλινική εξέταση ανέδειξε κοιλιακή ευαισθησία, τοπικό περιτοναϊσμό και την παρουσία δύο προσεκβολών στην ανατομική περιοχή του δεξιού και του αριστερού μηριαίου τριγώνου. BMI ασθενούς: 19,7 kg/m². Από εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε αυξημένα CRP, LDH και ουδετερόφιλα. Στην επείγουσα αξονική αναδείχθηκε απόφραξη σιγμοειδούς καθώς και πολλαπλών ελίκων λεπτού εντέρου με εικόνα άμφο μηροκήλων. Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο και με υψηλή McEvedy's τομή αμφοτερόπλευρα αναγνωρίστηκε γαγγραινώδης έλικα λεπτού εντέρου περισφιγμένη εντός της δεξιάς μηροκήλης και τμήμα σιγμοειδούς στην αριστερή μηροκήλη. Εγινε εκτομή του ισχαιμικού τμήματος του λεπτού εντέρου, αποκατάσταση της συνέχειας με πλαγιο-πλάγια αναστόμωση, ανάταξη του περιεχομένου των κηλών ενδοπεριτοναϊκά και σύγκλειση του μηριαίου καναλιού αμφοτερόπλευρα με μεμονωμένες ραφές prolene. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 6η μετχ ημέρα επί λειτουργίας του εντέρου.

Συμπεράσματα: Στη βιβλιογραφία η μηροκήλη εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες ασθενείς και η εμφάνισή τους σε άνδρες σχετίζεται συνήθως με προηγούμενο χειρουργείο βουβωνοκήλης κάτι που δεν ίσχυε στον παρών ασθενή. Λόγω του στενού μηριαίου καναλιού οι μηροκήλες είναι επιρρεπείς σε στραγγαλισμό συνήθως στη θέση του μηριαίου δακτυλίου ή 1.5εκ κάτω από αυτό. Η περισφιγμένη μηροκήλη αποτελεί χειρουργικό επείγων και η διερεύνησή τους μπορεί να γίνει είτε με ανοιχτή προσέγγιση όπως το παρών είτε λαπαροσκοπικά. Μετά την αναγνώριση και ανάταξη του περιεχομένου, σε έκτακτα χειρουργεία ειδικά με ισχαιμία εντερικών ελίκων η αποκατάσταση του μηριαίου δακτυλίου προτιμότερο να γίνεται με μεμονωμένες ραφές αντί τοποθέτησης πλέγματος για αποφυγή λοίμωξης.



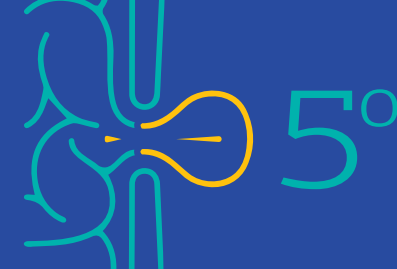
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΗΛΗΣ



23-25 Φεβρουαρίου 2024

ΙΔΡΥΜΑ ΕΥΓΕΝΙΔΟΥ





P44

ΔΥΣΚΟΛΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟ ΠΛΕΓΜΑ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Daniela Prce¹, Mohannad Gaber¹, Georgios Bointas¹, Ioannis Gerogiannis¹

¹Kingston Hospital NHS Foundation Trust

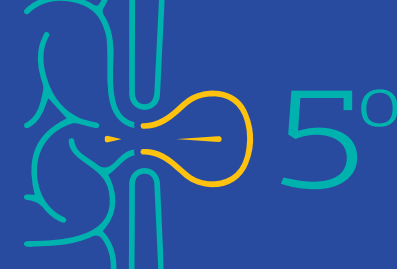
Σκοπός: Οι κοιλιοκήλες εξακολουθούν να αποτελούν μεγάλη πρόκληση για τους χειρουργούς, ιδίως εάν είναι υποτροπιάζουσες. Σκοπός είναι η κατανόηση των προκλήσεων που αντιμετωπίσαμε κατά την αποκατάσταση υποτροπιάζουσας κοιλιοκήλης σε ασθενή με προηγούμενο ενδοπεριτοναϊκό πλέγμα και κοιλιοπλαστική.

Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζουμε μια 54χρονη υπέρβαρη γυναίκα με πολύπλοκο χειρουργικό ιστορικό και υποτροπιάζουσα κοιλιοκήλη. Είχε υποβληθεί σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή με μετέπειτα αποκατάσταση για μετεγχειρητική κήλη στην περιοχή του port (η οποία αποκαταστάθηκε χωρίς πλέγμα). Αργότερα υποβλήθηκε σε γαστρική παράκαμψη Roux-en-Y για παχυσαρκία και εμφάνισε άλλη μία μετεγχειρητική κήλη στην περιοχή του port στο επιγάστριο. Η κήλη αποκαταστάθηκε με ενδοπεριτοναϊκό πλέγμα. Τέλος, αργότερα υποβλήθηκε και σε κοιλιοπλαστική για αισθητικούς λόγους. Παρουσιάστηκε στη χειρουργική μας κλινική με κλινικά ψηλαφητή μεγάλη υποτροπιάζουσα κοιλιοκήλη.

Η αποκατάσταση σχεδιάστηκε προσεκτικά με αξονική τομογραφία κοιλίας που επιβεβαίωσε ένα χάσμα 6cm στη μέση γραμμή στο επιγάστριο και ένα μεγάλο ενδοπεριτοναϊκό πλέγμα με πολλαπλά μεταλλικά tacks.

Η χειρουργική επέμβαση πραγματοποιήθηκε με τομή στη μέση γραμμή και προσεκτική διατομή του σάκου. Το ενδοπεριτοναϊκό πλέγμα εντοπίστηκε και αφαιρέθηκε προσεκτικά διατηρώντας άθικτο το οπίσθιο πέταλο της θήκης του ορθού κοιλιακού και το περιτόναιο. Πραγματοποιήθηκε τεχνική Rives Stoppa. Το οπίσθιο πέταλο συγκλείστηκε με μεμονωμένα απορροφήσιμα ράμματα. Ένα πλέγμα πολυπροπυλενίου τοποθετήθηκε όπισθεν του ορθού κοιλιακού μυός και άνωθεν του οπίσθιου πετάλου. Το πρόσθιο πέταλο έκλεισε με μη απορροφήσιμο ράμμα. Η ασθενής είχε μια ομαλή μετεγχειρητική περίοδο και πήρε εξιτήριο την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπέρασμα: Η προσεκτική επιλογή του ασθενούς, ο λεπτομερής προεγχειρητικός σχεδιασμός και η εξειδίκευση του χειρουργού στην αποκατάσταση του κοιλιακού τοιχώματος οδηγούν σε επιτυχή αποκατάσταση σύνθετων κοιλιοκηλών.



P45

ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΚΗΛΗ ΑΠΟ ΤΙΜΟΝΙ (HANDLEBAR HERNIA) ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΠΟΔΗΛΑΤΗ. ΕΝΑΣ ΣΠΑΝΙΟΣ ΤΥΠΟΣ ΚΗΛΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

