

ANALYSIS OF SCIENTIFIC STUDIES (UNTIL NOV 2010)

A) FULL ARTICLES PUBLISHED IN ENGLISH IN JOURNAL CITATION REPORTS (PUBMED, SCOPUS)

1) ACUTE EFFECTS OF NICOTINE WITHDRAWAL SYNDROME IN PILOTS DURING FLIGHT

Giannakoulas G, Katramados A, Melas N, Diamantopoulos I, Chimonas E.

Aviat Space Environ Med. 2003 Mar;74(3):247-51.

Background: Pilots, who are smokers, are occasionally obliged to abstain from nicotine intake during flight and may at this period exhibit certain symptoms leading to performance decrement. Methods: We studied 20 healthy male aviators, regular smokers, (mean age 33.7 ± 1.4 years) operating military fixed- and rotor-wing aircraft (C-47 Dakota, F-16, A. Bell 205). All pilots were subjected to a 12-hour abstinence from cigarette smoking. After their landing, we studied the intensity of the nicotine withdrawal syndrome, as well as its effect on physiological parameters, psychological functions and cognitive tasks. This was achieved by the completion of a questionnaire, by measurement of blood pressure and heart rate, as well as by the execution of certain computerized performance assessment tests. These tests measure mental arithmetic, visual vigilance and image free-recall. In a subsequent flight performed under similar conditions, every pilot repeated the procedure without smoking deprivation. Thus, each subject served as his own control. The Wilcoxon non-parametric test was applied for statistical analysis. Results: The most frequent symptoms reported during nicotine deprivation were: nervousness, craving for tobacco, tension-anxiety, fatigue, difficulty in concentration, alertness, disorders of fine adjustments and prolonged reaction times during flight, anger-irritability, drowsiness, appetite and impairment of judgement. Systolic blood pressure and heart rate tended to decrease and diastolic blood pressure tended to rise during withdrawal, although the differences were not statistically significant. Finally, all tests recorded an impairment of cognitive functions during abstinence. Conclusion: Abrupt cessation of smoking may be detrimental to flight safety and the smoking withdrawal syndrome may influence flying parameters.

2) PRIORITY OF RESECTION IN CONCOMITANT ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM (AAA) AND COLORECTAL CANCER (CRC): REVIEW OF THE LITERATURE AND EXPERIENCE OF OUR CLINIC.

Kiskinis D, Spanos C, Melas N, Efthimiopoulos G, Saratzis N, Lazaridis I, Gkinis G.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Tech Coloproctol. 2004 Nov;8 Suppl 1:s19-21. Review.

The concomitant occurrence of abdominal aortic aneurysm (AAA) and colorectal cancer (CRC), although rare, always represents a therapeutic dilemma. The incidence of coexistence ranges between 0.49 and 2.1%. Both lesions should be treated to achieve best life expectancy. But the main controversy revolves around whether to treat them simultaneously or as staged procedures. In our institution, we treated seven cases of concomitant AAA and CRC. In five of them, synchronous conventional resection was preferred. In the latest two, which we present, endovascular aortic repair was chosen. No graft infection was documented.

3) ENDOVASCULAR AAA REPAIR WITH THE AORTOMONOILIAC ENDOFIT STENT-GRAFT: TWO YEARS' EXPERIENCE.

Saratzis N, Melas N, Lazaridis J, Ginis G, Antonitsis P, Lykopoulos D, Lioupis A, Gitas C, Kiskinis D.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό J Endovasc Ther. 2005 Jun;12(3):280-7.

To evaluate the feasibility and efficacy of a specific aortomonoiliac endograft and the durability of the femorofemoral bypass for treatment of abdominal aortic aneurysm (AAA). From 2002 to 2004, 39 high-risk (ASA III/IV) patients (36 men; median age 74 years, range 63-84) with AAA (n = 33) or AAA and common iliac artery aneurysm (n = 6) were treated with an EndoFit aortomonoiliac endograft and femorofemoral crossover bypass. The contralateral iliac axis was obstructed with an endoluminal occluder. Patients were followed with contrast-enhanced computed tomography at 1, 6, 12, and 24 months. EndoFit AMI stent-grafts were implanted successfully in all patients. Perioperative mortality was zero. Endoleak occurred in 3 (7.7%) cases. A proximal type I endoleak was identified at 1 month and was treated with a proximal cuff. Two type II endoleaks are under surveillance because the aneurysm sac shows no enlargement. Thrombosis of the femorofemoral graft occurred in 1 case during the immediate postoperative period due to insufficient inflow from a residual stenosis of the endograft (primary patency 97.5%). The deficit was treated successfully (secondary patency 100%). Two (5.1%) tunnel hematomas were treated conventionally. Median follow-up was 14 months (range 6-30). All patients are alive. None of the aneurysms has ruptured or been converted to an open procedure. Graft migration, serious infection, paraplegia, distal embolization, or any other serious complication has not been observed. In high surgical risk patients with complex iliac anatomy, aortomonoiliac endograft with femorofemoral crossover bypass is feasible and efficacious. Moreover, the midterm patency of the extra-anatomic bypass appears quite satisfactory.

4) ENDOVASCULAR STENT-GRAFT REPAIR OF AN AORTOBRONCHIAL FISTULA: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

A Saratzis, N. Saratzis, D. Fillipou, N. Melas and D. Kiskinis

First Surgical Department, G. Papageorgiou Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Greece.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό EJVES Extra 9, 123–125 (2005) περιγραφή περίπτωσης

A 79-year old male patient was admitted with hemoptysis and anemia. Eight years previously he underwent wrapping of a thoracic aortic aneurysm. Magnetic resonance angiography (MRA) disclosed a thoracic aortic aneurysm, which was ruptured into the left bronchus. This was successfully treated with two Endofit thoracic stent grafts.

5) ENDOVASCULAR TREATMENT OF MOBILE THORACIC AORTIC THROMBI: CASE REPORT

Saratzis N., Lykopoulos D., Lioupis A., Melas N., Ginis G., Tsavdaridis P., Saratzis A., Lazaridis I., Philippides A., Kiskinis D.

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Greece

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό EJVES Volume 31, Issue 5, May 2006, p 564 περιγραφή περίπτωσης

Atherosclerotic lesions of the thoracic aorta and particularly mobile mural thrombi constitute a rare but important source of cerebral and peripheral emboli. Conventional treatment of such pathologies includes systematic anticoagulation therapy and surgical thromboendarterectomy, with potential segmental replacement of the thoracic aorta using synthetic grafts. We report the successful covering of a mobile thoracic aortic thrombus using a commercially available endograft (Endofit) in a patient presented with multiple peripheral emboli. The endovascular treatment of such lesions constitutes a new alternative treatment particularly effective and safe that decreases considerably both operational time and surgical risk.

6) MIDTERM RESULTS OF ENDOVASCULAR ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM REPAIR WITH TALENT STENT GRAFT IN A SINGLE CENTER

Saratzis N, Antonitsis P, Melas N, Lazaridis I, Ginis G, Lykopoulos D, Lioupis A, Kiskinis D.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Int Angiol. 2006 Jun;25(2):197-203.

The aim of this study is to investigate the safety and efficacy of abdominal aortic aneurysm (AAA) repair with modular bifurcated Talent stent-graft. Between September 2001 and September 2005, 85 patients with infrarenal AAA underwent treatment with Talent stent-graft. There were 83 men and 2 women with a median age of 69.3 years. Anatomy of the abdominal aorta and the iliac arteries was investigated with high resolution contrast CT together with digital subtraction angiography. The majority of patients had comorbid illnesses like arterial hypertension (60%), CAD (38%) and previous CABG (26%). Duration of follow-up period ranged from 1 to 48 months (median 18 months). Repair was performed with transrenal fixation of the bifurcated Talent stent-graft under regional anesthesia in 80% of all cases. Technical success rate was 97.6%. Aneurysm related mortality was 2.4% due to aneurysm rupture in the postoperative period. Overall mortality rate was 9.4%. Morbidity rate was 16.5%. Immediate conversion to open repair was necessary in 1 patient (1.2%). Endoleak rate was 4.8% at 1 month follow-up period. Secondary intervention was required in 1.2% of patients. Iliac limb occlusion was detected in 1 patient (1.2%). Talent stent-graft exhibits a high degree of technical success in AAA repair in patients with comorbid conditions with a low perioperative morbidity and mortality rate.

7) PREDICTING THE RISK OF RUPTURE OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS BY UTILIZING VARIOUS GEOMETRICAL PARAMETERS: REVISITING THE DIAMETER CRITERION.

Giannoglou G, Giannakoulas G, Soulis J, Chatzizisis Y, Perdikides T, Melas N, Parcharidis G, Louridas G.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό *Angiology*, 2006 Aug-Sep;57(4):487-94.

The authors estimated noninvasively the wall stress distribution for actual abdominal aortic aneurysms (AAAs) in vivo on a patient-to-patient basis and correlated the peak wall stress (PWS) with various geometrical parameters. They studied 39 patients (37 men, mean age 73.7 +/- 8.2 years) with an intact AAA (mean diameter 6.3 +/- 1.7 cm) undergoing preoperative evaluation with spiral computed tomography (CT). Real 3-dimensional AAA geometry was obtained from image processing. Wall stress was determined by using a finite-element analysis. The aorta was considered isotropic with linear material properties and was loaded with a static pressure of 120.0 mm Hg. Various geometrical parameters were used to characterize the AAAs. PWS and each of the geometrical characteristics were correlated by use of Pearson's rank correlation coefficients. PWS varied from 10.2 to 65.8 N/cm² (mean value 37.1 +/- 9.9 N/cm²). Among the geometrical parameters, the PWS was well correlated with the mean centerline curvature, the maximum centerline curvature, and the maximum centerline torsion of the AAAs. The correlation of PWS with maximum diameter was nonsignificant. Multiple regression analysis revealed that the mean centerline curvature of the AAA was the only significant predictor of PWS and subsequent rupture risk. This noninvasive computational approach showed that geometrical parameters other than the maximum diameter are better indicators of AAA rupture.

8) MANAGEMENT OF CERVICAL PARAGANGLIOMAS: REVIEW OF A 15-YEAR EXPERIENCE.

Antonitsis P, Saratzis N, Velissaris I, Lazaridis I, Melas N, Ginis G, Giavroglou C, Kiskinis D.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Langenbecks Arch Surg. 2006 Aug; 391(4):396-402.

Cervical paragangliomas are highly vascular neoplasms and should be considered in the evaluation of all lateral neck masses. The aim of this study is to review an institutional experience in the management of these tumors. Thirteen patients with 14 paragangliomas were treated in our institution during a period of 15 years. There were eight women (61.5%) and five men (38.5%) with a mean age of 41.3+/-15 years. A painless lateral neck mass was the main finding in 69.2% of patients. There was no evidence of a functional tumor. Carotid angiography was performed in all patients to define the vascular anatomy of the lesion. The 78.6% of paragangliomas underwent selective embolization of the major feeding arteries. Surgical resection followed within the next 48 h. The majority of the lesions were paragangliomas of the carotid bifurcation (85.7%), while one patient was diagnosed with a jugular and one with a vagal paraganglioma. In one patient, bilateral paragangliomas in the carotid bifurcation were detected. There was no evidence of malignancy in any case. Preoperative embolization has proven successful in reducing tumor vascularity. Vascular reconstruction was necessary in one patient. The main postoperative complication was transient cranial nerve deficit in seven (53.8%) patients, and a permanent Horner's syndrome was documented in one patient. No stroke occurred. The jugular paraganglioma was treated with irradiation due to skull base extension with significant symptomatic relief. Combined therapeutic approach with preoperative selective embolization followed by surgical resection by an experienced team offers a safe and effective method for complete excision of the tumors with a reduced morbidity rate.

9) ENDOFIT STENT-GRAFT REPAIR OF ISOLATED COMMON ILIAC ARTERY ANEURYSMS WITH SHORT NECKS.

Saratzis N, Melas N, Saratzis A, Lioupis A, Lazaridis J, Ginis G, Ktenidis K, Kiskinis D.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό J Endovasc Ther. 2006 Oct;13(5):667-71.

To evaluate the feasibility and efficacy of repairing isolated iliac artery aneurysms with short proximal necks (<10 mm) by implanting the EndoFit stent-

graft. Seven patients (6 men; median age 73 years, range 70-78) were diagnosed with an isolated common iliac artery (CIA) aneurysm that featured a short proximal landing zone, complicating endovascular treatment. The median aneurysm diameter was 4.4 cm (range 3.5-7.0), and the median proximal neck length was 7 mm (range 5-9). The aneurysms were treated using the EndoFit stent-graft, which can be deployed in a short proximal landing zone. The modified technique involves the deployment of the graft directly above the aneurysm sac without obstructing the contralateral iliac axis, thus affixing the bare proximal stent in the terminal aorta. Follow-up was performed by clinical evaluation and computed tomography at 1, 6, and 12 months postoperatively. The EndoFit stent-graft was successfully deployed in all cases, with complete aneurysm exclusion. In 1 case, the deployment of a second cuff was necessary to secure complete aneurysm exclusion. The median follow-up was 18 months, during which no deaths occurred, and no endoleak or stent-graft migration was observed. Endograft thrombosis occurred in 1 case due to graft angulation caused by external iliac artery stenosis and kinking. None of the aneurysms has ruptured, and there have been no serious complications. Direct endoluminal repair of isolated CIA aneurysms with short proximal necks is feasible using this technique. Efficacy and long-term results are to be confirmed by larger scale series over a long time period.

10) CAROTID ARTERY STENT PLACEMENT WITH EMBOLIC PROTECTION: SINGLE-CENTER EXPERIENCE.

Saratzis N, Saratzis A, Melas N, Lioupis A, Lykopoulos D, Ginis G, Lazaridis J, Ktenidis K, Kiskinis D.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό J Vasc Interv Radiol. 2007 Mar;18(3):337-42.

Purpose To evaluate the efficacy of carotid artery stent placement with embolic protection. **Materials and Methods** During a 2-year period (May 2003 to April 2005), 232 patients underwent carotid artery stent placement with the Acculink RX stent-graft and an embolic protection device. There were 150 men (mean age, 70 years; age range, 58-85 years) and 82 women (mean age, 76 years; age range, 56-82 years). One hundred sixty-five patients were symptomatic and 67 were asymptomatic. All patients were at high risk for carotid endarterectomy. **Results** The procedure was technically successful in 231 patients. The procedure was stopped in one patient due to asystole. In three patients, a cervical approach was necessary owing to aortic arch anatomy. During the procedure, 11 patients (4.74%) experienced bradycardia and two developed a major stroke (0.86%). The mean follow-up was 30 months (range, 12-36 months). Four patients died. No stent occlusion was observed. During the late follow-up period (>30 days), two patients (0.86%) had minor strokes, three (1.29%) had nonfatal transient ischemic attacks, and seven (3.01%) had myocardial infarctions. **Conclusion** Carotid artery stent placement with cerebral protection by using the specific devices compares favorably to previously reported surgical results.

11) ENDOVASCULAR TREATMENT OF DESCENDING THORACIC AORTIC ANEURYSMS WITH THE ENDOFIT STENT-GRAFT.

Saratzis N, Saratzis A, Melas N, Ginis G, Lioupis A, Lykopoulos D, Lazaridis J, Kiskinis D.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Cardiovasc Intervent Radiol. 2007 Mar-Apr; 30(2): 177-81.

To evaluate the mid-term feasibility, efficacy, and durability of descending thoracic aortic aneurysm (DTAA) exclusion using the EndoFit device (LeMaitre Vascular). Twenty-three (23) men (mean age 66 years) with a DTAA were admitted to our department for endovascular repair (21 were ASA III+ and 2 refused open repair) from January 2003 to July 2005. Complete aneurysm exclusion was feasible in all subjects (100% technical success). The median follow-up was 18 months (range 8-40 months). A single stent-graft was used in 6 cases. The deployment of a second stent-graft was required in the remaining 17 patients. All endografts were attached proximally, beyond the left subclavian artery, leaving the aortic arch branches intact. No procedure-related deaths have occurred. A distal type I endoleak was detected in 2 cases on the 1 month follow-up CT scan, and was repaired with reintervention and deployment of an extension graft. A nonfatal acute myocardial infarction occurred in 1 patient in the sixth postoperative month. Graft migration, graft infection, paraplegia, cerebral or distal embolization, renal impairment or any other major complications were not observed. The treatment of DTAA's using the EndoFit stent-graft is technically feasible. Mid-term results in this series are promising.

12) ENDOVASCULAR REPAIR OF TRAUMATIC RUPTURE OF THE THORACIC AORTA: SINGLE-CENTER EXPERIENCE.

Saratzis NA, Saratzis AN, Melas N, Ginis G, Lioupis A, Lykopoulos D, Lazaridis J, D. Kiskinis.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Cardiovasc Intervent Radiol. 2007 May-Jun;30(3):370-5.

Traumatic rupture of the thoracic aorta secondary to blunt chest trauma is a life-threatening emergency and a common cause of death, usually following violent collisions. The objective of this retrospective report was to evaluate the efficacy of endovascular treatment of thoracic aortic disruptions with a single commercially available stent-graft. Nine men (mean age 29.5 years) were admitted to our institution between January 2003 and January 2006 due to blunt aortic trauma following violent motor vehicle collisions. Plain chest radiography, spiral computed tomography, aortography, and transesophageal echocardiography were used for diagnostic purposes in all cases. All patients were diagnosed with contained extramural thoracic aortic hematomas, secondary to aortic disruption. One patient was also diagnosed with a traumatic thoracic aortic dissection, secondary to blunt trauma. All subjects

were poor surgical candidates, due to major injuries such as multiple bone fractures, abdominal hematomas, and pulmonary contusions. All repairs were performed using the EndoFit (LeMaitre Vascular) stent-graft. Complete exclusion of the traumatic aortic disruption and pseudoaneurysm was achieved and verified at intraoperative arteriography and on CT scans, within 10 days of the repair in all patients. In 1 case the deployment of a second cuff was necessary due to a secondary endoleak. In 2 cases the left subclavian artery was occluded to achieve adequate graft fixation. No procedure-related deaths have occurred and no cardiac or peripheral vascular complications were observed within the 12 months (range 8-16 months) follow-up. This is the first time the EndoFit graft has been utilized in the treatment of thoracic aortic disruptions secondary to chest trauma. The repair of such pathologies is technically feasible and early follow-up results are promising.

13) ANACONDA AORTIC STENT-GRAFT: SINGLE-CENTER EXPERIENCE OF A NEW COMMERCIALY AVAILABLE DEVICE FOR ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS

Saratzis N, Melas N., Saratzis A. , Lazarides J., Ktenidis K., Tsakiliotis S., Kiskinis D.

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki, Greece.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Journal of Endovascular Therapy 2008 feb; 15 (1):33-41

To report a retrospective evaluation of the efficacy and midterm clinical results of the Anaconda stent-graft in the endovascular repair of infrarenal abdominal aortic aneurysms. Methods: Fifty-one patients (48 men; mean age 71±8 years, range 62-89) were treated with the Anaconda stent-graft from January 2006 to September 2007. Six patients were considered at high risk for open repair (defined as ASA grade 3) and 10 had undergone previous laparotomy. The mean neck diameter and length were 26 mm (range 22-30) and 18.5 mm (range 14-35), respectively. Mean proximal neck angulation was 30° (range 5-60). Severe iliac artery tortuosity (>60°) was seen in 20 (39%) patients; 3 (6%) had a proximal aneurysm neck angle >45°. Results. The technical success rate was 100%; intraprocedurally, 7 (14%) stent-grafts were repositioned to address renal artery occlusion by the graft (n=1) or type I endoleak. This maneuver resolved 6 of the 7 situations; a remaining endoleak required a proximal cuff to seal it. The procedural success rate (no major complication at 30 days) was 94%. The mean follow-up was 16 months (range 1-21). Five (10%) endoleaks (1 type I, 4 type II) and 1 (2%) graft migration occurred. The overall reintervention rate was 6%. Two (4%) patients died in late follow-up. Conclusion: The Anaconda stent-graft appears both safe and effective in terms of midterm clinical outcome and compares favorably with previously reported EVAR results. The ability to reposition the stent-graft is a particular advantage.

14) NON-ACTIVATED AUTOLOGOUS PLATELET-RICH PLASMA FOR THE PREVENTION OF INGUINAL WOUND-RELATED COMPLICATIONS AFTER ENDOVASCULAR REPAIR OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS

Saratzis N, Saratzis A., Melas N., Kiskinis D.

First Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki,

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Journal of Extra-Corporeal Technology 2008 March; 40 (1):52-6

The endovascular repair (EVAR) of abdominal aortic aneurysms (AAAs) usually involves the surgical exposure and catheterization of the femoral arteries. Several inguinal surgical wound-related complications have been reported postoperatively. The aim of this report was to evaluate the safety and efficacy of intraoperative application of autologous platelet-rich plasma (PRP) for the prevention of wound-related complications in AAA EVAR. The authors conducted a patient- and assessor-blinded controlled trial involving 100 subjects undergoing EVAR of an AAA. PRP was produced using an autologous platelet separator and was applied, without prior thrombin activation, in 50 patients eligible for inclusion. The results were compared with a control group of 50 patients who underwent AAA EVAR within the same time period. The primary outcome was the difference in postoperative hospital stay. Secondary outcomes included subjective assessment of wound healing and wound-related complications. Age, sex, and other comorbidities related to wound healing were not significantly different between cases and controls. One patient treated with PRP developed a unilateral wound infection with lymphorrhea, and two patients developed a bi-lateral superficial infection. Twelve patients within the control group developed a wound-related complication. The postoperative hospitalization was significantly lower in the PRP group. The overall surgical wound-related complications rate was also significantly lower in the PRP group. Application of non-thrombin-activated PRP seems to prevent major postoperative wound-related complications ($p = .026$) and shorten postoperative hospital stay duration after femoral artery exposure and catheterization for AAA EVAR (mean, 4.48 ± 0.48 vs. 6.14 ± 0.39 days).

15) SOA IV: The status of endovascular surgery in aortic aneurysms

Kiskinis D., Saratzis N., Melas N., Saratzis A.

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Greece

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Pathophysiology of Haemostasis and Thrombosis 2008 June; 36 suppl :16-20

Παρουσιάζεται η εμπειρία της κλινικής μας από την αντιμετώπιση των αορτικών ανευρυσμάτων με ενδαγγειακές τεχνικές και συζητούνται οι ενδείξεις και οι τεχνικές που εφαρμόζονται για την διόρθωση των θωρακικών και κοιλιακών αρτηριακών ανευρυσμάτων.

16) AORTODUODENAL FISTULAS AFTER ENDOVASCULAR STENT-GRAFT REPAIR OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS: SINGLE-CENTER EXPERIENCE AND REVIEW OF THE LITERATURE

Saratzis N., Saratzis A., Melas N., Ktenidis K., Kiskinis D.

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki,

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Journal of Endovascular Therapy 2008 Augst; 15 (4):441-8

To report a single-center experience with aortoduodenal fistula (ADF) after successful endovascular aneurysm repair (EVAR) of an infrarenal abdominal aortic aneurysm (AAA). Methods: Five patients (all men; mean age 68.4 years, range 60-75) developed an ADF between 18 days to 1 year after successful EVAR using 3 types of commercially available endografts: 1 bifurcated Anaconda, 1 unibody Powerlink, and 3 EndoFit stent-grafts in a tubular (n=1) or aortomonoiliac configuration (n=2). The internal iliac artery was not occluded in any of the cases. Results: Hematemesis and diffuse abdominal pain constituted the main symptoms leading to the diagnosis of ADF, which was confirmed on computed tomography. Infection was the etiology of the ADF in 3 patients; all underwent emergency surgical exploration, but 1 died in hospital; the other 2 have survived from 1 to 3 years after an emergency procedure. The other 2 ADFs developed in patients with large type I endoleaks; 1 patient died before surgery could be performed and the other one 18 hours after laparotomy. All stent-grafts were removed; none displayed any defects. Conclusion: ADF is a rare but dangerous complication of EVAR. The sequela may be primarily attributed to graft infection, as seen in this series. However, the exact pathogenesis of the pathology remains largely unknown. Prompt diagnosis and intervention are crucial to avoid a fatal outcome

17) MIDTERM RESULTS OF A MODIFIED TECHNIQUE FOR IMPLANTING TUBE GRAFTS DURING ENDOVASCULAR ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM REPAIR

Saratzis N., Melas N., Saratzis A., Tsakiliotis S., Lazarides J., Ktenidis K., Kiskinis, D.

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Department of Anesthesiology, Thessaloniki, Greece.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Journal of Endovascular Therapy 2008 Augst; 15 (4):433-40

To retrospectively analyze the efficacy and midterm results of endovascular aneurysm repair (EVAR) with a tubular stent-graft using 2 different implantation techniques. Methods: Between November 2004 and September 2007, 53 patients (49 men; mean age 68.5±8.6 years, range 40-80) were treated with the EndoFit tube stent-graft. The majority (45, 85%) were treated using the trombone technique, in which 2 tubular aortoortic endografts were deployed with 4 to 8 cm of overlap. This subgroup was compared to the 8 patients who received single tube grafts. Results: Technical and procedural success were 100%; perioperative mortality was 0%. Operative results were similar for patients treated with 1 graft versus those treated with the overlapping trombone technique. The overall device-related complication rate was significantly lower for patients treated with the trombone technique (11% versus 75%, p<0.001). Mean follow-up was 24 months (range 6-36). Endoleak type II occurred in 3 (5.7%) cases. Three (5.7%) patients died, 1 from an aortoduodenal fistula secondary to a proximal type I endoleak and 2 from acute myocardial infarction. Conclusion: The tubular EndoFit device appears both safe and effective in terms of midterm clinical outcome, especially when the trombone technique is utilized. It compares favorably with previously reported EVAR results.

18) MINIMALLY INVASIVE ENDOVASCULAR INTERVENTION IN EMERGENT AND URGENT THORACIC AORTIC PATHOLOGIES: SINGLE CENTER EXPERIENCE

Saratzis N., Melas N., Saratzis A., Lazaridis J., Kiskinis D.

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Greece

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Hellenic Journal of Cardiology October 2008 49 (5) 312-9

We retrospectively interrogated our clinical database and identified the following patients who were treated for an acute thoracic aortic pathology during a 3-year period (January 2003 to February 2006) with the deployment of a thoracic endograft: 8 male patients diagnosed with a thoracic aortic pseudoaneurysm and/or a thoracic aortic disruption following blunt chest trauma; 1 male patient with a large mobile mural thrombus of the descending thoracic aorta; 1 patient with an aortobronchial fistula; and 8 patients with a symptomatic descending thoracic aortic aneurysm. Results: Complete exclusion of the lesion was achieved in all patients. No

procedure-related deaths occurred. Postoperative complications included one case of a distal type 1 endoleak, repaired with re-intervention and deployment of an extension graft, and 1 case of moderate graft kinking without further complications. Conclusion: The endovascular treatment of acute thoracic aortic pathologies is technically feasible and safe. Early and intermediate results are promising.

19) PHARMACOTHERAPY BEFORE AND AFTER ENDOVASCULAR REPAIR OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS. SARATZIS A., SARATZIS N., MELAS N., KISKINIS D.

1st Department of Surgery and Vascular Surgery, Papageorgiou General Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό **Current vascular pharmacology** 2008 October; 64:240-9

Endovascular (EVAR) abdominal aortic aneurysm (AAA) repair has been established as a successful procedure in the short term and may constitute a viable long-term alternative to open repair (OR). The procedure has been associated with lower operative and mid-term morbidity and mortality compared to OR, but long-term results remain largely controversial. EVAR has also been associated with a significant risk of implant and procedure-related complications, such as graft thrombosis and cardiovascular events, necessitating interventional and pharmaceutical management. Medical management of patients undergoing EVAR is required for several different reasons. Patients with an AAA have an increased risk of cardiovascular death, necessitating treatment to reduce the overall risk for cardiovascular events. Treatment is in-line with the medical management of coronary artery disease including anti-platelet therapy and statins. Anti-platelet therapy is also mandatory to prevent complications such as graft-limb thrombosis and peripheral arterial disease (PAD), which is common in patients with an AAA. Especially in patients with PAD, aspirin, clopidogrel and statins remain the mainstay of medical management. Unfortunately, there is a lack of prospective randomised trials concerning the medical management of patients that have undergone abdominal aortic endo-grafting. We review the current literature on the medical treatment of patients undergoing EVAR, focusing on peri-operative management, anti-platelet agents and statins.

20) QUANTITATIVE EVALUATION OF THE SYSTEMIC EFFECTS OF TRANSPOSED BASILIC VEIN TO BRACHIAL ARTERY ARTERIOVENOUS FISTULA: A PROSPECTIVE STUDY.

Saratzis N, Saratzis A, Sarafidis PA, Melas N, Ktenidis K, and Kiskinis D.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό The journal of vascular access 2008, 9(4):285-90.

Background: The transposed basilic vein to brachial artery arteriovenous fistula (BBAVF) constitutes an alternative autogenous vascular access (VA) site for chronic hemodialysis (HD); however, the hemodynamic effects of this procedure have not been adequately studied. The purpose of this study is to evaluate the effects of BBAVF on systemic arterial pressure, cardiac function, and upper limb ischemia (ischemic steal syndrome) utilizing reproducible quantitative methods. Methods: Ten consecutive patients (eight males; mean age: 65.10 +/- 2.87 yrs) scheduled to undergo a brachial-basilic vein transposition were included, excluding patients with cardiac failure. Blood flow volume at the level of the AVF, systemic arterial pressure (SAP), cardiac output (CO) and digital brachial index (DBI) were measured intra-operatively, before and after the creation of the BBAVF, and post-operatively on the 30th post-operative day and on the 3rd post-operative month. Results: SAP and DBI at 30 days and 3 months post-operatively were significantly lower compared to baseline. CO at 30 days and 3 months post-operatively was significantly higher compared to baseline; however, none of the patients developed cardiac failure. DBI remained ≥ 0.6 at 3 months, except in one case (0.59). Blood flow volume at the level of the AVF was positively correlated with CO levels on the 30th post-operative day. Mean clinical follow-up was 12 months (range: 4-15 months). In two cases (20%) the AVF was thrombosed (4th and 10th post-operative month). Conclusion: This prospective quantitative study proves that the BBAVF does impact significantly upon SAP, CO, and DBI; however, it is safe in terms of high-output cardiac failure and ischemic steal syndrome. The authors state that they do not have any commercial, proprietary, or financial interest in any products or companies described in this article.

21) REPORTING MID – AND LONG-TERM RESULTS OF ENDOVASCULAR GRAFTING FOR ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS USING THE AORTOMONOILIAC CONFIGURATION

John Lazaridis, Nikolaos Melas, Athanasios Saratzis, Nikolaos Saratzis, Konstantinos Sarris, Konstantinos Fasoulas and Dimitrios Kiskinis.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Journal Vascular Surgery, 2009;50:8-14

Purpose: This study evaluated the feasibility, efficacy, and durability of a specific aortomonoiliac endograft for the treatment of abdominal aortic aneurysm (AAA) during a midterm follow-up. Methods: From January 2002 until November 2008, 106 Patients (6 women; mean age, 73.37 ± 7.39 years) were treated for an AAA using an EndoFit aortomonoiliac graft (LeMaitre Vascular, Burlington, Mass). All procedures were elective Results: Mean follow-up was 34.9 months (SD, 20.08; range, 2-81 months). Long-term data (follow-up >60 months) were available for nine patients, none of which reported any vascular or procedure related complications. Three of the 106 patients (2.83%) died during early follow-up (<30 days); eight died

during late follow-up (7.54%). Endograft infection developed in two patients (1.88%), and aortoduodenal fistula developed in two (1.88%). Also observed were 15 type II (14.15%) and three type I (2.83%) endoleaks. Femorofemoral bypass thrombosis was detected in two patients (1.88%). Conclusion: In this retrospective analysis, the aortomonoiliac configuration for elective AAA repair was proven to be safe and efficacious midterm and long-term follow-up results in this series compare well with previously reported results for AAA endografting using both bifurcated and aortomonoiliac endoprotheses.

22) ENDOVASCULAR REPAIR OF INADVERTENT SUBCLAVIAN ARTERY PERFORATION DURING CANNULATION FOR DIALYSIS ACCESS: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE.

Melas N, Saratzis A, Saratzis N, Kiskinis D.

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki,

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Eur J Emerg Med 2009 Dec;16(6):323-6.

Central venous catheterization is a routine vascular-access procedure; however, it may be associated with life-threatening complications such as arterial puncture, leading to arterial occlusion, embolism, pseudoaneurysm formation, vessel laceration or dissection, haemopneumothorax or massive haemorrhage. We report a case of an accidental subclavian artery perforation with a wide dialysis catheter. A Jostent endovascular covered stent was deployed to seal the deficit. The specific device can easily conform to the anatomical configuration of most peripheral vessels, constituting a good alternative to open repair in cases of accidental vessel puncture.

23) CAN STATINS SUPPRESS THE DEVELOPMENT OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS? A REVIEW OF THE CURRENT EVIDENCE

Saratzis A, Kitas GD, Saratzis N, Melas N.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Angiology. 2010 Feb;61(2):137-44.

