

Organizer:



Hellenic Society of Vascular
and Endovascular Surgery

in cooperation with:



Hellenic
Angiological Society

25

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Αγγειακής & Ενδαγγειακής Χειρουργικής-Αγγειολογίας

**25th Panhellenic Congress of
Vascular and Endovascular Surgery - Angiology**

vascularsurgerycongress2026.gr

19-21 | 2026
ΜΑΡΤΙΟΥ
MARCH
Grecotel Larissa Imperial
Larissa

Βιβλίο Περιλήψεων

Οργάνωση

Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Εταιρείας Αγγειακής & Ενδαγγειακής Χειρουργικής

Πρόεδρος: **Αθανάσιος Γιαννούκας**
Αντιπρόεδρος: **Νικόλαος Κοντοπόδης**
Γενικός Γραμματέας: **Φώτης Μαρκάτης**
Ειδικός Γραμματέας: **Ιωάννης Τσιρώνης**
Ταμίας: **Ευάγγελος Αλεξίου**
Μέλος: **Γεώργιος Κούβελος**
Μέλος: **Χρήστος Αργυρίου**
Αναπληρωματικό Μέλος: **Μικές Δουλαπτής**



Hellenic Society of Vascular
and Endovascular Surgery

Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Αγγειολογικής Εταιρείας

Πρόεδρος: **Δημήτριος Σταράμος**
Εισερχόμενος Πρόεδρος: **Δημήτριος Ξανθόπουλος**
Απερχόμενος Πρόεδρος: **Χρήστος Μπακογιάννης**
Αντιπρόεδρος: **Νικόλαος Λιάσης**
Γενικός Γραμματέας: **Δημήτριος Λιακόπουλος**
Ταμίας: **Παρασκευή Τσιαντούλα**
Ειδικός Γραμματέας: **Παναγιώτης Θεοδωρίδης**
Αναπληρωματικό Μέλος: **Βασίλειος Τσιλιγγίρης**



Hellenic
Angiological Society

Συνεργαζόμενες εταιρείες



ΚΕΑΕΧ
ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ
ΚΑΙ
ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ



**Egyptian Vascular and Endovascular
Society (EVES)**

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ01

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΛΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Χ. Σιμόγλου¹, Δ. Γυμνόπουλος²

¹ *Θωρακοχειρουργός, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης, Ξάνθη*

² *Γενικός Χειρουργός, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη*

Σκοπός: Η αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην πρόληψη θρομβωτικών συμβαμάτων σε στεφανιαία νόσο, περιφερική αρτηριοπάθεια και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική πρόοδος με την ανάπτυξη νέων φαρμάκων, βελτιωμένη κατανόηση των μηχανισμών αντίστασης, καθώς και αυξημένη ανάγκη εξατομίκευσης της θεραπείας. Η παρούσα ανασκόπηση συνοψίζει τα νεότερα δεδομένα σχετικά με:

1. τους μηχανισμούς δράσης των βασικών κατηγοριών αντιαιμοπεταλιακών,
2. την αντίσταση στην αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και τους παράγοντες που την επηρεάζουν,
3. την επιλογή και προσαρμογή αγωγής σε ειδικές ομάδες ασθενών,
4. τις σύγχρονες προοπτικές της «προσωποποιημένης αντιαιμοπεταλιακής ιατρικής».

Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας (2015-2025) μέσω PubMed, Scopus και Cochrane. Συμπεριλήφθηκαν κλινικές δοκιμές, μετα-αναλύσεις και μεγάλες προοπτικές μελέτες που αξιολογούν ASA, P2Y12 αναστολείς και νεότερα σχήματα διπλής ή εκλεκτικής αγωγής.

Αποτελέσματα: Οι ισχυροί P2Y12 αναστολείς (ticagrelor, prasugrel) υπερέχουν του clopidogrel σε αποτελεσματικότητα, με τίμημα αυξημένη αιμορραγική επιπλοκή σε συγκεκριμένους πληθυσμούς. Η αντίσταση στο clopidogrel παραμένει σημαντική, επηρεαζόμενη από γενετικούς πολυμορφισμούς (CYP2C19), μεταβολικό σύνδρομο και νεφρική δυσλειτουργία.

Οι σύγχρονες δοκιμασίες λειτουργικότητας αιμοπεταλίων (VerifyNow®, Multiplate®) αναδεικνύονται χρήσιμες στη στοχευμένη προσαρμογή αγωγής.

Νεότερες στρατηγικές όπως short-DAPT, de-escalation therapy και μονοθεραπεία με P2Y12 εμφανίζουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε επιλεγμένους ασθενείς.

Τα δεδομένα ενισχύουν τη μετάβαση από το «ένα σχήμα για όλους» στη θεραπεία που βασίζεται σε ατομικούς κινδύνους θρόμβωσης και αιμορραγίας.

Συμπεράσματα: Η σύγχρονη αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία βρίσκεται σε μεταβατικό στάδιο προς πλήρη εξατομίκευση. Ο συνδυασμός γενετικών δεικτών, δοκιμασιών λειτουργικότητας και κλινικών παραγόντων επιτρέπει βελτιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και μείωση επιπλοκών. Η υιοθέτηση τέτοιων προσεγγίσεων μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τα κλινικά αποτελέσματα και αποτελεί ισχυρή βάση για βραβευόμενη συνεδριακή ανακοίνωση.

ΠΑ02

ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ε. Μήλα, Α. Σκοτσιμάρα, Ν. Χασεμάκη, Η. Αυγερινός, Θ. Μανσόλας, Κ. Τζανής, Α. Κατσαργύργης, Χ. Κλωνάρης

Β' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ενδαγγειακής αντιμετώπισης τεσσάρων περιστατικών οξείας μεσεντερίου ισχαιμίας στην Β' Αγγειοχειρουργική κλινική του ΓΝΑ Λαϊκό από το 2022 έως σήμερα.

Μέθοδοι: Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε εργαστηριακές εξετάσεις με έλεγχο των δεικτών φλεγμονής, της ηπατικής βιοχημείας, του γαλακτικού οξέος και σε αξονική τομογραφία.

Η πρώτη ασθενής, 75 ετών με ιστορικό χρόνιας μεσεντερίου ισχαιμίας παρουσίασε αιφνίδια έναρξη κοιλιακού άλγους. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε απόφραξη της CT και SMA και υψηλόβαθμη στένωση στην IMA.

Η δεύτερη ασθενής, 72 ετών με ιστορικό χρόνιας μεσεντερίου ισχαιμίας και stenting της CT το 2022, εμφάνισε αιφνίδιο κοιλιακό άλγος. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε κάταγμα του προϋπάρχοντος stent στην CT, χρόνια απόφραξη της SMA και IMA και αορτολαγόνιο απόφραξη.

Ο τρίτος ασθενής, 78 ετών, με ιστορικό στεφανιαίας νόσου, αιμοκαθαιρόμενος με κοιλιακό άλγος νηστείας, παρουσίασε αιφνίδια επιδείνωση του κοιλιακού του άλγους. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε υψηλόβαθμες στενώσεις σε CT και απόφραξη SMA και IMA.

Ο τέταρτος ασθενής, 58 ετών, με ιστορικό χρόνιας μεσεντερίου ισχαιμίας, μεταγευματικό άλγος, απώλεια βάρους και διαλείπουσα χωλότητα των κάτω άκρων. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε στένωση της CT και IMA, απόφραξη της SMA και αορτολαγόνιο απόφραξη.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς οδηγήθηκαν στο χειρουργείο και αντιμετωπίστηκαν ενδαγγειακά υπό τοπική αναισθησία και πρόσβαση με παρακέντηση της βραχιονίου αρτηρίας.

Στην πρώτη ασθενή τοποθετήθηκε ένας ενδονάρθηκας Helculink 6x18mm (Abbott) στην IMA. Στην δεύτερη ασθενή πραγματοποιήθηκε relining με τοποθέτηση ενός ενδονάρθηκα BeGraft 6x28mm (Bentley) στην CT. Ο τρίτος ασθενής επίσης αντιμετωπίστηκε ενδαγγειακά με τοποθέτηση ενδονάρθηκα BeSmooth 8x28mm (Bentley) σε CT και SMA και BeSmooth 6x23mm (Bentley) στην IMA. Τέλος, ο τέταρτος ασθενής αντιμετωπίστηκε με την τοποθέτηση ενδονάρθηκα BeGraft 5x28mm(Bentley) στην IMA, BeSmooth 6x28mm(Bentley) σε CT και BeSmooth 6x18mm (Bentley) σε SMA. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία και έλαβαν διπλή αντιαιμοπεταλική αγωγή.

Συμπεράσματα: Η διατήρηση της βατότητας τουλάχιστον ενός σπλαγγχνικού αγγείου είναι άκρως σημαντική σε ασθενείς με μεσεντέριο ισχαιμία. Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση αποδεικνύεται μια αποτελεσματική και ασφαλής θεραπεία για ασθενείς με οξεία μεσεντέριο ισχαιμία και ως εκ τούτου η επιλογή του κατάλληλου ενδονάρθηκα κρίνεται καίριας σημασίας.

ΠΑ03

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΛΑΣΤΙΚΩΝ ΚΑΛΤΣΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΘΡΟΜΒΩΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ

Ε. Α. Σερράου, Α. Ταμπάκου, Χ. Κουνούδη, Μ. Σταθοπούλου, Σ. Κάκκος

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ρίο Αχαΐας

Σκοπός: Η μελέτη της αποτελεσματικότητας της χρήσης ελαστικών καλτσών για την πρόληψη του μεταθρομβωτικού συνδρόμου σε ασθενείς με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση των κάτω άκρων.

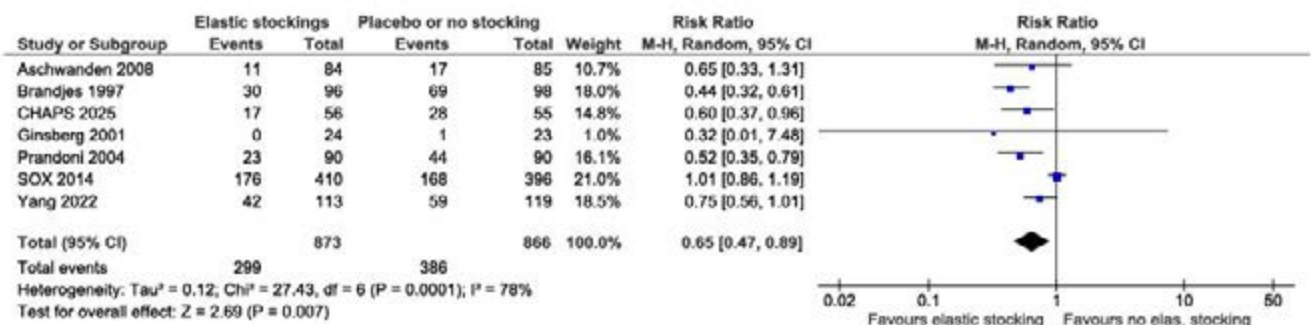
Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με έλεγχο των βάσεων δεδομένων Medline και SCOPUS, με τη χρήση στρατηγικής αναζήτησης, για τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες (TKM) που συνέκριναν τις ελαστικές κάλτσες με ομάδα ελέγχου εικονική κάλτσα ή μη χρήση κάλτσας, σε ασθενείς με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Η εμφάνιση μεταθρομβωτικού συνδρόμου κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης αποτέλεσε το πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μετα-ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Ανευρέθησαν οκτώ TKM, από τις οποίες η μία αποκλείστηκε λόγω μη επαρκούς παρουσίας των δεδομένων. Συνολικά συμπεριελήφθησαν στις μελέτες 1739 ασθενείς, 873 στην ομάδα των ελαστικών καλτσών και 866 στην ομάδα ελέγχου.

Η χρήση των ελαστικών καλτσών μείωσε τον κίνδυνο εμφάνισης μεταθρομβωτικού συνδρόμου με σχετικό κίνδυνο/risk ratio - RR - 0,65 και 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,47-0,89; P=0,007, I²=78%, μοντέλο τυχαίων επιδράσεων/random effects (επτά μελέτες, 1739 ασθενείς, εικόνα 1).

Επίσης, με τη χρήση των ελαστικών καλτσών παρατηρήθηκε μία τάση - μη στατιστικά σημαντική - μείωσης του κινδύνου εμφάνισης του σοβαρού μεταθρομβωτικού συνδρόμου με σχετικό κίνδυνο/risk ratio - RR - 0,71 και 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,49-1,03; P=0,07, I²=56%, μοντέλο σταθερής επίδρασης/fixed effect (πέντε μελέτες, 1523 ασθενείς).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μετα-ανάλυση ανέδειξε την αποτελεσματικότητα της χρήσης ελαστικών καλτσών για την πρόληψη του μεταθρομβωτικού συνδρόμου σε ασθενείς μετά από εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες όσον αφορά το σοβαρό μεταθρομβωτικό σύνδρομο και περαιτέρω ανάλυση της ετερογένειας των αποτελεσμάτων.



ΠΑ04

ΝΕΩΤΕΡΟΙ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΣΤΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Χ. Σιμόγλου¹, Δ. Γυμνόπουλος²

¹ Θωρακοχειρουργός, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης, Ξάνθη

² Γενικός Χειρουργός, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η αντιθρομβωτική αγωγή αποτελεί θεμέλιο λίθο στην πρόληψη και αντιμετώπιση αρτηριακών και φλεβικών θρομβώσεων. Τα τελευταία χρόνια, η ανάπτυξη νεότερων αντιθρομβωτικών παραγόντων έχει μεταβάλλει το θεραπευτικό τοπίο, προσφέροντας μεγαλύτερη εκλεκτικότητα, βελτιωμένο προφίλ ασφάλειας και δυνατότητα εξατομίκευσης με βάση τη βιολογία του ασθενούς. Η μετάβαση από μη ειδικούς αναστολείς προς μόρια κατευθυνόμενα σε συγκεκριμένους παράγοντες πήξης ή σε μοριακούς «διακόπτες» ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων έχει αλλάξει τις σύγχρονες κλινικές πρακτικές.

Η ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας, των φαρμακολογικών ιδιοτήτων και των κλινικών εφαρμογών των νεότερων αντιθρομβωτικών παραγόντων, με έμφαση στους εκλεκτικούς αναστολείς του παράγοντα XI (FXI/FXIa), τους PAR-1/4 αναστολείς και τους νέους αναστολείς αιμοπεταλιακής ενεργοποίησης.

Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση πρόσφατων κλινικών μελετών φάσης I-III, μετα-αναλύσεων και πειραματικών εργασιών (2018-2025). Αξιολογήθηκαν φαρμακοδυναμικά χαρακτηριστικά, μηχανισμοί δράσης, προφίλ ασφάλειας και πιθανές μελλοντικές ενδείξεις.

Αποτελέσματα: Οι αναστολείς FXI/FXIa (π.χ. abelacimab, asundexian, milvexian) εμφανίζουν σημαντική μείωση θρομβωτικών επεισοδίων με **κατά 50-70% χαμηλότερο κίνδυνο αιμορραγίας** σε σύγκριση με τα κλασικά DOACs. Παράλληλα, νέοι αναστολείς των PAR υποδοχέων μειώνουν την αιμοπεταλιακή ενεργοποίηση χωρίς την αιμορραγική επιβάρυνση των P2Y12 αναστολέων.

Πειραματικοί αναστολείς της θρομβίνης δεύτερης γενιάς και στοχευμένες RNA θεραπείες (antisense oligonucleotides για FXI) επιτρέπουν παρατεταμένο, σταθερό αντιθρομβωτικό αποτέλεσμα με ελάχιστες κλινικά σημαντικές αιμορραγίες.

Επιπλέον, η ενσωμάτωση βιοδεικτών (π.χ. επίπεδα FXI, γενετικοί πολυμορφισμοί, δείκτες ενδοθηλιακής ενεργοποίησης) ανοίγει τον δρόμο για **εξατομικευμένη επιλογή αντιθρομβωτικής θεραπείας**.

Συμπεράσματα: Οι νεότεροι αντιθρομβωτικοί παράγοντες επαναπροσδιορίζουν τη σύγχρονη αντιθρομβωτική πρακτική, μειώνοντας δραματικά τον αιμορραγικό κίνδυνο χωρίς απώλεια αποτελεσματικότητας. Η στοχευμένη αναστολή του FXI, οι νέες κατηγορίες αναστολέων PAR και οι RNA-κατευθυνόμενες θεραπείες αποτελούν το μέλλον της αντιθρομβωτικής αγωγής. Η εφαρμογή τους σε εξατομικευμένα θεραπευτικά πρωτόκολλα αναμένεται να οδηγήσει σε σημαντική κλινική πρόοδο και να αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω βραβευμένων μελετών.

ΠΑ05

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ: ΜΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Χ. Σιμόγλου¹, Δ. Γυμνόπουλος²

¹ Θωρακοχειρουργός, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης, Ξάνθη

² Γενικός Χειρουργός, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Οι φλεβικές παθήσεις, από τη χρόνια φλεβική ανεπάρκεια (CVI) έως τη φλεβική θρομβοεμβολή (VTE), αποτελούν μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, επηρεάζοντας πάνω από το 25% του ενήλικου πληθυσμού. Η υποδιάγνωση, ο κατακερματισμός της φροντίδας και η καθυστέρηση θεραπείας οδηγούν σε σημαντική νοσηρότητα, μειωμένη ποιότητα ζωής και υψηλό οικονομικό κόστος. Τα τελευταία χρόνια, η τεχνολογική πρόοδος και οι ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές έχουν μεταμορφώσει την αντιμετώπιση της φλεβικής νόσου.

Στόχος της παρούσας ανασκόπησης είναι η συστηματική παρουσίαση των νεότερων δεδομένων στη διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία των φλεβικών παθήσεων, με έμφαση στις ενδοαυλικές τεχνικές, τους βιοδείκτες θρόμβωσης και τη μετάβαση προς εξατομικευμένη φλεβική ιατρική.

Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας 2016-2025, σε PubMed, Scopus και Cochrane, συμπεριλαμβάνοντας κλινικές μελέτες, μετα-αναλύσεις και τεχνολογικές αξιολογήσεις σχετικά με: duplex υπερηχογραφία, ενδοαυλική θερμική κατάλυση (EVLA, RFA), μη θερμικές τεχνικές (MOCA, cyanoacrylate closure), σύγχρονα DOACs για VTE και προγνωστικούς βιοδείκτες (D-dimer dynamics, inflammatory markers).

Αποτελέσματα: Οι σύγχρονες ενδοαυλικές μέθοδοι παρουσιάζουν ποσοστά επιτυχίας >95% με ελάχιστο πόνο και άμεση επιστροφή στην καθημερινότητα, υπερéχοντας σημαντικά της κλασικής σαφηνεκτομής. Η εξατομίκευση της αντιπηκτικής θεραπείας σε VTE, βάσει βιοδεικτών και κλινικού προφίλ κινδύνου, μειώνει υποτροπές κατά 30-40%.

Η χρήση προηγμένης υπερηχογραφίας βελτιώνει την πρώιμη ανίχνευση ανεπάρκειας διατρητρινουσών και επιτρέπει στοχευμένη θεραπεία. Παράλληλα, νέοι βιοδείκτες φλεγμονής και θρόμβωσης αναδεικνύονται ως υποσχόμενα εργαλεία για πρόγνωση και θεραπευτική καθοδήγηση.

Συμπεράσματα: Η φλεβική ιατρική εισέρχεται σε εποχή τεχνολογικής και βιολογικής αναγέννησης. Η ολοκληρωμένη προσέγγιση που συνδυάζει ακριβή απεικόνιση, ενδοαυλικές θεραπείες και εξατομικευμένη αντιπηκτική αγωγή έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει ριζικά τα κλινικά αποτελέσματα. Η ευρεία εφαρμογή αυτών των στρατηγικών αποτελεί σημαντικό βήμα για την αναβάθμιση της φροντίδας ασθενών και προσδίδει στη μελέτη χαρακτηριστικά συνεδριακής ανακοίνωσης υψηλής διάκρισης.

ΠΑ06

**ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΙΚΩΝ ΦΛΕΒΩΝ ΣΤΟ
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΥΕΛΙΚΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΣΥΜΦΟΡΗΣΗΣ**

**Δ. Χατζέλας, Α. Πιτούλιας, Γ. Τσαμουρλίδης, Θ. Ζαμπάκα, Μ. Καντζάς, Β.-Ε. Στρατηνάκη, Ι. Κιοσέ,
Α. Ποτουρίδης, Μ. Ταχτή, Γ. Πιτούλιας**

*Αγγειοχειρουργικό τμήμα, Β΄ Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη*

Σκοπός: Ο εμβολισμός της ωοθηκικής φλέβας (ovarian vein embolization, OVE) έχει καθιερωθεί ως ελάχιστα επεμβατική θεραπευτική επιλογή του συνδρόμου της πυελικής φλεβικής συμφόρησης (pelvic venous congestion, PVC), με υψηλά ποσοστά τεχνικής επιτυχίας. Ωστόσο, υπάρχουν ουσιαστικές διαγνωστικές, ανατομικές και τεχνικές προκλήσεις. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των βιβλιογραφικών δεδομένων για τις κλινικές και τεχνικές προκλήσεις του OVE και η παρουσίαση της εμπειρίας μας.

Υλικό-Μέθοδοι: Διενεργήθηκε ανασκόπηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων MEDLINE, Scopus και Web of Science έως τον Δεκέμβριο 2025, καθώς και στο ηλεκτρονικό αρχείο των ασθενών του τμήματός μας.

Αποτελέσματα: Κλινικές προκλήσεις: Η ακριβής διάγνωση και ορθή επιλογή των ασθενών αποτελούν βασική δυσκολία. Τα συμπτώματα του PCS είναι μη ειδικά και επικαλύπτονται με άλλες παθήσεις, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένη διάγνωση και μη ικανοποιητικά αποτελέσματα. Τα απεικονιστικά κριτήρια δεν έχουν τυποποιηθεί πλήρως, ενώ η συσχέτιση των ακτινολογικών ευρημάτων με την βαρύτητα των συμπτωμάτων δεν είναι πάντα σαφής. Επιπλέον, συνυπάρχοντα σύνδρομα φλεβικής συμπίεσης, όπως τα σύνδρομα Nutcracker ή May-Thurner, ενδέχεται να συμβάλλουν στην εμμονή των συμπτωμάτων, εάν δεν αναγνωριστούν και δεν αντιμετωπιστούν κατάλληλα. Επιπρόσθετα, η έκθεση στην ιοντίζουσα ακτινοβολία αποτελεί σημαντικό ζήτημα, ιδίως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.

Τεχνικές προκλήσεις: Ο OVE είναι τεχνικά απαιτητικός λόγω της μεγάλης ανατομικής ποικιλομορφίας του πυελικού φλεβικού δικτύου. Διπλές ωοθηκικές φλέβες, εκτεταμένα παράπλευρα αγγεία και σύνθετες επικοινωνίες με κλάδους της έσω λαγονίου φλέβας αυξάνουν τον κίνδυνο ατελούς εμβολισμού. Ο εκλεκτικός καθετηριασμός, ιδίως της δεξιάς ωοθηκικής φλέβας, συχνά παρουσιάζει τεχνικές δυσκολίες. Η επιλογή του εμβολικού υλικού παραμένει αντικείμενο συζήτησης. Σπειράματα (coils), αγγειακά βύσματα (plugs), υγρά εμβολικά και σκληρυντικοί παράγοντες χρησιμοποιούνται μεμονωμένα ή συνδυαστικά, το καθένα με συγκεκριμένα πλεονεκτήματα και κινδύνους. Η ανεπαρκής απόφραξη μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπή των συμπτωμάτων, ενώ ο επιθετικός εμβολισμός αυξάνει τον κίνδυνο μη στοχευμένης εμβολής. Η μετανάστευση σπειραμάτων, αν και σπάνια, αποτελεί δυνητικά σοβαρή επιπλοκή. Τέλος, η έλλειψη τυποποιημένων πρωτοκόλλων εμβολισμού και ομοιογενούς αξιολόγησης των αποτελεσμάτων δυσχεραίνει τη σύγκριση των μελετών.

Συμπεράσματα: Ο OVE αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή σε προσεκτικά επιλεγμένες ασθενείς με PCS. Η επιτυχία της μεθόδου εξαρτάται από την ακριβή διάγνωση, την αναγνώριση συνυπαρχουσών φλεβικών παθήσεων, την λεπτομερή κατανόηση της ανατομίας και την άρτια τεχνική εκτέλεση.