**Απόστολος Σοβατζίδης¹, Σπυρίδων Σαλονικίδης¹, Κωνσταντίνος Καπουτζής¹,
Λυδία Κιτσικίδου¹, Ανδρόνικος Καρασακαλίδης¹**

¹Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. Πέλλας Ν.Μ. Γιαννιτσών

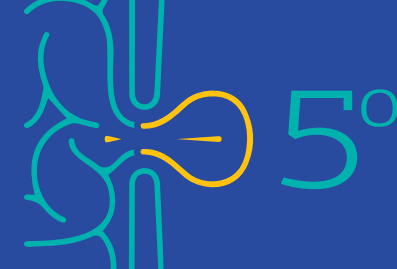
Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού τραυματικής κήλης τιμονιού σε ενήλικα ποδηλάτη. Οι κήλες από τραυματισμό σε τιμόνι ποδηλάτου είναι σπάνιες. Παρατηρούνται συχνότερα σε παιδιά, ενώ σε ενήλικες είναι ακόμη πιο σπάνιες.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 34 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών υποβασταζόμενος σε κατάσταση σοκ. Ήταν κάθιδρος, ωχρός, ταχυπνοϊκός και ανέφερε έντονο κοιλιακό άλγος συνεπεία πτώσης με το ποδήλατο σε αρδευτικό κανάλι από ωρών και πλήξης στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα από το τιμόνι του ποδηλάτου. Έφερε εκχύμωση κυκλικού σχήματος κατά τη μέση γραμμή υπερομφάλια, με συνοδό διόγκωση και κλινικά εμφάνιζε σανιδώδη κοιλία. Διενεργήθη άμεσα αξονική τομογραφία κοιλίας όπου διεγνώσθη μεγάλη ποσότητα αέρα υποδιαφραγματικά, οίδημα μεταξύ αυχένος και σώματος του παγκρέατος ως επί τραυματισμού, μεγάλη συλλογή στον ευθυκυστικό χώρο και παρουσία τραυματικής κήλης που διαχωρίζει τις μοίρες του ορθού κοιλιακού μυός, αντίστοιχα προς το σημείο της εκχύμωσης. Ο ασθενής υπεβλήθη σε λαπαροτομία, όπου ανευρέθη μωλωπισμός του στομάχου, ευρεία ρήξη τμήματος νήστιδας 10cm από το σύνδεσμο του Treitz και εκτεταμένο οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα. Διενεργήθη πρωτογενής συρραφή της ρήξης, αιμόσταση, πλύσεις, τοποθέτηση παροχέτευσεων και σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος και των τοιχωμάτων της κήλης χωρίς τοποθέτηση πλέγματος λόγω της υφιστάμενης περιτονίτιδας. Η μετεγχειρητική ανάρρωση του ασθενούς ήταν μακροχρόνια και μεταξύ των άλλων χρειάστηκε να τοποθετηθεί σωλήνας θωρακικής παροχέτευση λόγω ευμεγέθους πλευριτικής συλλογής. Ωστόσο ο ασθενής ανένηψε και εξήλθε σε καλή κατάσταση.

Συμπεράσματα: Παρά το γεγονός πως αυτού του τύπου οι κήλες αποτελούν μία σπάνια οντότητα, θα πρέπει να υπάρχει υψηλό επίπεδο υποψίας για τη διάγνωση καθώς και για τις υποκείμενες βλάβες που μπορεί να υφίστανται. Η αντιμετώπισή τους πρέπει να είναι άμεση για την πρόληψη επιπλοκών.

Hefny AF, et al. A rare case of an adult traumatic bicycle handlebar hernia: A case report and review of the literature. Turk J Emerg Med 2018 Dec; 18(4): 179-181

Ghosh SC, et al. A concealed small bowel perforation in an adult secondary to bicycle handlebar trauma. Ann R Coll Surg Engl 2013; 95: e4-e5



P46

ΚΗΛΗ ΑΜΥΑΝΔ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

**Απόστολος Σοβατζίδης¹, Κωνσταντίνος Λιγάσης¹, Σπυρίδων Σαλονικίδης¹,
Ευαγγελία Ασπροδίνη¹, Ανδρόνικος Καρασακαλίδης¹**

¹Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. Πέλλας Ν.Μ. Γιαννιτσών

Σκοπός: Η κήλη Amyand αποτελεί μία σπάνια οντότητα κατά την οποία η σκωληκοειδής απόφυση ανευρίσκεται εντός του κηλικού σάκου. Παρατηρείται σε ποσοστό 0.2 – 1.6% επί του συνόλου των βουβωνοκήλων και πλην ελαχίστων περιπτώσεων ανευρίσκεται στη δεξιά βουβωνική χώρα. Στην κλινική μας κατά την τελευταία πενταετία αντιμετωπίσαμε 2 περιστατικά κήλης Amyand, το ένα ανοικτά και το δεύτερο λαπαροσκοπικά.