Statins possess several pleiotropic effects and have been shown in vitro and in vivo to inhibit the expression of inflammatory mediators and downregulate molecules involved in extracellular matrix (ECM) degradation. Recent observational studies in humans suggest that statins may have a role in abdominal aortic aneurysm (AAA) prevention or may even inhibit aneurysm expansion. In this review, we summarize the effects of statins on the vessel wall of aneurysmal aortas and currently available data concerning their inhibitory effects on aneurysm progression

24) POPLITEAL APPROACH IN THE SUPINE POSITION AFTER FAILED ANTEGRADE ANGIOPLASTY FOR CHRONIC SUPERFICIAL FEMORAL ARTERY OCCLUSION.

Saratzis A, Melas N, Saratzis N.

Αημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό J Endovasc Ther. 2010 Apr;17(2):259-60.

Stenoses or occlusions in the superficial femoral artery (SFA) are a common manifestation of peripheral arterial disease (PAD), especially in diabetic individuals. These pathologies may be treated using a number of modalities, depending mostly on the anatomical characteristics of the lesion and patient's comorbid conditions. Percutaneous transluminal angioplasty (PTA) with or without the concomitant use of stents is the most popular solution in current practice, employed in lesions measuring below 10cm in length. A recent systematic review investigating PTA plus stenting for stenotic and occluded SFAs, concluded that this intervention has a small but significant short term improvement in primary patency over lesions treated with PTA alone; a lesser effect is seen for ankle-brachial pressure index (ABPI), but no difference was documented in terms of quality of life at any time interval. For the treatment of occlusive lesions in the SFA, antegrade subintimal angioplasty has been traditionally applied; however, arterial access can prove challenging in a number of cases and re-entering the true lumen is not always feasible using this approach. Retrograde endovascular approach via the popliteal artery has, therefore, been advocated in unfavourable anatomies, where antegrade approach via the common femoral artery proves difficult. This modified technique, though, involves repositioning of the patient during the procedure and access-site related complications at the popliteal axis could, at least theoretically, even lead to acute limb ischemia post-operatively. A modified technique, as proposed by Kawarada et al., involves lifting the patient's heel in order to access the popliteal tree as a means for access, therefore making the patient's intra-operative position change unnecessary. However, puncture-site related complications (haematoma, pseudoaneurysm, arterial occlusion, prolonged post-operative immobility), remain an important issue, even after the introduction of the latest generation endovascular devices which do not necessitate a large diameter (> 6F) sheath for stent introduction. Direct puncture of a diseased (diabetic and calcified) popliteal artery should be the "final" solution and only in experts hands, given the high probability of disabling complications. Additionally, in cases of failed antegrade angioplasty for occlusive SFA lesions, the initial failure to re-enter the true lumen usually suggests excessive calcification of the atheromatous plaque, especially when taking into account the fact most of these patients are diabetics and possess various co-morbid conditions. As a result, a below knee femoro-distal by-pass using a venous graft should probably be considered as the first choice procedure, since it has acceptable mid-term results in this category of patients. Moreover, if a venous graft cannot be used, a polytetrafluoroethylene (PTFE) graft can also be utilised. The antegrade ipsilateral approach through the ipsilateral common femoral artery indeed does provide superior maneuverability compared to the contralateral femoral artery cross-over technique. If ipsilateral puncture proves difficult, a small femoral "cut-down" can be employed under regional anesthesia to achieve direct femoral puncture prior to resorting to the retrograde popliteal approach. Overall, interventionalists should always be clear on why they choose an

endovascular approach to begin with and justify the retrograde approach accordingly, after having considered the alternatives. Moreover, patients presenting with critical limb ischemia, need to be offered maximal treatment of all stenotic or occlusive lesions of the relative arterial segment. In other words, especially in diabetic individuals, recanalizing the SFA and leaving the rest of the vascular bed (the remaining SFA, popliteal artery, orifice of the tibioperoneal trunk) untreated, would place the patient under the risk of early recurrence or primary failure. The most convenient way to achieve that is a femoro-distal venous by-pass, since this would allow “by-passing” even the most significant lesions in terms of length of the affected segment. Additionally, it is important to mention that an increase of the ABPI in this patient group with advanced calcification of the vasculature is not an efficient index of distal perfusion and should be used in addition to quality of life indicators and the patient’s clinical picture during follow-up. Conclusively, treating occlusive lesions of the SFA with PTA plus stenting can prove challenging in terms of access and in terms of re-entering the true lumen of the vessel during manipulations. A retrograde approach via the popliteal artery using the modified technique described by Kawarada et al. is a viable alternative; however this should be the last resort after careful consideration of other therapeutic modalities, such as the use of a venous bypass, since puncture-site complications can be significant. Follow-up should include quality of life indicators, a careful clinical examination to assess tissue loss and peripheral perfusion as well as serial ABPI measurements.

25) AORTIC AND ILIAC FIXATION OF SEVEN ENDOGRAFTS FOR ABDOMINAL-AORTIC ANEURYSM REPAIR IN AN EXPERIMENTAL MODEL USING HUMAN CADAVERIC AORTAS.

Melas N, Saratzis A, Saratzis N, Lazaridis J, Psaroulis D, Trygonis K, Kiskinis D.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Eur J Vasc Endovasc Surg. 2010 Oct;40(4):429-35.

OBJECTIVE: To evaluate the proximal and distal (iliac) fixation of seven self-expanding endografts, used in the endovascular treatment (EVAR) of abdominal-aortic aneurysm (AAA), by measuring the displacement force (DF) necessary to dislocate the devices from their fixation sites. **METHODS:** A total of 20 human cadaveric aortas were exposed, left in situ and transected to serve as fixation zones. The Anaconda, EndoFit aorto-uni-iliac, Endurant, Powerlink, Excluder, Talent and Zenith stent grafts were deployed and caudal force was applied at the flow divider, through a force gauge. The DF needed to dislocate each device ≥ 20 mm from the infrarenal neck was recorded before and after moulding-balloon dilatation. Cephalad force was similarly applied to each iliac limb to assess distal fixation before and after moulding-balloon dilatation. **RESULTS:** Endografts with fixation hooks or barbs displayed a significantly higher DF necessary to dislocate the proximal portion compared with devices with no such fixation modalities ($p < 0.001$). Balloon

dilatation produced a significant increase in DF in both devices with ($p < 0.001$) or without ($p = 0.003$) hooks or barbs. Suprarenal support did not enhance proximal fixation ($p = 0.90$). Balloon dilatation significantly increased the DF necessary to dislodge the iliac limbs ($p = 0.007$). CONCLUSIONS: Devices with fixation hooks displayed higher proximal fixation. Moulding-balloon dilatation increased proximal and distal fixation. Suprarenal support did not affect proximal fixation.

26) ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM: A REVIEW OF THE GENETIC BASIS.

Saratzis A, Abbas A, Kiskinis D, Melas N, Saratzis N, Kitas GD.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό *Angiology*. 2011 Jan; 62(1):18-32.

Abdominal aortic aneurysm (AAA) is a complex disease with a largely unknown pathophysiological background and a strong genetic component. Various studies have tried to link specific genetic variants with AAA. Methods: Systematic review of the literature (1947-2009). Results: A total of 249 studies were identified, 89 of which were eventually deemed relevant to this review. Genetic variants (polymorphisms) in a wide variety of genes, most of which encode proteolytic enzymes and inflammatory molecules, have been associated with AAA development and progression. Conclusion: The genetic basis of AAA remains unknown, and most results from "candidate-gene" association studies are contradictory. Further analyses in appropriately powered studies in large, phenotypically well-characterized populations, including genome-wide association studies, are necessary to elucidate the exact genetic contribution to the pathophysiology of AAA.

B) FULL ARTICLES IN INTERNATIONAL JOURNAL (NON PUB MED)

1) POPLITEAL ARTERY ENTRAPMENT SYNDROME.

N. Saratzis, A. Lioupis, N. Melas, G. Ginis, J. Lazarides, A. Saratzis, D. Kiskinis.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Surgical Rounds January 2006

Popliteal artery entrapment syndrome is an infrequent but serious cause of disability in young adults, typically affecting athletic individuals. A 34-year-old woman presented with numbness and intermittent claudication of the left leg. Magnetic resonance angiography demonstrated extrinsic compression of the left popliteal artery. The patient underwent an S-shaped skin incision, through which a posterior approach to the popliteal region was attained. Using this approach, identification of any possible abnormalities in the course of the popliteal vessels is easier and the relationships with the adjacent structures of the popliteal fossa are more apparent. The lateral course and the insertion of the medial head of the gastrocnemius muscle were identified and brought to the surface with a medial deviation of the popliteal artery far from the popliteal vein. This case was identified as type II popliteal artery entrapment syndrome. The medial head of the gastrocnemius muscle was divided (myotomy) and the artery showed no macroscopic degenerated damage. The patient's recovery was uneventful and she was discharged from the hospital on postoperative day 2. At 6-month follow-up, the patient reported no symptoms of popliteal artery entrapment and the peripheral Doppler ultrasonography signals at plantar and dorsiflexion of the foot appeared normal.

2) EVERSION CAROTID ENDARTERECTOMY ILLUSTRATED: TIPS AND TRICKS OF THE PROCEDURE

N. Saratzis, A. Saratzis, S. Miliaras, G. Ginis, N. Melas, A. Lioupis, D. Lycopoulos, J. Lazarides, D. Kiskinis.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Surgical Rounds August 2006

Eversion carotid endarterectomy (ECEA) has been used for some time as a method for preventing stroke. Numerous groups have adopted this technique. In particular, The Vascular Group, PLLC, in Albany, New York, has written extensively on ECEA, pointing out its numerous advantages. One of the obvious advantages is speed. Because ECEA is technically a faster operation to perform, the question of shunting usually becomes secondary. This technique is also beneficial for patients who do not want to use a synthetic patch following the procedure. By performing an

ECEA, the internal carotid artery serves as the patch. As authors indicate, another advantage of ECEA is that it addresses the long tortuous or kinked carotid artery, making it easy to foreshorten this vessel. Although ECEA is not commonly used in the United States, surgeons who perform carotid surgery should be familiar with this technique because it may be necessary at certain times.

3) ENDOVASCULAR TREATMENT OF AN ISOLATED ABDOMINAL AORTIC DISSECTION COMPLICATED WITH ILIAC ANEURYSMS: CASE STUDY AND REVIEW OF THE LITERATURE

Nikolaos Saratzis, Nikolaos Melas, Athanasios Saratzis, Dimitrios Kiskinis.

Ολοκληρωμένη Δημοσίευση του περιστατικού στο περιοδικό *Imaging and Diagnostics Magazine* 2008, Issue 2, Page 4-5.

A 70 year-old male patient was admitted to our institution because of isolated abdominal aortic dissection extending from the left common iliac artery up to 11 mm below the origin of the left renal artery disclosed on Magnetic resonance Angiography. The patient was also diagnosed to have a left common iliac artery aneurysm (maximal aneurysmal diameter: 49mm) and a left internal iliac artery aneurysm (maximal aneurysmal diameter: 25mm). We deploy an aorto-mono-iliac endo-graft extending from the abdominal aorta to the right common iliac artery with a subsequent occlusion of the left common and external iliac arteries and a femoro-femoral cross-over bypass. The isolated abdominal aortic dissection and the iliac aneurysms were successfully excluded. The present report suggests that the endovascular treatment of isolated abdominal aortic dissection is technically feasible using specific endografts. Dissection of the abdominal aorta is a rare condition that may have several different clinical presentations. Abdominal CT scan is probably the most effective diagnostic tool. Endovascular repair, as seen in this report, is a promising alternative treatment option.

4) CAROTID ARTERY STENTING AND STROKE MANAGEMENT: A SURGEON'S POINT OF VIEW.

Kiskinis D, Melas N.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό *The Journal of Cardiovascular Surgery* 2010 June; 51 (suppl 1-3): 31-34.

Many trials have recently been published, questioning the immediate and long-term effectiveness of Carotid Artery Stenting compared to traditional Carotid Endarterectomy (CEE). Our purpose was to retrospectively evaluate the long term results of elective carotid stenting under embolic protection with a single device, in a single center registry. Materials and Methods: During a period of 67 months (May 2003 – December 2008), 520 patients (364 men - mean age 72 years, range: 54-85 years; 156 women – mean age: 76 years, range: 56-85 years), symptomatic and asymptomatic, were scheduled for carotid stenting (CS) with the use of the Acculink

RX stent-graft and the AccUNET RX embolic protection device (Abbott Laboratories, Abbott Park, Illinois, USA). Results: The technical success rate was 98.5%. During early follow-up (<30 days) the overall death rate was 0.9%; 1.1% of the patients involved developed a major stroke and the re-intervention rate was 0.4%. Mean follow up was 49 months (range: 6 – 72). A total of 12 deaths (2.3%) occurred during late follow-up (> 30 days) 18 patients developed a cerebral event (3.5%; 12 transient ischaemic attacks, 6 strokes) and the re-stenosis rate was 4.2%. Conclusion: Elective carotid stenting under cerebral protection using the specific devices is safe and compares favourably with previously reported surgical results over the long-term.

Γ) CHAPTERS IN INTERNATIONAL BOOKS IN ENGLISH

1) ENDOVASCULAR REPAIR OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM USING AORTO-UNI-ILIAC ENDOPROSTHESIS AND FEMORO-FEMORAL CROSSOVER.

N. Saratzis, N. Melas, A. Saratzis, D.A. Kiskinis

**Κεφάλαιο στο βιβλίο Vascular Surgery (European Manual of Medicine)
Εκδότες: C.D. Liapis, K. Balzer, F. Benedetti-Valentini, J. Fernandes e Fernandes. Εκδόσεις Springer 2007, Σελ 389-99**

Περιγράφεται αναλυτικά η τεχνική ενδαγγειακή διόρθωσης των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής με αυτο-μονο-λαγόνια ενδοπρόθεση. Αίτια αδυναμίας ενδαγγειακής αποκατάστασης των ΑΚΑ με διχλωτή ενδοπρόθεση είναι η στένωση-απόφραξη ή έντονη ελίκωση της μιας λαγονίου αρτηρίας και η στένωση της τελικής αορτής με διάμετρο < 15 mm. Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόζεται η τεχνική της τοποθέτησης αορτομονολαγονίας ενδοπρόθεσης σε συνδυασμό με ενδαγγειακή έμφραξη της αντιθέτου λαγονίου αρτηρίας και μηρο-μηριαία χ/κή παράκαμψη.

2) OUTCOME MEASURES IN ARTERIAL DISEASE.

Saratzis A., Saratzis N., Melas N., Kiskinis D.

Κεφάλαιο στο βιβλίο Fast-Facts, Vascular and Endovascular Surgery Highlights 2008-9 Ed. A Davies, A Mitchell, Health Press, Expert reviews on current research, p 40-7.

Ανασκόπηση των σύγχρονων μεθόδων παρακολούθησης των αγγειακών ασθενών

3) WHEN TO USE THE AORTOUNIILIAC CONFIGURATION

Melas N., Saratzis N., Saratzis, A., Kiskinis D.

Κεφάλαιο στο βιβλίο «Advances in endovascular management of abdominal aortic aneurysms». Eds. D. Filipou, P Perdikides, W. Stelter, F. Veith, G White. 2009, PMP p 165-76

Περιγράφονται οι ενδείξεις και η τεχνική της ενδαγγειακής αντιμετώπισης των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής με τη χρήση αορτο-μονο-λαγόνιων ενδοπροθέσεων.

4) MAGNET ASSISTED CONTRALATERAL STUMP CANNULATION USING A REPOSITIONABLE AORTIC ENDOGRAFT

Melas N., Saratzis N., Saratzis A., Kiskinis D.

Κεφάλαιο στο βιβλίο «Advances in endovascular management of abdominal aortic aneurysms». Eds. D. Filipou, P Perdikides, W. Stelter, F. Veith, G White. 2009, PMP p 227-38

Περιγράφεται το πλεονέκτημα του καθετηριασμού του αντιθέτου σκέλους ενδομοσχευμάτων με τη χρήση μαγνητών.

5) TECHNICAL DEVELOPMENTS AND VARIOUS ENDOGRAFT PRODUCTS: USE OF AORTOMONOILIAC DEVICES

Kiskinis D, Melas N.

Κεφάλαιο στο βιβλίο “AAA endovascular aortic repair Combo”, From theory to practice, Didactic manual and procedures. Editors: M Armor, P Bergeron, N Cheshire, L Inglese, T Ischinger, N Mangialardi, K Mathias, D Raithel. 2010 Meet book, P. 39-48.

Περιγράφονται οι ενδείξεις και η τεχνική της ενδαγγειακής αντιμετώπισης των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής με τη χρήση αορτο-μονο-λαγόνιων ενδοπροθέσεων.

Δ) FULL ARTICLES IN GREEK JOURNALS

1) ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ ΣΕ ΙΠΤΑΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Μελάς Ν. Γιαννακούλας Γ, Γιαμούζης Γ, Μούντζιος Ι.

Δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα της Αεροδιαστημικής Ιατρικής, τεύχος 11, Ιού. – Αυγ. – Σεπ. 2001.

Η εργασία μελέτησε εάν το κάπνισμα επηρεάζει τις φυσιολογικές λειτουργίες των ιπταμένων και μειώνει την επιχειρησιακή ικανότητά τους.

2) Η ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΘΕΣΗΣ Ε ΡΤΦΕ ΜΕ ΚΩΝΙΚΟ ΠΡΟΔΙΑΜΟΡΦΩΜΕΝΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΚΡΟ (DISTAFLO ΤΜ) ΣΤΙΣ ΜΗΡΟ-ΙΓΝΥΑΚΕΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΕΙΣ.

Γ. Γκινής, Ν. Σαρατζής, Ν. Τσιλιμπάρης, Ν. Μελάς, Ι. Λαζαρίδης, Α. Λιούπης, Δ. Λυκόπουλος, Χ. Γήτας, Δ. Κισκίνης.

Το άρθρο δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Ελληνική Αγγειοχειρουργική», 2004; τόμος 13, τεύχος 1, σελ. 26-32.

Η μελέτη αξιολογεί τη βατότητα της μηροϊγνυακής παράκαμψης με χρήση της πρόθεσης ε ΡΤΦΕ με κωνικό προδιαμορφωμένο περιφερικό ακρο (distaflo tm) σε σχέση με τα κλασσικά μηροϊγνυακά by-pass.

3)ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΚΑ ΜΕ ΑΟΡΤΟΜΟΝΟΛΑΓΟΝΙΑ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗ

Ν. Σαρατζής, Ν. Μελάς, Α. Λιούπης, Γ. Γκινής, Ι. Λαζαρίδης, Δ. Λυκόπουλος, Π. Αντωνίτσης, Θ. Ξενιτίδης, Χ. Γήτας, Δ. Κισκίνης.

Το άρθρο δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Ελληνική Αγγειοχειρουργική», 2004; τόμος 13, τεύχος 2 σελ. 9-14.

Σε αρκετά ανευρύσματα κοιλιακής αορτής και λαγονίων αρτηριών, η τοποθέτηση διχαλωτής ενδοπρόθεσης αντενδείκνυται λόγω ανατομικών περιορισμών

της τελικής αορτής ή της μιας λαγονίου αρτηρίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις η τοποθέτηση αορτομονολαγόνιου ενδομοσχεύματος σε συνδυασμό με χ/κή μηρό-μηριαία παράκαμψη, μπορεί να δώσει λύση σε ασθενείς υψηλού χ/κού κινδύνου. Σκοπός της εργασίας μας είναι αφενός να καταδείξουμε την αποτελεσματικότητα της μεθόδου και αφετέρου να παρουσιάσουμε τη βατότητα της μηρό-μηριαίας παράκαμψης κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Συμπέρασμα: Τα δεδομένα της μελέτης, αλλά και η διεθνής βιβλιογραφία, καταδεικνύουν ότι η μέθοδος είναι εφικτή και αποτελεσματική σε πολύ υψηλό ποσοστό. Επιπλέον η πρόωμη βατότητα της μηρό-μηριαίας παράκαμψης, αν και εξωανατομική είναι άριστη.

4) ΕΝΔΟΑΥΔΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΚΑ ΜΕ ΔΙΠΛΗ ΕΥΘΕΙΑ ΑΟΡΤΟ-ΑΟΡΤΙΚΗ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗ ENDOFIT (DOUBLE TUBE TROMBONE TECHNIQUE).

N. Μελάς, Α. Σαρατζής, Ν. Σαρατζής, Σ Τσακλιώτης, Δ. Κισκίνης.

Το άρθρο δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Ελληνική Αγγειοχειρουργική», 2007; τεύχος 8-9 σελ. 259-265.

Σκοπός της παρουσίασης της συγκεκριμένης τεχνικής είναι η αξιολόγηση της νέας μεθόδου στην αντιμετώπιση κατάλληλων ΑΚΑ.

5) ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ.

N. Σαρατζής, N. Μελάς, Α. Σαρατζής, Ι. Λαζαρίδης, Δ. Κισκίνης.

Δημοσίευση της μελέτης στο περιοδικό Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, 2008, 49: 211-8

Η εμπειρία ενός Κέντρου όσον αφορά τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα της ενδοαγγειακής αποκατάστασης των επιγούσων παθολογικών καταστάσεων της θωρακικής αορτής. Μέθοδος: Εξετάσαμε αναδρομικά τα δεδομένα της Κλινικής μας και εντοπίσαμε τους ακόλουθους ασθενείς, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν για οξεία πάθηση της θωρακικής αορτής κατά τη διάρκεια 3 ετών (Ιανουάριος 2003-Φεβρουάριος 2006) με την τοποθέτηση ενδοαγγειακού μοσχεύματος: 8 άνδρες με διαγνωσμένο ψευδοανεύρυσμα θωρακικής αορτής και/ή ρήξη της θωρακικής αορτής μετά από τραυματισμό του θώρακα, 1 ασθενής με μεγάλο κινητό τοιχωματικό θρόμβο της κατιούσης θωρακικής αορτής, 1 ασθενής με αορτοβρογχική επικοινωνία και 8 ασθενείς με συμπτωματικό ανεύρυσμα θωρακικής αορτής. Αποτελέσματα: Πλήρης αποκατάσταση της βλάβης επιτεύχθηκε σε όλους τους ασθενείς και δεν παρατηρήθηκαν θάνατοι σχετιζόμενοι με την επέμβαση. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές περιλαμβάνουν μια περίπτωση διαφυγής (endoleak)τύπου I, η οποία αντιμετωπίστηκε με την τοποθέτηση ενός αυτό-εκπτυσσόμενου μοσχεύματος (cuff) και μια περίπτωση μερικής μετακίνησης (migration) μοσχεύματος χωρίς περαιτέρω

επιπλοκές. Συμπέρασμα: Η ενδοαγγειακή θεραπεία των οξέων παθολογικών καταστάσεων της θωρακικής αορτής είναι τεχνικά δυνατή και ασφαλή. Τα πρώιμα και τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά.

E) CHAPTERS IN GREEK BOOKS

1) ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΡΩΤΙΑΙΚΗΣ ΕΝΔΑΡΤΗΡΙΕΚΤΟΜΗΣ

Περδικίδης Θ., Μελάς Ν., Μαρτινάκης Β.

Δημοσιεύτηκε στο βιβλίο Αγγειοχειρουργική στην Ελλάδα, 2004. Επιμέλεια: Δ Σ Γεωργόπουλος και Π Ν Αντωνιάδης. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα. Σελ. 125-156.

2) ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ TALENT™

Ν. Σαρατζής, Π. Αντωνίτσης, Ν. Μελάς, Ι. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Α. Λιούπης, Σ. Τσακλιώτης, Ι. Τσιτουρίδης, Ε. Χριστίδου Δ. Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 9-15

Περιγράφεται η αντιμετώπιση ασθενούς ηλικίας 74 ετών με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής κάτω από το επίπεδο των νεφρικών αρτηριών που αντιμετωπίστηκε με ενδοαυλική τοποθέτηση διχαλωτής ενδοπρόθεσης Talent. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε υπό περιοχική αναισθησία σε αίθουσα χειρουργείου εξοπλισμένη με φορητό ακτινοσκοπικό μηχάνημα c-arm. Οι κοινές μηριαίες αρτηρίες παρασκευάστηκαν χειρουργικά. Καθετηριάστηκε η μία κοινή μηριαία και με ακτινοσκοπικό έλεγχο τοποθετήθηκε το κύριο σώμα του μοσχεύματος. Το κεντρικό τμήμα τοποθετήθηκε υπερνεφρικά, ενώ το περιφερικό τμήμα εκπύχθηκε στη σύστοιχη έξω λαγόνιο αρτηρία με διατήρηση της βατότητας της έσω λαγόνιου. Από την αρ. κοινή μηριαία αρτηρία και μέσω οδηγού σύρματος 0.035'' τοποθετήθηκε το ετερόπλευρο σκέλος. Πρόσφατες μελέτες εκτιμούν πως το ποσοστό των AAA που μπορεί να γίνει ενδοαυτικά υπερβαίνει το 60%. Η θνητότητα κυμαίνεται από 1,2% μέχρι 1,7% ενώ η ανοικτή μέθοδος εμφανίζει διεγχειρητική θνητότητα περίπου 5%. Η μετεγχειρητική περίοδος ανάρρωσης είναι βραχύτερη μετά ενδοαγγειακή αποκατάσταση με χαμηλό κίνδυνο τοπικών ή συστηματικών επιπλοκών. Η ενδοπρόθεση Talent έχει χρησιμοποιηθεί μέχρι στιγμής εκτενώς στην Ευρώπη. Υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα στην κατασκευή του μοσχεύματος τα οποία καθιστούν δυνατή την τοποθέτησή του σε ασθενείς με δύσκολη ανατομία

του ανευρύσματος. Το ακάλυπτο κεντρικό τμήμα του μοσχεύματος μήκους 15 mm χρησιμεύει στην υπερνεφρική στήριξη της πρόθεσης.

3) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΗΣ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕ ΑΟΡΤΟ-ΜΟΝΟ-ΛΑΓΟΝΙΑ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗ

N. Μελάς, Δ. Λυκόπουλος, N. Σαρατζής, I. Λαζαρίδης, Δ. Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 16-26

Περιγράφεται η αντιμετώπιση ανευρύσματος (δε) κοινής λαγονίου αρτηρίας σε ασθενή άρρεν ηλικίας 76 ετών με ενδοαυλική τοποθέτηση ενδοπρόθεσης. Από τη (δε) κοινή μηριαία υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο προωθήθηκε ευθύ ενδομόσχευμα (Endofit,) διαστάσεων 18 mm x 10 cm χωρίς ελεύθερο κεντρικό stent, μέσα σε θηκάρι 18Fr. Το περιφερικό του τμήμα εκπύχθηκε στην στην έξω λαγόνιο (αποκλείοντας την έσω) ενώ το κεντρικό του έφτασε στη μεσότητα του σάκου. Στη συνέχεια από το ίδιο θηκάρι εισήχθη τηλεσκοπικά δεύτερο ευθύ ενδομόσχευμα διαστάσεων το οποίο γεφύρωσε το χάσμα από το πρώτο ενδομόσχευμα μέχρι την κεντρική ζώνη στήριξης. Το κεντρικό stent εκπύχθηκε εντός του διχασμού της αορτής, μειώνοντας με αυτό τον τρόπο την πιθανότητα μετανάστευσης του ενδομοσχεύματος. Η τελική αγγειογραφία επιβεβαίωσε απουσία ενδοδιαφυγής, μετανάστευσης, στένωσης, γωνίωσης, δομικού κατάγματος ή θρόμβωσης. Τα μεμονωμένα ανευρύσματα των λαγονίων αρτηριών είναι σπάνια. Αν και συνήθως ασυμπτωματικά, όταν εκδηλώσουν συμπτώματα αυτά σχετίζονται με φαινόμενα τοπικής πίεσης ή με συμπτώματα επιπλοκών (εμβολή, θρόμβωση, ρήξη). Τα τελευταία χρόνια εξελίχθηκε ένας εναλλακτικός τρόπος αντιμετώπισης των μεμονωμένων ανευρυσμάτων των λαγονίων αρτηριών που έγκειται στον αποκλεισμό τους με τοποθέτηση επενδεδυμένου ενδοαυλικού νάρθηκα – ενδοπρόθεσης. Όταν ο κεντρικός αυχένας είναι κοντός (<10mm), η κεντρική στήριξη της ενδοπρόθεσης είναι επισφαλής και γενικά αντενδείκνυται. Στην περίπτωση μας τοποθετήσαμε μια ειδικής κατασκευής ενδοπρόθεση αποτελούμενη από δύο τμήματα με αλληλοεπικάλυψη που διαθέτει μεταλλικό σκελετό από nitinol και ύφασμα από PTFE (Endofit) και έχει τη δυνατότητα να στηριχθεί κεντρικά σε μικρό μήκος αυχένα καθώς διαθέτει ειδικής σχεδίασης ελεύθερο κεντρικό stent που εκπύσσεται εντός της τελικής αορτής, χωρίς να παρεμποδίζει τη ροή στην αντίθετη λαγόνιο αρτηρία. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί μόνο άλλες δύο αντίστοιχες περιπτώσεις λαγονίων ανευρυσμάτων που αντιμετωπίστηκαν με την ίδια ενδοπρόθεση και τεχνική.

4) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΟΡΤΟΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ENDOFIT

A. Σαρατζής, N. Σαρατζής, N. Μελάς, Νικόλαος, I. Λαζαρίδης, Δ., Φιλίππου, Δ. Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 27-31

Άνδρας 79 ετών παραπέμφθηκε με αιμόπτυση και αναιμία. Προ οκτώ ετών υποβλήθηκε σε αριστερή θωρακοτομή και wrapping ανευρύσματος της θωρακικής αορτής, περιφερικά της αριστερής υποκλειδίας αρτηρίας. Η Μαγνητική Αγγειογραφία έδειξε την παρουσία θωρακικού αορτικού ανευρύσματος, το οποίο είχε ραγεί εντός του αριστερού βρόγχου. Μετά από χειρουργική παρασκευή της δεξιάς μηριαίας αρτηρίας, προωθήθηκε στο αορτικό τόξο οδηγό σύρμα 0.0035' Amplatz μήκους 260 cm μέχρι την αορτική βαλβίδα. Θηκάρι 7F Arrow εισήχθη διαδερμικά από την αριστερή μηριαία αρτηρία έως τη διαφραγματική αορτή, κοντά στην έκφυση της κοιλιακής αρτηρίας, με σκοπό να ελέγχεται με έγχυση σκιαστικού το κατώτατο σημείο έκπτυξης των stent-grafts. Υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο εκπύχθηκαν εντός του ανευρύσματος δύο stent grafts (40mm x 16cm, 38mm x 18cm) τηλεσκοπικά, το ένα εντός του άλλου, ώστε να επιτευχθεί πλήρης αποκλεισμός του ανευρύσματος. Μία τελική αγγειογραφία επιβεβαίωσε την επιτυχή τοποθέτηση των μοσχευμάτων και τον αποκλεισμό του ανευρύσματος χωρίς ενδοδιαφυγή. Μετεγχειρητικά, ο πλήρης αποκλεισμός του ανευρύσματος επιβεβαιώθηκε με ακτινογραφία θώρακος και Μαγνητική Τομογραφία. Ο ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση, ύστερα από επτά ημέρες. Το αορτοβρογχικό συρίγγιο είναι μία σπάνια αλλά εξαιρετικά επικίνδυνη επιπλοκή, η οποία συνήθως εκδηλώνεται μετά από χειρουργικές επεμβάσεις της θωρακικής αορτής. Οι πρόσφατες εξελίξεις στην ενδοαγγειακή χειρουργική έκαναν δυνατή την εναλλακτική αντιμετώπιση του αορτοβρογχικού συριγγίου με τη χρήση ενδοαυλικών μοσχευμάτων, προσέγγιση λιγότερο επεμβατική και πολύπλοκη σε σύγκριση με την κλασική. Αν και ακόμη δεν υπάρχουν μακροχρόνια αποτελέσματα, φαίνεται πως αυτή η μέθοδος έχει μικρότερα ποσοστά επιπλοκών και θνητότητας.

5) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΙΟΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗ.

