Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Παχυσαρκίας

14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής της Παχυσαρκίας

3–5 Οκτωβρίου 2025

Υπό την Αιγίδα

- Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας
- Πανεπιστημίου Πατρών
- Ιατρικού Σύλλογου Πατρών

Συνεδριακό & Πολιτιστικό Κέντρο Πανεπιστημίου Πατρών

www.14exepcongress2025.gr

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Υπό την Αιγίδα

Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας

Πανεπιστημίου Πατρών

Ιατρικού Σύλλογου Πατρών

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι

Η παχυσαρκία είναι ασθένεια και αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση πολλών και σοβαρών συνοδών νοσημάτων και αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως.

Η σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση της κλινικά σοβαρής παχυσαρκίας αποτελεί την αποτελεσματικότερη και ασφαλή θεραπευτική προσέγγιση, η οποία σε οργανωμένα κέντρα οδηγεί σε μακροπρόθεσμα ικανοποιητική απώλεια βάρους, σε βελτίωση ή ίαση των συνοδών της παχυσαρκίας νόσων και σε βελτίωση της ποιότητας ζωής. Όλα τα παραπάνω οδηγούν τελικά σε αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των παχύσαρκων ασθενών.

Αποτελεί ιδιαίτερη τιμή για εμένα η ανάθεση, από την Ε.Χ.Ε.Π., της διοργάνωσης του **14ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Χειρουργικής της Παχυσαρκίας**, που θα διεξαχθεί στην Πάτρα από **3 έως 5 Οκτωβρίου 2025**. Κύριος στόχος του Συνεδρίου, εκτός από την ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών μεταξύ επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την παχυσαρκία, είναι η «γνωριμία» με το αντικείμενο και η εκπαίδευση ειδικευομένων χειρουργικής και νέων χειρουργών στην υποειδικότητα της βαριατρικής – μεταβολικής χειρουργικής, με τη διοργάνωση κλινικού φροντιστηρίου και συμμετοχή συνάδελφων από το εξωτερικό – εκπροσώπων του Young IFSO.

Συνάδελφοι από την Ελλάδα και το εξωτερικό – χειρουργοί, ιατροί άλλων ειδικοτήτων και άλλοι επιστήμονες υγείας που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας – θα παρουσιάσουν την εμπειρία τους και τα νεότερα κλινικά και ερευνητικά δεδομένα. Η γνώση του αντικειμένου και η συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τον παχύσαρκο ασθενή, θα οδηγήσει στα καλύτερα και ασφαλέστερα αποτελέσματα.

Ευελπιστούμε στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή ιατρών και άλλων επιστημόνων υγείας που ήδη ασχολούνται ή ενδιαφέρονται να ασχοληθούν, με τον χειρισμό αυτής της ιδιαίτερης ομάδας ασθενών.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής
Γεώργιος Σκρουμπής
Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Ε.Χ.Ε.Π.

Πρόεδρος: Χ.Κ. Παππής
Αντιπρόεδρος: Γ. Σκρουμπής
Γεν. Γραμματέας: Χ. Σπυρόπουλος
Ταμίας: Π. Λαΐνας
Μέλος: Β. Δρακόπουλος

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Πρόεδρος: Γ. Σκρουμπής
Μέλη: Χ.Κ. Παππής
Χ. Σπυρόπουλος
Π. Λαΐνας
Β. Δρακόπουλος

Υπό την Αιγίδα

Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας

Πανεπιστημίου Πατρών

Ιατρικού Συλλόγου Πατρών

ΒΙΝΤΕΟΠΡΟΒΟΛΕΣ

ΒΠ 01

SADI-S: TIPSANDTRICKSΓΙΑ ΜΙΑ ΑΣΦΑΛΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟ-ΕΙΛΕΙΚΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ

Εμμανουήλ Ονούφριος Σγουρομάλλης[1], Νικόλαος Πλαγιαννάκος[2], Μελισσάνθη Μπεχράκη[2], Παλαιολόγος Δουλγέρογλου[2], Αλέξανδρος Κολιοπάνος[2]

[1]«Ερρίκος Ντυνάν» Hospital Center, [2]Β' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επέμβαση SADI- S αποτελεί μια δυσαπορροφητική επέμβαση που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 2007 από τους Torres, Pernaute et al σαν μια παραλλαγή του κλασικού BPD- DS με σκοπό να απλοποιήσει τη χειρουργική τεχνική αλλά και να μειώσει τις διατροφικές ανεπάρκειες της επέμβασης αυτής.
ΣΚΟΠΟΣ: Να παρουσιάσουμε τον τρόπο που γίνεται η παρασκευή του δωδεκαδακτύλου και η αναστόμωση ώστε να γίνεται όσο το δυνατόν πιο ασφαλώς.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Βίντεο ανάλυση της παρασκευής του δωδεκαδακτύλου και της αναστόμωσης σε επεμβάσεις SADI-S στην κλινική μας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επέμβαση SADI-S αποτελεί μια καλή επιλογή για προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς καθώς και για επανεπεμβάσεις μετά από επιμήκη γαστρεκτομή η γαστρική πτύχωση όπου δουλεύουμε σε μια «παρθένα» περιοχή. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί κατά την παρασκευή του δωδεκαδακτύλου καθώς και στην κατασκευή της αναστόμωσης.

ΒΠ02

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ ΚΑΤΑ ROUX-EN-Y ΓΙΑ ΝΟΣΟΓΟΝΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΜΕ ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΛΗΡΩΣ ΧΕΙΡΟΠΟΙΗΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΩΝ. HOW I DO IT

Μιχαήλ Λαζαρής, Δήμητρα Ντρίκου, Λάζαρος Κουρτίδης, Κατερίνα Νεοκλέους, Αθανάσιος Καλλιγάς, Κωνσταντίνα Σπυριδάκη, Μαριλένα Τσιβγούλη, Θεοδώρα Χωραττά, Ελένη Μαρκάκη, Μελίνα Παπαλεξανδράκη, Μαρία-Αικατερίνη Βίτσα, Δημήτριος Μαργαρίτης, Παναγιώτης Δικαιάκος, Ευστράτιος Κουρουμπάς, Χρήστος Ιορδάνου, Γεώργιος Αγιομαμίτης

Α' Χειρουργική Κλινική – Λαπαροσκοπική Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λαπαροσκοπική γαστρική παράκαμψη Roux-en-Y (LRYGB) αποτελεί βασική επέμβαση στη βαριατρική χειρουργική. Αν και οι αναστομώσεις με συρραπτικά χρησιμοποιούνται ευρέως, η πλήρως χειροποίητη τεχνική προσφέρει ευελιξία, ακρίβεια και οικονομικό όφελος. Η επάρκεια του χειρουργού σε τεχνικές δεξιότητες στη λαπαροσκοπική ραφή, εμπειρία και επίγνωση χειρουργικής εργονομίας και διεγχειρητική λήψη αποφάσεων, είναι καθοριστική για την ασφαλή και αναπαραγώγιμη εφαρμογή της τεχνικής.
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενός σταδιακά δομημένου και τυποποιημένου τρόπου εκτέλεσης της LRYGB με πλήρως χειροποίητες γαστρονηστιδική και νηστιδονηστιδική αναστόμωση, εστιάζοντας στις απαιτούμενες τεχνικές ικανότητες.
ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσιάζεται η τεχνική της μονάδας, αναπτυσσόμενη από πολυάριθμες επεμβάσεις. Περιλαμβάνει εργονομική θέση ασθενούς, τοποθέτηση trocars, δημιουργία γαστρικού θυλάκου και αναστομώσεις δύο στρωμάτων με απορροφήσιμα ράμματα. Η διεγχειρητική δοκιμασία διαφυγής και ο έλεγχος αναστομώσεων χωρίς τάση, διασφαλίζουν την καταλληλότητα αυτών. Η επάρκεια του χειρουργού στη ραφή και στον χειρισμό των ιστών τονίζεται σε όλη τη διαδικασία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην εμπειρία της μονάδας, η τεχνική αυτή έχει αποδώσει ασφαλή και αναπαραγώγιμα αποτελέσματα, με χαμηλά ποσοστά διαφυγών και στενώσεων. Δίνεται η επιπλέον δυνατότητα στο χειρουργό να καθορίσει με ακρίβεια τη διάμετρο της αναστόμωσης, και να αποφεύγει τη χρήση μεταλλικών στοιχείων των συρραπτικών τα οποία έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο στένωσης. Επίσης, η χρήση διπλού στρώματος αναστόμωσης συμβάλλει στον καλύτερο έλεγχο της τοπικής αιμορραγίας. Η τεχνική προσαρμόζεται και σε ανατομικές παραλλαγές και προάγει την ανάπτυξη προχωρημένων λαπαροσκοπικών δεξιοτήτων στους βαριατρικούς χειρουργούς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι πλήρως χειροποίητες αναστομώσεις αποτελούν ασφαλή, οικονομικά αποδοτική και αναπαραγώγιμη τεχνική όταν εφαρμόζεται από έμπειρους χειρουργούς. Η τυποποίηση της μεθόδου και η προώθηση της συνεχούς εκπαίδευσης, μειώνουν την ανάγκη συρραπτικών, ενισχύουν τη χειρουργική αυτονομία και βελτιώνουν αποτελέσματα για τους ασθενείς.

ΒΠ03

ΒΙΝΤΕΟΠΡΟΒΟΛΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ BARI CLIP

Σύλβια Κριβάν, Παναγιώτης Ζαμπάς, Καλλιόπη Σέκερη, Σταμάτιος Ορφανός, Γεωργία Δεδεμάδη

Β' Γενική Χειρουργική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λαπαροσκοπική τοποθέτηση Bari Clip είναι μια αναστρέψιμη επέμβαση βαριατρικής, η οποία μέσω της κάθετης τοποθέτησης ενός clip στο στομάχι μιμείται τα περιοριστικά αποτελέσματα της επιμήκους γαστρεκτομής. Η τεχνική αυτή επιτυγχάνει στένωση του γαστρικού αυλού, με τοποθέτηση δακτυλίου περιμετρικά κατά μήκος του κάθετου άξονα του στομάχου ξεκινώντας κοντά στην καρδιοοισοφαγική συμβολή και φτάνοντας λίγα εκατοστά πάνω από τον πυλωρό. Με αυτό τον τρόπο το στομάχι διατηρείται άθικτο, επιτρέποντας την αναστρεψιμότητα της διαδικασίας. Έχουν εκφραστεί ανησυχίες σχετικά με πιθανές επιπλοκές, όπως η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η μετατόπιση του clip ή η διάβρωση του στομάχου, με αποτέλεσμα μερικές φορές να απαιτείται η αφαίρεσή του.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο στόχος της εργασίας είναι να παρουσιάσουμε ένα περιστατικό λαπαροσκοπικής αφαίρεσης BariClip.

ΥΛΙΚΟ και Μέθοδοι: Άνδρας 44 ετών με BMI 25 και ατομικό αναμνηστικό τοποθέτησης Bari Clip προ 2ετίας στα πλαίσια αντιμετώπισης παχυσαρκίας (BMI 29), προσήλθε στην κλινική μας για προγραμματισμένο χειρουργείο λαπαροσκοπικής αφαίρεσης του Bari Clip λόγω γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική αφαίρεση του Bari Clip, η μετεγχειρητική του πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε τη 2η μετεγχειρητική ημέρα χωρίς επιπλοκές. Δύο μήνες μετά ο ασθενής παραμένει σε καλή κλινική κατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λαπαροσκοπική τοποθέτηση Bari Clip αποτελεί μια νέα ελπιδοφόρα επιλογή για τη θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας. Πρόκειται για μια επέμβαση που προσομοιάζει με τα αποτελέσματα της επιμήκους γαστρεκτομής, χωρίς τα μειονεκτήματα της μεθόδου. Σε περίπτωση δυσφορίας του ασθενούς ή επιπλοκών της επέμβασης, το clip μπορεί να αφαιρεθεί με λαπαροσκοπική προσπέλαση, το οποίο αποτελεί και το ισχυρότερο πλεονέκτημα της μεθόδου, επιτρέποντας την αναστρεψιμότητα της επέμβασης.

ΒΠ04

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΥ ΝΙΚΑΙΑΣ ΤΗΝ ΕΞΑΕΤΙΑ 2020-7/2025

Χριστίνα Σεϊτοπούλου[1,6], Γεωργία Καλλιώρα[2], Χρήστος Νάτσης[3], Μαριλένα Σταμούλη[4], Νικόλαος Καλόγηρος[5], Αντωνία Μουρτζίκου[6]

[1]Βιοπαθολογικό Εργαστήριο ΚΥ, ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΦΥ, 2η ΔΥΠΕ, Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Γ.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων», [2]Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, [3]Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, «ΝΝΑ», [4]Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, «ΝΝΑ», [5]Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, [6]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Γ.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι δυσλιπιδαιμίες συνιστούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση νοσογόνου παχυσαρκίας.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Είναι η μελέτη του λιπιδαιμικού προφίλ του πληθυσμού κοινότητας, ο οποίος προσήλθε για προληπτικό έλεγχο στο Κ.Υ. Νίκαιας, κατά την εξαετία 2020-07/2025.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΙ: Από το σύνολο των ενηλίκων (18-96 ετών -16.230 άνδρες, 13.280 γυναίκες) μόνο το 30% και στους 2 πληθυσμούς (4.428 άνδρες, 3.984 γυναίκες) δεν ελάμβανε αντιλιπιδαιμική φαρμακευτική αγωγή. Σε όλους τους ασθενείς διενεργήθηκε βιοχημικός έλεγχος μετά από 16ωρη νηστεία.

Βιοχημικός έλεγχος
→ αναλυτής KONELAB60
→ ολική χοληστερόλη 140-200 mg/dL,
→ τριγλυκερίδια 35-150 mg/dL
→ HDL >40 mg/dL

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

		μέση τιμή	Εύρος	<κατώτερου τιμών αναφοράς	εντός των τιμών αναφοράς	> ανώτερου τιμών αναφοράς
Total cholesterol	Άνδρες	189,0	77,0-342,0	523 (11,8%)	2.334 (52,7%)	1.571 (37,1%)
	Γυναίκες	195,0	103,0-367,0	285 (7,15%)	2.147 (53,9%)	1.552(42,1%)
Triglyceride	Άνδρες	118,5	29,0-838,0	20 (0,45%)	3.560 (80,4%)	848(21,4%)
	Γυναίκες	98,2	25,0-250,0	14 (0,35%)	3.534 (88,7%)	436(13,2%)
HDL Cholesterol	Άνδρες	51,2	9,0-115,8	921 (20,8%)	3.507 (81,3%)	
	Γυναίκες	61,5	28,0-116,0	279 (7,0%)	3.705 (95,1%)	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

↑ ποσοστό δυσλιπιδαιμίας στον γενικό πληθυσμό του Κ.Υ. Νίκαιας.
↑ total cholesterol >γυναίκες.
↑ triglyceride >άνδρες.

Οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των δυο φύλων είναι στατιστικά σημαντικές για επίπεδο σημαντικότητας 0,05, διαφαίνεται ότι το ποσοστό δυσλιπιδαιμίων, και ενδεχόμενης παχυσαρκίας είναι πολύ μεγαλύτερο στην κοινότητα, διότι νοσεί και ο μη διεγνωσμένος πληθυσμός η στρατηγική για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας θα πρέπει να εστιάσει και σε αυτόν τον πληθυσμό.

ΒΠ05

ΧΡΟΝΙΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Μαρία Σκοτίδα[1], Ελίνα Κόντα[2]

[1]Γηριατρική και Γεροντολογία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, [2]Psychologist – Psychotherapist, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παχυσαρκία συνδέεται με χρόνια χαμηλού βαθμού φλεγμονή, η οποία επιβαρύνεται περαιτέρω από το ψυχοκοινωνικό στρες. Ο συνδυασμός αυτός ενισχύει την παραγωγή προφλεγμονωδών κυτοκινών και επηρεάζει την ανοσομεταβολική ισορροπία. Η βαριατρική χειρουργική αποτελεί αποτελεσματική παρέμβαση απώλειας βάρους και βελτίωσης των μεταβολικών παραμέτρων, ωστόσο οι αλλαγές στα επίπεδα στρες και φλεγμονής παραμένουν υπό διερεύνηση.

