



17^o

Πανελλήνιο Συνέδριο

Χειρουργικών Λοιμώξεων

22 - 24
ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ | 20
21

Astir Egnatia
Αλεξανδρούπολη

Τελικό
Πρόγραμμα

www.17surgicalinfections2021.gr

Περιεχόμενα

Χαιρετισμός Προέδρου Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικών Λοιμώξεων	3
Χαιρετισμός Προέδρων Οργανωτικής Επιτροπής	4
Διοικητικό Συμβούλιο - Επιτροπές	5
Επιστημονικό Πρόγραμμα	7
Πρόεδροι - Συντονιστές - Ομιλητές	17
Τόμος Πρακτικών Ελεύθερες Ανακοινώσεις	23
Τόμος Πρακτικών Αναρτημένες Ανακοινώσεις	42
Ευχαριστίες	70



Χαιρετισμός Προέδρου Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικών Λοιμώξεων

Αγαπητοί συνάδελφοι

Οι σημαντικές εξελίξεις στο πεδίο των χειρουργικών λοιμώξεων, η κριτική αποτίμηση αυτών και η συνεχής ενημέρωση των χειρουργών απαιτούν την οργάνωση ενός Πανελληνίου Συνεδρίου Χειρουργικών Λοιμώξεων υψηλών προδιαγραφών.

Την υλοποίηση της απαίτησης αυτής εγγυάται η ανάθεση της προεδρίας της διοργάνωσης του 17ου Πανελληνίου Συνεδρίου Χειρουργικών Λοιμώξεων στους καταξιωμένους Καθηγητές Χειρουργικής του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης κ. Αλέκο Πολυχρονίδη και Νίκο Λυρατζόπουλο.

Επίσης η Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικών Λοιμώξεων, τηρώντας την παράδοση που δημιούργησε και με στόχο να κάνει κοινωνούς των σκοπών της όλους τους Χειρουργούς της Ελληνικής επικράτειας, αποφάσισε το παρόν συνέδριο να γίνει στην ακριτική Αλεξανδρούπολη.

Όμως εγγύηση για την οργανωτική επιτυχία του Συνεδρίου και την εκπλήρωση των υψηλών επιστημονικών του προσδοκιών, εκτός από το πρόγραμμα που προετοιμάστηκε με επιμέλεια, επιμονή στη λεπτομέρεια και την καινοτομία, την αυστηρή επιλογή επίκαιρων θεμάτων Χειρουργικών Λοιμώξεων, θα αποτελούσε και η ενεργός συμμετοχή σας.

Εκ μέρους λοιπόν του Διοικητικού Συμβουλίου σας καλώ όλους, στην Αλεξανδρούπολη το τριήμερο 22-24 Οκτωβρίου 2021, ώστε με την θερμή παρουσία σας να συμβάλλετε στην επιτυχία του Συνεδρίου, που αποτελεί την κορυφαία εκδήλωση της εταιρείας μας και επιπλέον να βιώσετε και την θερμή φιλοξενία της Θράκης.

Με Συναδελφικούς Χαιρετισμούς

Απόστολος Καμπαρούδης

Καθηγητής Χειρουργικής Α.Π.Θ.

Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικών Λοιμώξεων

Χαιρετισμός Προέδρων Οργανωτικής Επιτροπής

Αγαπητοί Συνάδελφοι

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής βρισκόμαστε στην ευχάριστη θέση να σας καλέσουμε στο 17^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικών Λοιμώξεων, το οποίο θα πραγματοποιηθεί στην Αλεξανδρούπολη, από 22 έως 24 Οκτωβρίου 2021.

Το Συνέδριο διοργανώνεται από την Α΄ Χειρουργική Κλινική του Τμήματος Ιατρικής του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, μετά από ανάθεση της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικών Λοιμώξεων, υπό την αιγίδα του Τμήματος Ιατρικής του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης και της Ιατρικής Εταιρείας Θράκης.

Αντιλαμβανόμενοι την ιδιαίτερη και βαριά ευθύνη, σας προσκαλούμε και ευελπιστούμε στην υποστήριξη και συμβολή σας, με την μαζική και ενεργό συμμετοχή ειδικών και ειδικευομένων, συμβάλλοντας στην επιτυχή ολοκλήρωση του Συνεδρίου.

Σας προσκαλούμε λοιπόν στην όμορφη Αλεξανδρούπολη, να συζητήσουμε και να αναλύσουμε την μέχρι τώρα γνώση και εμπειρία μας, τους προβληματισμούς αλλά και τις νεότερες εξελίξεις που αφορούν τις Χειρουργικές Λοιμώξεις.

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής σας διαβεβαιώνουμε για την ποιότητα και το υψηλό επίπεδο του επιστημονικού προγράμματος, τη φιλοξενία και το οικογενειακό κλίμα που θα διαπιστώσετε όταν έρθετε.

Ευχαριστούμε θερμά τον Πρόεδρο, Καθηγητή Χειρουργικής κ. Α. Καμπαρούδη και τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικών Λοιμώξεων για την εμπιστοσύνη και την τιμή της ανάθεσης του Συνεδρίου.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Αλέξανδρος Χ. Πολυχρονίδης
Καθηγητής Χειρουργικής

Νικόλαος Δ. Λυρατζόπουλος
Καθηγητής Χειρουργικής

Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικών Λοιμώξεων

Πρόεδρος:	A. Καμπαρούδης
Αντιπρόεδροι:	K. Τούτουζας
Γραμματέας:	N. Σικαλιάς
Ταμίας:	A. Μαρίνης
Μέλη:	K. Αλεξίου K. Βλάχος I. Κουτελιδάκης

Οργανωτική Επιτροπή

Επίτιμος Πρόεδρος:	K. Σιμόπουλος	
Πρόεδροι:	A. Πολυχρονίδης N. Λυρατζόπουλος	
Αντιπρόεδροι:	M. Πιτιακούδης A. Καραγιαννάκης	
Γεν. Γραμματέας:	E. Ευφραιμίδου	
Ειδ. Γραμματέας:	Σ. Μποταΐτης	
Ταμίας:	M. Καρανίκας	
Μέλη:	K. Βλάχος I. Κουγιουμτζή K. Κοφίνα Γ. Μουρουζίδης E. Μπολανάκη	Π. Οικονόμου Σ. Περεντέ K. Ρωμανίδης Χ. Τσαλικίδης

Επιστημονική Επιτροπή

Επίτιμοι Πρόεδροι: **Δ. Βώρος**
Θ. Γερασιμίδης
Ι. Μακρής
Ν. Χαρλαύτης

Πρόεδροι: **Α. Καμπαρούδης**
Κ. Τούτουζας

Μέλη:

Στ. Αγγελόπουλος	Α. Μιχαλόπουλος
Π. Γκανάς	Ε. Μουλούδης
Γ. Γκιόκας	Κ. Μπαλλάς
Ν. Δανιάς	Χ. Παπαβασιλείου
Ι. Εμμανουιλίδης	Β. Παπαδόπουλος
Ε. Ευθυμίου	Ν. Παπαζιώγας
Ι. Κεσίσογλου	Ι. Παρασκευόπουλος
Ι. Κουτελιδάκης	Γ. Σκρουμπής
Κ. Κουτσόπουλος	Α. Τσαρούχα
Ι. Μαντάς	Γ. Χατζημαυρουδής
Γ. Μητσής	

Επιτροπή Κρίσης Εργασιών

Α. Καμπαρούδης
Ν. Λυρατζόπουλος
Α. Πολυχρονίδης

Επιστημονικό Πρόγραμμα



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 22 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2021

16:30-17:00 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Αίθουσα Α'

17:00-18:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ

Συντονιστές: **Μ. Πιτιακούδης, Α. Καραγιαννάκης**

Προδιαγραφές χώρου Χειρουργείου - Αποστείρωσης

Μ. Καρανίκας

Διαδικασίες - ρόλοι Χειρουργικής / Αναισθησιολογικής ομάδας

Σ. Μποταίτης

Προφυλακτική Περιεγχειρητική Διαχείριση Αντιβιοτικών -
Κατευθυντήριες οδηγίες

Χ. Τσαλικίδης

Προφυλακτική Περιεγχειρητική διαχείριση Αντιβιοτικών σε
ειδικές ομάδες ασθενών

Κ. Ρωμανίδης

Αίθουσα Β'

17:00-18:30 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Μ. Καρανίκας, Κ. Ρωμανίδης**

Αρ. Ανακοινώσεων: ΕΑ1-ΕΑ5 (σελ. 24-28)

18:30-20:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Ο ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.
Συντονιστές: **Σ. Στεργιόπουλος, Ε. Μουλούδη**

Διαχείριση σηπτικού χειρουργικού ασθενή στη ΜΕΘ
Κ. Μουρατίδου

Source control-ενδείξεις ανοικτής κοιλίας
Π. Γιαννόπουλος

Διαχείριση αντιβιοτικών στον βαρέως πάσχων Χειρουργικό ασθενή
Σ. Παπαδόπουλος

Τριτογενής Περιτονίτιδα. Διάγνωση-Διαχείριση- Αντιμετώπιση
Α. Μαρνέρη

18:30-20:00 **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
Προεδρείο: **Κ. Μουρατίδου, Π. Γιαννόπουλος**
Αρ. Poster: AA1-AA14 (σελ. 44-58)

20:00-21:00 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**
Προσφωνήσεις
Εναρκτήρια Ομιλία
Προεδρείο: **Α. Καμπαρούδης, Ν. Λυρατζόπουλος**

Εξελίξεις στον τομέα των Χειρουργικών Λοιμώξεων τις τελευταίες δεκαετίες. Ο ρόλος της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικών Λοιμώξεων
Δ. Βώρος

Αίθουσα Α'

09:00-10:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΠΛΕΓΜΑΤΩΝ - ΝΕΩΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Συντονιστές: **Ι. Μαρούλης, Γ. Χατζημαυρουδής**

Λοίμωξη πλεγμάτων: επιδημιολογικά δεδομένα-επιπτώσεις-
προδιαθεσικοί παράγοντες

Γ. Χριστοδουλίδης

Διάσωση επιμολυσμένου πλέγματος: είναι εφικτή και υπό ποιες
προϋποθέσεις;

Κ. Μπουχάγερ

Αποκατάσταση των κοιλιακών τοιχωμάτων μετά την αφαίρεση
επιμολυσμένου πλέγματος: σε ένα ή δύο στάδια, με ή χωρίς
πλέγμα;

Γ. Κοτορένη

Αίθουσα Β'

09:00-10:00 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Γ. Χριστοδουλίδης, Μ. Νικολακέας**

Αρ. Ανακοινώσεων: ΕΑ6-ΕΑ9 (σελ. 29-32)

Αίθουσα Α'

10:00-10:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Α. Πολυχρονίδης, Α. Μιχαλόπουλος**

Λοίμωξη και Τραύμα

Χ. Γεωργίου

Αίθουσα Β'

10:00-10:30 **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Χ. Τσαλικίδης, Α. Λαρεντζάκης**

Αρ. Poster: ΑΑ15-ΑΑ25 (σελ. 59-69)

10:30-11:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΟΥΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Συντονιστής: **Α. Μαρίνης, Μ. Καρανίκας**

Μικροβιακή αντοχή. Βασικές γνώσεις για χειρουργούς
Δ. Καραπιέρης

MDR βακτήρια. Θεραπευτικές επιλογές
Α. Νικοπούλου

Στρατηγικές μείωσης της μικροβιακής αντοχής
Δ. Καραπιέρης

Μοριακή διαγνωστική χειρουργικών λοιμώξεων από
πολυανθεκτικά μικρόβια
Μ. Πανοπούλου

10:30-11:30 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
Προεδρείο: **Κ. Κηροπλάστης, Β. Λαγόπουλος**
Αρ. Ανακοινώσεων: ΕΑ10-ΕΑ14 (σελ. 33-42)

11:30-12:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ**

12:00-12:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Δ. Βώρος**

Εντεροατμοσφαιρικά συρίγγια - Τι νεώτερο
Β. Παπαζιώγας

12:30 -13:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

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

Στόχοι ανάνηψης στη χειρουργική σήψη

Κ. Κηροπλάστης

Αρχές ελέγχου σηπτικής εστίας στις ενδοκοιλιακές χειρουργικές λοιμώξεις

Α. Λαρεντζάκης

Διαχείριση αντιβιοτικών στις ενδοκοιλιακές χειρουργικές λοιμώξεις

Γ. Γκουτζιώτης

Διαχείριση ανοικτής κοιλιάς

Σ. Στεργιόπουλος

13:30-14:30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Συντονιστές: **Κ. Μπαλλάς, Χ. Παπαβασιλείου**

1^ο Περιστατικό: Διαχείριση μετεγχειρητικής ενδοκοιλιακής λοίμωξης

2^ο Περιστατικό: Αμοιβαδική εντεροκολίτιδα

14:30-17:00 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ - ΕΚΛΟΓΕΣ

ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

17:00-19:00

ETHICON Εφαρμοσμένη Επιστήμη στην Ορθοπαιδική

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Εφαρμόζοντας την αλλαγή: Η αποτελεσματικότητα της δέσμης μέτρων στην πρόληψη Λ.Χ.Π.

Προεδρείο: **Ι. Κουτελιδάκης, Ν. Λυρατζόπουλος**

Δέσμη μέτρων πρόληψης SSI - Νεότερα Δεδομένα - συστάσεις

A. Καμπαρούδης

Ρωτήστε τον ειδικό

Ράμματα με επικάλυψη Triclosan: Δεδομένα - Συστάσεις

Εξοικονόμηση κόστους ανά ασθενή

B. Λαγόπουλος

Ρωτήστε τον ειδικό

Εφαρμογή της δέσμης μέτρων πρόληψης Λ.Χ.Π - Στρατηγική -

Στόχος - Μέθοδος - Δυσκολίες στην καθημερινή πρακτική

K. Γ. Τούτουζας

Συζήτηση - Ανακεφαλαίωση

18:30-19:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

17:00-18:00

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Συντονιστές: **Ν. Σικαλιάς, Μ. Νικολακέας**

1^ο Περιστατικό: **Δ. Παναγόπουλος**

2^ο Περιστατικό: **Δ. Παναγόπουλος**

19:00-20:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ
ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19**

Συντονιστές: **Ε. Πικουλής, Κ. Βλάχος**

Η επίδραση της πανδημίας στα χειρουργικά επείγοντα περιστατικά
Δ. Παπακωνσταντίνου

Περιεγχειρητική φροντίδα ασθενών με COVID-19
Π. Λυκούδης

Διαχείριση ογκολογικών ασθενών στην εποχή της πανδημίας
του νέου κορωνοϊού COVID-19
Γ. Λιανός

Η επίδραση της πανδημίας στην αντιμετώπιση του πολυτραυματία
Γ. Παππάς Γώγος

09:00-10:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ
(κατευθυντήριες οδηγίες)**

Συντονιστές: **Κ. Τεπετές, Ι. Κουτελιδάκης**

Ταξινόμηση και παθοφυσιολογία λοιμώξεων μαλακών μορίων
Ι. Μαμαλούδης

Διαγνωστική προσέγγιση στις λοιμώξεις μαλακών μορίων
Γ. Χριστοδουλίδης

Συντηρητική αντιμετώπιση λοιμώξεων μαλακών μορίων
Σ. Μεταλλίδης

Χειρουργική προσέγγιση στις νεκρωτικές λοιμώξεις μαλακών μορίων
Μ. Καρανίκας

Εναλλακτική αντιμετώπιση νεκρωτικών λοιμώξεων μαλακών μορίων
Ι. Γαλάνης

10:30-11:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Ν. Λυρατζόπουλος, Μ. Κωνσταντουλάκης**

Σήψη - σηπτική καταπληξία (νεώτερα δεδομένα)
Σ. Μεταλλίδης

11:00-11:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ**

11:30-12:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Β. Παπαδόπουλος, Ε. Ευφραιμίδου**

Αντιμικητιασικά φάρμακα και χειρουργικός άρρωστος
Π. Παναγόπουλος

12:00-13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΘΡΕΨΗ ΣΤΟΝ ΣΗΠΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Συντονιστές: **Ν. Σικαλιάς, Κ. Αλεξίου**

Τεχνητή διατροφή και σηπτικός ασθενής: ποια είναι η βέλτιστη επιλογή

Κ. Κηροπλάστης

Ανοσοδιατροφή στο σηπτικό ασθενή: μύθος ή πραγματικότητα

Α. Ανδρονίκου

ERAS στον σηπτικό ασθενή

Ο. Ιωαννίδης

13:30

Λήξη Συνεδρίου - Συμπεράσματα

Α. Καμπαρούδης, Ν. Λυρατζόπουλος

**Πρόεδροι
Συντονιστές
Ομιλητές**



Πρόεδροι - Συντονιστές - Ομιλητές

Α

Αλεξίου Κ.

Χειρουργός, Γενικός Γραμματέας ΕΧΕ

Ανδρονίκου Α.

Χειρουργός, Γ. Ν. Μυτιλήνης

Β

Βλάχος Κ.

Αναπλ. Καθηγητής Χειρουργικής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική,
Π. Γ. Ν. Ιωαννίνων

Βώρος Δ.

Ομότιμος Καθηγητής Χειρουργικής
ΕΚΠΑ

Γ

Γαλάνης Ι.

Καθηγητής Χειρουργικής Α. Π. Θ.,
Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική
Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Γ. Γεννηματάς»

Γεωργίου Χ.

MD, Ph. D, FACS, F. E. B. S Em. Surg,
Πρόεδρος Εκπαιδευτικού Συμβουλίου
Χειρουργικής Εταιρείας Κύπρου

Γιαννόπουλος Π.

Χειρουργός, Διευθυντής
Γ. Ν. Μεσσηνίας

Γκουτζιώτης Γ.

Χειρουργός,, Ακαδημαϊκός Υπότροφος
Ε' Χειρουργικής Κλινικής,
Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Γώγος Παππάς Γ.

Δντής ΕΣΥ Πανεπιστημιακής
Χειρουργικής Κλινικής του
Π. Γ. Ν. Ιωαννίνων

Ε

Ευφραιμίδου Ε.

Καθηγήτρια Χειρουργικής Τμήμα
Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας
Δ. Π. Θ., Α' Πανεπιστημιακή
Χειρουργική Κλινική,
Π. Γ. Ν. Αλεξανδρούπολης

Ι

Ιωαννίδης Ο.