ΠΑ07

**ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΠΥΕΛΙΚΗΣ ΣΥΜΦΟΡΗΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ
ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

**N. Μελαχροινόπουλος, Α. Σκοτσιμάρα, Ν. Χασεμάκη, Μ. Τσότσιος, Θ. Μανσόλας,
Α. Κατσαργύρης, Ε. Αυγερινός, Χ. Κλωνάρης**

Β' Αγγειοχειρουργική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή: Το Σύνδρομο Πυελικής Συμφόρησης αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα που χαρακτηρίζεται από χρόνια πυελικό άλγος και παρουσία κισμών στην περιοχή της πυέλου. Πρόκειται για τη δεύτερη πιο συχνή αιτία χρόνιου πυελικού άλγους στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Συνοδεύεται από κισσοειδείς φλέβες σε άτυπες θέσεις, όπως το αιδοίο, η οπίσθια επιφάνεια του μηρού και ο γλουτός. Η αιτιολογία του συνδρόμου είναι πολυπαραγοντική, με τον ορμονικό παράγοντα και τη μηχανική πίεση να διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην εμφάνισή του.

Σκοπός: Η παρουσίαση τεσσάρων περιπτώσεων συνδρόμου πυελικής συμφόρησης και η αντιμετώπισή τους με διαφορετικές ενδαγγειακές τεχνικές.

Μέθοδος: Θήλυ ασθενής 37 ετών, προσήλθε λόγω πυελικών κισμών, πυελικού άλγους και δυσπαρεύνιας. Θήλυ ασθενής 44 ετών, προσήλθε λόγω χρόνιου πυελικού άλγους, δυσμηνόρροιας και παρουσίας κισμών σε μη τυπικές θέσεις. Η τρίτη ασθενής, 34 ετών εμφάνιζε πυελικό άλγος και κισσούς αιδοίου ενώ η τέταρτη προσήλθε λόγω πυελικού κισσού και άτυπους κισσούς κάτω άκρων.

Αποτελέσματα: Η πρώτη ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου με πρόσβαση από την αριστερή μηριαία φλέβα, διενεργήθη ενδαγγειακός υπέρηχος (IVUS), υποδεικνύοντας πίεση της αριστερής κοινής λαγονίου φλέβας από τη δεξιά κοινή λαγόνιο αρτηρία ως επί συνδρόμου May-Thurner. Ακολούθησε τοποθέτηση και έκπτυξη φλεβικού ενδονάρθηκα Sinus Optimed (16x120mm). Ο υπερηχογραφικός έλεγχος IVUS, ανέδειξε ικανοποιητική έκπτυξη του ενδονάρθηκα χωρίς υπολειπόμενη στένωση. Οι υπόλοιπες 3 υπεβλήθη σε διαδερμικό εμβολισμό ωθηθικής φλέβας με σπειράματα σε συνδυασμό με έγχυση πολιδοκανόλης 2%.

Συμπεράσματα: Η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας για το σύνδρομο πυελικής συμφόρησης είναι ζωτικής σημασίας για την ποιότητα ζωής των ασθενών και πρέπει να είναι εξατομικευμένη, βασισμένη στα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων. Τα αποτελέσματα των θεραπειών είναι ενθαρρυντικά, με σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων και των σημείων, τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα.

ΠΑ08

**ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΕΞΟΔΟΥ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
ΥΒΡΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

**Κ. Τζανής¹, Ε. Αυγερινός², Α. Σκοτσιμάρα¹, Η. Αυγερινός¹, Μ. Τσότσιος¹, Γ. Χατζαντώνης¹,
Σ. Γεωργόπουλος¹, Χ. Κλωνάρης¹**

¹ Β' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

² Β' Αγγειοχειρουργική Κλινική Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών & Ιατρικό Κέντρο Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό» & Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Το Σύνδρομο Θωρακικής Εξόδου (TOS) αποτελεί ετερογενή κλινική οντότητα με αγγειακές και νευρολογικές εκδηλώσεις. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής στρατηγικής παραμένει αντικείμενο συζήτησης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της υβριδικής και ανοικτής χειρουργικής αποκατάστασης ασθενών με TOS, με έμφαση στη θεραπευτική στρατηγική ανάλογα με τον τύπο του συνδρόμου, καθώς και η καταγραφή της κλινικής και μετεγχειρητικής πορείας των ασθενών.

Υλικό - Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 12 ασθενείς με διάγνωση TOS, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά την τελευταία πενταετία. Δέκα ασθενείς παρουσίαζαν φλεβικό TOS με θρόμβωση της σύστοιχης υποκλειδίου φλέβας, ενώ δύο ασθενείς διαγνώστηκαν με νευρογενές TOS. Καταγράφηκαν δημογραφικά δεδομένα, η κλινική συμπτωματολογία και τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Όλοι οι ασθενείς με φλεβικό TOS υποβλήθηκαν σε υβριδική χειρουργική αντιμετώπιση με ανοικτή χειρουργική αποσυμπίεση της θωρακικής εξόδου μέσω αφαίρεσης της πρώτης πλευράς και σκαληνεκτομής, συνηθέστερα με υποκλείδια προσπέλαση (80%), σε συνδυασμό με ενδαγγειακή αποκατάσταση της θρομβωμένης υποκλειδίου φλέβας είτε με μηχανική θρομβεκτομή (10%) είτε με αγγειοπλαστική με ενδοθάλαμο και τοποθέτηση ενδονάρθηκα (40%) είτε με συνδυασμό αυτών (50%). Η ενδαγγειακή και η ανοικτή επέμβαση πραγματοποιήθηκαν σπανιότερα στον ίδιο χειρουργικό χρόνο (2 ασθενείς) και συχνότερα σε διαδοχικά στάδια (8 ασθενείς), με την ενδαγγειακή αποκατάσταση της υποκλειδίου φλέβας να προηγείται στο 70% των περιπτώσεων. Οι δύο ασθενείς με νευρογενές TOS υποβλήθηκαν σε ανοικτή χειρουργική αποσυμπίεση της θωρακικής εξόδου, ένας με υπερκλείδια και ένας με διαμασχαλιαία προσπέλαση. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση επικεντρώθηκε στη βελτίωση της συμπτωματολογίας, στη λειτουργική αποκατάσταση και στην εμφάνιση επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των ασθενών παρουσίασε σημαντική κλινική βελτίωση μετά τη χειρουργική αντιμετώπιση. Στο 60% των ασθενών με φλεβικό TOS επιτεύχθηκε αποκατάσταση της φλεβικής βατότητας, με χαμηλή συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών. Οι ασθενείς με νευρογενές TOS παρουσίασαν υποχώρηση των συμπτωμάτων μετά την αποσυμπίεση της θωρακικής εξόδου με επάνοδο στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Συμπεράσματα: Η συστηματική διαγνωστική προσέγγιση και η εξατομικευμένη θεραπεία του TOS οδηγούν σε επιθυμητά αποτελέσματα. Η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής ανάλογα με τον τύπο του TOS, με υβριδική προσέγγιση στον φλεβικό τύπο και ανοικτή χειρουργική αποσυμπίεση στον νευρογενή τύπο, συμβάλλουν ώστε να επέλθουν ικανοποιητικά κλινικά και λειτουργικά αποτελέσματα, καθώς και μια ασφαλής μετεγχειρητική πορεία.

ΠΑ09

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΑ ΕΠΙΒΑΡΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΜΒΛΥ ΤΡΑΥΜΑ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Μ. Πεσματζόγλου, Ν. Κοντοπόδης, Κ. Λίτινας, Ι. Τζαρτζάλου, Γ. Τζουλιαδάκης, Α. Καφετζάκης, Σ. Λιουδάκη, Ε. Τάβλας, Χ. Χρόνης, Α. Λιάμης, Χ. Ιωάννου

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Μονάδα Θώρακος - Αγγείων - Καρδιάς, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

Εισαγωγή: Η ενδοαγγειακή αντιμετώπιση [TEVAR] αποτελεί την επέμβαση εκλογής σε ασθενείς με αμβλύ θωρακικό τραύμα [BTAI]. Η αιμοδυναμική αστάθεια του πολυτραυματία συχνά οδηγεί σε υποεκτίμηση των πραγματικών διαστάσεων της αορτής προεγχειρητικά, ωστόσο η επίδραση στη διάμετρο των λαγονίων αρτηριών [αγγείο πρόσβασης] δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Η παρούσα αναδρομική μελέτη εκτιμάει τις μεταβολές στη διάμετρο της λαγονίου αρτηρίας σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε TEVAR λόγω BTAI, καθώς και την επίδρασή τους στην επάρκεια πρόσβασης και ανάγκη πρόσθετων χειρισμών [conduits/endoconduits].

Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε μια αναδρομική παρατηρητική μελέτη όλων των ασθενών με BTAI που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας, μεταξύ 01/2018 και 01/2025. Συμπεριλήφθηκαν μόνο όσοι υπεβλήθησαν σε TEVAR, με διαθέσιμη προ- και μετ- εγχειρητική αξονική αγγειογραφία. Διάμετροι της κοινής και έξω λαγονίου αρτηρίας μετρήθηκαν, ύστερα από τρισδιάστατη ανακατασκευή, καταγράφηκε η ελάχιστη τιμή ανά ασθενή και συγκρίθηκε προ- και μετ- εγχειρητικά. Πρωταρχικά καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν τεχνική και κλινική επιτυχία, ανάγκη περαιτέρω παρεμβάσεων για conduits/endoconduits και συνολική επιβίωση του ασθενούς.

Αποτελέσματα: Από τους 15 ασθενείς που αναγνωρίστηκαν αρχικά, 13 πληρούσαν τα ανωτέρω κριτήρια, οπότε και αποτέλεσαν το δείγμα της μελέτης. 2/13 ασθενείς είχαν μικρή, προεγχειρητικά, διάμετρο λαγονίου αρτηρίας, με μέση διάμετρο της κοινής 5.71χιλ [όριο < 7χιλ] και έξω λαγονίου 4.34χιλ [όριο < 6χιλ]. Μέση ηλικία των ασθενών ήταν 42.5 έτη [24 - 61], και το 50% άντρες. Μέση βαθμολογία NISS 34/75, υποδηλώνοντας μεγάλη βαρύτητα πολυτραυματία, καθώς επίσης όλοι οι ασθενείς προσήλθαν με BTAI Βαθμού III - συγκεκαλυμμένη ρήξη θωρακικής αορτής. Στην μετεγχειρητική αξονική αγγειογραφία, αύξηση ελάχιστης διαμέτρου λαγονίου αρτηρίας παρατηρήθηκε και στους 2 ασθενείς [100%], με ενδεικτική, μετεγχειρητικά, μέση τιμή στην κοινή και έξω λαγόνιο αρτηρία τα 7.94χιλ και 5.81χιλ, δηλαδή ποσοστό αύξησης κατά 139% και 133%, αντίστοιχα. Τεχνική και κλινική επιτυχία επιτεύχθηκε στο 100% των ασθενών, με συνολική επιβίωση 100%. Κανείς ασθενής δεν χρειάστηκε conduit ή endoconduit.

Συμπεράσματα: Σε BTAI ασθενείς, η αιμοδυναμική αστάθεια φαίνεται να επιδρά στο μέγεθος και του λαγονίου άξονα, με προσωρινή μείωση διαμέτρου λαγονίων αρτηριών, και αποκατάσταση αυτής με την αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς. Υποεκτίμηση αυτής της μεταβολής μπορεί να οδηγήσει σε περιττές παρεμβάσεις πρόσβασης, δεδομένου πως απαιτείται η διέλευση μεγάλης-διαμέτρου θηκωρίων >22Fr, αυξάνοντας τον διεγχειρητικό και μετεγχειρητικό κίνδυνο του ασθενούς.

ΠΑ10

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΕΞΑΓΓΕΙΩΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΠΥΕΛΟΥ

Ν. Μπέκας, Η. Δουκογιάννη, Α. Παχη, Σ. Κερασίδης, Γ. Καστρήσιος, Α. Παπαπέτρου, Χ. Μαλτέζος

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΑΤ», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι αγγειακές κακώσεις συνοδεύουν σε μικρό ποσοστό το τραύμα της πυέλου. Η κλινική εικόνα αγγειακής κάκωσης μπορεί αρχικά να είναι αθόρυβη θέτοντας τον κίνδυνο να παραβλεφθεί με καταστροφικές συνέπειες για τον ασθενή. Τα τελευταία χρόνια οι εξελίξεις στις ενδαγγειακές τεχνικές έχουν οδηγήσει στην ολοένα και μεγαλύτερη εφαρμογή τους και στις αγγειακές κακώσεις.

Σκοπός: είναι η παρουσίαση της εμπειρίας της κλινικής μας σε ασθενείς με ενεργό αρτηριακή εξαγγείωση πυέλου ως αποτέλεσμα κάκωσης ή ιατρικών χειρισμών σε διάρκεια τριών ετών.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι ασθενείς με αρτηριακή εξαγγείωση στην πύελο από τον Ιανουάριο του 2023 έως τον Δεκέμβριο του 2025 όσον αφορά τη διάγνωση και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη μας συμπεριλήφθηκαν συνολικά 28 περιστατικά με αρτηριακή εξαγγείωση μετά από τραυματική κάκωση πυέλου ή μετά από ιατρική πράξη(ορθοπεδικό χειρουργείο, τοποθέτηση κφγ) ή και αυτόματα. Οι παραπάνω ασθενείς είχαν υψηλή υποψία για αγγειακή κάκωση λόγω ύπαρξης κλινικών σημείων ή εξαιτίας του μηχανισμού κάκωσης. Η διάγνωση τους πραγματοποιήθηκε αρχικά μέσω της κλινικής εξέτασης και επιβεβαιώθηκε με αξονική αγγειογραφία. Τα εμβολικά υλικά που χρησιμοποιήθηκαν σε όλες τις περιπτώσεις ήταν σπειράματα, μικροσφαιρίδια ή συνδυασμός. Από τους παραπάνω 28 ασθενείς στους 19 η εξαγγείωση προερχόταν από κλάδους της λαγονίου αρτηρίας (έσω και έξω) και αντιμετωπίστηκε με εμβολισμό με τη χρήση των παραπάνω υλικών. Ο εμβολισμός ήταν επιτυχής στις 25 περιπτώσεις εξαρχής, ενώ οι υπόλοιποι 3 ασθενείς υποβλήθηκαν και σε δεύτερη προσπάθεια εμβολισμού. Συνολικά 3 κατέληξαν κατά τη νοσηλείας τους.

Συμπεράσματα: Το αγγειακό τραύμα της πυέλου είναι κρίσιμο και πρέπει να διαγνωσθεί και να αντιμετωπιστεί εγκαίρως. Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση αρτηριακής εξαγγείωσης είναι στις ημέρες μας θεραπεία εκλογής ειδικά σε περιοχές δύσκολα προσπελάσιμες χειρουργικά και επιτρέπει τον έλεγχο σε αρτηρίες μικρού και μεσαίου μεγέθους.

ΠΑ11

ΑΡΤΗΡΙΑΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ - ΕΜΠΕΙΡΙΑ 7 ΕΤΩΝ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Α. Παχή, Γ. Καστρήσιος, Η. Δουκόγιαννη, Ν. Μπέκας, Α. Παπαπέτρου, Σ. Κερασίδης, Χ. Μαλτέζος

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΑΤ», Αθήνα

Σκοπός: Η ανάκτηση σύγχρονων δεδομένων για την επίπτωση & αντιμετώπιση του τραύματος κάτω άκρου που χρήζει αγγειοχειρουργικής παρέμβασης στο νοσοκομείο μας.

Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των περιστατικών αρτηριακού τραύματος κάτω άκρου που αντιμετωπίστηκαν στην Αγγειοχειρουργική Κλινική τη 7ετία 2019-2025. Συμπεριλήφθηκαν κακώσεις από το ύψος της κοινής μηριαίας έως τα κνημιαία. Δεν συμπεριλήφθηκαν πρωτογενείς ακρωτηριασμοί, αιμορραγίες από κλάδους που ήταν εφικτό να εμβολιστούν, κακώσεις κνημιαίων οι οποίες δεν συνοδεύονταν από απειλητική για το σκέλος ισχαιμία.

Αποτελέσματα: Αναγνωρίστηκαν 64 ασθενείς (40 άνδρες, 24 γυναίκες), ένας εκ των οποίων αντιμετωπίστηκε με αμφοτερόπλευρη αρτηριακή κάκωση. Κατά σειρά συχνότητας, το τραύμα αφορούσε την κοινή μηριαία (N=23), τη ιγνυακή (N=20), την επιπολής μηριαία (N=11), την εν τω βάθει (N=4), κλάδους του μηριαίου διχασμού και τα κνημιαία (N=3). Το 61% των κακώσεων συνδεόταν με ιατρογενή αίτια, το 14% με τροχαία ατυχήματα & οστικά κατάγματα, το 11% με διατιτραίνοντα τραύματα, 11% με εξαρθήματα & συνθλιπτικές κακώσεις και το 3% με επιπλοκές από IV χρήση ναρκωτικών ουσιών. Η κλινική εκδήλωση στο 55% των ασθενών ήταν συμπτώματα ισχαιμίας, στο 43% αιμορραγικές εκδηλώσεις, στο 23% ψευδοανευρύσματα και στο 3% αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες. Η πλειονότητα αντιμετωπίστηκε με ανοικτό χειρουργείο, ενώ 3 περιστατικά αντιμετωπίστηκαν ενδαγγειακά με stentgraft. Το ποσοστό διάσωσης μέλους ήταν 95.4% ενώ η περιεγχειρητική θνητότητα ήταν 3%.

Συμπεράσματα: Οι αρτηριακές κακώσεις αφορούν το 1-1.5% του χειρουργικού όγκου της Κλινικής μας τη τελευταία 7ετία. Παρότι οι ενδαγγειακές τεχνικές έχουν θέσει σε επιλεγμένα περιστατικά, η αντιμετώπιση του τραύματος παραμένει πρωτευόντως χειρουργική. Οι σύνθετες κακώσεις απαιτούν άριστη συνεργασία μεταξύ Αγγειοχειρουργού, Ορθοπεδικού και Πλαστικού Χειρουργού.

ΠΑ12

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΥΕΛΙΚΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ:
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ**

**Δ. Χατζέλας, Α. Πιτούλιας, Γ. Τσαμουρλίδης, Θ. Ζαμπάκα, Μ. Καντζάς, Β.-Ε. Στρατηνάκη, Ι. Κιοσέ,
Α. Ποτουρίδης, Μ. Ταχσή, Γ. Πιτούλιας**

*Αγγειοχειρουργικό τμήμα, Β' Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη*

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης ήταν η αξιολόγηση της διαγνωστικής ακρίβειας της υπερηχογραφίας στην διάγνωση της πυελικής φλεβικής ανεπάρκειας (pelvic venous insufficiency, PVI).

Υλικό-Μέθοδοι: Διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA. Αναζητήθηκαν στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, Scopus και Web of Science μελέτες έως τον Δεκέμβριο 2025. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες που συνέκριναν την διακοιλιακή υπερηχογραφία (transabdominal ultrasound, TAU) ή/και την διακολπική υπερηχογραφία (transvaginal ultrasound, TVU) με την μέθοδο αναφοράς της κλασικής φλεβογραφίας ή/και αξονικής φλεβογραφίας, και οι οποίες παρείχαν επαρκή δεδομένα για τον υπολογισμό της ευαισθησίας και ειδικότητας.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν επτά μελέτες με συνολικά 802 ασθενείς. Η συνολική ευαισθησία και ειδικότητα της υπερηχογραφίας ήταν 0,96 (95% CI: 0,93-0,98) και 0,84 (95% CI: 0,39-0,98), αντίστοιχα. Για την TVU, η ευαισθησία και ειδικότητα ήταν 0,96 και 0,86, αντίστοιχα. Η περαιτέρω στατιστική ανάλυση ανά όριο διαμέτρου των πυελικών φλεβών στον υπέρηχο (TAU ή TVU) έδειξε ότι διαγνωστικά όρια < 7mm σχετίζονταν με πολύ υψηλή ευαισθησία (0,99), αλλά χαμηλότερη ειδικότητα (0,75), ενώ διαγνωστικά όρια ≥ 7mm προσέφεραν ισορροπημένα και εξαιρετικά αποτελέσματα, με ευαισθησία 0,94 και ειδικότητα 0,96.

Συμπεράσματα: Η υπερηχογραφία αποτελεί αξιόπιστη, μη επεμβατική και χωρίς ακτινοβολία μέθοδο για την διάγνωση της PVI. Το όριο διαμέτρου πυελικών φλεβών ≥7 mm φαίνεται να προσφέρει την καλύτερη ισορροπία μεταξύ ευαισθησίας και ειδικότητας και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως το προτεινόμενο διαγνωστικό κριτήριο στην κλινική πράξη.

ΠΑ13

ΡΟΟΜΕΤΡΙΑ, ΤΑΧΥΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΡΟΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ, ΄ΕΣΩ ΚΑΙ ΄ΕΞΩ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ. ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΞΩ-ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗΣ IN-SITU

Κ. Δελής, Ν. Χασεμάκη, Α. Σκοτσιμάρα, Θ. Μανσόλας, Κ. Τζανής, Α. Δελής, Χ. Κλωνάρης

*Β' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Σκοπός: Τη απουσία σχετικών δεδομένων, η μελέτη διεξήχθη με σκοπό την συγκριτική αξιολόγηση του αιμοδυναμικού status των τριών καρωτιδικών αρτηριών(Κοινή_[CCA]-Έσω_[ICA]-Έξω_[ECA]) και της σπονδυλικής_[VA] μέσω ολοκληρωμένης, *in situ*, υπερηχοτομογραφικής εκτίμησης της δυναμικής των ταχυτήτων ροής.

Μέθοδοι: Εκατό καρωτίδες-σπονδυλικές [CCA-ICA-ECA-VA] αρτηρίες 50 υγιών ατόμων (26 άνδρες/24 γυναίκες), mean/median ηλικία:59,8/65, εύρος:18-87 έτη) μελετήθηκαν ενδεδειγμένα επί τη βάση αιμοδυναμικών υπερηχοτομογραφικών παραμέτρων ροής, σε κατάσταση ηρεμίας (>30min), οριζοντίως, υπό ελεγχόμενες συνθήκες θερμοκρασίας (22±1°C).

Αξιολογήθηκαν τα ακόλουθα: Peak-Systolic-Velocity [PSV], μέση-τιμή-κορυφαίων-ταχυτήτων [mean-of-PSVs], Time-Averaged-Velocity-Mean [TAVM], End-Diastolic-Velocity[EDV], Pulsatility-Index [PI], Resistivity-Index (RI=[PSV-EDV]/PSV), S/D-index=PSV/EDV, διάμετρος και επιφάνεια-εγκάρσιας-διατομής αγγείων (cross-sectional-area[CSA], Volume-Flow(VF=TAVM×CSA).

Στατιστική ανάλυση: 2-tailed-paired-t-test (Bonferroni correction). Έκφραση δεδομένων: mean/median τιμές.

Αποτελέσματα: Mean-of-PSVs και TAVM δεν διέφεραν μεταξύ της CCA (38,9/40cm/sec;24,23/25cm/sec) και ICA (24,23/25cm/sec;23,44/22,85cm/sec) (all,p>0,1). Mean-of-PSVs και TAVM ήταν σημαντικά μεγαλύτερες στην CCA και ICA από την ECA και VA, και εκείνες της ECA μεγαλύτερες της VA(all,p<0,0001).

Διάμετρος και CSA της CCA ήταν μεγαλύτερες της ICA που αντιστοίχως ήταν μεγαλύτερες της ECA(all,p<0,0001). Διάμετρος και CSA της ECA ήταν μεγαλύτερες της VA(all,p<0,0001).

Περισσότερο των 2/3 του όγκου-ροής[VF] της CCA(mean/median:507/488ml/min) κατευθύνεται προς την ICA(331,6/334,4ml/min)(p<0,0001), ενώ το υπόλοιπο (<1/3) προς την ECA(151,8/134,7ml/min) (p<0,0001). VF της VA(168,6/165,9ml/min) δεν διέφερε σημαντικά(p>0.1) της ECA.

Ο όγκος-ροής[VF] των ECA+VA, αθροιστικώς(320,4/310,37ml/min), ήταν ισοδύναμος της ICA(331,6/334,4ml/min)(p<0.29).

PSV της CCA(82,2/82,7cm/sec) δεν διέφερε της ECA(85,4/86,7cm/sec)(p>0.1). PSV της CCA και ECA ήταν υψηλότερες της ICA(69,15/67cm/sec) και VA(48,8/46,1cm/sec)(all,p<0.0001). PSV της ICA ήταν υψηλότερη(p<0.0001) της VA.

EDV ήταν μέγιστη στην ICA(26,8/26,3cm/sec), ακολουθούμενη από την CCA(23,1/22,9cm/sec)(p<0.0001), και στη συνέχεια την VA (17,3/16,7cm/sec)(p<0.0001) και την ECA (16,7/15,7cm/sec)(p<0.0001), χωρίς ωστόσο σημαντική(p>0.1) διαφορά μεταξύ VA και ECA.

PI ήταν χαμηλός στην ICA(1,24/1,14) και VA(1,24/1,45), χωρίς διαφορά(p>0.1), μεσαίος στην

CCA(1,56/1,48)($p < 0.0001$) και υψηλός στην ECA(2,4/2,1)(all, $p < 0.0001$).