ΣΚΟΠΟΣ: Να παρουσιαστούν οι μηχανισμοί αλληλεπίδρασης χρόνιου στρες και φλεγμονώδους απόκρισης πριν και μετά τη βαριατρική χειρουργική και να αναδειχθούν οι πιθανές κλινικές επιπτώσεις.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Βιβλιογραφική ανασκόπηση (2010–2025) σε PubMed, Scopus και Google Scholar με όρους: *obesity*, *bariatric surgery*, *chronic stress*, *inflammation*, *psychoneuroimmunology*. Συμπεριλήφθηκαν κλινικές και παρατηρητικές μελέτες σε ενήλικες υποβαλλόμενους σε βαριατρική επέμβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πριν την επέμβαση, οι ασθενείς εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, IL-6 και CRP, καθώς και υψηλά σκορ ψυχολογικού στρες. Μετά τη βαριατρική χειρουργική, παρατηρείται σημαντική μείωση των δεικτών φλεγμονής και βελτίωση της ψυχολογικής ευεξίας, αν και η έκταση των αλλαγών εξαρτάται από τον τύπο της επέμβασης και την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών. Η ενσωμάτωση ψυχολογικής υποστήριξης φαίνεται να ενισχύει τα αντιφλεγμονώδη οφέλη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η βαριατρική χειρουργική βελτιώνει τη φλεγμονώδη απόκριση και μειώνει τα επίπεδα χρόνιου στρες, συμβάλλοντας στη συνολική υγεία των ασθενών. Η πολυπαραγοντική προσέγγιση που συνδυάζει χειρουργική, διατροφική και ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να ενισχύσει τα μακροπρόθεσμα οφέλη.

Λέξεις - Κλειδιά: παχυσαρκία, χρόνιο στρες, φλεγμονή, βαριατρική χειρουργική, ψυχονευροανοσολογία.

ΒΠ06

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΓΚΡΕΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ GLP-1 ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ: ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΟΡΕΣΜΟ, ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Μαρία Σκοτίδα[1], Ελίνα Κόντα[2]

[1]Γηριατρική και Γεροντολογία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, [2]Psychologist – Psychotherapist, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η βαριατρική χειρουργική προκαλεί σημαντικές ορμονικές μεταβολές που συμβάλλουν στη μακροπρόθεσμη απώλεια βάρους και στη ρύθμιση της όρεξης. Η γκρελίνη, γνωστή ως «ορμόνη της πείνας», μειώνεται κυρίως μετά από επιμήκη γαστρεκτομή και γαστρικό bypass, ενώ το GLP-1 (glucagon-like peptide-1) αυξάνεται, προάγοντας τον κορεσμό και βελτιώνοντας τον γλυκαιμικό έλεγχο. Πρόσφατα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι ορμονικές αυτές αλλαγές μπορεί να επηρεάζουν και την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών.
ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση των μεταβολών στα επίπεδα γκρελίνης και GLP-1 μετά από βαριατρική χειρουργική και η διερεύνηση της σχέσης τους με την απώλεια βάρους, τον κορεσμό και την ψυχολογική ευεξία.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας (2010–2025) μέσω PubMed και Scopus, με λέξεις-κλειδιά: ghrelin, GLP-1, bariatric surgery, satiety, mood. Συμπεριλήφθηκαν κλινικές μελέτες και μετα-αναλύσεις με παρακολούθηση ≥6 μηνών μετά την επέμβαση.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν μείωση των επιπέδων γκρελίνης κατά 20–60% και αύξηση των επιπέδων GLP-1 έως και 3 φορές, μέσα στους πρώτους 12 μήνες. Οι αλλαγές αυτές συσχετίζονται με βελτιωμένο κορεσμό, μείωση της ενεργειακής πρόσληψης και μεγαλύτερη απώλεια βάρους. Επιπλέον, αυξημένα επίπεδα GLP-1 συνδέονται με βελτίωση της διάθεσης και μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, πιθανώς μέσω κεντρικών νευροενδοκρινικών μηχανισμών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τροποποίηση της γκρελίνης και του GLP-1 μετά από βαριατρική χειρουργική παίζει καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία της επέμβασης και επηρεάζει θετικά όχι μόνο τον κορεσμό και την απώλεια βάρους, αλλά και την ψυχολογική κατάσταση. Η περαιτέρω διερεύνηση αυτών των μηχανισμών μπορεί να οδηγήσει σε βελτιστοποίηση των θεραπευτικών στρατηγικών.

Λέξεις - Κλειδιά: γκρελίνη, GLP-1, βαριατρική χειρουργική, κορεσμός, ψυχολογική υγεία

ΒΠ07

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΟΥ PYY ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΕΠΤΙΝΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΑΠΟΚΡΙΣΗ

Μαρία Σκοτίδα[1], Ελίνα Κόντα[2]

[1]Γηριατρική και Γεροντολογία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, [2]Psychologist – Psychotherapist, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η βαριατρική χειρουργική επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα ορμονών και πεπτιδίων που ρυθμίζουν την ενεργειακή ισορροπία. Το PYY (peptide YY) εκκρίνεται από τον ειλεό και το παχύ έντερο μετά από γεύμα, ενισχύοντας το αίσθημα κορεσμού. Η λεπτίνη, που παράγεται από τον λιπώδη ιστό, ρυθμίζει την ενεργειακή πρόσληψη και συμμετέχει στη φλεγμονώδη απόκριση. Μετά από βαριατρική επέμβαση, οι μεταβολές αυτών των μορίων έχουν σημαντική κλινική και μεταβολική σημασία.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση των αλλαγών στα επίπεδα PYY και λεπτίνης μετά από βαριατρική χειρουργική και η ανάλυση των επιπτώσεών τους στον μεταβολισμό, τον κορεσμό και τη φλεγμονώδη απόκριση.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Συστηματική ανασκόπηση μελετών (2010–2025) μέσω PubMed, Embase και Scopus, με λέξεις-κλειδιά: peptide YY, leptin, bariatric surgery, inflammation. Συμπεριλήφθηκαν κλινικές μελέτες και μετα-αναλύσεις με παρακολούθηση ≥6 μηνών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα PYY εμφανίζουν αύξηση 30–70% μετά από γαστρικό bypass και sleeve gastrectomy, οδηγώντας σε μειωμένη πρόσληψη τροφής και παρατεταμένο κορεσμό. Η λεπτίνη μειώνεται σημαντικά τους πρώτους μήνες, παράλληλα με τη μείωση του λιπώδους ιστού, γεγονός που συνδέεται με βελτίωση της ινσουλινοευαισθησίας και μείωση προ-φλεγμονωδών κυτοκινών. Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν επιμονή χαμηλόβαθμης φλεγμονής, γεγονός που υποδηλώνει την ανάγκη για εξατομικευμένη παρακολούθηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μεταβολές του PYY και της λεπτίνης μετά από βαριατρική χειρουργική αποτελούν βασικούς μηχανισμούς για τη διατήρηση της απώλειας βάρους και την τροποποίηση της φλεγμονώδους απόκρισης. Η κατανόηση αυτών των αλλαγών μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένες στρατηγικές παρακολούθησης και θεραπείας.

Λέξεις-κλειδιά: PYY, λεπτίνη, βαριατρική χειρουργική, μεταβολισμός, φλεγμονή

ΒΠ08

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΗΣ ΙΝΔΟΚΥΑΝΙΝΗΣ (ICG) ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΜΗΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ

Κωνσταντίνος Πολυζώης, Φώτιος Σερέτης, Μαρία Μπρακούλια, Νικόλαος Μάμιδας, Νικόλαος Μαμάκος, Βασιλική Σταματούκου, Δέσποινα Ιορδανίδη, Αθανάσιος Πρεκετές, Μαρία Ηλιοπούλου, Ελένη Ρακά, Μιχαήλ Ψαρολόγος, Μαρία Σωτηροπούλου, Κωνσταντίνος Κωνσταντουδάκης, Νικόλαος Καπετανόπουλος, Βασίλειος Δρακόπουλος, Στυλιανός Καπίρης

Γ' Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λαπαροσκοπική επιμήκης γαστρεκτομή αποτελεί τη συχνότερη μεταβολική επέμβαση με μικρό ποσοστό διαφυγών από τη γραμμή διατομής του στομάχου, που συχνά οφείλονται σε ισχαιμία. Η διεγχειρητική απεικόνιση με πράσινο της ινδοκυανίνης (ICG) αποτελεί μία μέθοδο αξιολόγησης της αιματικής ροής στην γραμμή διατομής του στομάχου.
ΣΚΟΠΟΣ: Βιντεοπροβολή της χρήσης του ICG διεγχειρητικά σε περιστατικό λαπαροσκοπικής επιμήκους γαστρεκτομής στην κλινική μας.
ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μετά την ολοκλήρωση της διατομής του στομάχου εγχύονται 3ccICG ενδοφλεβίως και 30 δευτερόλεπτα μετά τη χορήγησή πραγματοποιείται επισκόπηση της γραμμής συρραφής με την χρήση της κάμερας υπέρυθρου φωτός (IR). Η χρήση του ICG πραγματοποιείται και κατά τη διατομή του στομάχου, ώστε να βεβαιωθεί διεγχειρητικά ότι η διατομή εκτελείται επί υγιών ιστών.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο συγκεκριμένο περιστατικό ο διεγχειρητικός χρόνος ήταν 136 λεπτά και επιβεβαιώθηκε με την έγχυση του πρασίνου της ινδοκυανίνης και της χρήσης της IR κάμερας η άριστη αιμάτωση του γαστρικού σωλήνα. Δεν παρουσιάστηκαν περιεγχειρητικές επιπλοκές και ο ασθενής εξήλθε την 4η μετεγχειρητική ημέρα χωρίς συμβάματα.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η φθορίζουσα αγγειογραφία στην λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρεκτομή αποτελεί μια απλή μέθοδο διεγχειρητικής αξιολόγησης σε πραγματικό χρόνο της αιμάτωσης του γαστρικού σωλήνα στοχεύοντας στην μείωση του διαφυγών.

ΒΠ09

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ ΜΙΑΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ

Βασίλειος Σπυρόπουλος, Παρασκευή Δεδοπούλου, Κωνσταντίνα Κίτσου, Λεωνίδας Αντωνάκης, Γεώργιος Σκρουμπής

Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παχυσαρκία αποτελεί μια καλά μελετημένη χρόνια νόσο, της οποίας η επίπτωση στον γενικό πληθυσμό αυξάνεται και αφορά >15%. Η βαριατρική χειρουργική αποτελεί την πιο αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης της νοσογόνου παχυσαρκίας και του μεταβολικού συνδρόμου. Η γαστρική παράκαμψη μιας αναστόμωσης (OAGB) αποτελεί μία ταχέως διαδιδόμενη βαριατρική επέμβαση λόγω των πολύ καλών και μακροχρόνια σταθερών αποτελεσμάτων της όσον αφορά την απώλεια βάρους και την αντιμετώπιση του μεταβολικού σύνδρομο με μικρά ποσοστά μετεγχειρητικών επιπλοκών και αναπαραγώγημη χειρουργική τεχνική

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μέσω βιντεοπροβολής της τεχνικής μας στην OABP καθώς και των αποτελεσμάτων μας στην μετεγχειρητική περίοδο

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής σε ύπτια θέση με τα πόδια σε απαγωγή. Δημιουργία πνευμοπεριτοναίου με βελόνη Veress και ενδοκοιλιακή πίεση με CO2: 15mmHg. Είσοδος 5 trocars No12. Ακολουθεί ανάσπαση του αριστερού λοβού του ήπατος κεφαλικά με την βοήθεια άγκιστρου και ταυτόχρονη έλξη του στομάχου προς τα κάτω. Στο επίπεδο της γωνίας του στομάχου διατέμνεται ο ηπατογαστρικός σύνδεσμος και παρασκευάζεται το έλασσον τόξο. Είσοδος από τον αναισθησιολόγο γαστρικού σωλήνα 34Fro οποίος αποτελεί τον οδηγό για δημιουργία του γαστρικού θυλάκου. Δημιουργείται ένας επιμήκης κάθετος μακρύς θύλακος μετά από εγκάρσια διατομή (στο επίπεδο της γωνίας του στομάχου) και κάθετης προς την καρδιοοισοφαγική με τη χρήση γραμμικού κοπτορράπτη. Ακολουθεί μεταφορά έλικας λεπτού εντέρου μήκους (2-2,5 μέτρα) από το σύνδεσμο του treitz και μεταφορά της εμπροσθοκολικά παρά τον γαστρικό θύλακο, όπου αναστομώνεται με αυτόν πλαγιοπλάγια με την χρήση γραμμικού κοπτορράπτη 45mm. Η οπή του κοπτορράπτη συγκλείεται με συνεχή ραφή. Ακολουθεί εμφυσήσει αέρα για έλεγχο της στεγανότητας της αναστόμωσης. Τοποθέτηση παροχέτευσης και σύγκλειση των τραυμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η γαστρική παράκαμψη μιας αναστόμωσης αποτελεί μια εξαιρετική χειρουργική τεχνική στην αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας. Από τα τελευταία 100 περιστατικά που διενεργήθηκαν στην κλινική μας την τελευταία 2ετία. Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν περίπου 55 λεπτά. Η μέση διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλεία ήταν 3ης μέρες. Έναρξη σίτισης με υγρά από την 1η ΜΤΧ μέρα. Στο συγκεκριμένο δείγμα οι άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές ήταν. Από τους 100 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε OAGBP εμφάνισαν διαφυγή 1% διαπύηση τραύματος: 0 Πνευμονική εμβολή: 0 ΜΤΧ αιμορραγία: 2% (ενδοαυλικές) για τις οποίες και στις δυο περιπτώσεις χρειάστηκε ενδοσκοπική αιμόσταση.