Α. Σαρατζής, Ν. Σαρατζής, Π. Αντωνίτσης, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Μελάς, Α. Λιούπης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Σ. Τσαχιλιώτης, Ι. Τσιτουρίδης, Δ. Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 32-6

Άνδρας ηλικίας 74 ετών, προσήλθε γιατί ο απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία για διερεύνηση θωρακικού άλγους αποκάλυψε ανεύρυσμα της κατιούσης θωρακικής αορτής αμέσως μετά την έκφυση της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας, διαμέτρου 6.3 cm. Υπό γενική αναισθησία έγινε παρασκευή της δεξιάς μηριαίας αρτηρίας και προωθήθηκε οδηγό σύρμα 0.035' (Amplatz, superstiff, 260 cm) μέχρι το αορτικό τόξο. Για την πλήρη κάλυψη του ανευρύσματος ήταν αναγκαία η εφαρμογή δυο ενδοπροθέσεων, διαμέτρων 42 mm και 40 mm τηλεσκοπικά η μία εντός της άλλης. Ο μετεγχειρητικός έλεγχος αποκάλυψε καλή θέση των μοσχευμάτων

σωστή θέση έκπτυξης απουσία μετατόπισης χωρίς ενδοδιαφυγή και ακεραιότητα του μεταλλικού σκελετού. Τα ανευρύσματα της θωρακικής αορτής είναι σπάνια συγκρινόμενα με τα ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής και αποτελούν το 2%-5% του συνόλου των ανευρυσμάτων. Πιστεύεται πως ο κίνδυνος ρήξης όταν η διάμετρος του ανεύρυσματος πλησιάζει τα 6 cm είναι μεγάλος (ξεπερνά το 40% στην δεκαετία) και γιαυτό συνιστάται η προληπτική αντιμετώπιση. Η κλασσική χειρουργική διόρθωση περιλαμβάνει αριστερή θωρακοτομή, αποκλεισμό της αορτής, διάνοιξη του ανεύρυσματος και απόκατάσταση της συνέχειας της αορτής με παρεμβολή σωληνωτής πρόθεσης. Το ποσοστό της παραπληγίας μετά από ανοιχτή επέμβαση περιγράφεται και μέχρι 10% και αποδίδεται σε θρόμβωση της αρτηρίας Adamkiewicz η οποία δεν έχει σταθερή έκφυση ενώ φαίνεται να σχετίζεται και με παρατεταμένο χρόνο νορμοθερμικού αποκλεισμού της αορτής που υπερβαίνει τα 20 λεπτά.

Η ενδοαυλική χειρουργική αποτελεί εναλλακτική μέθοδο αντιμετώπισης γιατί είναι λιγότερο τραυματική μέθοδος. Αποφεύγεται η θωρακοτομή οπότε περιορίζονται ο πόνος και οι αναπνευστικές επιπλοκές ώστε να μπορεί να αντιμετωπιστούν ασθενείς υψηλού αναισθησιολογικού κινδύνου ASA III και IV. Οι απώλειες αίματος είναι λιγότερες, σπάνια απαιτείται μετάγγιση και σπάνια συμβαίνουν αιμορραγικές επιπλοκές.

6) ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΛΑΓΟΝΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

**Τσιλιμπάρης Ν., Σαρατζής Ν., Α. Λιούπης, Αντωνίτσης Π., Γκινής Γ., Μελάς Ν.
Ι. Λαζαρίδης, Τσαχλιώτης Σ., Κισκίνης Δ.**

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 37-40

Άνδρας ηλικίας 65 ετών προσήλθε στην κλινική μας λόγω αμφοτερόπλευρης διαλείπουσας χωλότητας (στάδιο II κατά Fontaine). Το ιστορικό του περιελάμβανε αρτηριακή υπέρταση από 5ετίας, σακχαρώδη διαβήτη από 3ετίας. Η ψηφιακή ενδαρτηριακή αγγειογραφία έδειξε αποτιτανωμένες σημαντικά στενωτικές βλάβες στις κοινές λαγόνιες αρτηρίες. Τοποθετήθηκαν διαδερμικά στις κοινές μηριαίες αρτηρίες θηκάκια 7F. Μετά από συστηματικό ηπαρινισμό και υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο, προωθήθηκαν οδηγά σύρματα διαμέτρου 0.018' δια των λαγονίων στενώσεων στην αορτή. Τοποθετήθηκαν δύο προφορτωμένα σε μπαλόνια stents διαμέτρου 9 mm Η έκπτυξη των μπαλονιών έγινε (kissing). Η διαδερμική ενδοαυλική αγγειοπλαστική της αθηροσκληρωτικής στένωσης των λαγονίων αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδο στην αντιμετώπιση των στενώσεων των λαγονίων αρτηριών. Γενικά τα καλύτερα αποτελέσματα με ποσοστά τεχνικής επιτυχίας που πλησιάζουν το 100% και 5ετή βατότητα από 80- 90% αναφέρονται για μικρού μήκους στενώσεις. Είναι γεγονός ότι η έκπτυξη ενός μόνο μπαλονιού κοντά στον αορτικό διχασμό μπορεί να προκαλέσει συμπίεση και αποκόλληση της ετερόπλευρης αρτηρίας. Εφαρμόζεται η τεχνική "kissing balloon", κατά την οποία πραγματοποιείται ταυτόχρονη αμφοτερόπλευρη έκπτυξη ανάλογου μεγέθους «μπαλονιών», ώστε να ανακατασκευάζεται ο αορτικός διχασμός.

7) Η ΧΡΗΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΕΡΤΦΕ ΜΕ ΚΩΝΙΚΑ ΠΡΟΔΙΑΜΟΡΦΩΜΕΝΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΚΡΟ (DISTAFLO™) ΣΤΙΣ ΜΗΡΟ-ΙΓΝΥΑΚΕΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΕΙΣ

Γκινής Γ., Σαρατζής Ν., Τσιλιμπάρης Ν., Μελάς Ν., Ι. Λαζαρίδης, Α. Λιούπης, Φραδέλος Δ., Πετροπούλου Π., Κισκίνης Δ.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες . Σελ 41-44.

Ασθενής 69 ετών με ιστορικό υπέρτασης, ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδους διαβήτη και στεφανιαίας νόσου προσήλθε εξ αιτίας άλγους ηρεμίας του δεξιού σκέλους. Ο αγγειογραφικός έλεγχος έδειξε απόφραξη της δεξιάς επιπολής μηριαίας αρτηρίας και βατές 2 κνημιαίες αρτηρίες κάτωθεν του γόνατος. Υπό επισκληρίδιο αναλγησία έγινε χειρουργική παρασκευή της ιγνυακής αρτηρίας κάτωθεν του γόνατος με έσω προσπέλαση. Με επιμήκη βουβωνική τομή παρασκευάστηκε επίσης η κοινή και εν τω βάθει μηριαία αρτηρία. Μετά συστηματικό ηπαρινισμό διανοίχτηκε η ιγνυακή αρτηρία και έγινε αναστόμωση τελικο-πλάγια του κωνικά διαμορφωμένου άκρου μοσχεύματος Distaflo με την αρτηρία. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Ο αγγειογραφικός έλεγχος σε 6 μήνες επιβεβαίωσε καλή βατότητα της πρόθεσης με ικανοποιητική γεωμετρία στην αναστόμωση και χωρίς στοιχεία υπερπλασίας και στένωσης. Χρησιμοποιήθηκε μόσχευμα με κωνικά προδιαμορφωμένο περιφερικό άκρο, από ePTFE με εσωτερική επικάλυψη από άνθρακα και είχε κεντρική διάμετρο 6 mm και περιφερική 5 mm. Πιστεύεται πως έχει περίπου την ίδια αιμοδυναμική συμπεριφορά με το Miller cuff λόγω του θολωτού περιφερικού άκρου του. Το μόσχευμα αυτό είναι κατασκευασμένο από ePTFE με λεπτό τοίχωμα και εξωτερικά υποστηρίζεται από δακτυλίους (rings). Το βασικό γνώρισμα του συγκεκριμένου μοντέλου είναι οι υψηλές τάσεις διάσχισης που ασκούνται από την αιματική ροή στην αρτηρία και στις κριτικές θέσεις της αναστόμωσης εμποδίζοντας την ινομυώδη υπερπλασία. Η ευκολία χρήσης του μοσχεύματος και η αποφυγή παρασκευής και προετοιμασίας φλεβικού μοσχεύματος μειώνουν το χρόνο της επέμβασης και τις τεχνικές δυσκολίες μιας αναστόμωσης με παρεμβολή φλεβικού εμβλώματος, προσφέροντας παράλληλα και ικανοποιητικά ποσοστά βατότητας

8) ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΙΓΝΥΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Κ. Μαρμανιδου, Ν. Μελάς, Δ. Λυκόπουλος, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Σαρατζής, Ι Τσιτουρίδης, Δ. Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 45-50

Άνδρας ηλικίας 43 ετών, προσήλθε εξ αιτίας ψηλαφητής σφύζουσας μάζας άνωθεν του δεξιού γόνατος και διαλείπουσας χωλότητας σταδίου ΙΙα κατά Fontaine. Ο ασθενής είχε υποβληθεί σε επέμβαση μηροϊγνυακής παράκαμψης με συνθετικό μόσχευμα προ βετίας. Ένα χρόνο μετά παρουσίασε συμπτώματα οξείας ισχαιμίας, και υποβλήθηκε σε χειρουργική θρομβεκτομή και πλαστική με εμφύλωμα βοείου περικαρδίου της περιφερικής αναστόμωσης. Μετά από μία τριετία σημειώθηκε νέα θρόμβωση του μοσχεύματος και ακολούθησε επιτυχής θρομβόλυση. Η αγγειογραφία έδειξε την ύπαρξη αναστομωτικού ανευρύσματος της μηροϊγνυακής παράκαμψης. Τοποθετήθηκαν 2 αλληλοεπικαλυπτόμενοι επενδυμένοι ενδοαυλικοί νάρθηκες (stent grafts). Κατά την μετεγχειρητική του περίοδο ο ασθενής εμφάνισε ισχαιμία του δεξιού κάτω άκρου και κατά την επανεκτίμηση επιβεβαιώθηκε η γωνίωση των 2 stent grafts. Ακολούθησε νέα χειρουργική αντιμετώπιση και αποκατάσταση της αρτηριακής κυκλοφορίας με τοποθέτηση συνθετικού μοσχεύματος PTFE. Τα αναστομωτικά ανευρύσματα παρατηρούνται στα σημεία συρραφής των μοσχευμάτων με τα αγγεία. Οι παράγοντες που ευθύνονται για τη δημιουργία των ανευρυσμάτων αυτών είναι το υλικό κατασκευής των ραμμάτων, η εκφύλιση του τοιχώματος των αγγείων πάνω στα οποία γίνονται οι ραφές, η τάση που αναπτύσσεται στο σημείο της ραφής, η τάση που παράγεται από το συνδυασμό διαφορετικών υλικών του αγγειακού τοιχώματος και του συνθετικού μοσχεύματος, τραυματισμοί, η φλεγμονή της αναστόμωσης, η αθηροσκλήρυνση των αγγείων και η ενδαρτηρεκτομή. Η κλασσική αντιμετώπιση των αναστομωτικών ανευρυσμάτων είναι η εκτομή τους και η μετάθεση της αναστόμωσης σε άλλο σημείο.

9) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΕΝΔΟΔΙΑΦΥΓΗΣ ΤΥΠΟΥ Ι ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Α. Λιούπης, Ν. Σαρατζής, Ι. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Ν. Μελάς, Ε. Χριστίδου, Δ. Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 51-9

Ασθενής άρρεν, ηλικίας 77 ετών προσήλθε για χειρουργική αντιμετώπιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Ο έλεγχος με αξονική τομογραφία κατέδειξε ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής διαμέτρου 5,3. Έγινε ενδαγγειακή αποκατάσταση με χρήση πρόθεσης Endologix Powerlink. Σε έλεγχο με αξονική τομογραφία κοιλίας-οπισθίου περιτοναίου, ένα μήνα μετά την έξοδο του ασθενούς από την κλινική, διαπιστώθηκε ενδοδιαφυγή στο ύψος της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας (τύπου Ι). Ο ασθενής, 3 μήνες μετά την αρχική επέμβαση, διακομίσθηκε με κλινική εικόνα ισχαιμίας των κάτω άκρων από 12ώρου. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε αύξηση του μεγέθους της γνωστής ενδοδιαφυγής με σύμπτωση του κορμού της πρόθεσης. Με χειρουργική παρασκευή των μηριαίων αρτηριών προωθήθηκε ενδαγγειακός νάρθηκας (cuff) που εκπύχθηκε υπονεφρικά με στεγανοποίηση της κεντρικής ζώνης στήριξης της πρόθεσης. Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής εμφάνισε εικόνα

υποογκαιμικού shock. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε εκτεταμένο οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα και έμφρακτο τμήματος του δεξιού νεφρού. Οδηγήθηκε επείγοντως στο χειρουργείο όπου, υπό γενική αναισθησία πραγματοποιήθηκε μέση λαπαροτομία, διάνοιξη οπισθίου περιτοναίου, αποκλεισμός της αορτής, διάνοιξη του σάκου και αφαίρεση των προθέσεων και τοποθέτηση ευθέως συνθετικού μοσχεύματος Silver 18 mm, το οποίο αναστομάθηκε στο υπονεφρικό τμήμα της αορτής και στον αορτικό διχασμό.

Η αντιμετώπιση των ενδοδιαφυγών τύπου I που θεωρούνται οι πιο σημαντικές. Όταν η ενδοδιαφυγή δεν παρατηρείται άμεσα μετεγχειρητικά, αλλά μετά από κάποιο χρονικό διάστημα παρακολούθησης, θεωρείται ότι οφείλεται σε αναδιαμόρφωση (remodeling) του ανευρυσματικού σάκου που προκαλεί διαταραχές στα σημεία στήριξης της πρόθεσης και πρέπει να αντιμετωπισθεί. Για τον τρόπο αντιμετώπισης, αρχικά θεωρείται ως απαιτούμενη πρώτη παρέμβαση η προσπάθεια ενδαγγειακής διόρθωσης και αν αποτύχει προτείνεται ανοιχτή χειρουργική αποκατάσταση.

10) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΟΡΘΟΥ

Τσίτσκαρης Κ., Μελάς Ν., Σαρατζής Ν., Γκινής Γ., Τσαβδαρίδης Π., Τρυγόνης Κ., Φιλλιπίδης Α., Κισκίνης Δ.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 60-5

Άνδρας ηλικίας 74 ετών προσήλθε με διαρροϊκές κενώσεις (με παρουσία βλέννης, χωρίς αίμα) από τετραμήνου, και απώλεια βάρους. Ο παρακλινικός έλεγχος αποκάλυψε αδενοκαρκίνωμα χαμηλής διαφοροποίησης στο ορθό και ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής με επέκταση στη δεξιά κοινή λαγόνιο αρτηρία. Η μέγιστη εγκάρσια διάμετρος του ανευρύσματος ήταν 6,5cm. Με επισκληρίδιο αναισθησία και σε αίθουσα χειρουργείου εξοπλισμένη με φορητό ακτινοσκοπικό μηχάνημα τύπου C-Arm, έγινε χειρουργική παρασκευή των μηριαίων αρτηριών άμφω και τοποθέτηση αορτο-λαγόνιας (αρ) ενδοπρόθεσης και μηρο-μηριαίας παράκαμψης, με μόσχευμα PTFE, για την παροχή αίματος και στο δεξιό σκέλος. Σε δεύτερο χρόνο έγινε χειρουργική αντιμετώπιση του νεοπλάσματος του ορθού με εκτέλεση χαμηλής προσθίας εκτομής του ορθού. Η μετεγχειρητική πορεία εξελίχθηκε χωρίς επιπλοκές. Η ταυτόχρονη παρουσία ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής και καρκίνου του παχέος εντέρου ποικίλει μεταξύ 0,49 και 2,1%. Και οι δύο βλάβες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται, ώστε να επιτυγχάνεται το μέγιστο δυνατό προσδόκιμο επιβίωσης. Ωστόσο, ο προβληματισμός παραμένει για το αν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα ή κατά στάδια. Στην προσπάθεια για παροχή της καλύτερης δυνατής θεραπευτικής αντιμετώπισης, στις περιπτώσεις σύγχρονης παρουσίας ανευρύσματος κοιλιακής αορτής και καρκίνου του παχέος εντέρου, έχουν προταθεί οι ακόλουθες οδηγίες: Επεμβαίνουμε πρώτα στη βλάβη που είναι συμπτωματική. Αν οι δύο βλάβες είναι ασυμπτωματικές και προτιμάται η αντιμετώπιση κατά στάδια, τα ανευρύσματα διαμέτρου μεγαλύτερης των 5cm πρέπει να έχουν προτεραιότητα.

Η σύγχρονη αντιμετώπιση των δύο βλαβών, με χρήση της κλασσικής ανευρυσματεκτομής για το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής, αποτελεί ελκυστική εναλλακτική, αφού η, απειλητική για τη ζωή, μόλυνση του συνθετικού μοσχεύματος, δεν έχει παρατηρηθεί σε πρόσφατες εργασίες.

Η σύγχρονη αντιμετώπιση των δύο βλαβών, με χρήση της ενδαγγειακής αποκατάστασης για το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής, μπορεί να αποτελεί την καλύτερη λύση, με την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχουν γενικές αντενδείξεις για την εφαρμογή της.

11) ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Μελάς Ν., Λιούπης Α., Σαρατζής Ν., Λυκόπουλος Δ., Γκινής Γ., Ευθυμιόπουλος Γ., Λαζαρίδης Ι., Τριγόνης Κ., Γήτας Χ., Τσιτουρίδης Ι., Κισκίνης Δ.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 70-8

Ασθενής άρρεν ηλικίας 48 ετών, διακομίσθηκε από παθολογική κλινική με διάγνωση ανώδυνος ίκτερος, ανεύρυσμα ηπατικής αρτηρίας. Από έλεγχο με CT κοιλίας με σκιαστικό και βρέθηκε ανεύρυσμα ηπατικής αρτηρίας μέγιστης διαμέτρου 6.5cm, μήκους >13cm, αρχόμενο αμέσως μετά τον τριχασμό της κοιλιακής αρτηρίας και επεκτεινόμενο μέχρι την (δε) ιδίως ηπατική. Το ανεύρυσμα έφερε ενδοαυλικό θρόμβο. Υπό γενική αναισθησία, με τον ασθενή σε κλασσική ύπτια θέση και υποστήριξη αυτομετάγγισης, διενεργήθηκε αμφοτερόπλευρη τομή Kocher. Μεταξύ του ελάσσονος τόξου του στομάχου και των πυλών του ήπατος αναγνωρίστηκε ευμεγέθης μάζα που κάλυπτε εξολοκλήρου τον χώρο του ελάσσονος επιπλόου (ηπατογαστρικός σύνδεσμος) και του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου με σαφή στοιχεία φλεγμονώδους αντίδρασης και ίνωσης. Διενεργήθηκε απολίνωση του κεντρικού κολοβώματος του αλίρειου τρίποδα. Ακολούθησε απολίνωση της δεξιάς ηπατικής, ολοκληρώνοντας τον αποκλεισμό του ανευρύσματος. Ακολούθησε χολοκυστεκτομή, διάνοιξη του κοινού ηπατικού πόρου για τοποθέτηση καθετήρα Kerh. Τα ανευρύσματα της ηπατικής αρτηρίας είναι σχετικά σπάνια. Η συχνότητά τους στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται σε 0.002%, ενώ αφορούν στο 20% των σπλαχνικών ανευρυσμάτων. Αν και συνήθως ασυμπτωματικά, όταν εκδηλώσουν συμπτώματα αυτά σχετίζονται με φαινόμενα τοπικής πίεσης (άλγος δεξιού υποχονδρίου με οσφυική αντανάκλαση μη συσχετιζόμενο με γεύματα, ίκτερο, ψηλαφητή σφύζουσα μάζα, τοπικό φύσημα) ή με συμπτώματα επιπλοκών (ρήξη, εμβολή-ενδοηπατικό απόστημα).

12) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΚΑ ΜΕ ΑΟΡΤΟΜΟΝΟΛΑΓΟΝΙΑ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗ

Ν. Μελάς, Ν. Σαρατζής, Ι. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Α. Λιούπης, Π. Πετροπούλου, Δ. Κισκίνης.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 85-92

Ασθενής άρρεν ηλικίας 81 ετών προσήλθε για αποκατάσταση ασυμπτωματικού ΑΚΑ. Η μαγνητική τομογραφία αποκάλυψε ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, μέγιστης διαμέτρου 5.7 cm, μήκους 7.8 cm, αρχόμενο 14 mm μετά τη χαμηλότερη νεφρική αρτηρία και επεκτεινόμενο μέχρι τον αορτικό διχασμό, με παρουσία μικρής ποσότητας ενδοαυλικού θρόμβου. Ο αυχένας του ανευρύσματος είχε διάμετρο 27 mm, σχήμα κώνου και γωνίωση 35 μοίρες. Η τελική αορτή είχε διάμετρο 14 mm και οι λαγόνιες αρτηρίες εμφάνιζαν έντονη γωνίωση 90 μοιρών. Μετά από επισκληρίδιο αναισθησία και έγινε χ/κή παρασκευή των μηριαίων αρτηριών άμφω. Από την (δε) μηριαία αρτηρία προωθήθηκε οδηγό σύρμα 0.035'' (Amplantz, superstiff, medi-tech), 260 cm και ευθύ κωνοειδές ενδομόσχευμα διαστάσεων 32-16 mm x 16cm που διαθέτει ελεύθερο κεντρικό stent. Το κεντρικό stent εκπύχθηκε υπερνεφρικά, μειώνοντας με αυτό τον τρόπο την πιθανότητα μετανάστευσης του ενδομοσχεύματος αυξάνοντας την κεντρική του στήριξη. Το περιφερικό τμήμα του ενδομοσχεύματος εκπύχθηκε στην (δε) κοινή λαγόνιο αρτηρία. Στη συνέχεια προωθήθηκε και εκπύχθηκε occluder στην (αρ) κοινή λαγόνιο αρτηρία. Η επέμβαση ολοκληρώθηκε με τη διενέργεια κλασσικής μηρο-μηριαίας παράκαμψης. Αίτια αδυναμίας ενδαγγειακής αποκατάστασης των ΑΚΑ με διχλωτή ενδοπρόθεση είναι η στένωση-απόφραξη ή έντονη ελίκωση της μιας λαγονίου αρτηρίας (6%) και η στένωση της τελικής αορτής με διάμετρο < 15 mm. Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόζεται η τεχνική της τοποθέτησης αορτομονολαγονίας ενδοπρόθεσης σε συνδυασμό με ενδαγγειακή έμφραξη της αντιθέτου λαγονίου αρτηρίας και μηρο-μηριαία χ/κή παράκαμψη.

13) ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗΣ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Δ. Λυκόπουλος, Ν. Σαρατζής, Ν. Μελάς, Ι. Λαζαρίδης, Γ. Γκίνης, Αθ. Λιούπης, Δ. Κισκίνης.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 93-9

Τα μεμονωμένα ανευρύσματα των λαγονίων αρτηριών είναι σπάνια, η συχνότητα τους στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται σε 0,03% και αφορούν το 2-7% όλων των ενδοκοιλιακών ανευρυσμάτων. Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς που αντιμετωπίστηκε για ανεύρυσμα δεξιάς κοινής λαγονίου ενδαγγειακά με την τοποθέτηση ευθέως κωνικού αορτομονού μοσχεύματος. Ο ασθενής εμφάνισε συμπτώματα διαλείπουσας χωλότητας στο δεξιό σκέλος 5 μήνες μετεγχειρητικά. Ο αγγειογραφικός ανέδειξε την απόφραξη του ενδοαυλικού αορτομονού μοσχεύματος. Με περιοχική αναισθησία παρασκευάστηκαν προσπελάστηκαν οπισθοπεριτοναϊκά και παρασκευάστηκαν τα λαγόνια αγγεία. Η αγγειογραφία έδειξε σημαντική στένωση η οποία αποκαταστάθηκε ενδαγγειακά με τοποθέτηση stent. Κατόπιν διενεργήθηκε λαγονομηριαία παράκαμψη με μόσχευμα PTFE 8χλ. διαμέτρου με τελικοτελικές αναστομώσεις. Τα μεμονωμένα ανευρύσματα των λαγονίων αρτηριών είναι σπάνια.

Η κλασική αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων περιλαμβάνει την εκτομή τους και την παράθεση συνθετικού μοσχεύματος. Η θνητότητα που συνοδεύει την κλασική εκλεκτική επέμβαση είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη για τα ανευρύσματα κοιλιακής αορτής και υπολογίζεται σε 5-11%, ενώ η θνητότητα της επείγουσας επέμβασης μετά από ρήξη ανέρχεται σε 40-50%. Βασική προϋπόθεση στην ενδοαυλική αντιμετώπιση του ανευρύσματος είναι η ύπαρξη επαρκούς μήκους αυχένα κατά το κεντρικό και περιφερικό άκρο του ανευρύσματος.

14) ΕΠΙΜΟΛΥΝΣΗ ΑΟΡΤΟΜΗΡΙΑΙΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

N.Μελάς, Θ.Μπαντή, N.Σαρατζής, I.Λαζαρίδης, I. Τσιτουρίδης, Δ.Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 100-6

Ασθενής άρρεν ηλικίας 69 ετών διεκομίσθηκε με φλεγμαίνουσα-σφύζουσα μάζα στη δεξιά μηροβουβωνική πτυχή και μέλαινες κενώσεις με ιστορικό αποφρακτικής αγγειοπάθειας και αντιμετωπίστηκε με τοποθέτηση αορτοδιηριαίας πρόθεσης Dacron προ 5ετίας. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία κοιλίας με σκιαγραφικό η οποία αποκάλυψε αναστοματικό ανεύρυσμα δεξιάς μηριαίας αρτηρίας (διαμέτρου 7,5cm) με έντονα στοιχεία περιαγγειακής φλεγμονής (ρυπαρότητα, φυσαλίδες αέρα). Έγινε εκτομή του ανευρύσματος, εκτομή του δεξιού σκέλους της Υ-πρόθεσης και παράθεση νέας πρόθεσης με επικάλυψη αργύρου προς την εν τω βάθει μηριαία αρτηρία. Η αξονική τομογραφία κοιλίας με σκιαγραφικό που διενεργήθηκε έδειξε εκτεταμένη φλεγμονή του κοιλιακού τραύματος δεξιά με παρουσία γαστρογραφίνης εντός αυτού σε αποστηματική κοιλότητα (εντεροδερματική επικοινωνία). Με την συνεχή παροχέτευση ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικά, σιτίστηκε από το στόμα και κινητοποιήθηκε. Τα αναστοματικά ψευδανευρύσματα της μηριαίας αρτηρίας αποτελούν τα συχνότερα ψευδανευρύσματα (75%). Συχνά υποκρύπτουν επιμόλυνση της πρόθεσης. Κατά την εκτομή του αναστοματικού ανευρύσματος και την αποκατάσταση της συνέχειας του αγγειακού άξονα με νέα πρόθεση, το είδος του μοσχεύματος φαίνεται να έχει σημασία στην αποτροπή μελλοντικής επιμόλυνσης. Οι εναλλακτικές λύσεις περιλαμβάνουν την τοποθέτηση φλεβικού μοσχεύματος, συνθετικού επαργυρωμένου (Silver collagen coated Dacron) μοσχεύματος και συνθετικού εμβαπτισμένου σε ριφαμπικίνη, πάντα σε συνδυασμό με εκτεταμένο χ/κό καθαρισμό των φλεγμαίνοντων ιστών.

15) ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΜΗΡΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Σαββάτης Κ., Σαρατζής Ν., Αντωνίτσης, N. Μελάς, I. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Α. Λιούπης, Δ. Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 107-11

Γυναίκα ηλικίας 83 ετών, προσήλθε εξ αιτίας αιμοδίων στα δάκτυλα του δεξιού άκρου και διαλείπουσα χωλότητα από μόνος και νέκρωση του δέρματος στο μεγάλο δάκτυλο, στον άκρο πόδα και στην πτέρνα του δεξιού άκρου από 10ημέρου (κλινικό στάδιο IV κατά Fontaine). Η αγγειογραφία έδειξε μικρού βαθμού στενώσεις των επιπολής μηριαίων αρτηριών αμφοτερόπλευρα και μεγάλου βαθμού στένωση στη μετάπτωση της δεξιάς επιπολής μηριαίας αρτηρίας στην ιγνυακή αρτηρία μήκους περίπου 5cm (TASC B). Μετά από τοπική αναισθησία και σε αίθουσα χειρουργείου εξοπλισμένη με φορητό ακτινοσκοπικό μηχάνημα τύπου C-arm καθετηριάστηκε η δεξιά μηριαία αρτηρία και προωθήθηκε μακρύ θηκάρι 6Fr. Με τη βοήθεια του οδηγού σύρματος προωθήθηκαν και εκπτύχθηκαν αρχικά 2 balloon-expandable stents διαστάσεων 5 X 18 και 5 X 38mm. Η διεγχειρητική αγγειογραφία έδειξε την παραμονή μίας υπολειμματικής στένωσης κάτω από το σημείο που τοποθετήθηκαν τα αρχικά stents. Στη συνέχεια προωθήθηκε και εκπτύχθηκε και τρίτο stent διαστάσεων 4 X 18mm το οποίο διάνοιξε και την υπολειμματική στένωση. Η τελική αγγειογραφία έδειξε πλήρη διαβατότητα της επιπολής μηριαίας αρτηρίας. Ενδείξεις για αποκατάσταση της στένωσης ή απόφραξης στη μηροϊγνυακή αρτηρία αποτελούν: Διαλείπουσα χωλότητα, περιορίζουσα την ποιότητα ζωής, Άλγος ηρεμίας, Ισχαιμική εξέλκωση. Η επιλογή της διαδερμικής αγγειοπλαστικής ή της χειρουργικής διόρθωσης καθορίζεται κύρια από τη μορφολογία των βλαβών, καθώς και το προσδοκώμενο κλινικό αποτέλεσμα, τη νοσηρότητα και τη θνητότητα κάθε μεθόδου.

16) ΡΗΞΗ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΟΔΕΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

Γ. Γκινής, Ν. Σαρατζής, Ν. Μελάς, Ι. Λαζαρίδης, Α. Λιούπης, Δ. Λυκόπουλος, Π. Πετροπούλου, Δ. Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 115-24

Ασθενής άρρεν ηλικίας 21 ετών προσήλθε εκτάκτως στο τμήμα επειγόντων περιστατικών της γενικής εφημερίας του Νοσοκομείου ύστερα από τροχαίο ατύχημα με δίκυκλο, με πολλαπλές κακώσεις στα άκρα και στο (δε) άνω θωρακικό τοίχωμα. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ψυχρό (δε) άνω άκρο, απουσία περιφερικών σφύξεων, μικρή εκχύμωση στη περιοχή του μείζονος θωρακικού μυός, ήπιο οίδημα στην σύστοιχη κατώτερη τραχηλική χώρα, επιπλεγμένο κάταγμα στη μεσότητα του αντιβραχίου (δε) και ανοικτό αποσπαστικό κάταγμα (δε) μηριαίου οστού. Ακτινολογικά διαπιστώθηκε κάταγμα (δε) ωμοπλάτης, επιπλεγμένο κάταγμα μεσότητας κερκίδας (δε), κάταγμα Colles (δε), κάταγμα Barton (αρ), ανοικτό αποσπαστικό κάταγμα μηριαίου με παρεκτόπιση. Μετά από γενική αναισθησία διενεργείται επιμελής έκπλυση του ανοιχτού κατάγματος του αντιβραχίου αφαίρεση νεκρωμένων μυϊκών μαζών, νεαροποίηση δερματικών κρημών της έσω επιφάνειας του πήχυ και εξωτερική οστεοσύνθεση των καταγμάτων του (δε) αντιβραχίου. Παρασκευάστηκαν η κερκιδική και βραχιόνια αρτηρία. Διενεργείται τομή υποκλείδια μήκους 8 εκ. περίπου 1-2 εκ. κάτωθεν της σύστοιχης κλείδας. Η παρασκευή είναι ιδιαίτερα εργώδης λόγω του αιματώματος. Η υποκλείδιος φλέβα ήταν άθικτη. Η αρτηρία είχε πλήρη διατομή. Έγινε νεαροποίηση του κεντρικού και περιφερικού

κολοβώματος του αγγείου ακολούθησε η αποκατάσταση με συνθετικό μόσχευμα ePTFE. Οι κακώσεις της υποκλειδίου και μασχαλιαίας αρτηρίας αποτελούν περίπου το 2% έως 10% όλων των αναφερόμενων αρτηριακών κακώσεων. Η περισσότερο συχνή αιτία είναι οι διατιτραίνοντες τραυματισμοί οι οποίοι θεωρούνται 50 φορές συχνότεροι από τους αμβλείς. Όλοι οι ασθενείς με τραύμα στην υπερ-υποκλείδιο χώρα θα πρέπει να εκτιμώνται για πιθανή αγγειακή κάκωση. Υψηλής διαγνωστικής αξίας κλινικά ευρήματα αγγειακής βλάβης είναι η αιμορραγία, το ανεξήγητο shock ή αναιμία καθώς και η ανάπτυξη οιδήματος ή προοδευτικά διατεινόμενου και σφύζοντος αιματώματος στην υπερκλείδιο και κατώτερη τραχηλική χώρα.

17) ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ ΜΕ ΑΥΤΟΕΚΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟ STENT ACCULINK ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ACCUNET

Α.Μαμόπουλος Ν.Σαρατζής, Ν. Μελάς, Π. Αντωνίτσης, Ι. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Α. Λιούπης, Σ. Τσακιλιώτης, Π. Πετροπούλου, Δ. Κισκίνης
Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 125-31

Άνδρας ηλικίας 69 ετών, προσήλθε εξ αιτίας συνεχούς άλγους δεξιού άκρου πόδα από εξαμήνου και ισχαιμικές νεκρώσεις στα δάκτυλα. Η αγγειογραφία ανέδειξε σημαντικό βαθμού στένωση λίγο μετά την έκφυση της δεξιάς έσω καρωτίδας, πολλαπλές μεγάλου βαθμού στενώσεις στις επιπολής και ε.τ.βάθει μηριαίες άμφω, πολλαπλές στενώσεις και αποφράξεις των αγγείων κάτωθεν του γόνατος. Επιλέχθηκε η ενδοαυλική αντιμετώπιση της δεξιάς συμπτωματικής στένωσης. Υπό τοπική αναισθησία σε αίθουσα χειρουργείου εξοπλισμένη με φορητό ακτινοσκοπικό μηχάνημα τύπου C-arm έγινε παρακέντηση της δεξιάς κοινής μηριαίας. Προωθήθηκε οδηγός καθετήρας και καθετηριάστηκε εκλεκτικά η δεξιά κοινή καρωτίδα. Μέσα από τον οδηγό καθετήρα προωθήθηκε η συσκευή προστασίας RX ACCUNET™ στην έσω καρωτίδα, δια της στένωσης, έως και 3cm περιφερικά αυτής όπου και ακολούθησε η έκπτυξη του φίλτρου προστασίας. Στη συνέχεια προωθήθηκε και απελευθερώθηκε το αυτοεκπτυσσόμενο κωνικό stent από ACCULINK™ διαστάσεων 8x6 mm Ακολούθησε διαστολή με μπαλόνι και η αγγειογραφία αποκάλυψε την επιτυχή τοποθέτηση του stent και την αποκατάσταση της βατότητας του αγγείου. Η κύρια επιπλοκή της αγγειοπλαστικής είναι το περιεγχειρητικό εμβολικό stroke, οφειλόμενο σε αποκόλληση και περιφερική παρεκτόπιση θραυσμάτων αθηρωματικού υλικού, προερχόμενου από την αθηρωματική πλάκα, κατά την αγγειοπλαστική και την έκπτυξη του stent. Στην προσπάθεια να αυξηθεί η ασφάλεια της μεθόδου με τον περιορισμό του φαινομένου του εμβολισμού εφαρμόζονται μέθοδοι προστασίας της εγκεφαλικής κυκλοφορίας. Το σύστημα που χρησιμοποιήθηκε είναι φίλτρο. Η ασφάλειά του αξιολογήθηκε με την πολυκεντρική, προοπτική, μη τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη ARCHeR κατά την οποία 436 ασθενείς υψηλού εγχειρητικού κινδύνου με στένωση καρωτίδας αντιμετωπίστηκαν ενδοαυτικά με τη χρήση του stent RX ACCULINK ή με το συνδυασμό αυτού με το φίλτρο προστασίας RX ACCUNET. Η συχνότητα μείζονων συμβαμάτων(ΑΕΕ,ΟΕΜ,θάνατος) στις 30 ημέρες ανήλθε σε 7,8%, με το ποσοστό μείζονος εγκεφαλικού ή θανάτου να ανέρχεται σε 2,5-3,8%, ενώ σε ποσοστό 57% εντοπίστηκαν ορατά συγκρίματα στο φίλτρο.

18) ΠΑΓΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΙΓΝΥΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Ν. Σαρατζής, Α. Λιούπης, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Μελάς, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Ι. Τσιτουρίδης, Α. Φιλίπιδης, Ταραζι Λαμπιπ, Δ. Κισκίνης.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 132-6

Γυναίκα ηλικίας 34 ετών προσήλθε με αιμωδίες του αριστερού σκέλους και διαλείπουσα χωλότητα μετά από βάδιση περίπου 150 μέτρων. Από την κλινική εξέταση είχε αριστερά πλήρη εξάλειψη των ψηλαφητών σφύξεων στην ραχιαία και οπίσθια κνημιαία αρτηρία του άκρου ποδός μετά από ενεργητική πελματιαία κάμψη γεγονός που επιβεβαιωνόταν και με το φορητό αιμοταχύμετρο (Doppler). Ο απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική αγγειογραφία των ιγνυακών αρτηριών έδειξε καλή βατότητα σε ουδέτερη θέση με εντύπωμα εξωτερικής πίεσης στην αριστερή ιγνυακή αρτηρία. Η πελματιαία κάμψη του άκρου ποδός με σύσπαση του γαστροκνημίου μυός προκαλούσε πλήρη απόφραξη της αριστερής ιγνυακής αρτηρίας. Με γενική αναισθησία έγινε οπίσθια προσπέλαση του αριστερού ιγνυακού βόθρου και τομή Z. Αποκαλύφθηκε ανώμαλη κατάφυση της έσω κεφαλής του γαστροκνημίου μυός προς τα έξω ώστε να διαχωρίζεται η αρτηρία από τη φλέβα. Έγινε διατομή της κατάφυσης του μυός παρασκευάστηκε η αρτηρία η οποία δεν εμφάνιζε μακροσκοπικές. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Ο έλεγχος με Doppler 6 μήνες μετά την επέμβαση δεν αποκάλυψε διαφορές στις περιφερικές αρτηρίες σε λειτουργικές θέσεις του σκέλους ενώ η ασθενής ήταν ελεύθερη συμπτωμάτων. Το σύνδρομο παγίδευσης της ιγνυακής αρτηρίας χαρακτηρίζεται από εξωτερική συμπίεση της αρτηρίας στον ιγνυακό βόθρο και συνοδεύεται από ποικιλία συμπτωμάτων. Αναγνωρίζονται 6 διαφορετικοί τύποι του συνδρόμου ανάλογα με την ανατομική ανωμαλία που είναι υπεύθυνη για τη συμπίεση της αρτηρία ή και της φλέβας ενώ έχει προστεθεί και ένας καθαρά λειτουργικός τύπος. Η διάγνωση τίθεται συνήθως με κλασική αγγειογραφία σε ουδέτερη και σε λειτουργικές θέσεις ώστε να ανιχνεύεται η επίπτωση της σύσπασης του γαστροκνημίου στην βατότητα της αρτηρίας. Τελευταία εφαρμόζεται με επιτυχία ο έλεγχος με μαγνητική αγγειογραφία η οποία δεν είναι τραυματική μέθοδος και αποκαλύπτεται πιθανή συμπίεση της αρτηρίας σε λειτουργικές θέσεις.

19) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΑΝΩ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΕΣΩ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΑΣΘΕΝΗ

Α. Λιούπης, Ν. Σαρατζής, Ι. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Ν. Μελάς, Δ. Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 137-43

Ασθενής άρρεν ηλικίας 66 ετών, εισήχθη προς διερεύνηση ενοχλημάτων αισθήματος βάρους μετά τη λήψη τροφής και άλγους δεξιάς πλάγιας κοιλιακής χώρας, ενώ από τετραμήνου παρατήρησε σφύζουσα μάζα στο επιγάστριο. Ο απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία κοιλίας (έδειξε ανεύρυσμα άνω μεσεντερίου αρτηρίας, μεγίστης διαμέτρου 3 εκ, εντοπιζόμενο 4-5 εκατοστά περιφερικότερα της έκφυσης της άνω μεσεντερίου αρτηρίας και επεκτεινόμενο σε μήκος 4 εκατοστών. Ο αγγειογραφικός έλεγχος αποκάλυψε παράλληλα και ανεύρυσμα στην αριστερά έσω λαγόνιο αρτηρία. Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου υπεβλήθη σε μέση λαπαροτομία, και αποκατάσταση της συνέχειας της άνω μεσεντερίου αρτηρίας με συνθετικό PTFE μόσχευμα. Σε δεύτερο χρόνο υπό τοπική αναισθησία υπεβλήθη σε ενδαγγειακή προώθηση και έκπτυξη δύο επενδυμένων stents από την κοινή στην έξω λαγόνιο αρτηρία τύπου Endofit διαστάσεων 18X10mm και 18X8mm για τον αποκλεισμό του ανευρύσματος της έσω λαγονίου. Ο έλεγχος με αξονική αγγειογραφία μετά από ένα μήνα έδειξε ικανοποιητική βατότητα του μοσχεύματος της άνω μεσεντερίου αρτηρίας και των stents καθώς και απουσία ενδοδιαφυγής των προθέσεων. Τα ανευρύσματα της άνω μεσεντερίου αρτηρίας αποτελούν την τρίτη σε συχνότητα εντόπιση των ανευρυσμάτων των σπλαγγχικών αγγείων, μετά τα ανευρύσματα της σπληνικής και της ηπατικής αρτηρίας. Η απόφαση για αποκατάσταση του ανευρύσματος δικαιολογείται από το υψηλό ποσοστό επιπλοκών θρόμβωσης και ρήξης. Η επιλογή της ανοικτής χειρουργικής αποκατάστασης σχετίζεται με δύο παράγοντες: πρώτον, την περιφερική εντόπιση της βλάβης και δεύτερον, την ανάγκη διατήρησης των εντερικών κλάδων που είναι σε στενή συσχέτιση με τα όρια του ανευρύσματος και πιθανώς θα αποφράσσονταν σε μια απόπειρα ενδαγγειακής αποκατάστασης. Τα ανευρύσματα της έσω λαγονίου αρτηρίας είναι εξαιρετικά σπάνια (0,6% όλων των αορτολαγονίων ανευρυσμάτων εντοπίζονται αποκλειστικά στα λαγόνια αγγεία, από τα οποία μόνο 10-30% αφορούν την έσω λαγόνιο αρτηρία). Σε ότι αφορά την αντιμετώπιση αυτών των ανευρυσμάτων, υπάρχει η επιλογή της ανοικτής αποκατάστασης με δυνατότητα, είτε κεντρικής και περιφερικής απολίωσης του ανευρύσματος, είτε ανευρυσματεκτομής και αποκατάστασης με μόσχευμα όταν είναι απαραίτητη η διατήρηση της ροής στην έσω λαγόνιο αρτηρία. Η ενδαγγειακή αποκατάσταση συνιστάται στην έμφραξη των τροφοφόρων αγγείων του ανευρύσματος με coils με τη βοήθεια καθετήρα ή/και τον αποκλεισμό της παροχής της έσω λαγονίου από την κοινή λαγόνιο με τοποθέτηση επικαλυμμένου stent από την κοινή προς την έξω λαγόνιο αρτηρία. Κάποιες σειρές υποστηρίζουν ότι δεν αρκεί ο αποκλεισμός της κεντρικής παροχής, διότι η παλίνδρομη ροή από τους κλάδους της έσω λαγονίου μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του ανευρύσματος και ρήξη του. Σε μια μελέτη όπου αντιμετωπίστηκαν 30 ανευρύσματα έσω λαγονίου αρτηρίας ενδαγγειακά, τα 26 θρομβώθηκαν ενώ σε 4 περιπτώσεις όπου υπήρχε υπολειμματική ροή, επρόκειτο για μεγαλύτερης διαμέτρου ανευρύσματα με περιφερικότερη εντόπιση. Τα παραπάνω στοιχεία υποστηρίζουν την επιλογή της ενδαγγειακής μεθόδου στο περιστατικό της παρουσίας λόγω των ανατομικών χαρακτηριστικών του ανευρύσματος (μικρής διαμέτρου, στην έκφυση της έσω λαγονίου).

20) ΌΓΚΟΣ GRAVITZ ΜΕ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΥ ΘΡΟΜΒΟΥ ΣΤΗΝ ΚΚΦ

Μποζίκη Μ, Τσαβδαρίδης Π, Μελάς Ν, Σαρατζής Ν, Γκινής Γ, Λαζαρίδης Ι, Ταράζι Λαμπίμπ, Φιλιπίδης Α, Τσιτουρίδης Ι, Κισκίνης Δ.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 160-168

Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς άρρενος 44 ετών με ογκο Gravitz με επέκταση νεοπλασματικού θρόμβου στην ΚΚΦ. Ο νεοπλασματικός θρόμβος έφτανε στο δε κόλπο. Έγινε αφαίρεση του από το δε κόλπο και την ΚΚΦ. Συμπερασματικά, όταν υπάρχει νεφρικός ή επινεφριδικός όγκος που αφορά και την κάτω κοίλη φλέβα ή και το (ΔΕ) κόλπο, η χειρουργική αντιμετώπιση είναι επιβεβλημένη επειδή προσφέρει άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων, αφαίρεση του απειλητικού για τη ζωή όγκου, μείωση των ορίων του όγκου πριν από τη συμπληρωματική θεραπεία και μικρότερο κίνδυνο διαταραχών πηκτικότητας και ηπατικής ανεπάρκειας. Η επιβίωση του ασθενούς μετεγχειρητικά εξαρτάται άμεσα από τη σταδιοποίηση του νεφρικού όγκου (όχι όμως και από το στάδιο του θρόμβου της κάτω κοίλης). Οι βιβλιογραφικές αναφορές επιβεβαιώνουν ότι η εφαρμογή καρδιοπνευμονικής παράκαμψης (εξωσωματική κυκλοφορία) έχει βελτιώσει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της εγχειρητικής διαδικασίας προσφέροντας, ακόμη και όταν συνυπάρχει μετάσταση, καλά περιεγχειρητικά αποτελέσματα από πλευράς επιπλοκών και μακροπρόθεσμη επιβίωση.

21) ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΤΗΣ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΛΟΓΩ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΟΥ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΜΥΟΣ

Λυκόπουλος Δ, Σαρατζής Ν., Τσαβδαρίδης Π, Λαζαρίδης Ι, Γκινής Γ, Μελάς Ν., Λιούπης Αθ. Μαμόπουλος Απ. Θ., Κισκίνης Δ .

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2004, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 247-51

Ασθενής τριάντα τριών ετών αθλούμενος εντατικά τα τελευταία εννιά χρόνια με ιδιαίτερη καταπόνηση των άνω άκρων του σε θέση υπεραπαγωγής και έξω στροφής, παρουσίασε συμπτώματα ισχαιμίας του δεξιού άνω άκρου – ψυχρότητα , ωχρότητα, οίδημα, άλγος ηρεμίας. Παράλληλα διαπίστωσε την ύπαρξη σφύζουσας μάζας στη δεξιά μασχαλιαία κοιλότητα. Η διερεύνηση περιελάμβανε μη αιματηρές μεθόδους απεικόνισης – triplex υποκλειδίου , αρτηριών άνω άκρων, MRI-MRA ωμικής ζώνης –άνω άκρων, καθώς επίσης και DSA κλάδων αορτικού τόξου – άνω άκρων και ανέδειξε ανευρυσματική διάταση της αρχή της μασχαλιαίας αρτηρίας και απόφραξη περιφερικότερα. Χειρουργικά μετά τη διατομή του ελάσσονος θωρακικού μυός, διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση της ροής προς την περιφέρεια – ψηλαφητές σφύξεις στη βραχιόνια αρτηρία, σφύξεις στην κερκιδική αρτηρία που απουσίαζαν. Η βατότητα της μασχαλιαίας αποδείχθηκε με διεγχειρητική αγγειογραφία. Ο μετεγχειρητικός έλεγχος σε 6 μήνες έδειξε καλή βατότητα της βραχιονίου αρτηρίας με ψηλαφητές σφύξεις. Αρτηριακές βλάβες που λαμβάνουν χώρα από συμπίεση από τον ελάσσονα θωρακικού μυ είναι σπάνιες. Η μασχαλιαία αρτηρία συμπιέζεται κατά

την πορεία της οπισθίως του ελάσσονος θωρακικού μυός και πλησίον του καταφυτικού του τένοντα, όταν το άκρο βρίσκεται σε υπεραπαγωγή και έξω στροφή - θέσεις κατά τις οποίες παρατηρείται ιδιαίτερη καταπόνηση σε συγκεκριμένα αθλήματα πχ αθλητές άρσης βαρών. Επειδή οι αρτηριακές βλάβες που προκαλούνται από το σύνδρομο του ελάσσονος θωρακικού μυός μπορούν να απειλήσουν τη βιωσιμότητα και λειτουργικότητα άκρου είναι καθοριστικής σημασίας η έγκαιρη διαπίστωση των πρώιμων συμπτωμάτων.

22) ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΡΗΞΗΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕΤΑ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.

Κ. Κτενίδης, Α. Λιούπης, Ν. Μελάς, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Σαρατζής, Χ. Γήτας, Δ. Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 184-91

Άνδρας ηλικίας 75 ετών με ιστορικό ενδαγγειακής αποκατάστασης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής από 2ετίας προσήλθε με κοιλιακό άλγος. CT αγγειογραφία έδειξε ενδοδιαφυγή στον αορτικό σάκο, τύπου Ia και οπισθοπεριτοναϊκή ρήξη. Υπό περιοχική αναισθησία, διενεργήθηκε χειρουργική παρασκευή της δεξιάς κοινής μηριαίας αρτηρίας, προωθήθηκε και εκπτύχθηκε ευθεία ενδοπρόθεση Endofit διαμέτρου 38 mm και μήκους 8cm, φερόμενη επί συστήματος εισαγωγής διαμέτρου 22 F. Η έκπτυξη της πρόθεσης έγινε υπονεφρικά, με υπερνεφρική στήριξη και περιφερική επέκταση έως το επίπεδο άνωθεν του διχασμού της προηγούμενης διχαλωτής ενδοπρόθεσης. Ο έλεγχος με CT μετεγχειρητικά έδειξε ικανοποιητική βατότητα της πρόθεσης και απουσία διαφυγής. Εξήλθε την όγδοη μετεγχειρητική ημέρα. Ο επανέλεγχος με CT μετά από παρέλευση μηνός έδειξε πλήρη αποκλεισμό του ανευρύσματος. Η ενδοδιαφυγή σχετίζεται με τη ρήξη ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής που έχουν αντιμετωπισθεί ενδαγγειακά. Σε αναδρομική σειρά 609 ασθενών που αντιμετωπίστηκαν ενδαγγειακά, 18 ασθενείς υπέστησαν ανευρυσματική ρήξη (3%). Ο τύπος της ενδοδιαφυγής φαίνεται να σχετίζεται με τον κίνδυνο ρήξης. Οι τύπου I και III διαφυγές χρήζουν πρώιμης αντιμετώπισης, ενώ η διαφυγή τύπου II έχει καλοηθέστερη πρόγνωση.

23) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΗΣ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΡΗΞΗ

Ν. Μελάς, Ν. Σαρατζής, Ι. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Α. Λιούπης, Δ. Λυκόπουλος, Κ. Κτενίδης, Δ. Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 229-38

Ασθενής ηλικίας 69 ετών, προσήλθε εκτάκτως για κοιλιακό άλγος με αντανάκλαση στην οσφύ. Διαπιστώθηκε σφύζουσα μάζα στον (αρ) λαγόνιο βόθρο. Η αξονική τομογραφία κοιλίας αποκάλυψε μεμονωμένο ανεύρυσμα της (αρ) κοινής λαγονίου αρτηρίας, μέγιστης διαμέτρου 4,2cm, αρχόμενο 3mm μετά το διχασμό της αορτής και επεκτεινόμενο μέχρι την έκφυση της σύστοιχης έσω λαγονίου, με παρουσία ενδοαυλικού θρόμβου και συγκαλυμμένη ρήξη. Συνυπολογίζοντας την κλινική κατάσταση του ασθενούς (ASA III+), την αναγκαιότητα λαπαροτομίας και αορτικού αποκλεισμού που απαιτεί η κλασσική επέμβαση, αποφασίστηκε η ενδοαυλική αντιμετώπιση. Μετά από επισκληρίδιο αναισθησία, έγινε παρασκευή της (αρ) κοινής μηριαίας αρτηρίας και υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο προωθήθηκε ευθύ κανονοειδές ενδομόσχευμα (Endofit,) διαστάσεων 20-12mm x 16cm που διαθέτει ελεύθερο κεντρικό stent, μέσα σε θηκάρι 18Fr. Το κεντρικό stent εκπύχθηκε εντός της τελικής αορτής και στηρίχθηκε στο διχασμό της, μειώνοντας με αυτό τον τρόπο την πιθανότητα μετανάστευσης του ενδομοσχεύματος και το περιφερικό του τμήμα εκπύχθηκε στην έξω λαγόνιο αρτηρία. Η τελική αγγειογραφία επιβεβαίωσε απουσία ενδοδιαφυγής, και πλήρη αποκλεισμό του ανευρύσματος. Τα μεμονωμένα ανευρύσματα των λαγονίων αρτηριών είναι σπάνια. Η συχνότητά τους στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται σε 0.03% ενώ αφορούν στο 2-7% όλων των ενδοκοιλιακών ανευρυσμάτων. Βασική προϋπόθεση για τον ασφαλή και πλήρη αποκλεισμό του ανευρυσματικού σάκου στην ενδοαυλική αντιμετώπιση, είναι η ύπαρξη επαρκούς μήκους στον κεντρικό και περιφερικό αυχένα του ανευρύσματος. Όταν ο κεντρικός αυχένας είναι κοντός (<10mm), η κεντρική στήριξη της ενδοπρόθεσης είναι επισφαλής όμως με την τεχνική που εφαρμόστηκε ενισχύεται η στήριξη της επειδή το ελεύθερο κεντρικό stent απελευθερώνεται εντός της τελικής αορτής. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί μόνο άλλες δύο αντίστοιχες περιπτώσεις λαγονίων ανευρυσμάτων που αντιμετωπίστηκαν με την ίδια τεχνική. Μετά από παρακολούθηση 12 και 24 μηνών, δεν παρατηρήθηκε ενδοδιαφυγή, μετανάστευση, ή κάποια άλλη επιπλοκή.

24) ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΝΩΝΥΜΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Φούντζηλα Ε., Μελάς Ν., Σαρατζής Ν., Λαζαρίδης Ι., Γκινής Γ., Λιούπης Α., Λυκόπουλος Δ., Κισκίνης Δ.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 265-70

Ασθενής 54 ετών, προσήλθε για αποκατάστασης απόφραξης ανωνύμου αρτηρίας. Είχε υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο προ πέντε μηνών το οποίο εκδηλώθηκε με αμάρωση δεξιού οφθαλμού και με ημιπάρεση αριστερού άνω και κάτω άκρου. Υποβλήθηκε σε ανοιχτή χειρουργική επέμβαση με μέση στερνοτομή και αορτο-ανώνυμη παράκαμψη με συνθετικό μόσχευμα. Η απόφραξη ανωνύμου αρτηρίας είναι σπάνια, αποτελεί το 1.7% της αποφρακτικής νόσου όλων των κλάδων του τόξου. Τα κύρια αίτια της απόφραξης είναι η αθηροσκλήρωση, η αρτηρίτιδα Takayasu καθώς και προηγούμενα ακτινοθεραπεία. Μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να συνοδεύεται από συμπτώματα λόγω ισχαιμίας του δεξιού άνω άκρου ή νευρολογικά συμπτώματα

(αμαύρωση δεξιά, ημιπάρεση αριστερά). Συνδυασμός συμπτωμάτων από το άνω άκρο καθώς και νευρολογικών ανευρίσκεται στο 18.4 με 38.5% των ασθενών. Η αντιμετώπιση μπορεί να είναι είτε ενδοαυλική είτε κλασική χειρουργική. Με την κλασική χειρουργική αντιμετώπιση υπάρχει η δυνατότητα ενδαρτηριακτομής ανωνύμου αρτηρίας ή η *αορτο-ανώνυμη παράκαμψη* με χρήση συνθετικού μοσχεύματος. Τα αποτελέσματα από τις επεμβάσεις για τη διόρθωση της απόφραξης της ανωνύμου αρτηρίας είναι εξαιρετικά. Άμεση απαλλαγή από τα συμπτώματα παρατηρείται σε ποσοστό 95%. Ο κίνδυνος περιεγχειρητικού ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου κυμαίνεται μεταξύ του 0 και 8%.

25) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΚΑ ΜΕ ΔΥΣΚΟΛΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΑΞΟΝΑ, ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ EXCLUDER GORE™

N. Μελάς, N. Σαρατζής, I. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Α. Λιούπης, Δ. Λυκόπουλος, Κ. Κτενίδης, Δ. Κισκίνης.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 239-45

Ασθενής άρρεν ηλικίας 76 ετών, προσήλθε προγραμματισμένα για αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Η αξονική τομογραφία αποκάλυψε ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, μεγίστης διαμέτρου 6 cm, αρχόμενο 2,5 cm κάτωθεν των νεφρικών αρτηριών, με έντονες ελικώσεις στις λαγόνιες αρτηρίες άμφω και ανευρυσματική διάταση της (αρ) κοινής λαγονίου αρτηρίας. Λόγω επαρκούς μήκους στον κεντρικό αυχένα, των ελικώσεων των κοινών και των στενώσεων των έξω λαγονίων αρτηριών επιλέγηκε η τοποθέτηση αρθρωτής διχαλωτής ενδοπρόθεσης χωρίς υπερνεφρική στήριξη EXCLUDER GORE™. Η συγκεκριμένη ενδοπρόθεση πλεονεκτεί στην αντιμετώπιση δύσκολης ανατομίας στο λαγόνιο άξονα καθώς μπορεί να εισαχθεί χρησιμοποιώντας μικρής διαμέτρου θηκάρια 18Fr για το σώμα του ενδομοσχεύματος και μόλις 12Fr για το αντίθετο σκέλος. Η αξονική τομογραφία με σκιαγραφικό στον 1^ο και 6^ο μήνα επιβεβαίωσε την ακεραιότητα της ενδοπρόθεσης και την απουσία ενδοδιαφυγής. Μετά τις πρώτες επιτυχείς αναφορές ενδοαυλικής αντιμετώπισης του ΑΚΑ, η μέθοδος εξελίχθηκε ραγδαία, ώστε οι πρόσφατες μελέτες αναφέρουν πολύ καλά μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα με χαμηλή θνητότητα και νοσηρότητα. Αρχικά η τεχνική ήταν εφαρμόσιμη μόλις στο 50 % των ασθενών (κυρίως λόγω ανατομικών περιορισμών) νεότερες μελέτες, υποστηρίζουν ότι η μέθοδος είναι εφικτή σε ποσοστό μέχρι 66 %. Μερικά αίτια αδυναμίας ενδαγγειακής αποκατάστασης με διχαλωτή ενδοπρόθεση είναι η στένωση ή έντονη ελίκωση των λαγονίων αρτηριών. Στη συγκεκριμένη περίπτωση επιλέξαμε να τοποθετήσουμε διχαλωτή ενδοπρόθεση EXCLUDER GORE™ (Flagstaff, AZ, USA), λόγω του χαμηλού προφίλ των θηκαριών εισαγωγής.

26) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΡΗΞΗΣ ΑΚΑ, ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ TALENT MEDRONIC™

N. Μελάς, N. Σαρατζής, I. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Α. Λιούπης, Δ. Λυκόπουλος, Κ. Κτενίδης, Δ. Κισκίνης.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 246-53

Ασθενής ηλικίας 85 ετών προσήλθε επειγόντως με κοιλιακό άλγος από 24ώρου, προοδευτικά επιδεινούμενο, με αντανάκλαση στην αριστερή νεφρική χώρα. Από την ψηλάφηση της κοιλίας διαπιστώθηκε ευμεγέθης σφύζουσα μάζα. Η αξονική τομογραφία θωρακικής και κοιλιακής αορτής αποκάλυψε ευμέγεθες ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, μεγίστης διαμέτρου 7,3 cm, αρχόμενο 1,5 cm κάτωθεν των νεφρικών αρτηριών, με οπίσθια συγκαλυμμένη ρήξη αριστερά και με μεγάλο αιμάτωμα στον αριστερό λαγονοφυίτη μυ. Μετά από τοπική αναισθησία και σε αίθουσα χειρουργείου εξοπλισμένη με φορητό ακτινοσκοπικό μηχάνημα τύπου C-Arm, έγινε χ/κή παρασκευή των μηριαίων αρτηριών άμφω και ενδοαυλική αντιμετώπιση με την τοποθέτηση αρθρωτής διχαλωτής ενδοπρόθεσης με υπερνεφρική στήριξη Talent Medtronic™. Το κεντρικό ακάλυπτο stent εκπύχθηκε υπερνεφρικά. Το περιφερικό τμήμα του ενδομοσχεύματος εκπύχθηκε στην (δε) κοινή λαγόνιο αρτηρία. Στη συνέχεια, καθετηριάστηκε το κοντό τμήμα του σώματος από αριστερά και μετά από τοποθέτηση σκληρού οδηγού σύρματος στην (αρ) λαγόνιο, προωθήθηκε και εκπύχθηκε το αντίθετο σκέλος μέχρι το διχασμό της λαγόνιου. Η τελική αγγειογραφία επεβεβαίωσε τον αποκλεισμό του ανευρύσματος και απέκλεισε ενδοδιαφυγή. Η ενδοαυλική τοποθέτηση ενδομοσχευμάτων μπορεί να εφαρμοστεί και σε ραγέντα ΑΚΑ. Πρώτη αναφορά έγινε στο Nottingham το 1994 και απέδειξε ότι η μέθοδος είναι εφικτή. Σύντομα αντίστοιχες σποραδικές αναφορές και μικρές σειρές ακολούθησαν, υποστηρίζοντας τη μέθοδο. Η ενδαγγειακή αποκατάσταση στη ρήξη του ΑΚΑ είναι εφικτή και αποτελεσματική.

27) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕ ΑΟΡΤΟΜΟΝΟΛΑΓΟΝΙΑ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗ ΚΑΙ ΜΗΡΟ-ΜΗΡΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ.

N. Μελάς, N. Σαρατζής, I. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Α. Λιούπης, Δ. Λυκόπουλος, Κ. Κτενίδης, Δ. Κισκίνης.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 254-64

Ασθενής 70 ετών προσήλθε προγραμματισμένα για αποκατάσταση διαχωρισμού κοιλιακής αορτής. Η διάγνωση έγινε τυχαία στα πλαίσια διερεύνησης μελαίνων κενώσεων. Από την ψηλάφηση της κοιλίας διαπιστώθηκε ευμεγέθης σφύζουσα μάζα στο υπογάστριο, και από την ακρόαση βρέθηκε συστολικό φύσημα λαγονίων άμφω. Η μαγνητική τομογραφία θωρακικής και κοιλιακής αορτής αποκάλυψε μεμονωμένο διαχωρισμό κοιλιακής αορτής αρχόμενο από την (αρ) κοινή

λαγόνιο αρτηρία και επεκτεινόμενο παλίνδρομα 10 mm περιφερικά της έκφυσης της (αρ) νεφρικής αρτηρίας Υπήρχε ανευρυσματική διάταση του ψευδούς αυλού, κυρίως στο επίπεδο της (αρ) κοινής λαγονίου, μέγιστης διαμέτρου 50 mm. Ο αυχένας της αορτής είχε διάμετρο 27 mm. Οι λαγόνιες αρτηρίες εμφάνιζαν ανευρυσματική διάταση (δε) με διάμετρο 15 mm και τυπικό ανεύρυσμα (αρ) με διάμετρο στο επίπεδο της (αρ) έσω λαγονίου 25 mm. Μετά από επισκληρίδιο αναισθησία και έγινε χ/κή παρασκευή των μηριαίων αρτηριών άμφω. Από την δεξιά μηριαία αρτηρία προωθήθηκε προωθήθηκε ευθύ κωνικό ενδομοσχευμα (Endofit, Le Maitre Vascular, Germany) διαστάσεων 30-18 mm x 16cm που διαθέτει ελεύθερο κεντρικό stent, μέσα σε θηκάρι 24Fr. Το περιφερικό τμήμα του ενδομοσχεύματος εκπτύχθηκε στην (δε) κοινή λαγόνιο αρτηρία, διατηρώντας ανεπηρέαστη τη ροή προς την (δε) έσω λαγόνιο. Από την (αρ) λαγόνιο, προωθήθηκε και εκπτύχθηκε occluder στην (αρ) κοινή λαγόνιο αρτηρία. Η τελική αγγειογραφία ανέδειξε μικρού βαθμού ενδοδιαφυγή τύπου II από την (αρ) έσω λαγόνιο, η οποία θεωρήθηκε χωρίς ιδιαίτερη κλινική σημασία. Η επέμβαση ολοκληρώθηκε με τη διενέργεια μηρο-μηριαίας παράκαμψης με μόσχευμα PTFE 8mm, για την παροχή αίματος και στο (αρ) σκέλος. Ο μεμονωμένος διαχωρισμός της κοιλιακής αορτής αποτελεί μία σπάνια κλινική οντότητα. Σε μια συγκεντρωτική μελέτη 398 περιστατικών με αορτικό διαχωρισμό, μόνο το 2,5 % αφορούσε αποκλειστικά στην κοιλιακή αορτή. Η μέση ηλικία των ασθενών είναι 59-62 ετών με τους άνδρες να κυριαρχούν σε ποσοστό από 60 – 86 %. Αν και ενίοτε ασυμπτωματικός (17-20%) στο 50-80% εκδηλώνεται με οξύ κοιλιακό άλγος. Ενδείξεις αποκατάστασης αποτελούν: η ρήξη, η ισχαιμία των κάτω άκρων/νεφρικών/σπλαχνικών αγγείων, το εμμένον κοιλιακό άλγος και η ανευρυσματική διάταση.

28) Η ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΡΙΣΙΜΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ.