RI ήταν πλέον χαμηλός στην ICA(0,6/0,61), ακολουθούμενος εγγύς από την VA(0,63/0,64)($p < 0.009$). RI ήταν πλέον υψηλός στην ECA(0,8/0,81)(all, $p < 0.0001$), και ενδιάμεσος στην CCA(0,7/0,71)(all, $p < 0.0001$).

S/D-index ήταν πλέον χαμηλός στην ICA(2,7/2,6), ακολουθούμενος εγγύς από την VA(2,9/2,8)(all, $p < 0.0001$). S/D-index ήταν πλέον υψηλός στην ECA(5,7/5,1)(all, $p < 0,0001$), και ενδιάμεσος στην CCA(3,6/3,5)(all, $p < 0.0001$).

Συμπεράσματα: >2/3 του όγκου-ροής της CCA(507/488,ml/min) κατευθύνονται στην ICA, ενώ το υπόλοιπο(<1/3) στην ECA. Ο όγκος-ροής της VA και ECA αθροιστικά ήταν ισοδύναμος της ICA. Ο όγκος-ροής της VA(168,6/165,9ml/min) δεν διέφερε της ECA.

Η έσω-καρωτίδα παρουσιάζει την χαμηλότερη αντίσταση ροής, εγγύς ακολουθούμενη από τη σπονδυλική αρτηρία. Η κοινή-καρωτίδα παρουσιάζει ενδιάμεση αντίσταση, μεταξύ της έξω-καρωτίδος που είχε τη μέγιστη αντίσταση και της έσω-καρωτίδος.

TAVM και mean-of-PSVs της CCA ήταν ισοδύναμες της ICA, υπερβαίνοντας σημαντικά τις ECA και VA.

Συγκριτικά με την ECA, η mean/median διάμετρος της VA ήταν μικρότερη κατά 11,7%/11%. Συγκριτικά με την CCA, η mean/median διάμετρος της ICA ήταν μικρότερη κατά 18,45%/17,36%.

ΠΑ14

ΜΕΙΖΩΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ (PFA): ΕΝΔΕΛΕΧΗΣ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΠΟΛΗΣ (SFA) ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΗ (CFA) ΜΗΡΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ

Κ. Δελής, Η. Αυγερινός, Μ. Τσότσιος, Ν. Μελαχροινόπουλος, Ε. Μήλα, Χ. Κλωνάρης

*Β' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Σκοπός: Η αναζήτηση του πραγματικού προφίλ της εν-τω-βάθει-μηριαίας-αρτηρίας(PFA) ως προς τη μορφολογία(αυλός), τον όγκο, τις ταχύτητες και τη αντίσταση ροής, σε σύγκριση με την κοινή(CFA) και την επιπολής(SFA) μηριαίες αρτηρίες, που συνιστούν το βασικό αρτηριακό διχασμό(bifurcation) του κάτω άκρου.

Υλικό - Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν, βάσει αυστηρών κριτηρίων, 41 υγιή άτομα, 20 άνδρες και 21 γυναίκες, με μέση ηλικία 61,35(median:65;IQR: 51,5-71,25) και 59 (median:58;IQR:44-72)έτη, αντίστοιχα. Εξετάστηκαν αμφίπλευρα οι CFA-PFA-SFA 1-2 cm εγγύς του μηριαίου διχασμού, σε ηρεμία οριζοντίως, με σύγχρονη υπερηχογραφία.

Μελετήθηκαν: (1) time - averaged - velocity - mean (TAVM), (2) mean - of - peak - systolic velocities (mean-of-PSV), (3) end - diastolic - velocity (EDV), (4)PSV, (5) pulsatility-index ($PI=[PSV-EDV]/TAVM$), (6) resistive - index ($RI=[PSV-EDV]/PSV$), (7)PSV/EDV - index (P/S-index), (8)μέση-διάμετρος=[διάμετρος συστολική + διάμετρος διαστολική]/2), (9)Cross-Sectional - Area($CSA=\pi \times [μέση-διάμετρος]^2/4$), (10) volume - flow($VF=TAVM \times CSA$). Υπολογίστηκε ο μέσος όρος τριών μετρήσεων/παράμετρο. Στατιστική ανάλυση: paired - t -test;Bonferroni correction για πολλαπλές συγκρίσεις ($P \leq 0,0166$ στατιστικώς σημαντική).

Αποτελέσματα: Διάμετρος και CSA στην PFA(mean:0,575cm;0,268cm²) ήταν μικρότερες από εκείνες της SFA(mean:0,661cm;0,355cm²), ενώ οι αντίστοιχες της SFA ήταν μικρότερες εκείνων της CFA (mean:0,798cm;0,514cm²)(όλα:p≤0,0001).

PFA-TAVM και mean-of-PSVs (mean:9,35cm/s;16,12 cm/s) ήταν μεγαλύτερες ($p \leq 0,03773$; $p \leq 0,0001$) από εκείνες της SFA(mean:8,48cm/s;13cm/s), ενώ οι αντίστοιχες της CFA(mean:12,85cm/s;21,21cm/s) ήταν μεγαλύτερες εκείνων των PFA και SFA($p \leq 0,0123$; $p \leq 0,0001$).

CFA-VF(mean:370,22ml/min) κατανέμεται ισόποσα μεταξύ SFA(mean:162,31ml/min) και PFA(mean:139,16 ml/min). SFA-VF mean και median ήταν υπέρτερες εκείνων της PFA κατά 16,6% και 7,8% αντίστοιχα, χωρίς όμως σημαντικότητα($p \leq 0,05135$ [2-tailed]).

CFA-PSV ήταν μεγαλύτερη(mean:104,62cm/s) εκείνης στην SFA(mean:84,5cm/s), ενώ η SFA PSV ήταν μεγαλύτερη εκείνης στην PFA(mean:71,18cm/s)($p \leq 0,0001$).

Η EDV της PFA(mean:4,03cm/s) ήταν σημαντικά μεγαλύτερη εκείνης στην SFA και οι: PI (mean:5,62), RI(mean:0,95) και S/D-index(mean:43,301) σημαντικά μικρότερα εκείνων της SFA (mean:EDV_2,8 cm/s;PI_9,48;RI_0,972;S/D-index_62,8)(όλα:p≤0,001).

Η CFA (mean: EDV_4,54cm/s;PI_6,4;RI_0,96) είχε σημαντική διαφορά αιμοδυναμικώς(όλα:p≤0,01) ως προς την SFA, προσεγγίζοντας την PFA (όλα:p≤0,35), ή ενδιαμέση συμπεριφορά(meanS/D-index_60,14) μεταξύ PFA και SFA, πλησιέστερα στην SFA($p \leq 0,681$).

Συμπεράσματα: Η PFA αποτελεί αγγείο χαμηλότερης αντίστασης-ροής σε σύγκριση με την SFA, επιβεβαιωθέν από όλους τους αιμοδυναμικούς δείκτες που αξιολογήθηκαν (EDV,PI,RI,S/D-index). Η SFA(mean_

διάμετρος:0,661cm) είναι αγγείο μεγαλύτερης διαμέτρου από την PFA(mean_διάμετρο:0,575cm), ωστόσο η μέση διάμετρος της τελευταίας είναι μικρότερη μόνον κατά 13,1%.

Η PFA δεν έχει σημαντικά μικρότερο όγκο ροής σε σύγκριση με την SFA. Η CFA παρουσιάζει μεγάλη ομοιότητα με την PFA, με (i)όλες τις μετρήσεις αντίστασης ροής (εκτός του S/D-index) και (ii)την TAVM και mean-of-PSV να είναι παρόμοιες ή πλησιέστερα προς εκείνες της PFA παρά της SFA, αντιστοίχως.

Την μεγαλύτερη αντίσταση-ροής είχε η SFA επιβεβαιώνοντας τον ρόλο του μακρού αγωγού υποκείμενου συχνότερα σε αποφρακτική νόσο.

ΠΑ15

ΑΡΤΗΡΙΑΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΚΑΙ ΠΥΕΛΟΥ - ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Ε. Γεωργιάδη, Ι. Σταματάτος, Α. Γκιουλέκας, Γ. Λαμπρόπουλος, Κ. Ψάλλα, Δημήτριος Λιακόπουλος, Ε. Πολέντα, Η. Κυροχρήστου, Α. Ρογδάκης

*Β' Χειρουργική Κλινική, Αγγειοχειρουργική Μονάδα,
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα*

Σκοπός: Η συχνότητα των αρτηριακών κακώσεων άκρων και πυέλου παραμένει υψηλή, κυρίως λόγω τροχαίων ατυχημάτων και ενδαγγειακών επεμβάσεων. Σκοπός της μελέτης ήταν η παρουσίαση της εμπειρίας μιας χειρουργικής κλινικής τριτοβάθμιου νοσοκομείου στην αντιμετώπιση αυτών των κακώσεων.

Μέθοδος - Υλικά: Αναδρομική ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με αρτηριακές κακώσεις άκρων και πυέλου που αντιμετωπίστηκαν κατά την περίοδο 09/2018-12/2023. Εξαιρέθηκαν οι φλεβικές κακώσεις και οι αρτηριακές κακώσεις κοιλίας. Καταγράφηκαν: τύπος, μηχανισμός και θέση της κάκωσης, θεραπεία και αποτελέσματα/επιπλοκές. Το μέσο διάστημα παρακολούθησης ήταν $3,5 \pm 1,6$ έτη.

Αποτελέσματα: Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 29 μείζονες αρτηριακές κακώσεις, εκ των οποίων το 14% ήταν ιατρογενείς. Παρατηρήθηκαν διαφορές φύλου, ηλικίας και συνοδών κακώσεων μεταξύ ιατρογενών και μη κακώσεων.

-Οι ιατρογενείς κακώσεις (75%) σχετίζονταν κυρίως με ορθοπαιδικές επεμβάσεις, ενώ οι μη ιατρογενείς (88%) με τροχαία ατυχήματα.

-Η πλειοψηφία αφορούσε τις αρτηρίες: μηριαία (47%), κνημιαία (26%) και ιγνυακή (21%).

-Το 1% των ασθενών υποβλήθηκε σε πρωτογενή ακρωτηριασμό, με κύριους παράγοντες κινδύνου την κάκωση μείζονων νεύρων, επιπλεγμένα κατάγματα οστών και εκτεταμένη κάκωση μαλακών ιστών.

-Δύο περιπτώσεις χρειάστηκαν δευτερογενώς ακρωτηριασμό, με κύριο παράγοντα κινδύνου την εκτεταμένη κάκωση μαλακών ιστών.

Συμπέρασμα: Οι ιατρογενείς αρτηριακές κακώσεις κάτω άκρων και πυέλου εμφανίζουν αυξανόμενη συχνότητα και διαφορετικά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τις τραυματικές. Η εκτεταμένη κάκωση μαλακών ιστών αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για πρωτογενή και δευτερογενή ακρωτηριασμό. Η ενδαγγειακή θεραπεία είναι μέθοδος εκλογής όταν υπάρχουν κατάλληλες ενδείξεις.

ΠΑ16

ΣΠΑΝΙΕΣ ΡΗΞΕΙΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

**Σ. Ζούγλος, Μ. Μπίτου, Β. Κρικέλης, Π. Αντωνιάδης, Δ. Σταράμος, Β. Αργεΐτης,
Α. Γεωργιακάκης, Σ. Γεωργιάδης**

Αγγειοχειρουργική Κλινική, ΓΝΝΙ «Κωνσταντοπούλειο» - Πατησίων, Αθήνα

Τα ανευρύσματα της κοιλιακής και της θωρακικής αορτής αποτελούν ένα μεγάλο μέρος των Αγγειοχειρουργικών παθήσεων που αντιμετωπίζονται καθημερινά σε όλα τα αγγειοχειρουργικά κέντρα. Συνήθως αντιμετωπίζονται προγραμματισμένα πριν γίνουν συμπτωματικά αλλά όταν όμως επιπλεχτούν με ρήξη, απαιτείται άμεση παρέμβαση, με τη συνολική πρόγνωση να παραμένει επιβαρυσμένη λόγω της υψηλής θνησιμότητας. Τα ανευρύσματα της ιγνυακής αρτηρίας αποτελούν τα συχνότερα ανευρύσματα των περιφερικών αγγείων με επίπτωση 7/100,000 στους άνδρες και 1/100,000 στις γυναίκες. Στην πλειονότητά τους είναι ασυμπτωματικά και διαγιγνώσκονται τυχαία (70%). Τα κλινικά συμπτώματα όταν εμφανίζονται είναι συνηθέστερα ισχαιμικού τύπου και οφείλονται είτε σε θρόμβωση του ανευρύσματος είτε σε περιφερική εμβολή από έμβολα που προκύπτουν από τον ανευρυσματικό σάκκο. Πολύ πιο σπάνια (1%) τα ανευρύσματα αυτά περιπλέκονται με ρήξη.

Η πρώτη περίπτωση αφορά ασθενή 85 ετών που διακομίσθηκε από την πνευμονολογική κλινική στην οποία νοσηλευόταν λόγω αιμόπτυσης και κατά τη διάρκεια του απεικονιστικού ελέγχου διαπιστώθηκε ρήξη ανευρύσματος κατιούσης θωρακικής αορτής με αορτοβρογχική επικοινωνία. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ενδαγγειακά με TEVAR με καλό μετεγχειρητικό αποτέλεσμα. Η δεύτερη ασυνήθιστη ρήξη αφορά ασθενή 75 ετών με υπονεφρικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και επικοινωνία (fistula) της κοιλιακής αορτής με την κάτω κοίλη φλέβα και ο οποίος αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ενδαγγειακό μόσχευμα. Ο τρίτος ασθενής, 70 ετών προσήλθε λόγω ευμεγέθους αιματώματος αριστερού κάτω άκρου και στον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε ραγέν ανεύρυσμα αριστερής ιγνυακής αρτηρίας. Υπεβλήθη σε τοποθέτηση ενδαγγειακού μόσχευματος στην ιγνυακή αρτηρία και αγγειοπλαστική των κνημιαίων αγγείων. Το άμεσο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα σε όλες τις περιπτώσεις συνιστάται σε σφράγιση του ανευρύσματος χωρίς σημεία διαφυγών και καλή βατότητα των αγγείων. Σε follow up όλοι οι ασθενείς παραμένουν ελεύθεροι συμπτωμάτων και επιπλοκών από τις επεμβάσεις.

Η έγκαιρη διάγνωση και η ταχεία ενδαγγειακή αντιμετώπιση σε περιπτώσεις ρήξεων όπου τα συμπτώματα του ασθενούς και τα κλινικά σημεία δεν είναι τα συνήθη μπορούν να οδηγήσουν σε άριστο άμεσο και μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα.

ΠΑ17

**ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΑΟΡΤΗΣ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΒΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Χ. Σιμόγλου¹, Δ. Γυμνόπουλος²

¹Θωρακοχειρουργός, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης, Ξάνθη

²Γενικός Χειρουργός, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Ο οξύς διαχωρισμός αορτής αποτελεί μία από τις πλέον απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, με σημαντικές προκλήσεις όταν **αντιμετωπίζεται** σε νοσοκομεία χωρίς καρδιοχειρουργική κάλυψη. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός οργανωμένου πρωτοκόλλου άμεσης σταθεροποίησης, διαγνωστικής προσέγγισης και έγκαιρης διακομιδής σε επαρχιακό νοσοκομείο, καθώς και η καταγραφή των κλινικών αποτελεσμάτων.

Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη 5ετίας (2019-2025) σε επαρχιακό γενικό νοσοκομείο. Συμπεριλήφθηκαν 42 διαδοχικοί ασθενείς με οξύ διαχωρισμό αορτής τύπου Α ή Β, καθώς και διαχωρισμό κύριων κλάδων (ανωνύμου, καρωτίδων, νεφρικών, μεσεντερίων). Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, χρόνος από την έναρξη των συμπτωμάτων έως τη διάγνωση, ευρήματα αξονικής αγγειογραφίας, πρωτόκολλα αιμοδυναμικής σταθεροποίησης, θεραπευτική απόφαση (συντηρητική, TEVAR, επείγουσα διακομιδή) και ενδονοσοκομειακή θνητότητα.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος διάγνωσης ήταν 42 λεπτά από την προσέλευση. Το 57% αφορούσε τύπου Β, ενώ το 43% τύπου Α. Συμμετοχή κλάδων καταγράφηκε στο 68% των περιστατικών, συχνότερα στις νεφρικές (32%) και ανώτερη μεσεντέριο (19%). Η εφαρμογή του πρωτοκόλλου ταχείας σταθεροποίησης (έλεγχος συστολικής πίεσης <120 mmHg, HR <60 bpm) επιτεύχθηκε στο 93% των περιστατικών εντός 20 λεπτών.

Σε ασθενείς τύπου Β, το 48% αντιμετωπίστηκε με TEVAR εντός 6 ωρών από τη διάγνωση. Στα περιστατικά τύπου Α, η μέση διακομιδή σε καρδιοχειρουργικό κέντρο ήταν 78 λεπτά. Η συνολική ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν 11,9%, σημαντικά μειωμένη σε σύγκριση με ιστορικά δεδομένα αντίστοιχων κέντρων χωρίς οργανωμένο πρωτόκολλο.

Η επιτυχής διατήρηση της αιμάτωσης ζωτικών οργάνων σε ασθενείς με συμμετοχή κλάδων άγγιξε το 81%.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή δομημένου και ταχέως ενεργοποιούμενου πρωτοκόλλου αντιμετώπισης οξέος αορτικού διαχωρισμού σε επαρχιακό νοσοκομείο μπορεί να οδηγήσει σε εντυπωσιακή μείωση θνητότητας και βελτίωση επιβιωτικότητας. Τα οργανωμένα βήματα διαλογής, σταθεροποίησης και άμεσης διακομιδής αποτελούν κρίσιμη στρατηγική, ακόμη και σε περιβάλλον με περιορισμένους πόρους — ενισχύοντας τη δυνατότητα βράβευσης της παρούσας εργασίας.

ΠΑ18

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΔΙΧΑΛΩΤΟΥ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ANKURA ΣΕ
ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΗΣ ΥΠΟΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΜΑΣ**

**Γ. Χατζηαντωνίου, Κ. Τυγκιρόπουλος, Κ. Σιδηροπούλου, Α. Αποστόλου, Χ. Αναστασιάδου,
Κ. Σταυρίδης, Δ. Καραμάνος, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Σαρατζής**

*Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Α Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη*

Εισαγωγή: Η ανευρυσματική νόσος της υπονεφρικής κοιλιακής αορτής (AAA) αποτελεί μια συχνή χειρουργική πρόκληση λόγω της διαφορετικής -κάθε φορά- μορφολογίας και ανατομίας της πάσχουσας περιοχής. Η ενδαγγειακή προσέγγιση για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης παθολογικής οντότητας αποτελεί την 1^η επιλογή, καθώς συνδέεται με μικρότερο ποσοστό επιπλοκών και θνητότητας σε σύγκριση με τις κλασσικές τεχνικές ανοιχτής αποκατάστασης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η παρουσίαση και η ανάδειξη των αποτελεσμάτων χρήσης του διχαλωτού ενδομοσχεύματος ANKURA AAA (Lifetech Scie., Shenzhen, China) στην αντιμετώπιση ανευρυσμάτων υπονεφρικής κοιλιακής αορτής (EVAR).

Υλικό - μέθοδοι: Όλα τα δεδομένα των ασθενών που υπεβλήθησαν σε αποκατάσταση ανευρυσμάτων της υπονεφρικής κοιλιακής αορτής (EVAR) συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν αναδρομικά από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων τριτοβάθμιου νοσηλευτικού ιδρύματος της Βορείου Ελλάδος. Στους πρωταρχικούς στόχους συμπεριλήφθηκαν η τεχνική επιτυχία της χρήσης του ενδομοσχεύματος (πρωτεύουσα και δευτερεύουσα), καθώς και η συννοσηρότητα - θνητότητα στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο (<30 ημέρες), ενώ στα δευτερογενή αποτελέσματα συγκαταλέχθηκαν και εξετάστηκαν η θνητότητα (σχετιζόμενη ή μη με την ανευρυσματική νόσο), όπως και η βατότητα του ενδομοσχεύματος.

Αποτελέσματα: Μεταξύ Ιανουαρίου 2015 και Δεκεμβρίου 2023, 220 ασθενείς (211 άνδρες;[95.9%]) - με μέση διάμετρο ανευρύσματος περί τα 59.15mm - υπεβλήθησαν σε ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος υπονεφρικής κοιλιακής αορτής. Το ποσοστό πρωταρχικής τεχνικής επιτυχίας ανέρχεται στο 96.8%, ενώ δευτερογενώς υπολογίζεται στο 100%. Η θνητότητα στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο (<30 ημέρες) βρίσκεται στο 0%. Στον όψιμο μετεγχειρητικό επανέλεγχο follow-up με μέση τιμή 51.76 μήνες (2-120 μήνες) το ποσοστό συνολικής θνητότητας ανήλθε στο 22.7% (n=49), ενώ η σχετιζόμενη με την ανευρυσματική νόσο ανευρίσκεται στο 1.8% (n=4), καθώς και η βατότητα του ενδομοσχεύματος παρέμεινε στο 100%.

Συμπεράσματα: Η ενδαγγειακή χρησιμοποίηση του διχαλωτού ενδομοσχεύματος ANKURA AAA στην αποκατάσταση ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής (EVAR) συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά τεχνικής επιτυχίας με πολύ καλά πρώιμα και όψιμα κλινικά αποτελέσματα.

ΠΑ19

ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΑΝΕΦΡΙΚΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ PHYSICIAN-MODIFIED GRAFTS (PMEGs): Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Μ. Τσότσιος, Η. Αυγερινός, Ν. Χασεμάκη, Θ. Μανσόλας, Χ. Βερούκοκος, Σ. Γεωργόπουλος, Α. Κατσαργύρης, Χ. Κλωνάρης

*Β΄ Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό»,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Εισαγωγή: Τα παρανεφρικά ανευρύσματα κοιλιακής αορτής αποτελούν σημαντική πρόκληση για τις τεχνικές της σύγχρονης ενδαγγειακής αποκατάστασης, λόγω της απουσίας επαρκούς εγγύς αυχένα για την διενέργεια ενός standard EVAR. Οι custom-made θυριδωτές ενδοπροθέσεις αποτελούν την ενδεδειγμένη θεραπευτική επιλογή, ωστόσο ο περιορισμός στην άμεση διαθεσιμότητά τους, ιδίως σε επείγουσες καταστάσεις, καθιστά αναγκαία την εφαρμογή εναλλακτικών τεχνικών σε επιλεγμένους ασθενείς.

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας της Κλινικής μας στη χρήση physician-modified grafts (PMEGs) σε δύο ασθενείς με παρανεφρικά ανευρύσματα κοιλιακής αορτής.

Υλικό - Μέθοδοι: Δύο άνδρες ασθενείς με παρανεφρικά ανεύρυσμα και αυξημένο χειρουργικό κίνδυνο για ανοικτή αποκατάσταση υποβλήθηκαν σε ενδαγγειακή θεραπεία. Η πρώτη περίπτωση αφορά αιμοκαθαιρόμενο ασθενή 80 ετών με ευμέγεθες ανεύρυσμα (9 εκ) για τον οποίο αποφασίστηκε η διενέργεια ενός PMEG με δυο θυρίδες για την κοιλιακή και την άνω μεσεντέριο αρτηρία. Αμφότερες οι νεφρικές αρτηρίες δεν εμφανίζονταν βατές στην προεγχειρητική αξονική αγγειογραφία. Η δεύτερη περίπτωση αφορά ασθενή 87 ετών με συμπτωματικό παρανεφρικό ανεύρυσμα, για τον οποίο αποφασίστηκε η τοποθέτηση ενός PMEG με μια θυρίδα για την δεξιά νεφρική αρτηρία, καθώς η έκφυση αυτής βρισκόταν 3 εκ. κάτωθεν της ετερόπλευρης νεφρικής αρτηρίας, με επαρκή εγγύς αυχένα κάτωθεν της αριστερής νεφρικής αρτηρίας. Και στις δυο περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκαν εμπορικά διαθέσιμες ενδοπροθέσεις (TREGO-TERUMO AORTIC), οι οποίες τροποποιήθηκαν προεγχειρητικά. Ο σχεδιασμός των θυρίδων βασίστηκε σε αξονική αγγειογραφία υψηλής ευκρίνειας με τρισδιάστατες ανασυνθέσεις και ακριβή καθορισμό της θέσης των σπλαχνικών αγγείων.

Αποτελέσματα: Η τεχνική επιτυχία ήταν 100%. Δεν καταγράφηκαν διεγχειρητικές επιπλοκές, ούτε εμφάνιση ενδοδιαφυγής τύπου I ή III. Η βατότητα των αγγείων στόχων διατηρήθηκε και στους 2 ασθενείς επιτυχώς. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτη. Ο απεικονιστικός έλεγχος στη βραχυπρόθεσμη παρακολούθηση επιβεβαίωσε τη βατότητα των θυρίδων και τον αποτελεσματικό αποκλεισμό του ανευρυσματικού σάκου.