ΒΠ10

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ ROUX-EN-Y ΜΕΜΑΚΡΑ ΧΟΛΟΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗ ΕΛΙΚΑ - ΒΙΝΤΕΟΠΡΟΒΟΛΗ

Δήμητρα Βέργου, Ανδρέας Αντζουλάς, Δέσποινα Ζαμπετάκη, Μελίνα Σταθοπούλου, Γεώργιος Σκρουμπής

Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παχυσαρκία αποτελεί μια καλά μελετημένη χρόνια νόσο, της οποίας η επίπτωση στον γενικό πληθυσμό αυξάνεται και αφορά >15%. Η βαριατρική χειρουργική αποτελεί την πιο αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης της νοσογόνου παχυσαρκίας και του μεταβολικού συνδρόμου. Η γαστρική παράκαμψη κατά Roux-en-Y (RYGB) εισήχθη για πρώτη φορά το 1966 από τον Mason και, μετά από σημαντική εξέλιξη, έχει πλέον καθιερωθεί ως μια αξιόπιστη μέθοδος βαριατρικής χειρουργικής μικτού τύπου και είναι ευρέως διαδεδομένη λόγω των πολύ καλών και μακροχρόνια σταθερών αποτελεσμάτων της όσον αφορά την απώλεια βάρους και την αντιμετώπιση του μεταβολικού συνδρόμου με μικρά ποσοστά μετεγχειρητικών επιπλοκών και αναπαραγώγιμη χειρουργική τεχνική.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μέσω βιντεοπροβολής της τεχνικής μας στην RYGB-LL και τη μέθοδο uncut mesentery

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής σε ύπτια θέση με τα πόδια σε απαγωγή. Δημιουργία πνευμοπεριτοναίου με βελόνη Veress και ενδοκοιλιακή πίεση με CO_2: 14mmHg. Είσοδος 5 trocars No12 (12mm υπερομφαλικά, 12 mm δεξιά και αριστερά στο ύψος του ομφαλού, 12 mm στο αριστερό υποχόνδριο, 5mm για είσοδο του αυτόματου άγκιστρου ήπατος υποξιφοειδικά). Ακολουθεί ανάσπαση του αριστερού λοβού του ήπατος κεφαλικά με την βοήθεια του άγκιστρου και ταυτόχρονη έλξη του στομάχου προς τα κάτω. Δημιουργία παραθύρου στον ελάσσονα επιπλοικό θύλακο, σε σημείο δίπλα από το γαστρικό τοίχωμα και ψηλά στο έλασσον τόξο του στομάχου. Είσοδος από τον αναισθησιολόγο γαστρικού σωλήνα 34Fr ο οποίος αποτελεί τον οδηγό για δημιουργία του γαστρικού θυλάκου. Διατομή του στομάχου στο επίπεδο του ελάσσονος τόξου στο ύψος της 2ης φλέβας και κάθετη προς το σημείο της καρδιοοισοφαγικής συμβολής, έτσι ώστε να δημιουργηθεί ενας μικρός γαστρικός θύλακος με την χρήση γραμμικού κοπτορράπτη. Ακολουθεί καταμέτρηση της χολοπαγκρεατικής έλικας μήκους 2 μέτρων από το σύνδεσμο του treitz και μεταφορά της εμπροσθοκολικά, χωρίς προηγούμενη διατομή του μεσεντερίου, παρά τον γαστρικό θύλακο, όπου αναστομώνεται με αυτόν πλαγιοπλάγια με την χρήση γραμμικού κοπτορράπτη 45mm.Ηοπή του κοπτορράπτη συγκλείεται με συνεχή ραφή. Ακολουθεί διατομή της χολοπαγκρεατικής έλικας πλησίον της γαστρονηστιδικής αναστόμωσης. Εμφύσηση αέρα για έλεγχο της στεγανότητας της αναστόμωσης. Καταμετράται η διατροφική έλικα στα 80-90 cm από τη γαστρεντερική αναστόμωση και διενεργείται πλαγιοπλάγια νηστιδονηστιδική αναστόμωση μεταξύ διατροφικής και χολοπαγκρεατικής έλικας με τη χρήση γραμμικού κοπτορράπτη 60mm. Σύγκλειση των οπών εισόδου του γραμμικού κοπτορράπτη με συνεχή ραφή. Τοποθέτηση παροχέτευσης και σύγκλειση των τραυμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:. Η γαστρική παράκαμψη κατά RouxenY αποτελεί μια εξαιρετική χειρουργική τεχνική στην αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας. Η τεχνική του uncutmesentery προσφέρει τα πλεονεκτήματα της μεγαλύτερης ταχύτητας της επέμβασηςκαι αποφυγήςτης πιθανότητας δημιουργίας εσωτερικής κήλης. Από τα περιστατικά που διενεργήθηκαν στην κλινική μας την τελευταία 2ετία, ο μέσος χειρουργικος χρόνος ήταν περίπου 70 λεπτά. Η μέση διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας ήταν 3 μέρες. Εναρξη σίτησης με υγρά από την 1η ΜΤΧ μέρα. Η συνεχιζόμενη τεχνική εξέλιξη και η διεπιστημονική προσέγγιση διασφαλίζουν περαιτέρω βελτιστοποίηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της μεθόδου.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ01

ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡΙΝΣΟΥΛΙΝΑΙΜΙΚΗ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ ΚΑΤΑ ROUX-EN-Y - ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ

Δημήτριος Κεχαγιάς[1,2], Χαράλαμπος Λαμπρόπουλος[3], Σωτήριος Βαμβακάς[4]

[1]Department of Upper GI Surgery, NHS Hull University Teaching Hospitals, UK, [2]Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Ελλάδα, [3]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», Ελλάδα, [4]Τμήμα Διαιτολογίας και Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Καλαμάτα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μεταγευματική υπερινσουλιναιμική υπογλυκαιμία (ΜΥΥ) είναι μία ολοένα και περισσότερο αναφερόμενη επιπλοκή μετά από μεταβολική βαριατρική χειρουργική (ΜΒΧ).
ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με ΜΥΥ.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μία κοορτή 24 ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ (ΣΔΤ2) και δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) ≥40kg/m^2, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική γαστρική παράκαμψη κατά Roux-en-Y (ΓΠ) με ή χωρίς εκτομή γαστρικού θόλου (ΓΠ +ΕΘ), μελετήθηκε αναδρομικά για ΜΥΥ στους 12 μήνες. ΜΥΥ ορίστηκε ως τιμή μεταγευματικής γλυκόζης στα 120min κάτω από 60 mg/dl. Ερωτηματολόγια βασισμένα στην κλίμακα υπογλυκαιμίας του Εδιμβούργου συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες. Γλυκαιμικοί παράμετροι (γλυκόζη, ινσουλίνη, c-πεπτίδιο, ινσουλινογόνος δείκτης και μάζα β-κυττάρων) και ορμόνες γαστρεντερικού (GLP-1, γλυκαγόνη) διερευνήθηκαν ως πιθανοί μηχανισμοί.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια πέντε ασθενείς εμφάνισαν περισσότερα από τέσσερα συμπτώματα και ήταν πολύ ύποπτοι για ΜΥΥ στους 12 μήνες. Τα συχνότερα αναφερόμενα συμπτώματα ήταν αυτόνομα. Με βάση τις τιμές γλυκόζης στα 120min, ένας ασθενής εμφάνισε ΜΥΥ στους 6 μήνες και τέσσερις ασθενείς στους 12 μήνες. Οι μεταγευματικές τιμές ινσουλίνης στα 30min, στους 6 μήνες φαίνεται να αποτελούν προγνωστικό δείκτη για εμφάνιση ΜΥΥ στους 12 μήνες σύμφωνα με την διωνυμική λογιστική παλινδρόμηση ($p< 0.001$). Οι τιμές GLP-1 και γλυκαγόνης δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με ΜΥΥ σύμφωνα με την biserial συσχέτιση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα μεταγευματικά επίπεδα ινσουλίνης στα 30min στους 6 μήνες μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση ΜΥΥ στους 12 μήνες. Η τυποποίηση των διαγνωστικών μεθόδων και η επικύρωση κλινικών εργαλείων για την εκτίμηση της ΜΥΥ θα διευκολύνει την κατανόηση αυτής της επιπλοκής.

ΠΑ02

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΤΗΣ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ: ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Εμμανουήλ Ονούφριος Σγουρομάλλης[1], Νικόλαος Πλαγιαννάκος[2], Μελισσάνθη Μπεχράκη[2], Κωνσταντίνος Παπαδόπουλος[2], Δουλγέρογλου Παλαιολόγος[2], Αλέξανδρος Κολιοπάνος[2]

[1]Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, [2]Β' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αντιμετώπιση της πανδημίας της παχυσαρκίας χρήζει πολυπαραγοντικής προσέγγισης για να επιτευχθούν τα καλύτερα αποτελέσματα.
ΣΚΟΠΟΣ: Η βαριατρική χειρουργική αποτελεί μια αποδεδειγμένα αποτελεσματική αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας και των επιπλοκών της. Υπάρχουν όμως κάποιες γκρίζες ζώνες όπως η ηλικία του ασθενούς, συννοσηρότητες που κάνουν μια επέμβαση επικίνδυνη, χαμηλότερα BMI, καθώς και ασθενείς που δεν είναι διατεθειμένοι να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πλέον πέραν των φαρμακευτικών επιλογών για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας που εξελίσσονται συνεχώς υπάρχουν και ενδοσκοπικές επιλογές που φαίνεται να έχουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Στις επιλογές αυτές συγκαταλέγονται τα γαστρικά μπαλόνια καθώς και η ενδοσκοπική Sleeve γαστροπλαστική αλλά και η μέθοδος Tore για αντιμετώπιση επαναπρόσληψης βάρους μετά από γαστρικό bypass.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παχυσαρκία αποτελεί μια χρόνια νόσο που έχει πολλά φάσματα καθώς και υποτροπές. Είναι σημαντικό να υπάρχουν στο αρματόριο της ιατρικής κοινότητας πληθώρα επιλογών ώστε να μπορεί να εξατομικεύεται η αντιμετώπιση σε κάθε ασθενή αναλόγως του BMI, των συννοσηροτήτων, της ηλικίας καθώς και των προτιμήσεων του. Η φαρμακευτική και ενδοσκοπική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας μπορεί να προσφέρει επιλογές σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ασθενών και θα πρέπει να υπάρχει ένας αλγόριθμος για να βοηθάει τους ιατρούς που έρχονται αντιμέτωποι με αυτούς τους ασθενείς.

ΠΑ03

IFSO ΚΕΝΤΡΟ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ: ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΕΝΑ ΝΕΟ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Εμμανουήλ Ονούφριος Σγουρομάλλης[1], Νικόλαος Πλαγιαννάκος[2], Παλαιολόγος Δουλγέρογλου[2], Αδαμαντία Ρομπολάκη[2], Αλέξανδρος Κολιοπάνος[2]

[1]Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, [2]Β' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η IFSO αποτελεί τον μεγαλύτερο οργανισμό βαριατρικής χειρουργικής παγκοσμίως. Πλέον υπάρχει η δυνατότητα ένα κέντρο βαριατρικής χειρουργικής μέσω της IFSO να πιστοποιηθεί ως κέντρο αριστείας.
ΣΚΟΠΟΣ: Να δείξουμε τη διαδικασία πιστοποίησης για ένα νέο κέντρο βαριατρικής χειρουργικής και τη σημασία της όσον αφορά τη λειτουργία του
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Από Ιανουάριο 2023 έως τον Δεκέμβριο 2023 η κλινική μας συμμετείχε στη διαδικασία πιστοποίησης ως κέντρο αριστείας της IFSO. Χρειάστηκε λεπτομερής καταγραφή όλων των περιστατικών μας με καλή παρακολούθηση καθώς και συνεργασία με αρκετά τμήματα του νοσοκομείου μας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαδικασία πιστοποίησης εκτός από την αναγνώριση προσφέρει σημαντική βοήθεια στην κωδικοποίηση των προεγχειρητικών και μετεγχειρητικών πρωτοκόλλων. Διασυνδέει τμήματα του νοσοκομείου που χρειάζεται να συνεργαστούν για αυτούς τους ασθενείς ενώ βοηθάει και στη λεπτομερή καταγραφή όλων των περιστατικών στα πλαίσια ενός ενδελεχούς follow up. Προτείνουμε σε όλους τους χειρουργούς που ασχολούνται ενεργά με τον τομέα της βαριατρικής χειρουργικής να συμμετάσχουν σε αυτό το πρόγραμμα για να αποκομίσουν τα οφέλη του

ΠΑ04

SADI-S ΣΑΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΣΑΝ ΕΠΑΝΕΠΕΜΒΑΣΗ

Εμμανουήλ Ονούφριος Σγουρομάλλης[1], Νικόλαος Πλαγιαννάκος[2], Μελισσάνθη Μπεχράκη[2], Παλαιολόγος Δουλγέρογλου[2], Χαράλμπος Σάββας[2], Αλέξανδρος Κολιοπάνος[2]

[1]Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, [2]Β' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επέμβαση SADI-S αποτελεί μια δυσαπορροφητική επέμβαση που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 2007 από τους Torres, Pernaute et al σαν μια παραλλαγή του κλασσικού BPD-DS με σκοπό να απλοποιήσει τη χειρουργική τεχνική αλλά και να μειώσει τις διατροφικές ανεπάρκειες της επεμβάσεις αυτής.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στην κλινική μας πραγματοποιηθήκαν από 06/2023 έως 06/2025 15 επεμβάσεις SADI-S. Οι 5 ήταν πρωτογενείς ενώ οι 10 ήταν επανεπεμβάσεις είτε μετά από επιμήκη γαστρεκτομή είτε μετά από πτύχωση. Μέσω BMI ήταν 46,7 ενώ 6 ασθενείς λάμβαναν αντιδιαβητική αγωγή.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δεν υπήρξαν MTX επιπλοκές ενώ η μέση νοσηλεία ήταν 4 ημέρες. Μέσος χρόνος χειρουργείου ήταν 140 λεπτά. Στην έως τώρα παρακολούθηση η απώλεια βάρους ήταν ικανοποιητική ενώ τα ποσοστά βελτίωσης ΣΔ ήταν πολύ καλά. Η επέμβαση αυτή αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική επιλογή σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς ενώ σε περιπτώσεις επανεπέμβασης προσφέρει το πλεονέκτημα του να δουλεύεις σε μια «παρθένα» περιοχή χωρίς συμφύσεις.

ΠΑ05

OAGB: TECHNICAL TIPS ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εμμανουήλ Ονούφριος Σγουρομάλλης[1], Νικόλαος Πλαγιαννάκος[2], Μελισσάνθη Μπεχράκη[2], Κωνσταντίνος Παπαδόπουλος[2], Χαράλμπος Σάββας[2], Παλαιολόγος Δουλγέρογλου[2], Αλέξανδρος Κολιοπάνος[2]

[1]Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, [2]Β' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επέμβαση OAGB αποτελεί μια ευρέως αναγνωρισμένη βαριατρική επέμβαση με πολύ καλά αποτελέσματα τόσο σε απώλεια βάρους όσο και σε αντιμετώπιση συννοσηροτήτων.
ΣΚΟΠΟΣ: Να δείξουμε την τεχνική μας κατά την επέμβαση OAGB ιδιαίτερα τον τρόπο δημιουργίας του κολοβώματος και την κατασκευή της αναστόμωσης.
ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναλύσαμε βίντεο από τις επεμβάσεις της κλινικής μας. Συνολικά από το 2022 έχουν πραγματοποιηθεί 246 επεμβάσεις.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είχαμε 2 σοβαρές άμεσες επιπλοκές σε ένα περιστατικό με διαφυγή την 7η ΜΤΧ ημέρα που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά και μια άμεση ΜΤΧ αιμορραγία που επίσης αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Συνολικά στην παρακολούθησή μας παρουσιάστηκαν 8 αναστομωτικά έλκη 1 από τα οποία ήταν ανθεκτικό στη φαρμακευτική αγωγή και χρειάστηκε επανεπέμβαση ενώ 1 ακόμα υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροσκόπηση σε άλλο κέντρο για πιθανή διάτρηση έλκους όπου έγινε έκπλυση και τοποθέτηση παροχετεύσεων. Τέλος 1 περιστατικό μετατράπηκε σε RYGB λόγω χολικής παλινδρόμησης.

ΠΑ06

ΕΠΑΝΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ: ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΕΣ ΣΕ ΚΑΛΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Εμμανουήλ Ονούφριος Σγουρομάλλης[1], Νικόλαος Πλαγιαννάκος[2], Μελισσάνθη Μπεχράκη[2], Κωνσταντίνος Παπαδόπουλος[2], Παλαιολόγος Δουλγέρογλου[2], Αλέξανδρος Κολιοπάνος[2]

[1]Ερρίκος Ντυνάν HospitalCenter, [2]Β' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ. Γεννηματάς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νοσογόνος παχυσαρκία αποτελεί μια χρόνια νόσο με πολλαπλές συννοσηρότητες. Ως εκ τούτου δεν υπάρχει κάποια «μοναδική» και «οριστική» λύση για την αντιμετώπισή της. Είναι απαραίτητο λοιπόν να υπάρχουν ποικίλα «βέλη» στην φαρέτρα των επαγγελματιών υγείας που έρχονται αντιμέτωποι με τέτοια περιστατικά.
ΣΚΟΠΟΣ: Να δείξουμε την εμπειρία την κλινικής μας στις βαριατρικές επανεπεμβάσεις.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναλύθηκαν όλοι οι ασθενείς της κλινικής μας που υπεβλήθησαν σε επανεπέμβαση λόγω επαναπρόσληψης η μη επαρκούς απώλειας βάρους από το 2023.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συνολικά 54 ασθενείς υπεβλήθησαν σε επανεπέμβαση λόγω υποτροπής βάρους. Οι κυριότερες προηγηθείσες βαριατρικές επεμβάσεις ήταν ο γαστρικός δακτύλιος και το γαστρικό μανίκι ενώ υπήρχαν και περιστατικά με γαστρική πτύχωση, κάθετη γαστροπλαστική κατά MASON ακόμα και γαστρικές παρακάμψεις. Τα αποτελέσματα απώλειας βάρους ήταν ικανοποιητικά με χαμηλά ποσοστά άμεσων μετεγχειρητικών επιπλοκών.