Λυκόπουλος Δ., Σαρατζής Ν., Γκινής Γ., Λιούπης Αθ., Μελάς Ν., Κτενίδης Κ., Λαζαρίδης Ι., Κισκίνης Δ.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 202-5

Περιγράφεται ενδαγγειακή αντιμετώπιση κρίσιμης καρωτιδικής στένωσης με την τοποθέτηση αυτοεκπτυσσόμενου ενδοαυλικού νάρθηκα και την χρήση φίλτρου προστασίας του εγκεφάλου σε γυναίκα ετών 78. Η ασθενής ήταν συμπτωματική και ο έλεγχος με ψηφιακή αγγειογραφία αποκάλυψε μεγάλο βαθμού στένωση της αριστεράς καρωτίδας της. Από το ατομικό της αναμνηστικό η ασθενής είχε στεφανιαία νόσο – ασταθή στηθάγχη (στάδιο IV κατά NYHA), σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση και υπερλιπιδαιμία. Με διαδερμική παρακέντηση της κοινής μηριαίας αρτηρίας γίνεται εισαγωγή θηκαριού 7 Fr και προωθήθηκε οδηγός καθετήρας JR4. Η έσω καρωτίδα καθετηριάστηκε με κατευθυντήριο σύρμα διαμέτρου 0.014 ιντσών που φέρει τη συσκευή προστασίας του εγκεφάλου και διανοίγεται περιφερικά της στένωσης της έσω καρωτίδας. Μετά τη διέλευση της συσκευής του φίλτρου δια της στένωσης παρατηρήθηκε διακοπή της κυκλοφορίας στην έσω καρωτίδα. Ακολούθησε προδιαστολή με μπαλόνι διαμέτρου 2 χιλ. που διεύρυνε μερικώς τον αυλό της έσω

καρωτίδας. Προώθηση και έκπτυξη του stent στην περιοχή της στένωσης. Κατόπιν διενεργήθηκε συμπληρωματική διαστολή με μπαλόνι διαμέτρου 5 χιλ. Ο αγγειογραφικός έλεγχος έδειξε την αποκατάσταση της στενωτικής βλάβης. Η ενδαγγειακή αποκατάσταση της καρωτιδικής στένωσης αποτελεί έναν ικανό και αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης με αποτελέσματα συγκρίσιμα ως προς την θρομβοενδαρτηριακτομή όπως φαίνεται από μεσοπρόθεσμες μελέτες (SAPPHIRE, ARCHeR, CREST). Η χρήση της μεθόδου είναι αποτελεσματική σε ασθενείς υψηλού εγχειρητικού κινδύνου, ασθενείς σταδίου III / IV κατά NYHA. Η ενδαγγειακή μέθοδος προσφέρει το πλεονέκτημα της τοπικής αναισθησίας, της αποφυγής τραχηλικής τομής και του σύντομου εγχειρητικού χρόνου (μέση διάρκεια 15' -20').

29) Η ΧΡΗΣΗ ΦΙΛΤΡΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΠΑΣΜΟΥ.

Λυκόπουλος Δ., Σαρατζής Ν., Λιούπης Αθ., Κτενίδης Κ., Γκινής Γ., Μελάς Ν., Λαζαρίδης Ι., Κισκίνης Δ.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 196-201

Η ενδαγγειακή αποκατάσταση της καρωτιδικής στένωσης αποτελεί έναν εναλλακτικό τρόπο θεραπείας ιδιαίτερα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Η χρήση συσκευών προστασίας του εγκεφάλου όπως τα φίλτρα περιφερικότερα της στένωσης οδηγούν ενίοτε σε επιπλοκές όπως η αδυναμία απόσυρσης και ο αγγειόσπασμος. Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με σημαντικό βαθμού στένωσης της καρωτίδος που υποβλήθηκε σε διαδερμική αγγειοπλαστική με χρήση φίλτρου AccUNET το οποίο προκάλεσε αγγειακό σπασμό και διακοπή της κυκλοφορίας στην έσω καρωτίδα στη φάση της ενδαγγειακής αποκατάστασης. Η αντιμετώπιση ήταν συντηρητική με προοδευτική αποκατάσταση της ροής στην έσω καρωτίδα.

30) ΈΛΚΟΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ. ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Γ. Γκινής, Ν. Σαρατζής, Κ. Κτενίδης, Ι. Λαζαρίδης, Α. Λιούπης, Ν. Μελάς, Δ. Λυκόπουλος, Χ. Γήτας, Δ. Κισκίνης

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 222-8

Άνδρας 71 ετών, προσήλθε για αντιμετώπιση έλκους θωρακικής αορτής. Στο ατομικό αναμνηστικό είχε νόσο του Hodgkin διαγνωσμένη από δεκαπενταετίας που τώρα ήταν σε ύφεση. Στα πλαίσια παρακολούθησης της νόσου με CT διαπιστώθηκε ως τυχαίο εύρημα το έλκος της κατιούσης θωρακικής αορτής. Υπό γενική αναισθησία έγινε παρασκευή της δεξιάς κοινής μηριαίας αρτηρίας και προωθήθηκε

ενδομόσχευμα Endofit (Le Maitre) διαμέτρου 36mm και μήκους 10cm. Η απελευθέρωση του ενδομοσχεύματος έγινε μετά από φαρμακευτική υπόταση και κάλυψε περίπου 4cm κεντρικά και περιφερικά το αρτηριοσκληρυντικό έλκος της θωρακικής αορτής. Η μετεγχειρητική Α/α θώρακος έδειξε την σωστή έκπτυξη της ενδοπρόθεσης χωρίς κάποια δομική κάκωση του μεταλλικού σκελετού. Το διατιτραίνον έλκος θωρακικής αορτής όπως περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Shennan το 1934 ως μια αθηρωματώδη βλάβη η οποία διατρυπά τον έσω ελαστικό χιτώνα και εκτείνεται ως τον μέσο. Η πιθανή εξέλιξη του είναι η δημιουργία ψευδανευρύσματος, περιφερικές εμβολές, τοπικού διαχωρισμού, ενδοτοιχωματικού αιματώματος και ρήξης. Τυπικά εκδηλώνεται με οξύ διαξιφιστικό θωρακικό άλγος, σε υπερήλικες ασθενείς με υπέρταση, παρόμοιο με αυτόν του διαχωρισμού. Επιπλέον μπορεί να εμφανιστούν κλινικά συμπτώματα από ισχαιμία στα περιφερικά αγγεία λόγω εμβολικών επεισοδίων από το έλκος. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει την κακοήθη εξέλιξη του διατιτραίνοντος έλκους της θωρακικής αορτής. Διαπιστώθηκε μακροπρόθεσμα πως το ποσοστό ρήξης φθάνει μέχρι και 40%. Η συνύπαρξη ενδοτοιχωματικού αιματώματος και έλκους αυξάνουν σε σημαντικό βαθμό τις πιθανότητες ρήξης ή και ανάπτυξης διαχωρισμού μέχρι και 30%-50% περίπου. Με την ανάπτυξη της ενδαγγειακής χειρουργικής, σήμερα υπάρχει η δυνατότητα αντιμετώπισης αυτών των περιστατικών με λιγότερο επεμβατική μέθοδο με τοποθέτηση ενδοπρόθεσης και αποφυγή μείζονος χειρουργικής επέμβασης με κλασική θωρακοτομή.

31) Η ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΠΑΝΑΣΤΕΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΡΟΜΒΟΕΝΔΑΡΤΗΡΙΕΚΤΟΜΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.

Λυκόπουλος Δ., Σαρατζής Ν., Μελάς Ν., Γκινής Γ., Λιούπης Αθ., Κτενίδης Κ., Λαζαρίδης Ι., Κισκίνης Δ.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 192-5

Η επαναστένωση της καρωτίδος μετά από τη διενέργεια θρομβο-ενδαρτηριεκτομής αποτελεί ένδειξη διαδερμικής αγγειοπλαστικής. Παρουσιάζονται δύο ασθενείς με επαναστένωση της έσω καρωτίδας μετά από θρομβοενδαρτηριεκτομή που διαπιστώθηκε στα πλαίσια επανελέγχου με triplex. Με διαδερμική παρακέντηση της κοινής μηριαίας αρτηρίας τοποθετήθηκε αυτοεκπτυσσόμενος ενδοαυλικός νάρθηκας διαστάσεων 6-8 X 40 χιλ. μήκος Acculink, Guidant). Διενεργήθηκε συμπληρωματική διαστολή με μπαλόνι διαμέτρου 5 χιλ. Ο αγγειογραφικός έλεγχος κατέδειξε την αποκατάσταση της στενωτικής βλάβης. Η ανοιχτή χειρουργική διόρθωση της επαναστένωσης της έσω καρωτίδας μετά θρομβο-ενδαρτηριεκτομή εμφανίζει τεχνικές δυσκολίες. Ο Stoner και οι συνεργάτες του σε σύνολο 153 ανοιχτών επεμβάσεων για επαναστένωση αναφέρουν περιεγχειρητικά, ποσοστό 1.9% ΑΕΕ, ποσοστό 1.3% κακώσεων κρανιακών νεύρων και 3.2% αιματωμάτων. Η ενδαγγειακή μέθοδος αποτελεί μια εναλλακτική μέθοδο χωρίς επιπλοκές κάκωσης κρανιακών νεύρων και με ελάχιστο χρόνο νοσηλείας.

32) ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Γ. Γκινής, Ν. Σαρατζής, Κ. Κτενίδης, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Μελάς, Α. Λιούπης, Δ. Λυκόπουλος, Χ. Γήτας, Δ. Κισκίνη

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνη. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 217-21

Ασθενής ηλικίας 32 ετών διακομίστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με βαριά κάκωση αριστερού βραχίονα, πολλαπλές εκδορές θώρακα-κοιλίας και εκχυμώσεις κάτω άκρων. Ο ακτινογραφικός έλεγχος έδειξε συντριπτικό κάταγμα της διάφυσης του βραχιονίου οστού. Κλινικά το αριστερό άνω άκρο ήταν ψυχρό με αψηλάφητες περιφερικές σφίξεις (κερκιδική και ωλένια αρτηρία) και εξάλειψη της κινητικότητας και αισθητικότητας του άκρου. Υπό γενική αναισθησία, διενεργήθηκε επιμελής έκπλυση και χειρουργικός καθαρισμός του τραύματος και αποκατάσταση της ορθοπεδικής κάκωσης με εξωτερική οστεοσύνθεση. Από την διερεύνηση του ανοιχτού τραύματος διαπιστώθηκε διατομή της βραχιόνιας αρτηρίας, ιστικό έλλειμμα περίπου 4-5 εκ. στη μεσότητα-κάτω τριτημόριο του βραχίονα και θρόμβωση του περιφερικού και κεντρικού τμήματος του αγγείου. Από το άνω τριτημόριο του δεξιού μηρού αφαιρέθηκε τμήμα της μείζονος σαφηνούς φλέβας το οποίο χρησιμοποιήθηκε ως μόσχευμα για την αποκατάσταση της συνέχειας της βραχιονίου αρτηρίας. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στη μονάδα ανάνηψης όπου και είχε ψηλαφητές σφίξεις στις περιφερικές αρτηρίες. Η κάκωση της βραχιονίου αρτηρίας είναι η συχνότερη αγγειακή κάκωση των άνω άκρων. Συχνά συνοδεύεται από υπερκονδύλιο κάταγμα και οπίσθια παρεκτόπιση του αγκώνα.

33) ΚΑΚΩΣΗ ΙΓΝΥΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΕΜΒΑΛΩΜΑ ΑΠΟ ΒΟΕΙΟ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟ

Γ. Γκινής, Ν. Σαρατζής, Κ. Κτενίδης, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Μελάς, Α. Λιούπης, Δ. Λυκόπουλος, Χ. Γήτας, Δ. Κισκίνη

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνη. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 211-6

Ασθενής ηλικίας 52 ετών διακομίστηκε με κλινική εικόνα οξείας ισχαιμίας δεξιού κάτω άκρου μετά από τροχαίο ατύχημα. Στην περιοχή της ιγνυακής κοιλότητας διαπιστώθηκε σφύζων αιμάτωμα, με εκχύμωση δέρματος. Ο ακτινογραφικός έλεγχος της κατά γόνυ άρθρωσης δεν έδειξε οστική κάκωση. Με αγγειογραφία διαπιστώθηκε θρόμβωση της δεξιάς ιγνυακής αρτηρίας στο ύψος της αρθρικής σχισμής του γόνατος. Έγινε επιμήκης δερματική τομή στο άνω έσω τριτημόριο της κνήμης και εργώδης παρασκευή της ιγνυακής αρτηρίας λόγω του αιματώματος, και των νεκρωμένων μυϊκών μαζών απότοκα της συνθλιπτικής κάκωσης. Μετά από κεντρικό και περιφερικό έλεγχο της αρτηρίας διενεργήθηκε επιμήκης αρτηριοτομή. Διαπιστώθηκε κλειστή κάκωση του αγγείου (κάταγμα του

ενδοθηλίου) σε μήκος 3-4cm περίπου κεντρικότερα της έκφυσης της πρόσθιας κνημιαίας αρτηρίας. Έγινε αποκατάσταση της ροής με τελικο-τελική συρραφή του οπισθίου τοιχώματος του περιφερικού και κεντρικού κολοβώματος της ιγνυακής αρτηρίας και πρόσθια τοποθέτηση εμβολώματος από βόειο περικάρδιο. Μετεγχειρητικά διαπιστώθηκαν ψηλαφητές σφίξεις στην ραχιαία του ποδός και οπίσθια κνημιαία αρτηρία. Η κάκωση της ιγνυακής αρτηρίας σχετίζεται με υψηλό ποσοστό νοσηρότητας και αποτελεί το 5-19% του συνόλου των αγγειακών κακώσεων, με συνηθέστερη αιτιολογία στον αστικό πληθυσμό τα τροχαία ατυχήματα. Η συνύπαρξη μαζικής νέκρωσης μυϊκών μαζών, κάκωσης μείζονων φλεβικών στελεχών, το επίπεδο της αρτηριακής βλάβης, η ύπαρξη παράπλευρου δικτύου, οι συνοδές ορθοπεδικές και νευρολογικές κακώσεις, είναι παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση του αποτελέσματος.

34) ΡΗΞΗ ΙΣΘΜΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Γ. Γκινής, Ν. Σαρατζής, Κ. Κτενίδης, Ι. Λαζαρίδης, Α. Λιούπης, Ν. Μελάς, Δ. Λυκόπουλος, Χ. Γήτας, Κ. Παπαδάκη Δ. Κισκίνης.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 206-10

Ασθενής 37 ετών προσήλθε μετά από τροχαίο ατύχημα με πολλαπλά θλαστικά τραύματα κεφαλής- τραχήλου, κάταγμα δεξιάς κλείδας και αμβλύ θωρακικό τραύμα. Από τον έλεγχο με CT θώρακος τέθηκε η διάγνωση της ρήξης ισθμού θωρακικής αορτής. Έγινε παρασκευή της δεξιάς κοινής μηριαίας αρτηρίας και προωθήθηκε οδηγό σύρμα 0,035 (Amplatz, superstiff 3m) μέχρι τη ρίζα του αορτικού τόξου. Με παρακέντηση της αριστερής βραχιονίου αρτηρίας προωθήθηκε αγγειογραφικός καθετήρας μέχρι την έκφυση της σύστοιχης υποκλειδίου αρτηρίας, για την διενέργεια αγγειογραφιών. Υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο προωθήθηκε και απελευθερώθηκε ενδοπρόθεσης Endofit διαμέτρου 36mm και μήκους 10cm στον ισθμό της θωρακικής αορτής. Για την απόκτηση ικανοποιητικού μήκους κεντρικής ζώνης στήριξης κρίθηκε αναγκαία η επικάλυψη του εκφυτικού στομίου της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας. Ο τελικός αγγειογραφικός έλεγχος αποκάλυψε τη σωστή θέση έκπτυξης του ενδομοσχεύματος με πλήρη κάλυψη της βλάβης. Σε CT επανελέγχου τρεις μήνες μετά παρατηρείται πλήρη αποκατάσταση της βλάβης, χωρίς ενδοδιαφυγή και χωρίς κάποια δομική κάκωση της ενδοπρόθεσης.

Η ρήξη θωρακικής αορτής μετά από αμβλύ θωρακικό τραύμα είναι μια απειλητική κατάσταση για την ζωή του ασθενούς. Η ρήξη συμβαίνει στον ισθμό της αορτής, κατά την απότομη επιβράδυνση μετά από τροχαία ατυχήματα. Ποσοστό 15%-20% των ασθενών με αμβλύ θωρακικό τραύμα θα επιβιώσουν μέχρι το νοσοκομείο. Τα πλεονεκτήματα της ενδαγγειακής μεθόδου αντιμετώπισης είναι: 1. ελάχιστο χειρουργικό τραύμα, αποφυγή θωρακοτομής 2. Δεν απαιτείται μηχανικός αερισμός του ενός μόνο πνεύμονα, όπως συμβαίνει κατά την διάρκεια της κλασσικής αποκατάστασης το οποίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν συνυπάρχουν κατάγματα πλευρών ή θλάση πνευμονικού παρεγχύματος. 3. Αποφεύγεται ο προσωρινός αποκλεισμός της Αορτής. 4. Ελάχιστες αιμορραγικές επιπλοκές 5. Απαιτούνται λιγότερες μεταγγίσεις αίματος και η διάρκεια νοσηλείας είναι πολύ μικρότερη

35) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Μαμόπουλος Δ, Λαζαρίδης Ι, Μελάς Ν, Γκινής Γ, Κισκίνης Δ.

Δημοσίευση της μελέτης στο βιβλίο Συζήτηση περιστατικών 2005, Α΄Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Δ/ντης Δ. Κισκίνης. DTP: Εκδόσεις Σύγχρονοι Ορίζοντες. Σελ 271-276.

Περιγράφεται η αντιμετώπιση αναστομωτικού ανευρύσματος μηριαίας αρτηρίας σε έδαφος προηγούμενης Υ-πρόθεσης.

36) ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΑΚΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΒΑΣΙΣΜΕΝΑ ΣΕ ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Περδικίδης Θ., Μελάς Ν., Μαρτινάκης Β., Κωλέττης Θ., Φώτης Θ., Χριστοδουλάκης Δ., Γοργογιάννης, Δ.

Δημοσιεύτηκε στο βιβλίο «Αγγειοχειρουργική στην Ελλάδα 2005». Επιμέλεια: Δ Σ Γεωργόπουλος και Ε Γ Παπαγεωργίου. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα. Σελ. 42-47.

37) ΕΙΝΑΙ Η ΕΝΔΟΑΥΔΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΚΑ Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΛΟΓΗΣ?

Περδικίδης Θ., Μελάς Ν., Μαρτινάκης Β., Κωλέττης Θ., Φώτης Θ., Χριστοδουλάκης Δ., Γοργογιάννης, Δ.

Δημοσιεύτηκε στο βιβλίο «Αγγειοχειρουργική στην Ελλάδα 2005». Επιμέλεια: Δ Σ Γεωργόπουλος και Ε Γ Παπαγεωργίου. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα. Σελ. 48-78.

38) ΑΚΑ – ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Κισκίνης Δ, Μελάς Ν.

Δημοσιεύτηκε στο βιβλίο Επιμορφωτικά σεμινάρια για τους ειδικευόμενους καρδιολογίας, 2006. Σελ. 29-31.

ΣΤ) ABSTRACTS FROM ORAL PRESENTATIONS PUBLISHED IN INTERNATIONAL SYMPOSIUM

1) ACUTE EFFECTS OF NICOTINE WITHDRAWAL SYNDROME IN PILOTS DURING FLIGHT

G. Giannakoulas, N Melas, G. Giamouzis, J. Mountzios and E. Chimonas.

Προφορική ανακοίνωση στο «Aerospace Medical Association 73rd Annual Scientific Meeting» , Μόντρεαλ 5-9 Μαΐου 2002 (Nominee for the AsMA 2002 young investigator award competition).

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Pilots, who are smokers, are occasionally obliged to abstain from nicotine intake during flight and may at this period exhibit certain symptoms leading to performance decrement. Methods: We studied 20 healthy male aviators, regular smokers, (mean age 33.7 ± 1.4 years) operating military fixed- and rotor-wing aircraft (C-47 Dakota, F-16, A. Bell 205). All pilots were subjected to a 12-hour abstinence from cigarette smoking. After their landing, we studied the intensity of the nicotine withdrawal syndrome, as well as its effect on physiological parameters, psychological functions and cognitive tasks. This was achieved by the completion of a questionnaire, by measurement of blood pressure and heart rate, as well as by the execution of certain computerized performance assessment tests. These tests measure mental arithmetic, visual vigilance and image free-recall. In a subsequent flight performed under similar conditions, every pilot repeated the procedure without smoking deprivation. Thus, each subject served as his own control. The Wilcoxon non-parametric test was applied for statistical analysis. Results: The most frequent symptoms reported during nicotine deprivation were: nervousness, craving for tobacco, tension-anxiety, fatigue, difficulty in concentration, alertness, disorders of fine adjustments and prolonged reaction times during flight, anger-irritability, drowsiness, appetite and impairment of judgement. Systolic blood pressure and heart rate tended to decrease and diastolic blood pressure tended to rise during withdrawal, although the differences were not statistically significant. Finally, all tests recorded an impairment of cognitive functions during abstinence. Conclusion: Abrupt cessation of smoking may be detrimental to flight safety and the smoking withdrawal syndrome may influence flying parameters.

2) ENDOSCOPIC LIGATION OF PERFORATING VEINS OF THE LEG. ENDOSCOPIC HARVESTING OF MAJOR SAPHENOUS VEIN

D. Christodoulakis, N. Zarbis, N. Melas, D Gorgogiannis

Προφορική ανακοίνωση στο, 9th Congress of Balkan Military Medical Committee, 21-24 June 2004, Antalya, Turkey.

Η περίληψη της μελέτης δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Περιγράφεται η ενδοσκοπική τεχνική παρασκευής και απολίνωσης των διατρηαινοσών φλεβών της γαστροκνημίας, υπό την περιτονία, σε έδαφος χρόνιας φλεβικής ανεπάρκειας κάτω άκρων με στόχο τη διακοπή της παθολογικής επικοινωνίας και η αποτιμηση των αποτελεσμάτων της μεθόδου μετά 3-ετή παρακολούθηση.

3) WALL STRESSES OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM UNDER SYSTOLIC ARTERIAL HYPERTENSION

J. V. Soulis, G. A. Giannakoulas, G. D. Giannoglou, T. M. Farmakis, J. P. Moros, N. Melas, G. Parharidis, G. E. Louridas

Προφορική ανακοίνωση στο 18th Congress of the Mediterranean association of cardiology and cardiac society, 26-29 Sept 2004.

Η περίληψη της μελέτης δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

The authors estimated noninvasively the wall stress distribution for actual abdominal aortic aneurysms (AAAs) in vivo on a patient-to-patient basis and correlated the peak wall stress (PWS) with various geometrical parameters. They studied 39 patients (37 men, mean age 73.7 ± 8.2 years) with an intact AAA (mean diameter 6.3 ± 1.7 cm) undergoing preoperative evaluation with spiral computed tomography (CT). Real 3-dimensional AAA geometry was obtained from image processing. Wall stress was determined by using a finite-element analysis. The aorta was considered isotropic with linear material properties and was loaded with a static pressure of 120.0 mm Hg. Various geometrical parameters were used to characterize the AAAs. PWS and each of the geometrical characteristics were correlated by use of Pearson's rank correlation coefficients. PWS varied from 10.2 to 65.8 N/cm² (mean value 37.1 ± 9.9 N/cm²). Among the geometrical parameters, the PWS was well correlated with the mean centerline curvature, the maximum centerline curvature, and the maximum centerline torsion of the AAAs. The correlation of PWS with maximum diameter was nonsignificant. Multiple regression analysis revealed that the mean centerline curvature of the AAA was the only significant predictor of PWS and subsequent rupture risk. This noninvasive computational approach showed that geometrical parameters other than the maximum diameter are better indicators of AAA rupture.

4) MECHANICAL WALL STRESSES OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM. INFLUENCE OF SURFACE CURVATURE

G. D. Giannoglou, J. V. Soulis, G. A. Giannakoulas, T. M. Farmakis, N. Melas, T. Perdikides, G. Parharidis, G. E. Louridas

Προφορική ανακοίνωση στο 18th Congress of the Mediterranean association of cardiology and cardiac society, 26-29 Sept 2004.

Η περίληψη της μελέτης δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

5) ENDOVASCULAR REPAIR OF AAA WITH CONICAL NECK

Perdikidis Th, Melas N, Fotis Th, Galis P, Gorgoyianis D.

Προφορική ανακοίνωση στο 13th International Endovascular Symposium (IES) 2004, Four Seasons, 9-11 Dec. 2004, Sydney, Australia.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Anatomic features of the proximal neck are recognized as being extremely important in patient selection for EVAR. One of them is conical neck which is defined as a cone-shaped neck with divergent walls from proximal to distal, and is related to possible endoleak type I and/or migration after EVAR. Our purpose was to determine whether self or balloon – expanding endografts are able to deal with conical proximal neck, by recontouring its shape, minimizing probable endoleak. Materials and Methods: During 20 months 55 patients with AAA were submitted to EVAR with various grafts. Six of them were found to have conical proximal neck (11%). In five, Zenith composite self expanding endograft was implanted with suprarenal fixation. In one Lifepath balloon expanding infrarenal device was deployed. Medium follow-up was 12 months. All patients were screened with post-op spiral CT-angio with 3d reconstruction during 1st, 6th, 12th month and annually thereafter. CT scans were analyzed for neck recontouring, endoleak and graft migration. Special attention was drawn to comparing the proximal and distal diameters of the neck before and after EVAR. Results : Primary technical success was 100%. Both self and balloon-expanding devices were able to deal with the conical neck by adequate attachment and sealing. Completion angiogram revealed no endoleak, migration or frame fracture. Balloon-expanding endograft reshaped the conical neck by dilatating the proximal portion leading to tubular post-operative neck contour. Endoleak or migration was not demonstrated during follow-up. On the other hand self-expanding devices lacked this ability, leaving the conical shape intact, but endoleak or migration was not encountered as well, during follow-up. Probably, the Zenith composite terminal aortic fixation enhances stability and attachment aiding proximal sealing in reversed tapered necks. Conclusion : Special attention should be

drawn to the shape of the aortic neck when endografting AAAs. We believe that both Zenith composite and Lifepath devices are able to deal with conical necks for different reasons. Appropriate oversizing each graft is of great importance so as to accomplish adequate proximal attachment and sealing. Larger series are necessary to draw safer conclusions.

6) MANAGEMENT OF CAROTID BODY PARAGANGLIOMAS

P. Antonitsis, I. Velissaris, N. Melas, I. Lazaridis, G. Ginis, N. Saratzis, D. Kiskinis.

A' Surgical Clinic, Aristotle University of Thessaloniki, General Hospital Papageorgiou, Thessaloniki, Greece

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο The European Society for Cardiovascular Surgery 54th International Congress, Athens, Greece, May 19-22, 2005

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Carotid body paragangliomas are rare highly vascular neoplasms and should be considered in the evaluation of all lateral neck masses. The purpose of this study is to review a single institution experience concerning the management of these tumors.

7) ENDOVASCULAR REPAIR OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM USING AORTOUNILIAC ENDOFIT-ENDOMED ENDOPROSTHESIS AND FEMOROFEMORAL CROSSOVER BY-PASS: TWO YEARS EXPERIENCE

Melas N, Saratzis N, Lazaridis J, Ginis G, Antonitsis C, Lykopoulos D, Gitas C, Kiskinis D.

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο The European Society for Cardiovascular Surgery 54th International Congress, Athens, Greece, May 19-22, 2005

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

To evaluate the feasibility and efficacy of a specific aortomonoiliac endograft and the durability of the femorofemoral bypass for treatment of abdominal aortic aneurysm (AAA). From 2002 to 2004, 39 high-risk (ASA III/IV) patients (36 men; median age 74 years, range 63-84) with AAA (n = 33) or AAA and common iliac artery aneurysm (n = 6) were treated with an EndoFit aortomonoiliac endograft and femorofemoral crossover bypass. The contralateral iliac axis was obstructed with an

endoluminal occluder. Patients were followed with contrast-enhanced computed tomography at 1, 6, 12, and 24 months.

8) ENDOVASCULAR MANAGEMENT OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM WITH TALENT BIFURCATED STENT GRAFT.

Antonitsis P, Saratzis N, Melas N, Lazaridis I, Ginis G, Lykopoulos D, Lioupis A, Kiskinis D.

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο The European Society for Cardiovascular Surgery 54th International Congress, Athens, Greece, May 19-22, 2005

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Aim of this study is to investigate the safety and efficacy of abdominal aortic aneurysm (AAA) repair with modular bifurcated Talent stent-graft. Between September 2001 and September 2005, 85 patients with infrarenal AAA underwent treatment with Talent stent-graft. There were 83 men and 2 women with a median age of 69.3 years. Anatomy of the abdominal aorta and the iliac arteries was investigated with high resolution contrast CT together with digital subtraction angiography. The majority of patients had comorbid illnesses like arterial hypertension (60%), CAD (38%) and previous CABG (26%). Duration of follow-up period ranged from 1 to 48 months (median 18 months). Repair was performed with transrenal fixation of the bifurcated Talent stent-graft under regional anesthesia in 80% of all cases. Technical success rate was 97.6%. Aneurysm related mortality was 2.4% due to aneurysm rupture in the postoperative period. Overall mortality rate was 9.4%. Morbidity rate was 16.5%. Immediate conversion to open repair was necessary in 1 patient (1.2%). Endoleak rate was 4.8% at 1 month follow-up period. Secondary intervention was required in 1.2% of patients. Iliac limb occlusion was detected in 1 patient (1.2%). Talent stent-graft exhibits a high degree of technical success in AAA repair in patients with comorbid conditions with a low perioperative morbidity and mortality rate.

9) ENDOVASCULAR REPAIR OF THORACIC AORTIC ANEURYSMS: MID TERM RESULTS.

Melas N, Saratzis N, Lazaridis J, Ginis G, Antonitsis P, Lykopoulos D, Gitas C, Kiskinis D.

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο The European Society for Cardiovascular Surgery 54th International Congress, Athens, Greece, May 19-22, 2005

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

To evaluate the mid-term feasibility, efficacy, and durability of descending thoracic aortic aneurysm (DTAA) exclusion using the EndoFit device (LeMaitre Vascular). Twenty-three (23) men (mean age 66 years) with a DTAA were admitted to our department for endovascular repair (21 were ASA III+ and 2 refused open repair) from January 2003 to July 2005. Complete aneurysm exclusion was feasible in all subjects (100% technical success). The median follow-up was 18 months (range 8-40 months). A single stent-graft was used in 6 cases. The deployment of a second stent-graft was required in the remaining 17 patients. All endografts were attached proximally, beyond the left subclavian artery, leaving the aortic arch branches intact. No procedure-related deaths have occurred. A distal type I endoleak was detected in 2 cases on the 1 month follow-up CT scan, and was repaired with reintervention and deployment of an extension graft. A nonfatal acute myocardial infarction occurred in 1 patient in the sixth postoperative month. Graft migration, graft infection, paraplegia, cerebral or distal embolization, renal impairment or any other major complications were not observed. The treatment of DTAA's using the EndoFit stent-graft is technically feasible. Mid-term results in this series are promising.

10) BILATERAL GIANT FEMOROPLOPLITEAL ARTERY ANEURYSMS. CASE REPORT

Perikides T, Avgerinos E, Siafakas K, Melas N, Lagios K, Fotis Th, Lahanis S, Gorgogianis D.

Hellenic Airforce Hospital

Παρουσιάστηκε προφορική ανακοίνωση στο 16^ο Congress of Mediterranean League of Angiology, Crete , 9-12 June 2006, Greece.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς με γιγαντιαία αμφοτερόπλευρα ανευρύσματα μηριαίας και ιγνυακής αρτηρίας και η κλασσική χειρουργική αντιμετώπιση.

11) COMBINED U/S GUIDED ENDOVASCULAR LASER ABLATION AND MULLER PHEBECTOMY FOR SUPERFICIAL VENOUS INSUFFICIENCY. THE GREEK EXPERIENCE. PRELIMINARY RESULTS.

Perikides T, Avgerinos E, Liasis N, Siafakas K, Melas N, Fotis Th, Gorgogianis D, Kontothanasis D.

Hellenic Airforce Hospital

Παρουσιάστηκε προφορική ανακοίνωση στο 16^ο Congress of Mediterranean League of Angiology, Crete , 9-12 June 2006, Greece.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Η μελέτη αναφέρει τα πρώιμα αποτελέσματα της νέας ελάχιστα επεμβατικής μεθόδου στην αντιμετώπιση των κισών των κάτω άκρων.

12) JUXTARENAL AND PARARENAL PARANASTOMOTIC ANEURYSM REPAIR USING THE FENESTRATED GRAFTS. REPORT OF 2 CASES.

Perikides T, Avgerinos E, Siafakas K, Melas N, Lagios C, Fotis Th, Lachanis S, Gorgogianis D.

Hellenic Airforce Hospital

Παρουσιάστηκε προφορική ανακοίνωση στο 16^ο Congress of Mediterranean League of Angiology, Crete , 9-12 June 2006, Greece.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Η μελέτη παρουσιάζει την επιτυχεί αντιμετώπιση 2 περιστατικών με αναστομωτικά ανευρύσματα κοιλιακής αορτής με χρήση θυριδωτών ενδομοσχευμάτων.