Συμπεράσματα: Η χρήση των PMEGs αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική λύση για την ενδαγγειακή αποκατάσταση επιλεγμένων παρανεφρικών ανευρυσμάτων, όταν δεν είναι άμεσα διαθέσιμες εξατομικευμένες ενδοπροθέσεις. Η εφαρμογή της τεχνικής προϋποθέτει προσεκτικό προεγχειρητικό σχεδιασμό και εμπειρία στην προηγμένη ενδαγγειακή χειρουργική.

ΠΑ20

ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΟΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ 2 ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΕ ΣΥΝΘΕΤΟΥΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΟΥΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

Ε. Γεωργιάδη, Α. Π. Γκιουλέκας, Γ. Λαμπρόπουλος, Ι. Σταματάτος, Α. Ρογδάκης, Δ. Λιακόπουλος

*Β' Χειρουργική Κλινική, Αγγειοχειρουργική Μονάδα,
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα*

Σκοπός: Η παρουσίαση δύο περιπτώσεων επείγουσας ενδαγγειακής αποκατάστασης δευτεροπαθούς αορτοεντερικής επικοινωνίας σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, όπου η επιβίωση απαίτησε τη λήψη αποφάσεων εκτός κατευθυντήριων οδηγιών και εγκεκριμένων ενδείξεων (IFU).

Υλικό-Μέθοδοι: Παρουσιάζονται δύο ασθενείς με μαζική αιμορραγία πεπτικού και αιμοδυναμική αστάθεια λόγω αορτοεντερικής επικοινωνίας σε έδαφος παλαιάς ανοικτής αποκατάστασης. Στην πρώτη περίπτωση ασθενής 67 ετών με ιστορικό αορτοδιμηριαίας παράκαμψης λόγω συνδρόμου Leriche (2008) προσήλθε στα ΤΕΠ με μαζική αιμορραγία από το γαστρεντερικό. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε αορτοεντερική επικοινωνία στην περιοχή της κεντρικής αναστόμωσης. Λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας αποφασίστηκε επείγουσα ενδαγγειακή αποκατάσταση. Η απουσία διαθέσιμου aortic cuff συμβατής διαμέτρου και το mismatch αορτής-μοσχεύματος επέβαλαν τη χρήση τριών αλληλεπικαλυπτόμενων BeGraft aortic stent grafts προοδευτικά αυξανόμενης διαμέτρου.

Στη δεύτερη περίπτωση ασθενής 84 ετών, με πεταλλοειδή νεφρό και ιστορικό ανοικτής αποκατάστασης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής, εμφάνιζε επί 18 μήνες υποτροπιάζουσες αιμορραγίες πεπτικού. Προσήλθε στο νοσοκομείο μας με μαζική, απειλητική για τη ζωή αιμορραγία και αιμοδυναμική αστάθεια. Υπό το πρίσμα της επείγουσας ανάγκης επιλέχθηκε η off-label τοποθέτηση θωρακικού μοσχεύματος (Gore TAG) για τη σφράγιση της κεντρικής αναστόμωσης και την κάλυψη 3 εκ των 5 νεφρικών αρτηριών.

Αποτελέσματα: Και στις δύο περιπτώσεις επιτεύχθηκε άμεση στεγανοποίηση της επικοινωνίας και αιμοδυναμική σταθεροποίηση. Στον πρώτο ασθενή παρατηρήθηκε εντυπωσιακή υποχώρηση της περι-αορτικής φλεγμονής. Στον δεύτερο ασθενή, παρά τον μερικό αποκλεισμό της νεφρικής αιμάτωσης, η προτεραιότητα στον έλεγχο της αιμορραγίας επέτρεψε την επιβίωσή του από την οξεία φάση και την έξοδο από το νοσοκομείο χωρίς να χρήζει αιμοκάθαρση.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση της δευτερογενούς αορτοεντερικής επικοινωνίας παραμένει μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις. Τα περιστατικά αναδεικνύουν ότι η εξατομικευμένη υπέρβαση των IFU και των οδηγιών είναι συχνά ηθικά και κλινικά επιβεβλημένη σε ακραία σενάρια όπου η συμβατική αντιμετώπιση καθίσταται αδύνατη.

ΠΑ21

ΑΝΟΙΚΤΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣ

Χ. Πίτρος, Γ. Πλάκας, Α. Υφαντής, Π. Γεωργίου, Φ. Σπανός, Α. Βασιλείου, Α. Ρόκου, Κ. Αντωνόπουλος, Γ. Σφυρόερας, Κ. Μουλακάκης, Α. Λάζαρης, Ι. Κακίσης

Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Σκοπός: Η ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (EVAR) αποτελεί σήμερα τη συχνότερη μέθοδο αντιμετώπισης του. Ωστόσο, σε μικρό ποσοστό ασθενών η αποτυχία της θεραπείας ή η εμφάνιση επιπλοκών καθιστά αναγκαία την ανοικτή χειρουργική μετατροπή. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή της εμπειρίας της κλινικής μας σε ασθενείς που χρειάστηκαν ανοικτή μετατροπή, των αιτιών που οδήγησαν στη μετατροπή και των πρώιμων αποτελεσμάτων.

Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη όλων των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ανοικτή αποκατάσταση μετά από προηγηθείσα EVAR κατά το διάστημα Ιανουάριος 2010 - Δεκέμβριος 2025. Αναλύθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ο χρόνος από την αρχική επέμβαση έως τη μετατροπή, η ένδειξη και η περιεγχειρητική θνητότητα.

Αποτελέσματα: Κατά την εξεταζόμενη περίοδο, 61 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ανοικτή μετατροπή μετά από προηγηθείσα EVAR. Συχνότερη αιτία ανοικτής μετατροπής μετά από EVAR αποτέλεσε η λοίμωξη μοσχεύματος (15 ασθενείς, 24.6%). Ακολούθησαν η ενδοδιαφυγή τύπου I (13, 21.3%), τύπου II (10, 16.4%), η ρήξη του ανευρύσματος (8, 13.1%), η θρόμβωση του μοσχεύματος (6, 9.8%), η διεγχειρητική μετατροπή (4, 6.6%), η ενδοδιαφυγή τύπου III (3, 4.9%), ενώ υπήρξε μία περίπτωση μετανάστευσης (1.6%) και μία τύπου IV ενδοδιαφυγής (1.6%). Η συνολική περιεγχειρητική θνητότητα ανήλθε σε 9.8%. Η περιεγχειρητική θνητότητα ήταν 25% μετά από ρήξη, 13.3% μετά από λοίμωξη και 5.3% για τα λοιπά αίτια.

Συμπεράσματα: Η ανάγκη ανοικτής μετατροπής μετά από EVAR δεν είναι συχνή, αφορά όμως ασθενείς υψηλού κινδύνου και συνοδεύεται από αξιοσημείωτη περιεγχειρητική θνητότητα. Η εμπειρία του κέντρου, η τήρηση των ενδείξεων κατά την αρχική επιλογή θεραπείας και η μετεγχειρητική παρακολούθηση αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για τον περιορισμό της ανάγκης μετατροπής και τη βελτίωση της έκβασης.

ΠΑ22

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΠΕΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ F/BEVAR ΕΝΑΝΤΙ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΘΕΤΑ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Χ. Πίτρος, Κ. Αντωνόπουλος, Γ. Πλάκας, Α. Υφαντής, Π. Γεωργίου, Φ. Σπανός, Α. Βασιλείου, Α. Ρόκου, Γ. Σφυρόερας, Κ. Μουλακάκης, Α. Λάζαρης, Ι. Κακίσης

Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Σκοπός: Η βέλτιστη αντιμετώπιση των σύνθετων ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής παραμένει αμφιλεγόμενη, καθώς η μακροχρόνια επιβίωση και η πιθανότητα για επανεπέμβαση μεταξύ ενδαγγειακής (F/BEVAR) και ανοικτής αποκατάστασης δεν έχουν πλήρως αποσαφηνιστεί. Σκοπός της μελέτης ήταν η συγκριτική αξιολόγηση των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων των δύο στρατηγικών.

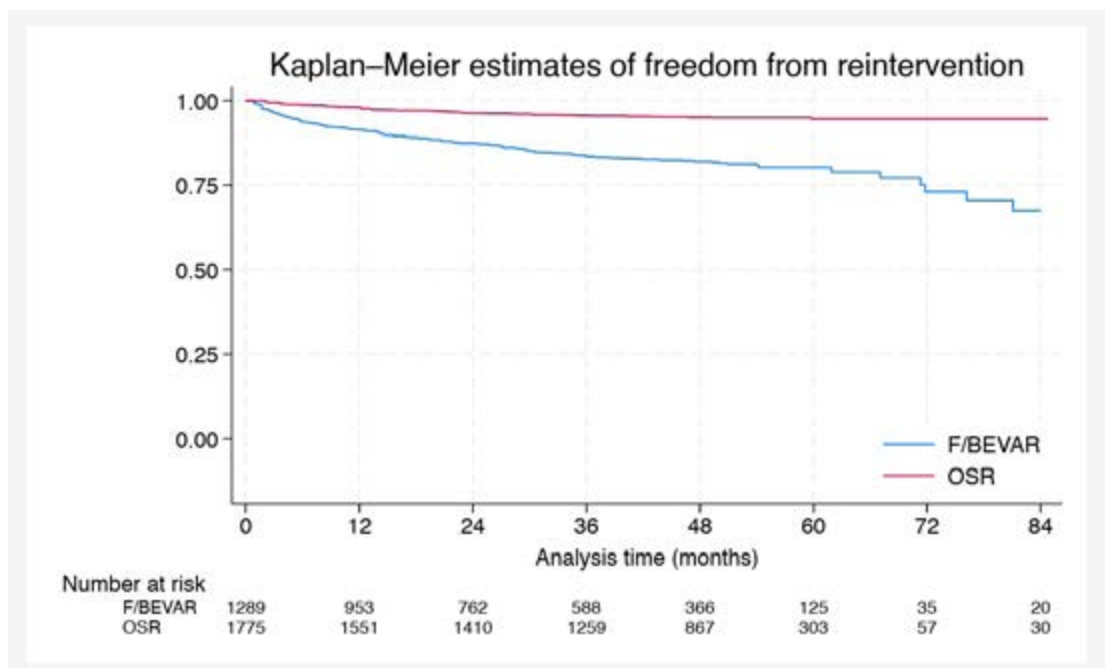
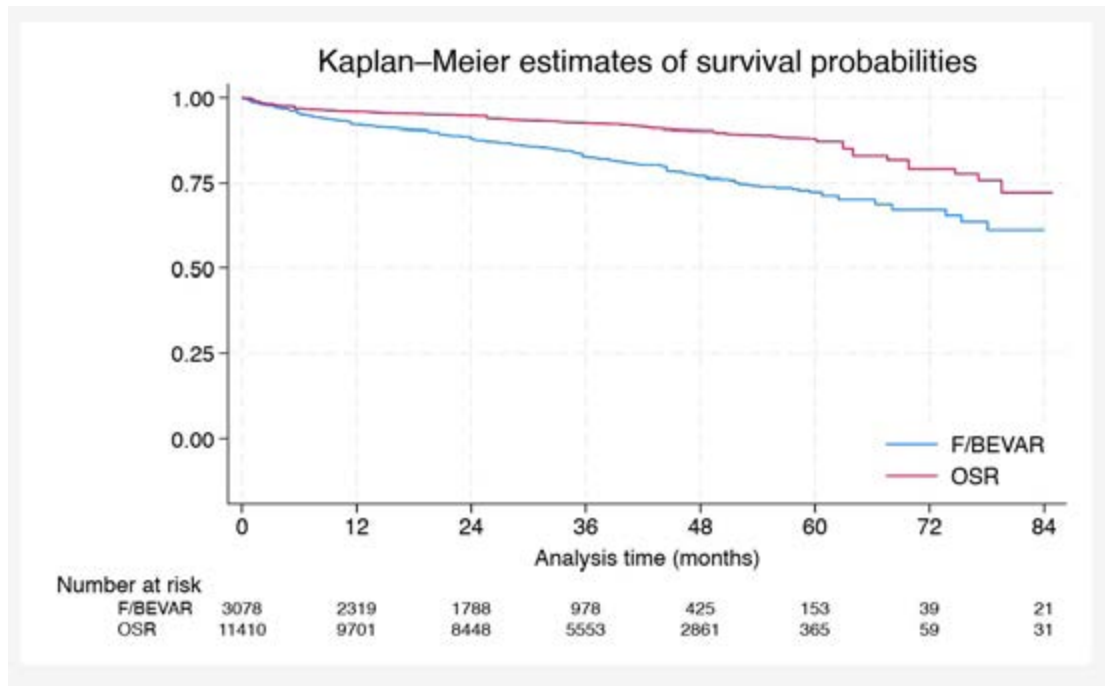
Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση για συγκριτικές μελέτες μεταξύ F/BEVAR και ανοικτής αποκατάστασης μετά από ανακατασκευή ατομικών δεδομένων ασθενών (Individual Patient Data, IPD) από τις καμπύλες επιβίωσης Kaplan-Meier των πρωτογενών μελετών. Χρησιμοποιώντας τα δεδομένα αυτά, διενεργήθηκε IPD μετα-ανάλυση. Κύρια καταληκτικά σημεία ήταν η μακροχρόνια συνολική επιβίωση και η ελευθερία από επανεπέμβαση. Οι συγκρίσεις έγιναν με stratified log-rank tests, ενώ οι λόγοι κινδύνου (Hazard Ratios, HRs) εκτιμήθηκαν με stratified Cox models. Η χρονική εξέλιξη του στιγμιαίου κινδύνου διερευνήθηκε με smoothed hazard estimates.

Αποτελέσματα: Στην ανάλυση συμμετείχαν 10 μελέτες με 14488 ασθενείς. Η μέση ηλικία ήταν τα 72,9 ± 7,4 έτη και συμμετείχαν κυρίως άνδρες (82,6%). Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) ήταν 27,2 ± 3,9 kg/m², ενώ η μέση διάμετρος του ανευρύσματος ήταν 61,3 ± 7,8 mm. Μεταξύ των μελετών που παρείχαν τα σχετικά δεδομένα, αρτηριακή υπέρταση καταγραφόταν στο 85,2%, στεφανιαία νόσος στο 41,2%, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια στο 34,6%, χρόνια νεφρική νόσος στο 31,9%, σακχαρώδης διαβήτης στο 17,3%, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια στο 9,5%, ενώ ενεργοί καπνιστές ήταν περίπου 40,0%.

Σε σύγκριση με την ανοικτή αποκατάσταση, η F/BEVAR συσχετίστηκε με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο θνητότητας (HR 1,50, 95% CI 1,25-1,81, p<0,001) καθώς και αυξημένη πιθανότητα επανεπέμβασης (HR 3,96, 95% CI 3,35-4,69, p<0,001). Τα αποτελέσματα ήταν ίδια ακόμα και όταν αναλύθηκαν μόνο οι propensity-scored matched (PSM) μελέτες.

Η ανάλυση της χρονικής κατανομής του κινδύνου ανέδειξε πρώιμη αύξηση και διατηρούμενη επιβάρυνση ως προς τις επανεπεμβάσεις μετά από F/BEVAR, ενώ για τη συνολική επιβίωση το πλεονέκτημα της ανοικτής αποκατάστασης ήταν προοδευτικά αυξανόμενο κατά τη μέση και απώτερη περίοδο παρακολούθησης.

Συμπεράσματα: Η ανοικτή αποκατάσταση φαίνεται να παρέχει μακροχρόνιο όφελος σε σχέση με την F/BEVAR, τόσο ως προς την επιβίωση όσο και ως προς την ανάγκη επανεπέμβασης. Η αρχική επιλογή της θεραπευτικής στρατηγικής, εκτός από την ανατομία και το προφίλ κινδύνου του ασθενούς, οφείλει να λαμβάνει υπόψη και τα μακροχρόνια αποτελέσματα των δύο τεχνικών.



ΠΑ23

ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΟΥ ΔΙΧΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΣΩ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΚΑΛΥΜΜΕΝΩΝ ΕΚΠΤΥΣΣΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΜΠΑΛΟΝΙ ΕΝΔΟΝΑΡΘΗΚΩΝ

**A. Χαϊδούλης¹, K. Σπανός¹, K. Τζήμακας-Δακής¹, A. Μπαρμπάτης¹, Δ. Παπασπύρου²,
K. Μπατζαλέξης¹, Γ. Κούβελος¹, Έ. Αρναούτογλου², Μ. Ματσάγκας¹**

¹Αγγειοχειρουργική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

²Αναισθησιολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Η ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση των ανευρυσμάτων της έσω λαγόνιας αρτηρίας συνοδεύεται από θνητότητα και ποσοστό επιπλοκών 30 ημερών έως και 10% και 16%, αντίστοιχα. Σε περίπτωση ανευρύσματος της έσω λαγονίου, ο αποκλεισμός του εγγύς τμήματός της με την τοποθέτηση ενδομοσχεύματος κατά μήκος της κοινής και έξω λαγόνιας αρτηρίας, με ή χωρίς εμβολισμό, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές ισχαιμικές επιπλοκές σχεδόν στο 25% των ασθενών. Συνεπώς, η αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων της έσω λαγόνιας αρτηρίας με διατήρηση της πυελικής κυκλοφορίας παραμένει σημαντική. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση μίας σειράς ασθενών με μονόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα ανευρύσματα της έσω λαγόνιας αρτηρίας, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν με τη χρήση της τεχνικής ανακατασκευής του διχασμού της έσω λαγονίου αρτηρίας με χρήση καλυμμένων εκπτυσσόμενων με μπαλόνι ενδοαρθήκων (Covered Endovascular Reconstruction Of Internal Iliac Bifurcation; CERIB).

Μέθοδοι: Πρόκειται για μονοκεντρική, αναδρομική ανάλυση προοπτικά συλλεχθέντων δεδομένων ασθενών που υποβλήθηκαν σε CERIB από το Δεκέμβριο του 2022 έως τον Ιανουάριο του 2026. Η τεχνική CERIB περιλαμβάνει την τοποθέτηση δύο καλυμμένων ενδοαρθήκων στους κύριους κλάδους της έσω λαγόνιας αρτηρίας σε παράλληλη διάταξη εντός ενός καλυμμένου ενδονάρθηκα στην έσω λαγόνια αρτηρίας δημιουργώντας έναν νέο διχασμό. Μελετήθηκαν τα κλινικά και τεχνικά αποτελέσματα στις 30 ημέρες και κατά το διαθέσιμο χρόνο παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Εννέα άρρενες ασθενείς, με μέση ηλικία 67 έτη (εύρος 57-75), υποβλήθηκαν σε CERIB υπό γενική αναισθησία, εκ των οποίων δύο ήταν αμφοτερόπλευρες. Σε οκτώ ασθενείς πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονα και τεχνική ανακατασκευής του λαγονίου διχασμού με χρήση καλυμμένων εκπτυσσόμενων με μπαλόνι ενδοαρθήκων (Covered Endovascular Reconstruction Of Iliac Bifurcation; CERIB) για ανευρύσματα της κοινής λαγόνιας αρτηρίας. Χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά καλυμμένοι επεκτεινόμενοι με μπαλόνι ενδονάρθηκες GORE VBX τόσο στην έσω λαγόνια αρτηρία όσο και στους κλάδους της. Η τεχνική επιτυχία ήταν 100%, χωρίς ανάγκη συμπληρωματικών επεμβάσεων. Δεν καταγράφηκε κανένας θάνατος. Το ποσοστό βατότητας ήταν 100% στον πρώτο μήνα και κατά τη διάρκεια παρακολούθησης. Ένας ασθενής υποβλήθηκε σε επανεπέμβαση λόγω στένωσης ενδονάρθηκα.

Συμπεράσματα: Η τεχνική CERIB φαίνεται να είναι αποτελεσματική και ασφαλής σε μεσοπρόθεσμο ορίζοντα, προσφέροντας μια αξιολογη εναλλακτική στην ανοικτή αποκατάσταση ή τον αποκλεισμό της έσω λαγονίου, διατηρώντας την αιμάτωση της πυέλου και αποφεύγοντας ισχαιμικές επιπλοκές. Απαιτείται η μελέτη μεγαλύτερου αριθμού ασθενών με μακροχρόνια παρακολούθηση για την πλήρη αξιολόγηση της.

ΠΑ24

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΛΛΗΛΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ
ΟΥΡΙΔΩΤΩΝ ΣΕ ΣΥΝΘΕΤΑ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ**

**Κ. Τζήμκας-Δακής¹, Π. Νανά¹, Γ. Κούβελος¹, Κ. Σπανός¹, Α. Μπουζιά², Γ. Βολακάκης¹,
Χ. Καραθάνος¹, Ε. Αρναούτογλου¹, Α. Γιαννούκας¹, Μ. Ματσάγκας¹**

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

²Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Η τεχνική των παράλληλων μοσχευμάτων δίκην καπνοδόχου (chimney technique) αποτελεί μια χρήσιμη εναλλακτική όταν η ενδοαγγειακή αποκατάσταση ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ) με θυριδωτά μοσχεύματα (fenestrated endovascular aortic repair; FEVAR) δεν είναι διαθέσιμη ή εφικτή. Στόχος της μελέτης είναι να παρουσιάσει τα αποτελέσματα της τεχνικής chimney (ChEVAR) και περαιτέρω, να τα συγκρίνει με αυτά των FEVAR.

Μεθοδολογία: Για τη διενέργεια αυτής της μονοκεντρικής αναδρομικής μελέτης ασθενών που υποβλήθηκαν σε ChEVAR για σύνθετα ΑΚΑ από 01.01.2016 έως 31.12.2024 ακολουθήσαμε τις κατευθυντήριες οδηγίες STROBE. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε συγκριτική ανάλυση μεταξύ τακτικών περιστατικών ChEVAR και FEVAR. Τα πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν την τεχνική επιτυχία και τη θνητότητα στις 30 μέρες και την επιβίωση κατά το χρόνο παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Εβδομήντα δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε ChEVAR (94,4% άνδρες), εκ των οποίων 60 ήταν τακτικά περιστατικά. Για το σύνολο των ασθενών με ChEVAR, η τεχνική επιτυχία ήταν 98,6% και η θνητότητα 30 ημερών 11,1%. Ενδοδιαφυγές τύπου gutter ανιχνεύθηκαν στο 6,9% των ασθενών άμεσα μετεγχειρητικά και όλες υποχώρησαν στις πρώτες 30 ημέρες. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 36,8±5,8 μήνες. Η επιβίωση ήταν 48,2% [standard error (SE) 9,5%] και η ελευθερία από επανεπέμβαση 87,3% (SE 6,5%) στους 60 μήνες. Την ίδια περίοδο, σαράντα ένας ασθενείς υπεβλήθησαν σε FEVAR. Οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με chimney σε τακτική βάση είχαν ΑΚΑ μεγαλύτερης διαμέτρου, 63 (Q1:56, Q3:78) mm έναντι 56 (Q1:54, Q3:66) mm των ασθενών με FEVAR (p=0,02). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά στην τεχνική επιτυχία (p=0,79) και τη θνητότητα των 30 ημερών (p=0,30). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης στους ασθενείς με ChEVAR ήταν μεγαλύτερος σε σύγκριση με αυτούς που αντιμετωπίστηκαν με FEVAR (40,0±6,3 έναντι 27,5±6,3 μήνες, p=0,03). Η επιβίωση ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ChEVAR (79.4%, SE 5.3% έναντι 96.0%, SE 3.9%, log-rank: p=0,003), ενώ η ελευθερία από επανεπέμβαση ήταν παρόμοια ανάμεσα στις δύο τεχνικές (p=0,88).

Συμπέρασμα: Η τεχνική chimney παρουσίασε αποδεκτά αποτελέσματα στις 30 ημέρες, δεδομένου της συμπερίληψης επειγόντων περιστατικών. Όταν οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν τακτικά με ChEVAR συγκρίθηκαν με τους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με FEVAR, τα πρώιμα αποτελέσματα ήταν όμοια. Ωστόσο, η μακροχρόνια επιβίωση ήταν σημαντικά χαμηλότερη στα ChEVAR.