ΠΑ07

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΨΩΡΙΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Δημήτριος Κεχαγιάς[1,2], Χαράλαμπος Λαμπρόπουλος[3]

[1]Department of Upper GI Surgery, NHS Hull University Teaching Hospitals, UK, [2]Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Ελλάδα, [3]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μεταβολική βαριατρική χειρουργική (MBX) φαίνεται να βελτιώνει την ψωρίαση, αν και απουσιάζουν σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες. Σκοπός είναι η αξιολόγηση των εκβάσεων της ψωρίασης μετά από MBX και των παραγόντων που επηρεάζουν την ανταπόκριση.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση σε PubMed® και Google Scholar® σύμφωνα με PRISMA. Συλλέχθηκαν δεδομένα για το είδος MBX, την απώλεια βάρους και τις εκβάσεις ψωρίασης [PASI, %ABSA, DLQI, προσβολή ονύχων, θεραπευτικές ανάγκες]. Έγινε υποανάλυση μεταξύ γαστρικής παράκαμψης και μη-παρακαμπτηρίων επεμβάσεων. Λόγω ετερογένειας, η σύνθεση ήταν ποιοτική.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπεριλήφθηκαν έξι μελέτες (447 ασθενείς, μέση ηλικία 46,9 έτη, BMI 43,8 kg/m^2). Η μείωση BMI ήταν 11,0 ± 3,3 kg/m^2. Μετά την επέμβαση, η συστηματική αγωγή μειώθηκε από 53% σε 34%, η τοπική από 44% σε 39%, ενώ 29% δεν χρειάζονταν θεραπεία. Καταγράφηκε σημαντική βελτίωση: DLQI 14,9 →5,0, %ABSA 5,7 →1,7, PASI 3,6 →1,2, προσβολή ονύχων 43,8% →21,9% ($p<0,05$). Συνολικά, 69,5% πέτυχαν ύφεση. Η γαστρική παράκαμψη υπερείχε της μη-παρακαμπτηρίου (ύφεση 80% έναντι 10%, μεγαλύτερη μείωση PASI). Προγνωστικοί παράγοντες για καλύτερη ύφεση της ψωρίασης: Roux-en-Y, μεγαλύτερη απώλεια βάρους, προχωρημένη ηλικία, απουσία οικογενειακού ιστορικού.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η MBX φαίνεται να βελτιώνει τη βαρύτητα της ψωρίασης, την ποιότητα ζωής και τις θεραπευτικές ανάγκες. Η έκβαση επηρεάζεται από το είδος επέμβασης, την απώλεια βάρους και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς. Απαιτούνται καλά σχεδιασμένες προοπτικές μελέτες ώστε να υπάρχει εξατομικευμένη αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

ΠΑ08

ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ ΜΙΑΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ

Ευστάθιος Ανεσίδης[1], Ιωάννα Ακρίδα[1], Χρήστος Αντωνόπουλος[1], Μαρίνα Μιχαλάκη[2], Γεώργιος Σκρουμπής[1]

[1]Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, [2]Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ασθενείς που υποβάλλονται σε βαριατρικές επεμβάσεις εμφανίζουν συχνά ανεπάρκεια ασβεστίου και βιταμίνης D. Καθώς η υπασβεστιαιμία είναι η συχνότερη επιπλοκή μετά από επεμβάσεις θυρεοειδεκτομής, ασθενείς που υποβάλλονται σε θυρεοειδεκτομή και έχουν ιστορικό βαριατρικής επέμβασης, και ιδιαίτερα με βαθμό υποαπορρόφησης, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο υπασβεστιαιμίας μετεγχειρητικά.
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ανθεκτικής υπασβεστιαιμίας σε ασθενή που υποβλήθηκε σε θυρεοειδεκτομή, σε έδαφος προηγηθείσης γαστρικής παράκαμψης μίας αναστόμωσης (OAGB).
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής 43 ετών, που είχε προ 6μήνου υποβληθεί σε OABG και βρισκόταν υπό τακτική παρακολούθηση και συστηματική χορήγηση βιταμινών και ιχνοστοιχείων, υποβλήθηκε λόγω θηλώδους καρκινώματος θυρεοειδούς σε ολική θυρεοειδεκτομή με κεντρικό λεμφαδενικό καθαρισμό βάσει προεγχειρητικής χαρτογράφησης λεμφαδένων (στάδιο νόσου pT1bN0 στην ιστολογική). Μετεγχειρητικά εμφάνισε ανθεκτική υπασβεστιαιμία όπου απαιτήθηκαν υψηλές δόσεις ενδοφλεβίου γλυκονικού ασβεστίου (έως 24amps ημερησίως). Μετά από μακρά νοσηλεία πλέον του ενός μηνός, έλαβε εξιτήριο με οδηγίες για ημερήσια λήψη 50 μικρογραμμαρίων παραθορμόνης υποδορίως, δισκίων ανθρακικού ασβεστίου 8000 mg, αλφακαλσιδόλης 4mcg και σταγόνων βιταμίνης D3 25000 IU. Ένα χρόνο μετά, είναι ασυμπτωματική, χωρίς υπασβεστιαιμία, λαμβάνοντας 27 μικρογραμμάρια παραθορμόνης και 1mcg αλφακαλσιδόλης ημερησίως.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπάρχουν αρκετά δεδομένα στη βιβλιογραφία σχετικά με την αυξημένη επίπτωση υπασβεστιαιμίας μετά από θυρεοειδεκτομή σε ασθενείς με ιστορικό προηγηθέντος RYGB για νοσογόνο παχυσαρκία. Ελάχιστες ωστόσο αναφορές αφορούν ασθενείς που να έχουν ιστορικό προηγηθέντος OAGB. Το συγκεκριμένο περιστατικό υποδεικνύει ότι οι χειρουργοί ενδοκρινών αδένων πρέπει να έχουν υπόψη τους τις προκλήσεις που μπορεί να αντιμετωπίσουν ως προς τη διαχείριση ασθενών με ιστορικό βαριατρικών επεμβάσεων με βαθμό υποαπορρόφησης, καθώς και ότι η υποδόρια έγχυση παραθορμόνης μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε τέτοιες περιπτώσεις.

ΠΑ09

SASJ-S: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ

Γεωργία Δουλάμη, Δημήτριος Δαρδαμάνης, Κωνσταντίνος Αλμπανόπουλος

Μονάδα Μεταβολικής & Βαριατρικής Χειρουργικής, ΙΑΣΩ Γενική Κλινική, Μαρούσι, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η SASJ-s (Single Anastomosis Stomach Jejunal By-pass with Sleeve Gastrectomy) είναι μια σχετικά νέα επέμβαση- παραλλαγή της SASI-s (Single Anastomosis Stomach Ileal By-pass with Sleeve Gastrectomy). Η SASJ-s σκοπό έχει να μειώσει την πιθανότητα σοβαρής δυσαπορρόφησης καθώς έχει μικρότερο παρακαμφθέν τμήμα εντέρου.
ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα αυτής της τεχνικής.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Από 1/1/2022- 1/6/2025, 25 ασθενείς υποβλήθηκαν στην εν λόγω τεχνική. Η επιλογή των ασθενών γίνεται με βάση το βάρος τους, την ηλικία τους, τις συνήθειες τους (κάπνισμα) και την ύπαρξη ευρημάτων στο στομάχι και στο 12/λο στην προεγχειρητική γαστροσκόπηση. Η γαστρο-νηστιδική αναστόμωση γίνεται στο χέρι και έχει εύρος 3-4cm. Παρακάμπτονται 1.7-2.5m νήστιδας.
Πέντε ασθενείς (20%) είχαν υποβληθεί σε προηγούμενη βαριατρική επέμβαση αλλά παρουσίαζαν ανεπαρκή απώλεια βάρους (ή επανάκτηση).
Ο αρχικός μέσος ΔΜΣ ήταν 43.2 kg/m^2. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 1.4 ημέρες (διάμεση 1 ημέρα).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη σειρά των ασθενών μας δεν παρουσιάστηκε διαφυγή, είχαμε όμως μία ασθενή που παρουσίασε πρώιμη στένωση της αναστόμωσης και υποβλήθηκε σε ενδοσκοπικές διαστολές. Δύο ασθενείς (8%) χρειάστηκαν επανεισαγωγή λόγω μέλαινων κενώσεων. Όσον αφορά την απώλεια βάρους, η μέση ποσοστιαία απώλεια του πλεονάζοντος βάρους (%EWL) ήταν: 57.3% στους 3 μήνες, 69.7% στους 6 μήνες, 77.4% στους 12 μήνες και παρέμεινε σχετικά σταθερή σε ασθενής με μεγαλύτερο διάστημα παρακολούθησης (74.8% στην τριετία).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η SASJ-s είναι μια εφικτή, ασφαλής και σχετικά εύκολη επέμβαση με πολύ καλή αποτελεσματικότητα στην απώλεια βάρους.

ΠΑ10

ΕΠΑΝΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΣΕ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ & ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ;

Γεωργία Δουλάμη, Δημήτριος Δαρδαμάνης, Κωνσταντίνος Αλμπανόπουλος
Μονάδα Μεταβολικής & Βαριατρικής Χειρουργικής, ΙΑΣΩ Γενική Κλινική, Μαρούσι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Επανεπέμβαση ορίζεται η μετατροπή μιας βαριατρικής επέμβασης σε κάποια άλλη. Οι λόγοι είναι: ανεπαρκής απώλεια βάρους/επανάκτηση βάρους, γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση και άλλες σπάνιες επιπλοκές. Διεθνώς οι επανεπεμβάσεις αποτελούν κατά μέσο όρο το 11% των βαριατρικών χειρουργείων.
ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετήσουμε το είδος, την αιτία και την ασφάλεια των επεμβάσεων στην καθημερινή μας πρακτική σε ένα εξειδικευμένο κέντρο αριστείας.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε αυτή την αναδρομική μελέτη (προοπτικά συλλεγμένων δεδομένων) συμπεριλαμβάνονται ασθενείς που υποβλήθησαν σε μετατροπή (ή τροποποίηση) της προηγηθείσας βαριατρικής τους επέμβαση στην κλινική μας από 1/11/2021 έως και 1/6/2025 (revisional group - RG). Μελετάμε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, τα προηγούμενα χειρουργεία τους, τους λόγους μετατροπής, τις επιπλοκές, τις μέρες νοσηλείας και τα ποσοστά επανεισαγωγής σε σχέση με ασθενείς που δεν είχαν υποβληθεί σε άλλη βαριατρική επέμβαση (primary group- PG).
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην κλινική μας το 15% (n=40) των χειρουργείων μας αποτελούν επανεπεμβάσεις. Η συχνότερη αρχική βαριατρική επέμβαση που χρειάστηκε να μετατρέψουμε ήταν ο ρυθμιζόμενος γαστρικός δακτύλιος (47.5%). Οι επιπλοκές είχαν μια αυξημένη τάση χωρίς να εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά (OR 1.6, p=0.217). Η διάρκεια νοσηλείας των επανεπεμβάσεων δεν ήταν αυξημένη (1.74 ημέρες RG vs 1.34 ημέρεςPG, p=0.107), όπως και οι επανεισαγωγές δεν παρουσίασαν αύξηση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο κέντρο μας οι επανεπεμβάσεις αποτελούν μεγάλο μέρος των βαριατρικών χειρουργείων -μεγαλύτερο του μέσου όρου. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε επανεπέμβαση έχουν ίσα ποσοστά επιπλοκών και ίση διάρκεια νοσηλείας με τα πρωτογενή βαριατρικά χειρουργεία μας.

ΠΑ11

ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΕΤΡΑΕΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ.

Γεωργία Δουλάμη, Δημήτριος Δαρδαμάνης, Κωνσταντίνος Αλμπανόπουλος.
Μονάδα Μεταβολικής & Βαριατρικής Χειρουργικής, ΙΑΣΩ Γενική Κλινική, Μαρούσι, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστα Κέντρα Αριστείας στη χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και λίγες οργανωμένες δημόσιες και ιδιωτικές δομές.
ΣΚΟΠΟΣ: Να παρουσιάσουμε τα προοπτικά συλλεγμένα δεδομένα των μεταβολικών και βαριατρικών επεμβάσεων μας τα τελευταία τέσσερα χρόνια λειτουργίας της μονάδας μας.
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Από τον 11/2021 έως και σήμερα, 280 ασθενείς έχουν υποβληθεί σε βαριατρική επέμβαση στην μονάδα μας. Η Μονάδα Μεταβολικής & Βαριατρικής Χειρουργικής του ΙΑΣΩ διακρίθηκε με τον τίτλο Center of Excellence IFSO τον Αύγουστο του 2022. Στην κλινική μας υπάρχουν τυποποιημένα πρωτόκολλα προεγχειρητικής, διεγχειρητικής και μετεγχειρητικής φροντίδας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πλειονότητα των ασθενών μας ανήκουν στην κατηγορία παχυσαρκίας III (ΔΜΣ 40-49.9 kg/m^2) και είναι οι περισσότεροι γυναίκες (62,8%). Συχνότερη επέμβαση αποτελεί η επιμήκης γαστρεκτομή (48%) και ακολουθείται από το OAGB (36,4%). 14.2% των επεμβάσεων αποτελούν επανεπέμβαση. Το 75% έχουν ένα βράδυ νοσηλείας.
Οι επιπλοκές μας βρίσκονται συνολικά σε ένα ποσοστό 20,4% και ανήκουν στην κατηγορία Clavien-Dindol κατά κύριο λόγο. Οι διαφυγές μας βρίσκονται στο 1% (n=3) και συνήθως συμβαίνουν σε ασθενείς με επανεπέμβαση.
Τα ποσοστά μετεγχειρητικής παρακολούθησης αγγίζουν το 45%.

	Μέση απώλεια βάρους (kg)	% EWL	% TWL
3 μήνες	27.5	44.5%	19.6%
6 μήνες	40.9	64%	28.8%
12 μήνες	50.5	84.9%	37%
18 μήνες	60.1	90.8%	40.4%
24 μήνες	53	87.6%	38.4%
36 μήνες	48.4	82.5%	35.9%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι επεμβάσεις μεταβολικής & βαριατρικής χειρουργικής θα πρέπει να διενεργούνται σε εξειδικευμένα κέντρα με αυστηρά πρωτόκολλα για όλα τα βήματα της διαδικασίας προκειμένου να έχουν βέλτιστα αποτελέσματα.

ΠΑ12

Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΠΕΧΑΜΕΤΡΙΑΣ ΚΑΙ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΜΟΝΟ ΙΔΡΥΜΑ.

Παναγιώτης Βάρσος, Τάνια Τριανταφύλλου, Σοφία Κατσίλα, Αντρέας Θεοδώρου, Ελένη Κίτσου, Κωνσταντίνος Σάλιαρης, Δημήτριος Θεοδώρου.