13) ANACONDA PLUS ENDOFIT FOR AAA RECONSTRUCTION

Melas N, Kiskinis D.

Α Πανεπιστημιακή Χ/κή – Αγγειοχειρουργική κλινική ΑΠΘ.

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο διεθνές συνέδριο AVEM 2007, Οκτ 2007, 11-13, Θεσσαλονίκη.

A male patient was treated for an abdominal aortic aneurysm (maximal aneurismal diameter: 5,3cm) with a combination of endo-grafts (hybrid endograft). Both common iliac arteries were aneurismal and severely angulated. The following grafts were deployed: 1 main body Anaconda (Vascutek USA Inc., Ann Arbor, MI, USA) abdominal aortic endo-graft, 2 Anaconda iliac legs (common iliac arteries), 1 Anaconda extension-graft (left common iliac artery), 1 Endofit (LeMaitre Vascular, Burlington, MA, USA) extension stent-graft (right common iliac artery). The patient

was discharged free of complications on the 2nd post-operative day. Follow-up was obtained on the 1st, 6th and 12th post-op months and was not indicative of any vascular complication.

14) TAAA REPAIR USING THE FENESTRATED STENT GRAFT TECHNOLOGY

Perdikides T, Melas N.

251 Hellenic airforce hospital

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο διεθνές συνέδριο AVEM 2007, Οκτ 2007, 11-13, Θεσσαλονίκη.

Στη μελετη παρουσιάζεται η ελληνική εμπειρία σε 16 ασθενείς με χρήση θυριδωτών ενδομοσχευμάτων για ΑΚΑ ή θωρακοκοιλιακό ανεύρυσμα.

15) ENDOVASCULAR REPAIR OF TRAUMATIC RUPTURE OF THE THORACIC AORTA: SINGLE-CENTER EXPERIENCE.

Saratzis NA, Melas N, Saratzis AN, Ktenides K, Lazaridis J, Toufektsis Th, Kiskinis D.

1st Department of Surgery, University of Aristotle of Thessaloniki Greece

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 57th International Congress of the European Society for Cardiovascular Surgery (ESCVS), Barcelona, Spain 24 – 26 April 2008.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Traumatic rupture of the thoracic aorta secondary to blunt chest trauma is a life-threatening emergency and a common cause of death, usually following violent collisions. The objective of this retrospective report was to evaluate the efficacy of endovascular treatment of thoracic aortic disruptions with a single commercially available stent-graft. Nine men (mean age 29.5 years) were admitted to our institution between January 2003 and January 2006 due to blunt aortic trauma following violent motor vehicle collisions. Plain chest radiography, spiral computed tomography, aortography, and transesophageal echocardiography were used for diagnostic purposes in all cases. All patients were diagnosed with contained extramural thoracic aortic hematomas, secondary to aortic disruption. One patient was also diagnosed with a traumatic thoracic aortic dissection, secondary to blunt trauma. All subjects were poor surgical candidates, due to major injuries such as multiple bone fractures, abdominal hematomas, and pulmonary contusions. All repairs were performed using the EndoFit (LeMaitre Vascular) stent-graft. Complete exclusion of the traumatic aortic disruption and pseudoaneurysm was achieved and verified at intraoperative arteriography and on CT scans, within 10 days of the repair in all patients. In 1 case the deployment of a second cuff was necessary due to a secondary endoleak. In 2

cases the left subclavian artery was occluded to achieve adequate graft fixation. No procedure-related deaths have occurred and no cardiac or peripheral vascular complications were observed within the 12 months (range 8-16 months) follow-up. This is the first time the EndoFit graft has been utilized in the treatment of thoracic aortic disruptions secondary to chest trauma. The repair of such pathologies is technically feasible and early follow-up results are promising

16) ENDOVASCULAR REPAIR OF INADVERTENT SUBCLAVIAN ARTERY PERFORATION DURING CANNULATION FOR DIALYSIS ACCESS

N. Melas, N. Saratzis, K. Ktenidis, J. Lazaridis, T. Toufektsis, A. Giannopoulos, A. Lioupis, D. Kiskinis

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki.

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο ICE 2008, Cardio-Vascular Education, December 4-6 2008, Ioannina, Greece

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Περιγράφεται η εμπειρία της κλινικής μας από την αντιμετώπιση με ενδαγγειακή τεχνική μιας ιατρογενούς κακώσεως της υποκλειδίου αρτηρίας κατά την διάρκεια τοποθέτησεως καθετήρα για αιμοδιάλυση.

Our study indicates the ability of endoluminal covered stents to repair life threatening iatrogenic complications of every day practise. CASE REPORT: Central venous catheterisation is a common, daily procedure for fluid infusion, temporary dialysis access, or central vein monitoring. Usually simple and safe, sometimes may be associated with life-threatening complications. Of these, subclavian artery puncture, though seldom, following accidental arterial cannulation, may lead to arterial occlusion, embolism, pseudoaneurysms, vessel laceration or dissection, hemopneumothorax or fatal haemorrhaging upon withdrawal. Such complications may be even more severe in critically ill patients requiring systemic anticoagulation therapy or those with acute coagulation dysfunction. The authors report a case of an accidental cannulation of the subclavian artery with a central 12 Fr dual lumen dialysis catheter and its successful removal, followed by an endoluminal covered stent (12 X 48 Jostent stent-graft, large version, Abbott, Santa Clara, USA) deployment to seal the arterial wall deficit. CONCLUSIONS: Covered stents can be employed to cover arterial lacerations avoiding major operations in similar occasions.

17) ENDOVASCULAR TREATMENT OF CRITICAL LIMB ISCHEMIA FOLLOWING TYPE A DISSECTION

K. Ktenidis, A. Lioupis, N. Saratzis, J. Lazaridis, N. Melas, A. Giannopoulos, T. Toufektsis, P. Anifanti, D. Kiskinis

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki.

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο ICE 2008, Cardio-Vascular Education, December 4-6 2008, Ioannina, Greece

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Περιγράφεται η εμπειρία της κλινικής μας από την αντιμετώπιση με ενδαγγειακή τεχνική σε οξεία ισχαιμία των κάτω άκρων σε ασθενή με διαχωρισμό τύπου A.

18) MANAGEMENT OF ACUTE OCCLUSION OF INFRARENAL AORTA AFTER OPEN REPAIR OF TYPE A AORTIC DISSECTION

A. Lioupis, K. Ktenidis, N. Saratzis, J. Lazaridis, A. Giannopoulos, T. Toufektsis, N. Melas, C Gitas, A Katsamouris, D. Kiskinis.

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Greece.

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο διεθνές συνέδριο AVEM 2009, 12-14 Οκτ, Θεσσαλονίκη.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Περιγράφεται η εμπειρία της κλινικής μας από την αντιμετώπιση με ενδαγγειακή τεχνική σε οξεία ισχαιμία των κάτω άκρων σε ασθενή με διαχωρισμό τύπου A.

19) PERCUTANEOUS ENDOVASCULAR REPAIR OF AORTOILIAC ANEURYSM WITH PRESERVATION OF INTERNAL ILIAC ARTERY FLOW

Th. Perdikidis, N. Melas, K. Lagios.

Hellenic AirForce Hospital, Athens, Greece

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο διεθνές συνέδριο AVEM 2009, 12-14 Οκτ, Θεσσαλονίκη.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Purpose: To evaluate the feasibility and efficacy of a specific endograft for treatment of isolated common iliac artery aneurysms. Isolated iliac aneurysms, without aortic involvement, are quite rare. Their prevalence in the general population is estimated at

0.03%, accounting for 2-7% of all intraabdominal aneurysms, and for 0.6 % of all aortoiliac aneurysms. 70-80% of them, respect to common iliac aneurysms and 10-30 % involve the internal iliac artery, while the external iliac artery is seldom affected. Male to female ratio is 5-16/1. 50% of them is bilateral. As far as complications are concerned, apart from embolism, thrombosis and compression of adjacent structures, rupture is the most hazardous. For aneurysms between 3 and 4 cm in diameter the risk of rupture is 5-9 % during 5 years. For those greater than 4 cm, the risk of rupture is independent upon the exact diameter, but highly increased, ranging from 10 to 70 % during 5 years. Moreover mortality from rupture is 25-57 %. Conventional surgical repair is the classical treatment for iliac aneurysms greater than 3cm in diameter and for symptomatic or ruptured aneurysms. In elective open procedures the mortality is even higher than elective AAA repair, ranging between 5-11 %, while in emergency operation after rupture, is dramatically high, arising to 40-50 %. During the latest years, an alternative option for treating isolated iliac aneurysms has developed, which consists of prompt endoluminal exclusion by covered endoprosthesis. This technique, has recently been evolved to provide an effective and minimally invasive option for treating such aneurysms, especially in patients at high surgical risk. Early experience, from the first series reported, was quite disappointing with early and late adverse event rate of 27 %. Following publications, after rapidly developed techniques and devices, reported encouraging results, proving the feasibility and efficacy of the method. Primary and secondary patency rates are 92 and 96 %. However, major precondition for safe and complete aneurysm exclusion, is the adequate length of proximal and distal landing zones (necks). When the distal landing zone is short, the problem is solved by landing the endograft more distally to the external iliac artery, at the price of hypogastric artery occlusion, or by using bell bottom technique when the distal common iliac is up to 22mm in diameter. On the other hand, when the proximal neck is short (less than 10 mm) direct deployment of iliac endoprosthesis is generally contraindicated. Instead, a classical bifurcated aortoiliac endograft deployment, or an aortouniliac endograft plus femoro-femoral crossover bypass can be performed, with or without open or endovascular external to internal iliac by pass. Case report: we report a case of a 72 years old smoker female, ASA III, with a giant (6.8 cm) isolated left common iliac artery aneurysm with involvement of the orifice of the ipsilateral IIA. The aneurysm was successfully repaired percutaneously, with the deployment of a Zenith (Cook, Brisbane, Australia) iliac side branch endograft. The ipsilateral IIA was preserved and reperfused by the side branch of the device with the incorporation of a covered stent. Conclusions: In high surgical risk patients, aortoiliac and isolated common iliac artery aneurysms can be safely repaired with the use of iliac side branch with the advantage of preserving the flow to the ipsilateral hypogastric artery. Moreover the endografting can be performed totally percutaneously.

20) ENDOVASCULAR MANAGEMENT OF BLUNT INJURY OF SUBCLAVIAN AND AUXILIARY ARTERY.

A. Giannopoulos, K. Ktenidis, A. Lioupis, N. Saratzis, I. Lazaridis, Th. Toufektsis, N. Melas, C Gitas, Kiskinis D.

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Greece.

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο διεθνές συνέδριο AVEM 2009, 12-14 Οκτ, Θεσσαλονίκη.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Παρουσιάζεται η εμπειρία της κλινικής στις κακώσεις των αρτηριών του άνω άκρου.

21) MANAGEMENT OF PENETRATING CAROTID TRAUMA IN A 4 YEARS OLD CHILD

Th. Toufektsis, K. Ktenidis, N. Saratzis, I. Lazaridis, A. Lioupis, A. Giannopoulos, N. Melas, Kiskinis D.

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Greece.

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο διεθνές συνέδριο AVEM 2009, 12-14 Οκτ, Θεσσαλονίκη.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Παρουσιάζεται ενδιαφέρον περιστατικό χειρουργικής αποκατάστασης τραχηλικού τραύματος σε παιδί 4 ετών.

22) ENDOVASCULAR REPAIR OF INADVERTENT SUBCLAVIAN ARTERY CANNULATION

N. Melas, N. Saratzis, K. Ktenidis, I. Lazaridis, A. Lioupis, A. Giannopoulos, Th. Toufektsis, Kiskinis D.

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Greece.

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο διεθνές συνέδριο AVEM 2009, 12-14 Οκτ, Θεσσαλονίκη.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Our study indicates the ability of endoluminal covered stents to repair life threatening iatrogenic complications of every day practise. CASE REPORT: Central venous catheterisation is a common, daily procedure for fluid infusion, temporary dialysis access, or central vein monitoring. Usually simple and safe, sometimes may be associated with life-threatening complications. Of these, subclavian artery puncture, though seldom, following accidental arterial cannulation, may lead to arterial occlusion, embolism, pseudoaneurysms, vessel laceration or dissection, hemopneumothorax or fatal haemorrhaging upon withdrawal. Such complications

may be even more severe in critically ill patients requiring systemic anticoagulation therapy or those with acute coagulation dysfunction. The authors report a case of an accidental cannulation of the subclavian artery with a central 12 Fr dual lumen dialysis catheter and its successful removal, followed by an endoluminal covered stent (12 X 48 Jostent stent-graft, large version, Abbott, Santa Clara, USA) deployment to seal the arterial wall deficit. **CONCLUSIONS:** Covered stents can be employed to cover arterial lacerations avoiding major operations in similar occasions.

23) TRANSCATHETER EMBOLIZATION, WITH DETACHABLE COILS, OF RENAL ARTERY ANEURYSMS. REPORT OF TWO CASES

J. Lazaridis, K. Ktenidis, A. Giannopoulos, N. Saratzis, T. Toufektsis, N. Melas, C. Gitas, A. Filippidis, D. Kiskinis

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki, Greece

Radiology Department, Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki, Greece

LIVES 2009, Larissa International Vascular Endovascular Symposium, Larissa, Greece, 29-31 May 2009

Παρουσιάστηκε η εμπειρία της κλινικής για την αντιμετώπιση 2 ασθενών με ανεύρυσμα της νεφρικής αρτηρίας ενδαγγειακά. Εμβολίστηκαν με ειδικά coils. Μετά από ένα μήνα ακολούθησε CT αξονική τομογραφία όπου επιβεβαιώθηκε η θρόμβωση του ανευρυσματικού σάκου.

24) ACCESS PROBLEMS & SOLUTIONS: OBESITY, SCARRING, CALCIUM

N. Melas, D. Kiskinis, N. Saratzis, K. Ktenidis, J. Lazaridis

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Παρουσίαση ως προφορική ανακοίνωση στο MEET 2009, Cannes, French Riviera 18-21 June.

Η περίληψη δημοσιεύτηκε στο Abstracts Supplement, The Journal of Cardiovascular Surgery, Volume 50, Suppl. I to No. 3, June 2009

EVAR seems to becoming the first choice option for repair of AAA in many centers. Though, only about 70% of infrarenal AAA are eligible for endovascular repair. The rest 30% are rejected for various anatomical reasons. Among them, access

problems, frequently cause rejection of EVAR. Usual access problems related to EVAR are narrow iliacs, excessive iliac calcification, unilateral iliac occlusion, iliac tortuosity, narrow terminal aorta and combination of the previous. These constrains, upon insertion and withdrawn of the sheath, could cause dissection, thrombosis, embolization, ischemia, rupture and conversion to open repair. Most of them can be anticipated and may be solved before or during the operation and are related to the diameter of the inserted device and to the technique and configuration (Bifurcated, AUI, TUBE). Basic rules for solving iliac access difficulties are Q 1) acquire accurate preoperative measurements (CTA, DSA); 2) use extra stiff wire; 3) choose small, hydrophilic and stiff – pushable sheaths (of appropriate graft); 4) insert body from the less tortuous/narrow or calcified iliac; 5) consider “Through and Through wire – catheter technique” for extreme tortuosity’ 6) consider iliac conduit and hybrid endografting for combined difficulties; 7) think of AUI option and 8) always check for iliac thrombosis, rupture and dissection upon device withdrawal when encountering similar problems. Vast majority of access problems can be anticipated from through preoperative and intraoperative imaging. Most of the constrains can be solved with appropriate device selection. Completion angiography should always check for iliac thrombosis, dissection and arterial rupture.

25) ENDOVASCULAR REPAIR OF THROMBOSED POPLITEAL ANEURYSM CAUSING ACUTE ISCHEMIA. CASE REPORT.

N. Melas, N. Saratzis, D. Kiskinis.

1st Department of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Παρουσίαση ως προφορική ανακοίνωση στο MEET 2009, Cannes, French Riviera 18-21 June.

Η περίληψη δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου.

This report describes the use of endoluminally placed stented grafts to repair a popliteal aneurysm in a 58-year-old man. Two self-expanding stent grafts (Gore Viabahn) (6mm x 15cm) & (6mm x 10cm) with a 3cm overlap were inserted within the aneurysm through the contralateral femoral artery under local anaesthesia for complete aneurysm exclusion. One year postoperatively the grafts and the distal arteries are patent without distal emboli. Endovascular treatment of thrombosed popliteal artery aneurysms is a feasible and minimally invasive procedure with the advantage of early ambulation of the patient.

26) ENDOVASCULAR MANAGEMENT OF THORACIC AORTIC PATHOLOGIES

K. Ktenidis, J. Lazaridis, A. Lioupis, A. Giannopoulos, T. Toufektsis, N. Saratzis, N. Melas, G. Gitas, D. Kiskinis.

13th Surgical Week 26-31 July 2009, Chalkidiki, Greece

Περιγράφεται η εμπειρία της Α΄ Πανεπιστημιακής Χειρουργικής του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου στην ενδαγγειακή αντιμετώπιση των παθολογιών της θωρακικής αορτής.

27) ENDOVASCULAR REPAIR OF TRAUMATIC AORTIC RUPTURE: SINGLE CENTER EXPERIENCE

N. Melas, A. Giannopoulos, N. Saratzis, A. Saratzis, I. Lazaridis, C. Trigonis, K. Ktenidis, D. Kiskinis

Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Προφορική ανακοίνωση στο διεθνές συνέδριο 19th EURO CHAP (European chapter meeting of the International Union of Angiology), France, Paris, 24-26 Sep. 2010.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Traumatic rupture of the thoracic aorta secondary to blunt chest trauma is a life-threatening emergency. The endovascular treatment of such pathologies is a proposed alternative to open surgery, which is typically associated with high rates of morbidity and mortality. The objective of this study was to evaluate the efficacy of thoracic aortic disruptions treated with thoracic stentgraft. Methods: 18 male patients (mean age 28.5 years) were admitted to our institution between 2003 and 2009 due to blunt aortic trauma – following violent motor vehicle collisions. Plain chest x-ray, spiral computed tomography and aortography were used for diagnosis in all cases. In six cases, transesophageal echocardiography was also available. All subjects were poor surgical candidates, due to major concomitant injuries and were treated using endovascular technique. Results: Technical success was 100%. In one case the deployment of a second cuff was necessary for exclusion of a endoleak. There were no procedure related deaths. 3 patients presented with uncontrolled hypertension which continued after graft deployment but subsided 3 months later. No cardiac, neurological or peripheral vascular complications were noted within the 30 day post operative follow up period except in one patient who presented Horner syndrome due to subclavian artery transposition. During late follow up (36 months) one major complication appeared. One patient was converted to hybrid E-vita repair (18th month) due to stentgraft collapse and pseudoaneurysm formation. All patients are alive with no documented complication. Conclusion(s): Endovascular repair of thoracic aortic disruption is technically feasible and early follow-up results are promising.

Z) ABSTRACTS PUBLISHED IN NATIONAL GREEK SYMPOSIUM

1) ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΥΣΩΝ ΦΛΕΒΩΝ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΣ.

Δ. Γοργογιάννης, Δ. Χριστοδουλάκης, Κ. Βολίκας, N. Μελάς.

Προφορική ανακοίνωση στο 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γηριατρικής - Γηριατρικής, Αθήνα 11-13 Δεκεμβρίου 1997.

Η περίληψη της μελέτης δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Περιγράφεται η νέα ενδοσκοπική τεχνική παρασκευής και απολίνωσης των διατιτραινουσών φλεβών της γαστροκνημίας, υπό την περιτονία, σε έδαφος χρόνιας φλεβικής ανεπάρκειας κάτω άκρων με στόχο τη διακοπή της παθολογικής επικοινωνίας και η αποτιμηση των αποτελεσμάτων της μεθόδου μετά 3-ετή παρακολούθηση. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΕΘΟΔΟΥ: Εγκάρσια τομή μήκους 2 cm στο άνω τμήμα της γραμμής του Linton ή Cockett. Διάνοιξη περιτονίας κνήμης. Εισαγωγή του ενδοσκοπίου με το tunneller κάτω από την περιτονία. Σταδιακή προώθησή του κατά μήκος της γραμμής του Linton με παρεμβαλλόμενη διαστολή του μπαλονιού ανά 1cm (δημιουργία tunnel) και κατά τον ίδιο τρόπο έξοδός του. Εισαγωγή του 1ου trocar. Δεύτερη τομή δίπλα στην 1η και εισαγωγή 2ου trocar. Χορήγηση αερίου (CO₂) για διεύρυνση του tunnel. Παράλληλη προώθηση του ενδοσκοπίου και του δακτυλιοειδούς ενδοσκοπικού παρασκευαστή. Αναγνώριση, παρασκευή και απολίνωση διατιτραινουσών φλεβών με τη βοήθεια ενδοσκοπικών εργαλείων. Έξοδος εργαλείων και συρραφή τομών. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 35 περιπτώσεις ενδοσκοπικής απολίνωσης διατιτραινουσών σε 30 ασθενείς, 40-74 ετών, με χρόνια φλεβική ανεπάρκεια κάτω άκρων. Ενεργό έλκος κατά την επέμβαση 7 περιπτώσεις, πρόσφατο έλκος 12 περιπτώσεις, δερματικές αλλοιώσεις χρ. Φλ. Ανεπάρκειας 16 περιπτώσεις, αριθμός διατιτραινουσών που απολινώθηκαν 1-7. Μέθοδος διάγνωσης / εντόπισης και παρακολούθησης έγχρωμο υπερηχογράφημα φλεβών κάτω άκρων. Εκτίμηση αποτελεσμάτων μετά 36 μήνες παρακολούθηση. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ των περιπτώσεων ενεργού και πρόσφατου έλκους (7+12=19), 12 επούλωθηκαν χωρίς υποτροπή στα τρία έτη, 5 παρουσίασαν σαφή βελτίωση (εκ των οποίων τα 3 υποτροποίασαν), και τέλος 2 από τα 19 λόγω εμμονής αντιμετωπίστηκαν με άλλη μέθοδο. Από τις 16 περιπτώσεις δερματικών αλλοιώσεων, 2 εμφάνισαν εξέλκωση κατά τη διάρκεια των 3 ετών, ενώ οι 14 παρουσίασαν βελτίωση ή παρέμειναν σταθερές. Επιπλοκές από το χ/κο τραύμα δεν εμφάνισε καμία περίπτωση. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η νέα μέθοδος είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ανεπάρκειας των διατιτραινουσών, εμφανίζει

δε το πλεονέκτημα της απουσίας επιπλοκών στο σημείο των τομών διότι αυτό βρίσκεται μακριά από την πάσχουσα περιοχή του έλκους.

2) ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΥΣΩΝ ΦΛΕΒΩΝ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΣ.

Δ. Γοργογιάννης, Δ. Χριστοδουλάκης, N. Μελάς.

Προφορική ανακοίνωση στο 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας - Αγγειοχειρουργικής, Αθήνα, 23-25 Ιανουαρίου, 1998

Η περίληψη της μελέτης δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Περιγράφεται η ενδοσκοπική τεχνική παρασκευής και απολίνωσης των διατιτράινουσών φλεβών της γαστροκνημίας, υπό την περιτονία, σε έδαφος χρόνιας φλεβικής ανεπάρκειας κάτω άκρων με στόχο τη διακοπή της παθολογικής επικοινωνίας και η αποτιμηση των αποτελεσμάτων της μεθόδου μετά 3-ετή παρακολούθηση.

3) ΕΙΛΕΟΣ ΕΚ ΧΟΛΟΛΙΘΟΥ

Σακοράφας ΓΧ, Αναγνωστόπουλος Γ, Κωλέττης Θ, Μελάς N, Κοτσιφόπουλος N, Κασσάρας Γ.

Προφορική ανακοίνωση στο 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής εταιρίας Πεπτικού, 1998

Η περίληψη της μελέτης δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Παρουσιάστηκε η περίπτωση άνδρα ηλικίας 85 ετών με ειλεό εκ χολολίθου που αντιμετώπιστηκε επιτυχώς μη χειρουργικά.

4) ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ ΣΕ ΠΙΤΑΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Μελάς N, Γιαννακούλας Γ, Γιαμούζης Γ, Μούντζιος Ι.

Προφορική ανακοίνωση στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αεροπορικής και Διαστημικής Ιατρικής, Αθήνα 4-6 Οκτωβρίου 2001. Η παραπάνω εργασία βραβεύτηκε ως καλύτερη εργασία του συνεδρίου.

Η περίληψη της μελέτης δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Η εργασία μελέτησε εάν το κάπνισμα επηρεάζει τις φυσιολογικές λειτουργίες των ιπτάμενων και μειώνει την επιχειρησιακή ικανότητά τους. Οι πιλότοι που αναγκάζονται να απέχουν από το κάπνισμα πριν και κατά την πτήση, είναι δυνατόν να εμφανίσουν ιδιαίτερη συμπτωματολογία, με αποτέλεσμα την ελάττωση της αποδοτικότητάς τους. Μέθοδοι: Μελετάται δείγμα 20 χειριστών πολεμικών α/φών και ελικο- πτέρων (C-47 Dakota, F-16, AB-205). Οι ιπτάμενοι υποβλήθηκαν σε 12ωρη στέρηση καπνίσματος. Μετά την προσγείωσή τους, μελετήθηκε η ένταση των συμπτωμάτων στέρησης και ο βαθμός που επηρεάστηκαν οι φυσιολογικές, ψυχολογικές και γνωστικές λειτουργίες τους. Αυτό επιτεύχθηκε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου, την καταμέτρηση ΑΠ, σφύξεων και με τη διενέργεια ειδικών tests σε Η/Υ που καταμετρούν χρόνο αντίδρασης, εγρήγορση, συγκέντρωση και άμεση μνήμη. Σε επόμενη πτήση ομοίων συνθηκών, κάθε χειριστής επανέλαβε τη διαδικασία χωρίς να έχει στερηθεί το κάπνισμα. Αποτελέσματα: Από τα μέχρι τώρα αποτελέσματα σε 13 πιλότους, μέσης ηλικίας 33 ± 6 έτη, συμπεραίνουμε ότι τα συχνότερα συμπτώματα στέρησης είναι: έντονη επιθυμία για κάπνισμα-νευρικότητα (63,6%), καταβολή-απόσπαση προσοχής-καταπίεση (36,4%), διαταραχή λεπτών χειρισμών κατά την προσγείωση (27,3%), επιθετικότητα-ελάττωση συγκέντρωσης (18,2%) και τέλος διαταραχή κρίσης-υπνηλία-πεινά (9,1%). Στη στέρηση επίσης εμφανίζεται πτώση σφύξεων και αύξηση Α.Π. (ιδίως της διαστολικής), η οποία όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική. Τέλος και τα τέσσερα tests που διενεργήθηκαν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0,05$) στους χρόνους αντίδρασης. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το "paired-samples t-test". Συμπεράσματα: Το σύνδρομο στέρησης της νικοτίνης πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο ιπτάμενο προσωπικό διότι μπορεί να επηρεάσει παραμέτρους που υπεισέρχονται στην πτήση.

5) ΝΕΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΟΓΚΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΙΟΥ: Χ/ΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ CUSA ΓΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΣΜΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Θ. Περδικίδης, Ν. Μελάς, Κ. Λάγιος, Δ. Χριστοδουλάκης, Κ. Σιαφάκας, Π. Γαλής, Δ. Γοργογιάννης.

Παρουσιάστηκε ως Προφορική ανακοίνωση στο 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειοχ/κής -Αγγειολογίας, Αθήνα 23-25 Ιαν. 2004.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Ο όγκος του καρωτιδικού σωματίου, γνωστός και ως παραγαγγλίωμα ή χημειοδέκτωμα, είναι σπάνιος, συνήθως καλοήθης όγκος, ασυμπτωματικός κατά κύριο λόγο, και εντοπίζεται στον καρωτιδικό διχασμό. Μετά την επιβεβαίωση της

διάγνωσης με αγγειογραφία, σχεδόν πάντα, η μόνη αποδεκτή θεραπεία είναι η χ/κή εκτομή.

Η βελτίωση της χ/κής τεχνικής στις τελευταίες δεκαετίες και η πρόσφατη εφαρμογή του προεγχειρητικού εμβολισμού του όγκου, μείωσε σημαντικά την διεγχειρητική απώλεια αίματος και γενικώς βοήθησε στη μείωση της χ/κής θνητότητας. Όμως η νοσηρότητα παραμένει σχετικά υψηλή, συσχετιζόμενη κυρίως με τα σημαντικά ποσοστά κάκωσης των κρανιακών νεύρων της περιοχής, διότι αυτά συχνά εμπεριέχονται στην μάζα των όγκων που έχουν λάβει μεγάλες διαστάσεις.

Με σκοπό να εξαλείψουμε τις παραπάνω δυσκολίες στην αντιμετώπιση της νόσου, παρουσιάζουμε μία ενδιαφέρουσα περίπτωση άρρενος ασθενούς, 51 ετών, με ευμεγέθη όγκο (αρ) καρωτιδικού σωματίου. Ο ασθενής προσήλθε με σημαντικών διαστάσεων ασυμπτωματική (αρ) τραχηλική διόγκωση. Μετά την κλινικοεργαστηριακή διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση και την διενέργεια ελικοειδούς αξονικής τομογραφίας, έγχρωμου υπερηχογραφήματος και αγγειογραφίας, αποδείχθηκε αγγειοβριθέστατος ανενεργός, ετερόπλευρος όγκος καρωτιδικού σωματίου, διαστάσεων 50X75mm που περιβρόγγιζε και συμπίεζε μερικώς την έσω καρωτίδα. Λόγω της σημαντικής κεφαλικής αλλά και εγκάρσιας επέκτασής του θεωρήθηκε σχεδόν σίγουρο ότι εμπεριέχει κρανιακές συζυγίες στη μάζα του, αν και ασυμπτωματικός. Έτσι αποφασίσθηκε προεγχειρητικός υπερεκλεκτικός εμβολισμός την προηγούμενη ημέρα από την εκτομή, με σκοπό τη μείωση της αιμάτωσης αλλά και της μάζας του όγκου. Κατά τη χ/κή εκτομή εφαρμόστηκαν όλες οι κλασικές αρχές-τεχνικές που ισχύουν στην επέμβαση. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε CUSA (Cavitral Ultrasonic Surgical Aspirator) κατά την παρασκευή και εκτομή του όγκου για κάθε περίπτωση που η οξεία χ/κή ανατομή θεωρήθηκε ότι έβαζε σε κίνδυνο ευγενή στοιχεία (νεύρα, αγγεία). Επαναιμάτωση της έσω καρωτίδας με παράθεση μοσχεύματος δεν απαιτήθηκε. Η επέμβαση είχε διάρκεια 3.5 ώρες και η απώλεια αίματος περιορίστηκε στα 250ml. Τόσο διεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά, η νευρολογική κατάσταση του ασθενούς παρέμεινε άριστη. Η ιστολογική εξέταση κατέδειξε παραγαγγλίωμα. Ο ασθενής εξήλθε της κλινικής τη 3^η ΜΤΧ.

Συμπερασματικά, ο προεγχειρητικός εμβολισμός και η χρήση CUSA κατά την αντιμετώπιση μεγάλων όγκων καρωτιδικού σωματίου, μαζί με τις κλασικές χ/κές αρχές, συνεισφέρουν σημαντικά στη μείωση της χ/κής θνητότητας και κυρίως νοσηρότητας περιορίζοντας τις βλάβες των κρανιακών νεύρων.

6) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΚΛΑΣΙΚΗΣ Χ/ΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΚΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Θ. Περδικίδης, N. Μελάς, Κ. Λάγιος, Δ. Χριστοδουλάκης, Π. Γαλής, Δ.Γοργογιάννης

Παρουσιάστηκε ως Προφορική ανακοίνωση στο 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειοχ/κής -Αγγειολογίας, Αθήνα 23-25 Ιαν. 2004.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Η ενδοαυλική αποκατάσταση του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον της αγγ/κής κοινότητας την τελευταία δεκαετία. Με τη βελτίωση υλικών και μέσων, αλλά και με τη σταδιακή απόκτηση ικανής εμπειρίας η μέθοδος καθίσταται εφικτή και αποτελεσματική σε ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό πρωτοπαθών αορτικών ανευρυσμάτων. Παράλληλα οι ενδείξεις, οι επιπλοκές, αλλά και η αντιμετώπισή τους καταγράφονται πλέον με λεπτομέρεια, υπόκεινται όμως συχνά σε αλλαγή, καθώς η μέθοδος εξελίσσεται και τα αποτελέσματα των πολλαπλών ερευνών φέρνουν συνεχώς νέα δεδομένα στο προσκήνιο.