Χειρουργός, Ακαδημαϊκός Υπότροφος,
Δ' Χειρουργική Κλινική Α. Π. Θ.

Κ

Καμπαρούδης Α.

Καθηγητής Χειρουργικής Α. Π. Θ.,
Διευθυντής Ε' Πανεπιστημιακής
Χειρουργικής Κλινικής,
Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Καραγιαννάκης Α.

Καθηγητής Χειρουργικής Δ. Π. Θ.

Πρόεδροι - Συντονιστές - Ομιλητές

Καρανίκας Μ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής,
Α΄ Χειρουργική Κλινική, Δ. Π. Θ.

Καραπιπέρης Δ.

Γεν. Αρχίατρος, Παθολόγος-
Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Τμήματος
Λοιμώξεων και Βιοπροστασίας
424 ΓΣΝΕ

Κηροπλάστης Κ.

Γενικός Χειρουργός Επιμελητής Β΄,
Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Κοτορένη Γ.

Ειδικευόμενη Χειρουργικής,
Β΄ Χειρουργική Κλινική,
ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς», Τμήμα Ιατρικής,
ΑΠΘ

Κουτελιδάκης Ι.

Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικού
Τμήματος Α. Π. Θ., Β΄ Πανεπιστημιακή
Χειρουργική Κλινική,
Γ. Ν. Θ. «Γ. Γεννηματάς»

Κωνσταντουλάκης Μ.

Καθηγητής Χειρουργικής, Διευθυντής
Β΄ Χειρουργικής Κλινικής,
Γ. Ν. Α «Αρεταίειο»

Λ

Λαγόπουλος Β.

Χειρουργός, Διδάκτωρ ΑΠΘ,
Επιμελητής Γ΄ Χειρουργικής Κλινικής
ΑΠΘ, Π. Γ. Ν. Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Λαρεντζάκης Α.

MD, MSc, PhD, FACS, Χειρουργός -
Peritoneal Surface Surgical Oncology

Λιανός Γ.

Χειρουργός Πανεπιστημιακός
υπότροφος Πανεπιστημιακής
Χειρουργικής Κλινικής του
Π. Γ. Ν. Ιωαννίνων

Λυκούδης Π.

Χειρουργός - Επιστημονικός
Συνεργάτης Γ΄ Πανεπιστημιακής
Χειρουργικής Κλινικής του
Π. Γ. Ν. «Αττικών»

Λυρατζόπουλος Ν.

Καθηγητής Χειρουργικής Δ. Π. Θ.,
Α΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική
Κλινική, Π. Γ. Ν. Αλεξανδρούπολης

Μ

Μαμαλούδης Ι

Χειρουργός, Επιμ. Β΄ Π. Γ. Ν. Λάρισας

Μαρίνης Α.

MD, PhD, Γενικός Χειρουργός,
Επιμελητής Α΄, Α΄ Χειρουργική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

Μαρνέρη Α.

Χειρουργός, ΕΒ ΜΕΘ Ενηλίκων
Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Πρόεδροι - Συντονιστές - Ομιλητές

Μαρούλης Ι.

Καθηγητής Χειρουργικής
Πανεπιστημίου Πατρών, Διευθυντής
Πανεπιστημιακής Χειρουργικής
Κλινικής

Μεταλλίδης Σ.

Αν. Καθηγητής Παθολογίας -
Λοιμωξιολογίας, Α Παθολογική Κλινική
Π. Γ. Ν. Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Μιχαλόπουλος Α.

Καθηγητής Χειρουργικής Α. Π. Θ.,
Δ/ντής Α΄ Προπαιδευτικής
Χειρουργικής Κλινικής,
Π. Γ. Ν. Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Μουλούδη Ε.

Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος,
Συντ Διευθύντρια ΜΕΘ Ενηλίκων
Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Μουρατίδου Χ.

Χειρουργός, ΕΒ ΜΕΘ Ενηλίκων
Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Μπαλλάς Κ.

Καθηγητής Χειρουργικής Α. Π. Θ.,
Ε΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική
Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Ιπποκράτειο»

Μποταΐτης Σ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής,
Α΄ Χειρουργική Κλινική, Δ. Π. Θ.

Μπουχάγερ Κ.

MD, MSc, PhD Επιμελητής Γενικός
Χειρουργός Π. Π. Γ. Ν. Πατρών

N

Νικολακάς Μ.

Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ

Νικοπούλου Α.

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος,
Επιμελήτρια Α, Παθολογική Κλινική
Π. Γ. Ν. Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Π

Παναγόπουλος Δ.

Χειρουργός, Επιμ. Β΄ ΓΝ Μεσσηνίας

Παναγόπουλος Π.

Αν. Καθηγητής Παθολογίας -
Λοιμωξιολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική
Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

Πανοπούλου Μ.

Αν. Καθηγήτρια Μικροβιολογίας,
Επιστημών Υγείας, ΔΠΘ, Διευθύντρια
Εργαστηρίου Μικροβιολογίας και
Εργαστηρίου Ελέγχου και Αναφοράς
Ειδικών Λοιμώξεων Δ. Π. Θ.,
Π. Γ. Ν. Αλεξανδρούπολης

Παπαβασιλείου Χ.

MD, PhD, Χειρουργός, Αν. Συντονιστής
Διευθυντής, Χειρουργικό Τμήμα,
Γ. Ν. Θ. «Παπαγεωργίου»

Παπαδόπουλος Β.

Καθηγητής Χειρουργικής Α. Π. Θ.,
Διευθυντής Α΄ Χειρουργικής Κλινικής,
Γ. Ν. Θ. «Παπαγεωργίου»

Πρόεδροι - Συντονιστές - Ομιλητές

Παπαδόπουλος Σ.

Χειρουργός - Εντατικολόγος, ΜΕΘ
Γ. Ν. Θ «Ιπποκράτειο»

Παπαζιώγας Β.

Καθηγητής Χειρουργικής Α. Π. Θ.,
Διευθυντής Β΄ Χειρουργικής Κλινικής,
Γ. Ν. Θ. «Γ. Γεννηματάς»

Παπακωνσταντίνου Δ.

Χειρουργός στη Γ΄ Πανεπιστημιακή
Χειρουργική Κλινική του
Π. Γ. Ν. «Αττικόν»

Πικουλής Ε.

MD, PhD, D. M. C. C., FACS, FEBS
Καθηγητής Χειρουργικής, Διευθυντής
Γ΄ Παν/κής Χειρουργικής Κλινικής,
Π. Γ. Ν «Αττικόν», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,
Professor of Surgery (Adj), USUHS,
Bethesda, MD, USA, Διευθυντής και
Επιστημονικά Υπεύθυνος του ΠΜΣ
«Παγκόσμια Υγεία - Ιατρική των
Καταστροφών»

Πιτιακούδης Μ.

Διευθυντής της Β΄ Πανεπιστημιακής
Χειρουργικής Κλινικής του Π. Γ. Ν.
Αλεξανδρούπολης,
Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Δ. Π. Θ.

Πολυχρονίδης Α.

Καθηγητής Χειρουργικής Δ. Π. Θ.,
Διευθυντής Α΄ Πανεπιστημιακής
Χειρουργικής Κλινικής, Π. Γ. Ν.
Αλεξανδρούπολης, Πρύτανης Δ. Π. Θ.

Ρ

Ρωμανίδης Κ.

Καθηγητής Χειρουργικής Δ.Π.Θ.,
Β΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική
Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Σ

Σικαλιάς Ν.

Χειρουργός, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ,
Χειρουργική Κλινική Γ. Ν. Μεσσηνίας

Στεργιόπουλος Σ.

Αναπληρωτής Καθηγητής
Χειρουργικής ΕΚΠΑ,
Γ. Ν. Α. «Ιπποκράτειο»

Τ

Τεπετές Κ.

MD, ScD, FACS, FEBS (SurgOncol)
Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής
Ιατρικού Τμήματος ΠΘ

Τούτουζας Κ.

Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ, Α΄
Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική,
Γ. Ν. Α. «Ιπποκράτειο»

Τσαλικίδης Χ.

Επ. Καθηγητής Χειρουργικής, Β΄
Χειρουργική Κλινική, Δ. Π. Θ.

X

Χατζημαουρουδής Γ.

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ,
Γ. Ν. Θ. «Γ. Γεννηματάς»

Χριστοδουλίδης Γ.

MD, PhD, Χειρουργός, Επιμελητής Α,
Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική
Π. Γ. Ν. Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Τόμος Πρακτικών
Ελεύθερες
Ανακοινώσεις**



ΕΑ1

ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΣΤΟΜΙΑ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΩΣ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Νικόλαος Τσακιρίδης, Γεώργιος Παπατόλιος, Γεώργιος Μαρκόπουλος,
Αθανάσιος Νεστορίδης, Δανάη Συμεωνίδη, Ευαγγελία Δούμκου,
Εμμανουήλ Λιαρμακόπουλος, Κωνσταντίνος Δημάκης
Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «Ελένη Δημητρίου»

Εισαγωγή - Σκοπός: Η χολοκυστίτιδα αποτελεί τη συχνότερη επιπλοκή της χολολιθίασης και ένα πολύ συχνό χειρουργικό επεισόδιο. Η οριστική θεραπεία προϋποθέτει τη χολοκυστεκτομή. Ωστόσο σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς που δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση εναλλακτικές μέθοδοι πρέπει να χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο της σήψης. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της σημασίας της διαδερμικής χολοκυστοστομίας ως μέθοδος διαχείρισης της χολοκυστίτιδας σε ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών σε επαρχιακό νοσοκομείο αποσυμφορώντας τις τριτοβάθμιες νοσοκομειακές δομές.

Υλικό - Μέθοδος: Το τελευταίο έτος, διενεργήθηκαν επιτυχώς συνολικά 5 διαδερμικές χολοκυστοστομίες σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Εξ αυτών οι 3 ολοκληρώθηκαν υπό καθοδήγηση με αξονικό τομογράφο και οι 2 υπό καθοδήγηση με υπέρηχο (4 με κλάσμα εξώθησης <25% και ένας καρκινοπαθής τελικού σταδίου με πολλαπλές μεταστάσεις), όλες με άριστη συνεργασία των ιατρών της Χειρουργικής Κλινικής και του υπεύθυνου ακτινοδιαγνώστη.

Αποτελέσματα: Όλοι οι καθετηριασμοί έγιναν με επιτυχία και χωρίς κάποια επιπλοκή, με ομαλή πορεία νόσου για τους ασθενείς και έχοντας ελέγξει τη σήψη. Όλοι πήραν εξιτήριο από τη Χειρουργική κλινική, αποφεύγοντας τη χειρουργική επέμβαση.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή σύγχρονων και ελάχιστα επεμβατικών πράξεων υπό απεικονιστική καθοδήγηση για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της χολολιθίασης σε επαρχιακό νοσοκομείο είναι επιτακτική καθώς προσφέρει άμεσες, ακριβείς και συχνά σωτήριες ιατρικές υπηρεσίες στον βαρέως πάσχοντα ασθενή στον τόπο του.

EA2

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑΣ FOURNIER ΜΕ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΣΤΟΜΙΑΣ ΕΚΤΡΟΠΗΣ

Αλέξανδρος Βαλαρούτσος, Ισμήνη Παρασκευά, Μπόμπου Ευφροσύνη,
 Γρηγόριος Γαρουφαλής
 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή: Η γάγγραινα Fournier αποτελεί μια πολυμικροβιακή νεκρωτική απονευρωσίτιδα που εντοπίζεται στο περίνεο, περικρωκτικά ή στο όσχεο. Συνήθως προκαλείται λόγω λύσης συνέχειας στο επιθήλιο των ανωτέρω δομών, λειτουργώντας ως πύλη εισόδου μικροοργανισμών. Πρόκειται για μια πολύ σοβαρή νόσο που συνδέεται με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση.

Σκοπός: Θα παρουσιάσουμε την αντιμετώπιση ενός τέτοιου περιστατικού με διενέργεια στομίας εκτροπής σε συνδυασμό με τον χειρουργικό καθαρισμό καθώς και την αποκατάσταση της σε δεύτερο χρόνο σε συνδυασμό με την χρήση δερματικού κρυσταλλικού για την αποκατάσταση του περινέου.

Υλικά και Μέθοδοι: Πρόκειται για έναν ασθενή 60 ετών που προσήλθε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας λόγω γάγγραινας Fournier, με εικόνα σηπτικής καταπληξίας. Η νόσος περιελάμβανε το περίνεο, την περιπρωκτική χώρα και το όσχεο. Αντιμετωπίστηκε άμεσα με χειρουργικό καθαρισμό των περιοχών, με διατήρηση των όρχεων. Λόγω της εκτεταμένης φλεγμονής αποφασίστηκε η διενέργεια στομίας εκτροπής (τελική σιγμοειδοστομία) ώστε να μην αυξάνεται το μικροβιακό φορτίο της περιοχής. Σε δεύτερο χρόνο έγινε η αποκατάσταση του ελλείμματος του περινέου με χρήση δερματικού κρυσταλλικού, ακολούθως αξιολογήθηκε ο σφιγκτηριακός μηχανισμός μέσω μανομετρίας και έπειτα η αποκατάσταση συνέχειας πεπτικού.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Ο ασθενής εμφάνισε ομαλή πορεία μετεγχειρητικά χωρίς διαταραχές στις κενώσεις του. Εξασφαλίστηκε με αυτόν τον τρόπο μια πολύ καλή ποιότητα ζωής. Η διενέργεια στομίας εκτροπής δεν έχει ευρύ ρόλο στον αλγόριθμο αντιμετώπισης της γάγγραινας Fournier, και αφορά κυρίως περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει κάκωση του σφιγκτηριακού μηχανισμού με συνέπεια την ακράτεια. Δεν υπάρχουν αρκετές τυχαίοποιημένες μελέτες για να καθιερωθεί η ευρύτερη χρήση της.

ΕΑ3

ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΥΓΡΟ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟΒΛΗΘΕΝΤΕΣ ΣΕ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ

Σ. Ηλία, Σ. Πολυκάρπου, Γ. Κωνσταντουδάκης, Σ. Σταυρινού, Α. Παπαντωνίου, Χ. Δημητρίου, Α. Ρεμπελάκης, Γ. Μοσχονάς, Μ. Χατζηκώστα
Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος

Εισαγωγή: Υπό φυσιολογικές συνθήκες η χολή είναι συνήθως στείρα μικροβίων. Η παρουσία μικροβίων στη χολή ως προδιαθεσικός παράγοντας για δυσμενή αποτελέσματα στις χολοκυστοπάθειες έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση προδιαθεσικών παραγόντων για τον αποικισμό της χολής από μικρόβια και η ενδεχόμενη σχέση με παρουσία επιπλοκών μετά χολοκυστεκτομή.

Ασθενείς - Μέθοδος: Πάρθηκαν δείγματα χολής από 219 ασθενείς που υποβλήθηκαν είτε σε επείγουσα είτε σε τακτική χολοκυστεκτομή. Το δείγμα εξετάστηκε εντός 3 ωρών από την λήψη. Έγινε καταγραφή των ενδείξεων χειρουργείου, προηγούμενων επεισοδίων χολοκυστίτιδας, συνοσηρότητας, καθώς και των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών. Εν συνεχεία καταγράφηκαν τα αποτελέσματα των καλλιιεργειών και τυχόν μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Αποτελέσματα: Από τους ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα το 50% είχαν θετικές καλλιιεργειες χολής.

Συνολικά, το ποσοστό θετικών καλλιιεργειών ανήλθε στο 30,1% και ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών αυτών ήταν στα 69ετη, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος στους ασθενείς με αρνητικές καλλιιεργειες ήταν τα 57έτη.

Από τους διαβητικούς ασθενείς ποσοστό 50% είχαν θετικές καλλιιεργειες ενώ από τους μη διαβητικούς ποσοστό 24,8%.

Συμπέρασμα: Όπως ήταν αναμενόμενο, υψηλότερο ποσοστό θετικών καλλιιεργειών παρατηρήθηκε στις περιπτώσεις οξείας χολοκυστίτιδας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης η ηλικία και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για αποικισμό της χολής σε ό,τι αφορά τις προγραμματισμένες επεμβάσεις.

ΕΑ4

ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ FOURNIER: ΜΙΑ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΣ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

Ελένη Κιοσσέ, Μάρκος Μάρκου, Ροδόπη Σωτηροπούλου, Κωνσταντινιά Κοφίνα, Μαρία Κακαζάνη, Μιχαήλ Καρανίκας
Α' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Εισαγωγή: Η γάγγραινα Fournier είναι μια σπάνια, νεκρωτική απονευρωσίτιδα των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, των περινεϊκών ή περιπρωκτικών περιοχών, με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στους άνδρες και πολλούς παράγοντες κινδύνου. Η ραγδαία εξέλιξη της νόσου σχετίζεται με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας (20-30%) και οφείλεται τόσο σε αερόβια όσο και σε αναερόβια βακτήρια. Συχνά είναι ιδιοπαθείς ή προέρχονται από περινεϊκές και γεννητικές λοιμώξεις του δέρματος. Επιπλέον, η αυξανόμενη ηλικία και ο επιπολασμός τόσο του διαβήτη όσο και λοιπών ανοσοκατασταλτικών παραγόντων στον πληθυσμό, επιβάλλει την κλινική εγρήγορηση της γάγγραινας Fournier, την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση αντιμετώπιση.

Σκοπός: Βιβλιογραφική ανασκόπηση της νόσου, των παραγόντων κινδύνου, των προγνωστικών δεικτών και των στρατηγικών διαχείρισης. Η ταχύτατη εξέλιξη της λοίμωξης, εκτός από υψηλό ποσοστό θνησιμότητας, μπορεί να οδηγήσει και σε χρόνια συστηματικά συμπτώματα. Ακρογωνιαίος λίθος για τον έγκαιρο περιορισμό της λοίμωξης είναι η πρωταρχική χειρουργική παρέμβαση, το αντιβιοτικό σχήμα και η αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς. Πρόκειται να αναλυθούν οι τρέχουσες στρατηγικές αντιμετώπισης καθώς και τα κριτήρια επιλογής αυτών.