1η Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι προεγχειρητικές μελέτες pH σε βαριατρικούς ασθενείς χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο για την αξιολόγηση της Γαστροοισοφαγικής Παλινδρόμησης (ΓΟΠΝ) και μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη χειρουργική αντιμετώπιση καθοδηγώντας την επιλογή μεταξύ γαστρεκτομής sleeve και γαστρικού by pass, ειδικά σε ασθενείς με σημαντική μη διαβρωτική ΓΟΠΝ που δεν είναι εμφανής στην ενδοσκόπηση. Ενώ δεν υπάρχει καθολική κατευθυντήρια γραμμή, η ενσωμάτωση αυτών των εξετάσεων μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της de novo ΓΟΠΝ, στον εντοπισμό προϋπαρχόντων προβλημάτων και στη βελτίωση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων αποφεύγοντας διαδικασίες που θα μπορούσαν να επιδεινώσουν την παλινδρόμηση σε ευαίσθητους ασθενείς. Μια θετική μελέτη pH μπορεί να υποδηλώνει ότι μια γαστρική παράκαμψη (RYGB), η οποία είναι λιγότερο πιθανό να προκαλέσει ή να επιδεινώσει τη ΓΟΠΝ, μπορεί να είναι μια καλύτερη επιλογή από μια γαστρεκτομή sleeve (SG) για ορισμένους ασθενείς. Ο εντοπισμός σημαντικής παλινδρόμησης οξέος προεγχειρητικά μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή επιπλοκών όπως η de novo ΓΟΠΝ ή η επιδεινωμένη παλινδρόμηση μετά από χειρουργική επέμβαση. Δεν υπάρχει ευρέως αποδεκτό πρωτόκολλο για τον προεγχειρητικό λειτουργικό έλεγχο οισοφάγου σε βαριατρικούς ασθενείς και επίσης υπάρχουν ζητήματα κόστους και προσβασιμότητας που σχετίζονται με τον υποχρεωτικό έλεγχο, όπως αναφέρεται σε ορισμένες ανασκοπήσεις.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Το Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών είναι ένα κέντρο αναφοράς για τη θεραπεία και τη μελέτη των κινητικών διαταραχών του οισοφάγου, καθώς και για τη θεραπεία και την παρακολούθηση βαριατρικών ασθενών. Στο τμήμα μας, πραγματοποιούνται περιοριστικές και δυσαπορροφητικές βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις, καθώς και αναθεωρητικές χειρουργικές επεμβάσεις λόγω επιπλοκών από προηγούμενη βαριατρική χειρουργική επέμβαση. Ένας αριθμός υποψήφιων για βαριατρική χειρουργική επέμβαση υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική γαστροσκόπηση/24ωρη μέτρηση pH/μανομετρία, καθώς και σε επανάληψη αυτών ένα χρόνο μετά την επέμβαση. Τα αποτελέσματά τους χρησιμοποιούνται για την ανάδειξη παθολογίας του γαστρεντερικού σωλήνα, την επιβεβαίωση της προεπιλεγμένης χειρουργικής επέμβασης ή την αλλαγή του χειρουργικού σχεδίου. Η επανάληψη των εξετάσεων κατά το 1ο έτος μετά την επέμβαση στοχεύει στην ανάδειξη οποιασδήποτε προϋπάρχουσας διαταραχής ή επιδείνωσης ως αποτέλεσμα βαριατρικής χειρουργικής επέμβασης. Μέχρι στιγμής, 25 ασθενείς υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική 24ωρη μελέτη pH και μανομετρία και σε 8 από αυτούς χρειάστηκε να αλλάξουμε το προεγχειρητικό μας σχέδιο από SG σε RYGB.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 78 ασθενείς υποβλήθηκαν σε EGD πριν από βαριατρική χειρουργική επέμβαση μεταξύ 2023 και 2025. Μεταξύ αυτών, το 32% (n=25) υποβλήθηκε σε προεγχειρητική πεχαμετρία λόγω συμπτωμάτων καύσους και ΓΟΠ και ορισμένοι τυχαία χωρίς να αναφέρουν συμπτωματολογία. Διαπιστώθηκε μη φυσιολογική έκθεση του οισοφάγου σε οξύ με βάση τη βαθμολογία DeMeester σε 8 από τους 25 ασθενείς στους οποίους το αρχικό σχέδιο ήταν η επιμήκης γαστρεκτομή. Η συσχέτιση των συμπτωμάτων δεν ήταν πολύ σαφής σε αυτούς τους ασθενείς με ελάχιστη ή καθόλου καούρα και πόνο. Συνολικά, το 32% των ασθενών είχαν αλλαγή στην αρχικά προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση από SG σε γαστρική παράκαμψη Roux-en-Y (RYGB) με βάση τα ευρήματα της μελέτης pH. Ο μέσος όρος DeMeester 48 ωρών για όσους είχαν αλλαγή στην χειρουργική επέμβαση ήταν 44. Οι υπόλοιποι 17 ασθενείς δεν είχαν αλλαγή στην αρχική απόφαση μετά τη μελέτη pH, η οποία ήταν είτε RYGB για τους συμπτωματικούς ασθενείς είτε SG για τους ασυμπτωματικούς. Σε αυτούς τους 17 ασθενείς τα αποτελέσματα αντιστοιχούσαν στα συμπτώματά τους, αυτοί που ήταν επιλέξιμοι για RYGB είχαν αρχικά μέσο όρο βαθμολογίας DeMeester 78 και αυτοί για SG 16,2.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η χρήση της παρακολούθησης του pH προεγχειρητικά στην αξιολόγηση της βαριατρικής χειρουργικής μπορεί να ανιχνεύσει ασυμπτωματικούς ασθενείς με μη διαβρωτική γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) που μπορεί να ωφεληθούν από RYGB αντί για SG. Η αλλαγή στη χειρουργική αντιμετώπιση ήταν υψηλή (32%) στη μελέτη μας. Αυτό υποδηλώνει ότι η ίδια η ενδοσκόπηση μπορεί να είναι αναξιόπιστη για τον αποκλεισμό της ΓΟΠ σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών. Η χρήση της προεγχειρητικής πεχαμετρίας και η σύσταση για RYGB σε ασθενείς με θετικό αποτέλεσμα, μπορεί να μειώσει de novo την ΓΟΠ στο 2,3% με βάση κάποιες μελέτες. Δεδομένου του επιπολασμού της ΓΟΠ σε ασθενείς με παχυσαρκία αλλά και των διαφορετικών αποτελεσμάτων ανάλογα με τον τύπο της επέμβασης, ο εντοπισμός προεγχειρητικών παραγόντων που σχετίζονται με χειρότερα αποτελέσματα ειδικά για τη ΓΟΠΝ μετά από χειρουργική επέμβαση θα βοηθήσει στην παροχή συμβουλών, στην κοινή λήψη αποφάσεων και στην καθοδήγηση της χειρουργικής επιλογής. Οι ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία μπορεί να έχουν ασυμπτωματική νόσο ΓΟΠ, η οποία μπορεί να ανιχνευθεί μόνο με πεχαμετρία. Από την άλλη πλευρά, αυτό έχει αρκετούς περιορισμούς όσον αφορά το κόστος και τη διαθεσιμότητα της εξέτασης. Ένας μεγάλος περιορισμός της μελέτης μας είναι ο μικρός αριθμός, αλλά περισσότερες μελέτες πρόκειται να έρθουν στο εγγύς μέλλον.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Χρειάζονται περισσότερες προοπτικές μελέτες και τυχαιοποιημένες δοκιμές με μεγάλο αριθμό ασθενών για να καθοριστεί οριστικά η καλύτερη προσέγγιση για την πρόβλεψη των αποτελεσμάτων σχετικά με τη ΓΟΠ μετά από βαριατρική επέμβαση και να καθοριστεί ο ρόλος της πεχαμετρίας σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών.

REFERENCES

1. Guilherme M. Campos, M.D., Ph.D., F.A.S.M.B.S., F.A.C.S.a, Guilherme S. Mazzini, M.D., Ph.D., Maria S. Altieri, M.D., M.S.b, Salvatore Docimo, Jr., D.O., F.A.S.M.B.S., F.A.C.S.c, Eric J. De Maria, M.D., F.A.S.M.B.S., F.A.C.S.b, Ann M. Rogers, M.D., F.A.S.M.B.S., F.A.C.S.d, Onbehalf of the Clinical Issues Committee of the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. ASMBS position statement on the rationale for performance of upper gastrointestinal endoscopy before and after metabolic and bariatric surgery.
2. Heithem Soliman & Muriel Coupaye & Boris Cohen-Sors & Caroline Gorbatchef & Marie Dior & Nicoleta Nebunu & Sofya Latrache & Maude Le Gall & André Bado & Séverine Ledoux & Benoit Coffin & Henri Duboc.

Do Preoperative Esophageal pH Monitoring and High-Resolution Manometry Predict Symptoms of GERD After Sleeve Gastrectomy? Published online: 20 April 2021 Obesity Surgery (2021) 31:3490–3497

3. Eponina Maria de Oliveira LEMME, Angela Cerqueira ALVARIZ and Guilherme Lemos Cotta PEREIRA Esophageal functional disorders in the pre-operatory evaluation of bariatric surgery Received: 28 September 2020 doi.org/10.1590/S0004-2803.202100000-34
4. Salvatore Tolone & Edoardo Savarino & Nicola de Bortoli & Marzio Frazzoni & Leonardo Frazzoni & Vincenzo Savarino & Ludovico Docimo Esophageal High-Resolution Manometry Can Unravel the Mechanisms by Which Different Bariatric Techniques Produce Different Reflux Exposures Published online: 16 October 2019 https://doi.org/10.1007/s11605-019-04406-7 Journal of Gastrointestinal Surgery (2020)
5. Priya Sharma, Fady Youssef, Madeline Greytak, Ryan Broderick, Garth Jacobsen, Santiago Horgan, Rena Yadlapati. Esophageal Pathology in Asymptomatic and Symptomatic Patients with Obesity Undergoing Evaluation for Bariatric Surgery. Journal of Gastrointestinal Surgery (2022)
6. Benjamin D. Rogers, Michael Bennett, Paul Hobbs, Shaina R. Eckhouse, J. Chris Eagon, and C. Prakash Gyawali. Esophageal Physiologic Testing of Obese Subjects as a Part of Bariatric Surgery Planning DOI: 10.1177/26345161211027555
7. Mohamed Merrouche; Jean-Marc Sabaté; Pauline Jouet; Florence Harnois; Stefano Scaringi; Benoit Coffin; Simon Msika Gastro-Esophageal Reflux and Esophageal Motility Disorders in Morbidly Obese Patients before and after Bariatric Surgery Obesity Surgery, 17, 894-900
8. J Côté-Daigneault, P Leclerc, J Joubert, M Bouin. High prevalence of esophageal dysmotility in asymptomatic obese patients. Can J Gastroenterol Hepatol 2014;28(6):311-314.
9. François Mion & Salvatore Tolone & Aurélien Garros & Edoardo Savarino & Elise Pelascini & Maud Robert & Gilles Poncet & Pierre-Jean Valette & Sophie Marjoux & Ludovico Docimo & Sabine Roman. High-resolution Impedance Manometry after Sleeve Gastrectomy: Increased Intragastric Pressure and Reflux are Frequent Events OBES SURG (2016) DOI 10.1007/s11695-016-2127-y
10. Andrea Balla & Francesca Meoli & Livia Palmieri & Diletta Corallino & Maria Carlotta Sacchi & Emanuela Ribichini &Diego Coletta3 & Annamaria Pronio & Danilo Badiali & Alessandro M. Paganini Manometric and pH-monitoring changes after laparoscopic sleeve gastrectomy: a systematic review Published online: 14 April 2021 doi.org/10.1007/s00423-021-02171-3 Langenbeck's Archives of Surgery (2021)
11. Ivan Kristo & Matthias Paireder & Gerd Jomrich & Daniel M. Felsenreich & Milena Nikolic & Felix B. Langer &Gerhard Prager & Sebastian F. Schoppmann Modern Esophageal Function Testing and Gastroesophageal Reflux Disease in Morbidly Obese Patients Published online: 14 June 2019 doi.org/10.1007/s11695-019-04020-1
12. Rhys Kavanagh · Jessica Smith· Umair Bashir · Dana Jones· Emily Avgenakis· Peter Nau Optimizing bariatric surgery outcomes: a novel preoperative protocol in a bariatric population with gastroesophageal refux disease Surgical Endoscopy doi.org/10.1007/s00464-019-06934-4
13. Alexander T. Miller, MD, Reem Matar , Barham K. Abu Dayyeh, MD, MPH, Azizullah Beran, MBBCh, Marcelo F. Vela, MD Brian E. Lacy, MD, PhD, Michael D. Crowell, PhD, Debra M. Geno, Crystal J. Lavey, David A. Katzka, MD and Karthik Ravi, MD Postobesity Surgery Esophageal Dysfunction: A Combined Cross-Sectional Prevalence Study and Retrospective Analysis
14. Daniel Navarin & Carlos Augusto S. Madalosso & Alexandre P. Tognon & Fernando Fornari &Fábio R. Barão & Richard R. Gurski Predictive Factors of Gastroesophageal Reflux Disease in Bariatric Surgery: a Controlled Trial Comparing Sleeve Gastrectomy with Gastric Bypass doi.org/10.1007/s11695-019-04286-5
15. Antonio Carlos VALEZI , Fernando Augusto HERBELLA, Jorge MALI-JUNIOR Mariano de Almeida MENEZES, Mário LIBERATTI , Rafael Onuki SATO PREOPERATIVE MANOMETRY FOR THE SELECTION OF OBESE PEOPLE CANDIDATE TO SLEEVE GASTRECTOMY DOI: /10.1590/0102-6720201700030013
16. J. H. Schneider & M. Küper & A. Königsrainer & B. Brücher Transient Lower Esophageal Sphincter Relaxation in Morbid Obesity OBES SURG (2009) DOI 10.1007/s11695-009-9809-7

17. Impact of Esophageal Wireless pH Monitoring in the Preoperative Bariatric Surgery Evaluation.Melendez-Rosado, Jose MD; Schneider, Alison MD; Menzo, Emanuele Lo MD, PhD; Rosenthal, Raul MD .American Journal of Gastroenterology 112():p S586-S587, October 2017.
18. Contemporary esophageal physiological testing for primary esophageal motility disorder (PEMD) and gastroesophageal reflux disease (GERD) before bariatric surgery: A systematic literature review Muhammed Ashraf Memon, Khorshed Alam, Zahirul Hoque, Shahjahan Khan.

ΠΑ13

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ ΜΙΑΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΜΗΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΤΗ ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ ΚΑΤΑ ROUX-EN-Y ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Παναγιώτης Λαΐνας[1], Sonja Chiappetta[2], Radwan Kassir[3], Alfonso Bosco[2], Xavier Giudicelli[4], Maissa Safieddine[5], Mohammad Kermansaravi[6]

[1]Κέντρο Χειρουργικής Νοσογόνου Παχυσαρκίας & Μεταβολικών Νοσημάτων, Metropolitan Hospital, Νέο Φάληρο, Ελλάδα, [2]Department of General Surgery, Center of Excellence for Bariatric and Metabolic Surgery, Ospedale Evangelico Betania, Naples, Italy, [3]Department of General Surgery, The View Hospital, Doha, Qatar, [4]Department of Hepatobiliary & Digestive Surgery, Rennes University Hospital, Rennes, France, [5]Clinical Research Center, Faculty of Medicine, Saint Joseph University, Beirut, Lebanon, [6]Department of Surgery, Division of Minimally Invasive and Bariatric Surgery, Minimally Invasive Surgery Research Center, Hazrat-E Fatemeh Hospital, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο παγκόσμιος επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2) αυξάνεται παράλληλα με την παχυσαρκία. Η γαστρική παράκαμψη μίας αναστόμωσης (OAGB) θεωρείται αποτελεσματική θεραπεία για την αντιμετώπιση τόσο του ΣΔΤ2 όσο και της παχυσαρκίας.
ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση αποτελεσματικότητας της OAGB σε σύγκριση με την επιμήκη γαστρεκτομή (SG) και τη γαστρική παράκαμψη κατά Roux-en-Y (RYGB) για τη θεραπεία του ΣΔΤ2, με βάση δεδομένα αποκλειστικά από τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες (RCTs).
ΜΕΘΟΔΟΙ: Διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση των δημοσιευμένων RCTs που συγκρίνουν OAGB με RYGB ή SG (ομάδα ελέγχου) σε ασθενείς με ΣΔΤ2. Πρωτεύοντα τελικά σημεία της μελέτης ήταν τα ποσοστά ίασης ΣΔΤ2 και απώλειας υπερβάλλοντος βάρους στο 1ο και 5ο μετεγχειρητικόέτος.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αρχικά εντοπίστηκαν 39 δημοσιεύσεις, από τις οποίες 8 RCTs κρίθηκαν κατάλληλες για ένταξη στη μετα-ανάλυση, με συνολικά 636 ασθενείς (311 OAGB, 122 RYGB και 203 SG). Τα κύρια ευρήματα της μετα-ανάλυσης ήταν: 1) Υψηλότερο ποσοστό %EWL στο 1ο μετεγχειρητικό έτος υπέρ της OAGB σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($p=0,04$). 2) Υψηλότερο ποσοστό %EWL στο 5ο μετεγχειρητικό έτος υπέρ της OAGB ($p<0,01$). 3) Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο ποσοστό ίασης ΣΔΤ2 στο 1ο μετεγχειρητικό έτος ($p=0,14$). 4) Κατά 28% υψηλότερο ποσοστό ίασης ΣΔΤ2 στο 5ο μετεγχειρητικό έτος υπέρ της OAGB ($p<0,01$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η OAGB παρουσίασε στατιστικά σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τη RYGB και την SG όσον αφορά την ίαση του ΣΔΤ2 και την απώλεια υπερβάλλοντος βάρους στο 5ο ΜΤΧ έτος. Απαιτούνται περαιτέρω παθοφυσιολογικές μελέτες ώστε να καθοριστεί η πλέον αποτελεσματική βαριατρική επέμβαση για ασθενείς με ΣΔΤ2 και παχυσαρκία.