ΠΑ25

ΣΥΝΘΕΤΗ ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΖΩΝΗΣ ΠΡΟΣΦΥΣΗΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

**Κ. Τζήμκας-Δακής¹, Κ. Σπανός¹, Γ. Κούβελος¹, Π. Νανά¹, Α. Μπουζιά², Α. Μπαρμπάτης¹,
Κ. Μπατζαλέξης¹, Ε. Αρναούτογλου², Α. Γιαννούκας¹, Μ. Ματσάγκας¹**

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

²Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Η απώλεια της εγγύς ζώνης πρόσφυσης μετά από ενδοαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής (endovascular abdominal aortic repair; EVAR) μπορεί να οδηγήσει σε σύνθετες ενδοαγγειακές επανεπεμβάσεις. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων 30 ημερών και της παρακολούθησης ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με σύνθετη ενδοαγγειακή αποκατάσταση μετά από αποτυχημένο EVAR.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με την τεχνική των παράλληλων μοσχευμάτων (ChEVAR) ή με ενδοαγγειακή αποκατάσταση με θυρίδες/κλάδους (fenestrated/branched endovascular aortic repair F/BEVAR) μετά από αποτυχημένο EVAR από 01.01.2018 ως 01.12.2025. Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η τεχνική επιτυχία, η θνητότητα και η βατότητα των αγγείων-στόχων στις 30 ημέρες και στην μέγιστο διάστημα παρακολούθησης

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 35 ασθενείς [100% άνδρες, διάμεση ηλικία 78 έτη (Q1: 69, Q3: 86)] με διάμεση διάμετρο ανευρύσματος 95.7mm (Q1: 72, Q3: 111). Εννέα (25.7%) αντιμετωπίστηκαν επειγόντως και τέσσερις (11,4%) για ρήξη. Επτά ασθενείς (20%) παρουσίασαν ουραία μετακίνηση του μοσχεύματος χωρίς εμφανή ενδοδιαφυγή, ενώ οι υπόλοιποι (80%) παρουσίασαν ενδοδιαφυγή τύπου Ia (δύο με ταυτόχρονη τύπου Ib). Δεκατέσσερις ασθενείς (66,7%) αντιμετωπίστηκαν με τεχνικές off-the-shelf [11 (31.4%) με t-Branch και εννιά (25.7%) με παράλληλα μοσχεύματα], ενώ 15 (42.8%) με εξατομικευμένα ενδομοσχεύματα. Επαναιματώθηκαν 127 σπλαχνικά αγγεία. Η τεχνική επιτυχία ήταν 97.1%. Η επιβίωση ήταν 94.2% (33/35 ασθενείς) στις 30 ημέρες. Επτά μείζονα ανεπιθύμητα συμβάντα παρατηρήθηκαν στις 30 ημέρες. Η βατότητα των αγγείων-στόχων ήταν 100%. Πραγματοποιήθηκε μόνο μία επανεπέμβαση σχετιζόμενη με αγγειακή προσπέλαση. Η διάμεση παρακολούθηση ήταν 20 μήνες (Q1: 1, Q2: 80). Η εκτιμώμενη επιβίωση ήταν 72.5% (SE: 9%) στους 24 μήνες. Δεν παρατηρήθηκε θάνατος σχετιζόμενος με την αορτή. Η εκτιμώμενη ελευθερία από επανεπέμβαση ήταν 88.1% (SE: 8%) στους 24 μήνες. Η εκτιμώμενη ελευθερία από κάθε είδους ενδοδιαφυγή ήταν 75% (SE: 9%) στους 24 μήνες. Συνολικά παρατηρήθηκαν 5 περιπτώσεις ενδοδιαφυγής II, , μία περίπτωση ενδοδιαφυγής gutter επί εδάφους CERIB και 2 περιπτώσεις ενδοδιαφυγής IIIc.

Συμπέρασμα: Οι σύνθετες ενδοαγγειακές αορτικές επεμβάσεις μετά από αποτυχημένο EVAR είναι απαιτητικές, φαίνεται όμως ότι είναι ασφαλείς και εφικτές, με υψηλά ποσοστά τεχνικής επιτυχίας και βατότητας των αγγείων-στόχων. Τα ποσοστά θνητότητας και επανεπέμβασης κατά τους πρώτους 24 μήνες υπογραμμίζουν τη σημασία της τακτικής παρακολούθησης.

ΠΑ26

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕ ΜΕΓΑΛΗ ΓΩΝΙΩΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΑΥΧΕΝΑ ΜΕ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑ GORE EXCLUDER CONFORMABLE.

**Κ. Τζήμακας-Δακής¹, Κ. Σπανός¹, Γ. Κούβελος¹, Π. Νανά¹, Α. Μπουζιά², Α. Μπαρμπάτης¹,
Κ. Μπατζαλέξης¹, Ε. Αρναούτογλου², Α. Γιαννούκας¹, Μ. Ματσάγκας¹**

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

²Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Η εκσεσημασμένη γωνίωση του κεντρικού αορτικού αυχένα συχνά τον καθιστά εχθρικό, αυξάνοντας τον κίνδυνο ενδοδιαφυγής Ia και μετανάστευσης ενδομοσχεύματος. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων 30 ημερών και μέγιστου διαστήματος παρακολούθησης ασθενών οι οποίοι υπεβλήθησαν σε ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ) με το GORE Excluder Conformable λόγω παρουσίας ακραίων γωνιώσεων κεντρικού αορτικού αυχένα.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μονοκεντρική αναδρομική ανάλυση δεδομένων σειράς ασθενών οι οποίοι υπεβλήθησαν σε ενδαγγειακή αποκατάσταση ΑΚΑ εκλεκτικά, από 10/2022 έως 12/2025. Κριτήριο εισαγωγής αποτελούσε η παρουσία α ή β γωνίας αορτικού αυχένα >75°. Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η τεχνική επιτυχία, η επιβίωση, η παρουσία ενδοδιαφυγής Ia, μετανάστευσης του ενδομοσχεύματος >5χιλ. και ενδοδιαφυγής II στις 30 πρώτες ημέρες και στην συνολική παρακολούθηση.

Αποτελέσματα: Δεκατέσσερις ασθενείς (71% άνδρες, διάμεση ηλικία 77 ± 8.3 έτη), με διάμεση διάμετρο ανευρύσματος 62.4 ± 14χιλ αντιμετωπίστηκαν εκλεκτικά και συμπεριελήφθησαν στην ανάλυση. Η διάμεση διάμετρος του κεντρικού αυχένα ήταν 24.9 ± 7.8χιλ και το διάμεσο μήκος του αυχένα 34 ± 13χιλ. Η διάμεση α και β γωνία του κεντρικού αυχένα ήταν 65 ± 22χιλ και 81 ± 9.7χιλ, αντίστοιχα. Συνολικά, το 42% (6/14 ασθενείς) εμφάνισαν α γωνία >75°, το 85% (12/14 ασθενείς) εμφάνισαν β γωνία >75°, ενώ το 28.6% (4/14 ασθενείς) εμφάνισαν α και β γωνία >75°. Η πρωτογενής τεχνική επιτυχία ήταν 93%, λόγω ανάγκης τοποθέτησης κεντρικού αορτικού κολλάρου σε έναν ασθενή εξαιτίας διεγχειρητικής απεικόνισης ενδοδιαφυγής Ia, με επιτυχή σφράγιση κεντρικότερα. Στις 30 πρώτες ημέρες, η επιβίωση και η ελευθερία από ενδοδιαφυγή Ia και μετανάστευση μοσχεύματος >5mm ήταν 100%. Σε μέσο χρόνο παρακολούθησης 9.8 μηνών (1-36 μήνες) η επιβίωση ήταν στο 100%. Δεν αναδείχθηκε καμία περίπτωση μετανάστευσης ενδομοσχεύματος >5χιλ ή ενδοδιαφυγής Ia. Συνολικά το 35% (5/14 ασθενείς) εμφάνισε ενδοδιαφυγή II, χωρίς αύξηση του ανευρυσματικού σάκου.

Συμπέρασμα: Οι μεγάλες γωνιώσεις του κεντρικού αορτικού αυχένα συχνά μπορεί να επηρεάσουν την κεντρική ζώνη πρόσφυσης του ενδομοσχεύματος. Η χρήση του Gore Excluder Conformable σε ακραίες γωνίες σχετίζεται με πολύ καλά περιεγχειρητικά αποτελέσματα, ιδίως επί παρουσίας επαρκούς μήκους αορτικού αυχένα. Η όψιμη μετεγχειρητική παρακολούθηση ασθενών είναι απαραίτητη ωστόσο για την έγκαιρη διάγνωση πιθανών επιπλοκών από τον κεντρικό αορτικό αυχένα.

ΠΑ27

**ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΙΚΗ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΘΡΟΜΒΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΛΑΓΟΝΙΩΝ ΣΚΕΛΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ
ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ**

**Α. Χαϊδούλης¹, Γ. Κούβελος¹, Α.Κατσαργύρης², Ν. Χασεμάκη², Κ. Τζήμκας-Δακής¹,
Κ. Μπατζαλέξης¹, Α. Γιαννούκας¹, Χ.Κλωνάρης², Μ. Ματσάγκας¹**

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή
Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

²Β' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Σχολή Επιστημών
Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Η θρόμβωση λαγόνιου σκέλους μετά από ενδοαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής (endovascular abdominal aortic aneurysm repair; EVAR) αποτελεί μία από τις πιο συχνές επιπλοκές που μπορεί να επηρεάσουν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα ασθενών με απόφραξη λαγόνιου σκέλους, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν με περιστροφική μηχανική θρομβεκτομή.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση ασθενών δύο κέντρων αγγειοχειρουργικής που είχαν υποβληθεί σε EVAR και εμφάνισαν θρόμβωση λαγόνιου σκέλους, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε περιστροφική μηχανική θρομβεκτομή με τη συσκευή Rotarex S (BD, New Jersey, USA) κατά την περίοδο 2021-2026. Αναλύθηκαν τα τεχνικά στοιχεία και η πρωτογενής βατότητα και η ελευθερία από επανεπεμβάσεις.

Αποτελέσματα: Η μελέτη περιέλαβε 19 άνδρες. Όλοι ήταν συμπτωματικοί [τέσσερις (21.1%) εμφάνισαν οξεία ισχαιμία). Τεχνική επιτυχία επιτεύχθηκε σε 18 περιπτώσεις (94,7%). Μετά τη διάνοιξη του αυλού του λαγόνιου σκέλους έγινε επανεπένδυση (relining) με ενδομοσχεύματα (endografts) ή καλυμμένους ενδονάρθηκες επεκτεινόμενους με μπαλόνι (balloon-expandable covered stents) σε όλους τους ασθενείς, ενώ απαιτήθηκε επέκταση με ενδονάρθηκα στο αγγείο εκροής σε 11 ασθενείς (57,9%). Κατά τη διάρκεια μιας μέσης περιόδου παρακολούθησης 36 μηνών, μόνο ένας ασθενής παρουσίασε νέο θρομβωτικό επεισόδιο και απαιτήθηκε επανεπέμβαση.

Συμπεράσματα: Η απομάκρυνση του θρόμβου (debulking) με τη συσκευή περιστροφικής αθηρεκτομής Rotarex σε συνδυασμό με επαναεπένδυση φαίνεται να προσφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα σε ασθενείς με θρόμβωση του λαγόνιου σκέλους μετά από EVAR.

ΠΑ28

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΟΡΤΟ-ΛΑΓΟΝΙΑΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΟΥ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΔΙΧΑΣΜΟΥ (COVERED ENDOVASCULAR RECONSTRUCTION OF THE ILIAC BIFURCATION; CERIB)

**Α. Χαϊδουλης¹, Κ. Σπανός¹, Κ. Τζήμκας-Δακής¹, Α. Μπαρμπάτης¹, Δ. Παπασπύρου²,
Κ. Μπατζαλέξης¹, Γ. Κούβελος¹, Έ.Αρναούτογλου², Α. Γιαννούκας¹, Μ. Ματσάγκας¹**

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

²Αναισθησιολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Η περιφερική ζώνη καθήλωσης στις λαγόνιες αρτηρίες αποτελεί σημαντική παράμετρο για το μεσο- και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της ενδοαγγειακής αποκατάστασης ανευρύσματος της αορτής (endovascular aortic aneurysm repair; EVAR). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση μίας σειράς ασθενών με αδυναμία πρόσφυσης στην κοινή λαγόνιο αρτηρία και αντιμετώπιση μέσω της τεχνικής ανακατασκευής του λαγόνιου διχασμού (covered endovascular reconstruction of the iliac bifurcation; CERIB).

Μέθοδοι: Πρόκειται για μονοκεντρική, αναδρομική ανάλυση προοπτικά συλλεχθέντων δεδομένων ασθενών που υποβλήθηκαν σε τακτική EVAR ή σύνθετη ενδοαγγειακή αποκατάσταση (fenestrated/ branched endovascular aortic repair; F/BEVAR), είτε για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής είτε μετά από προηγούμενο αποτυχημένο EVAR, από τον Δεκέμβριο του 2022 έως τον Ιανουάριο του 2026. Ενδείξεις θεραπείας αποτέλεσαν η παρουσία ανευρύσματος της κοινής λαγόνιας αρτηρίας, το μικρό μήκος της κοινής λαγόνιας αρτηρίας ή η ανάγκη επέκτασης του προηγούμενου ενδομοσχεύματος σε έδαφος ενδοδιαφυγής τύπου Ιβ. Για την περιφερική ζώνη στεγανοποίησης χρησιμοποιήθηκαν καλυμμένοι επεκτεινόμενοι με μπαλόνι ενδονάρθηκες. Η θνητότητα, η βατότητα, η παρουσία ενδοδιαφυγής και οι επανεπεμβάσεις αξιολογήθηκαν στις 30 ημέρες και κατά τη μεσοπρόθεσμη παρακολούθηση.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 65 ασθενείς, στους οποίους πραγματοποιήθηκαν συνολικά 84 επεμβάσεις CERIB. Οι πλατφόρμες που χρησιμοποιήθηκαν για το εγγύς λαγόνιο σκέλος περιλάμβαναν τις Zenith Alpha, Excluder, Endurant IIs, Incraft, Ovation Alto και Artivion. Η τεχνική επιτυχία ήταν 100%, χωρίς ανάγκη συμπληρωματικών επεμβάσεων. Κατά τη διάρκεια της πρώιμης μετεγχειρητικής περιόδου των 30 ημερών, καταγράφηκαν δύο θάνατοι (3%) σε δύο ασθενείς που υποβλήθηκαν σε F/BEVAR, ενώ δεν παρατηρήθηκε καμία επιπλοκή σχετιζόμενη με την τεχνική CERIB. Το ποσοστό βατότητας ήταν 98.4% στους 12 μήνες, χωρίς περαιτέρω συμβάντα έως και τους 36 μήνες παρακολούθησης. Η ελευθερία από ενδοδιαφυγή τύπου gutter ήταν 97% στους 6 μήνες, χωρίς περαιτέρω νέα επεισόδια. Η ελευθερία από επανεπέμβαση ήταν 95% στους 6 μήνες, χωρίς περαιτέρω επανεπεμβάσεις έως και τους 36 μήνες παρακολούθησης.

Συμπεράσματα: Η τεχνική CERIB αποτελεί μία ασφαλή άμεσα διαθέσιμη (off-the-shelf) εναλλακτική ενδοαγγειακή μέθοδο για την αντιμετώπιση σύνθετης αορτολαγόνιας παθολογίας, ιδιαίτερα σε ασθενείς με ανατομία των κοινών λαγονίων αρτηριών που κρίνεται ως ακατάλληλη για χρήση κλαδωτού λαγόνιου ενδομοσχεύματος. Η CERIB επέδειξε άριστη τεχνική επιτυχία, ευνοϊκά ποσοστά βατότητας και χαμηλά ποσοστά επιπλοκών και επανεπεμβάσεων στη μεσοπρόθεσμη παρακολούθηση.

ΠΑ29

INTRAVASCULAR LITHOTRIPSY ΓΙΑ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ EVAR ΜΕ ΕΧΘΡΙΚΗ ΣΑΓΟΝΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ι. Τσάγκος, Α. Κοτζαδημητρίου, Β. Μπακαλάκη

Γ' Αγγειοχειρουργική κλινική, Μετροπόλιταν Τζένεραλ, Χολαργός, Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού ενδαγγειακής αποκατάστασης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (EVAR) σε ασθενή με εχθρική λαγόνια ανατομία και η ανάδειξη της intravascular lithotripsy (IVL) ως μεθόδου εξασφάλισης αγγειακής πρόσβασης.

Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας 75 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου και λήψη διπλής αντιαιμοπεταλικής αγωγής μετά από διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PTCA), προσήλθε με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής μέγιστης διαμέτρου 6 εκ. και σοβαρή διαλείπουσα χωλότητα (Fontaine III).

Η αξονική αγγειογραφία ανέδειξε εκσεσημασμένη ασβεστοποίηση των κοινών και έξω λαγονίων αρτηριών, με υψηλόβαθμη στένωση δεξιά και σχεδόν πλήρη απόφραξη αριστερά, καθιστώντας εν αμφιβόλω την προώθηση των θηκαριών του ενδομοσχεύματος.

Ο αυχέννας του ανευρύσματος παρουσίαζε έντονη αθηρωμάτωση με πιθανό αθηρωματικό έλκος αλλά επαρκές μήκος για στήριξη ενδομοσχεύματος. Διαπιστώθηκε επίσης σημαντική παράπλευρη κυκλοφορία από οσφυϊκές αρτηρίες και την κάτω μεσεντέριο αρτηρία.

Η ανοικτή αποκατάσταση κρίθηκε υψηλού κινδύνου, ενώ εναλλακτικές χειρουργικές προσπελάσεις (π.χ. iliac conduit) θα απαιτούσαν σημαντικά επεμβατικότερη αντιμετώπιση.

Για την επίτευξη αγγειακής πρόσβασης πραγματοποιήθηκε ενδαγγειακή λιθοτριψία (Shockwave IVL) της αριστερής κοινής λαγονίου αρτηρίας με καθετήρα 7×60 mm (3 κύκλοι), επιτρέποντας την προώθηση των θηκαριών.

Ακολούθησε επιτυχής εμφύτευση ενδομοσχεύματος χαμηλού προφίλ InCraft (Cordis). Η επέμβαση ολοκληρώθηκε με αγγειοπλαστική με στεντ στις κοινές λαγόνιες.

Αποτελέσματα: Η εμφύτευση ολοκληρώθηκε τεχνικά επιτυχώς χωρίς διεγχειρητικές επιπλοκές. Η τελική αγγειογραφία ανέδειξε μικρού βαθμού ενδοδιαφυγή τύπου II.

Στον επανέλεγχο ενός μηνός επιβεβαιώθηκε η παρουσία ενδοδιαφυγής τύπου II από την κάτω μεσεντέριο αρτηρία χωρίς αύξηση της διαμέτρου του ανευρυσματικού σάκου. Ο ασθενής παρουσίασε σαφή κλινική βελτίωση των συμπτωμάτων διαλείπουσας χωλότητας.

Συμπεράσματα: Η εκτεταμένη ασβεστοποίηση και η υψηλόβαθμη στένωση των λαγονίων αρτηριών μπορεί να καταστήσει αδύνατη την ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Η intravascular lithotripsy αποτελεί αποτελεσματική και ασφαλή τεχνική τροποποίησης της ασβεστοποιημένης πλάκας, επιτρέποντας την προώθηση μεγάλου διαμετρήματος θηκαριών και αποφεύγοντας ανοικτές ή υβριδικές προσπελάσεις.

Ο συνδυασμός της με ενδομοσχεύματα χαμηλού προφίλ επεκτείνει τις ενδείξεις του EVAR σε ασθενείς με δυσμενή αγγειακή ανατομία, με ικανοποιητικό πρώιμο αποτέλεσμα και ανάγκη απλής απεικονιστικής παρακολούθησης για την ενδοδιαφυγή τύπου II.

ΠΑ30

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΨΗΦΙΑΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΘΥΡΙΔΩΝ ΣΕ PHYSICIAN-MODIFIED ENDOGRAFTS (PMEG)

**Μ. Λάζαρης¹, Α. Υφαντής², Κ. Μουλακάκης², Κ. Αντωνόπουλος², Α. Παναγιωτόπουλος³,
Γ. Πλάκας², Χ. Μιχαλακέλης¹, Ι. Κακίσης², Α. Λάζαρης²**

¹Τμήμα Πληροφορικής και Τηλεματικής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών», Αθήνα

³Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών» & Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

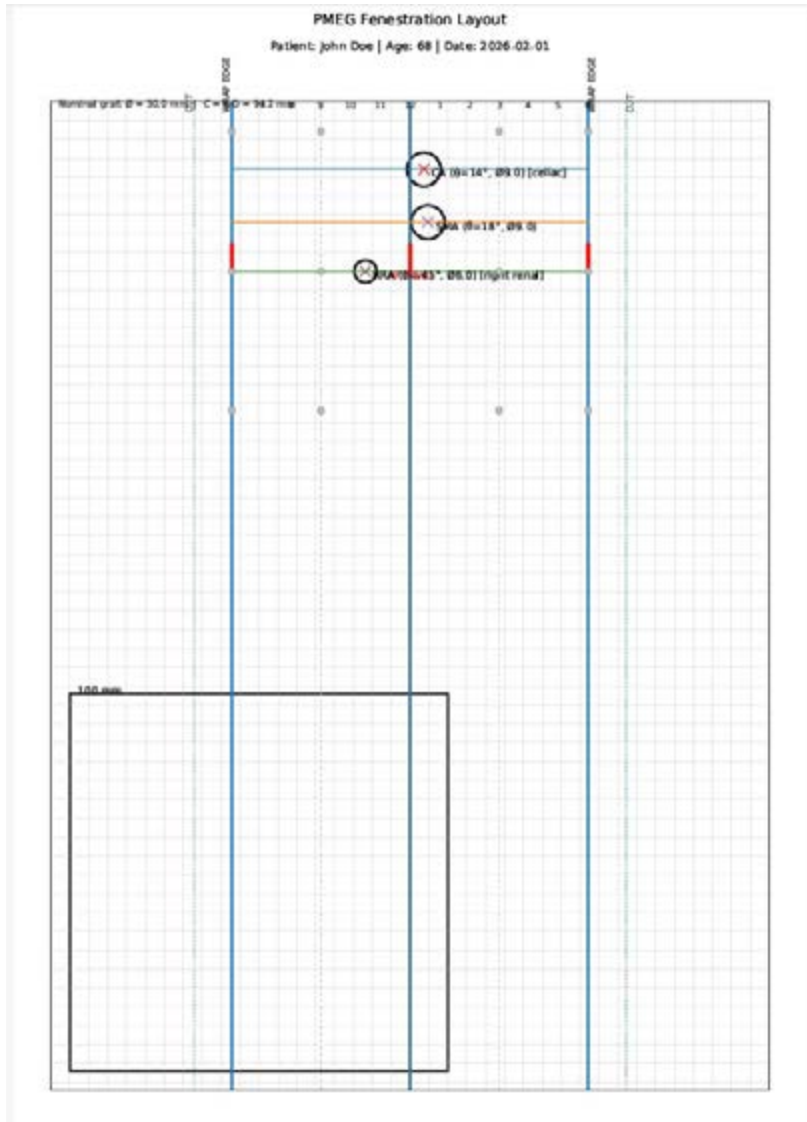
Σκοπός: Η ανάπτυξη και τεχνική αξιολόγηση ενός απλού, αναπαραγωγίμου και ακριβούς ψηφιακού εργαλείου σχεδιασμού θυρίδων PMEG, σε πραγματική κλίμακα (1:1), βασισμένου αποκλειστικά στη ονομαστική διάμετρο του μοσχεύματος και στις θέσεις των σπλαγχνικών αγγείων, όπως αυτές προσδιορίζονται από τους θεράποντες ιατρούς στην προεγχειρητική αξονική αγγειογραφία.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναπτύχθηκε ψηφιακό εργαλείο ανοικτού κώδικα σε γλώσσα Python, το οποίο μετατρέπει τις γωνίες εξόδου (θ), τις θέσεις στον κατακόρυφο άξονα (y) και τις διαμέτρους (d) των σπλαγχνικών και νεφρικών αρτηριών, σύμφωνα με την προεγχειρητική αξονική αγγειογραφία, σε ένα «ξεδιπλωμένο» ανάπτυγμα του ενδομοσχεύματος. Το εργαλείο παράγει εκτυπώσιμο πρότυπο πραγματικής κλίμακας (1 mm = 1 mm) σε τυποποιημένα μεγέθη χαρτιού (A4/A3), το οποίο περιλαμβάνει όρια περιμέτρου του μοσχεύματος, οδηγούς κοπής, ενδείξεις προσανατολισμού τύπου ωρολογίου, δείκτες προσθιο-οπισθίου άξονα και τετράγωνο βαθμονόμησης για έλεγχο της ακρίβειας εκτύπωσης.

Στο πλαίσιο τεχνικής επαλήθευσης, το εργαλείο εφαρμόστηκε για σχεδιασμό προτύπων σε τρεις ασθενείς με παρανεφρικά αορτικά ανευρύσματα που αντιμετωπίστηκαν με PMEG. Τα παραγόμενα ψηφιακά πρότυπα συγκρίθηκαν με τα πρότυπα που ο σχεδιασμός τους είχε πραγματοποιηθεί από τους θεράποντες ιατρούς προεγχειρητικά, χωρίς τη χρήση κάποιου ψηφιακού εργαλείου.

Αποτελέσματα: Και στους τρεις ασθενείς, το ψηφιακό εργαλείο παρήγαγε επαναλήψιμα και ακριβή πρότυπα σχεδιασμού θυρίδων εύκολα και γρήγορα. Τα πρότυπα ταυτίζονταν πλήρως με τα αντίστοιχα σχέδια των ενδομοσχευμάτων που είχαν παραχθεί από τους θεράποντες ιατρούς. Η εκτύπωση σε 100% κλίμακα επαλήθευσε τη διαστασιολογική ακρίβεια μέσω του τετραγώνου βαθμονόμησης. Τα ψηφιακά πρότυπα μπορούσαν να κοπούν, να κυλινδροποιηθούν και να προσαρμοστούν με ακρίβεια στη διάμετρο του μοσχεύματος.