Αποτελέσματα: Η άμεση θεραπεία με αντιβιοτικά ευρέως φάσματος και η επείγουσα χειρουργική αφαίρεση του νεκρωτικού ιστού είναι οι βασικές διαχειριστικές αρχές της νόσου. Επικουρικά, η χρήση υπερβαρικού οξυγόνου είναι αμφιλεγόμενη ενώ η συσκευή εφαρμογής συνεχούς αρνητικής πίεσης κερδίζει συνεχώς έδαφος. Ωστόσο, η έλλειψη τυχαιοποιημένων μελετών περιορίζει τη χρήση τους, ως πιθανά θεραπευτικά μέσα, σε μη επιπλεγμένους ασθενείς ανταποκρινόμενους στη συμβατική αντιμετώπιση.

Συμπέρασμα: Η γάγγραινα Fournier παραμένει ένα χειρουργικό επείγον με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και η επιθετικότητα της λοίμωξης θέτει ως επιτακτική ανάγκη την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση χειρουργική επέμβαση.

EAS

ΣΟΒΑΡΗ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΣΗΨΗ - ΠΟΙΑ Η ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΕΡΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΛΑΠΑΡΑΤΟΜΙΑ; ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΣΦΑΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Δέσπω Ευριπίδου, Γεώργιος Κωνσταντουδάκης, Στέλλα Σταυρινού, Στέλιος Ηλία, Νικόλαος Κωνσταντίνου, Αριστοτέλης Ρεμπελάκης, Γεώργιος Ευαγγέλου, Μαρία Ησαΐα, Μαρία Χατζηκώστα

Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος

Εισαγωγή: Η αντιμετώπιση της σοβαρής ενδοκοιλιακής σήψης αποτελεί ακόμη και σήμερα αντικείμενο μελετών, σχετικά με την καταλληλότερη τακτική μετά την αρχική λαπαροτομία. Οι επικρατέστερες είναι είτε η οριστική σύγκλειση της κοιλίας με συρραφή και ακολούθως λαπαροτομία κατ'επίκληση, είτε η προσωρινή σύγκλειση κοιλίας υπό αρνητική πίεση με προγραμματισμένη επαναληπτική λαπαροτομία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης είναι η καταγραφή της θνητότητας, των επιπλοκών και της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών που χειρουργήθηκαν στην κλινική μας για ενδοκοιλιακή σήψη.

Ασθενείς - Μέθοδος: Από τον Ιανουάριο του 2020 μέχρι τον Ιανουάριο του 2021, υπεβλήθησαν σε επείγουσα λαπαροτομία 72 ασθενείς. Από αυτές, δεν συμπεριλήφθησαν όσες αφορούσαν σε τραύμα, διάτρηση ανωτέρου πεπτικού, εντερική απόφραξη, ισχαιμία χωρίς διάτρηση, αιμορραγία ανώτερου πεπτικού ή μετεγχειρητική αιμορραγία. Άλλες ενδοκοιλιακές λοιμώξεις όπως οξεία χολοκυστίτιδα και σκωληκοειδίτιδα χωρίς πυώδη περιτονίτιδα αποκλείστηκαν επίσης. Συνολικά 18 ασθενείς υπεβλήθησαν σε λαπαροτομία λόγω σοβαρής ενδοκοιλιακής σήψης.

Αποτελέσματα: Σε 14 ασθενείς (ομάδα Α) έγινε οριστική σύγκλειση κοιλίας, ενώ στους υπόλοιπους 4 ασθενείς (ομάδα Β), έγινε προσωρινή σύγκλειση υπό αρνητική πίεση, με κριτήριο τον μη αποτελεσματικό έλεγχο της σήψης. Ο μέσος όρος ηλικίας στην ομάδα Α ήταν τα 74,21 έτη ενώ στην Β τα 54,25 έτη.

Το WSESSSS σκορ κυμαινόταν από 7 έως 15 στην ομάδα Α και από 9 έως 12 στην ομάδα Β.

Η διαφορά στη θνητότητα μεταξύ των δύο ομάδων ήταν στατιστικώς σημαντική (50% στην Α και 25% στη Β με $p\text{-value}=0.0039$).

Συμπέρασμα: Η χαμηλότερη θνητότητα στην ομάδα Β πιθανώς οφείλεται στον μικρότερο μέσο όρο ηλικίας των ασθενών και στην αναδρομική φύση της μελέτης.

Η διαχείριση ασθενών με ενδοκοιλιακή σήψη αποτελεί ακόμη αντικείμενο μελετών. Η διενέργεια πολυκεντρικών τυχαιοποιημένων προοπτικών μελετών είναι αναγκαία ώστε να εξαχθούν τεκμηριωμένα συμπεράσματα.

ΕΑ6

ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΜΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Δημήτριος Βούρος, Μάξιμος Φρούντζας, Θεοδωρόπουλος Χαράλαμπος, Γεωργία Ματθαίου, Γεωργία Δουλάμη, Σπυρίδων Στεργιόπουλος, Γεώργιος Ζωγράφος, Κωνσταντίνος Τούτουζας

1^η Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Αθηνών "Ιπποκράτειο", Αθήνα

Σκοπός: Η εκτίμηση της πιθανότητας η λοίμωξη σχετιζόμενη με καθετήρα κεντρικής γραμμής να αποτελεί την αληθινή αιτία μετεγχειρητικού πυρετού

Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική ανάλυση δεδομένων 113 ασθενών της Πανεπιστημιακής Χειρουργικής Κλινικής με υποψία πυρετού σχετιζόμενου με καθετήρα κεντρικής γραμμής. Επί εμπυρέτου στους ασθενείς αυτούς, η κεντρική γραμμή αφαιρούταν και το άκρο της αποστέλλονταν για καλλιέργεια μαζί με καλλιέργειες αίματος από περιφερική φλέβα. Συλλέχθηκαν τα δημογραφικά δεδομένα και τα κλινικά ευρήματα των ασθενών αυτών τα οποία και αναλύθηκαν σε συνδυασμό με τις καλλιέργειες αίματος.

Αποτελέσματα: Μετεγχειρητικός πυρετός εμφανίστηκε την 6η μετεγχειρητική ημέρα (εύρος 1-15). Αληθής πυρετός οφειλόμενος σε κεντρική γραμμή επιβεβαιώθηκε σε 35 ασθενείς (31%). Σε μονοπαραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, η μετεγχειρητική ημέρα, η εμφάνιση ρίγους και το ερύθημα στο σημείο εισόδου σχετίζονταν στατιστικώς σημαντικά με εμφάνιση λοίμωξης από κεντρική γραμμή. Επί απουσίας ρίγους και ερυθήματος, η πιθανότητα το εμπύρετο να οφείλεται στην κεντρική γραμμή υπήρξε μόλις 25% μετά την 21η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπεράσματα: Η λοίμωξη καθετήρα κεντρικής γραμμής φαίνεται να υπερεκτιμάται ανάμεσα στους μετεγχειρητικούς ασθενείς. Επί εμπυρέτου και επί απουσίας των ανωτέρω παραγόντων, οι κλινικοί ιατροί οφείλουν να αναζητήσουν άλλα αίτια που οδηγούν σε μετεγχειρητικό εμπύρετο.

EA7

ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ VAC ΣΤΗ ΔΙΑΣΩΣΗ ΕΠΙΜΟΛΥΣΜΕΝΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ

Αριάδνη Φούζα, Ελισσάβητ Συμεωνίδου, Μιχαήλ Μαργαρίτης, Σταύρος Νείρος, Γεώργιος Παπαδόπουλος, Ιωάννης Γκουτζιώτης, Παναγιώτης Πετράς, Απόστολος Καμπαρούδης
Ε' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο ΓΝΘ

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις που σχετίζονται με το πλέγμα είναι μία επιπλοκή που επιβαρύνει τη μετεγχειρητική πορεία των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε πλαστική αποκατάσταση. Μέχρι πρότινος, αντιμετωπίζονταν με χειρουργική αφαίρεση του πλέγματος, η οποία σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα. Η χρήση των συσκευών VAC είναι μια εναλλακτική στην αντιμετώπιση αυτών των λοιμώξεων, χωρίς την ανάγκη αφαίρεσης του πλέγματος. Με την εφαρμογή αρνητικής πίεσης, απομακρύνεται το εξίδρωμα και ενισχύεται η νεοαγγείωση και επανεπιθηλιοποίηση του τραύματος. Οι εν λόγω συσκευές υπερτερούν έναντι των συμβατικών μέσων περιποίησης τραυμάτων, όσον αφορά την ταχύτητα επούλωσης.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην ανασκόπηση της τρέχουσας βιβλιογραφίας και στην παρουσίαση τριών σχετικών περιστατικών από την Ε' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ.

Υλικό και μέθοδοι: Κατά την διετία 2020-2021 αντιμετωπίσαμε τρεις περιπτώσεις λοίμωξης του συνθετικού πλέγματος μετά από επέμβαση αποκατάστασης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης. Προτιμήθηκε η συντηρητική αντιμετώπιση, με εφαρμογή συσκευών VAC και χορήγηση στοχευμένης αντιβίωσης. Οι ασθενείς έλαβαν εξιτήριο και συνέχιζαν να επισκέπτονται το νοσοκομείο για τις αλλαγές της συσκευής.

Αποτελέσματα: Και στις τρεις περιπτώσεις ολοκληρώθηκε η επούλωση του τραύματος και η λοίμωξη αντιμετωπίστηκε με επιτυχία, χωρίς την ανάγκη χειρουργικής αφαίρεσης του πλέγματος. Συμπερασματικά, η χρήση του VAC είναι μια εναλλακτική θεραπευτική επιλογή χαμηλού κινδύνου που επιτρέπει τη διάσωση του πλέγματος.

ΕΑ8

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΣΕ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος¹, Δημήτριος Αλεξανδρής¹, Χρήστος Ζερδαλής¹,
Ελένη Κρανιωτάκη²

¹ Ογκολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός»

² Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η περιγραφή των παθογόνων στις μικροβιαίμιες, που σχετίζονται με ύπαρξη κεντρικής γραμμής port σε ένα ογκολογικό τμήμα.

Υλικό & Μέθοδοι: Την περίοδο Σεπτέμβριος 2015 - 2021, πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη των μικροβιαμιών, σε ογκολογικούς ασθενείς, με κεντρικό καθετήρα τύπου port. Τα περιστατικά κατεγράφησαν σύμφωνα με τα κριτήρια του CDC (Center for Disease Control). Με τη βοήθεια των ιατρικών φακέλων αναζητήθηκαν, τα χαρακτηριστικά των περιστατικών, και οι απομονωθέντες μικροοργανισμοί.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των 65 κεντρικών καθετήρων καταγράφηκαν 25 περιστατικά και απομονώθηκαν 24 παθογόνα. Κατά φθίνουσα συχνότητα απομονώθηκαν ; Gram αρνητικά βακτήρια (19%), Εντεροβακτηριοειδή (25%), Gram θετικά βακτήρια (35%), Μύκητες(21%). Τα παθογόνα, που απομονώθηκαν, πιο συχνά ήταν: *Klebsiella spp*, *Acinetobacter Baumannii*, *Candida spp*, *Enterococci* , *Pseudomonas aeruginosa*, *E Coli*. Συχνότερα, τα gram + βακτήρια με επικράτηση του *Staphylococcus aureus*. Από τα απομονωθέντα στελέχη *Acinetobacter*, κατεγράφησαν πολυανθεκτικές μορφές σε ασθενείς με επιμηκυσμένες νοσηλείες και η *Pseudomonas aeruginosa*, σε ασθενείς, με παραμονή σε τμήματα εκτός ογκολογικής μονάδος αλλά καταγεγραμμένες νοσηλείες σε άλλα νοσοκομεία σε επείγουσα βάση και τα εντεροβακτηριοειδή σε ογκολογικούς ασθενείς με σύγχρονη παρουσία και καθετήρων παροχέτευσης ασκιτη/στομιών.

Συμπεράσματα: Η μελέτη ανέδειξε διαφορές στην κατανομή των παθογόνων σε καρκινοπαθείς με port, ανάλογα με τα τμήματα νοσηλείων τους και συνυπάρχοντες λόγους μικροβιακών επιλοιώξεων. Τα δεδομένα, μπορούν να κατευθύνουν στην ευαισθητοποίηση πληρέστερου ελέγχου ασθενων, που έχουν νοσηλείες σε διαφορετικά τμήματα και στη σωστή εμπειρική αντιμετώπιση. Η δημιουργία και λήψη δέσμης μέτρων για την πρόληψη αυτών είναι επιβεβλημένη.

ΕΑ9

ΝΕΚΡΩΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ: ΠΟΣΟ ΒΕΛΤΙΩΣΑΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΑΣ

Αρετή Κατσούδα, Ελισάβετ Συμεωνίδου, Σάββας Τσαραμανίδης, Μαρία Πατούλια, Ιωάννης Γκουτζιώτης, Παναγιώτης Πετράς, Απόστολος Καμπαρούδης
Ε΄ Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Οι νεκρωτικές λοιμώξεις των μαλακών μορίων χαρακτηρίζονται από κεραυνοβόλο ιστική καταστροφή, σημεία συστηματικής τοξικότητας και υψηλή θνησιμότητα.

Σκοπός της μελέτης είναι η αναφορά και συζήτηση των προβληματισμών που εγείρονται στη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου και πόσο βελτιώθηκαν οι δείκτες ποιότητας μέσα από την παρουσίαση των ασθενών που αντιμετωπίσαμε τα τελευταία 18 έτη.

Υλικό και μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ασθενών με νεκρωτικές λοιμώξεις μαλακών μορίων που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας από το 2003 έως και σήμερα. Οι μεταβλητές που μελετήθηκαν περιλαμβάνουν: δημογραφικά στοιχεία, εντόπιση της λοίμωξης, παράγοντες κινδύνου, θεραπευτική προσέγγιση, νοσηλεία και έκβαση.

Αποτελέσματα: Αντιμετωπίσαμε 42 ασθενείς με νεκρωτικές λοιμώξεις μαλακών μορίων, εκ των οποίων 20 άνδρες και 22 γυναίκες. Η ηλικία των ασθενών κυμαίνεται από 15 έως 74 έτη. Η εντόπιση της λοίμωξης ποικίλει, με την κοιλιά, το κάτω άκρο και τη μηροβουβωνική περιοχή να αφορούν την πλειονότητα των ασθενών. Ως αιτιολογικοί παράγοντες αναφέρονται η παρακέντηση, η χειρουργική επέμβαση, το τραύμα, η επινέμεση φλεγμονής κοίλου σπλάχνου στα μαλακά μόρια και το ξένο σώμα. Ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρήση ενδοφλέβιων ουσιών, το κάπνισμα, η στεφανιαία νόσος και η κίρρωση του ήπατος αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου. Η αντιμετώπιση όλων των ασθενών περιελάμβανε χειρουργική παρέμβαση και αντιβιοτική αγωγή, ενώ σε ορισμένους ασθενείς τοποθετήθηκε μηχανισμός αρνητικής πίεσης (VAC). Δώδεκα ασθενείς χρειάστηκε να νοσηλευτούν στη ΜΕΘ, εκ των οποίων 6 κατέληξαν.

Συμπεράσματα: Παρά την πρόοδο στις γνώσεις, στην διάγνωση και στις μεθόδους θεραπευτικής παρέμβασης, οι νεκρωτικές λοιμώξεις των μαλακών μορίων συνεχίζουν να χαρακτηρίζονται από υψηλή θνητότητα και νοσηρότητα. Η σωστή και έγκαιρη διάγνωση, η πρώιμη χειρουργική παρέμβαση και η κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία μπορούν να συμβάλουν σε βελτίωση της έκβασης των ασθενών.

EA10

ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ 4 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΚΩΛΗΚΟΙΔΕΚΤΟΜΗ

Κώστας Τεπελένης¹, Χρήστος Στεφάνου², Στέφανος Στεφάνου³,
Γιώργος Παππάς-Γώγος¹, Κωνσταντίνος Βλάχος¹

¹ Χειρουργική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Χειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Φιλιατών, Θεσπρωτία

³ Χειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων 'Γ. Χατζηκώστα', Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η σκωληκοειδεκτομή αυξάνει τον κίνδυνο για συμφυτικό ειλεό του λεπτού εντέρου 200 φορές τον 1^ο χρόνο μετά την επέμβαση, ο οποίος μειώνεται στο εξαπλάσιο στα 30 χρόνια μετά την επέμβαση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό [1].

Παρουσίαση περιστατικού: Ένας άνδρας 16 χρονών παρουσιάστηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναφερόμενο άλγος στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας και εμέτους από διημέρου. Ο ασθενής ανέφερε ένα ιστορικό σκωληκοειδεκτομή προ τεσσάρων ετών. Η κλινική εξέταση ανέδειξε μια μαλακή, διατεταμένη κοιλία χωρίς περιτοναϊσμό. Η αξονική τομογραφία της κοιλίας έθεσε τη διάγνωση του αποφρακτικού ειλεού του λεπτού εντέρου χωρίς σημεία ισχαιμίας, στραγγαλισμού ή περιτονίτιδας. Αρχικά ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Την επόμενη ημέρα ο ασθενής ανέφερε πολύ έντονο πόνο και μια διαγνωστική λαπαροσκόπηση πραγματοποιήθηκε. Διατεταμένες έλικες λεπτού εντέρου με οίδημα και υπεραϊμικές αλλοιώσεις ανευρέθηκαν. Μια σύμφυση που συμπίεζε τον τελικό ειλεό βρέθηκε, η οποία δυστυχώς δεν ήταν ευκρινής λόγω των διατεταμένων ελίκων. Η λαπαροσκόπηση μετατράπηκε σε λαπαροτομία, κατά την οποία η σύμφυση αναγνωρίστηκε, απολινώθηκε και κόπηκε. Ο ασθενής ανάρρωσε ομαλά και πήρε εξιτήριο την 3^η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπεράσματα: Ο συμφυτικός ειλεός μετά από σκωληκοειδεκτομή είναι μια σπάνια αλλά υπαρκτή οντότητα. Σύμφωνα με τις συγκριτικές και τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, η επίπτωση του ειλεού μετά από λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή είναι 1,3% και μετά από ανοικτή σκωληκοειδεκτομή 2,8%. Εάν όμως λάβουμε υπόψη μας μόνο τις συγκριτικές μελέτες, η επίπτωση αυξάνει στο 2,2% μετά από λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή και στο 3,2% μετά από ανοικτή σκωληκοειδεκτομή. Με βάση τις τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, η επίπτωση κυμαίνεται από 1,78-2,9% μετά από λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή και 1,96-3,4% μετά από ανοικτή σκωληκοειδεκτομή [2, 3].