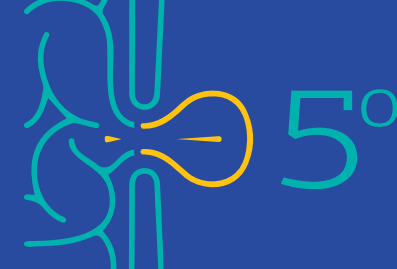
Παρουσίαση περιστατικών: Το πρώτο περιστατικό αφορούσε άνδρα 57 ετών ο οποίος εμφάνισε βουβωνοκήλη δεξιά από διετίας. Κλινικά η βουβωνοκήλη ήταν ανατασόμενη και ο ασθενής ανέφερε ήπια ενόχληση κατά την ψηλάφηση της δεξιάς βουβωνικής χώρας χωρίς λοιπή συμπτωματολογία. Κατά τη διάρκεια προγραμματισμένης χειρουργικής αποκατάστασης και λόγω της ύπαρξης ασυνήθους υφής υπόσκληρου περιεχομένου εντός του κηλικού σάκου, έγινε διάνοιξη αυτού και ανευρέθη σκωληκοειδής απόφυση με σημεία ήπιας υπεραιμίας. Διενεργήθη σκωληκοειδεκτομή και πλαστική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης με τοποθέτηση πλέγματος πολυπροπυλενίου. Ο ασθενής κατά το follow up δεν παρουσίασε συμπτωματολογία ενώ η ιστολογική του δεν ανέδειξε σημεία φλεγμονής. Το δεύτερο περιστατικό αφορούσε επίσης άνδρα 49 ετών, ο οποίος κατά τη διάρκεια εκλεκτικής επέμβασης βουβωνοκήλης δεξιά με διακοιλιακή προπεριτοναϊκή προσπέλαση (TAPP), διεγνώσθη με κήλη Amyand. Ο ασθενής ήταν ασυμπτωματικός. Η σκωληκοειδής απόφυση μακροσκοπικά ήταν φυσιολογική. Διενεργήθη λύση των συμφύσεων της σκωληκοειδούς απόφυσης στο βουβωνικό στόμιο, σκωληκοειδεκτομή και τοποθέτηση πλέγματος πολυπροπυλενίου. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή ενώ η ιστολογική έκθεση επίσης δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση της κήλης Amyand αποτελεί κατά κύριο λόγο τυχαίο εύρημα κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης. Η αντιμετώπισή της μπορεί να γίνει είτε ανοικτά είτε λαπαροσκοπικά. Η διενέργεια ή μη σκωληκοειδεκτομής σε μια φαινομενικά φυσιολογική σκωληκοειδή απόφυση σε συνδυασμό με τοποθέτηση πλέγματος συνεχίζει να αποτελεί θέμα συζήτησης.

Ivanschuk G, et al. Amyand's hernia: a review. *Med Sci Monit.* Jan 28;20:140-6 2014

Manatakis DK, et al. Revisiting Amyand's Hernia: A 20-Year Systematic Review. *World J Surg.* Jun;45(6):1763-1770 2021

Gao Y, et al. Amyand's hernia: a 10-year experience with 6 cases. *BMC Surgery* 21:315 2021



P47

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΗΛΩΝ 2-5CM ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2019 – 2023

Απόστολος Σοβατζίδης, Κωνσταντίνος Λιγάσης, Κωνσταντίνος Καπουτζής, Σπυρίδων Σαλονικίδης, Ανδρόνικος Καρασακαλίδης

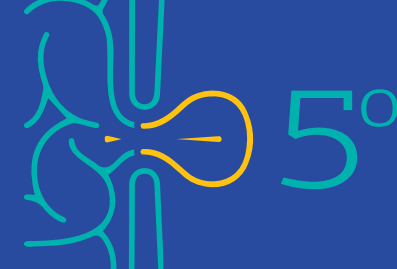
Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Πέλλας, Ν.Μ. Γιαννιτσών

Σκοπός: Η εμπειρία της κλινικής μας στη λαπαροσκοπική αντιμετώπιση κηλών 2-5cm του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος, πρωτοπαθών, μετεγχειρητικών ή υποτροπιάζουσών μετά από ανοικτή ή λαπαροσκοπική επέμβαση κατά την πενταετία 2019 – 2023.