Συμπεράσματα: Το προτεινόμενο ψηφιακό εργαλείο παρέχει μια τυποποιημένη, γρήγορη και πρακτικά εφαρμόσιμη μέθοδο σχεδίασης θυρίδων σε PMEG, ενισχύοντας την ακρίβεια, την ταχύτητα, την ευκολία και την αναπαραγωγικότητα του προεγχειρητικού σχεδιασμού. Δυνητικά μπορεί να συμβάλει στη μείωση σφαλμάτων χειροκίνητης μεταφοράς δεδομένων και να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην εκπαίδευση αγγειοχειρουργών.



ΠΑ31

ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ PERCUTЕК ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΟΝΕΦΡΙΚΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Ν. Γιαννακόπουλος, Σ. Τζαμτζίδου, Π. Τσιαντούλα, Δ. Μάνου, Κ. Νάκας, Β. Παπαϊωάννου, Κ. Σερέτης, Κ. Ροδίτης, Θ. Παπάς

*Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» -
Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.), Αθήνα*

Σκοπός: Να αξιολογηθούν τα πρώιμα κλινικά και απεικονιστικά αποτελέσματα της ενδαγγειακής αποκατάστασης υπονεφρικών ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής με το σύστημα ενδομοσχεύματος Percutек (Beijing Percutек Therapeutics Inc., Beijing, China), στο πλαίσιο της αρχικής εμπειρίας του κέντρου μας.

Υλικό - Μέθοδοι: Αναδρομικό μονοκεντρικό μητρώο 18 διαδοχικών ασθενών (Ιούνιος 2024 έως Δεκέμβριος 2025). Καταγράφηκαν δημογραφικά, ανατομικά χαρακτηριστικά (CTA), διεγχειρητικά στοιχεία και πρώιμες επιπλοκές. Η παρακολούθηση περιλάμβανε CTA στους 12 μήνες με αξιολόγηση διαμέτρου σάκου, ενδοδιαφυγών, μετανάστευσης, βατότητας και ανάγκης επανεπέμβασης.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν $74,9 \pm 5,6$ έτη και το 80% ήταν άνδρες. Η μέση μέγιστη διάμετρος ανευρύσματος ήταν $64,0 \pm 8,6$ mm, με μήκος αυχένα $28,2 \pm 8,6$ mm και διάμετρο αυχένα $23,4 \pm 1,9$ mm. Οι περισσότερες επεμβάσεις ήταν εκλεκτικές (17/18). Τεχνική επιτυχία επιτεύχθηκε σε 17/18 (94,4%). Ενδοδιαφυγή διεγχειρητικά καταγράφηκε σε 3/18 (16,7%) (τύπου II: 2, τύπου Ia: 1). Μέσος χρόνος ακτινοσκόπησης $45,8 \pm 9,8$ min, μέσος όγκος σκιαγραφικού $235,5 \pm 42,7$ mL και μέση νοσηλεία $2,6 \pm 0,8$ ημέρες. Δεν υπήρξε 30ήμερη θνητότητα. Καταγράφηκαν ένα έμφραγμα μυοκαρδίου και ένα επεισόδιο οξείας νεφρικής βλάβης (5,6% έκαστο), χωρίς εγκεφαλικό, ισχαιμία άκρου, εντερική ισχαιμία ή επιπλοκές προσπέλασης. Στους 6 μήνες (n=18) η μέση μεταβολή διαμέτρου σάκου ήταν $-4,0 \pm 1,8$ mm, με υποστροφή ≥ 5 mm σε 6/18 (33,3%) και σταθερό σάκο σε 12/18 (66,7%). Ενδοδιαφυγές στους 6 μήνες αναδείχθηκαν σε 3/18 (16,7%) (τύπου II: 2, τύπου Ia: 1), χωρίς μετανάστευση (≥ 10 mm) ή απώλεια βατότητας. Δεν απαιτήθηκε επανεπέμβαση. Ένας ασθενής απεβίωσε κατά την παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Στο αρχικό μας μονοκεντρικό μητρώο, το ενδομόσχευμα Percutек για υπονεφρικά AAA έδειξε υψηλή τεχνική επιτυχία και χαμηλή 30ήμερη νοσηρότητα, με ευνοϊκή πρώιμη συμπεριφορά σάκου στους 6 μήνες και χωρίς ανάγκη επανεπέμβασης. Απαιτείται συνέχιση της καταγραφής και μακροχρόνια παρακολούθηση για την τεκμηρίωση αντοχής και καθυστερημένων επιπλοκών.

ΠΑ32

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΟΔΙΑΦΥΓΩΝ ΤΥΠΟΥ ΙΑ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ

**Α. Παππά¹, Ι. Γιατζίδης¹, Μ. Ελμογκραμπί¹, Ο. Λομβαρδέας¹, Ν. Ασαλουμίδης¹, Α.-Μ. Μήτκα¹,
Θ. Καλογήρου¹, Χ. Κάρκος¹, Κ. Παπάζογλου¹**

*Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Ε' Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

Σκοπός: Οι ενδοδιαφυγές μετά από ενδοαυλική αντιμετώπιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (Endovascular Aneurysm Repair, EVAR), αποτελούν την «αχίλλειο» πτέρνα της συγκεκριμένης τεχνικής. Ειδικά για την ενδοδιαφυγή τύπου Ια απαιτείται άμεση αντιμετώπιση, η οποία συχνά μπορεί να επιτευχθεί με ενδοαυτικά μέσα.

Υλικό-Μέθοδοι: Στη μελέτη περιλαμβάνονται 12 ασθενείς, άντρες, με μέσο όρο ηλικίας 74.4 έτη (59-88). Ο μέσος όρος από την ημερομηνία του αρχικού EVAR ήταν 7.5 έτη (6 μήνες - 15 έτη). Σε 10 ασθενείς είχε τοποθετηθεί διχαλωτό μόσχευμα (n=8, Endurant, n= 1, Minos, n=1, Zenith), σε έναν αορτομονό μόσχευμα Endurant και σε έναν cuff Endurant. Σε 10 ασθενείς, η ενδοδιαφυγή ήταν ασυμπτωματική και διαγνώσθηκε σε αξονική επανελέγχου, ενώ, ένας ασθενής εμφάνισε ρήξη και ένας άλγος στην οσφύ. 6 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με την τεχνική δίκην καπνοδόχου ("Chimney"). Στους 5 από αυτούς, τοποθετήθηκε αορτική προέκταση Endurant, και σε έναν ασθενή αορτομονό μόσχευμα Endurant. Επίσης, σε 4 από τους ανωτέρω ασθενείς πραγματοποιήθηκε διπλό Chimney και στις δύο νεφρικές, σε έναν μονό στην μία νεφρική και σε έναν μονό στην άνω μεσεντέρια αρτηρία με κάλυψη των νεφρικών. Σε δύο ασθενείς τοποθετήθηκε μία αορτική προέκταση, σε έναν αορτική προέκταση με ενδοσυρραφή, σε δύο ενδοσυρραφή και σε έναν πραγματοποιήθηκε τεχνική Fenestrated-Branched Endovascular Aneurysm Repair (FEVAR/BEVAR) με custom μόσχευμα της COOK.

Αποτελέσματα: Η τεχνική επιτυχία (διόρθωση της ενδοδιαφυγής αγγειογραφικά) ήταν 100% και η θνητότητα ήταν 8.33% (n=1). Διεγχειρητικές - μετεγχειρητικές επιπλοκές παρουσιάστηκαν σε 4 ασθενείς (33.3%). Ένας ασθενής εμφάνισε αιμάτωμα στον αριστερό βραχίονα το οποίο χρειάστηκε παροχέτευση, ένας εμφάνισε οξεία ισχαιμία AP κάτω άκρου, που αντιμετωπίστηκε με θρομβεκτομή και ένας εμφάνισε αιμορραγία από κλάδο της έξω λαγονίου που αντιμετωπίστηκε με ανοικτή προσπέλαση. Τέλος, σε έναν ασθενή έγινε κάλυψη των νεφρικών αρτηριών με την αορτική προέκταση, και αντιμετωπίστηκε με καθετηριασμό της μίας νεφρικής και τοποθέτηση ενδοπρόθεσης. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 7.8 ημέρες (2-32 ημέρες).

Συμπεράσματα: Η ενδοδιαφυγή τύπου Ια μετά από EVAR αποτελεί επιπλοκή με πολύπλοκη αντιμετώπιση. Η μεγάλη ποικιλομορφία στην κλινική και απεικονιστική εκδήλωση της, καθιστά δύσκολη την επιλογή της ασφαλέστερης και αποτελεσματικότερης θεραπευτικής μεθόδου και τεχνικής. Το γεγονός αυτό, καθιστά τον αρχικό σχεδιασμό του EVAR εξαιρετικά σημαντικό.

ΠΑ33

ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ ΜΕ C-ARM ΝΕΑΣ ΕΝΑΝΤΙ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΗΣ ΓΕΝΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

N. Μουλατσιώτης-Βορεάκης¹, Α. Ταμπάκου¹, Ε. Α. Σερράου², Μ. Σταθοπούλου², Α. Τσιμπούκης¹, Φ. Ευθυμίου³, Σ. Παπαδούλας¹, Σ. Κάκκος¹

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

²Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

³Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

Εισαγωγή: Η ενδαγγειακή αποκατάσταση των ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής (EVAR) βασίζεται στην εκτεταμένη χρήση ακτινοσκόπησης και ψηφιακής αφαιρετικής αγγειογραφίας (DSA), με αποτέλεσμα την έκθεση τόσο του ασθενούς όσο και του προσωπικού σε ιονίζουσα ακτινοβολία. Συνεπώς, βασικό στόχο των σύγχρονων ακτινοσκοπικών μηχανημάτων, τύπου C-arm, συνιστά η βελτιστοποίηση της ποιότητας απεικόνισης, με ταυτόχρονη χορήγηση της ελάχιστης δυνατής δόσης ακτινοβολίας.

Σκοπός: Η πιλοτική σύγκριση του διεγχειρητικού γινομένου δόσης-επιφάνειας (DAP) μεταξύ νέας και παλαιότερης γενιάς C-arm.

Υλικό-Μέθοδοι: Συγκεντρώθηκαν αναδρομικά ασθενείς που υποβλήθηκαν σε EVAR με νέας γενιάς C-Arm (1^η ομάδα) και ασθενείς που υποβλήθηκαν πρόσφατα στην ίδια επέμβαση με το παλαιότερο C-arm (2^η ομάδα), με πλήρη αντιστοιχία των τύπων μοσχευμάτων μεταξύ των δύο ομάδων. Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν ως προς το DAP και το χρόνο ακτινοσκόπησης (ΧΑ), ενώ δευτερευόντως ως προς παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν τα αποτελέσματα, όπως η μέγιστη διάμετρος του ανευρυσματικού σάκου, η συνολική ποσότητα χορηγηθέντος σκιαγραφικού, η συνύπαρξη ανευρύσματος λαγονίου (ΑΛ) και ο αριθμός των λαγονίων προεκτάσεων (ΛΠ) που χρησιμοποιήθηκαν.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν συνολικά 22 ασθενείς (11 για κάθε ομάδα). Η διάμεση διάμετρος του ανευρύσματος και η διάμεση ποσότητα σκιαγραφικής ουσίας που χρησιμοποιήθηκε, ήταν 5.2cm (IQR₁= 5.1-6) με 125cc (IQR₁= 105-145) για την 1^η ομάδα και 5.5cm (IQR₂= 5.2-5.6) με 115cc (IQR₂= 95-130) για την 2^η ομάδα, αντίστοιχα, διαφορές μη στατιστικά σημαντικές. Ο διάμεσος ΧΑ ήταν 948sec (IQR₁= 783-1085) για την 1^η ομάδα και 896sec (IQR₂= 716-1082) για την 2^η, χωρίς σημαντική διαφορά μεταξύ τους (p=0.699). Στατιστικά σημαντική (p<0.001) ανεδείχθη η διαφορά του DAP, με μεγαλύτερη τη δόση στην 1^η ομάδα με διάμεση τιμή 6508.9 cGy.cm² (IQR₁= 5775.9-7917.6) σε σχέση με την 2^η ομάδα (διάμεση τιμή 2280 cGy.cm², IQR₂= 1760- 2970). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις μεταβλητές ΑΛ και ΛΠ. Η ποιότητα της απεικόνισης ήταν αναμφίβολα υπέρ της νεότερης γενιάς C-arm.

Συμπεράσματα: Αν και η εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας εικόνας διεγχειρητικά αποτελεί πλεονέκτημα για την ασφάλεια και την ακρίβεια της επέμβασης, η ενδεχόμενη αυξημένη εκπομπή ακτινοβολίας από τα νέας γενιάς C-Arm, θα πρέπει να εγείρει το ενδιαφέρον προς την επαλήθευση της παρατήρησης, καθώς η παρούσα μελέτη συμπεριέλαβε μικρό αριθμό ασθενών, με σκοπό την βελτίωση των ακτινοπροστατευτικών μέσων.

ΠΑ34

ΜΕΛΕΤΗ ENCHANT, ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Ο. Λομβαρδέας, Ι. Γιαγτζίδης, Μ. Ελμογκραμπί, Α. Παππά, Ν. Ασαλουμίδης, Α.-Μ. Μήτκα,
Θ. Καλογήρου, Χ. Κάρκος, Κ. Παπάζογλου**

*Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Ε' Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

Εισαγωγή: Η Ενδαγγειακή Αποκατάσταση Ανευρύσματος με τεχνική «δίκην καπνοδόχου» - Chimney graft Endovascular Aneurysm Repair, ChEVAR αποτελεί μία θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση των παρανεφρικών Ανευρυσμάτων Κοιλιακής Αορτής (ΑΚΑ), τα οποία αντιπροσωπεύουν περίπου το 15% των ΑΚΑ. Η τεχνική ChEVAR στοχεύει στην επέκταση της ζώνης πρόσφυσης του ενδαγγειακού μοσχεύματος, με ταυτόχρονη διατήρηση της αιμάτωσης των νεφρικών αρτηριών. Η Medtronic™ προτείνει το σύστημα «Endurant™ II/IIIs» σε συνδυασμό με το καλυμμένο, διατεινόμενο με μπαλόνι stent «Radiant™», ως ιδανικό συνδυασμό υλικών για την εφαρμογή του ChEVAR. Η μελέτη ENCHANT είναι μία πολυκεντρική, προοπτική μελέτη της τεχνικής ChEVAR, χωρίς ομάδα ελέγχου. Έλαβε χώρα κατά τα έτη 2018-2025 και αξιολογεί τα κλινικά αποτελέσματα, την ασφάλεια και την απόδοση της τεχνικής. Η παρούσα εργασία παρουσιάζει την εμπειρία ενός συμμετέχοντος κέντρου.

Υλικό - Μέθοδος: Κατά το διάστημα 2018-2025, εντάχθηκαν στη μελέτη ENCHANT εννέα (9) άνδρες ασθενείς, με μέση ηλικία 79 έτη. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε επέμβαση υπό τοπική αναισθησία, με προσπέλαση από τις κοινές μηριαίες αρτηρίες αμφοτερόπλευρα, καθώς και από την αριστερή μαχαλιαία αρτηρία. Πέντε (5) ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με τεχνική «μονού» chimney, ενώ τέσσερις (4) υποβλήθηκαν σε αμφοτερόπλευρη τοποθέτηση ενδαγγειακών μοσχευμάτων στις νεφρικές αρτηρίες.

Αποτελέσματα: Η τεχνική επιτυχία ανήλθε στο 100%. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν τρεις ημέρες. Η θνητότητα στις 30 ημέρες ήταν 11,1% (n=1), ο ασθενής απεβίωσε λόγω πνευμονικής εμβολής. Κατά την περίοδο παρακολούθησης (follow up, μέσος όρος 30 μήνες) η θνητότητα ανήλθε σε 22,2% (n=2), για αιτίες άσχετες με το ανεύρυσμα, ενώ ένας ασθενής (11,1%) παρουσίασε ενδοδιαφυγή τύπου Ia.

Συμπεράσματα: Η μελέτη ENCHANT ολοκλήρωσε την ένταξη νέων ασθενών τον Μάρτιο του 2025, έχοντας επιτύχει τον στόχο των 150 ασθενών με προβλεπόμενη παρακολούθηση πέντε ετών, χωρίς να είναι ακόμη διαθέσιμα τα συνολικά αποτελέσματα. Τα έως τώρα δεδομένα, σε συνδυασμό με τη διεθνή βιβλιογραφία, υποδηλώνουν ότι η τεχνική ChEVAR αποτελεί ασφαλή θεραπευτική επιλογή, με ικανοποιητικά πρώιμα και μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα, για την αντιμετώπιση πολύπλοκων αορτικών ανατομιών, με χρήση εμπορικά διαθέσιμων συσκευών. Η σωστή επιλογή ασθενών και οι σαφείς ενδείξεις παραμένουν καθοριστικής σημασίας για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων.

ΠΑ35

ΕΝΔΟΔΙΑΦΥΓΗ ΤΥΠΟΥ III ΣΤΗΝ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ AFX ΚΑΙ AFX-2: «ΕΝΑ ΧΡΟΝΙΖΟΝ ΖΗΤΗΜΑ»

Γ. Φαναριώτης¹, Α. Βασιλείου², Κ. Καραθάνου¹, Μ. Περούλης¹, Ε. Αλεξίου¹

¹Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

²Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Σκοπός: Τα ενδοαυλικά μοσχευμάτα με δυνατότητα καθήλωσης στον αορτικό διχασμό επιτρέπουν μια προσέγγιση προσαρμοσμένη στην υπάρχουσα αορτική ανατομία κατά την ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (EVAR). Ωστόσο, η πρώτη γενιά των ενδομοσχευμάτων AFX, σηματοδότηκε από αυξημένη συχνότητα ενδοδιαφυγών τύπου III οδηγώντας σε σταδιακή απόσυρση και αντικατάσταση από τη δεύτερη γενιά, γνωστή ως AFX-2. Λόγω των απαιτούμενων επανεπεμβάσεων σε ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με παλαιότερα μοντέλα AFX, συχνά απόρροια των ενδοδιαφυγών τύπου III, παραμένει έντονο το ενδιαφέρον για τα αντίστοιχα ποσοστά ενδοδιαφυγών του AFX-2. Παρουσιάζουμε ένα σχετικό κλινικό περιστατικό με ενδοδιαφυγή τύπου III, και αποτελέσματα της ανασκόπησης βιβλιογραφίας αναφορικά με τη συχνότητα ενδοδιαφυγών τύπου III σχετιζόμενων με τα AFX και AFX-2.

Υλικό-Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με ενδοδιαφυγή τύπου III και επακόλουθη ρήξη του ανευρύσματος σε έδαφος παλαιότερου EVAR με χρήση του πρώτης γενιάς AFX. Παράλληλα, πραγματοποιήσαμε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την ανεύρεση περιπτώσεων ενδοδιαφυγών τύπου III και του χρονικού εύρους μέχρι την ανίχνευση τους στις διαφορετικές γενιές των AFX.

Αποτελέσματα: 17 μελέτες αξιοποιήθηκαν για την άντληση σχετικών πληροφοριών. Αναδρομικές μελέτες που στην κοόρτη περιελάμβαναν αδιάκριτα ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με το ενδομόσχευμα Powerlink και τον διάδοχο του, AFX, παρουσίαζαν χαμηλά ποσοστά ενδοδιαφυγών τύπου III. Αντίθετα, μελέτες που εξέτασαν αποκλειστικά ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με τα πρώτης γενιάς AFX, παρουσίασαν υψηλά ποσοστά, >15% εντός διετίας. Αναφορικά με το ενδομόσχευμα AFX-2, η συχνότητα των ενδοδιαφυγών τύπου III παρουσίαζε σημαντική ετερογένεια μεταξύ των μελετών. Μια κλινική δοκιμή, και μια αναδρομική μελέτη με 455 ασθενείς, παρουσίασαν εφάμιλλα ποσοστά ενδοδιαφυγών τύπου III, <2% στην τετραετία. Αντίθετα, μικρότερες αναδρομικές μελέτες προσδιόριζαν τα αντίστοιχα ποσοστά σε διψήφια κλίμακα. Η ύπαρξη ενδοδιαφυγών τύπου III κατέστησε αναγκαία την αντιμετώπιση τους στην πλειονότητα των περιπτώσεων, συννηθέστερα μέσω ενδαγγειακής προσέγγισης.

Συμπεράσματα: Οι ενδοδιαφυγές τύπου III παραμένουν επίκαιρο ζήτημα που αφορά ιδιαίτερα τους ασθενείς με ιστορικό EVAR και χρήση ενδομοσχεύματος που επικάθεται στον αορτικό διχασμό.



ΠΑ36

Η ΧΡΗΣΗ PHYSICIAN MODIFIED ENDOGRAFTS (PMEGS) ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ - ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Α. Υφαντής, Γ. Πλάκας, Π. Γεωργίου, Φ. Σπανός, Α. Βασιλείου, Χ. Πίτρος, Α. Ρόκου,
Α. Παναγιωτόπουλος, Κ. Αντωνόπουλος, Γ. Σφυρόερας, Κ. Μουλακάκης, Α. Λάζαρης, Ι. Κακίσης**

*Α' Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Σκοπός: Τα σύνθετα ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής αποτελούν μία πρόκληση για τον αγγειοχειρουργό καθώς παρουσιάζουν ανατομικές ιδιαιτερότητες. Σκοπός της εργασίας μας είναι να περιγράψουμε την εμπειρία μας στη χρήση ενδομοσχευμάτων τροποποιημένων από τον χειρουργό (PMEGs) για την αντιμετώπιση συμπτωματικών σύνθετων ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής.

Υλικό - Μέθοδοι: Μεταξύ Νοεμβρίου 2025 και Ιανουαρίου 2026, τρεις ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με τη χρήση PMEGs. Οι δύο ασθενείς έπασχαν από συμπτωματικό επώδυνο παρανεφρικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής χωρίς ικανοποιητικό κεντρικό αυχένα, ενώ ο τρίτος ασθενής διεκομίσθη με εντοπισμένη ρήξη στην έκφυση της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με το ενδομόσχευμα Treo της Bolton. Στον πρώτο ασθενή τροποποιήθηκε το μόσχευμα με 4 θυρίδες ενώ οι άλλοι δύο αντιμετωπίστηκαν με 3 θυρίδες. Και οι τρεις ασθενείς παρουσίασαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία, χωρίς άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές και έλαβαν εξιτήριο.

Συμπεράσματα: Η τροποποίηση από τον χειρουργό διαθέσιμων ενδομοσχευμάτων για την αντιμετώπιση σύνθετων ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής αποτελεί μία δομημένη επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς σε κέντρα με εμπειρία.

ΠΑ37

ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ OVATION ALTO ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ

**Α. Μπαρμπάτης¹, Κ. Σπανός¹, Χ. Ιωάννου², Σ. Κάκκος³, Γ. Γεωργιάδης⁴, Γ. Κούβελος¹,
Ν. Κοντοπόδης², Αθανάσιος Γιαννούκας¹**

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

²Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

³Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας, Πάτρα

⁴Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός: Το ενδομόσχευμα Ovation Alto έλαβε έγκριση CE τον Αύγουστο του 2020, με κύριο χαρακτηριστικό τη δυνατότητα σφράγισης σε αυχένα κοιλιακής αορτής 7 mm κάτωθεν της κατώτερης νεφρικής αρτηρίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των πρώιμων αποτελεσμάτων χρήσης του ενδομοσχεύματος Ovation Alto στην αντιμετώπιση ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ), βάσει δεδομένων του Ελληνικού Μητρώου.