References:

1. Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, Coccolini F, Biffi WL, Ansaloni L et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the

world society of emergency surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg* 2018;13:24.

2. Li X, Zhang J, Sang L, Zhang W, Chu Z, Li X et al. Laparoscopic versus conventional appendectomy--a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Gastroenterol* 2010;10:129.
3. Aziz O, Athanasiou T, Tekkis PP, Purkayastha S, Haddow J, Malinovski V et al. Laparoscopic versus open appendectomy in children: a meta-analysis. *Ann Surg* 2006;243(1):17-27.

EA11

ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΟΣ 16 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Κώστας Τεπελένης¹, Χρήστος Στεφάνου², Στέφανος Στεφάνου³,
Γιώργος Παππάς-Γώγος¹, Κωνσταντίνος Βλάχος¹

¹ Χειρουργική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Χειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Φιλιατών, Θεσπρωτία

³ Χειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων 'Γ. Χατζηκώστα', Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η διάτρηση του παχέος εντέρου μετά από μεταμόσχευση νεφρού είναι μια μείζονα επιπλοκή, η οποία μπορεί να συμβεί ημέρες, εβδομάδες ή και χρόνια μετά τη μεταμόσχευση. Η επίπτωσή της κυμαίνεται από 0,4-2,1% με μια θνητότητα 7,7-44,4%. Η κυριότερη αιτία διάτρησης σε αυτούς τους ασθενείς είναι η εκκολπωματίτιδα με μια επίπτωση 46,2-83,3% [1].

Παρουσίαση περιστατικού: Μια γυναίκα 53 ετών παρουσιάστηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναφερόμενο διάχυτο κοιλιακό άλγος με εμέτους από 8ώρου. Η ασθενής ανέφερε μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη λόγω πολυκυστικής νόσου των νεφρών προ 16 ετών. Η κλινική εξέταση ανέδειξε διάχυτη μυϊκή σύσπαση συμβατή με περιτονίτιδα. Τα ευρήματα της αξονικής κοιλίας περιλάμβαναν ελεύθερο αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, εκκολπώματα του σιγμοειδούς, ρυπαρότητα του επιχώριου λίπους και ελεύθερο υγρό στον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία όπου ανευρέθηκε διάτρηση ενός εκκολπώματος του σιγμοειδούς. Λόγω των ευρημάτων αποφασίστηκε η διενέργεια της επέμβασης Hartmann. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή και εξήλθε την 11^η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση της επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας αποτελεί μια πρόκληση καθώς τα τυπικά σημεία και συμπτώματα ενδέχεται να απουσιάζουν ή να είναι λιγότερο έκδηλα στους μεταμοσχευμένους ασθενείς λόγω της ανοσοκαταστολής. Η αξονική τομογραφία της κοιλίας είναι απαραίτητη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης [1-3]. Παρόλο που η βέλτιστη χειρουργική προσέγγιση είναι αμφιλεγόμενη, οι περισσότεροι χειρουργοί προτιμούν την επέμβαση κατά Hartmann [4]. Η πρόγνωση συσχετίζεται θετικά με την χειρουργική επέμβαση το πρώτο 24ωρο παρά με το είδος της επέμβασης [5].

References:

1. Carson SD, Krom RA, Uchida K, Yokota K, West JC, Weil R 3rd. Colon perforation after kidney transplantation. *Ann Surg.* 1978;188(1):109-113.
2. Lederman ED, Conti DJ, Lempert N, Singh TP, Lee EC. Complicated diverticulitis following renal transplantation. *Dis Colon Rectum.* 1998;41(5):613-618.

3. Hwang SS, Cannom RR, Abbas MA, Etzioni D. Diverticulitis in transplant patients and patients on chronic corticosteroid therapy: a systematic review. *Dis Colon Rectum*. 2010;53(12):1699-1707.
4. Kakavia K, Moris D, Karatza E et al. Intestinal Perforation in Renal Transplant Recipients: A Single Center Experience of 2123 Recipients. *Exp Clin Transplant*. 2016;14(5):497-502.
5. Coccolini F, Catena F, Di Saverio S, Ansaloni L, Faenza A, Pinna AD. Colonic perforation after renal transplantation: risk factor analysis. *Transplant Proc*. 2009;41(4):1189-1190.

EA12

ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ 34 ΕΤΩΝ

Κώστας Τεπελένης¹, Χρήστος Στεφάνου², Στέφανος Στεφάνου³,
 Γιώργος Παππάς-Γώγος¹, Κωνσταντίνος Βλάχος¹

¹ Χειρουργική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Χειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Φιλιατών, Θεσπρωτία

³ Χειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων 'Γ. Χατζηκώστα', Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η διάτρηση των εκκολπωμάτων του παχέος εντέρου απαιτούν επειγούσα χειρουργική επέμβαση. Δύο είναι οι βασικές χειρουργικές επεμβάσεις: Επέμβαση κατά Hartmann και η εκτομή με πρωτοπαθή αναστόμωση με ή χωρίς προφυλακτική ειλεοστομία [1, 2].

Παρουσίαση περιστατικού: Ένας άνδρας 34 ετών παρουσιάστηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναφερόμενο διάχυτο κοιλιακό άλγος από 24ώρου. Τα συνοδά συμπτώματα περιλάμβαναν πυρετό, ναυτία και εμέτους. Η κλινική εξέταση ανέδειξε διάχυτη μυϊκή σύσπαση συμβατή με περιτονίτιδα. Τα ευρήματα της αξονικής κοιλίας περιλάμβαναν ελεύθερο αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, εκκολπώματα του σιγμοειδούς, ρυπαρότητα του επιχώριου λίπους και ελεύθερο υγρό στον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία όπου ανευρέθηκαν διάτρηση ενός εκκολπώματος του σιγμοειδούς και ελεύθερο πύον. Διενεργήθηκε σιγμοειδεκτομή και κολο-κολική αναστόμωση χωρίς τη δημιουργία προφυλακτικής ειλεοστομίας. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή και εξήλθε την 7^η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπεράσματα: Η βέλτιστη χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας παραμένει αμφιλεγόμενη. Οι μετα-αναλύσεις των μελετών παρατήρησης καταδεικνύουν μικρότερη θνητότητα και νοσηρότητα μετά από πρωτοπαθή εκτομή και αναστόμωση με ή χωρίς προφυλακτική ειλεοστομία [3, 4]. Αντίθετα οι μετα-αναλύσεις των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών δεν κατόρθωσαν να αναδείξουν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο επεμβάσεων [3-5]. Οι κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν τη διενέργεια επέμβασης Hartmann σε ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση ή με σοβαρή συνοσηρότητα. Αντίθετα σε ασθενείς κλινικά σταθερούς χωρίς συνοσηρότητα, η πρωτοπαθής εκτομή και αναστόμωση με ή χωρίς προφυλακτική ειλεοστομία είναι η προτιμητέα χειρουργική επέμβαση [1, 2].

References:

1. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y et al. 2020 update of the WSES guidelines for the

management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg.* 2020;15(1):32.

2. You H, Sweeny A, Cooper ML, Von Papen M, Innes J. The management of diverticulitis: a review of the guidelines. *Med J Aust.* 2019;211(9):421-427.
3. Halim H, Askari A, Nunn R, Hollingshead J. Primary resection anastomosis versus Hartmann's procedure in Hinchey III and IV diverticulitis. *World J Emerg Surg.* 2019;14:32.
4. Lambrichts DP, Edomskis PP, van der Bogt RD, Kleinrensink GJ, Bemelman WA, Lange JF. Sigmoid resection with primary anastomosis versus the Hartmann's procedure for perforated diverticulitis with purulent or fecal peritonitis: a systematic review and meta-analysis. *Int J ColorectalDis.* 2020;35(8):1371-1386.
5. Bezerra RP, Costa ACD, Santa-Cruz F, Ferraz ÁAB. HARTMANN PROCEDURE OR RESECTION WITH PRIMARY ANASTOMOSIS FOR TREATMENT OF PERFORATED DIVERTICULITIS? SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. *Arq Bras Cir Dig.* 2021;33(3):e1546.

EA13

ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 73 ΕΤΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΑ

Κώστας Τεπελένης¹, Χρήστος Στεφάνου², Στέφανος Στεφάνου³,
 Γιώργος Παππάς-Γώγος¹, Κωνσταντίνος Βλάχος¹

¹ Χειρουργική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Χειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Φιλιατών, Θεσπρωτία

³ Χειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων 'Γ. Χατζηκώστα', Ιωάννινα

Εισαγωγή: Περίπου το 60-70% των ασθενών με συστροφή του σιγμοειδούς εκδηλώνουν οξεία συμπτώματα, ενώ το 33% των ασθενών μπορεί να έχει μια ύπουλη κλινική εικόνα [1].

Παρουσίαση περιστατικού: Ένας άνδρας 73 ετών παρουσιάστηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναφερόμενο κοιλιακό άλγος από 3ημέρου συνοδευόμενο από ναυτία, εμέτους και δυσκοιλιότητα. Το ατομικό ιστορικό του ασθενούς περιελάμβανε καρδιακή ανεπάρκεια με κλάσμα εξώθησης 20%, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με χορήγηση οξυγόνου κατά τη διάρκεια του ύπνου, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η κλινική εξέταση ανέδειξε μια μαλακή, διατεταμένη κοιλία με διάχυτη ευαισθησία χωρίς σημεία περιτονίτιδας. Η αξονική τομογραφία της κοιλίας έθεσε τη διάγνωση της συστροφής του σιγμοειδούς. Μια επείγουσα κολονοσκόπηση διενεργήθηκε, κατά την οποία έγινε ανάταξη της συστροφής και τοποθετήθηκε σωλήνας αερίων άνωθεν του σημείου της συστροφής. Ο ασθενής λόγω της σοβαρής συνοσηρότητας δεν υποβλήθηκε σε εκλεκτική σιγμοειδεκτομή και εξήλθε μετά από 8 ημέρες.

Συμπεράσματα: Η αρχική αντιμετώπιση της συστροφής του σιγμοειδούς είναι η ενδοσκοπική ανάταξη. Η οριστική θεραπεία είναι η χειρουργική επέμβαση καθώς η υποτροπή μετά από ενδοσκοπική ανάταξη είναι 40-50%, με μια αναφερόμενη θνητότητα 25-30% μετά από χειρουργική επέμβαση για υποτροπή συστροφής σιγμοειδούς [2]. Επείγουσα χειρουργική επέμβαση απαιτείται σε περίπτωση αποτυχίας της ενδοσκοπικής ανάταξης και σε παρουσία ισχαιμίας του εντέρου ή περιτονίτιδας [3]. Η θνητότητα μετά από επείγουσα επέμβαση είναι 24% σε σύγκριση με το 6% μετά από εκλεκτική επέμβαση [4]. Ωστόσο, οι περισσότεροι ασθενείς είναι ηλικιωμένοι με σοβαρή συνοσηρότητα. Κατά συνέπεια απαιτείται μεγάλη προσοχή όταν κάποιος προτείνει τη χειρουργική ή μη αντιμετώπιση της συστροφής.

Βιβλιογραφικές αναφορές:

1. Atamanalp SS. Comments on Contemporary Management of Sigmoid Volvulus. J Gastrointest Surg. 2019;23(2):391-392.
2. Le CK, Nahiriak P, Anand S, Cooper W. Volvulus. 2021 May 14. In: StatPearls

- [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.
- Lieske B, Antunes C. Sigmoid Volvulus. 2021 Aug 11. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.
 - Kajihara Y. Sigmoid volvulus: Coffee bean sign, whirl sign. Cleve Clin J Med. 2020;87(2):81-82.

EA14

ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟ CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος, Δημήτριος Αλεξανδρής, Κωνσταντίνος Φολήνας, Χρίστος Ζερδαλής, Γαρύφαλλος Ζάγκας, Αλέξανδρος Δήμο, Μιχαήλ Βασλαματζής
Ογκολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από *Clostridioides difficile* απαντάται σε 20% των περιπτώσεων διαρροϊκού συνδρόμου νοσηλευόμενων ασθενών, συνδεόμενη με επιμηκυσμένη λήψη αντιβιοτικών. Η διάγνωση τίθεται με καλλιέργεια κοπράνων ή ανεύρεση του βακτηριδιακού DNA ή των τοξινών. Το ενδεχόμενο θετικών tests σε άτομο χωρίς συμπτώματα αναφέρεται ως μόνον αποικισμός. Η προληπτική πολιτική συνίσταται σε τήρηση κανόνων ατομικής υγιεινής και χώρων νοσηλείας πολλών ασθενών, στην ορθολογική χρήση αντιβιοτικών. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει χρήση metronidazole, vancomycin ή του νεότερου παράγοντα fidaxomicin. Η χρήση των προβιοτικών και ενδεχόμενα η νεότερη τακτική της μεταμόσχευσης του εντερικού μικροβιωματος, φαίνεται να μειώνει ισχυρά τον κίνδυνο υποτροπών. Η ανεύρεση του κλωστηριδίου σε Ογκολογικούς ασθενείς, απαιτεί αποκλεισμό άλλων παραγόντων εμπλεκόμενων στην πρόκληση διαρροϊκών (τοξικότητα χημειοθεραπείας, ανοσοθεραπευτική κολίτιδα, ακτινοθεραπεία) και απαιτεί άμεση επίλυση και διαχείριση, προς αποφυγή αναβολών της προγραμματισμένης θεραπείας τους, ή μείωση κινδύνων μείζονος τοξικότητας εξ αυτού πχ μεγάκολο ή σπητικά επεισόδια.

Σκοπός: Αναδρομικά μελετήθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι ασθενών ογκολογικού τμήματος υπό συνεχιζόμενη χημειοθεραπεία και κατεγράφησαν τα των χαρακτηριστικά περιστατικών διαρροϊκού συνδρόμου με απομόνωση κλωστηριδίου *Difficile* και της αντιμετώπισής τους, μεταξύ 1/1/2018 -31/12/2020.

Αποτελέσματα: Μεταξύ 246 ογκολογικών ασθενών με καταγεγραμμένα επεισόδια επαναλαμβανόμενων επεισοδίων διαρροϊκού συνδρόμου, 35 περιπτώσεις λοίμωξης από *C.d* απομονώθηκαν. Υπήρχαν διαπιστευμένα θετικά δείγματα κοπράνων για τοξίνη (A+B) και θετικό test για τοξίνη σε όλα. Η βασική νόσος ήταν καρκίνωμα όλων των ιστολογιών και καμιά καταγεγραμμένη λοίμωξη δεν είχε συνδεθεί με προηγηθείσα θεραπεία, ακτινοβολία ή ανοσοθεραπεία ή κάποιον ενοχοποιούμενο για πρόκληση διαρροϊκών χημειοθεραπευτικό παράγοντα.

Οι άνδρες ήταν 23 και 12 γυναίκες. Σε όλους είχε προηγηθεί χημειοθεραπεία, χωρίς να έχει υπάρξει ουδετεροπενία ή να έχει αποδοθεί η διάρροια σε κυτταροτοξικό φάρμακο. Σε 21 περιπτώσεις κατεγράφη προηγούμενη χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής με κεφαλοσπορίνες, για διάφορους λόγους. Σε καμιά περίπτωση,

δεν υπήρξε εκ της χορηγούμενης ανοσοθεραπείας κολίτιδα, ως ανοσολογική παρενέργεια και διαρροϊκό σύνδρομο ανεπιτυχώς διαχειρισθέν, που ενεπλάκη με λοίμωξη από *Cl Dif*. Η λοίμωξη από *C.d.* αντιμετωπίστηκε με Vancomycin από στόματος, μετρονιδαζόλη ή Dificlir σε ανθεκτικές περιπτώσεις, δοσολογία και διάστημα προβλεπόμενο βάση οδηγού Λοιμώξεων. Επαναμόλυνση από *C.d.* δεν παρατηρήθηκε σε καμιά περίπτωση και κανένας εκ των ασθενών δεν κατέληξε από την επιβεβαιωμένη λοίμωξη.

Συμπεράσματα

1. Τα επεισόδια λοίμωξης από *C.d.* δε σπανίζουν σε ογκολογικούς ασθενείς υπό ενεργό θεραπεία
2. Εμπύρετη ουδετεροπενία ή ενδο-νοσοκομειακή λοίμωξη από *C.d.* δεν παρατηρήθηκε σε καμία από τις καταγραφές μας
3. Προηγούμενη χορήγηση Αντιβιοτικής αγωγής ενέχεται στις πλείστες των περιπτώσεων λοίμωξης εκ *C. D*
4. Θάνατοι από λοίμωξη από *C.d.* δεν κατεγράφησαν στον πληθυσμό μελέτης μας.

**Τόμος Πρακτικών
Αναρτημένες
Ανακοινώσεις**



AA1

ΤΟ ΞΗΡΟ ΦΑΤΝΙΟ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΞΑΓΩΓΗΣ ΟΔΟΝΤΟΣ

Ευαγγελία Συρακούλη¹, Αργυρώ Συρακούλη²

¹Τμήμα Οδοντιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

²Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Οι πιο γνωστές επιπλοκές κατόπιν εξαγωγής ενός δοντιού είναι ο πόνος, η αιμορραγία, το οίδημα, το αιμάτωμα, η λοίμωξη, το επώδυνο μετεξακτικό φατνίο, η πολτώδης φατνίτιδα και το ξηρό φατνίο. Η παρούσα εργασία ασχολείται με την τελευταία επιπλοκή.

Σκοπός: Ο ορισμός του ξηρού φατνίου, η παρουσίαση των παραγόντων κινδύνου, των συμπτωμάτων και των τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισής του.