Μεθοδολογία: Στην κλινική μας αντιμετωπίσαμε 312 κήλες διαμέτρου 2 – 5 cm. Η πλειοψηφία αφορούσε μετεγχειρητικές κήλες κυρίως μετά από ανοικτή αλλά και λαπαροσκοπική επέμβαση, ακολουθούσαν οι πρωτοπαθείς κοιλιοκήλες (ομφαλοκήλες, κήλες μέσης γραμμής, κήλες Spiegel) και τελευταίες σε συχνότητα ήταν οι υποτροπιάζουσες κήλες κατά κύριο λόγο μετά από ανοικτή αποκατάσταση. Στις περισσότερες περιπτώσεις διενεργήθη αξονική τομογραφία ή υπέρηχος προς προσδιορισμό του περιεχομένου και της διαμέτρου του χάσματος της κήλης. Το προφίλ των ασθενών οι οποίοι χειρουργήθηκαν ήταν ποικίλο με τους παχύσαρκους και αναπνευστικούς άνδρες να υπερτερούν στην ομάδα των μετεγχειρητικών κηλών. Σχεδόν όλες οι επεμβάσεις ξεκίνησαν και ολοκληρώθηκαν λαπαροσκοπικά με τη χρήση 3 trocars, ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος διπλής όψεως και συρραφή του χάσματος της κήλης στις περισσότερες περιπτώσεις. Η καθήλωση των πλεγμάτων έγινε με καθηλωτικά εργαλεία και ραφές με τη χρήση βελόνας Endoclose. Παροχέτευση τοποθετήθηκε σε ελάχιστες περιπτώσεις.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς κινητοποιούνταν το συντομότερο δυνατόν με τη χρήση ζώνης κοιλίας. Η μέση νοσηλεία ήταν 3 ημέρες και ο μετεγχειρητικός πόνος αντιμετωπίστηκε με αντιφλεγμονώδη. Ένα μικρό ποσοστό ασθενών εμφάνισαν μετεγχειρητικά καθυστερημένη εντερική κινητικότητα ενώ επίσης συχνές επιπλοκές ήταν τα σερώματα, η αιμορραγία από τις οπές των trocars, οι λοιμώξεις τραύματος, ένα περιστατικό με όψιμη διάτρηση λεπτού εντέρου και τρία περιστατικά με μετεγχειρητική κήλη σε οπή trocar.

Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική αντιμετώπιση κηλών αυτής της διαμέτρου φαίνεται πως είναι ασφαλής και προς όφελος του ασθενούς. Η ορθή διάγνωση και προετοιμασία του ασθενούς, ο σχεδιασμός της επέμβασης, η ευελιξία της χειρουργικής ομάδας διεγχειρητικά και η έγκαιρη αναγνώριση των επιπλοκών αποτελούν αντικείμενο συζήτησης της χειρουργικής ομάδας της κλινικής μας ώστε να επιτυγχάνεται το βέλτιστο αποτέλεσμα για τον ασθενή.



P48

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΗ ΑΝΑΤΑΣΣΟΜΕΝΗΣ ΜΗΡΟΚΗΛΗΣ ΔΕΞΙΑ ΣΕ ΑΝΔΡΑ

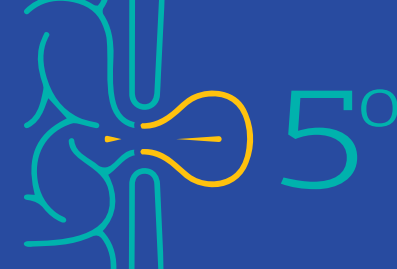
Μιχαήλ Μυλωνάς, Σωτηρία Σταμοπούλου, Σύλβια Κριβάν

Β' Γενική Χειρουργική Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ

Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού άρρενος ασθενούς με περιεσφιγμένη μηροκήλη και αποκατάσταση αυτής με τοποθέτηση εμβλώματος σε επείγουσα βάση.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 72 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του ΓΝΑ ΚΑΤ λόγω αναφερόμενου άλγους και διόγκωσης στη δεξιά μηροβουβωνική χώρα από τριήμερο. Δεν αναφέρθηκαν συμπτώματα ναυτίας, έμετου και αναστολής αερίων ή κοπράνων. Στην κλινική εξέταση ανευρέθηκε μικρή διόγκωση με ερυθρότητα και ευαισθησία στην ψηλάφηση. Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός και απύρετος. Στον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκε ήπια λευκοκυττάρωση. Τέθηκε η αρχική διάγνωση βουβωνοκήλης δεξιά και ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Διενεργήθηκε τομή δεξιά βουβωνικά και ανευρέθη ευμεγέθης μηροκήλη με περιεχόμενο ισχαιμού λίπους. Διενεργήθηκε εκτομή του ισχαιμού σάκου και λίπους. Το έντερο ανευρέθηκε ακέραιο και ανατάχθηκε. Τοποθετήθηκε πλέγμα κωνικού σχηματισμού εντός του χάσματος. Ο ασθενής παρουσίασε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε τη δεύτερη μετεγχειρητική μέρα με οδηγίες εξόδου.