ΠΑ14

ΧΟΛΟΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗ ΕΚΤΡΟΠΗ ΜΕ ΕΠΙΜΗΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΟ-ΕΙΛΕΪΚΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ (SASI BIPARTITION) ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΓΟΝΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ: ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 85 ΑΣΘΕΝΩΝ

Παναγιώτης Λαΐνας[1,2], Ορέστης Λύρος[1], Αλεξάνδρα Παπανικολάου[1], Κατερίνα Αυγερινού[1], Ιφιγένεια Αυγουστή[1], Αγγελική Γερωνύμου[1], Άννα Κεχαγιά[1], Ειρήνη Λαφατζή[1], Μιλτιάδης Περδικάκης[1], Ευάγγελος Μενενάκος[1]

[1]Ε' Χειρουργική Κλινική, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, [2]Κέντρο Χειρουργικής Νοσογόνου Παχυσαρκίας & Μεταβολικών Νοσημάτων, Metropolitan Hospital, Νέο Φάληρο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νοσογόνος παχυσαρκία αυξάνεται ραγδαία παγκοσμίως, με τη βαριατρική χειρουργική να αποτελεί την πιο αποτελεσματική θεραπεία. Η χολοπαγκρεατική εκτροπή με επιμήκη γαστρεκτομή και γαστρο-ειλεϊκή αναστόμωση (SASIbipartition–SASI-B) προσφέρει τα πλεονεκτήματα τόσο περιοριστικών όσο και δυσαπορροφητικών επεμβάσεων. Ωστόσο, τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα παραμένουν περιορισμένα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της λαπαροσκοπικής SASI-B σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία, με μετεγχειρητική παρακολούθησητουλάχιστον ενός έτους.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Προοπτικά συλλεχθένταπεριεγχειρητικά δεδομένα 85 διαδοχικών ασθενώνπου υποβλήθηκαν σε SASI-B σε εξειδικευμένο κέντρο μεταβολικής/βαριατρικής χειρουργικής αναλύθηκαν αναδρομικά. Μελετήθηκαν προεγχειρητικά χαρακτηριστικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά δεδομένα, επιπλοκές, διάρκεια νοσηλείας και παρακολούθηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν 40 έτη (17–61) και ο διάμεσος ΔΜΣ 53,4kg/m^2 (35,5–78,6). Η διάμεση διάρκεια επέμβασης ήταν 85 λεπτά (50–170) με ελάχιστη απώλεια αίματος. Διαφυγή από τη γραμμή συρραφής παρουσιάστηκε σε 2 ασθενείς (2,3%) και αντιμετωπίστηκε με ενδοσκόπηση και αντιβιοτικά ή λαπαροσκοπική επανεπέμβαση. Δεν καταγράφηκε θνητότητα. Η διάμεση νοσηλεία ήταν 3 ημέρες (1–8). Ο διάμεσος ΔΜΣ μειώθηκε σε 37,5 και 31,9 kg/m^2 στους 6 και 12 μήνες αντίστοιχα ($p < 0{,}001$), με μέση απώλεια 79,1% του υπερβάλλοντος βάρους στον έναν χρόνο. Σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε σε συνοδάνοσήματα: ΣΔτ2: 86,9% (20/23), υπέρταση: 80% (16/20), δυσλιπιδαιμία: 79,4% (31/39), υπνική άπνοια: 90,5% (19/21).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει ότι η λαπαροσκοπική SASI-B είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική βαριατρική επέμβαση για ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία, με σημαντική απώλεια βάρους και βελτίωση συνοδών νοσημάτων.Απαιτούνται μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες για περαιτέρω τεκμηρίωση και σύγκριση της τεχνικής αυτής με άλλες καθιερωμένες βαριατρικές επεμβάσεις.

ΠΑ15

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΥΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΥΡΡΑΦΗΣ ΜΕ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΙΜΟ ΒΙΟΫΛΙΚΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΕΠΙΜΗΚΟΥΣ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗΣ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΣΗ ΚΑΤΑ PROPENSITY SCORE

Ευαγγελία Τριανταφύλλου[1,2], Radwan Kassir[3], Carmelisa Dammaro[1,4], Maissa Safieddine[5], Niaz Devaquet[1], Ibrahim Dagher[1], Παναγιώτης Λαΐνας[1,2]

[1]Department of Minimally Invasive Digestive Surgery, Antoine-Béclère Hospital, Paris-Saclay University, Clamart, Paris, France, [2]Κέντρο Χειρουργικής Νοσογόνου Παχυσαρκίας & Μεταβολικών Νοσημάτων, Metropolitan Hospital, Νέο Φάληρο, Ελλάδα, [3]Department of Digestive and Bariatric Surgery, The View hospital, Doha, Qatar, [4]Department of General Surgery, Antonio Perrino Hospital, Brindisi, Italy, [5]Methodological Support Unit, INSERM, CIC1410, CHU Felix-Guyon, St-Denis, La Reunion, France

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Δύο από τις πιο σοβαρές επιπλοκές της λαπαροσκοπικής επιμήκους γαστρεκτομής (LSG) είναι η αιμορραγία και η διαφυγή γαστρικής γραμμής συρραφής.
ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της πλήρους ενίσχυσης της γαστρικής γραμμής συρραφής με απορροφήσιμο βιοϋλικό σε ασθενείς που υποβάλλονται σε LSG.
ΜΕΘΟΔΟΙ: Δεδομένα ασθενών που υποβλήθηκαν σε LSG συλλέχθηκαν προοπτικά και αναλύθηκαν αναδρομικά. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: i) πλήρης ενίσχυση γραμμής συρραφής με απορροφήσιμοβιοϋλικό (Seamguard®) και περιεγχειρητικό έλεγχο αρτηριακής πίεσης, ii) χωρίς ενίσχυση και με περιεγχειρητικό έλεγχο αρτηριακής πίεσης. Έγινε προσαρμογή με propensity score βάσει παραγόντων που επηρεάζουν τις μετεγχειρητικές επιπλοκές της LSG.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αντιστοιχήθηκαν 439 ασθενείς ανά ομάδα, με παρόμοια προεγχειρητικά χαρακτηριστικά. Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ελαττώθηκε σημαντικά όταν χρησιμοποιήθηκε ενίσχυση (84 έναντι 104 λεπτών, $p<0.001$). Η διεγχειρητική απώλεια αίματος ήταν παρόμοια. Μετεγχειρητική αιμορραγία παρατηρήθηκε σε 17 ασθενείς (3,9%) στην ομάδα χωρίς ενίσχυση, ενώ δεν παρατηρήθηκε κανένα περιστατικό στην ομάδα με ενίσχυση ($p<0.001$). Η διαφυγή γραμμής συρραφής του στομάχου μειώθηκε στην ομάδα με ενίσχυση (1,4% έναντι 3,4%), χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα ($p=0.07$). Επανεγχείρηση απαιτήθηκε σε δύο ασθενείς (0,4%) της ομάδας με ενίσχυση, έναντι 24 ασθενών (5,4%) της ομάδας άνευ ενίσχυσης ($p<0.001$). Η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα με ενίσχυση ($p=0.044$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλήρης ενίσχυση της γαστρικής γραμμής συρραφής με Seamguard® σε συνδυασμό με τον περιεγχειρητικό έλεγχο αρτηριακής υπέρτασης οδηγεί σε σημαντική μείωση της αιμορραγίας, του ποσοστού επανεγχείρησης και της διάρκειας νοσηλείας, καθώς και σε μη στατιστικά σημαντική μείωση της συχνότητας διαφυγής γραμμής συρραφής σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία που υποβάλλονται σε LSG.

ΠΑ16

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΣΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΙ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΠΛΟΥΣΙΟΥ ΣΕ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΦΥΓΩΝ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΥΡΡΑΦΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟΕΠΙΜΗΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ

Ευαγγελία Τριανταφύλλου[1,2], Imed Ben Amor[3], Victor Temime[3], Hichem Chenaitia[3], Dorith Benamran[3], Geoffrey Vanbiervliet[3], Ibrahim Dagher[1], Jean Gugenheim[3], Παναγιώτης Λαΐνας[1,2]

[1]Department of Minimally Invasive Digestive Surgery, Antoine-Béclère Hospital, Paris-Saclay University, Clamart, Paris, France, [2]Κέντρο Χειρουργικής Νοσογόνου Παχυσαρκίας & Μεταβολικών Νοσημάτων, MetropolitanHospital, Νέο Φάληρο, Ελλάδα, [3]Department of Digestive Surgery, Archet II Hospital, University of Nice-Sophia-Antipolis, Nice, France

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αντιμετώπιση διαφυγών γαστρικής γραμμής συρραφής μετά από λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρεκτομή (LSG) παραμένει μια πρόκληση. Η αναγεννητική ιατρική κερδίζει έδαφος στην επιταχυνόμενη αποκατάσταση κατεστραμμένων ιστών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της πρώτης σειράς ασθενών που υποβλήθηκαν σε θεραπεία γαστρικής διαφυγής μετά από LSG μέσω ενδοσκοπικής ενδογαστρικής χορήγησης συνδυασμού αυτόλογων μεσεγχυματικών βλαστικών κυττάρων (MSC) και πλάσματος πλούσιου σε αιμοπετάλια (PRP).

ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι τεχνικές συλλογής MSC-PRP και η ενδοσκοπική χορήγησή τους περιγράφονται αναλυτικά. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν προοπτικά. Πρωτεύοντα τελικά σημεία της μελέτης ήταν τα ποσοστά νοσηρότητας/θνησιμότητας και ο χρόνος σύγκλεισης της διαφυγής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπεριλήφθηκαν δώδεκα ασθενείς με διάμεση ηλικία 41,5 έτη, διάμεσο βάρος 105,5kg και διάμεσο ΔΜΣ 38,9kg/m^2. Η διαφυγή γραμμής συρραφής ανιχνεύθηκε κατά μέσο όρο 10 ημέρες μετά την LSG. Η διάμεση χρονική περίοδος μεταξύ επανεπέμβασης και χορήγησης MSC-PRP ήταν 5 ημέρες. Η ενδοσκοπική χορήγηση MSC-PRP ήταν επιτυχής, με διάμεση διάρκεια 27 λεπτών και ελάχιστη απώλεια αίματος. Καταγράφηκαν τέσσερις επιπλοκές: δύο ασθενείς με άλγος κνήμης (σημείο παρακέντησης), ένας με αιμάτωμα κνήμης και ένας με επιγαστρικό άλγος/δυσφαγία. Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν 1 ημέρα. Η επούλωση επήλθε σε 14 ημέρες, με δύο ασθενείς να χρειάζονται δεύτερη ενδοσκοπική έγχυση MSC-PRP. Η διάμεση παρακολούθηση ήταν 19 μήνες με όλους τους ασθενείς να είναι υγιείς στην τελευταία επικοινωνία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδοσκοπική χορήγηση συνδυασμού αυτόλογων MSC και PRP αποτελεί μια καλή επιλογή για τη θεραπεία γαστρικών διαφυγών μετά από LSG. Πρόκειται για μια διαδικασία που θα πρέπει να πραγματοποιείται σε εξειδικευμένα βαριατρικά κέντρα από έμπειρους βαριατρικούς χειρουργούς και ενδοσκόπους, κατόπιν προσεκτικής επιλογής των ασθενών.

ΠΑ17

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ANTI-XA ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΤΙΝΖΑΠΑΡΙΝΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Αθανάσιος Παντελής, Δημήτρης Λαπατσάνης
Χειρουργική Κλινική Παχυσαρκίας και Μεταβολικών Νοσημάτων, Ιατρικό Κέντρο Ψυχικού, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πνευμονική εμβολή παραμένει σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας μετά από μεταβολική βαριατρική χειρουργική (ΜΒΧ). Παρά τη συνήθη θρομβοπροφύλαξη, η χορήγηση σταθερής δόσης αντιπηκτικών μπορεί να είναι ανεπαρκής για ασθενείς με αυξημένο ΔΜΣ, οδηγώντας σε υποθεραπευτικά επίπεδα anti-Xa.
ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της επάρκειας της δοσολογίας τινζαπαρίνης ανάλογα με το σωματικό βάρος στη θρομβοπροφύλαξη ασθενών που υποβάλλονται σε ΜΒΧ.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση προοπτικά συλλεγμένων δεδομένων από 30 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΜΒΧ. Η δόση της τινζαπαρίνης προσαρμόστηκε ανάλογα με την κατηγορία σωματικού βάρους. Τα επίπεδα anti-Xa μετρήθηκαν την 3η μετεγχειρητική ημέρα, 4 ώρες μετά τη χορήγηση. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο: ποσοστό επίτευξης στόχου (0.08–0.30 IU/mL). Δευτερεύοντα: συχνότητα υπο- ή υπερθεραπευτικών επιπέδων και επιπλοκές.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 30 ασθενείς (63,3% γυναίκες, διάμεσος ΔΜΣ: 45,1 kg/m^2), 36,7% ανήκαν στις κατηγορίες ≤120 kg και 121–160 kg, και 26,7% >160 kg. Βέλτιστα επίπεδα anti-Xa παρατηρήθηκαν στο 90,9% της ομάδας 121–160 kg. Υποθεραπευτικά επίπεδα καταγράφηκαν σε δύο ασθενείς και οδήγησαν σε αύξηση της δόσης. Καμία θρομβωτική ή αιμορραγική επιπλοκή δεν παρατηρήθηκε εντός 90 ημερών.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μεσαία κατηγορία βάρους (121–160 kg) εμφάνισε τα υψηλότερα ποσοστά επαρκών επιπέδων anti-Xa (90,9%), ενώ η ομάδα ≤120 kg είχε τα περισσότερα υπερθεραπευτικά επίπεδα (36,4%) και η ≥161 kg τα περισσότερα υποθεραπευτικά (12,5%). Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της παρακολούθησης anti-Xa για την ατομική προσαρμογή της αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς ΜΒΧ.