Υλικά- Μέθοδοι: Ανασκόπηση της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Ξηρό φατνίο ή ινωδολυτική φατνίτιδα εμφανίζεται συνήθως 2 μέρες μετά την εξαγωγή και διαρκεί 2 εβδομάδες. Είναι η απομάκρυνση του αιμοπύγματος από το μετεξακτικό φατνίο, που οδηγεί σε δυσσομία, έντονο πόνο στην περιοχή της εξαγωγής που δεν υποχωρεί με τα συνήθη αναλγητικά και καθυστέρηση στην επούλωση του τραύματος. Βασικότεροι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα, οι κακοί χειρουργικοί χειρισμοί, οι εξαγωγές στην οπίσθια περιοχή της κάτω γνάθου και η μόλυνση του τραύματος. Νεότερες έρευνες δείχνουν πως στην εμφάνισή του ίσως εμπλέκονται και ορισμένα βακτήρια. Για να προληφθεί συνιστώνται η αποφυγή του καπνίσματος και η εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής από τον ασθενή, καθώς και προσεκτικοί χειρισμοί και καλή περιποίηση του τραύματος και σε κάποιες περιπτώσεις η συρραφή του από τον θεράποντα. Αν συμβεί, αντιμετωπίζεται με επιμελή καθαρισμό και συχνές αλλαγές γαζών ιωδοφορμίου στο μετεξακτικό φατνίο.

Συμπεράσματα: Το ξηρό φατνίο αποτελεί μετεξακτική επιπλοκή που μπορεί να προληφθεί, οπότε μειώνεται η ταλαιπωρία του ασθενούς και του θεράποντος. Οι πιο ασφαλείς τρόποι πρόληψης είναι η προεγχειρητική λήψη καλού ιστορικού και οι λεπτομερείς μετεγχειρητικές οδηγίες που θα δοθούν στον ασθενή.

AA2

ΤΟ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟ ΟΞΥΓΟΝΟ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

Διονύσιος Πρεβεζάνος, Γεώργιος Βρανάκης, Αθάνασιος Καρβουντζής
Χειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο όρος λοιμώξεις μαλακών μορίων αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα λοιμώξεων των εν τω βαθύ ,και όχι μόνο, μαλακών ιστών από έναν ή περισσότερους μικροοργανισμούς. Σχετίζεται με υψηλό ποσοστό θνητότητας από 9%-76% και νοσηρότητας, όπως ακρωτηριασμός μέλους, το οποίο εξαρτάται από την άμεση χειρουργική και φαρμακευτική παρέμβαση. Συμπληρωματική θεραπεία με θάλαμο υπερβαρικού οξυγόνου(HBO2) είναι κατά πολλούς αμφιλεγόμενη, στα προαναφερθέντα περιστατικά, με ελλιπή στοιχεία από την παγκόσμια βιβλιογραφία.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρουσίασης μια σειράς πέντε περιστατικών είναι να αναδείξει την θετική επίδραση του θαλάμου υπερβαρικού οξυγόνου στην ίαση των ασθενών αυτών καθώς και στην ελαχιστοποίηση επιπλοκών ,όπως ακρωτηριασμών μελών, νέκρωση δερματικών κρημών και οστικών λοιμώξεων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Προδιαθεσικοί παράγοντες των περιστατικών μας που συνέβαλλαν στην ανάπτυξη αυτών των λοιμώξεων είναι Σακχαρώδης Διαβήτης, Παχυσαρκία, Φλεβικές διαταραχές, Καρδιακή Ανεπάρκεια. Η διάγνωση τεκμηριώθηκε με λήψη καλλιέργειας και αξονική τομογραφία άκρου όπου αναδέχθηκε στις δυο γυναίκες και έναν άνδρα υγρή γάγγραινα ενώ στους άλλους δυο άνδρες υγρή γάγγραινα με συνοδευόμενη οστεομυελίτιδα.

Τα περαστικά αντιμετωπίστηκαν με χειρουργικούς καθαρισμούς και καθημερινή φροντίδα τραύματος με ταυτόχρονη αντιβιοτική αγωγή. Μετά την ύφεση την κλινικής του εικόνας και την βελτίωση των εργαστηριακών εξετάσεων αποστάληκαν στον υπερβαρικό θάλαμο στο Ναυτικό Νοσοκομείο Κρήτης(NNK) για περαιτέρω αντιμετώπιση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση HBO2 σαν συμπληρωματική θεραπεία είχε ως αποτέλεσμα την διατήρηση του μέλους καθώς και την πλήρη επούλωση των τραυμάτων των πέντε(5) περαστικών.

Συμπερασματικά το HBO2 βοήθησε στην αποφυγή ακρωτηριασμού των ασθενών και στην πλήρη ίαση τους και πρέπει να ληφθεί υπόψη η χρήση του για την θεραπεία των ΛΜΜ.

ΑΑ3

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΑΠΟ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΟ

Χρυσάνθη Σιδηροπούλου¹, Ιωάννης Σπέγγος¹, Μαρία Τσιαχρή¹,
 Ευφροσύνη Ευστρατιάδη¹, Γεωργία Βρυώνη², Γεώργιος Χρύσος¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων, «Τζάνειο» Γ.Ν. Πειραιά

² Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η ασπεργίλλωση εγκεφάλου είναι σπάνια, κακής πρόγνωσης μορφή διεισδυτικής ασπεργίλλωσης με θνητότητα πάνω από 90% και αποτελεί πρόκληση στη διάγνωση και θεραπεία.

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού εγκεφαλικού αποστήματος.

Περιγραφή περιστατικού: **Γυναίκα** διαβητική 61 ετών, μονόνεφρος, διακομίσθηκε στην κλινική μας από τη ΜΕΘ, όπου νοσηλεύοταν μετά από καρδιαναπνευστική ανακοπή λόγω σηπτικής καταπληξίας. Κατά τη νοσηλεία της στη ΜΕΘ διαπιστώθηκε σε διαδοχικούς απεικονιστικούς ελέγχους παρουσία βλάβης στα βασικά γάγγλια αριστερά, συμβατή με αιμορραγική εστία. Η ασθενής διακομίσθηκε με θ:38,6°C, GSC:6/15, ισόκορη, με θετικό φωτοκινητικό αντανακλαστικό αμφοτερόπλευρα. Από την λοιπή κλινική εξέταση και εργαστηριακό έλεγχο δεν παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα, πλην CRP:85,4mg/lit. Στα πλαίσια διερεύνησης του εμπυρέτου διενεργήθηκε αξονική εγκεφάλου που αποκάλυψε υπόπυκνη αλλοίωση στην περιοχή των αριστερών βασικών γαγγλίων με περιφερική πρόσληψη σκιαγραφικού διαμέτρου 5,7cm. Τέθηκε η υποψία αποστήματος ή άλλης χωροκατακτητικής βλάβης. Έγινε έναρξη αντιβιοτικής αγωγής με πιπερακιλλίνη / ταζομπακτάμη και μετρονιδαζόλη. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε MRI εγκεφάλου που επιβεβαίωσε την παρουσία περιχαρακωμένης νέκρωσης του εγκεφαλικού παρεγχύματος, εικόνα συμβατή με απόστημα διαμέτρου 5,7cm. Πραγματοποιήθηκε παροχέτευση της βλάβης δια βελόνης υπό νευροπλοήγηση, ενώ εστάλησαν καλλιέργειες και PCR του υλικού, β-D-γλυκάνη και γαλακτομανάνη ορού. Με μοριακή τεχνική απομονώθηκε *Aspergillus spp.*, και έγινε προσθήκη IV βορικοναζόλης. Η ασθενής απυρέτησε με μικρή βελτίωση της νευρολογικής εικόνας. Μετά 4 εβδομάδες έγινε επαναληπτική αξονική εγκεφάλου που έδειξε μείωση της διαμέτρου της βλάβης. Η ασθενής παρά την αρχική βελτίωση απεβίωσε μετά 8 εβδομάδες νοσηλείας λόγω σηπτικής καταπληξίας από βακτηριαιμία.

Συμπεράσματα: Τα αποστήματα εγκεφάλου από ασπέργιλλο έχουν υψηλή θνητότητα και η βορικοναζόλη παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία σε συνδυασμό με νευροχειρουργική παρέμβαση.

AA4

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ΣΤΟΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Χρήστος Τσαλικίδης, Αλέξανδρος Γιάκομο Ζούντντας, Αθανασία Μίτσαλα, Γιασάρ Χασάν, Κωνσταντίνος Ρωμανίδης, Μιχαήλ Πιτιακούδης
Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Το γαστρεντερικό σύστημα του ανθρώπου αποικίζεται από μια ποικιλία μικροβίων, το λεγόμενο εντερικό μικροβίωμα. Ήδη από την αρχαιότητα μεγάλοι φιλόσοφοι, συσχέτισαν τα δεινά των οργανισμού με την τροφή. Τα τελευταία χρόνια ολοένα και περισσότερη προσοχή έχει δοθεί στην ανάλυση και τη κατανόηση της αλληλεπίδρασης αυτού του ανεξάρτητου οικοσυστήματος με τον χειρουργικό ασθενή.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι να αναλύσουμε σε ποιες οικογένειες χωρίζεται το εντερικό μικροβίωμα και σε ποιες ανατομικές δομές φιλοξενείται. Επίσης, ποιοι είναι εκείνοι οι παράγοντες που το επηρεάζουν, ποιος είναι ο απώτερος ρόλος του, πως το επηρεάζει η διατροφή του χειρουργικού άρρωστου και ποια η διατροφική υποστήριξη που θα πρέπει να έχει ο χειρουργημένος ασθενής, ώστε η μικροχλωρίδα του εντέρου να βοηθήσει στην γρηγορότερη αποκατάσταση, πιθανόν περιορίζοντας τις επιπλοκές του χειρουργείου του παχέος εντέρου.

Υλικό και μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus, Google Scholar, Medline. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση των μελετών ήταν: «μικροβίωμα», «παχύ έντερο», «καρκίνος», «κολοορθικός», «διατροφή».

Συμπέρασμα: Η μελέτη αυτού, του επιστημονικά ακόμα αδιερεύνητου, κλάδου θα αποκομίσει περισσότερες πληροφορίες για τη σχέση του με τον υπόλοιπο οργανισμό, τα οφέλη που επιφέρει η υγιεινή και η ισορροπημένη διατροφή, θα απαντήσει στο ερώτημα κατά πόσο το μικροβίωμα επηρεάζεται από τις χειρουργικές παρεμβάσεις στο πεπτικό και στο αν η σωστή διατροφή στους χειρουργικούς ασθενείς δύναται να αποτελεί προληπτική προσέγγιση με σκοπό την μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

AA5

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ FOURNIER-Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΩΝ

Μαρία Παπαδολιοπούλου, Θεόδωρος Σιδηρόπουλος, Ζωή Πετροπούλου, Παναγιώτης Κοκορόπουλος, Νικόλαος Δανιάς, Νικόλαος Μιχαλόπουλος, Νικόλαος Αρκαδόπουλος
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών

Εισαγωγή: Η γάγγραινα Fournier είναι μια πολυμικροβιακή νεκρωτική λοίμωξη μαλακών μορίων που αφορά το περίνεο, την γεννητική και την περιπρωκτική περιοχή. Είναι μια σπάνια και δυνητικά θανατηφόρος νόσος που απαιτεί άμεση χειρουργική θεραπεία. Η εμφάνισής της σχετίζεται με νόσους με ανοσοκαταστολή όπως σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία και κακοήθειες.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της εργασίας είναι μια ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας για τη διαχείριση ασθενών με γάγγραινα Fournier και η παρουσίαση δεδομένων σειράς ασθενών από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών.

Υλικό και Μέθοδοι: Τα δεδομένα μιας σειράς ασθενών από τον Ιανουάριο του 2020 έως τον Ιούλιο του 2021 έχουν αναλυθεί ως προς τη συχνότητα εμφάνισης, τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, τη χειρουργική θεραπεία και τη διαχείριση των ασθενών μετεγχειρητικά καθώς και τη νοσηρότητα και θνητότητα των ασθενών.

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Ο ταχύς και αποτελεσματικός περιορισμός της νεκρωτικής λοίμωξης με χειρουργική εκτομή των νεκρωμάτων και κατάλληλο αντιβιοτικό σχήμα, οδηγεί σε ευνοϊκά αποτελέσματα χωρίς να είναι απαραίτητες ριζικές χειρουργικές θεραπείες.

AA6

ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΣΠΛΗΝΟΣ - ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ Ή ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ;

Δέσπω Ευριπίδου, Γεώργιος Κωνσταντουδάκης, Έλενα Σοφοκλέους, Άντρεα Χαραλάμπους, Χρίστος Δημητρίου, Γεωργία Γεωργίου, Δέσποινα Νικολαΐδου, Μαρία Χατζηκώστα
Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος

Εισαγωγή: Το απόστημα σπληνός αποτελεί μία σπάνια οντότητα που συναντάται σε ποσοστό 0.7% σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Ως εκ τούτου δεν υπάρχουν μέχρι τώρα κατευθυντήριες οδηγίες σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση.

Σκοπός: Η παρουσίαση διαχείρισης ασθενούς με απόστημα σπληνός και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τον καταλληλότερο τρόπο αντιμετώπισης.

Ασθενής - Μέθοδος: Άρρεν 26 ετών προσήλθε με άλγος στην άνω κοιλία και εμπύρετο. Ο ασθενής ήταν σηπτικός (SOFA score 3), έγινε αναζωογόνηση με υγρά και ετέθη εμπειρική αντιβιοτική αγωγή μετά τη λήψη αιμοκαλλιεργιών. Διενεργήθηκε απεικονιστικός έλεγχος (υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία) ο οποίος ανέδειξε ευμεγέθη κυστική αλλοίωση σπληνός. Εντός 48ώρου μετά την εισαγωγή έγινε διαδερμική παρακέντηση υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση η οποία απέδωσε 1.5 λίτρο ρυπαρού υγρού.

Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα πρόσφατα δεδομένα που αφορούν στην διαχείριση αποστημάτων και κυστικών μορφωμάτων σπληνός.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής παρουσίασε κλινική και εργαστηριακή βελτίωση τα επόμενα 24ωρα με πτώση των δεικτών φλεγμονής ενώ ο σωλήνας παροχέτευσης είχε αιματηρό υγρό. Η αιμοκαλλιέργεια και η καλλιέργεια του υγρού παρακέντησης ανέδειξαν E-coli. Παρασιτολογική και καλλιέργεια για οξεάντοχα καθώς και κυτταρολογική από το υγρό ήταν αρνητικές. Οι καρκινικοί δείκτες ορού ήταν αρνητικοί. Επαναληπτική απεικόνιση με αξονική τομογραφία κοιλίας έδειξε μικρή μείωση του μεγέθους του κυστικού μορφώματος.

Η έρευνα της βιβλιογραφίας έδειξε επί το πλείστον αναφορές περιπτώσεων και αναδρομικές καταγραφές μικρών σειρών ασθενών.

Συμπέρασμα: Η συντηρητική αντιμετώπιση αποστήματος σπληνός είναι αποδεκτή θεραπευτική επιλογή, είτε ως οριστική λύση, είτε ως προσωρινή με σκοπό τη βελτίωση του ασθενούς μέχρι την χειρουργική επέμβαση.

AA7

ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΝΤΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Στέλλα Σταυρινού, Γιώργος Κωνσταντουδάκης, Στέλιος Ηλία, Δέσπω Ευριπίδου, Νικόλας Κωνσταντίνου, Γιώργος Ευαγγέλου, Αδάμος Παπαντωνίου, Μαρία Χατζηκώστα
Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος

Εισαγωγή: Η ενδοκοιλιακή φυματίωση, αν και όχι σπάνια στις ενδημικές περιοχές, είναι δύσκολο να διαγνωστεί και συνήθως εκδηλώνεται με κάποια επιπλοκή όπως απόφραξη ή διάτρηση εντέρου.

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενούς που αντιμετωπίστηκε στην Κλινική μας με οξεία κοιλία συνεπεία ενδοκοιλιακής φυματίωσης και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

Ασθενής - Μέθοδος: Πρόκειται για γυναίκα ασθενή 24 ετών ινδικής καταγωγής, η οποία προσήλθε με εικόνα οξείας κοιλίας, ταχύπνοια και ολιγουρία. Αρχικά έγινε αναζωογόνηση με υγρά και έναρξη αντιβιοτικής αγωγής εμπειρικά, αφού ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες. Διενεργήθηκε CT κοιλίας η οποία ανέδειξε στοιχεία συνηγορητικά υπέρ διάτρησης κοίλου σπλάχνου. Από την ακτινογραφία και την αξονική θώρακος διαπιστώθηκαν σπηλαιώδεις αλλοιώσεις ύποπτες για φυματίωση. Η ασθενής εν συνεχεία οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου υπεβλήθη σε λαπαροτομία.

Αποτελέσματα: Στο χειρουργείο ανευρέθη εντερικό περιεχόμενο στην κοιλία και μακροσκοπική εικόνα ενδοκοιλιακής φυματίωσης με ισχαιμία τμήματος ειλεού και διάτρηση σε δύο σημεία. Έγινε τμηματική εντερεκτομή, αναστόμωση και πλύσεις κοιλίας. Η ασθενής παρουσίασε κλινική και εργαστηριακή βελτίωση τα επόμενα 24ωρα. Καλλιέργεια ιστού από την περιτοναϊκή κοιλότητα καθώς και βρογχικών εκκρίσεων, επιβεβαίωσαν τη διάγνωση της φυματίωσης και έγινε έναρξη αντιφυματικής αγωγής.

Η ασθενής είχε ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία και μετεφέρθη σε Φυματιολογική Κλινική για συνέχιση της θεραπείας.

Συμπέρασμα: Η ενδοκοιλιακή φυματίωση, αν και όχι σπάνια σε ενδημικές περιοχές, είναι συνήθως δύσκολο να διαγνωστεί, κάτι που γίνεται εν τέλει όταν παρουσιαστούν συμπτώματα οξείας κοιλίας, παρόλο που η κοιλιά είναι μία από τις πιο κοινές θέσεις εξωπνευμονικής φυματίωσης. Ανεξαρτήτως της χειρουργικής παρέμβασης, οι άρρωστοι χρήζουν πλήρους αντιφυματικής αγωγής.