Συμπέρασμα: Η μηροκήλη είναι μια σπάνια πάθηση που προσβάλλει κυρίως γυναίκες. Περισφιξη εμφανίζεται σε ποσοστό 15-20%. Η διάγνωση τίθεται από το ιστορικό και την κλινική εξέταση. Χρήσιμα εργαλεία αποτελούν ο υπέρηχος και η αξονική τομογραφία κυρίως σε παχύσαρκους ασθενείς ή σε υποψία περίσφιξης. Η θεραπεία είναι χειρουργική με εκτομή του σάκου και αποκατάσταση του χάσματος με χρήση πλέγματος. Σε περιπτώσεις περίσφιξης ενδείκνυται η διάνοιξη του σάκου για επισκόπηση και αξιολόγηση της βιωσιμότητας του περιεχομένου του. Αντένδειξη για χρήση πλέγματος αποτελεί η περίπτωση διάτρησης εντέρου ή εντερεκτομής λόγω αυξημένου κινδύνου επιμόλυνσης του ξένου υλικού.



P49

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΗΛΗΣ SPIEGEL ΜΕ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ (TAPP)

Παναγιώτης Ζαμπάς, Σωτηρία Σταμοπούλου, Σύλβια Κριβάν

Β' Γενική Χειρουργική Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ

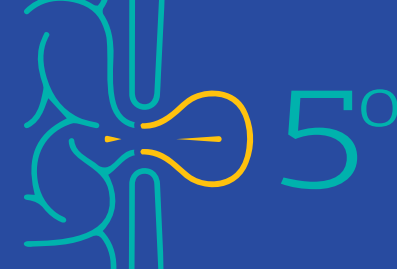
Σκοπός: Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού κήλης Spiegel και αποκατάσταση αυτής λαπαροσκοπικά με ενδοπεριτοναϊκή προσπέλαση (TAPP).

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 72ετών προσήλθε στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία της Β' Γενικής Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ λόγω αναφερόμενου άλγους και προπίπτουσας μάζας στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας. Κατά την κλινική εξέταση ανευρέθη ανατασσομένη κήλη παρά τη θήκη του ορθού κοιλιακού μυός. Στο χειρουργικό ιστορικό του αναφέρει σκωληκοειδεκτομή σε παιδική ηλικία, πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης με τοποθέτηση πλέγματος ΔΕ προ 17ετίας και ΑΡ προ 12ετίας και λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή προ 7ετίας. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία άνω κάτω κοιλίας η οποία ανέδειξε μικρό χάσμα στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα ΑΡ, ως επί Spiegel. Ο ασθενής χειρουργήθηκε σε τακτική βάση λαπαροσκοπικά με ενδοπεριτοναϊκή προσπέλαση (TAPP) και τοποθέτηση πλέγματος. Εξήλθε σε καλή γενική εξέταση την 1η μετεγχειρητική ημέρα. Στα πλαίσια της μετεγχειρητικής παρακολούθησης δεν εμφανίζει εικόνα υποτροπής.

Συμπέρασμα: Η κήλη Spiegel αποτελεί ένα σπάνιο τύπο κήλης με επίπτωση μόλις 0.2–2% από όλες τις κήλες του κοιλιακού τοιχώματος. Απαντάται επί της γραμμής του Spiegel, δηλαδή του σημείου στο οποίο οι πλάγιοι κοιλιακοί μύες μεταπίπτουν στα απονευρωτικά τους πέταλα στη μέση γραμμή. Προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισής της είναι η αυξημένη ενδοπεριτοναϊκή πίεση οποιασδήποτε αιτιολογίας, ο τραυματισμός του κοιλιακού τοιχώματος ή ο εκφυλισμός των απονευρωτικών πετάλων των πλάγιων κοιλιακών μυών (1). Εμφανίζεται με άλγος ή ως ανώδυνη προπίπτουσα μάζα. Λόγω του αυξημένου κινδύνου περίσφιξης, πρέπει να αντιμετωπίζεται χειρουργικά. Η αποκατάσταση μπορεί να γίνει ανοικτά, λαπαροσκοπικά ή ρομποτικά. Η Σπικγέλιος κήλη μπορεί να αποκατασταθεί λαπαροσκοπικά με ενδοπεριτοναϊκή (TAPP) ή εξωπεριτοναϊκή (TEP) προσπέλαση. Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση υπερτερεί έναντι της ανοιχτής μεθόδου σε σχέση με τη νοσηρότητα και τη διάρκεια νοσηλείας (2). Δεν υπάρχουν ακόμη αρκετές μελέτες που να συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα της λαπαροσκοπικής έναντι της ρομποτικής τεχνικής.