Κινούμενοι σ' αυτά τα πλαίσια προσπαθήσαμε να αποδείξουμε τη δυνατότητα της ενδοαυλικής τεχνικής, στο να αντιμετωπίζει με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα επιπλοκές που προέρχονται από την κλασική χ/κή αντιμετώπιση του ΑΚΑ. Μια τέτοια επιπλοκή είναι και το αναστομωτικό ανεύρυσμα. Ο ασθενής μας, ηλικίας 85 ετών, ASA III, είχε υποβληθεί σε εκτομή και τοποθέτηση ευθέους μοσχεύματος Dacron το 1990 για αντιμετώπιση ΑΚΑ. Σε γενόμενο έλεγχο για άτυπο κοιλιακό άλγος με U/S κοιλίας, βρέθηκε ανεύρυσμα στην τελική αορτή. Η ελικοειδής αξονική αορτογραφία κατέδειξε αναστομωτικό ανεύρυσμα της τελικής αορτής, μεγίστης διαμέτρου 6,6 cm αρχόμενο 7,5 cm κάτωθεν των νεφρικών (περιφερική αναστόμωση του Dacron) και ανευρυσματική διάταση κ. λαγονίων άμφω (24mm αρ. και 25mm δε.). Λόγω της γενικής κατάστασης του ασθενούς, αλλά και των κινδύνων της επανεπέμβασης, αποφασίσθηκε τοποθέτηση ενδοαυλικού μοσχεύματος για τον αποκλεισμό του αναστομωτικού ανευρύσματος. Λόγω της ιδιαιτερότητας των ανατομικών δεδομένων, αλλά και τον περιορισμό από τις διαστάσεις και τη διαμόρφωση των διαθέσιμων ενδοαυλικών μοσχευμάτων, επιλέχθηκε αορτομονολαγόνια ενδοπρόθεση ειδικής παραγγελίας Zenith Cook δύο τμημάτων. Αρχικά εμβολίσθηκε η (αρ) έσω λαγόνιος αρτ., έπειτα τοποθετήθηκε το διπλό ενδομόσχευμα με τεχνική "trombone" με κεντρική στήριξη στο παλαιό Dacron και περιφερική στη (δε) κ. λαγόνιο αρτ. αφήνοντας ελεύθερη τη ροή προς τη (δε) έσω λαγόνιο. Τέλος τοποθετήθηκε χ/κά μηρομηριαία παράκαμψη προς την (αρ) κ. μηριαία αρτ. ενώ απολινώθηκε η (αρ) έξω λαγόνιος αρτ. για να αποκλεισθεί ο ανευρυσματικός σάκος από παλινδρομη ροή. Ο ασθενής δεν παρουσίασε επιπλοκές εκτός από μικρό υποδόριο αιμάτωμα στο σημείο του τούνελ και εξήλθε την 3^η ΜΤΧ. Η αξονική τομογραφία τον 1^ο μήνα δεν κατέδειξε ενδοδιαφυγή ή μετανάστευση, ενώ ο ανευρυσματικός σάκος παρουσίασε σμίκρυνση.

Από την παραπάνω περίπτωση γίνεται σαφές ότι η ενδοαυλική μέθοδος έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά επιπλοκές της κλασικής ανευρυσματεκτομής, όπως το αναστομωτικό ανεύρυσμα. Θα έπρεπε ίσως να τη θεωρούμε ως εναλλακτική λύση σε αντίστοιχες περιπτώσεις, συνυπολογίζοντας την υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα μιας κλασικής επανεπέμβασης ιδίως σε ασθενείς αυξημένου διεγχειρητικού κινδύνου.

7) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΚΑΙ ΛΑΓΟΝΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΕΝΤΕΡΙΚΗ Ή ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ.

Π. Αντωνίτσης, Ν. Σαρατζής, Ι.Λαζαρίδης, Ν. Μελάς, Ι. Μώρος, Δ. Κισκίνης

Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ., Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παρουσιάστηκε ως Προφορική ανακοίνωση στο 19^ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ 13-15 ΜΑΪΟΥ 2004

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Τα ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής (Α.Κ.Α.) και των λαγονίων αρτηριών συνδυάζονται με ενδοκοιλιακές παθήσεις σε σημαντικό ποσοστό ασθενών. Η ταυτόχρονη ή σταδιακή αντιμετώπιση των δύο αυτών παθολογικών καταστάσεων αμφιλεγόμενη.

Κατά τη χρονική περίοδο από τον Ιανουάριο του 1998 μέχρι το Φεβρουάριο του 2003 αντιμετωπίστηκαν στην Α΄ Χειρουργική Κλινική του Α.Π.Θ. 6 ασθενείς με Α.Κ.Α. ή λαγονίων αρτηριών και συνυπάρχουσα εντερική ή νεφρική πάθηση. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 72 έτη. 2 ασθενείς εμφάνιζαν Α.Κ.Α. σε συνδυασμό με καρκίνωμα του νεφρού. Σε 3 περιπτώσεις συνυπήρχε ανεύρυσμα λαγονίων αρτηριών, σε μία περίπτωση με ρήξη και σε δεύτερη σε συνδυασμό με Α.Κ.Α., και καρκίνος του παχέος εντέρου και ορθού. Ένας ασθενής παρουσίαζε Α.Κ.Α. και πεταλοειδή νεφρό που καθιστούσε δυσχερή τη χειρουργική αποκατάσταση του ανευρύσματος. Στις περιπτώσεις Α.Κ.Α. και καρκινώματος του νεφρού επελέγη η ταυτόχρονη αντιμετώπιση του Α.Κ.Α. (1 ανοικτή και 1 ενδοαυλική προσπέλαση) και της νεφρικής νόσου. Στην περίπτωση του ραγέντος ανευρύσματος λαγονίου σε συνδυασμό με καρκίνο του κατιόντος κόλου έγινε αντιμετώπιση των δύο παθήσεων σε έναν χρόνο, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις προηγήθηκε η ενδοαυλική αποκατάσταση του ανευρύσματος και ακολούθησε η αντιμετώπιση της νεοπλασματικής νόσου. Στον ασθενή με Α.Κ.Α. και πεταλοειδή νεφρό η ενδοαυλική αποκατάσταση του ανευρύσματος κατέστησε δυνατή την αντιμετώπιση της αγγειακής νόσου, χωρίς τη διενέργεια νεφρεκτομής.

Κατά τη μετεγχειρητική περίοδο δεν υπήρξε θνητότητα. Παράλληλα δεν παρατηρήθηκε επιμόλυνση του μοσχεύματος στις ανοικτές αποκαταστάσεις. Η συνδυασμένη αντιμετώπιση Α.Κ.Α. ή λαγονίων αρτηριών και εντερικής ή νεφρικής νόσου αποτελεί ασφαλή επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς. Η ενδοαυλική χειρουργική μπορεί να εφαρμοστεί σε ασθενείς υψηλού εγχειρητικού κινδύνου και να συμβάλει στη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας των συνδυασμένων επεμβάσεων.

8) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΚΑ ΜΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΝΘΕΤΟΥ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ZENITH COOK COMPOSITE ΜΕ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΝ ΑΟΡΤΙΚΟ ΔΙΧΑΣΜΟ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ.

Θ. Περδικίδης, N. Μελάς, Δ. Γοργογιάννης, Δ. Χριστοδουλάκης, Θ. Κωλέττης, W. Stelter.

Προφορική ανακοίνωση στο 24^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής 2-5 Οκτ 2004, Θεσ/νίκη.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Σκοπός: Η ενδοαυλική αντιμετώπιση είναι πλέον αποδεδειγμένα εφικτή και αποτελεσματική σε μεγάλο αριθμό ΑΚΑ. Πρόσφατα ξεκίνησε μία νέα τεχνική ενδαγγειακής αποκατάστασης του ΑΚΑ, με τη χρήση ενός ειδικά διαμορφωμένου μοσχεύματος, που βασικό χαρακτηριστικό έχει τη στήριξη του στον αορτικό διχασμό. Έτσι βελτιώνεται η στήριξη του μοσχεύματος, μειώνεται ο κίνδυνος μετανάστευσης και έμμεσα ενδοδιαφυγής, αλλά κυρίως διευρύνονται οι ενδείξεις τοποθέτησής του, περιλαμβάνοντας πιο «κοντούς» ή μεγαλύτερης διαμέτρου αυχένες, αλλά και αυχένες ιδιαίτερου σχήματος.

Σκοπός της μελέτης μας ήταν, αφενός να διερευνήσουμε αν η μέθοδος είναι εφικτή και αφετέρου να παρουσιάσουμε τα πρώιμα αποτελέσματά της.

Μέθοδος: Αναλύσαμε 6 ασθενείς υψηλού χ/κού κινδύνου (ASA III+) που υποβλήθηκαν στην κλινική μας σε τοποθέτηση διχαλωτής ενδοπρόθεσης “Zenith composite” υπό γενική ή περιοχική αναισθησία. Το ενδομόσχευμα (Zenith Composite, Cook, Australia) αποτελείται από 3 τμήματα: ένα κεντρικό σωληνωτό τμήμα με υπερνεφρική στήριξη, ένα περιφερικό διχαλωτό με μακρύ και κοντό σκέλος που εκπτύσσεται στηριζόμενο στον αορτικό διχασμό, και ένα τμήμα «επέκταση» του κοντού σκέλους. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 76 ετών. Η μέση διάμετρος του ανευρύσματος ήταν 55 mm. Η μέση διάμετρος του αυχένα ήταν 28 mm, το μέσο μήκος του 17 mm, και η μέση γωνίωσή του 44 μοίρες. Η μέση παρακολούθηση ήταν 4 μήνες με αξονική τομογραφία κοιλίας.

Αποτελέσματα: Η μέθοδος κατέστη εφικτή και στους 6 ασθενείς (100% τεχνική επιτυχία). Η περιεγχειρητική και η πρώιμη μετεγχειρητική θνητότητα παρέμειναν μηδέν. Ενδοδιαφυγή, μετανάστευση, θρόμβωση ή εμβολή δεν εμφανίστηκε σε κανένα ασθενή, άμεσα ή κατά τη διάρκεια του follow up. Αντίθετα εμφανίστηκε άμεσα μετεγχειρητικά παραπάρηση σε ένα ασθενή που αποδόθηκε στην σπάνια για EVAR επιπλοκή της ισχαιμίας του νωτιαίου μυελού, και η οποία βελτιώθηκε δραματικά μετά από άμεση εκκενωτική παρακέντηση του υπαραχνοειδούς χώρου (CSF drainage).

Συμπέρασμα: Η ενδοαυλική αντιμετώπιση ΑΚΑ με στήριξη του ενδομοσχεύματος στον αορτικό διχασμό με το νέας διαμόρφωσης ενδομόσχευμα “Zenith composite” είναι μια καινούρια, εξελισσόμενη και πολλά υποσχόμενη μέθοδος που βρίσκεται υπό δοκιμή. Τα πρώιμα αποτελέσματά της, από τα κέντρα που δοκιμάζεται, είναι απόλυτα ικανοποιητικά. Μεγαλύτερος αριθμός περιστατικών και μακρύτερο follow up χρειάζεται για να καταξιωθεί ως μέθοδος.

9)ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΚΑ ΜΕ ΑΟΡΤΟΜΟΝΟΛΑΓΟΝΙΑ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗ (ENDOFIT, ENDOMED) ΚΑΙ ΜΗΡΟ-ΜΗΡΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ 2 ΕΤΩΝ.

Ν. Σαρατζής, Ν. Μελάς, Ι. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Α. Λιούπης, Π. Αντωνίτσης, Δ. Κισκίνης.

Προφορική ανακοίνωση στο 24^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής, Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία, Ξενοδοχείο Makedonia Palace, 2-5 Οκτ 2004, Θεσ/νίκη.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Σε αρκετά ανευρύσματα κοιλιακής αορτής και λαγονίων αρτηριών, η τοποθέτηση διχαλωτής ενδοπρόθεσης αντενδείκνυται λόγω ανατομικών περιορισμών της τελικής αορτής ή της μιας λαγονίου αρτηρίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις η τοποθέτηση αορτομονολαγόνιου ενδομοσχεύματος σε συνδυασμό με χ/κή μηρό-μηριαία παράκαμψη, μπορεί να δώσει λύση σε ασθενείς υψηλού χ/κού κινδύνου. Σκοπός της εργασίας μας είναι αφενός να καταδείξουμε την αποτελεσματικότητα της μεθόδου και αφετέρου να παρουσιάσουμε τη βατότητα της μηρό-μηριαίας παράκαμψης κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Συμπέρασμα: Τα δεδομένα της μελέτης, αλλά και η διεθνής βιβλιογραφία, καταδεικνύουν ότι η μέθοδος είναι εφικτή και αποτελεσματική σε πολύ υψηλό ποσοστό. Επιπλέον η πρόωμη βατότητα της μηρό-μηριαίας παράκαμψης, αν και εξωανατομική είναι άριστη.

10) ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΜΕ ΑΥΤΟΕΚΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟ STENT ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Π. Κερεσσετζή, Α. Μαχαλέμπαση, Χ. Μητσάκη, Ν. Σαρατζής, , Ι. Λαζαρίδης, Χ. Γήτας, Π. Αντωνίτσης, Γ. Γκινής, Α. Λιούπης, Δ. Λυκόπουλος, Ν. Μελάς, Δ. Κισκίνη.

Poster στο 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων, 13-15 Οκτ 2004, Θεσ/νίκη.

Η μελέτη αξιολογεί την ασφάλεια του stent σε 70 ασθενείς με στένωση καρωτίδας.

11) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΚΑ ΜΕ ΑΟΡΤΟΜΟΝΟΛΑΓΟΝΙΑ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗ (ENDOFIT, ENDOMED) ΚΑΙ ΜΗΡΟ-ΜΗΡΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ 2 ΕΤΩΝ

Ν. Σαρατζής, Ν. Μελάς, Ι. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Α. Λιούπης, Π. Αντωνίτσης, Δ. Κισκίνη.

Προφορική ανακοίνωση στο 5^ο Πανελλήνιο και 2^ο Βαλκανικό Συνέδριο Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς και Αγγείων, 21-23 Οκτ 2004, Αθήνα.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Σκοπός: σε αρκετά ανευρύσματα κοιλιακής αορτής και λαγονίων αρτηριών, η τοποθέτηση διχαλωτής ενδοπρόθεσης αντενδείκνυται λόγω ανατομικών περιορισμών της τελικής αορτής ή της μιας λαγονίου αρτηρίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις η τοποθέτηση αορτομονολαγόνιου

ενδομοσχεύματος σε συνδυασμό με χ/κή μηρό-μηριαία παράκαμψη, μπορεί να δώσει λύση σε ασθενείς υψηλού χ/κού κινδύνου. Σκοπός της εργασίας μας είναι αφενός να καταδείξουμε την αποτελεσματικότητα της μεθόδου και αφετέρου να παρουσιάσουμε τη βατότητα της μηρό-μηριαίας παράκαμψης κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Μέθοδος: Αναλύσαμε 30 ασθενείς υψηλού χ/κού κινδύνου (ASA III+) που υποβλήθηκαν στην κλινική μας σε τοποθέτηση αορτομονολαγόνιου ενδομοσχεύματος σε συνδυασμό με χ/κή μηρο-μηριαία παράκαμψη, από το 2002 μέχρι το 2004. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 12 μήνες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 76 ετών, και η μέση διάμετρος του ανευρύσματος ήταν 61mm. Η μέθοδος κατέστη εφικτή και στους 30 ασθενείς (100% τεχνική επιτυχία). Ο μέσος χρόνος της επέμβασης ήταν 124 λεπτά, και ο μέσος χρόνος ακτινοσκόπησης ήταν 13 λεπτά. Το ενδομόσχευμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν το Endofit (Endomed, Phoenix, AZ, USA), με ελεύθερο κεντρικό stent. Ο αντίθετος λαγόνιος άξονας αποκλείστηκε με ενδαγγειακή έμφραξη με «occluder». Οι ασθενείς ελέγχθηκαν κατά την παρακολούθηση με αξονική τομογραφία και απλή ακτινογραφία τον 1^ο, 3^ο, 6^ο, 12^ο και 24^ο μήνα. Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 4 ημέρες. Η περιεγχειρητική θνητότητα διατηρήθηκε στο μηδέν. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης δεν σημειώθηκε κανένας θάνατος. Ενδοδιαφυγή σημειώθηκε σε 2 περιστατικά (6.67%), εκ των οποίων μία κεντρική τύπου I, και μία τύπου II. Η πρώτη αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ενδαγγειακή τοποθέτηση κεντρικού κολάρου τον 3^ο μήνα, ενώ η δεύτερη παρακολουθείται. Θρόμβωση της μηρό-μηριαίας παράκαμψης εμφανίστηκε σε μία περίπτωση, άμεσα μετεγχειρητικά, οφειλόμενη σε χαμηλό (“inflow”) λόγω υπολειμματικής στένωσης-γωνίωσης του ενδομοσχεύματος (πρωτοπαθής βατότητα 96,67%) και αντιμετωπίστηκε άμεσα με θρομβεκτομή και αγγειοπλαστική με αεροθάλαμο (δευτεροπαθής βατότητα 100%). Κανένα ενδομόσχευμα δεν παρουσίασε μετανάστευση. Σε ένα περιστατικό εμφανίστηκε αιμάτωμα στο τούνελ της μηρό-μηριαίας παράκαμψης (3.33%). Παραπληγία, μόλυνση, περιφερική εμβολή ή άλλη επιπλοκή δεν παρατηρήθηκε. Συμπέρασμα: Τα παραπάνω δεδομένα, αλλά και η διεθνής βιβλιογραφία, καταδεικνύουν ότι η μέθοδος είναι εφικτή και αποτελεσματική σε πολύ υψηλό ποσοστό. Επιπλέον η πρώιμη βατότητα της μηρό-μηριαίας παράκαμψης, αν και εξωανατομική είναι άριστη. Άρα οι ενδείξεις ενδαγγειακής αποκατάστασης του ΑΚΑ μπορούν να διευρυνθούν, περιλαμβάνοντας δύσκολες ανατομίες του λαγόνιου άξονα σε ασθενείς υψηλού χ/κού κινδύνου.

12) ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ TALENT

Ν. Σαρατζής, Π. Αντωνίτσης, Ν. Μελάς, Κ. Μπακογιάννης, Ι. Λαζαρίδης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Δ. Κισκίνης.

Προφορική ανακοίνωση στο 5^ο Πανελλήνιο και 2^ο Βαλκανικό Συνέδριο Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς και Αγγείων, 21-23 Οκτ 2004, Αθήνα.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της ενδοπρόθεσης Talent χ στην αντιμετώπιση του ΑΚΑ σε δείγμα 79 ασθενών.

13) ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ-ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ 15 ΕΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Γ. Γκινής, Ν. Σαρατζής, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Μελάς, Α. Λιούπης, Δ. Λυκόπουλος, Δ. Κισκίνης

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ Γ.Ν. Παπαγεωργίου

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 3^ο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Τραύματος & Επείγουσας Χειρουργικής, Αίγλη Ζαπτείου, Αθήνα, 25-27 Φεβρουαρίου 2005

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Σκοπός: Οι κακώσεις της υποκλειδίου-μασχαλιαίας αρτηρίας αντιπροσωπεύουν μόλις το 2-10% του συνόλου των αγγειακών κακώσεων. Ο σκοπός αυτής της μελέτης. Λόγω της σπανιότητας των περιστατικών, της ιδιαίτερης ανατομίας της περιοχής, των συνοδών ορθοπεδικών και νευρολογικών κακώσεων που συχνά συνυπάρχουν και την ελλιπή εξοικείωση της πλειονότητας των χειρουργών στην αντιμετώπισή τους, είναι να παρουσιασθεί η εμπειρία της κλινικής μας στο χειρισμό αυτών των περιστατικών, κάνοντας παράλληλα και μια σύντομη αναφορά στις σύγχρονες θεραπευτικές απόψεις και τεχνικές. Υλικό-μέθοδος: Η μελέτη αποτελεί μια αναδρομική καταγραφή 6 περιστατικών με αγγειακό τραύμα (υποκλειδίας-μασχαλιαίας αρτηρίας), μέσης ηλικίας 34,5 ετών που αντιμετωπίστηκαν από το αγγειοχειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου μας στη διάρκεια της τελευταίας 10ετίας (1994-2004). Οι παράμετροι οι οποίες αξιολογήθηκαν και έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην έκβαση αυτών των ασθενών ήταν ο μηχανισμός κάκωσης, οι συνοδές οστικές και μαλακών μορίων κακώσεις καθώς και νευρολογικές βλάβες. Η αγγειακή αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε με τους εξής τρόπους: α) σε έναν ασθενή νεαροποίηση και άμεση τελικό – τελική αναστόμωση των κολοβωμάτων του αγγείου, β) σε δύο παρεμβολή συνθετικού (PTFE) και έναν φλεβικού μοσχεύματος μεταξύ του κεντρικού και περιφερικού κολοβώματος του αγγείου και γ) και σε δύο ασθενείς απολίνωση του κεντρικού τμήματος της αρτηρίας και δημιουργία ενός καρωτιδο-υποκλειδίου και ενός καρωτιδό – μασχαλιαίου bypass με συνθετικό μόσχευμα (PTFE). Αποτελέσματα: Σε τέσσερις περιπτώσεις είχαμε κάκωση της υποκλειδίου αρτηρίας εκ των οποίων οι τρεις ήταν διατομή και η μια θρόμβωση του αγγείου, ενώ σε δύο περιπτώσεις υπήρχε διατομή της μασχαλιαίας αρτηρίας. Η επαναγγείωση ήταν επιτυχής σε όλους τους ασθενείς. Ωστόσο η πλήρης αποκατάσταση της λειτουργικότητας του μέλους επιτεύχθηκε σε δύο μόνο περιπτώσεις, σε δύο μετά από συστηματική φυσικοθεραπεία επιτεύχθηκε πτωχή έως μέτρια αποκατάσταση και στις υπόλοιπες δύο είχαμε μόνιμη παράλυση του μέλους. Η συνύπαρξη των ορθοπεδικών και κυρίως των νευρολογικών κακώσεων (βραχιονίου πλέγματος) είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες για την μακροπρόθεσμη έκβαση αυτών των ασθενών. Συμπέρασμα: Οι κακώσεις της υποκλειδίου-μασχαλιαίας αρτηρίας συνοδεύονται συχνά με ορθοπεδικές κακώσεις και νευρολογικές βλάβες του άνω άκρου. Η σωστή

προεγχειρητική αξιολόγηση και αποκατάσταση της κυκλοφορίας είναι μείζονος σημασίας τόσο για την βραχυπρόθεσμη όσο και την μακροχρόνια έκβαση αυτών των περιστατικών.

14) ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΙΓΝΥΑΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ 11 ΕΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Α. Λιούπης, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Σαρατζής, Δ. Λυκόπουλος, Γ. Γκινής, Ν. Μελάς, Δ. Κισκίνη

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ Γ.Ν. Παπαγεωργίου

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 3^ο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Τραύματος & Επείγουσας Χειρουργικής, Αίγλη Ζαπτείου, Αθήνα, 25-27 Φεβρουαρίου 2005

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Σκοπός: Οι κακώσεις των ιγνυακών αρτηριών αποτελούν ένα δύσκολο αγγειοχειρουργικό πρόβλημα διότι, παρά τις νέες εξελίξεις στην επείγουσα χειρουργική και στις απεικονιστικές μεθόδους διάγνωσης, συνεχίζουν να σχετίζονται με υψηλά ποσοστά ακρωτηριασμών. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι παρουσιασθεί η εμπειρία της κλινικής μας στην αντιμετώπιση αυτών των κακώσεων. Υλικό-μέθοδος: Από τον Οκτώβριο του 1993 έως το Δεκέμβριο του 2004, αντιμετωπίστηκαν 14 ασθενείς, μέσης ηλικίας 32 ετών, με κακώσεις ιγνυακών αρτηριών. Οκτώ από αυτές σχετίζονταν με κατάγματα μηρού και κνήμης, 2 με οπίσθιο εξάρθρημα γόνατος, 2 με κάκωση από πυροβόλο όπλο ενώ σε δύο περιστατικά επρόκειτο για κλειστή κάκωση ιγνυακής αρτηρίας. Σε 5 περιπτώσεις με κατάγματα μηρού ή κνήμης προηγήθηκε ορθοπαιδική αποκατάσταση (εξωτερική οστεοσύνθεση), ενώ σε μια περίπτωση ασθενούς με συνυπάρχουσα ρήξη ισθμού αορτής προηγήθηκε καρδιοχειρουργική παρέμβαση. Η αποκατάσταση της βλάβης σε δύο περιπτώσεις έγινε με τελικοτελική συρραφή, σε 5 ασθενείς με τοποθέτηση συνθετικού e-PTFE μοσχεύματος και σε 6 περιστατικά με αυτόλογο σαφήνη φλέβα. Σε μια περίπτωση ασθενούς με παραμελημένη ισχαιμία κρίθηκε απαραίτητος ο πρωτογενής ακρωτηριασμός. Σε όλους τους ασθενείς έγιναν σχάσεις των μυϊκών περιτονιών της κνήμης προς αποφυγή του συνδρόμου μυϊκών διαμερισμάτων. Αποτελέσματα: Διάσωση του σκέλους επιτεύχθηκε στο 78,57% των ασθενών (11 περιπτώσεις). Σε μια περίπτωση πραγματοποιήθηκε διαμετατάρσιος ακρωτηριασμός και ένας άλλος ασθενής υπεβλήθη σε ακρωτηριασμό στο άνω τριτημόριο της κνήμης. Κατά την παρακολούθηση, 3 ασθενείς αναφέρουν μικρού βαθμού αναπηρία που σχετίζεται με την ορθοπαιδική αποκατάσταση και νευρικές κακώσεις. Συμπέρασμα: Οι κακώσεις των ιγνυακών αγγείων σχετίζονται με υψηλό ποσοστό επιπλοκών. Η πρόωπη επαναγγείωση του μέλους, ακόμη και με συνθετικό μόσχευμα και η πρόληψη του συνδρόμου μυϊκών διαμερισμάτων μειώνουν την πιθανότητα μελλοντικής αναπηρίας στην ομάδα αυτών των ασθενών.

15) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕ ΑΟΡΤΟΜΟΝΟΛΑΓΟΝΙΑ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗ

Α. Σαρατζής, Μ. Σακαλίδου, Ν. Μελάς, Π. Αντωνίτσης, Α. Λιούπης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Σαρατζής, Δ. Κισκίνης

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 3^ο Επιστημονικό συνέδριο τμήματος ιατρικής Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκης, 10-13 Απριλίου 2005, Επιστημονική Επετηρίδα Τμήματος Ιατρικής, Τόμος 32, Τεύχος 3 Θεσσαλονίκη 2005

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της εφαρμογής αορτομονολαγόνιου ενδοπρόθεσης με ταυτόχρονη εξωανανομική μηρό-μηριαία παράκαμψη στην αντιμετώπιση ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής, σε περιπτώσεις όπου κρίνεται ανέφικτη η χρήση διχαλωτής ενδοπρόθεσης.

16) ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Δ. Λυκόπουλος, Αθ. Λιούπης, Γ. Γκινής, Ν. Μελάς, Α. Σαρατζής, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Σαρατζής, Κ. Κτενίδης, Δ. Κισκίνης.

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο αγγειολογία – αγγειοχειρουργικής, Αθήνα, 20-22 Ιανουαρίου 2006

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Η μελέτη παρουσίασε τα αποτελέσματα της διαδερμικής αγγειοπλαστικής καρωτίδας σε 138 ασθενείς.

17) ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ TALENT

Π. Αντωνίτσης, Αθ. Λιούπης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Ν. Μελάς, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Σαρατζής, Κ. Κτενίδης, Δ. Κισκίνης

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο αγγειολογία – αγγειοχειρουργικής, Αθήνα, 20-22 Ιανουαρίου 2006

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η μελέτη της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της αποκατάστασης ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής με την τοποθέτηση ενδοαυλικού ενδομοσχεύματος talent (Medtronic Inc.).

18) ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΘΩΡΑΚΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΑΟΡΤΗΣ

Αθ. Λιούπης, Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Ν. Μελάς, Ι. Λαζαρίδης, Κ. Κτενίδης, Ν. Σαρατζής, Χ. Γήτας, Δ. Κισκίνης

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο αγγειολογία – αγγειοχειρουργικής, Αθήνα, 20-22 Ιανουαρίου 2006

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Περιγράφεται επιτυχής αντιμετώπιση ενός θωρακοκοιλιακού ανευρύσματος τύπου III κατά Crawford με υβριδική μέθοδο (συνδυασμό ενδαγγειακής και κλασσικής χειρουργικής αντιμετώπισης).

19) ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΙΣΘΜΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ-ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Γ. Γκινής, Δ. Λυκόπουλος, Ν. Μελάς, Αθ. Λιούπης, Ι. Λαζαρίδης, Κ. Κτενίδης, Ν. Σαρατζής, Χ. Γήτας, Δ. Κισκίνης

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο αγγειολογία – αγγειοχειρουργικής, Αθήνα, 20-22 Ιανουαρίου 2006

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Στη μελέτη γίνεται αξιολόγηση της ενδαγγειακής αποκατάστασης στην τραυματική ρήξη ισθμού της θωρακικής αορτής. Η πρόσφατη ανάπτυξη των ενδαγγειακών προθέσεων προσφέρει μια εναλλακτική, λιγότερο επεμβατική μέθοδο από την κλασσική χειρουργική αποκατάσταση ιδιαίτερα σε ασθενείς με συνυπάρχουσες άλλες μείζονες κακώσεις.

20) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΚΑ ΜΕ ΑΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΖΩΝΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΘΥΡΙΑΩΤΗΣ ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗΣ ΜΕ ΠΛΑΓΙΟΥΣ ΚΛΑΔΟΥΣ

Θ. Περδικίδης, N. Μελάς, Θ. Φώτης, Α. Σιαφάκας, Ι Μπουντούρης, Ε Αυγερινός, Π. Γαλής, Δ. Γοργογιάννης

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο αγγειολογία – αγγειοχειρουργικής, Αθήνα, 20-22 Ιανουαρίου 2006

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Η ενδοαυλική αντιμετώπιση είναι πλέον αποδεδειγμένα εφικτή και αποτελεσματική σε μεγάλο αριθμό ΑΚΑ. Βασική προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη κατάλληλου κεντρικού αυχένα που θα στηρίζει το ενδομόσχευμα. Έτσι ο «κοντός» και ο «ευρύς» αυχένας στα υπονεφρικά ανευρύσματα αποτελούν σχετική αντένδειξη για την τοποθέτηση κλασσικού ενδομοσχεύματος. Επιπλέον κάθε τύπος θωρακοκοιλιακού ανευρύσματος επίσης αποτελεί αντένδειξη για κλασσική ενδαγγειακή αποκατάσταση. Στην προσπάθεια να αντιμετωπισθούν και αυτά τα ανευρύσματα ενδαγγειακά επινοήθηκε ένα ειδικά διαμορφωμένο ενδομόσχευμα (Zenith Cook fenestrated), που φέρει «παράθυρα» (fenestrations) μέσα από τα οποία μπορούν να επαναιματωθούν τα σπλαχνικά αγγεία και οι νεφρικές αρτηρίες όταν αυτά περιλαμβάνονται στον αυχένα ή στο σάκκο του ανευρύσματος. Κατά αυτόν τον τρόπο το ενδομόσχευμα στηρίζεται και σφραγίζει όσο χρειάζεται κεντρικότερα σε φυσιολογικό τμήμα αορτής. Η τεχνική έκπτυξης τέτοιων ενδομοσχευμάτων είναι ιδιαίτερα απαιτητική, τόσο από πλευράς εξοπλισμού, όσο και από πλευράς χειρισμών. Σκοπός της μελέτης μας ήταν, αφενός να διερευνήσουμε αν η μέθοδος είναι εφικτή και αφετέρου να παρουσιάσουμε τα πρώιμα αποτελέσματά της. Η ενδοαυλική αντιμετώπιση θωρακοκοιλιακών ανευρυσμάτων και παρανεφρικών ΑΚΑ με χρησιμοποίηση σύνθετου ενδομοσχεύματος (Zenith Cook fenestrated) είναι μια καινούρια, εξελισσόμενη και πολλά υποσχόμενη μέθοδος που βρίσκεται υπό δοκιμή. Τα αψώτερα αποτελέσματά της, από τα λιγιστά κέντρα στον κόσμο που δοκιμάζεται (Frankfurt-Germany.....), είναι απόλυτα ικανοποιητικά. Τα πρώτα περιστατικά στην ελληνική επικράτεια αντιμετωπίστηκαν στο κέντρο μας με άριστα αποτελέσματα και ταυτόχρονα μας κατατάσσει ως κέντρο που χρησιμοποιεί πλέον αυτήν τη διαμόρφωση ενδομοσχεύματος. Μεγαλύτερος αριθμός περιστατικών και μακρύτερο follow up, χρειάζεται για να καταξιωθεί ως μέθοδος, όχι μόνο για τα περιστατικά που εμφανίζουν σημαντικές ανατομικές δυσκολίες στην περιοχή του αυχένα, αλλά κυρίως για τα θωρακοκοιλιακά ανευρύσματα τα οποία όταν αντιμετωπίζονται ανοικτά συνοδεύονται από πολύ υψηλή θνητότητα και κυρίως νοσηρότητα.

21) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΚΑ ΜΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΕΥΘΕΟΣ ΑΡΘΡΩΤΟΥ ΑΟΡΤΟ-ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ (TROMBONE TECHNIQUE)

Περδικίδης Θ., Μελάς Ν., Φώτης Θ., Σιαφάκας Α., Μπουντούρης Ι., Σιαφάκας Κ., Γοργογιάννης Δ.