AA8

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΑΝΟΙΧΤΗ ΚΟΙΛΙΑ ΥΠΟ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΑΤΑ 2^ο ΣΚΟΠΟ ΜΕ ΠΛΕΓΜΑ ΚΑΙ ΜΟΣΧΕΥΜΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Έλενα Σοφοκλέους, Δέσπω Ευριπίδου, Γεώργιος Κωνσταντουδάκης, Ειρήνη Γαλιάτσου, Ελένη Σοφόκλη, Γεωργία Γεωργίου, Μαρία Ησαΐα, Μαρία Χατζηκώστα

Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος

Εισαγωγή: Οι ενδοκοιλιακές λοιμώξεις ορίζονται ως επιπλεγμένες όταν προκαλούν συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση με τελική κατάληξη τη σήψη και έχουν πολύ υψηλή θνητότητα που μπορεί να ανέλθει στο 40%.

Σκοπός: Η παρουσίαση ασθενούς με σοβαρή επιπλεγμένη ενδοκοιλιακή λοίμωξη (Severe Complicated Intra-Abdominal Infection) που αντιμετωπίστηκε στην Κλινική μας με τη μέθοδο προσωρινής σύγκλεισης κοιλίας υπό αρνητική πίεση (Negative Pressure Peritoneal Therapy) και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

Ασθενής - Μέθοδος: Πρόκειται για γυναίκα ασθενή 49 ετών, η οποία μετεφέρθη από άλλο νοσηλευτήριο με διαπύηση χειρουργικού τραύματος, εμπύρετο και ταχύπνοια την 5^η μετεγχειρητική ημέρα μετά γυναικολογική επέμβαση. Απεικονιστικά διαπιστώθηκαν μικρές συλλογές μεταξύ εντερικών ελίκων διαφορετικών πυκνοτήτων και μεγάλη αποστηματική συλλογή υποδιαφραγματικά δεξιά. Αρχικά έγινε αναζωογόνηση με υγρά και έναρξη αντιβιοτικής αγωγής, με σκοπό τη συντηρητική αντιμετώπιση με παρακέντηση της αποστηματικής συλλογής. Η ασθενής παρουσίασε επιδείνωση 24 ώρες μετά, με αύξηση του SOFA score, ενώ συγχρόνως διαπιστώθηκε εκροή εντερικού περιεχομένου από το τραύμα. Ακολούθησε λαπαροτομία όπου ανευρέθησαν, εκτός της αποστηματικής συλλογής, ρυπαρά αιματοπήγματα και πολλαπλά σημεία συρραφής στο λεπτό έντερο καθώς και σημείο διάτρησης. Έγινε εκτομή του πάσχοντος τμήματος και προσωρινή σύγκλειση κοιλίας με NPPT και η ασθενής οδηγήθηκε στη ΜΕΘ.

Αποτελέσματα: Μετά τρεις επαναληπτικές λαπαροτομίες, τοποθετήθηκε απορροφήσιμο πλέγμα με σκοπό την κοκκίωση της κοιλιοστομίας. Συνεχής εφαρμογή NPWT για ένα μήνα επέτρεψε την πλήρη κοκκίωση του τραύματος ώστε να τοποθετηθεί ελεύθερο δερματικό μόσχευμα.

Η ασθενής ακολούθησε εντατική φυσικοθεραπεία και εξήλθε ένα μήνα μετά προς θεραπευτήριο αποκατάστασης.

Συμπέρασμα: Η χρήση NPPT ίσως είναι η μόνη λύση για σύγκλειση κοιλίας σε δύσκολες περιπτώσεις επιπλεγμένης ενδοκοιλιακής λοίμωξης, αρκεί να εφαρμοστεί σωστά την κατάλληλη χρονική στιγμή.

AA9

ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΜΕΚΕΛΕΙΟΥ ΑΠΟΦΥΣΗΣ - ΕΝΤΕΡΟΚΥΣΤΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Νικόλαος Παπαθεοδώρου, Μάρκου Μάρκος, Σωτηροπούλου Ροδόπη, Κακαζάνη Μαρία, Σεμπαχεντίν Περεντέ, Σωτήριος Μποταΐτης, Ιωάννα Κουγιουμτζή

Α' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Άρρεν ασθενής 38 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ με αναφερόμενο κοιλιακό άλγος αρχόμενο από τριών εβδομαδων, ύφεση των συμπτωμάτων και επανέναρξη από διημέρου, χωρίς συνοδό ναυτία ή έμετο. Αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος (θερμοκρασία: 36,7), και ζωτικά σημεία (ΑΠ: 125/80 mm Hg, SaO₂: 97%). Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε κοιλία μετεωρισμένη, έντονη τυμπανικότητα, ενώ κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση διαπιστώνεται έντονη ευαισθησία στο υπογάστριο, δεξιό και αριστερό λαγόνιο βόθρο, με θετικά σημεία Rovsing και McBurney, (εικόνα οξείας χειρουργικής κοιλίας). Ελαττωμένοι εντερικοί ήχοι ακροαστικά. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, με πολυμορφοκυτταρικό τύπο και αυξημένους τους δείκτες φλεγμονής. Απεικονιστικά, σε αξονική άνω-κάτω κοιλίας διαπιστώθηκε περιτονίτιδα και απόστημα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Ο ασθενής την ίδια μέρα οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Ανευρέθει φλεγμαίνουσα και διατρηθείσα από ξένο σώμα (ψαροκόκκαλο), ευμεγέθης Μεκέλειος απόφυση περί τα 80 cm από την ειλεοτυφλική βαλβίδα στέρα συμφυσόμενη με την ουροδόχο κύστη.

ΣΚΟΠΟΣ: Αναφορά ενός σπάνιου περιστατικού εντερο-κυστικού συριγγίου μετά από φλεγμονή της Μεκέλειου απόφυσης από ξένο σώμα που παρουσιάστηκε κλινικο-εργαστηριακά σαν εικόνα οξείας σκληροειδίτιδας.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ακολούθησε τμηματική εντερεκτομή λεπτού (το παρασκεύασμα περιελάμβανε την Μεκέλειο απόφυση και πλαγιο-πλάγια εντερο-έντερο αναστόμωση. Κατά την επισκόπηση του Δουγλασσιού διαπιστώνεται διαφυγή ούρων από το σημείο σύμφυσης της Μεκέλειου με την ουροδόχο. Ακολουθεί συρραφή της οπής και στεγανοποίηση της ουροδόχου κύστης. Πραγματοποιήθηκε ακόμη σκληροειδεκτομή (λόγω υπερτροφίας της σκληροειδούς αποφύσεως). Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς εξελίχθηκε ομαλά.

AA10

ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ- ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΑΣ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΟΣ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Νικόλαος Παπαθεοδώρου¹, Άνθιμος Κεσκίνης², Γεώργιος Βούλγαρης¹, Χαράλαμπος Καφαλής¹, Πάρης Γεωργούλας², Σεμπαχεντίν Περεντέ¹, Σωτήριος Μποταΐτης¹, Ιωάννα Κουγιουμτζή¹

¹ Α' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

² Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διαφυγή σκιαγραφικού στο υποδόριο είναι μία από τις πιο επικίνδυνες και αξιοσημείωτες επιπλοκές που συνοδεύουν την αξονική αγγειογραφία. Η επίπτωση της εξαγγείωσης ιωδιούχου σκιαγραφικού μέσου είναι 0,26% με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία. Οι κλινικές εκδηλώσεις που τη συνοδεύουν είναι από ήπια συμπτώματα μέχρι και ανάπτυξη συνδρόμου διαμερίσματος. Σε τέτοιες περιπτώσεις η χειρουργική εκτίμηση είναι επιβεβλημένη.

ΣΚΟΠΟΣ: Εδώ παρουσιάζουμε έναν άρρεν ασθενή 75 ετών που προσήλθε στο ΤΕΠ με κρίσιμη ισχαιμία του δεξιού κάτω άκρου. Ακολούθησε αξονική αγγειογραφία για την αξιολόγηση της αρτηριακής αιματικής ροής του σκέλους. Βάση αυτής ανεδείχθη απόφραξη της επιπολής μηριαίας αρτηρίας δεξιά και περιφερική αρτηριακή νόσος αμφοτερόπλευρα. Αυτό αποτέλεσε αντένδειξη για οποιαδήποτε προσπάθεια επαναιμάτωσης με σκοπό τη διάσωση του σκέλους. Παραδόξως μετά τη διενέργεια της CTA το δεξί κάτω άκρο άρχισε να έχει σήμα Doppler περιφερικά, στη ραχιαία του ποδός αρτηρία. Η έγχυση του σκιαγραφικού για την CTA έγινε με τη χρήση αυτόματου εγχυτή μέσω του επιπολής φλεβικού δικτύου της ραχιαίας επιφάνειας της δεξιάς άκρας χείρας. Σύντομα μετά την έγχυση ο ασθενής άρχισε να εμφανίζει άλγος στο σημείο της έγχυσης. Κατά τη φυσική εξέταση το χέρι ήταν ωχρο, οίδηματώδες, ερυθματώδες, με τάση και παρουσία φυσαλίδων. Οι σφύξεις σε κερκιδική και ωλένιο είχαν μειωθεί σε ένταση αλλά δεν είχαν εξαφανιστεί πλήρως, ακόμη ο ασθενής παρουσίαζε έκπτωση της επιπολής αισθητικότητας. Το άλγος παρέμεινε για πάνω από έξι ώρες.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού και βιβλιογραφική ανασκόπηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συντηρητική θεραπεία δεν βελτίωσε τα συμπτώματα. Ο ασθενής διαγνώστηκε με σύνδρομο διαμερίσματος και 8 ώρες μετά την έγχυση αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με εσχαροτομές.

AA11

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΙΜΑΤΙΚΗΣ ΡΟΗΣ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ

Ειρήνη - Ευτυχία Μιντουράκη¹, Αλέξανδρος Καρβέλας¹, Αναστασία Γράψα¹, Σεμχ Σινάπ¹, Αθανασία Κουτσίδου³, Ελένη Ευφραιμίδου², Αλέξανδρος Πολυχρονίδης², Μαρία Πανοπούλου^{1,3}

¹ Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

² Α' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

³ Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις αιματικής ροής (ΛΑΡ) είναι μια κοινή πηγή νοσηρότητας και θνητότητας σε νοσηλεύόμενους ασθενείς. Ειδικά στις χειρουργικές κλινικές, η ευαισθησία έπειτα από τις επεμβάσεις, οι χειρουργικές τομές και τα τραύματα αποτελούν συχνά αίτια ΛΑΡ.

Σκοπός: Η μελέτη της επιδημιολογίας των ΛΑΡ από τα είδη *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* και *Pseudomonas aeruginosa* και της ανθεκτικότητάς τους στα αντιμικροβιακά φάρμακα.

Υλικό και Μέθοδοι: Το υλικό της μελέτης μας αποτέλεσαν 1) δεδομένα καλλιέργειών αίματος των χειρουργικών κλινικών του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, για το χρονικό διάστημα Ιούνιος 2016 - Ιούνιος 2020 και 2) οι αντίστοιχες καταγεγραμμένες πληροφορίες τους στο πρόγραμμα «Προκρούστης».

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Κατεγράφησαν 25 περιστατικά ΛΑΡ, με πύλη εισόδου και υπεύθυνα παθογόνα που φαίνονται στον πίνακα 1. Τα ποσοστά ανθεκτικότητας των *A. baumannii*, σε όλες τις κατηγορίες αντιμικροβιακών ουσιών, συμπεριλαμβανομένων των καρβαπενεμών ήταν υψηλά (60-100%), εξαιρουμένων των φωσφομυκίνη και κολιστίνη. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν για τα στελέχη *Kl. pneumoniae*, όπου φαίνεται δραστική και η τιγκεκυκλίνη. Τέλος, δραστικές έναντι των στελεχών *Ps. aeruginosa* ήταν οι ουσίες κεφοταξίμη, αντιψευδομοναδικές πενικιλίνες με αναστολέα, αμινογλυκοσίδες, κινολόνες.

Η παρατηρούμενη αύξηση λοιμώξεων από πολυανθεκτικά παθογόνα, σε συνδυασμό με την έλλειψη δραστικών αντιμικροβιακών παραγόντων αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Καταδεικνύεται η ανάγκη εφαρμογής κατάλληλων μέτρων πρόληψης, συνετής χρήσεως των αντιμικροβιακών φαρμάκων και ανακάλυψη νέων θεραπευτικών επιλογών.

Ανάλογα με την πύλη εισόδου	N (%)
Πρωτοπαθείς	14 (56)
Δευτεροπαθείς	7 (28)
Ενδοαγγειακών καθετήρων	3 (12)
Αδιευκρίνιστες	1 (4)
Ανάλογα με τον υπεύθυνο μικροοργανισμό	
<i>Acinetobacter baumannii</i>	12 (54,55)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	6 (27,27)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4 (18,18)

Πίνακας 1

AA12

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΧΟΛΑΓΓΕΪΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΠΑΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ

Δανάη Κιτζόγλου¹, Ευφροσύνη Ευστρατιάδη¹, Σιδηροπούλου Χρυσάνθη¹,
 Σπέγγος Ιωάννης¹, Ξάνθη Μαρία¹, Βασιλική Μάμαλη², Ολυμπία Ζαρκωτού²,
 Κατίνα Θέμελη-Διγαλάκη², Γεώργιος Χρύσος¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική-Μονάδα Λοιμώξεων, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

² Μικροβιολογικό Τμήμα, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η δημιουργία πυογόνων ηπατικών αποστημάτων είναι εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή λοίμωξης από *Salmonella* και απαιτεί άμεση χορήγηση αντιβιοτικών, καθώς και επεμβατικές μεθόδους, όπως διαδερμική παρακέντηση, διαδερμική παροχέτευση ή χειρουργική αφαίρεση αναλόγως του μεγέθους και εντόπισης των αποστημάτων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της αξίας των νέων μοριακών τεχνικών ταχείας ανίχνευσης παθογόνων που μπορούν να βοηθήσουν στην αποφυγή χειρουργικής αντιμετώπισης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 18 ετών προσήλθε λόγω εμπυρέτου >39°C με ρίγος, σκουρόχρωμα ούρα και ίκτερο. Εργαστηριακά, ανευρέθησαν αυξημένες τιμές δεικτών φλεγμονής, χολοστατικών ενζύμων και υπερχολερυθριναιμία. Κατόπιν διενέργειας υπερηχογραφήματος και CT άνω κοιλίας, τα παραπάνω αποδόθηκαν στην παρουσία πολλαπλών αποστημάτων ήπατος. Παρακεντήθηκαν με βελόνη δύο αποστήματα υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση προς παροχέτευση. Το υλικό εστάλη στο μικροβιολογικό εργαστήριο για καλλιέργεια και μοριακές τεχνικές και τέθηκε η διάγνωση λοίμωξης από *Salmonella enterica* με χρήση του πάνελ των λοιμώξεων γαστρεντερικού (FilmArray, bioMerieux). Η καλλιέργεια ήταν αρνητική, πιθανά λόγω της προηγηθείσας χρήσης αντιβιοτικών. Έγινε έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής με κεφτριαξόνη και σιπροφλοξασίνη ενδοφλεβίως. Ο ασθενής απυρέτησε την 4^η ημέρα μετά την έναρξη της αγωγής και σταδιακά οι εργαστηριακές τιμές επέστρεψαν στα φυσιολογικά επίπεδα. Διενεργήθηκαν πολλαπλά επαναληπτικά υπερηχογραφήματα, στα οποία παρατηρήθηκε σταδιακή μείωση του αριθμού και του μεγέθους των αποστημάτων. Συνολικά, έλαβε αντιβιοτικά για 2 μήνες, αλλά απέφυγε τη χειρουργική αντιμετώπιση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάδειξη της σαλμονέλλας ως αιτιολογικού παράγοντα των αποστημάτων είναι σπάνια, τέθηκε με μοριακή μέθοδο και με συνεργασία πολλών ειδικοτήτων (παθολόγων, επεμβατικού ακτινολόγου και μικροβιολόγων). Υπογραμμίζεται η αξία της ταχείας ταυτοποίησης του παθογόνου μικροοργανισμού και η αποφυγή χειρουργικής αντιμετώπισης που πιθανώς να ήταν αναπόφευκτη αν καθυστερούσε περαιτέρω η διάγνωση.

AA13

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑΣ FOURNIER ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ Γ ΣΦΑΙΡΙΝΗΣ

Μιχαήλ Κορναρόπουλος¹, Ιωάννης Ελευθερόπουλος², Χρήστος Πολιτόπουλος¹, Χριστίνα Τασσιοπούλου¹, Ηρώ Ράλλη¹, Αλέξης Τριανταφύλλου¹, Εφραίμ Σεραφετινίδης², Επαμεινώντας Κελλάρης¹, Μαρία Χατζηπέτρου¹

¹ Β' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας

² Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας

Εισαγωγή - Σκοπός: Η γάγγραινα Fournier αποτελεί μία σπάνια αλλά σοβαρή νεκρωτική λοίμωξη μαλακών μοριών του περινέου και γεννητικών οργάνων, με θνητότητα κυμαινόμενη μεταξύ 6-76% (μέση 34%). Οι νεκρωτικές λοιμώξεις μαλακών μοριών διακρίνονται στις πολυμικροβιακές (τύπος I) που ευθύνονται για το 70-85% των περιπτώσεων και τις μονομικροβιακές (τύπος II). Σε εκτεταμένες νεκρωτικές λοιμώξεις βιβλιογραφικά έχει καταγραφεί το όφελος χορήγησης ενδογλέβιας ανοσοσφαιρίνης.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε ένα ενδιαφέρον περιστατικό 55χρονου ασθενούς, με νοσογόνο παχυσαρκεία ως υποκείμενο νόσημα, ο οποίος προσήλθε στα ΤΕΠ Χειρουργικά σε σηπτική καταπληξία λόγω νεκρωτικής λοίμωξης μαλακών μοριών περινέου (γάγγραινα Fournier). Αντιμετωπίστηκε άμεσα με εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό γλουτών, περινέου, οσχέου, μηροβουβνικής περιοχής άμφοτερόπλευρα και αντιβιοτική αγωγή. Μετεγχειρητικά ακολούθησαν επιπλέον 2 χειρουργικοί καθαρισμοί λόγω επέκτασης της φλεγμονής μαλακών μοριών στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Από την καλλιέργεια πύου της περιοχής απομονώθηκε E.Coli με ευαισθησία σε κοινά αντιβιοτικά. Την 4^η και 5^η μετεγχειρητική ημέρα χορηγήθηκε ενδοφλέβια γ σφαιρίνη. Άμεσα η φλεγμονή παρουσίασε ύφεση, με συνεχώς βελτιούμενη κλινική εικόνα και ομαλοποίηση των εργαστηριακών εξετάσεων.