Βιβλιογραφία

1. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spigelian hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg.* 2006 Jan;72(1):42-8
2. Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, Martín JG, Aguayo JL, Canteras M. Open vs laparoscopic repair of spigelian hernia: a prospective randomized trial. *Arch Surg.* 2002 Nov;137(11):1266-8



P50

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ

**Ανδριάνα Αντώνογλου, Παναγιώτης Ζαμπάς, Μιχαήλ Μυλωνάς,
Σωτηρία Σταμοπούλου, Σύλβια Κριβάν**

Β' Γενική Χειρουργική Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ

Εισαγωγή: Παρά τις νέες τεχνικές για την αποκατάσταση κοιλιοκηλών, οι υποτροπιάζουσες κοιλιοκήλες εμφανίζονται σε ποσοστό 10-15%.¹ Πέραν των χειρουργικών τεχνικών είναι σκόπιμο να μελετηθούν και οι βιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επούλωση των ιστών και την έκβαση του χειρουργείου.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη ερευνών πάνω στο θέμα υποτροπιάζουσων κοιλιοκηλών εξετάζοντας την παθολογία του σχηματισμού τους.

Υλικό και Μεθόδους: Μία συστηματική ανασκόπηση των δημοσιεύσεων που πραγματεύονται τους γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανότητα υποτροπής σε χειρουργική αποκατάσταση κοιλιοκήλης. Ως βάσεις δεδομένων αξιοποιήθηκαν το PUBMED και το Google Scholar. Οι μελέτες περιλαμβάνουν χειρουργικές αποκαταστάσεις με χρήση ραμμάτων ή/και με χρήση πλέγματος.

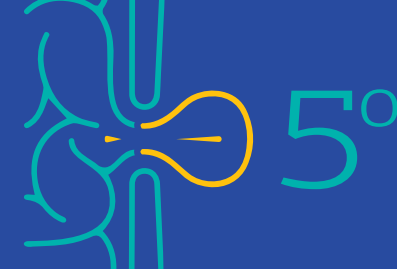
Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Εξετάστηκαν 8 έρευνες με 12.775 συμμετέχοντες. Σε αυτές η σύνδεση μεταξύ BMI και επιπλοκών ήταν σημαντική ($p < 0.001$). Ο διαβήτης, επίσης, φαίνεται να έχει καθοριστικό ρόλο ($p = 0.005$). Ακόμα, σε γυναίκες παρατηρήθηκε υποτροπή κοιλιοκήλης σε ποσοστό 8.3% κατά την εγκυμοσύνη.² Καπνιστές εμφάνισαν τετραπλάσια πιθανότητα υποτροπής.

Σε ασθενείς με υποτροπιάζουσες κοιλιοκήλες υπάρχει εξασθενημένη ανάπτυξη του ουλώδους ιστού εξαιτίας διαταραχών του κολλαγόνου. Εξωγενείς παράγοντες, όπως το κάπνισμα, αναγνωρίζονται ως κύριοι παράγοντες κινδύνου. Επιπλέον, παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος (BMI) και της εμφάνισης υποτροπών. Η πιθανότητα υποτροπής αυξάνεται ευθέως ανάλογα σε σχέση με το δείκτη μάζας σώματος, ειδικά σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

1. Klinge, U. et al. (2006). *Hernia recurrence as a problem of biology and collagen*. *Journal of minimal access surgery*, 2(3), 151–154. <https://doi.org/10.4103/0972-9941.27729>