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

Παρουσιάστηκε ως Poster στο 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο αγγειολογία – αγγειοχειρουργικής, Αθήνα, 20-22 Ιανουαρίου 2006

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Σκοπός: Τα ευθέα αορτο-αορτικά μοσχεύματα γρήγορα αντικαταστάθηκαν από τα αρθρωτά διχαλωτά ακόμη και σε περιπτώσεις που υπήρχε κατάλληλη περιφερική ζώνη στήριξης στην τελική αορτή, λόγω της τεχνικής δυσκολίας στην έκπτυξη τους επειδή αυτά αποτελούνται από ένα τμήμα. Εφαρμόζουμε εκ νέου την αορτο-αορτική διαμόρφωση, σε ανευρύσματα κοιλιακής αορτής που εμφανίζουν επαρκή σε μήκος περιφερικό αυχένα (>20mm) αλλά χρησιμοποιώντας δυο ευθέα ενδομοσχεύματα για την έκπτυξη των οποίων κάνουμε χρήση της «τεχνικής τρομπονιού» (trombone technique). Λόγω της συγκεκριμένης τεχνικής εκμεταλλευόμαστε πλήρως όλο το μήκος τόσο της κεντρικής όσο και της περιφερικής ζώνης στήριξης. Κατ'αυτόν τον τρόπο απλοποιούνται οι προεγχειρητικές μετρήσεις, αλλά κυρίως δίνεται η δυνατότητα πολύ ακριβούς τοποθέτησης του ενδομοσχεύματος με πλήρη κάλυψη από την κατώτερη νεφρική αρτηρία μέχρι ακριβώς τον αορτικό διχασμό. Σκοπός μας ήταν να διερευνήσουμε αν η μέθοδος είναι εφικτή και να παρουσιάσουμε την τεχνική της μετά τη διεξαγωγή του πρώτου περιστατικού στην κλινική μας. Περιστατικό: Ασθενής (άνδρας 71 ετών) με ΑΚΑ μεγίστης διαμέτρου 5,8 cm, με «κατάλληλο» περιφερικό αορτικό αυχένα (> 20mm μήκος και < 25 mm διάμετρο) υποβλήθηκε σε τοποθέτηση διπλού αρθρωτού αορτο-αορτικού ενδομοσχεύματος (Zenith Cook Brisbane, Australia). Ο προεγχειρητικός σχεδιασμός και η παρακολούθηση έγινε με ελικοειδή αξονική αορτογραφία με τρισδιάστατη ανασύσταση. Η παρακολούθηση ανήλθε στους 6 μήνες. Αποτελέσματα: Τα δύο μοσχεύματα εκπύχθηκαν με απόλυτη επιτυχία. Πρώτα το περιφερικό κι έπειτα το κεντρικό στέλεχος του ενδομοσχεύματος για να αποφευχθεί η δημιουργία αντιθέτου flap στην ροή του αίματος. Η διάρκεια της επέμβασης ήταν 58 min, ο χρόνος ακτινοσκόπησης 11 min ενώ η ποσότητα του σκιαστικού (CO2) ήταν 100cc. Η αλληλοκάλυψη ήταν 45 mm (> 2 stent). Ενδοδιαφυγή, μετανάστευση, θρόμβωση, εμβολή ή άλλη επιπλοκή δεν εμφανίστηκε άμεσα ή κατά τη διάρκεια του follow up. Συμπέρασμα: Η ενδοαυλική αντιμετώπιση ΑΚΑ με κατάλληλο περιφερικό αορτικό αυχένα με χρησιμοποίηση διπλού αρθρωτού αορτο-αορτικού ενδομοσχεύματος είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Μεγαλύτερος αριθμός περιστατικών και μακρύτερο follow up χρειάζεται για να καταξιωθεί ως μέθοδος.

22) ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ – ΕΜΠΕΙΡΙΑ 5 ΕΤΩΝ

Κ. Κτενίδης, Ν. Σαρατζής, Θ. Τουφεκτής, Ν. Μελάς, Σ. Δημητριάδης, Α. Γιαννόπουλος, Α. Λιούπης, Χ. Γήτας, Ι. Λαζαρίδης, Δ. Κισκίνης

Α΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειοχειρουργικής – Αγγειολογίας, 11-18 Ιανουαρίου 2008

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Η ενδαγγειακή αποκατάσταση στενώσεων των καρωτίδων με τη χρήση φίλτρου προστασίας αποδεικνύεται πλέον μια ασφαλή μέθοδος θεραπείας με αποδεκτά μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα. Σύντομα θα έχουμε και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από την συγκεκριμένη σειρά ασθενών που θα μας δώσουν μια σαφή εικόνα για την υπεροχή ή όχι της ενδαγγειακής αποκατάστασης σε σχέση με την δοκιμασμένη ανοιχτή αποκατάσταση.

23) Η ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΡΑΠΤΙΚΟΥ ΜΥΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

Α. Λιούπης, Κ. Κτενίδης, Ν. Μελάς, Α. Γιαννόπουλος, , Θ. Τουφεκτής, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Σαρατζής, , Χ. Γήτας, Δ. Κισκίνης

Α΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειοχειρουργικής – Αγγειολογίας, 11-18 Ιανουαρίου 2008

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Η μετάθεση ραπτικού μύος αποτελεί μια χρήσιμη και αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης αρτηριακών φλεγμονωδών επιπλοκών της μηροβουβωνικής χώρας, μεμονωμένα ή παράλληλα με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

24) ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΚΑ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΥΘΕΟΣ ΑΡΘΡΩΤΟΥ ΑΟΡΤΟ-ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ (DOUBLE TUBE TROMBONE TECHNIQUE). ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ν. Σαρατζής, Ν. Μελάς, Α. Σαρατζής, Ι. Λαζαρίδης, Κ. Κτενίδης, Α. Λιούπης, Α. Γιαννόπουλος, Θ. Τουφεκτής, Δ. Κισκίνη

Α΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειοχειρουργικής – Αγγειολογίας, 11-18 Ιανουαρίου 2008

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης ήταν να εκτιμηθούν τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα του ευθέως ενδομοσχεύματος Endofit (Le Maitre vascular, Germany) στην αντιμετώπιση υπονεφρικών ΑΚΑ με κατάλληλο περιφερικό αυχένα και με την τεχνική έκπτυξης δύο διαδοχικών ευθέων ενδομοσχευμάτων με αλληλοεπικάλυψη. Μέθοδος: 48 ασθενείς με ΑΚΑ υποβλήθηκαν σε ενδαγγειακή αποκατάσταση με ενδομόσχευμα Endofit (Le Maitre vascular, Germany) από τον Ιανουάριο του 2005 μέχρι το Δεκέμβριο του 2007 (45 άνδρες, μέσης ηλικίας 69 ± 9 έτη, διακύμανση). Είκοσι ασθενείς ήταν υψηλού κινδύνου για ανοικτή αποκατάσταση. Βασική προϋπόθεση για την τοποθέτηση δύο διαδοχικών ευθέων ενδομοσχευμάτων με αλληλοεπικάλυψη ήταν η ύπαρξη περιφερικού αορτικού αυχένα μήκους > 15 mm και διαμέτρου < 30 mm. Αποτελέσματα: Η μέση παρακολούθηση ήταν 22 μήνες (διακύμανση: 1 – 34 μήνες). Η τεχνική επιτυχία ήταν 100% και η 30-ημερών θνητότητα μηδέν. Παρατηρήθηκαν 14 σημαντικές επιπλοκές κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης των 22 μηνών (14/48 ασθενείς) συμπεριλαμβανομένων 4 ενδοδιαφυγών, δύο τύπου I και δύο τύπου II. Συνολικά στο follow up συνέβησαν 2 θάνατοι και εκ των οποίων στο ένα περιστατικό προήλθε από αορτοεντερική επικοινωνία. Συμπέρασμα: Το ενδομόσχευμα Endofit φαίνεται ότι είναι ασφαλές και αποτελεσματικό στην αποκατάσταση υπονεφρικών ΑΚΑ με κατάλληλο περιφερικό αυχένα και με την τεχνική έκπτυξης δύο διαδοχικών ευθέων ενδομοσχευμάτων με αλληλοεπικάλυψη. Τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα αυτής της μικρής σειράς συγκρίνονται άμεσα με τα αποδεκτά αποτελέσματα άλλων ενδομοσχευμάτων.

25) ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΚΑ ΜΕ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑ ANACONDA, ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ν. Σαρατζής, Ν. Μελάς, Α. Σαρατζής, Ι. Λαζαρίδης, Κ. Κτενίδης, Α. Λιούπης, Α. Γιαννόπουλος, Θ. Τουφεκτής, Δ. Κισκίνη

Α΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειοχειρουργικής – Αγγειολογίας, 11-18 Ιανουαρίου 2008

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης ήταν να εκτιμηθούν τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα του ενδομοσχεύματος Anaconda (Vascutek USA Inc., Ann Arbor, MI, USA) στην αντιμετώπιση υπονεφρικών ΑΚΑ. Μέθοδος: 51 ασθενείς με ΑΚΑ υποβλήθηκαν σε ενδαγγειακή αποκατάσταση με ενδομόσχευμα Anaconda από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι το Σεπτέμβριο του 2007 (48 άνδρες, μέσης ηλικίας 71 ± 8 έτη, διακύμανση 62 - 89). Έξη ασθενείς ήταν υψηλού κινδύνου για ανοικτή αποκατάσταση (ASA grade 3). Αποτελέσματα: Η μέση παρακολούθηση ήταν 16 μήνες (διακύμανση: 1 - 21 μήνες). Η τεχνική επιτυχία ήταν 100% και η 30-ημερών θνητότητα μηδέν. Παρατηρήθηκαν 11 σημαντικές επιπλοκές κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης (11/51 patients - 21,57%) συμπεριλαμβανομένων 5 ενδοδιαφυγών (5/51 - 9,8%). Οι επανεπεμβάσεις ανήλθαν σε ποσοστό 5,88%. Συνολικά στο follow up συνέβησαν 2 θάνατοι (3,92%). Συμπέρασμα: Το ενδομόσχευμα Anaconda φαίνεται ότι είναι ασφαλές και αποτελεσματικό στην αποκατάσταση υπονεφρικών ΑΚΑ. Τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα αυτής της μικρής σειράς συγκρίνονται άμεσα με τα αποδεκτά αποτελέσματα άλλων ενδομοσχευμάτων.

26) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Κ. Κτενίδης, Ν. Σαρατζής, Ι. Λαζαρίδης, Χ. Γήτας, Α. Λιούπης, Ν. Μελάς, Α. Γιαννόπουλος, Θ. Τουφεκτσής, Δ. Κισκίνη

Α΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειοχειρουργικής – Αγγειολογίας, 11-18 Ιανουαρίου 2008

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Η ενδαγγειακή τεχνική είναι ασφαλής και αποτελεσματική στην αποκατάσταση των παθολογικών καταστάσεων στη θωρακική αορτή. Τα πλεονεκτήματα της είναι τα χαμηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας σε σύγκριση με την ανοικτή χειρουργική θεραπεία των ασθενών αυτών, που συχνά παρουσιάζουν σοβαρά συνοδά νοσήματα.

27) ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΩΝ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ 5 ΕΤΩΝ

Κ. Κτενίδης, Α. Λιούπης, Ν. Σαρατζής, Ι. Λαζαρίδης, Χ. Γήτας, Ν. Μελάς, Α. Γιαννόπουλος, Θ. Τουφεκτσής, Δ. Κισκίνη

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 26^ο πανελλήνιο συνέδριο χειρουργικής, Αθήνα, 12-15 Νοε, 2008.

Δημοσίευση της περίληψης στο περιοδικό Ελληνική χειρουργική, 2008, Νοεμ-Δεκ, 80 (2), 244

Οι ενδαγγειακές τεχνικές είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση των οξέων και χρόνιων παθήσεων της θωρακικής αορτής, με μειωμένα ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας σε σύγκριση με ανοικτές επεμβάσεις. Έτσι, στη σύγχρονη πρακτική, η ενδαγγειακή αποκατάσταση αποτελεί σε αρκετά κέντρα, τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση αυτών των παθήσεων, ιδιαίτερα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

28) ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΪΚΤΕΡΟΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟΣ ΣΕ ΓΙΓΑΝΤΙΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Π. Κούστας, N. Μελάς, N. Σαρατζής, I. Λαζαρίδης, K. Τρυγόνης, Δ. Κισκίνης

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ

Παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 26^ο πανελλήνιο συνέδριο χειρουργικής, Αθήνα, 12-15 Νοε, 2008.

Δημοσίευση της περίληψης στο περιοδικό Ελληνική χειρουργική, 2008, Νοεμ-Δεκ, 80 (2), 299

Τα ανευρύσματα της ηπατικής αρτηρίας είναι σχετικά σπάνια. Η συχνότητά τους στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται σε 0.002%, ενώ αφορούν στο 20% των σπλαχνικών ανευρυσμάτων. Αν και συνήθως μη συμπτωματικά, όταν εκδηλώσουν συμπτώματα, αυτά σχετίζονται με φαινόμενα τοπικής πίεσης (άλγος δεξιού υποχονδρίου με οσφυϊκή αντανάκλαση μη συσχετιζόμενο με γεύματα, ίκτερο, ψηλαφητή σφύζουσα μάζα, τοπικό φύσημα) ή με συμπτώματα επιπλοκών (ρήξη, εμβολή-ενδοηπατικό απόστημα). Αναφέρουμε την περίπτωση ασθενούς 48 ετών με ανώδυνο αποφρακτικό ίκτερο, απόρροια γιγαντιαίου ανευρύσματος κοινής ηπατικής αρτηρίας μέγιστης διαμέτρου 6,5cm, μήκους 13cm. Το ανεύρυσμα αφορούσε την κοινή ηπατική αρτηρία και τμήμα της δεξιάς ηπατικής αρτηρίας. Η αντιμετώπιση του ανευρύσματος έγινε με αποκλεισμό του ανευρυσματικού σάκου, κεντρικά με απολίνωση της κοινής ηπατικής αρτηρίας οριακά στην έκφυση της από τον αλλήρειο τρίποδα, και περιφερικά με απολίνωση της (δε) ηπατικής αρτηρίας, στις πύλες του ήπατος. Ακολούθησε χολοκυστεκτομή και τοποθέτηση σωλήνα Kehr στον κοινό ηπατικό πόρο λόγω κάκωσης του, κατά την Παρασκευή του ανευρυσματικού σάκου. Η διεγχειρητική χολαγγειογραφία των εξωηπατικών χοληφόρων, ανέδειξε καλή βατότητα τους, τόσο κεντρικά, όσο και περιφερικά προς το δωδεκαδάκτυλο.

Μετεγχειρητικά ο απεικονιστικός έλεγχος τόσο της πυλαίας φλέβας, όσο και των εξωηπατικών χοληφόρων ανέδειξε πλήρη βατότητα τους. Ο ασθενής εξήλθε της κλινικής τη 10^η μετεγχειρητική ημέρα.

29) ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΡΗΞΗΣ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΜΕ ΤΟ ENDOFIT STENTGRAFT

Ι. Λαζαρίδης, Α. Γιαννόπουλος, Ν. Μελάς, Ν. Σαρατζής, Κ. Κτενίδης, Α. Λιούπης, Θ. Τουφεκτής, Δ. Κισκίνης

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παρουσίαση στο 5^ο συνέδριο της ελληνικής εταιρείας τρύματος και επείγουσας χειρουργικής, Αθήνα, 19-21 Φεβρουαρίου, 2009

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Η τραυματική ρήξη της θωρακικής αορτής από αμβλύ θωρακικό τραύμα είναι μία κατάσταση απειλητική για τη ζωή συχνά μετά από τροχαία ατυχήματα.

Παρουσιάστηκε η εμπειρία μας από την αντιμετώπιση 12 ασθενών που προσήλθαν εξ αιτίας τραυματικής ρήξης της θωρακικής αορτής, με ενδαγγειακή τοποθέτηση ενδομοσχεύματος.

Είναι η πρώτη φορά που το ενδομόσχευμα EndoFit χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της τραυματικής ρήξης της θωρακικής αορτής. Η χρήση του είναι εφικτή και ασφαλής.

30) ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ. Η 10ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Ι. Λαζαρίδης, Α. Γιαννόπουλος, Ν. Σαρατζής, Κ. Κτενίδης, Α. Λιούπης, Ν. Μελάς, Θ. Τουφεκτής, Δ. Κισκίνης

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Παρουσίαση στο 5^ο συνέδριο της ελληνικής εταιρείας τρύματος και επείγουσας χειρουργικής, Αθήνα, 19-21 Φεβρουαρίου, 2009

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Περιγράφεται η εμπειρία της κλινικής από την αντιμετώπιση 70 ασθενών με αγγειακές κακώσεις. Η ανάλυση της 10ετούς εμπειρίας μας σχετικά με τη διάγνωση και τη χειρουργική αντιμετώπιση των ιατρογενών κακώσεων των περιφερικών αγγείων.

**31) ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ:
6ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

Κ. Κτενίδης, Ν. Σαρατζής, Α. Γιαννόπουλος, Θ. Τουφεκτής, Ν. Μελάς, Σ. Δημητριάδης, Α. Λιούπης, Χ. Γήτας, Ι. Λαζαρίδης, Δ. Κισκίνης

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ

Παρουσίαση στο 24^ο Βορειοελλαδικό συνέδριο, Θεσσαλονίκη 26-28 Μαρτίου, 2009 και δημοσίευση της περίληψης στον τόμο των πρακτικών σελ 59.

Περιγράφεται η εμπειρία της κλινικής μας τα τελευταία 6 έτη στην ενδαγγειακή αποκατάσταση των καρωτιδικών στενώσεων. Η ανάλυση της δετούς εμπειρίας σχετικά με τα υλικά που έχουν χρησιμοποιηθεί για τις αγγειπλαστικές και τις συσκευές προστασίας.

32) ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΚΑΙ ΘΩΡΑΚΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: 5ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΠΙ 90 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Κ. Κτενίδης, Ν. Σαρατζής, Α. Γιαννόπουλος, Θ. Τουφεκτής, Ν. Μελάς, Α. Λιούπης, Χ. Γήτας, Ι. Λαζαρίδης, Δ. Κισκίνης

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ

Παρουσίαση στο 5^ο Επιστημονικό συνέδριο Ιατρικής σχολής ΑΠΘ, 2-5 Απριλίου, 2009

Περιγράφεται η εμπειρία της κλινικής μας τα τελευταία 5 έτη στην σύγχρονη αντιμετώπιση των παθήσεων της θωρακικής και θωρακοκοιλιακής αορτής. Αναφέρονται τι μοσχεύματα έχουν χρησιμοποιηθεί στα 90 περιστατικά.

33) ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΡΗΞΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ.

Γιαννόπουλος Α, Μελάς Ν, Σαρατζής Ν, Σαρατζής Α, Κτενίδης Κ, Λαζαρίδης Ι, Τουφεκτής Θ, Γήτας Χ, Κισκίνης Δ.

Προφορική ανακοίνωση στο 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειοχ/κής – Αγγειολογίας, Αθήνα, 21-24 Ιαν. 2010.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Στη μελέτη αναφέρονται τα αποτελέσματα της εναγγειακής αποκατάστασης 18 ασθενών με τραυματική ρήξη θωρακικής αορτής.

34) ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ. Η 6-ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ.

Γιαννόπουλος Α, Κτενίδης Κ, Σαρατζής Ν, Λαζαρίδης Ι, Τουφεκτής Θ, Λιούπης Α, Μελάς Ν, Γήτας Χ, Κισκίνης Δ.

Προφορική ανακοίνωση στο 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειοχ/κής – Αγγειολογίας, Αθήνα, 21-24 Ιαν. 2010.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Στη μελέτη αναφέρονται τα αποτελέσματα της εναγγειακής αποκατάστασης στο σύνολο των παθήσεων της θωρακικής αορτής.

35) ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ. ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ.

Μελάς Ν, Σαρατζής Ν, Λαζαρίδης Ι, Παπαδημητρίου Δ, Κισκίνης Δ.

Προφορική ανακοίνωση στο 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειοχ/κής – Αγγειολογίας, Αθήνα, 21-24 Ιαν. 2010.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Κάθε ενδοπρόθεση φέρει ιδιαίτερα μηχανικά χαρακτηριστικά με τα οποία επιτυγχάνει την κεντρική και περιφερική της στήριξη. (Μεταλλικές ακίδες-άγκιστρα-γάντζοι, η τριβή από την ασκούμενη ακτινική τάση στο αορτικό τοίχωμα, ο ελεύθερος υπερνεφρικός ενδονάρθηκας, η πλάγια επιμήκης μεταλλική μπάρα και η στήριξη στον αορτικό διχασμό). Σκοπός μας, είναι να μελετήσουμε τη στήριξη όλων των εμπορικά διαθέσιμων ενδομοσχευμάτων στο τοίχωμα πτωματικών αορτών. Μέθοδος: Για να το επιτύχουμε μετρήσαμε τη δύναμη μετακίνησης (Displacement force - DF) που χρειάζεται να εφαρμοστεί σε αυτά κατά τον επιμήκη άξονά τους ώστε να μετακινηθούν περιφερικά περισσότερο από 20 mm. Χρησιμοποιήσαμε 20 πτωματικές αορτές. Η μέση διάμετρος των υπό εξέταση αορτών ήταν 20,5 mm (διακύμανση 19,2 – 21,9). Χρησιμοποιήσαμε 8 είδη ενδομοσχευμάτων (Anaconda

Vascutek, Excluder Gore, Talent Medtronic, αορτομονολαγόνια ενδοπρόθεση Unifit AUI LeMaitre, Zenith Cook, Endurant Medtronic, Powerlink Endologix, VI Extender Cuff και κλασσική πρόθεση PTFE). Με αυτόν τον τρόπο μετρήθηκε η απόλυτη τιμή δύναμης (DF) σε Newton που πρέπει να ασκηθεί στην ενδοπρόθεση για να την μετακινήσει κατά 20 mm δηλ. να της προκαλέσει αντίστοιχη μετανάστευση. Το ίδιο εφαρμόστηκε και στα λαγόνια σκέλη, όπου μετρήθηκε η απόλυτη τιμή δύναμης που πρέπει να ασκηθεί στο σκέλος για να το μετακινήσει κατά 20 ή 50 mm. Αποτελέσματα: Από τα αυτοδιατεινόμενα ενδομοσχεύματα, το Zenith κατέγραψε την υψηλότερη DF 34,5N (31.35-37.50), το Anaconda 28,75 N (26.50 - 31.05), το Endurant 26.75 N (24.60-28.70), το Excluder 17.90 N (17.30-18.85), το Talent 14.90 N (14.40-15.30) , το Powerlink 13.65 N (14.90-12.50) και το Unifit 12.15 N (11.00-13.40). Το VI Extender Cuff ως διατεινόμενο με αεροθάλαμο μετρήθηκε ξεχωριστά και κατέγραψε DF 27.70 N. Η κλασσική πρόθεση PTFE χρειάστηκε 76.20 N (66.40-79.00) για να μετακινηθεί. Η διαστολή με αεροθάλαμο διαμόρφωσης στον κεντρικό αυχένα αύξησε την απαιτούμενη DF σε όλες τις ενδοπροθέσεις και μάλιστα σε αυτές με γάντζους ή ακίδες η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική. Επιπλέον η τοποθέτηση των λαγονίων σκελών 2 ή 5 cm ως ζώνη περιφερικής στήριξης επηρεάζει την DF και μάλιστα η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική. Τα ενδομοσχεύματα με γάντζους ή ακίδες χρειάζονται στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη δύναμη για να μετακινηθούν. Τα ενδομοσχεύματα με ελεύθερο υπερνεφρικό ενδονάρθηκα, ανεξαρτήτως του τρόπου έκπτυξης, κατέγραψαν ελαφρώς μεγαλύτερη στατιστικά μη σημαντική DF και άρα στηρικτική ικανότητα από τα ενδομοσχεύματα που δεν έχουν υπερνεφρικό ενδονάρθηκα. Στα ενδομοσχεύματα με επιμήκη μπάρα ή ενιαίο σκελετό η πλήρης έκπτυξή τους αυξάνει σημαντικά τη στηρικτική ικανότητα σε σχέση με την μερική τους έκπτυξη. Στα ενδομοσχεύματα χωρίς επιμήκη μπάρα ή ενιαίο σκελετό η πλήρης έκπτυξή τους αυξάνει οριακά την απαιτούμενη δύναμη μετακίνησης DF και άρα τη στηρικτική ικανότητα σε σχέση με την μερική τους έκπτυξη. Το BE VI Extender cuff εμφανίζει κεντρικά και περιφερικά DF μεγαλύτερη του μέσου όρου των Self Expanding ενδομοσχευμάτων. Συμπεράσματα: Οι ακίδες – γάντζοι και η διαστολή με αεροθάλαμο αυξάνουν τη στηρικτική ικανότητα. Το υπερνεφρικό stent δεν επηρεάζει από μόνο του τη στηρικτική ικανότητα. Το ικανό μήκος περιφερικής στήριξης (5cm) στις λαγόνιες αυξάνει σημαντικά την περιφερική στηρικτική ικανότητα.

36) ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΑ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΛΑΓΟΝΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

Μελάς Νικόλαος

Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΠΝ Παπαγεωργίου.

Στρογγυλή τράπεζα στο 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειοχ/κής – Αγγειολογίας, Αθήνα, 21-24 Ιαν. 2010.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Τα μεμονωμένα ανευρύσματα των λαγονίων αρτηριών είναι σπάνια, η συχνότητα τους στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται σε 0,03% και αφορούν το 2-7%

όλων των ενδοκοιλιακών ανευρυσμάτων. Το 70-80% αυτών εντοπίζονται αποκλειστικά κοινή λαγόνιο, το 10-30% στην έσω λαγόνιο ,ενώ η έξω λαγόνιος αρτηρία σπάνια προσβάλλεται. Η αναλογία ανδρών-γυναικών είναι 5-16/1 και η συχνότερη ηλικία εμφάνισης είναι 65-75 έτη. Στο 50% των περιπτώσεων είναι αμφοτερόπλευρα. Συνήθως είναι ασυμπτωματικά, όταν δε εκδηλώσουν συμπτώματα αυτά σχετίζονται με φαινόμενα τοπικής πίεσης, και επιπλέον μπορούν να επιπλακούν με θρομβοεμβολικά επεισόδια ή ρήξη. Η τελευταία μάλιστα, που είναι και η πιο σοβαρή επιπλοκή, δεν είναι σπάνια και συμβαίνει σε ποσοστό 5-9% στην πενταετία για ανευρύσματα διαμέτρου 3-4 εκ., ενώ για μεγαλύτερα των 4 εκ. 10-70%. Η θνητότητα από τη ρήξη είναι 25-57%. Η αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων περιλαμβάνει την εκτομή τους και την παράθεση συνθετικού μοσχεύματος για εκείνα που η διάμετρός τους υπερβαίνει τα 3 εκ. Η θνητότητα που συνοδεύει την κλασσική εκλεκτική επέμβαση είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη για τα ανευρύσματα κοιλιακής αορτής και υπολογίζεται σε 5-11%, ενώ η θνητότητα της επείγουσας επέμβασης μετά από ρήξη ανέρχεται σε 40-50%. Τα τελευταία 10 χρόνια εξελίχθηκε ένας εναλλακτικός τρόπος αντιμετώπισης των μεμονωμένων ανευρυσμάτων των λαγονίων αρτηριών που έγκειται στον αποκλεισμό τους με την παράθεση επενδυμένου ενδοαυλικού νάρθηκα (covered endoprosthesis), εξορμώμενος από την αποκτηθείσα εμπειρία από την ενδοαυλική αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής, μέθοδος που ξεκίνησε το 1991 από τον Parodi. Βασική προϋπόθεση στην ενδοαυλική αντιμετώπιση του ανευρύσματος είναι η ύπαρξη επαρκούς μήκους αυχένα κατά το κεντρικό και περιφερικό άκρο του ανευρύσματος ώστε να συγκρατηθεί ο ενδοαυλικός νάρθηκας στο αρτηριακό τοίχωμα. Όταν ο κεντρικός αυχένας είναι κοντός, μικρότερος από 10 χιλ., η κεντρική στήριξη είναι επισφαλής και αντενδείκνυται η χρήση της μεθόδου αυτής. Εναλλακτικά μπορεί να τοποθετηθεί διχαλωτή αορτολαγόνια ενδοπρόθεση ή αορτομονολαγόνια με παράλληλη εξωανατομική μηρομηριαία παράκαμψη. Σε μερικές περιπτώσεις επιχειρείται η τοποθέτηση κωνικής ενδοπρόθεσης κατασκευασμένης από μεταλλικό σκελετό από nitinol και επενδυμένου με PTFE, που να διαθέτει ένα ελεύθερο κεντρικό πλέγμα εκπτυσσόμενο στη τελική μοίρα της κοιλιακής αορτής, το οποίο θα εξασφαλίζει κεντρική στήριξη (Endofit, LeMaitre Vascular). Στην παρουσίαση προτείνεται ένα σύστημα μορφολογικής ταξινόμησης των ανευρυσμάτων κοινής λαγονίου και η αντίστοιχη ενδαγγειακή αντιμετώπιση. Βέβαια, είναι πασιφανές ότι θα απαιτηθούν μεγάλες σειρές περιστατικών για να καταξιώσουν (ή να απορρίψουν) τη μέθοδο αυτή.

37) ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΚΑ: ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ 8 ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΠΤΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΟΡΤΕΣ.

Μελάς Νικόλαος^{1,2,3}, Σαρατζής Αθανάσιος³, Σαρατζής Νικόλαος³, Περδικίδης Θεοδόσιος¹, Λαζαρίδης Ιωάννης³, Κισκίνης Δημήτριος³.

1: 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

2: ΣΣΑΣ

3: Α΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ

Προφορική ανακοίνωση στο 23ο Ιατρικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων, Θεσ/νικη, 4-7 Νοε 2010.

Η εργασία βραβεύτηκε με 1ο βραβείο από την εταιρεία Στρατιωτικής Ιατρικής.

Η περίληψη της εργασίας δημοσιεύτηκε στα πρακτικά του συνεδρίου

Η μελέτη της στηρικτικής ικανότητας 8 ενδομοσχευμάτων που χρησιμοποιούνται κατά την ενδοαυλική αποκατάσταση του ΑΚΑ, στο τοίχωμα πτωματικών αορτών. Μέθοδος: Είκοσι ανθρώπινες πτωματικές αορτές παρασκευάστηκαν για να χρησιμοποιηθούν ως ζώνες στήριξης προσομοιάζοντας ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. Εκπτύχθηκαν 8 είδη ενδομοσχευμάτων, (Anaconda, Excluder, Talent, Endofit, Zenith, Endurant, Powerlink και VI Extender Cuff). Για τη μέτρηση της στηρικτικής ικανότητας εφαρμόστηκε, μέσω δυναμόμετρου, προοδευτικά αυξανόμενη δύναμη (Displacement force - DF) μέχρι το κάθε ενδομόσχευμα να μετακινηθεί εκτός του αορτικού αυχένα. Το ίδιο εφαρμόστηκε και στα λαγόνια σκέλη. Οι μετρήσεις επαναλήφθηκαν μετά από διαστολή με αεροθάλαμο. Αποτελέσματα: Κάθε ενδομόσχευμα κατέγραψε συγκεκριμένη DF: Talent $16.18 \pm 0.47N$, Anaconda $36.16 \pm 1.30N$, Excluder $22.58 \pm 0.72N$, EndoFit $13.20 \pm 0.75N$, Zenith $39.30 \pm 1.55N$, Endurant $31.75 \pm 2.27N$, Endologix $14.80 \pm 0.70N$ και VI Extender Cuff $27.70N$. Τα ενδομοσχεύματα με γάντζους ή ακίδες χρειάζονται μεγαλύτερη δύναμη για να μετακινηθούν σε σχέση με αυτά που δεν διαθέτουν τέτοιο μηχανισμό στήριξης ($p < 0.001$). Η διαστολή με αεροθάλαμο διαμόρφωσης αύξησε την απαιτούμενη DF σε όλες τις ενδοπροθέσεις και μάλιστα σε σημαντικότερο βαθμό σε αυτές με γάντζους ή ακίδες ($p < 0.001$). Επιπλέον αυξάνει και τη στηρικτική ικανότητα των λαγονίων σκελών ($p = 0.007$). Τα ενδομοσχεύματα με ελεύθερο υπερνεφρικό ενδονάρθηκα, κατέγραψαν ελαφρώς μεγαλύτερη DF από τα υονεφρικά ενδομοσχεύματα ($p = 0.90$). Το BE VI Extender cuff εμφανίζει κεντρικά και περιφερικά DF μεγαλύτερη του μέσου όρου των αυτοδιατεινόμενων ενδομοσχευμάτων. Συμπεράσματα: Οι ακίδες – γάντζοι και η διαστολή με αεροθάλαμο αυξάνουν τη στηρικτική ικανότητα. Το υπερνεφρικό stent δεν επηρεάζει από μόνο του τη στηρικτική ικανότητα.