Την 20^η μετεγχειρητική ημέρα ανευρέθη θετικός σε έλεγχο για CoVid-19 και διεκομίσθη στην κλινική CoVid για συνέχιση της αγωγής του και των καθημερινών καθαρισμών των τραυμάτων. Εξήλθε από το νοσοκομείο μετά από συνολικά 40 ημέρες νοσηλείας, με οδηγίες και τακτική παρακολούθηση στα ΤΕΙ Χειρουργικής, έως την οριστική αποκατάσταση των τραυμάτων του περινέου.

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Η έγκαιρη διάγνωση, η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση και η ορθή χρήση αντιβιοτικής αγωγής αποτελούν ακρογωνιαίους λίθους στην θεραπεία της γάγγραινας Fournier. Η χορήγηση ενδοφλέβιας ανοσοσφαιρίνης αποτελεί μέθοδο που ίσως βοηθά τον πάσχοντα. Με τη χρήση της επιδιώκεται η εξουδετέρωση κυκλοφορούντων στρεπτοκοκκικών τοξινών, ενώ φαίνεται ότι εμπεριέχουν και αντισώματα έναντι τοξινών κλωστηριδίων και στρεπτοκοκκικών υπεραντιγόνων.

AA14

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΕΠ

Σοφία - Παναγιώτα Αλεξοπούλου¹, Μελοπομένη Ζήσου¹, Αφροδίτη Στούπα¹, Γεώργιος Ράλλης², Δημήτριος Παπουτσάς³, Αικατερίνη Λεβέντη²

¹Ειδικευόμενοι Β' Χειρουργικής Κλινικής ΓΝΑ Η ΕΛΠΙΣ

²Επιμελητές Β' Χειρουργικής Κλινικής ΓΝΑ Η ΕΛΠΙΣ

³Διευθυντής Β' Χειρουργικής Κλινικής ΓΝΑ Η ΕΛΠΙΣ

Εισαγωγή: Παρά τη συστηματική υποκαταγραφή της φυματίωσης στην Ελλάδα, η επίπτωσή της στον πληθυσμό παραμένει σημαντική (4,3/100.000) με μόλις το 1-3% των μολύνσεων να αφορά τον γαστρεντερικό σωλήνα.

Σκοπός : Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού εξωπνευμονικής ΤΒ που παρουσιάστηκε στα επείγοντα χειρουργικής με εικόνα μάζας δεξιού λαγονίου.

Υλικά - Μέθοδοι: Μελέτη του κλινικού φακέλου του ασθενούς.

Αποτελέσματα: Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς ο οποίος προσήλθε στα ΤΕΠ με κοιλιακό άλγος, ψηλαφητή επώδυνη μάζα δεξιού λαγονίου βόθρου και σημαντική απώλεια βάρους. Η CT ΑΚΚ ανέδειξε φλεγμαίνουσα μάζα στην ειλεοτυφλική, ενώ η κολονοσκόπηση οίδημα και εξέλκωση στην ίδια περιοχή. Η διάγνωση τέθηκε τελικά με λήψη βιοψιών εκ της βλάβης οι οποίες απέβησαν θετικές για *M. tuberculosis*. Ταυτόχρονα η CT θώρακος και οι καλλιέργειες πτυέλων, ανέδειξαν ενεργό πνευμονική νόσο. Έγινε έναρξη αντιφυματικής αγωγής και άμεση παραπομπή σε εξειδικευμένο ιατρείο φυματίωσης για παρακολούθηση και συνέχιση θεραπείας.

Συμπεράσματα: Η φυματίωση προκαλεί 3 εκ θανάτους παγκοσμίως. Στην Ελλάδα η επίπτωση είναι 4,3/100.000 ενώ η εντερική νόσος είναι ακόμη σπανιότερη και αφορά το 1-3% των περιπτώσεων. Είναι σημαντικό να διαφοροδιαγνωστεί έγκαιρα από φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου και νεοπλασίες. Η διαφοροδιάγνωση βασίζεται στις εργαστηριακές εξετάσεις, με καθοριστική συμβολή της φυματινοαντίδρασης, των καλλιιεργειών και των βιοψιών από τη βλάβη που πρέπει να επεξεργαστούν με συγκεκριμένο τρόπο. Η ακριβής διάγνωση είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι η θεραπεία είναι φαρμακευτική με πολύ καλά αποτελέσματα στην εντερική νόσο. Αντίθετα μια πρώιμη και βιαστική χειρουργική παρέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές επιπλοκές. Χειρουργική θεραπεία απαιτείται μόνο επί επιπλοκών όπως διάτρηση, απόφραξη και συριγγοποίηση.

AA15

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ FOURNIER: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Τσαρδινάκη Ευαγγελία, Λοΐζος Χατζηγεωργίου, Ιωάννα Παπαδημητρίου, Εμμανουήλ Τρουλλινάκης, Νικόλαος Μουδατσάκης, Ευθύμιος Κουμεντάκης
Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου, Άγιος Νικόλαος, Κρήτη

Εισαγωγή: Η γάγγραινα Fournier είναι μορφή νεκρωτικής φασιίτιδας της ουρογεννητικής, περινεϊκής και περιπρωκτικής περιοχής, που προσβάλλει κυρίως άνδρες μέσης ηλικίας. Πρόκειται για πολυμικροβιακή λοίμωξη με ταχεία εξέλιξη και υψηλά ποσοστά θνητότητας, έως 70-80%, η οποία χρήζει άμεσης αναγνώρισης και πολυπαραγοντικής αντιμετώπισης.

Σκοπός: Παρουσίαση της ολοκληρωμένης διαχείρισης, σε ένα μικρό περιφερειακό νοσοκομείο, ενός σύνθετου περιστατικού από την προσέλευση του στο ΤΕΠ έως και την οριστική πλαστική αποκατάσταση.

Υλικό και Μέθοδοι: Συλλογή δεδομένων από το αρχείο του νοσοκομείου και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Google Scholar) με έμφαση στην αντιμετώπιση και έκβαση αντιστοιχών περιστατικών.

Αποτελέσματα: Ασθενής 46 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, διπολικής διαταραχής καθώς και αναφερόμενης κατάχρησης αλκοόλ, προσήλθε στο ΤΕΠ με από 48ώρου άλγος αριστερής γλουτιαίας χώρας αναφέροντας πτώση και τραυματισμό της περιοχής προ 10ημέρου. Εξετάσθηκε από ορθοπεδικό λόγω ιστορικού αρθροπλαστικής ισχίου προ έτους, χωρίς παθολογικά κλινικο-απεικονιστικά ευρήματα. Ο ασθενής προσήλθε εκ νέου εντός 24ώρου λόγω σοβαρής επιδείνωσης του άλγους οπότε διαπιστώθηκε εικόνα γάγγραινας Fournier με εμπύρετο έως 38,5 και σηπτική καταπληξία. Έπειτα από αναζωογόνηση κι έναρξη τριπλού αντιβιοτικού σχήματος οδηγήθηκε άμεσα στο χειρουργείο για εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό κι εν συνεχεία μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Λόγω κλινικής επιδείνωσης, απαιτήθηκε νέος χειρουργικός καθαρισμός συγχρόνως με τη διενέργεια τελικής κολοστομίας (Hartmann). Εξήλθε από τη ΜΕΘ έπειτα από 9 ημέρες. Συνέχιση νοσηλείας στην χειρουργική κλινική με καθημερινές αλλαγές, από όπου έλαβε εξιτήριο μετά από χ μέρες. Ακολούθησαν πλαστική αποκατάσταση οσχέου και σύγκλιση κολοστομίας έπειτα από 2 και 4 μήνες, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Παρά την προσέλευση του ασθενούς σε προχωρημένη κατάσταση, η άμεση κι επιθετική χειρουργική αντιμετώπιση σε συνδυασμό με την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή, συνέβαλαν στη θετική έκβαση του περιστατικού επιτρέποντας σε δεύτερο χρόνο τη πλήρη λειτουργική αποκατάσταση του.

AA16

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΣΥΡΙΓΓΟΠΟΙΟ ΝΟΣΟ CROHN, ΕΠΙΠΛΑΚΕΙΣΑ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΥ ΜΗΡΟΥ

*Αναστασία Μουλαζίμη, Ιωάννα Πόζωτου, Γιώργος Λάμπρου,
Χρύσανθος Γεωργίου, Μάριος Λοΐζου
Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος*

Εισαγωγή: Η νόσος Crohn είναι μια κοκκιωματώδης, διατοίχωματική φλεγμονώδης προσβολή του γαστρεντερικού σωλήνα αγνώστου αιτιολογίας. Η ανάπτυξη συριγγίων και αποστημάτων αποτελούν συχνές επιπλοκές.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού που αντιμετωπίστηκε στην Κλινική μας, με συριγγοποιοί νόσο Crohn και συνοδά πολλαπλά αποστημάτια ελάσσονος πυέλου και δεξιού μηρού.

Υλικό και μέθοδοι: Πρόκειται για άρρενα ασθενή 79 ετών, ο οποίος διεκομίσθη από ιδιωτικό νοσηλευτήριο στην Κλινική μας. Από τον απεικονιστικό έλεγχο, ανευρέθηκαν πάχυνση τοιχώματος τελικού ειλεού με συνοδά εντεροεντερικά συρίγγια, καθώς και συρίγγιο μεταξύ έλικας ειλεού και λαγονοψοΐτη μύος. Επιπλέον, αναδείχθηκαν αποστηματικές συλλογές στην δεξιά βουβωνική χώρα, στον λαγόνιο μυ και διαμέσου του μείζονος ισχιακού τρήματος προς τη σύστοιχη μυϊκή γλουτιαία ομάδα, προσαγωγό και τετρακέφαλο μυ. Ο ασθενής, ελάμβανε εμπειρική αντιβιοτική αγωγή προ της εισαγωγής, ενώ κατά την εισαγωγή του, έγινε τροποποίηση βάσει καλλιέργειών: μεροπενέμη, φλουκοναζόλη και βανκομυκίνη. Ταυτόχρονα, ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου και διενεργήθηκε άτυπη δεξιά κολεκτομή, κατάργηση προϋπαρχόντων συριγγίων, καθώς και διάνοιξη-παροχέτευση αποστηματικών κοιλοτήτων δεξιάς γλουτιαίας χώρας και δεξιού μηρού. Ο ασθενής είχε μακροχρόνια νοσηλεία, πραγματοποιήθηκαν πολλαπλοί χειρουργικοί καθαρισμοί τραυμάτων, σε συνδυασμό με αντιβιοτική αγωγή και υποστήριξη θρέψης. Σημαντική κρίθηκε η συμβολή των συσκευών αρνητικής πίεσης.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής, μετά από μακροχρόνια νοσηλεία, κατέληξε λόγω καρδιαγγειακών επιπλοκών.

Συμπεράσματα: Ακρογωνιαίος λίθος στη αντιμετώπιση επιπλεγμένων λοιμώξεων μαλακών μορίων, αποτελεί ο συνδυασμός διάνοιξης-παροχέτευσης και στοχευμένης βάσει αντιβιογραμματος φαρμακευτικής αγωγής. Επιπλέον, καθοριστικής σημασίας είναι η χρήση συσκευών αρνητικής πίεσης.

AA17

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΕΙΚΟΝΑ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΛΟΞΩ ΡΗΞΗΣ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΗΠΑΤΟΣ

Ελισσάβητ Συμεωνίδου, Αρετή Κατσούδα, Αριάδνη Φούζα, Ιωάννης Γκουτζιώτης, Ζαχαρίας Βασιλείου, Απόστολος Καμπαρούδης
Ε΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο ΓΝΘ

Εισαγωγή: Η περίπτωση ρήξης εχινόκοκκου κύστης ήπατος παραμένει μία σπάνια νοσολογική οντότητα για τα ελληνικά δεδομένα, η οποία θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από άλλα αίτια οξείας κοιλίας, ενώ συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού με ρήξη εχινόκοκκου κύστης δεξιού ηπατικού λοβού που προσήλθε εκτάκτως σηπτική και με εικόνα οξείας κοιλίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής θήλυ 86 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με επιγαστραλγία και άλγος δεξιού υποχονδρίου με έντονη ευαισθησία στην ψηλάφηση, υπόταση, ταχυκαρδία. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία η οποία ανέδειξε ευμεγέθη εχινόκοκκο κύστη στο δεξιό λοβό του ήπατος διαστάσεων 26x18 εκατοστά με εικόνα ρήξης. Η ασθενής οδηγήθηκε άμεσα στο χειρουργείο, όπου πραγματοποιήθηκε επιμελής πλύση και αναρρόφηση, απομάκρυνση πολλαπλών υδατίδων κύστεων καθώς και μαρσιποποίηση της κύστης.

Αποτελέσματα: Η ασθενής δεν εμφάνισε διεγχειρητικά εικόνα αναφυλακτικής καταπληξίας, ωστόσο άμεσα μετεγχειρητικά οδηγήθηκε στη μονάδα εντατικής θεραπείας και κατέληξε τη 13^η μετεγχειρητική ημέρα λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας.

Συμπεράσματα: Η ρήξη εχινόκοκκου κύστης ήπατος εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας αποτελεί μία σπάνια νοσολογική οντότητα, καθώς αφορά το 1-8 % των ασθενών με εχινόκοκκική νόσο ήπατος. Αίτια θνητότητας εκτός από την αναφυλακτική καταπληξία, αποτελεί και η σηπτική καταπληξία.

AA18

ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μάρκος Μάρκου, Ροδόπη Σωτηροπούλου, Γεώργιος Βούλγαρης,
Μιχαήλ Καρανίκας, Αλέξανδρος Πολυχρονίδης, Σωτήριος Μπotaίτης
*Α΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Δημοκριτείου Πανεπιστημίου
Θράκης, Αλεξανδρούπολη*

Εισαγωγή: Οι νεκρωτικές λοιμώξεις μαλακών μορίων αποτελούν μια δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση η οποία σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία παρουσιάζουν αυξητική τάση. Τόσο οι παθογόνοι μικροοργανισμοί που οφείλονται όσο και οι παράγοντες κινδύνου είναι πολυάριθμοι και η θεραπεία τους, ανάλογα με τη περίπτωση, μπορεί να είναι είτε συντηρητική είτε χειρουργική.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός κλινικού περιστατικού μετά από τραυματική νέκρωση μαλακών μορίων κάτω άκρου, και η αντιμετώπιση του με πολλαπλούς χειρουργικούς καθαρισμούς, την εφαρμογή συστήματος συνεχούς αρνητικής πίεσης (VAC) και τη χρησιμοποίηση τεχνητού δέρματος (Matriderm).

Αποτελέσματα: Παρά τη δύσκολη θέση του τραυματισμού του ασθενούς (έσω σφυρό), η αποκατάσταση του ελλείμματος υπήρξε ταχεία και ανεπίπλεκτη, με πολύ καλά λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση των νεκρωτικών λοιμώξεων και η αποκατάσταση του ελλείμματος των μαλακών μορίων αποτελούσε πάντα πρόκληση για τους χειρουργούς. Οι συστηματικοί χειρουργικοί καθαρισμοί και η χρήση συστήματος συνεχούς αρνητικής πίεσης, προσφέρουν ταχύτερη και αποτελεσματικότερη επούλωση του τραύματος, και όταν συνδυαστούν με τη χρήση τεχνητού δέρματος επιτυγχάνεται το βέλτιστο αποτέλεσμα.

AA19

CAUDATE LOBE - AN UNUSUAL PLACE FOR A FOREIGN BODY

Dimitrios Kehagias¹, Francesk Mulita¹, Levan Tchabashvili¹,
 Charalampos Kaplanis¹, Elias Liolis², Ioannis Maroulis¹, Nikolaos Benetatos¹

¹Department of Surgery, General University Hospital of Patras, Greece

²Department of Internal Medicine, General University Hospital of Patras, Greece

Introduction: Ingestion of foreign bodies is a distinct clinical entity with unknown incident and about 80-90% of the ingested foreign bodies will pass through the gastrointestinal tract within one week, without causing any complication. Actually, less than 1% of patients with ingested foreign bodies will present to the emergency department with signs of perforation. The development of a hepatic abscess secondary to perforation of the gastrointestinal tract due to a foreign body is even more unusual. This condition is seldom reported and usually misdiagnosed as cryptogenic liver abscess.

Case report: Herein we present the case of a 50 years old male patient who admitted to the emergency department with epigastric pain and fever for 15 days. Computed tomography of the abdomen revealed a solitary hepatic abscess in the caudate lobe with a hyperdense linear foreign body inside the abscess, without free fluid or air in the peritoneal cavity. The patient underwent laparotomy with successful abscess drainage and removal of a foreign body, which turned out to be a fishbone. The postoperative course was uneventful and the patient was discharged in good condition.

Conclusions: A liver abscess is rarely developed in the caudate lobe because of its independent arterial and venous supply. An abscess in the caudate lobe due to penetration of the gastrointestinal tract of a foreign body is extremely rare and its management poses a challenge because of its anatomic location.

AA20

BUTYRYLCHOLINESTERASE AS A PREDICTIVE MARKER FOR WOUND INFECTION IN ELECTIVE COLORECTAL SURGERY

Francesk Mulita¹, Levan Tchabashvili¹, Elias Liolis², Georgios-Ioannis Verras¹, Dimitrios Kehagias¹, Charalampos Kaplanis¹, Ioannis Perdikaris¹, Ioannis Maroulis¹

¹Department of Surgery, General University Hospital of Patras, Greece

²Department of Internal Medicine, General University Hospital of Patras, Greece

Background: Surgical site infection (SSI) remains a frequent complication of elective colorectal cancer surgery. Butyrylcholinesterase (BChE), which is a cholinesterase enzyme synthesized in the liver, decreases in many clinical conditions such as liver damage, malnutrition, injury, and inflammation. The purpose of this study was to evaluate the efficacy of BChE as a tool for the diagnosis of SSI in elective operations for colorectal cancer.