ΠΑ18

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΓΑΣΤΡΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΝΑ ΕΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ SASI: ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΥΨΗΛΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑ ΚΑΙ 24ΩΡΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ PH-IMPEDANCE

Αθανάσιος Παντελής[1], Τάνια Τριανταφύλλου[2], Δημήτρης Λαπατσάνης[1], Δημήτριος Θεοδώρου[2]

[1]Χειρουργική Κλινική Παχυσαρκίας και Μεταβολικών Νοσημάτων, Ιατρικό Κέντρο Ψυχικού, Αθήνα, [2]Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Μονάδα Χειρουργικής Ανωτέρου Πεπτικού, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επέμβαση SASI (Single Anastomosis Sleevel leal procedure) συνδυάζει περιοριστικούς και υποαπορροφητικούς μηχανισμούς και κερδίζει έδαφος ως μεταβολική επέμβαση. Ωστόσο, η επίδρασή της στην οισοφαγογαστρική φυσιολογία παραμένει αδιευκρίνιστη.
ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της οισοφαγικής κινητικότητας και της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης ένα έτος μετά από SASI, μέσω υψηλής ανάλυσης μανομετρίας (HRM) και 24ωρης καταγραφής pH-impedance.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Δώδεκα (12) ασθενείς υποβλήθηκαν σε HRM (ManoScan™ ESO) και 24ωρη καταγραφή pH-impedance (Digitrapper™) 12 μήνες μετά την επέμβαση. Καταγράφηκαν τα σκορ συμπτωμάτων, οι τιμές DeMeester, η πίεση και το μήκος του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (LES), η ακεραιότητα της περισταλτικότητας και η έκθεση σε οξύ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δύο ασθενείς ανέφεραν μετεγχειρητική παλινδρόμηση, οι υπόλοιποι ήταν ασυμπτωματικοί. Η μέση πίεση LES ήταν 45,6 mmHg, με μέση πίεση ηρεμίας 14,8 mmHg και μέσο μήκος LES 2,7 cm. Φυσιολογική περισταλτικότητα παρατηρήθηκε σε 5 ασθενείς, ενώ 7 εμφάνισαν ποσοστά αναποτελεσματικής κινητικότητας έως 40%. Όλοι οι δείκτες οξύτητας και παλινδρόμησης παρέμειναν εντός φυσιολογικών ορίων. Οι περισσότερες παλινδρομήσεις ήταν ασθενώς όξινες και δεν έφταναν στον εγγύς οισοφάγο. Τα σκορ συσχέτισης συμπτωμάτων με παλινδρόμηση (SI και SAP) ήταν αρνητικά.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα προκαταρκτικά δεδομένα δείχνουν ότι η επέμβαση SASI δεν επηρεάζει σημαντικά την οισοφαγική κινητικότητα ούτε προκαλεί κλινικά σημαντική παλινδρόμηση στον ένα χρόνο. Η αυξημένη πίεση LES δε σχετίστηκε με συμπτώματα. Μεγαλύτερες σειρές ασθενών, μακροχρόνια παρακολούθηση, και προοπτικός σχεδιασμός μελετών απαιτούνται για την επιβεβαίωση της ασφάλειας της SASI σε σχέση με τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

ΠΑ19

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ - ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Αθανάσιος Παντελής, Παναγιώτα Επιφανίου, Δημήτρης Λαπατσάνης
Χειρουργική Κλινική Παχυσαρκίας και Μεταβολικών Νοσημάτων, Ιατρικό Κέντρο Ψυχικού, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μηχανική μάθηση (ML) και οι εφαρμογές τεχνητής νοημοσύνης (AI) φέρνουν επανάσταση στην Ιατρική, ιδίως στη Χειρουργική. Τα μοντέλα αυτά έχουν τη δυνατότητα να υπερτερούν έναντι των παραδοσιακών εργαλείων πρόβλεψης, ενισχύοντας τη λήψη κλινικών αποφάσεων και την ασφάλεια των επεμβάσεων μέσω βελτιωμένης επιλογής ασθενών.
ΣΚΟΠΟΣ: Η συστηματική ανασκόπηση των μελετών που χρησιμοποιούν αλγόριθμους AI/ML για την πρόβλεψη επιπλοκών μετά από μεταβολική βαριατρική χειρουργική (MBX).
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις PubMed/MEDLINE και GoogleScholar σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA. Περιλήφθηκαν πρωτογενείς μελέτες στην αγγλική γλώσσα μέχρι τον Νοέμβριο του 2024, που χρησιμοποίησαν AI/ML για την πρόβλεψη μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά από MBX. Ως μέτρο αξιολόγησης της απόδοσης των αλγορίθμων χρησιμοποιήθηκε η επιφάνεια κάτω από την καμπύλη ROC (AUROC), με τιμές >0.8 να θεωρούνται κλινικά σημαντικές.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά εντοπίστηκαν 23 μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, ταξινομημένες σε 7 κατηγορίες: γενικές επιπλοκές (34,8%), επανεισαγωγές (17,4%), αιμορραγία (4,3%), διαφυγές (4,3%), θρομβοεμβολικά επεισόδια (13,0%), διατροφικές ελλείψεις (17,4%), και λοιπές επιπλοκές όπως ΓΟΠΝ, χολολιθίαση και καρδιαγγειακά συμβάματα (MACE, 13,0%). Οι περισσότερες δημοσιεύθηκαν από το 2019 και μετά. Αναλύθηκαν συνολικά 87 αλγόριθμοι AI/ML. Παρότι αρκετές μελέτες ανέφεραν AUROC >0.7, μόνο λίγες ξεπέρασαν το 0.8, με μέγιστο το 0.94. Σημαντικοί μεθοδολογικοί περιορισμοί περιλάμβαναν την απουσία εξωτερικής επικύρωσης (validation) και την ανεπαρκή διαχείριση μη ισορροπημένων δεδομένων.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι AI/ML αλγόριθμοι υπερέχουν γενικά των παραδοσιακών μοντέλων στην πρόβλεψη μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά από MBX, ωστόσο λίγοι επιτυγχάνουν κλινικά σημαντική ακρίβεια. Η μελλοντική έρευνα πρέπει να υιοθετήσει αυστηρότερες μεθοδολογίες και να αντιμετωπίσει την ανισορροπία των δεδομένων για ευρύτερη κλινική εφαρμογή.

ΠΑ20

ΕΥΜΕΓΕΘΗΣ ΠΕΡΙΧΑΡΑΚΩΜΕΝΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΑΡΑ ΤΟ ΜΕΙΖΟΝ ΤΟΞΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ 10 ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΜΗΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Βασίλειος Χρυσόπουλος[1], Κωνσταντίνος Μηλιάς[4], Βαρβάρα Παντελίδου[2], Μαρία Κεστεκίδου[1], Γεώργιος Κουδούνας[1], Μιχαήλ Πολυζώνης[2], Κωνσταντίνος Ιωαννίδης[3]

[1]Ειδικευόμενοι Γενικής Χειρουργικής, 424 ΓΣΝΕ, [2]Επιμελητές, Α' Χειρουργική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ, [3]Διευθυντής, Α' Χειρουργική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ, [4]Ταξίαρχος ε.α., τέως Διευθυντής, Α' Χειρουργική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λαπαροσκοπική επιμήκης γαστρεκτομή αποτελεί ευρέως διαδεδομένη μέθοδο αντιμετώπισης της νοσογόνου παχυσαρκίας .Η διαφυγή από την γραμμή συρραφής αποτελεί μια σοβαρή επιπλοκή με συχνότητα 1-3%. Η συντριπτική πλειοψηφία των διαφυγών εμφανίζεται μέσα στις πρώτες 8 ημέρες από την επέμβαση αλλά έχουν αναφερθεί και καθυστερημένες (μέχρι 30 ημέρες μετεγχειρητικά).

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού καθυστερημένης εμφάνισης διαφυγής έως περιχαρακωμένη συλλογή παρά το μείζον τόξο του στομάχου ,9 έτη μετά από λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρεκτομή.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενής 59 ετών υπεβλήθη σε λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρεκτομή το 2014.Σε τυχαίο έλεγχο με αξονική τομογραφία 9έτη αργότερα, για άλλο λόγο, βρέθηκε μόρφωμα μεταξύ στομάχου και σπληνός. Ο ασθενής δεν παραπονείτο για κανένα σύμπτωμα. Έγινε λαπαροσκόπηση στην οποία το μόρφωμα φαινόταν να εξορμάται από το μείζον τόξο και εμφάνιζε στερεές συμφύσεις με τους γύρω ιστούς. Η επέμβαση μετατράπηκε σε ανοιχτή ,όπου τελικά διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για απόστημα, το οποίο εξορμάται από την γραμμή συρραφής. Τοποθετήθηκε παροχέτευση εντός του αποστήματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή. Ακολούθησε αξονική τομογραφία σε 2ο χρόνο η οποία ανέδειξε σχεδόν πλήρη υποχώρηση του αποστήματός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι όψιμες διαφυγές ενδέχεται να εμφανιστούν ως οργανωμένες ενδοκοιλιακές συλλογές ακόμα και χρόνια μετά. Η αντιμετώπιση τους ποικίλλει ανάλογα με τη θέση τους και τη σχέση τους με τις παρακείμενες ανατομικές δομές

ΠΑ21

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΝΟΣΟΓΟΝΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Βασίλειος Χρυσόπουλος[1], Βαρβάρα Παντελίδου[2], Ευάγγελος Καρμπαδάκης[1], Μιχαήλ Πολυζώνης[2], Κωνσταντίνος Μηλιάς[4], Κωνσταντίνος Ιωαννίδης[3]

[1]Ειδικευόμενοι Α' Χειρουργικής Κλινικής, 424 ΓΣΝΕ, [2]Επιμελητές, Α' Χειρουργική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ, [3]Διευθυντής, Α' Χειρουργική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ, [4]Ταξίαρχος ε.α., τέως διευθυντής, Α' Χειρουργική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νοσογόνος παχυσαρκία αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για εμφάνιση και υποτροπή κοιλιοκηλών, ενώ καθιστά και τη χειρουργική αποκατάσταση ιδιαίτερα απαιτητική.
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της χειρουργικής αντιμετώπισης συμπτωματικής ομφαλοκήλης σε ασθενή με BMI 50, καθώς και περιστατικού επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης μη ανατασσόμενης ομφαλοκήλης σε ασθενή με BMI 50 με έμφαση στις τεχνικές προσαρμογές που εφαρμόστηκαν για ασφαλή και αποτελεσματική αποκατάσταση.
ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: **Περιστατικό 1:** Ασθενής 65 ετών αιμοκαθαιρόμενη με BMI 50 υποβλήθηκε σε προγραμματισμένη αποκατάσταση ευμεγέθους ομφαλοκήλης. Μετά την ανάταξη του περιεχομένου του σάκου(μείζον επίπλουν), έγινε εκτομή του συνόλου του σάκου, καθώς και της περίσσειας δέρματος προς αποφυγή σερώματος. Τοποθετήθηκε redon στο υποδόριο. Ακολούθησε σύγκλειση του χάσματος και τοποθέτηση ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος.
Περιστατικό 2: Ασθενής 64 ετών με BMI 50 προσήλθε στο ΤΕΠ με οξύ κοιλιακό άλγος και κλινικά ευρήματα μη ανατασσόμενης ομφαλοκήλης. Υπεβλήθη σε επείγουσα λαπαροσκοπική αποκατάσταση με ανάταξη του περιεχομένου της κήλης (μείζον επίπλουν), σύγκλειση του χάσματος με Ethibond No 2 και τοποθέτηση ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος.
Και στις δύο ασθενείς έγινε πνευμοπεριτόναιο με τη χρήση βελόνας Verres και longopti view και χρησιμοποιήθηκαν longtrocar εργασίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μετεγχειρητική πορεία και των δυο ασθενών ήταν ομαλή.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λαπαροσκοπική προσπέλαση της ομφαλοκήλης σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία αποτελεί ασφαλής και αποτελεσματική επιλογή, εφόσον χρησιμοποιηθούν τα κατάλληλα trocar και ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα προς αποφυγή σερώματος το οποίο είναι πιο συχνό στους παχύσαρκους.

ΠΑ22

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 222 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ SLEEVE ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗΣ (2021–2025)

Βασιλική Νικολάου, Ευάγγελος Μπαρκολιάς, Κωνσταντίνος Ζάκκας, Αικατερίνη Τατά, Αικατερίνη Καλογεροπούλου, Πηνελόπη Θεοδώρου, Γεωργία Μακρή, Φραγκίσκος Τζαγκαράκης, Λάζαρος Παυλίδης, Βασίλειος Μπούμης, Παρασκευάς Γρίβας, Γεώργιος Μεϊμάρης

Α' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λαπαροσκοπική sleeve γαστρεκτομή (LSG) αποτελεί την πιο διαδεδομένη βαριατρική επέμβαση διεθνώς, με αποδεδειγμένα αποτελέσματα στη μακροχρόνια απώλεια βάρους και τη βελτίωση των συνοδών νοσημάτων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας της κλινικής μας από την εφαρμογή της LSG κατά την τελευταία τετραετία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύθηκαν αναδρομικά δεδομένα 222 ασθενών που υποβλήθηκαν σε LSG την περίοδο 2021–2025. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, διάρκεια νοσηλείας και προεγχειρητικός BMI.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το δείγμα περιλάμβανε 50 άνδρες (22,5%) και 172 γυναίκες (77,5%), με μέση ηλικία 40,85 έτη και μέσο προεγχειρητικό BMI 38,45 kg/m^2. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 3,86 ημέρες. Η πλειονότητα των ασθενών εξήλθε εντός 3–4 ημερών, ενώ παρατηρήθηκε μόνο μία παρατεταμένη νοσηλεία. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε λαπαροσκοπικά σε όλα τα περιστατικά. Τα ποσοστά περιεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών ήταν χαμηλά και δεν καταγράφηκε θνητότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εμπειρία μας δείχνει ότι η sleeve γαστρεκτομή αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης της νοσογόνου παχυσαρκίας, με σύντομο χρόνο νοσηλείας και χαμηλό ποσοστό επιπλοκών. Η συστηματική εφαρμογή της με τήρηση καθορισμένων πρωτοκόλλων μπορεί να προσφέρει εξαιρετικά αποτελέσματα.

ΠΑ23

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΑ ΚΑΙ ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ ΜΙΑΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ, ΑΠΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Βασιλική Γαραντζιώτη, Νικηφόρος Ρόδης, Χρήστος Αντωνόπουλος, Ελεάννα Σερράου, Γεώργιος Σκρουμπής
Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παχυσαρκία αποτελεί την πανδημία του 21ου αιώνα, πρόκειται για μια καλά μελετημένη χρόνια νόσο, της οποίας η επίπτωση στο γενικό πληθυσμό αυξάνεται και αφορά >15%. Η μεταβολική/βαριατρική χειρουργική αποτελεί την πιο αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης της νοσογόνου παχυσαρκίας και του μεταβολικού συνδρόμου. Η γαστρική παράκαμψη μιας αναστόμωσης (OAGB) αποτελεί μία ταχέως διαδιδόμενη βαριατρική επέμβαση λόγω των πολύ καλών και μακροχρόνια σταθερών αποτελεσμάτων της όσον αφορά την απώλεια βάρους και την αντιμετώπιση του μεταβολικού συνδρόμου με μικρά ποσοστά μετεγχειρητικών επιπλοκών και αναπαραγώγιμη χειρουργική τεχνική
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της κλινικής μας σε ένα δείγμα ασθενών που χειρουργήθηκαν με γαστρική παράκαμψη μιας αναστόμωσης την περίοδο 2018-2020
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την περίοδο 2018 – 2020 διενεργήθηκαν 83 γαστρικές παρακάμψεις μιας αναστόμωσης στην κλινική μας. Από το δείγμα αυτό οι 50 (60,24%) ήταν γυναίκες και οι 33 (40%) άνδρες. Η μέση ηλικία ήταν τα 39,43 χρόνια (18-66) και το BMI 53 (40 – 66). Το μέσο μήκος της χολοπαγκρεατικής έλικας ήταν στα 240 εκ (200-270). Η διάρκεια χειρουργείου 65 λεπτά (45 – 110). Κανένα περιστατικό δεν έλαβε διεγχειρητικά μετάγγιση. Όλα τα περιστατικά ξεκίνησαν σίτιση με υγρά την 1η ΜΤΧ μέρα. Η διάρκεια νοσηλείας ήταν 3,2 μέρες (3-15). Καμία διαπύηση τραύματος. Καμία κλινικά σοβαρή πνευμονική εμβολή. Δυο περιστατικά (2,4%) εμφάνισαν μετεγχειρητική αιμορραγία (ενδοαυλική) όπου στην μια περίπτωση χρειάστηκε ενδοσκοπική αιμόσταση. Ένα περιστατικό εμφάνισε διαφυγή (1,24%) η οποία αντιμετωπίστηκε με συντηρητικά μέσα. Από τα 83 περιστατικά τα 72 προσήλθαν στον τακτικό έλεγχο στην τριετία. Το %EWL(στη τριετία) ήταν 72,2 (58,8 – 89,9). Δε παρατηρήθηκε κανένα περιστατικό πρωτεϊνικής δυσθρεψίας.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα πολύ καλά βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα της γαστρικής παράκαμψης μιας αναστόμωσης σε συνδυασμό με τα μικρότερα ποσοστά μετεγχειρητικών επιπλοκών και την τεχνικά αναπαραγώγιμη τεχνική της την καθιστούν μια εξαιρετική χειρουργική τεχνική στην αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας και του μεταβολικού συνδρόμου