Μεθοδολογία: Το Ελληνικό Μητρώο περιλαμβάνει αναδρομικά και προοπτικά ενταγμένους στην μελέτη ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοαγγειακή αποκατάσταση ΑΚΑ με το σύστημα Ovation Alto™ (NCT05172830). Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν για εκλεκτικό ή συμπτωματικό υπονεφρικό ΑΚΑ κατά την περίοδο 2021-2023, χωρίς να συμπεριληφθούν οι ασθενείς με ρήξη ανευρύσματος. Καταγράφηκαν τα προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά ανατομικά χαρακτηριστικά (διάμετρος υπονεφρικής αορτής στα 7 και 10 mm από την κατώτερη νεφρική αρτηρία, μέγιστη διάμετρος ανευρύσματος, γωνίωση αυχένα). Τα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν την τεχνική επιτυχία, τη θνητότητα, τις επανεπεμβάσεις και τον τύπο ενδοδιαφυγής εντός 30 ημερών.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 128 ασθενείς (96% άνδρες, μέση ηλικία 71,6±7 έτη, μέση διάμετρος ΑΚΑ 59,8±10 mm), εκ των οποίων το 94% ήταν ασυμπτωματικοί. Η μέση διάμετρος αυχένα στα 7 mm ήταν 23±3 mm, το μέσο μήκος αυχένα 18±9 mm και η μέση γωνίωση 28±14°. Δεκαεννέα ασθενείς παρουσίαζαν μήκος αυχένα <10 mm, ενώ σε 14 ασθενείς η διάμετρος διχασμού ήταν <20 mm. Πενήντα οκτώ ασθενείς (45%) είχαν τουλάχιστον μία έξω λαγόνια αρτηρία <7 mm. Η τεχνική επιτυχία ανήλθε στο 98%. Σε δύο ασθενείς έγινε μετατροπή διεγχειρητικά σε αορτομονό ενδομόσχευμα με μηρομηριαία παράκαμψη. Σε έξι ασθενείς πραγματοποιήθηκε διεγχειρητική ενίσχυση με αεροθάλαμο ή αυτοεκπτυσσόμενο ενδονάρθηκα. Δεν καταγράφηκαν υψηλής ροής ενδοδιαφυγές διεγχειρητικά. Στις 30 ημέρες, η διάμετρος του ανευρυσματικού σάκου παρέμεινε σταθερή ή μειώθηκε στη μεγάλη πλειονότητα των ασθενών. Καταγράφηκε ένας θάνατος μη σχετιζόμενος με το ανεύρυσμα και μία ανοικτή μετατροπή. Το ποσοστό ενδοδιαφυγής τύπου II ήταν 26% και τύπου I 1,5%.

Συμπέρασμα: Το ενδομόσχευμα Ovation Alto παρουσίασε υψηλά ποσοστά πρώιμης τεχνικής και κλινικής επιτυχίας. Ασθενείς με απαιτητική ανατομία, όπως βραχύ αυχένα, στενό διχασμό ή μικρές λαγόνιες αρτηρίες, δύνανται να αντιμετωπιστούν με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

ΠΑ38

ΤΕΧΝΙΚΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ PHYSICIAN MODIFIED ENDOGRAFT (PMEG) ΜΕ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΘΥΡΙΔΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ BOLTON TREO

Α. Υφαντής, Κ. Μουλακάκης, Γ. Πλάκας, Π. Γεωργίου, Φ. Σπανός, Α. Βασιλείου, Χ. Πίτρος, Α. Ρόκου, Κ. Αντωνόπουλος, Γ. Σφυρόερας, Α. Λάζαρης, Ι. Κακίσης

Α' Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

Σκοπός: Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση των σύνθετων ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής με τα συνηθισμένα κοιλιακά ενδομοσχεύματα, δεν είναι πάντα εφικτή λόγω του μη ικανοποιητικού κεντρικού αυχένα. Παρόλο που η χρήση θυριδωτών ή κλαδωτών μοσχευμάτων παρουσιάζει εξαιρετικά αποτελέσματα, η εφαρμογή τους σε επείγουσες καταστάσεις είναι περιορισμένη λόγω της χρονικής καθυστέρησης στην παραγωγή. Η χρήση physician-modified endografts αποτελεί μία εφικτή εναλλακτική σε επιλεγμένους ασθενείς.

Υλικό - Μέθοδοι: Περιγράφουμε μία αξιόπιστη τεχνική για την κατασκευή και τοποθέτηση τροποποιημένου από τον χειρουργό μοσχεύματος με τέσσερις θυρίδες, με τη χρήση της πλατφόρμας του Bolton Treo.

Αποτελέσματα: Η τρισδιάστατη απεικόνιση μετατρέπεται σε ένα δισδιάστατο σχέδιο με βάση τις αρχές της γεωμετρίας, το οποίο στη συνέχεια αποτυπώνεται σε μία διαφάνεια η οποία χρησιμοποιείται για τη δημιουργία των θυρίδων. Η τεχνική περιλαμβάνει την έκπτυξη του μοσχεύματος, τη δημιουργία και την ενίσχυση των θυρίδων, την τοποθέτηση ακτινοσκιερών σημάτων, τα ράμματα περιορισμού της διαμέτρου και την επανατοποθέτηση του μοσχεύματος εντός του θηκαριού.

Συμπεράσματα: Αυτή η συγκεκριμένη τεχνική επιτρέπει την ακριβή και συνεπή τροποποίηση των διαθέσιμων ενδομοσχευμάτων για την αντιμετώπιση σύνθετων ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής σε επιλεγμένους ασθενείς σε κέντρα με επαρκή εμπειρία..

ΠΑ39

ΡΗΞΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

**Π. Γεωργίου, Γ. Πλάκας, Α. Υφαντής, Φ. Σπανός, Α. Βασιλείου, Χ. Πίτρος, Α. Ρόκου,
Κ. Αντωνόπουλος, Γ. Σφυρόερας, Κ. Μουλακάκης, Α. Λάζαρης, Ι. Κακίσης**

*Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα*

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή και ανάλυση των περιστατικών ρήξης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής μετά από ενδοαγγειακή αποκατάσταση (EVAR), καθώς και η διερεύνηση των αιτιών αποτυχίας και των θεραπευτικών στρατηγικών αντιμετώπισης, στο πλαίσιο εμπειρίας δεκαετίας τριτοβάθμιου αγγειοχειρουργικού κέντρου.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη ασθενών που αντιμετωπίστηκαν για ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής μετά από προηγηθείσα ενδοαγγειακή αποκατάσταση κατά το χρονικό διάστημα 2015-2025 στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικόν. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ο χρόνος από την αρχική ενδοαγγειακή αποκατάσταση έως τη ρήξη, οι αιτίες αποτυχίας με έμφαση στον τύπο ενδοδιαφυγής, ο τρόπος αντιμετώπισης και η πρώιμη έκβαση.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 7 ασθενείς, εκ των οποίων 5 ήταν άνδρες και 2 γυναίκες, με μέση ηλικία 84 έτη. Ο μέσος χρόνος από την αρχική EVAR έως τη ρήξη ανήλθε στα 9,6 έτη. Ως κύρια αιτία ρήξης καταγράφηκαν 5 ενδοδιαφυγές τύπου I (Ia σε 3 ασθενείς και Ib σε 2), ενώ σε 2 περιπτώσεις διαπιστώθηκε ενδοδιαφυγή τύπου III. Η αντιμετώπιση περιλάμβανε ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση στο 28,6% των ασθενών, ενώ στους υπόλοιπους εφαρμόστηκαν ενδοαγγειακές τεχνικές, ανάλογα με τα ανατομικά και αιμοδυναμικά δεδομένα. Καταγράφηκε ένας θάνατος εντός 30 ημερών, αντιστοιχώντας σε θνητότητα 14,2%.

Συμπεράσματα: Η ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής μετά από EVAR αποτελεί σπάνια αλλά εξαιρετικά σοβαρή επιπλοκή με σημαντική νοσηρότητα και μη αμελητέα θνητότητα. Οι ενδοδιαφυγές τύπου I και III αποτελούν τον κυριότερο μηχανισμό αποτυχίας και σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ρήξης ακόμη και αρκετά έτη μετά την αρχική επέμβαση. Ωστόσο, η ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής μετά από ενδοαγγειακή αποκατάσταση πιθανόν να έχει μειωμένη θνητότητα σε σχέση με την de novo ρήξη.

ΠΑ40

ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ COMPLEX ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΚΑΤ.

Η. Δουκόγιαννη, Α. Παπαπέτρου, Κ. Μαλτέζος, Α. Παχή, Σ. Γιαννακάκης, Γ. Καστρήσιος, Χ. Μαλτέζος

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΑΤ», Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση τη εμπειρίας της κλινικής μας στην ενδαγγειακή αντιμετώπιση complex ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής.

Υλικό-Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη έξι ασθενών με παρανεφρικά ανευρύσματα κοιλιακής αορτής και ενός με θωρακοκοιλιακό ανεύρυσμα τύπου IV που υποβλήθηκαν σε ενδαγγειακή αποκατάσταση στην κλινική μας από τον Φεβρουάριο 2023 έως τον Φεβρουάριο 2026. Χρησιμοποιήθηκαν ενδομοσχεύματα με θυρίδες (fenestrated) ή με πλάγιους κλάδους (branched). Καταγράφηκαν η τεχνική επιτυχία, η περιεγχειρητική και ολική θνητότητα, οι ενδοδιαφυγές, η βατότητα των αγγείων-στόχων, οι επανεπεμβάσεις και οι μείζονες επιπλοκές.

Αποτελέσματα: Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 7 ασθενείς, όλοι άνδρες, με μέση ηλικία 76 έτη. Η μέση διάμετρος του ανευρυσματικού σάκου ήταν 59 mm. Τρεις ασθενείς (43%) είχαν ιστορικό προηγούμενης αορτικής επέμβασης (EVAR ή ανοικτής αποκατάστασης). Η τεχνική επιτυχία ήταν 100%. Η θνητότητα 30 ημερών ήταν 0, ενώ στο follow-up υπήρξε ένας θάνατος μετά από εμφάνιση καθυστερημένης παραπληγίας. Στον απεικονιστικό έλεγχο του πρώτου μήνα, τα ποσοστά ενδοδιαφυγής τύπου I, II και III ήταν 0%, 57% και 0%, αντίστοιχα. Καμία ενδοδιαφυγή τύπου II δεν χρειάστηκε περαιτέρω παρέμβαση. Θρόμβωση ενδονάρθηκα νεφρικής αρτηρίας παρατηρήθηκε σε έναν ασθενή. Επανεπέμβαση χρειάστηκε σε έναν ασθενή λόγω κεντρικότερου διαχωρισμού της αορτής.

Συμπεράσματα: Η ενδαγγειακή αποκατάσταση σύνθετων ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής με ενδομοσχεύματα με θυρίδες ή πλάγιους κλάδους αποτελεί εφικτή θεραπευτική επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς, με υψηλό ποσοστό τεχνικής επιτυχίας και αποδεκτή νοσηρότητα. Η γνώση και εφαρμογή τόσο των ενδαγγειακών όσο και των ανοικτών τεχνικών σε ένα εξειδικευμένο κέντρο επιτρέπει εξατομικευμένη επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου αντιμετώπισης. Όλοι οι ασθενείς πρέπει να εντάσσονται σε αυστηρό πρωτόκολλο μετεγχειρητικής παρακολούθησης με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών.

ΠΑ41

**ΔΕΚΑΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΟΡΤΟΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ**

**Α. Ρόκου, Γ. Πλάκας, Α. Υφαντής, Π. Γεωργίου, Φ. Σπανός, Α. Βασιλείου, Χ. Πίτρος,
Κ. Αντωνόπουλος, Γ. Σφυρόερας, Κ. Μουλακάκης, Α. Λάζαρης, Ι. Κακίσης**

*Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα*

Σκοπός: Η αορτοεντερική επικοινωνία (AEF) αποτελεί σπάνια αλλά απειλητική για τη ζωή κατάσταση, η οποία συνοδεύεται από υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα παρά τις εξελίξεις στις αγγειοχειρουργικές και ενδαγγειακές τεχνικές. Οι δευτεροπαθείς AEF μετά από αορτική αποκατάσταση αποτελούν την πλειονότητα των περιπτώσεων και δημιουργούν σημαντικές διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις. Παρουσιάζουμε την εμπειρία του τμήματός μας κατά τα τελευταία 15 έτη στη διαχείριση AEF, με έμφαση στην κλινική εικόνα, τις θεραπευτικές στρατηγικές και τα αποτελέσματα.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση όλων των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν για AEF στο κέντρο μας σε χρονικό διάστημα 15 ετών. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, αιτιολογία, προηγούμενες αορτικές επεμβάσεις, κλινική παρουσίαση, χειρουργική αντιμετώπιση και μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Τα κύρια καταληκτικά σημεία ήταν η θνητότητα 30 ημερών και οι μείζονες μετεγχειρητικές επιπλοκές που απαιτούσαν επανεπέμβαση.

Αποτελέσματα: Συνολικά αναγνωρίστηκαν 14 ασθενείς (μέση ηλικία 66 έτη, 78,5% άνδρες). Δεκατρείς περιπτώσεις αφορούσαν δευτεροπαθείς AEF μετά από προηγούμενη αορτική αποκατάσταση (ανοικτή χειρουργική σε 9 ασθενείς και EVAR σε 4), ενώ μία περίπτωση ήταν πρωτοπαθής AEF σχετιζόμενο με μεταστατικό καρκίνο παχέος εντέρου. Δύο ασθενείς είχαν ιστορικό προηγούμενης χειρουργικής αντιμετώπισης δευτεροπαθούς AEF και προσήλθαν με υποτροπή. Η γαστρεντερική αιμορραγία ήταν το συχνότερο σύμπτωμα κατά την εισαγωγή (64,3%), ακολουθούμενη από λοίμωξη μοσχεύματος (43%), κοιλιακό άλγος (21,4%) και σήψη κατά την εισαγωγή (14,2%). Η αντιμετώπιση περιλάμβανε ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση σε 11 ασθενείς και ενδαγγειακή θεραπεία σε 3 ασθενείς. Η συνολική θνητότητα 30 ημερών ήταν 43%, ενώ μείζονες μετεγχειρητικές επιπλοκές που απαιτούσαν επανεπέμβαση εμφανίστηκαν στο 21,5% των ασθενών.

Συμπεράσματα: Το AEF παραμένει καταστροφική κατάσταση με υψηλή πρώιμη θνητότητα, ιδιαίτερα σε ασθενείς που προσέρχονται με αιμορραγία ή λοίμωξη. Η ανάγκη επανεπεμβάσεων και η εμφάνιση υποτροπών αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα της αντιμετώπισης και τη βαρύτητα της νόσου. Τα ευρήματά μας συμφωνούν με σύγχρονες σειρές ασθενών που αναφέρουν θνητότητα 30 ημερών περίπου 30-50%.

ΠΑ42

Ο ΡΟΛΟΣ ΕΝΟΣ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ (QoL) ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

N. Μελαχροινόπουλος, H. Αυγερινός, M. Τσότσιος, Θ. Μανσόλας, E. Μήλα, K. Τζανής, Γ. Χατζαντώνης, X. Κλωνάρης

B' Αγγειοχειρουργική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή: Η χρήση καθετήρων αιμοκάθαρσης συσχετίζεται με μειωμένη επιβίωση και αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά μόλυνσης με καθετήρες αιμοκάθαρσης σύμφωνα με μελέτες έχουν υπολογιστεί ότι είναι 10 φορές υψηλότερα σε σύγκριση με αυτά με AVF ή AVG. Αποτελούν δε, τον κύριο παράγοντων κινδύνου βακτηριαίμιας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση. Περίπου το 80% των ασθενών που ξεκινούν αιμοκάθαρση αρχίζουν τη θεραπεία με καθετήρα. Στόχος του κέντρου αγγειακής προσπέλασης είναι η αύξηση του ποσοστού των ασθενών που ξεκινούν αιμοκάθαρση με εγκατεστημένη μόνιμη αγγειακή προσπέλαση με απότοκο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του κέντρου αγγειακών προσπελάσεων στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών μέσω της διεπιστημονικής προσέγγισης των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών που οδηγεί στη μείωση της χρήσης των καθετήρων αιμοκάθαρσης και έγκαιρη δημιουργία ή διόρθωση αυτόλογης αγγειακής προσπέλασης.

Μέθοδοι: Από το Μάιο του 2023 έως τον Ιανουάριο του 2026 ταυτοποιήθηκαν ασθενείς που σύμφωνα με τους παραπέμποντες νεφρολόγους τους χρειαζόνταν δημιουργία μιας νέας ή αναθεώρηση της υπάρχουσας αγγειακής προσπέλασης προσπέλασης του.

Αποτελέσματα: Σημαντικά στατιστική μείωση (40%) στη χρήση των κεντρικών καθετήρων αιμοκάθαρσης στους ήδη ενταγμένους ασθενείς, αλλά και στους νέους ασθενείς κατά την εισαγωγή σε αιμοκάθαρση, μετά την έναρξη της λειτουργίας του οργανωμένου κέντρου αγγειακών προσπελάσεων της Β' Αγγειοχειρουργικής κλινικής ΕΚΠΑ στο ΓΝΑ Λαϊκό.

Συμπεράσματα: Μια διεπιστημονική προσέγγιση των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου, που συμπεριλαμβάνει αγγειοχειρουργούς, νεφρολόγους, επεμβατικούς ακτινολόγους και νοσηλευτές εξειδικευμένους στην αιμοκάθαρση στα πλαίσια λειτουργίας κέντρων αγγειακών προσπελάσεων, μπορεί να βελτιώσει σημαντικά και σε σύντομο χρονικό διάστημα την ποιότητα της αγγειακής προσπέλασης στους ασθενείς αυτούς.

ΠΑ43

**ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΘΩΡΑΚΙΚΩΝ ΦΛΕΒΩΝ ΚΑΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ
ΣΤΟ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

**Δ. Πρεβεζάνος¹, Χ. Αργυρίου², Ν. Ρούσας², Ε. Γεωργακαράκος², Γ. Γεωργιάδης²,
Ν. Τριανταφύλλου²**

¹Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

²Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός: Το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας (ΣΑΚΦ) αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά επικίνδυνη επιπλοκή σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση, συχνά σχετιζόμενη με την επαναλαμβανόμενη χρήση κεντρικών φλεβικών καθετήρων ή με την παρουσία υποκείμενης φλεβικής νόσου. Οι ανατομικές παραλλαγές των ενδοθωρακικών φλεβών, αν και κατά κανόνα ασυμπτωματικές, μπορούν να τροποποιήσουν τη φλεβική απορροή του άνω ημιμορίου και να επηρεάσουν την κλινική παρουσίαση, τη διάγνωση και τη θεραπευτική προσέγγιση του ΣΑΚΦ. Σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η καταγραφή των κυριότερων ανατομικών παραλλαγών του άνω κοίλου φλεβικού συστήματος και η αξιολόγηση της κλινικής τους σημασίας στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

Υλικό-μέθοδοι: Η βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed/MEDLINE και Scopus, καλύπτοντας δημοσιεύσεις έως και τον χρόνο συγγραφής της εργασίας (12/2025). Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας συνδυασμούς λέξεων-κλειδιών στην αγγλική γλώσσα, όπως *"superior vena cava syndrome and hemodialysis"*, *"congenital venous anomalies and hemodialysis"*, *"superior vena cava syndrome and central venous stenosis"*, *"congenital venous anomalies and central venous catheter"*.

Αποτελέσματα: Η αρχική αναζήτηση απέδωσε συνολικά περίπου 1200 δημοσιεύσεις, εκ τω οποίων οι 530 δημοσιεύσεις αντλήθηκαν από την βάση δεδομένων PubMed/Medline και οι 625 δημοσιεύσεις από την βάση δεδομένων Scopus. Μετά την αφαίρεση διπλοτύπων και τον έλεγχο τίτλων και περιλήψεων, 184 πλήρη άρθρα κρίθηκαν υποψήφια προς επεξεργασία. Ακολούθησε ανάγνωση του πλήρους κειμένου, με στόχο την επιλογή δημοσιεύσεων που παρείχαν πληροφορίες σχετικά με ανατομικές παραλλαγές των ενδοθωρακικών φλεβών και τη συσχέτισή τους με κεντρική φλεβική απόφραξη ή σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας στον αιμοκαθαιρόμενο πληθυσμό. Εν τέλει, 5 δημοσιεύσεις συμπεριλήφθηκαν στην εργασία. Τα δεδομένα οργανώθηκαν θεματικά, με έμφαση στην περιγραφή των ανατομικών παραλλαγών και στην κλινική τους σημασία κατά την πρώτη εμφάνιση συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

Συμπεράσματα: Η ορθή προεπεμβατική απεικόνιση, κυρίως με CT ή MR φλεβογραφία, είναι κρίσιμη για την ταυτοποίηση της παραλλαγής και τη σωστή επιλογή προσπέλασης. Η στρατηγική πρόσβασης είναι μορφολογικο-εξαρτώμενη και η έγκαιρη αναγνώριση επιτρέπει την αποφυγή τεχνικών αποτυχιών, τη διατήρηση επαρκούς ροής και τη βελτίωση της συνολικής κλινικής έκβασης των ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

ΠΑ44

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ. Μηνάς

Αγγειοχειρουργική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου, Ρόδος

Σκοπός: Σκοπός είναι η παρουσίαση μιας πιο επιλεκτικής επιλογής ασθενών για AVGs σε σύγκριση με τους ασθενείς με υψηλό κίνδυνο μη ωρίμανσης των AVFs, η οποία μπορεί να μειώσει τις διαδικασίες και το κόστος.

Υλικό - Μέθοδοι: Θα χρησιμοποιηθεί πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση και παρουσίαση στατιστικών στοιχείων.

Αποτελέσματα: Τα πρόσφατα αποτελέσματα δείχνουν ότι η μη ωρίμανση των AVF είναι υψηλότερη στις γυναίκες μεγάλης ηλικίας και στους ασθενείς με χρόνια περιφερική αγγειοπάθεια. Επίσης οι μισές από τις AVF χρήζουν επανεπέμβαση για ωρίμανση και έχουν μικρότερη βατότητα.

Οι ασθενείς οι οποίοι ακολουθούν πρώτα την στρατηγική της τοποθέτησης κεντρικού καθετήρα αιμοδιάλυσης και εν συνεχεία AVF παρουσιάζουν είναι πιο συχνό και με μεγαλύτερο οικονομικό κόστος από τους ασθενείς με απευθείας τοποθέτηση graft.

Συμπεράσματα: Η συχνότερη προτίμηση για αρτηριοφλεβική επικοινωνία (AVFs) έναντι των αρτηριοφλεβικών μοσχευμάτων (AVGs) στην αγγειακή πρόσβαση για αιμοκάθαρση επανεξετάζεται. Παρόλο που η AVF έχει προτιμηθεί για τα μακροπρόθεσμα οφέλη της, συχνά αυτές οι αναστομώσεις δεν ωριμάζουν και απαιτούν συχνές παρεμβάσεις. Η έρευνα δείχνει ότι οι AVFs μπορούν να οδηγήσουν σε υψηλότερο κόστος και περισσότερες διαδικασίες σε σύγκριση με τα AVGs, ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς ξεκινούν αιμοκάθαρση με κεντρικό φλεβικό καθετήρα. Μια πιο επιλεκτική προσέγγιση τοποθέτησης AVGs για ασθενείς με υψηλό κίνδυνο μη ωρίμανσης των AVFs, μπορεί να μειώσει τις διαδικασίες και το κόστος.

ΠΑ45

**ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΕΟΑΓΓΕΙΩΣΗ ΩΣ ΣΤΟΧΟΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ: ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΟΔΟΙ,
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ**

Χ. Σιμόγλου¹, Δ. Γυμνόπουλος²

¹Θωρακοχειρουργός, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης, Ξάνθη

²Γενικός Χειρουργός, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η νεοαγγειογένεση αποτελεί κεντρικό βιολογικό χαρακτηριστικό της καρκινογένεσης, καθορίζοντας την ανάπτυξη, υποξία, μεταστατική δυνατότητα και ανοσολογική διαφυγή των όγκων. Παρά τις προόδους των αντι-VEGF θεραπειών, η ετερογένεια του αγγειακού μικροπεριβάλλοντος περιορίζει την αποτελεσματικότητά τους, αναδεικνύοντας την ανάγκη για βαθύτερη μοριακή κατανόηση.

Να παρουσιαστεί μια αναλυτική, σύγχρονη ανασκόπηση των μοριακών μηχανισμών που διέπουν την καρκινική αγγειογένεση και να καταδειχθούν νέοι θεραπευτικοί στόχοι, με έμφαση στη διασταύρωση αγγειακής βιολογίας και ανοσοογκολογίας.

Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε στοχευμένη συστηματική ανασκόπηση (2017-2025) σε PubMed/Scopus με επιλογή υψηλής ποιότητας μελετών (RCTs, translational research, single-cell sequencing). Εξετάστηκαν μονοπάτια VEGF/VEGFR, Ang-Tie2, Notch-Delta, HIF-1α, καθώς και η αλληλεπίδραση ενδοθηλιακών κυττάρων με καρκινικούς ινοβλάστες, TAMs (tumor-associated macrophages) και T-regs.

Αποτελέσματα: Τα νεότερα δεδομένα αποκαλύπτουν ότι η κλασική "αντι-αγγειογενετική" προσέγγιση δεν επαρκεί. Η έννοια της **αγγειακής ομαλοποίησης (vascular normalization)**, μέσω τροποποίησης του pericyte coverage και της μείωσης της ενδοθηλιακής διαπερατότητας, αυξάνει την αποτελεσματικότητα της ανοσοθεραπείας.

Μελέτες single-cell RNA sequencing κατέδειξαν υποομάδες ενδοθηλιακών κυττάρων (tip, stalk, immunosuppressive ECs) με εξειδικευμένο ρόλο στην ανοσολογική απόκριση και στη μεταστατική επιβίωση.