Methods: Between June 2019 and March 2021, 196 consecutive patients who underwent elective colorectal cancer surgery were enrolled prospectively. Serum BChE concentrations were measured preoperatively and on postoperative (POD) days 1, 3, and 5. Group A included patients with SSI and Group B non-SSI patients. The normal range of BChE is roughly from 2800 U/L to 7400 U/L in our hospital laboratory. Statistical analyses were done using Stata13. Student's t-test for normally distributed variables and Mann Whitney U test for skewed variables were used to compare results between groups.

Results: SSI developed in 38 of the 196 patients (19.4%). Prior to surgery, there was no statistically significant difference in concentrations of BChE between the SSI and non-SSI groups (Group A=5490, Group B=5190; P=0.84). On POD 1 the mean level of BChE was 4680 in patients with wound infections, and 4670 in non-SSI patients (P=0.53). However, on POD 3 and 5 patients with SSI had significantly lower levels of serum BChE (Group A=3920 vs Group B=4580; P<0.001, and Group A=4170 vs Group B=4770; P=0.002, respectively).

Conclusions: The current study demonstrates that BChE on POD 3 and 5 is a reliable marker for the presence of SSI in patients undergoing elective operations for colorectal cancer. According to the results of our study, serum BChE assessment could be included in routine clinical diagnostic procedures to evaluate patient clinical conditions such as postoperative infectious complications.

AA21

THE IMPACT OF THE COVID-19 OUTBREAK ON SURGICAL SITE INFECTIONS IN ELECTIVE COLORECTAL CANCER SURGERY-ONE POTENTIAL BENEFIT OF THE PANDEMIC?

Francesk Mulita¹, Levan Tchabashvili¹, Elias Liolis², Georgios-Ioannis Verras¹, Dimitrios Kehagias¹, Charalampos Kaplanis¹, Ioannis Perdikaris¹, Ioannis Maroulis¹

¹Department of Surgery, General University Hospital of Patras, Greece

²Department of Internal Medicine, General University Hospital of Patras, Greece

Background: The COVID-19 pandemic, also known as the coronavirus pandemic, has affected either directly or indirectly all medical fields. It caused a major reduction of elective surgical operations as well as overall admissions to surgical departments because of the widespread hospital fear and anxiety experienced by most patients during the peak of this outbreak. However, colorectal cancer operations were performed in large numbers also during the pandemic. In order to protect patients and health workers, hygiene and public health measures were intensified when the coronavirus pandemic began. The aim of the present study was to evaluate the rate of surgical site infections (SSIs) after the beginning of COVID-19 hygiene measures, which was in March 2020 in Greece.

Methods: A total of 173 patients who underwent elective colorectal cancer surgery were enrolled retrospectively. Patients were divided into two groups. Group A included 98 patients undergoing colorectal cancer surgery between January 2019-December 2019 (pre-COVID-19 era), whereas 75 patients (group B) underwent colorectal cancer procedure between April 2020-March 2021 (after the beginning of COVID-19 hygiene measures). Statistical analyses were done using Stata13. Student's t-test was used to compare results between groups.

Results: SSI developed in 35 of the 173 patients (20.2%). According to the results of our study, there was a statistically significant difference between the total numbers of SSIs between the 2 examined periods. 25 (25.5%) wound infections occurred in group A-patients postoperatively, whereas only 10 (13.3%) SSIs were developed in patients undergoing colorectal cancer surgery after the beginning of COVID-19 measures (P=0.048).

Conclusions: Our results showed that COVID-19 hygiene and public health measures (Continuous use of disposable surgical masks or FFP-2 masks by all staff/visitors, contact reduction with medical and non-medical staff, visit restriction by non-medical/care-associated personnel, more frequent and exhaustive cleaning protocols of rooms and surfaces) affect the rate of SSI after elective colorectal cancer surgery. We advocated continuing with the strict hygiene measures in the future.

AA22

ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΝΟΙΚΤΑ ΚΑΙ ΚΛΕΙΣΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΠΕΔΙΑ: ΣΕΙΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Χρήστος Τσαλικίδης, Αθανασία Μίτσαλα, Αλέξανδρος Γιάκομο Ζούντντας, Χρήστος Καβάζης, Κωνσταντίνος Ρωμανίδης, Μιχαήλ Πιτιακούδης
Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή. Η τοπική εφαρμογή αρνητικής πίεσης (Vacuum Assisted Closure, V.A.C) αποτελεί μία εξελιγμένη μέθοδο διαχείρισης τραυμάτων με πρωταρχικό σκοπό την προαγωγή της επούλωσης. Τα τελευταία χρόνια, η καινοτόμος αυτή θεραπεία βρίσκει ολοένα και μεγαλύτερη απήχηση στην κλινική πρακτική, καθώς προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα στη βελτιστοποίηση της φροντίδας του ασθενούς.

Σκοπός. Παρουσιάζουμε μέσα από μια αναδρομική μελέτη την εμπειρία της κλινικής μας επάνω σε μια σειρά περιστατικών στα οποία τοποθετήθηκε σύστημα αρνητικής πίεσης: i) ενδοπεριτοναϊκά, με σκοπό τη σύγκλιση του κοιλιακού τοιχώματος εξαλείφοντας την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών που θα είχε μία ενδεχόμενη χειρουργική αποκατάσταση, και ii) σε κλειστά χειρουργικά τραύματα για την καλύτερη δυνατή διαχείριση του περιβάλλοντος των χειρουργικών τομών μέσω της αφαίρεσης του εξιδρώματος.

Υλικά και Μέθοδοι. Το σύστημα αρνητικής πίεσης εφαρμόσθηκε σε 12 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας από το Σεπτέμβριο 2020 μέχρι τον Ιούνιο 2021 με διάσπαση χειρουργικού πεδίου, εκσπλάχνωση και κλειστά χειρουργικά τραύματα με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών.

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα. Η χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου στους ασθενείς μας επέφερε θετικά και αισιόδοξα αποτελέσματα για περαιτέρω αξιοποίηση της προηγμένης αυτής τεχνικής. Η τοπική εφαρμογή αρνητικής πίεσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σε ανοικτά κοιλιακά τραύματα ως μέσο προσωρινής σύγκλισης στα πλαίσια του damage control, όσο και σε κλειστές χειρουργικές τομές. Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει αφορούν κυρίως την προαγωγή της επούλωσης κατά δεύτερο ή τρίτο σκοπό με σχηματισμό κοκκιώδους ιστού, την απομάκρυνση των εκκρίσεων, την ενίσχυση της αιμάτωσης, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις τη μείωση του μικροβιακού φορτίου, ενώ σε κλειστές χειρουργικές τομές συμβάλλει στην αφαίρεση του εξιδρώματος.

AA23

ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ: ΜΙΑ ΑΤΥΠΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ

Κατσάβαρου Διονυσία¹, Λέκκας Επαμεινώνδας², Δρακοπούλου Σταματούλα¹
Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας

Εισαγωγή: Η ελονοσία είναι μία ενδημική νόσος στις τροπικές και υπο-τροπικές ζώνες της Γης, η οποία έχει ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις, εξαρτώμενες από την παρασιτική ενδημικότητα και το ανοσοποιητικό του ξενιστή.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία στοχεύει στην εξοικείωση των ιατρών των μη ενδημικών περιοχών με τις άτυπες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου που μιμούνται άλλες παθήσεις.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής θήλυ 17 χρονών, Αφρικανικής καταγωγής, Ευρωπαϊά πολίτης προσήλθε στα ΤΕΠ του Γ.Ν.Πρέβεζας λόγω επιγαστραλγίας προ 24ώρου, το οποίο επεκτάθηκε στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, ναυτίας και εμπύρετου έως 38°C. Στη διαλογή το Rapid ήταν αρνητικό. Κατά την κλινική εξέταση είχε ευαισθησία στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, με σημείο McBurney θετικό. Η μέτρηση των ζωτικών σημείων έδειξε θερμοκρασία: 37.9 °C, 90 σφύξεις/ min, Α.Π. :110/70 mmHg. Από εργαστηριακό έλεγχο εμφάνισε 7000 λευκά/μL, HCT: 31% με HGB: 10.7 g/dL, PLT:90.000/μL, CRP:14 mg/dL. Έγινε εισαγωγή με την υποψία σκληροκοειδίτιδας.

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Η ασθενής την επόμενη μέρα υποβλήθηκε σε U/S κοιλίας, όπου δεν ανευρέθηκαν στοιχεία φλεγμονής σκληροκοειδούς απόφυσης και σε νέες εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες έδειξαν πανκυτταροπενία με (3800 WBC/mm³, 590 λεμφοκύτταρα/mm³, 3x10⁶ RBC/μL, PLT: 21.000/μL), HGB: 10.1 g/dL, HCT: 28% και παράταση χρόνων πήξης. Η ασθενής υπεβλήθη σε CT στην οποία ανευρέθηκαν σπληνικά έμφρακτα. Διακομίσθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων σαν ύποπτο περιστατικό ελονοσίας όπου και επιβεβαιώθηκε. Συμπερασματικά η ελονοσία είναι μια νόσος μίμος και θα πρέπει να υπάρχει αφύπνιση από τους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων στις μη-ενδημικές περιοχές.

AA24

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΥ ΒΙΟΜΕΜΒΡΑΝΩΝ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Αναστασία Βεζυρίδου¹, Αλέξανδρος Καρβέλας¹, Αναστασία Γράψα¹, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης¹, Ελισάβετ Καρασαββίδου¹, Αλεξάνδρα Μπαταρλή¹, Νικόλαος Λεμονάκης³, Ελένη Ευφραιμίδου², Αλέξανδρος Πολυχρονίδης², Μαρία Πανοπούλου^{1,3}

¹ Εργαστήριο Μικροβιολογίας Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

² Α' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

³ Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Τα πολυανθεκτικά στελέχη *Pseudomonas aeruginosa* (Pa) αποτελούν σημαντικά παθογόνα βακτήρια, καθώς αποτελούν συνήθη αίτια ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, με ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον λόγω της δυσχέρειας στη θεραπευτική αντιμετώπιση τους.

Σκοπός: Η διερεύνηση της λοιμογόνου δύναμης ενδονοσοκομειακών πολυανθεκτικών στελεχών Pa, μέσω του προσδιορισμού της ικανότητας σχηματισμού βιομεμβρανών.

Υλικό και Μέθοδοι: Το υλικό της μελέτης μας αποτέλεσαν 107 βακτηριακά στελέχη Pa από βιολογικά δείγματα ασθενών των διαφόρων κλινικών του νοσοκομείου μας. Η απομόνωση, η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας έγιναν με κλασικές μικροβιολογικές μεθόδους και το αυτοματοποιημένο σύστημα Vitek 2 (Biomérieux, France). Ο έλεγχος της ικανότητας παραγωγής βιομεμβράνης έγινε με κλασικές και μοριακές τεχνικές.

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Από τα 107 στελέχη που μελετήθηκαν 56(53%) παρουσίασαν ισχυρή και 43(40%) ασθενή ικανότητα παραγωγής βιομεμβρανών, ενώ 8(7%) στελέχη δεν παρήγαγαν βιομεμβράνη. Η πλειοψηφία (21.42%) των ικανών στελεχών αφορούσε χειρουργικές κλινικές. Τα δείγματα τραυμάτων, πύου και αίματος ήταν τα συνηθέστερα βιολογικά υλικά από τα οποία απομονώθηκε η πλειοψηφία (85%) των στελεχών που παρήγαγαν βιομεμβράνες. Η μοριακή ανίχνευση του γονιδίου *pelA* αφορούσε το 60 % (33) των στελεχών που ήταν ισχυροί παραγωγείς.

Η μελέτη των μηχανισμών λοιμογόνου δύναμης των πολυανθεκτικών βακτηρίων *Pseudomonas aeruginosa* αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση, για την αποσαφήνιση των παθογενετικών μηχανισμών οξέων και χρόνιων λοιμώξεων, που θα συμβάλει στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων αντιμικροβιακών παραγόντων ή θεραπευτικών τεχνικών.

AA25

ΑΕΡΙΟΓΟΝΟΣ ΠΥΛΑΙΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΤΟ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ

Αθανάσιος Νεστορίδης, Γεώργιος Παπατόλιος, Γεώργιος Μαρκόπουλος, Νικόλαος Τσακίριδης, Δανάη Συμεωνίδη, Ευαγγελία Δούμκου, Εμμανουήλ Λιαρμακόπουλος, Κωνσταντίνος Δημάκης
Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «Ελένη Δημητρίου»

Εισαγωγή - Σκοπός: Η αεριογόνος πυλαιοφλεβίτιδα αποτελεί μια εξαιρετικά επείγουσα παθολογική κατάσταση με υψηλή θνητότητα. Οι πιο συχνές προϋπάρχουσες νόσοι που οδηγούν σε αυτή είναι η σκωληκοειδίτιδα και η εκκολπωματίτιδα, αλλά αίτιο μπορεί να είναι και οποιαδήποτε μικροβιακή φλεγμονή ενδοκοιλιακού σπλάχνου που αρδεύεται ή εφάπτεται στην πυλαία φλέβα. Τοπική φλεγμονή παραπλήσιου σπλάχνου μπορεί να οδηγήσει σε εξαγγείωση βακτηρίων και τοξίνων, προκαλώντας θρόμβωση και φλεγμονή. Η εν λόγω εργασία αποτελεί την παρουσίαση ενός εξαιρετικά σπάνιου περιστατικού πυλαιοφλεβίτιδας σε θήλυ ασθενή 63 ετών, η οποία αντιμετωπίστηκε με επιτυχία στη Χειρουργική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας.

Υλικό - Μέθοδος: Κατακεκλιμένη ασθενής 63 ετών προσεκομίσθη με το ΕΚΑΒ λόγω αναφερόμενων εμέτων μαύρου περιεχομένου και διαρροϊκών κενώσεων. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μετεωρισμένη κοιλία με διάχυτη ευαισθησία κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση. Δακτυλική εξέταση αρνητική για αίμα και μεταλλικοί ήχοι κατά την ακρόαση. Από την αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας διαπιστώθηκε έντονη κοπρόσταση σε όλο το αριστερό κόλον και αέρας στην πυλαία φλέβα (αεριογόνος πυλαιοφλεβίτιδα).

Αποτελέσματα: Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά, υπό συνεχές monitoring καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας της, λαμβάνοντας στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή. Βελτιώθηκε σταδιακά - κλινικά και απεικονιστικά - και έλαβε εξιτήριο τη 10^η ημέρα.

Συμπεράσματα: Η αεριογόνος πυλαιοφλεβίτιδα, όντας μία σπάνια μεν αλλά δυνητικά θανατηφόρα κλινική οντότητα, απαιτεί την οξυδέρκεια του κλινικού ιατρού για την έγκαιρη διάγνωση και την επαγρύπνησή του για την επιτυχή έκβαση της νοσηλείας του ασθενούς, αποτελώντας πρόκληση για ένα επαρχιακό νοσοκομείο με περιορισμένους πόρους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

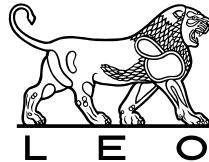
Η **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**, ευχαριστεί για την υποστήριξη και τη συμβολή τους στην επιτυχία του 17ου Ετήσιου Πανελληνίου Συνεδρίου της τους κάτωθι:

Μεγάλος χορηγός

ETHICON
PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

Shaping
the future
of surgery

Χορηγοί





Mefoxil®

cefoxitin sodium 1g/vial
2g/vial

Διαχρονική αξία

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: ΜΕΦΟΞΙΛ **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** Κάθε φιαλίδιο περιέχει cefoxitin sodium 1,051g που ισοδυναμεί με cefoxitin 1g. Κάθε φιαλίδιο περιέχει cefoxitin sodium 2,104g που ισοδυναμεί με cefoxitin 2g. **3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Κόνις για ενέσιμο διάλυμα. **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. - Οδός Τατοίου, 146 71 Νέα Ερυθραία - Τηλ. 210 8009111-120 10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΗΣ (ΜΕΡΙΚΗΣ) ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ: 08-11-2018

MEFOXIL 1g/vial N.T 3,77€, Λ.T 5,97€. 2g/vial N.T 5,51€, Λ.T 8,74€

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον ΚΑΚ κατόπιν αιτήσεως

Τρόπος Διάθεσης: Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή



BIANEX Α.Ε.

ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. - Έδρα : οδός Τατοίου, 18° χλμ. Ε.Ο. Αθηνών – Λαμίας
146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής, Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία
Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

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

Seal of approval



ETHICON PLUS antibacterial sutures have been shown in multiple meta analyses to reduce the risk of SSI by 26-28%.^{1,2}

3 globally recognized health authorities now include triclosan-coated sutures in their guidelines for surgical site infection (SSI) prevention* 3,4,5

- World Health Organization (WHO)
- Centers for Disease Control & Prevention (CDC)
- American College of Surgeons & Surgical Infection Society (ACS & SIS)

Plus may be minus but always **EXPECT MORE** from Ethicon.

EXPECT MORE

Plus is Minus



ETHICON

PART OF THE **Johnson & Johnson** FAMILY OF COMPANIES

*The CDC, WHO, ACS/IS Guidelines on reducing the risk of Surgical Site Infections are general to Triclosan-coated sutures and are not specific to any one brand.
1. Wang et al. Systematic review and meta-analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical-site infection. 2013. British Journal of Surgery. 100:465. 2. Edmiston et al. Is there an evidence-based argument for embracing an antimicrobial (triclosan)-coated suture technology to reduce the risk for surgical-site infections? A meta-analysis. 2013. Surgency. 34:89-90. 3. Global guidelines on the prevention of surgical site infection. World Health Organization. 2016. Available from Infection prevention and control. World Health Organization website. <http://www.who.int/gpsc/en/>. Accessed April 11, 2019. 4. Berrios-Torres SJ, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surg. doi:10.1001/jamasurg.2017.0904. 5. American College of Surgeons and Surgical Infection Society. Surgical Site Infection Guidelines, 2016 Update. Journal of the American College of Surgeons. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amcollsurg.2016.10.029>

Please refer always to the Instructions for Use package/insert that comes with the device for the most current and complete instructions.
Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH, Hummelshofteiler Steindamm 71, 22885 Norderstedt, Germany - www.jnjmedicaldevices.com
© Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH 2019. 116523490612 EMEA