ΠΑ24

ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΒΑΘΟΥΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Νικόλαος Δράκος[1], Στέλλα Αντωνίου[2], Αδαμαντία Αρέθα[2], Χριστίνα Καλογεροπούλου[3], Ιωάννης Κωστάκης[1], Γεώργιος Σκρουμπής[1]

[1]Μονάδα Βαριατρικής – Μεταβολικής Χειρουργικής, Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πανεπιστήμιο Πατρών, [2]Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πανεπιστήμιο Πατρών, [3]Εργαστήριο Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πανεπιστήμιο Πατρών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της επίδρασης του βάθους του νευρομυϊκού αποκλεισμού κατά τη διάρκεια επέμβασης λαπαροσκοπικής γαστρικής παράκαμψης όσο αφορά διάφορες διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές παραμέτρους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 55 ασθενείς (28 άνδρες, 27 γυναίκες) που υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική γαστρική παράκαμψη για απώλεια βάρους τυχαιοποιήθηκαν όσο αφορά το βάθος του νευρομυϊκού αποκλεισμού (μέτριος: 28, βαθύς: 27). Καταγράφηκαν και συγκρίθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων οι διεγχειρητικές παράμετροι αερισμού, τα διεγχειρητικά και άμεσα μετεγχειρητικά ζωτικά σημεία, η ποιότητα του χειρουργικού πεδίου βάσει της κλίμακας Leiden, ο μετεγχειρητικός πόνος βάσει της κλίμακας NRS, ο όγκος και το ποσοστό ατελεκτασιών όπως μετρήθηκαν με αξονική τομογραφία θώρακος, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, ο χρόνος για αποβολή αερίων και η διάρκεια νοσηλείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το μέσο BMI ήταν 48,4 (εύρος: 36,3-64,3) και η μέση ηλικία ήταν 43,1 έτη (εύρος: 21-67). Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσο αφορά το φύλο (p=0.139), την ηλικία (p=0.908) ή το BMI (p=0.311).Η χρήση του βαθέος νευρομυϊκού αποκλεισμού συσχετίστηκε με καλύτερη ποιότητα χειρουργικού πεδίου (μέτριος: διάμεση τιμή: 3,8, βαθύς: διάμεση τιμή: 4,7, p<0.001)και με μειωμένο μετεγχειρητικό πόνο (μέτριος: μέση τιμή: 4,5, βαθύς: μέση τιμή: 3,7, p=0,032), ευρήματα που επιβεβαιώθηκαν και στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Ωστόσο, δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με τις υπόλοιπες προαναφερθείσες παραμέτρους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο βαθύς νευρομυϊκός αποκλεισμός μπορεί να προταθεί ως πρακτική έναντι του μετρίου στη λαπαροσκοπική γαστρική παράκαμψη, καθώς υπερτερεί στην ποιότητα του χειρουργικού πεδίου και στο μετεγχειρητικό πόνο, ενώ δεν υπάρχει διαφορά σε άλλες παραμέτρους.

ΠΑ25

Η ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ FIBROTICNASHINDEXΜΕΤΑ ΑΠΟ ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ ΜΙΑΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ

Έλενα Ιατράκη, Νικόλαος Δράκος, Ελλίνα Αμπάλοβ, Ιωάννης Μπουχάρας, Ιωάννης Κωστάκης, Γεώργιος Σκρουμπής

Μονάδα Βαριατρικής – Μεταβολικής Χειρουργικής, Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πανεπιστήμιο Πατρών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παχυσαρκία σχετίζεται με την ανάπτυξη ηπατικής στεάτωσης και αυτή με τη σειρά της με ηπατική ίνωση και κίρρωση.
ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της μεταβολής του δείκτη ηπατικής ίνωσης Fibrotic NASH Index (FNI) μετά από βαριατρικές επεμβάσεις.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Συμπεριλάβαμε 211 ασθενείς (81 άνδρες, 130 γυναίκες) που υπεβλήθησαν σε γαστρική παράκαμψη μίας αναστόμωσης από έναν χειρουργό σε διάρκεια 11 ετών. Μετρήθηκαν ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) και το ποσοστό σωματικού λίπους (ΠΣΛ) και διενεργήθηκαν βασικές αιματολογικές εξετάσεις βάσει των οποίων υπολογίστηκε ο δείκτης FNI στους 1, 3, 6 και 12 μήνες μετεγχειρητικά. Για την αξιολόγηση της παρουσίας σημαντικής ηπατικής ίνωσης χρησιμοποιήθηκε το όριο FNI ≥0,3 βάσει βιβλιογραφίας.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το μέσο προεγχειρητικό BMI ήταν 49,2 kg/m^2 (εύρος: 34,7-65,1). Παρατηρήθηκε σταδιακή ελάττωση του BMI ($p<0,001$), του ΠΣΛ ($p<0,001$) και του FNI ($p<0,001$). Υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ της μεταβολής του BMI και του ΠΣΛ σε όλα τα διαστήματα παρακολούθησης, χωρίς αντίστοιχη συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβολή του FNI και του BMI ή του ΠΣΛ. Ωστόσο, σύμφωνα με το δείκτη FNI υπήρξε μείωση του ποσοστού των ασθενών με σημαντική ηπατική ίνωση κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης (1 μήνας: 49,4%, 3 μήνες: 24,7%, 6 μήνες: 7,3%, 12 μήνες: 5,5%) ($p<0,001$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:Η ηπατική ίνωση βελτιώνεται σε σημαντικό βαθμό μετά από γαστρική παράκαμψη μίας αναστόμωσης και η μεταβολή αυτή επιτυγχάνεται εντός των πρώτων 6 μηνών, χωρίς ωστόσο να εξηγείται μόνο από την ελάττωση του BMI ή του ΠΣΛ.

ΠΑ26

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΗΣ ΙΝΔΟΚΥΑΝΙΝΗΣ (ICG) ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΜΗΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ

Φώτιος Σερέτης, Κωνσταντίνος Πολυζώης, Μαρία Μπρακούλια, Νικόλαος Μάμιδας, Νικόλαος Μαμάκος, Βασιλική Σταματούκου, Δέσποινα Ιορδανίδη, Αθανάσιος Πρεκετές, Μαρία Ηλιοπούλου, Ελένη Ρακά, Μιχαήλ Ψαρολόγος, Μαρία Σωτηροπούλου, Κωνσταντίνος Κωνσταντουδάκης, Νικόλαος Καπετανόπουλος, Βασίλειος Δρακόπουλος, Στυλιανός Καπίρης

Γ' ΧειρουργικόΤμήμα, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διαφυγή μετά από λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρεκτομή (LSG) αποτελεί την σοβαρότερη επιπλοκή και συχνά οφείλεται σε ισχαιμία. Η εκτίμηση της αιμάτωσης του στομάχου μέσω του πρασίνου της ινδοκυανίνης αποτελεί υποσχόμενη μέθοδο στην μείωση του ποσοστού διαφυγών.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση της εμπειρίας της κλινικής σε ασθενείς που πραγματοποιήθηκε LSG με διεγχειρητική αξιολόγηση της αιμάτωσης του στομάχου μέσω του ICG.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ: 20 ασθενείς υπεβλήθησαν σε LSG με διεγχειρητική εκτίμηση της αιμάτωσης του στομάχου με την χρήση του πράσινου της ινδοκυανίνης και του υπέρυθρου φωτός από τον 3/2025 έως και τον 8/2025. 14 γυναίκες και 6 άνδρες, ενώ οι καπνιστές ήταν 12. Ο μέσος χρόνος ηλικίας των ασθενών ήταν 42,3 ετών ενώ το μέσο BMI 44 kg/m2. Με την ολοκλήρωση της διατομής του στομάχου εγχύονται 3ccICG ενδοφλεβίως και αξιολογείται όλο το μήκος της γραμμής διατομής με την χρήση της κάμερας υπέρυθρου φωτός (IR), ενώ όπου κριθεί απαραίτητο εγχύονται επικουρικά επιπλέον 2.5 cc.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν περί τα 130 λεπτά, ενώ σημειώνεται αύξηση του διεγχειρητικού χρόνου κατά 2 λεπτά με την διενέργεια ICG αγγειογραφίας. Η αιμάτωση του γαστρικού σωλήνα και όλου του μήκους της γραμμής διατομής κρίθηκε επαρκής σε όλους τους ασθενείς και δεν σημειώθηκαν περιεγχειρητικές επιπλοκές. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν εξιτήριο χωρίς συμβάματα με μέσο όρο νοσηλείας τις 4.3 ημέρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αυξανόμενη χρήση του ICG στη LSG και στη μεταβολική χειρουργική αποτελεί μια απλή και φθηνή μέθοδο αξιολόγησης της αιμάτωσης των ιστών με ενθαρρυντικά αποτελέσματα στην μείωση των ποσοστών διαφυγών και της νοσηρότητας των ασθενών.

ΠΑ27

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Μαρία Μεϊτανίδου, Αϊχάν Μπόζογλου, Μιχαήλ Σαββίδης, Δημοσθένης Κούππας, Θέμις Αναστασία Ταταρίδου, Ευάγγελος Τσαβδαρίδης, Βασιλική Χατζόγλου, Αντρέας Συμεού, Αδαμαντία Σεϊτανίδου, Στυλιανή Τριανταφυλλίδου, Σπυρίδων Καπούλας, Ιωάννης Γαλάνης

Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μετεγχειρητική διαχείριση ασθενών που υποβάλλονται σε μεταβολικές επεμβάσεις παίζει σημαντικό ρόλο στον περιορισμό της νοσηρότητας και παρουσιάζει ιδιαιτερότητες λόγω των ανατομικών και μεταβολικών αλλαγών που επέρχονται. Η ανάγκη για ταχεία κινητοποίηση, πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων, γλυκαιμικό έλεγχο και διατροφική υποστήριξη καθιστά απαραίτητη την ύπαρξη ενός δομημένου πρωτοκόλλου μετεγχειρητικής φροντίδας. Η ενσωμάτωση των αρχών του προγράμματος Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση της έκβασης και στη μείωση της διάρκειας νοσηλείας.
ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάπτυξη ενός πρωτοκόλλου για την ασφαλή και αποτελεσματική μετεγχειρητική διαχείριση ασθενών που υποβάλλονται σε μεταβολικές επεμβάσεις.
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Το πρωτόκολλο αναπτύχθηκε από τους χειρουργούς μεταβολικής χειρουργικής του τμήματος μας μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και αντίστοιχων πρωτοκόλλων από κέντρα μεταβολικής χειρουργικής στο Ηνωμένο Βασίλειο.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το πρωτόκολλο περιλαμβάνει οδηγίες για την ημέρα του χειρουργείου και την πρώτη μετεγχειρητική ενώ επίσης θέτει τις προϋποθέσεις εξιτηρίου και την αγωγή εξόδου. Καλύπτει τα ζητήματα της σίτισης, την πρώιμη κινητοποίηση, την θρομβοπροφύλαξη με βάση τον δείκτη μάζας σώματος, την μετεγχειρητική αναλγησία, την αναπνευστική φροντίδα των ασθενών και την διαχείριση της υπνικής άπνοιας, τον αλγόριθμο διαχείρισης αντιδιαβητικών φαρμάκων και ινσουλίνης άμεσα μετεγχειρητικά και την φροντίδα των τραυμάτων. Τέλος, πραγματεύεται τα κλινικοεργαστηριακά κριτήρια που είναι ενδεικτικά πρώιμων επιπλοκών και χρήζουν κλιμάκωσης της φροντίδας του ασθενούς.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υιοθέτηση ενός δομημένου πρωτοκόλλου μετεγχειρητικής φροντίδας συντελεί στην μείωση της νοσηρότητας, προάγει την ταχύτερη ανάρρωση και βελτιώνει την συνολική εμπειρία του ασθενούς. Παράλληλα διευκολύνει της διαχείριση των ασθενών σε μονάδες χωρίς προηγούμενη βαριατρική εμπειρία αυξάνοντας τον δείκτη ασφάλειας.

ΠΑ28

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Χαράλαμπος Σπυρόπουλος, Ανδρέας Αντωνόπουλος, Ρόζα Μακρή, Κωνσταντίνος Τσιμιδάκης

Γ' Χειρουργική Κλινική, Κλινική Χειρουργικής Πεπτικού συστήματος, Παχυσαρκίας και Διαβήτη, Νοσοκομείο Metropolitan General, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η παχυσαρκία είναι μία αυτόνομη νόσος που γνωρίζει εκρηκτική έξαρση. Σε σοβαρές μορφές παχυσαρκίας, οι προσπάθειες συντηρητικής αντιμετώπισης αποτυγχάνουν, καθιστώντας της χειρουργική προσέγγιση ως μοναδική λύση. Με την εξέλιξη της βιοτεχνολογίας έχουν αναπτυχθεί ή τελειοποιηθεί διάφορες ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές τεχνικές, μεταξύ των οποίων σημαίνουσα πλέον θέση έχει η ρομποτική χειρουργική προσέγγιση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζεται η εμπειρία της Γ' Χειρουργικής Κλινικής του νοσοκομείου Metropolitan General στην εφαρμογή της ρομποτικής τεχνολογίας για την αντιμετώπιση ασθενών με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία, σε χρονικό διάστημα 2 ετών(Ιανουάριος 2023 - Ιανουάριος 2025). Η ρομποτική πλατφόρμα εφαρμόστηκε σε 18 ασθενείς με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία (μέσο BMI 44.6, 37.2 – 58.9 kg/m2). Τα είδη των επεμβάσεων ήταν 12 επιμήκεις γαστρεκτομές, 4 γαστρικές παρακάμψεις μίας αναστόμωσης και 2 γαστρικές παρακάμψεις Roux-en-Y. Σε όλες τις περιπτώσεις η επέμβαση ήταν ολικώς ρομποτική (όχι υβριδική). Το ρομποτικό σύστημα που χρησιμοποιήθηκε είναι το σύστημα DaVinciXi®.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση διάρκεια των επεμβάσεων ήταν 174 λεπτά (100-290) (consoletime). Η μέση απώλεια αίματος ήταν 40 cc. Σε όλους τους ασθενείς τοποθετήθηκε παροχέτευση αρνητικής πίεσης. Δεν παρατηρήθηκαν διεγχειρητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές, πλην 1 μίας περίπτωσης εμμένοντος υποδορίου εμφυσήματος . Όλοι οι ασθενείς ανένηψαν ομαλά και κινητοποιήθηκαν την ίδια ημέρα. Η αναλγητική μετεγχειρητική τους αγωγή περιλάμβανε μόνο τη συστηματική χορήγηση παρακεταμόλης. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν υδρική δίαιτα την 1η μετεγχειρητική ημέρα και έλαβαν εξιτήριο την επομένη. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης είναι 12.4 μήνες και η μέση απώλεια υπερβάλλοντος βάρους (EWL) είναι 66.8%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ρομποτική χειρουργική τεχνική ενισχύει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των κλασσικών χειρουργικών μεθόδων. Τα οφέλη της αναφορικά με τη χειρουργική διαδικασία είναι ότι επιτρέπει μοναδικό εύρος κινήσεων στο δύσκολο χειρουργικό πεδίο του παχύσαρκου ασθενή, εξαιρετική τρισδιάστατη απεικόνιση της περιοχής που χειρουργείται και ασφαλέστερη συρραφή χάρη στην «έξυπνη» τεχνολογία των ρομποτικών συρραπτικών συστημάτων και ειδικής φθορίζουσας όρασης. Επιπρόσθετα, επιτρέπει την ταχύτερη αποκατάσταση του ασθενούς λόγω του ελάχιστου ιστικού τραυματισμού, ενώ ελαχιστοποιεί την απώλεια αίματος και «εκμηδενίζει» τον μετεγχειρητικό πόνο. Τέλος, προσφέρει μοναδική εργονομία και άνεση στον χειρουργό επί της κονσόλας.