2. Lappen, J. R., et al. (2016). *Does pregnancy increase the risk of abdominal hernia recurrence after prepregnancy surgical repair?*. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215(3), 390.e1–390.e3905. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.05.003>

3. Parker, S. G., et al (2021). *Identifying predictors of ventral hernia recurrence: systematic review and meta-analysis*. *BJS open*, 5(2), zraa071. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zraa071>



P51

ΕΥΜΕΓΕΘΗΣ ΣΕΜΙΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΟΓΚΟΣ ΟΡΧΕΩΣ ΜΙΜΟΥΜΕΝΟΣ ΟΣΧΕΟΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ

**Απόστολος Σοβατζίδης¹, Κωνσταντίνος Λιγάσης¹, Κωνσταντίνος Καπουτζής¹,
Σπυρίδων Σαλονικίδης¹, Ανδρόνικος Καρασακαλίδης¹**

¹Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. Πέλλας Ν.Μ. Γιαννιτσών

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού ευμεγέθους όγκου όρχεως ανευρεθέντος διεγχειρητικά κατά τη διάρκεια αποκατάστασης περισφιγμένης ευμεγέθους οσχεοβουβωνοκήλης.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άρρεν ασθενής 81 ετών, παραπέμφθηκε από μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας λόγω περισφιγμένης ευμεγέθους οσχεοβουβωνοκήλης. Ο ασθενής ανέφερε την ύπαρξη της κήλης από 2ετίας περίπου με προοδευτική αύξηση του μεγέθους και αίσθημα βάρους στο όσχεο χωρίς να ανατάσσεται και χωρίς να εμφανίζει λουπή συμπτωματολογία. Από τετραώρου προ της προσέλευσης εμφάνισε οξύ άλγος στην αριστερή βουβωνική χώρα και στην κάτω κοιλία μετά από παροξυσμικό βήχα, συνοδευόμενο από ένα επεισόδιο εμέτου. Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε η ύπαρξη ευμεγέθους διόγκωσης, ανώδυνης στην ψηλάφηση που καταλάμβανε το αριστερό ημιόσχεο ενώ κεντρικότερα άνωθεν του βουβωνικού συνδέσμου η διόγκωση ήταν επώδυνη. Η προσπάθεια ανάταξης απέβη αρνητική ενώ κατά τον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε η ύπαρξη υγραερικού επιπέδου παχέος εντέρου στην περιοχή του σιγμοειδούς.

Αποτέλεσμα: Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο προς αποκατάσταση ευμεγέθους περισφιγμένης οσχεοβουβωνοκήλης. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε η ύπαρξη περισφιγμένης βουβωνοκήλης με περιεχόμενο τμήμα σιγμοειδούς ενώ όλο το αριστερό ημιόσχεο καταλαμβάνονταν από σκληρής σύστασης ευμεγέθη όγκο του όρχεως. Αφού ελέγχθηκε το τμήμα του σιγμοειδούς για τη βιωσιμότητά του, έγινε ανάταξή του και ακολούθησε εκτομή του όγκου μετά του όρχεος και της επιδιδυμίδας. Στη συνέχεια διενεργήθη πλαστική αποκατάσταση της κήλης. Κατά τη μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς η οποία ήταν ομαλή διενεργήθη σταδιοποίηση με αξονική τομογραφία, η οποία ανέδειξε ευμεγέθεις παραορτικούς λεμφαδένες. Η τιμή της β-χοριακής γοναδοτροπίνης ήταν αυξημένη ενώ η ιστολογική έκθεση διέγνωσε σεμινωματώδη χαρακτήρα του όγκου. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε ογκολόγους για αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Τα κλινικά ευρήματα πολλές φορές μπορεί να παραπληροφορήσουν το γιατρό. Για αυτό το λόγο θα πρέπει να διενεργείται περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος όταν βέβαια ο επείγον χαρακτήρας του περιστατικού το επιτρέπει ώστε να μη διαφεύγουν της διάγνωσης τέτοιου είδους όγκοι και να υπάρχει η αντίστοιχη χειρουργική θεραπεία.

De Luca A, et al. Neither Inguinoscrotal Hernia nor Hydrocele Misunderstood Giant Testicular Neoplasm: Case Report and Literature Review. Clinics in Surgery 2022 | Volume 7 | Article 3477



#hellenichernia