Παράλληλα, η στόχευση TAMs μέσω CSF1R inhibitors και η αναστολή του Ang2 μειώνουν την ανοσοκαταστολή και ενισχύουν το T-cell infiltration. Στις κλινικές δοκιμές, ο συνδυασμός **anti-VEGF + anti-PD-1/PD-L1** επιδεικνύει σημαντική επιβίωση σε HCC, RCC και NSCLC, επιβεβαιώνοντας τον λειτουργικό δεσμό αγγειακού και ανοσολογικού μικροπεριβάλλοντος.

Τέλος, emerging therapies όπως **exosome-mediated delivery, miRNA modulation**, και **targeting the hypoxic niche** αναδεικνύονται ως νέες στρατηγικές με υψηλή προοπτική.

Συμπεράσματα: Η κατανόηση της αγγειογένεσης στο ογκολογικό μικροπεριβάλλον μεταβάλλεται ριζικά: από απλή αναστολή της VEGF οδού σε **πολυεπίπεδη τροποποίηση του αγγειακού-ανοσολογικού άξονα**. Η ενσωμάτωση αγγειογενετικών βιοδεικτών, η χρήση τεχνολογιών υψηλής ανάλυσης και οι συνδυαστικές ανοσο-αγγειογενετικές θεραπείες αποτελούν τον πυρήνα της σύγχρονης precision oncology. Το πεδίο παρουσιάζει ισχυρές προοπτικές για καινοτομία, κλινική μετάφραση και βράβευση σε εξειδικευμένα ιατρικά συνέδρια.

ΠΑ46

ΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΥΠΕΡΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ, ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΟΔΟΙ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

M. M. Αντωνάρακη¹, N. Καρούντζος², A. Τσατσαράγκου³

¹Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών ΕΚΠΑ, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα

²Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών ΕΚΠΑ, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα

³Γενική και Οικογενειακή Ιατρός Ιπτάμενη ΕΚΑΒ, ΕΚΑΒ

Σκοπός: Οι ασθενείς με κακοήθειες είναι προδιατεθειμένοι στην υπερπηκτικότητα του αίματος και στη θρόμβωση, γεγονός που συμβάλλει σημαντικά στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Η καρκινική θρόμβωση (Cancer-Associated Thrombosis, CAT), ιδιαίτερα η φλεβική θρομβοεμβολή (VTE), που περιλαμβάνει τη βαθιά φλεβική θρόμβωση (DVT) και την πνευμονική εμβολή (PE), παραμένει μια συχνή και συχνά υποεκτιμημένη επιπλοκή. Παρά την αναγνώριση των κλασικών κλινικών και ιστοπαθολογικών παραγόντων, πρόσφατα δεδομένα αναδεικνύουν πολύπλοκους βιοχημικούς και μοριακούς μηχανισμούς που στηρίζουν την υπερπηκτικότητα στον καρκίνο. Σκοπός της ανασκόπησης αυτής είναι να συνοψίσει την τρέχουσα γνώση σχετικά με την παθοφυσιολογία της καρκινικής υπερπηκτικότητας, δίνοντας έμφαση στους παράγοντες προπηκτικότητας που προέρχονται από τον όγκο, στις αλληλεπιδράσεις όγκου-ξενιστή, στην ενεργοποίηση αιμοπεταλίων και συμπληρώματος, καθώς και στις γενετικές προδιαθέσεις.

Υλικό - Μέθοδοι: Όλα τα δεδομένα συλλέχθηκαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το PubMed, το Scopus και το Cochrane.

Αποτελέσματα: Τα καρκινικά κύτταρα συμβάλλουν ενεργά σε μια προθρομβωτική κατάσταση μέσω πολλών βιοχημικών οδών. Απελευθερώνουν παράγοντα ιστού (Tissue Factor, TF), καρκινικό προπηκτικό (Cancer Procoagulant, CP) και μικροσωματίδια πλούσια σε TF, τα οποία ενεργοποιούν άμεσα τον καταρράκτη της πήξης και την παραγωγή θρομβίνης. Τα εξωκυτταρικά κυστίδια που προέρχονται από τον όγκο ενισχύουν την ενεργοποίηση του ενδοθηλίου και παρέχουν φωσφολιπιδικές επιφάνειες απαραίτητες για τη συγκρότηση του θρόμβου. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των καρκινικών κυττάρων και του ινωδολυτικού συστήματος περιλαμβάνουν την αύξηση της έκφρασης του αναστολέα ενεργοποιητή πλασμινογόνου-1 (PAI-1), οδηγώντας σε καταστολή της ινωδόλυσης και παραμονή του θρόμβου. Επιπλέον, τα καρκινικά κύτταρα εκφράζουν podoplanin και άλλους υποδοχείς που δεσμεύουν τους CLEC-2 υποδοχείς στα αιμοπετάλια, προκαλώντας την ενεργοποίηση και συσώρευσή τους, με αποτέλεσμα την επιτάχυνση του σχηματισμού θρόμβων. Η ενεργοποίηση του συμπληρώματος από αντιγόνα όγκου και ανοσοσυμπλέγματα συμβάλλει σε ενδοθηλιακή βλάβη και σε φλεγμονώδη σηματοδότηση που ενισχύει περαιτέρω την πήξη. Πρόσφατες μελέτες υπογραμμίζουν επίσης τον ρόλο των neutrophil extracellular traps (NETs), πλεγμάτων DNA που απελευθερώνονται από ενεργοποιημένα ουδετερόφιλα, ως δομικών συντελεστών στη θρόμβωση του καρκίνου. Γενετικοί παράγοντες, όπως μεταλλάξεις σε ρυθμιστές της πήξης (π.χ. Factor V Leiden, προθρομβίνη G20210A), πολυμορφισμοί σε γονίδια κυτοκινών και προσκόλλησης, καθώς και γονιδιακές αλλοιώσεις του όγκου (π.χ. KRAS, TP53), τροποποιούν τον ατομικό κίνδυνο θρόμβωσης. Αυξημένα επίπεδα βιοδεικτών στο πλάσμα, όπως D-dimer, διαλυτό P-selectin, μικροσωματίδια με TF και φλεγμονώδεις κυτοκίνες, συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο θρόμβωσης και μειωμένη επιβίωση. Επιπλέον, νέες γνώσεις γύρω από τον μεταβολισμό του καρκίνου δείχνουν ότι οι oncometabolites και η μεταβολή της γλυκόλυσης (Warburg effect) επηρεάζουν την έκφραση προπηκτικών πρωτεϊνών μέσω των υποδοχέων των υποξικών παραγόντων (HIFs) και της NF-κB οδού.

Συμπεράσματα: Η καρκινική υπερπηκτικότητα αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό σύνδρομο που καθορίζεται από την άμεση συμβολή του όγκου στην πήξη, τη διαταραχή της ινωδόλυσης, την ενεργοποίηση

αιμοπεταλίων και συμπληρώματος, την αλληλεπίδραση ανοσίας-πήξης και τις γενετικές προδιαθέσεις. Κεντρικοί βιοχημικοί παράγοντες που συμμετέχουν στη θρομβογένεση περιλαμβάνουν τον παράγοντα ιστού (TF), τον PAI-1, τα μικροσωματίδια όγκου, τα NETs και προφλεγμονώδεις μεταβολίτες. Η κατανόηση αυτών των μονοπατιών παρέχει μηχανιστική γνώση για την καρκινική θρόμβωση και εντοπίζει πιθανούς θεραπευτικούς στόχους. Η καθοδήγηση με βιοδείκτες και οι στοχευμένες αντιπηκτικές στρατηγικές μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να ενσωματώσουν γονιδιωματικά χαρακτηριστικά όγκων, ανοσοπροφίλ και μεταβολικά πρότυπα για εξατομικευμένη πρόφύλαξη και μείωση των επιπλοκών θρόμβωσης που σχετίζονται με τον καρκίνο.

CANCER-ASSOCIATED HYPERCOAGULABILITY: MECHANISMS, BIOCHEMICAL PATHWAYS, AND CLINICAL IMPLICATIONS.

Purpose: Patients with malignancies are predisposed to blood hypercoagulability and thrombosis, a phenomenon significantly contributing to morbidity and mortality. Cancer-associated thrombosis (CAT), particularly venous thromboembolism (VTE) including deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE), remains a common and often underappreciated complication. While classic clinical and histopathological factors have long been recognized, emerging evidence highlights complex biochemical and molecular mechanisms underpinning hypercoagulability in cancer. This review aims to synthesize current understanding of the pathophysiology of cancer-associated hypercoagulability, with emphasis on tumor-derived procoagulant factors, tumor-host interactions, platelet and complement activation, and genetic predispositions.

Materials and methods : All data was extracted from medical databases such as Pubmed, Scopus, Cochrane, etc.

Results: Cancer cells actively contribute to a prothrombotic state through multiple biochemical pathways. Tumor cells release tissue factor (TF), cancer procoagulant (CP), and microparticles rich in TF that directly activate the coagulation cascade and thrombin generation. Tumor-derived extracellular vesicles enhance endothelial activation and provide phospholipid surfaces crucial for clot assembly. Interactions between tumor cells and the fibrinolytic system involve upregulation of plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1), leading to suppressed fibrinolysis and thrombus persistence. Furthermore, cancer cells express podoplanin and other ligands that bind CLEC-2 receptors on platelets, triggering platelet activation and aggregation, which accelerates thrombus formation. Complement activation by tumor antigens and immune complexes contributes to endothelial injury and proinflammatory signaling that further amplifies coagulation. Recent studies also implicate neutrophil extracellular traps (NETs)—DNA scaffolds released by activated neutrophils—as structural contributors to thrombosis in cancer. Genetic factors, including mutations in coagulation regulators (e.g., Factor V Leiden, prothrombin G20210A), polymorphisms in cytokine and adhesion genes, and tumor genomic alterations (e.g., KRAS, TP53), modulate individual thrombotic risk. Elevated plasma biomarkers such as D-dimer, soluble P-selectin, TF-bearing microparticles, and inflammatory cytokines correlate with thrombosis risk and poorer survival. Emerging insights into cancer metabolism reveal that oncometabolites and altered glycolytic flux (Warburg effect) influence procoagulant protein expression via hypoxia-inducible factors (HIFs) and NF-κB pathways.

Conclusions: Cancer-associated hypercoagulability is a multifactorial syndrome driven by direct tumor contributions to coagulation, dysregulated fibrinolysis, platelet and complement activation, immune-coagulation crosstalk, and genetic susceptibilities. Biochemical mediators such as tissue factor, PAI-1, tumor microparticles, NETs, and proinflammatory metabolites play central roles in thrombogenesis. Understanding these pathways provides mechanistic insight into CAT and identifies potential therapeutic targets. Biomarker-guided risk stratification and targeted anticoagulant strategies may improve outcomes. Future research should integrate tumor genomics, immune profiling, and metabolic signatures to refine personalized thromboprophylaxis and reduce cancer-related thrombotic complications.

ΠΑ47

ANGIOJET-BASED PHARMACOMECHANICAL THROMBECTOMY VERSUS CATHETER-DIRECTED THROMBOLYSIS FOR ACUTE LOWER LIMB ISCHEMIA: AN UPDATED SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

N. Papatheodorou¹, B. Mera Arevalo², G. Georgiadis³, D. Madera⁴

¹Department of Vascular Surgery, University Hospital rechts der Isar, Technical University of Munich, Munich, Germany

²Universidad del Valle, School of medicine, Cali, Colombia

³Department of Vascular Surgery, "Democritus" University of Thrace, University General Hospital of Evros, Alexandroupolis, Greece

⁴Maciel Hospital, Vascular Surgery Department, Montevideo, Uruguay

Introduction: To compare clinical outcomes of an AngioJet™-based pharmacomechanical thrombectomy strategy versus catheter-directed thrombolysis (CDT) in patients with acute lower limb ischemia (ALLI). The primary endpoints were major amputation and technical success. Secondary outcomes included all-cause mortality, major bleeding, and acute kidney injury (AKI).

Methods: We conducted a systematic search of PubMed, Scopus, and Embase to identify observational studies including adults with acute lower limb ischemia (ALLI) treated with AngioJet pharmacomechanical thrombectomy, with or without adjunctive catheter-directed thrombolysis (CDT), compared with CDT alone. Between-study heterogeneity was assessed using Cochran's Q test and the I² statistic; heterogeneity was considered present when p<0.10 and I²>25%. For the primary endpoints, robustness was explored using a leave-one-out sensitivity analysis.

Results: Six studies comprising 787 patients were included; 271 underwent AngioJet pharmacomechanical thrombectomy (± adjunctive CDT), and 516 received catheter-directed thrombolysis (CDT) alone. In the pooled analysis, AngioJet was associated with lower odds of major amputation (OR 0.42, 95% CI 0.19-0.95; p=0.04; I²=0%) and fewer reinterventions (3 studies: OR 0.38, 95% CI 0.18-0.80; p=0.01; I²=28%). Length of hospital stay (LOS) was also shorter with AngioJet (4 studies: MD -1.22 days, 95% CI -1.82 to -0.62; p<0.00001; I²=0%). Conversely, AngioJet was associated with a higher risk of distal embolization (4 studies: RR 1.77, 95% CI 1.16-2.70; p=0.008; I²=0%). No statistically significant between-group differences were observed for technical success, all-cause mortality, major bleeding, or acute kidney injury (AKI). Leave-one-out sensitivity analysis indicated instability of the pooled effect for major amputation, driven by single-study influence and small numbers of events.

Conclusions: An AngioJet-based strategy may reduce major amputation, reintervention, and LOS compared with CDT, at the cost of increased distal embolization.

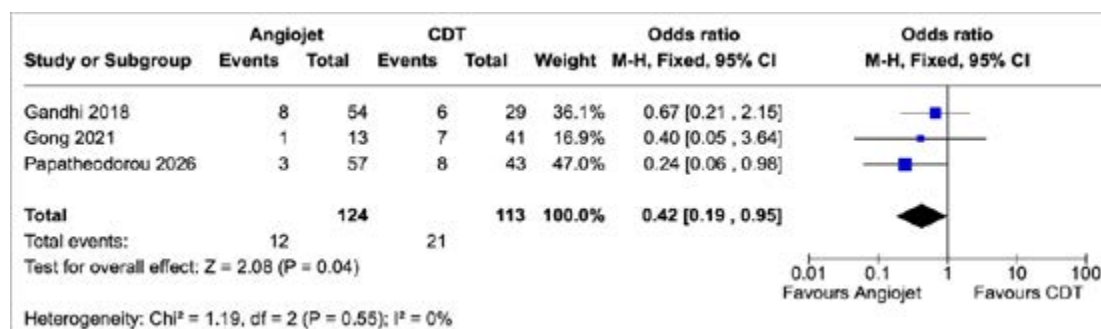


Figure 1. Forest plot comparing AngioJet-PMT versus CDT for major amputation.

ΠΑ48

COMPARATIVE OUTCOMES AND COSTS OF ANGIOJET VS. LYSIS-FIRST STRATEGY IN ACUTE LOWER LIMB ISCHEMIA TREATMENT

N. Papatheodorou¹, K. Stavroulakis², J. Stana³, N. Tsilimparis³, N. Konstantinou⁴

¹Department of vascular surgery, University Hospital, LMU, Munich, Germany

²Vascular and Endovascular Surgery Unit, Mathias Spital Rheine, Germany

³Department of vascular surgery, University Hospital, LMU Munich, Germany

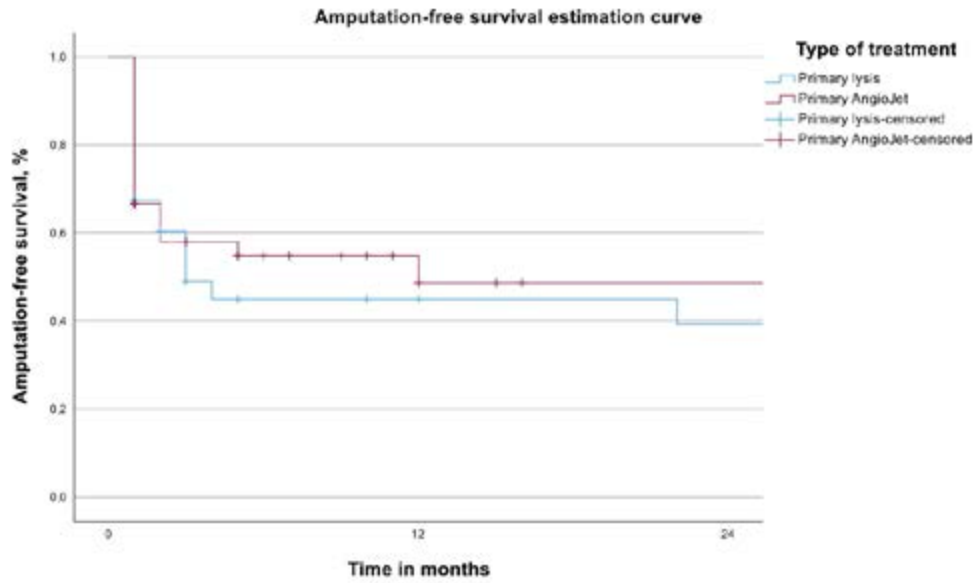
⁴Department of vascular surgery, University Hospital, LMU Munich, Germany

Σκοπός: Να συγκριθούν τα κλινικά αποτελέσματα και το ενδονοσοκομειακό κόστος μιας στρατηγικής πρωτογενούς φαρμακομηχανικής θρομβεκτομής (PMT) με AngioJet έναντι στρατηγικής «lysis-first» με κατευθυνόμενη διακαθετήρια θρομβόλυση (CDT) σε ασθενείς με οξεία ισχαιμία κάτω άκρου (ALLI).

Υλικό - Μέθοδοι: Αναδρομική, μονοκεντρική μελέτη 100 ασθενών με ALLI (Rutherford I-IIb) που αντιμετώπιστηκαν μεταξύ Ιανουαρίου 2016 και Σεπτεμβρίου 2024 στη πανεπιστημιακή αγγειοχειρουργική κλινική του LMU. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν είτε σε πρωτογενή PMT με AngioJet (n=57) είτε σε πρωτογενή CDT (n=43). Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η επιβίωση χωρίς ακρωτηριασμό (AFS). Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η τεχνική επιτυχία, ο μείζων ακρωτηριασμός, η θνητότητα, η επανεπέμβαση και το ενδονοσοκομειακό κόστος. Η ανάλυση time-to-event πραγματοποιήθηκε με Cox-regression ανάλυση, ενώ η ανάλυση κόστους με γενικευμένο γραμμικό μοντέλο (κατανομή gamma).

Αποτελέσματα: Σε διάμεση παρακολούθηση 12 μηνών, η AFS ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων (57,9% έναντι 51,2%, p=0,55). Η τεχνική επιτυχία ήταν υψηλότερη με AngioJet (96,5% έναντι 65,1%, p<0,001). Η διάρκεια θρομβόλυσης (1 ώρα έναντι 24 ωρών, p<0,001), η διάρκεια νοσηλείας (6 έναντι 11 ημερών, p=0,002) και η παραμονή σε ΜΕΘ (1 έναντι 2 ημερών, p<0,001) ήταν μικρότερες στην ομάδα AngioJet. Το διάμεσο ενδονοσοκομειακό κόστος ήταν χαμηλότερο με AngioJet (€9.298 έναντι €13.790·exp(B) 1,308, 95% CI 1,07-1,6, p=0,009). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στη θνητότητα 30 ημερών, στην αιμορραγία ή στην οξεία νεφρική βλάβη. Ο μείζων ακρωτηριασμός ήταν λιγότερο συχνός μετά AngioJet (5,4% έναντι 18,6%, p=0,05), χωρίς να παραμένει στατιστικά σημαντικός στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Η CDT συσχετίστηκε ανεξάρτητα με υψηλότερα ποσοστά επανεπέμβασης (HR 2,57, p=0,03).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ALLI, η στρατηγική AngioJet PMT-first συσχετίστηκε με ανώτερη τεχνική επιτυχία, μικρότερη διάρκεια νοσηλείας σε ΜΕΘ και χαμηλότερο κόστος, χωρίς αύξηση επιπλοκών, σε σύγκριση με τη στρατηγική lysis-first.



Log Rank $p = .67$

| Patients at risk | 6 months | 12 months | 24 months |
|--|-----------------|------------------|------------------|
| Primary catheter-directed thrombolysis | 10 | 8 | 7 |
| Primary AngioJet | 17 | 9 | 5 |

ΠΑ49

ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΥΣΒΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BUDD-CHIARI: ΜΙΑ ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Μαρίνα Μ. Αντωναράκη¹, Ν. Καρούντζος², Α. Τσατσαράγκου³

¹ Φοιτήτρια, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα

² Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών ΕΚΠΑ, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

³ Γενική και Οικογενειακή Ιατρός Ιπτάμενη ΕΚΑΒ, ΕΚΑΒ

Σκοπός: Το σύνδρομο Budd-Chiari (BCS) χαρακτηρίζεται από απόφραξη της ηπατικής φλεβικής ροής, οδηγώντας σε συμφόρηση του ήπατος, πύλη υπέρταση και προοδευτική ηπατική βλάβη. Πρόσφατα δεδομένα αποκαλύπτουν ότι οι αλλοιώσεις στο εντερικό μικροβίωμα συμβάλλουν όχι μόνο στην τοπική ηπατική παθολογία, αλλά και στη συστηματική ανοσολογική δυσλειτουργία και τον θρομβωτικό κίνδυνο. Η παρούσα ανασκόπηση συνθέτει τις πιο πρόσφατες μηχανιστικές γνώσεις σχετικά με το πώς η δυσβίωση του εντέρου επηρεάζει τις βιοχημικές και ανοσολογικές οδούς που υποκρύπτουν το BCS, αναδεικνύοντας τον άξονα έντερο-ήπαρ ως έναν νέο παράγοντα προδιάθεσης και εξέλιξης της νόσου.

Υλικά - Μέθοδοι: Όλα τα δεδομένα εξήχθησαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως PubMed, Scopus, Cochrane κ.ά.

Αποτελέσματα: Πρόσφατες μελέτες με μεταγονιδιωματική ανάλυση και αλληλούχιση 16S δείχνουν ότι οι ασθενείς με BCS εμφανίζουν διαφορετικά προφίλ εντερικού μικροβιώματος σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες και ασθενείς με κίρρωση, με εμφανή μείωση της βακτηριακής ποικιλότητας και αλλαγές στις σχετικές αφθονίες βασικών taxa όπως τα Bacteroides, Megamonas, Prevotella και είδη Clostridium, τα οποία συσχετίζονται με συστηματικές φλεγμονώδεις κυτοκίνες και επίπεδα ενδοτοξίνης. Η δυσβίωση αυξάνει τη διαπερατότητα του εντέρου και διαταράσσει την ακεραιότητα του φραγμού, διευκολύνοντας τη μεταφορά μικροβιακών προϊόντων (π.χ. λιποπολυσακχαρίτης) στην πυλαία κυκλοφορία. Αυτά τα μικροβιακά μεταβολίτες και τα μοριακά πρότυπα που σχετίζονται με παθογόνους παράγοντες ενεργοποιούν τις έμφυτες ανοσολογικές οδούς, οδηγώντας σε χρόνια χαμηλού βαθμού συστηματική φλεγμονή, η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένα IL-6, κυτοκίνες της οικογένειας IL-17 και TNF-α, καθώς και ενεργοποίηση NF-κΒ με μεσολάβηση ενδοτοξίνης. Η προκύπτουσα ανοσολογική ανισορροπία προάγει δυσλειτουργία του ενδοθηλίου και προθρομβωτική κατάσταση, συμβάλλοντας στην απόφραξη της ηπατικής φλέβας και στην επιδείνωση της παθολογίας της νόσου. Πειραματικά μοντέλα μεταμόσχευσης εντερικού μικροβιώματος (FMT) υποστηρίζουν περαιτέρω τον αιτιολογικό ρόλο της δυσβίωσης στην παθογένεση του BCS, καθώς η μεταμόσχευση μικροβιώματος που σχετίζεται με BCS προκαλεί βλάβες στον εντερικό φραγμό, αυξημένες φλεγμονώδεις κυτοκίνες, βλάβη ηπατικού ιστού και αλλοιώσεις στην κάτω κοίλη φλέβα σε ποντίκια, υποδηλώνοντας ότι η διαταραχή του εντερικού μικροβιώματος είναι κινητήριος μοχλός ανοσολογικής δυσλειτουργίας και θρόμβωσης.

Συμπεράσματα: Η δυσβίωση του εντερικού μικροβιώματος αναδεικνύεται ως σημαντικός ρυθμιστής του βιοχημικού και ανοσολογικού περιβάλλοντος στο σύνδρομο Budd-Chiari. Με την ενίσχυση της διαπερατότητας του εντέρου, την προώθηση της μεταφοράς μικροβιακών μεταβολιτών και την πρόκληση συστηματικής φλεγμονής, η δυσβίωση μπορεί να συμβάλει σε ηπατική ανοσολογική ανισορροπία και στην πρόοδο της θρόμβωσης στο BCS. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τον άξονα έντερο-ήπαρ όχι μόνο ως πιθανή πηγή βιοδεικτών για πρόγνωση και διάγνωση, αλλά και ως θεραπευτικό στόχο για παρεμβάσεις βασισμένες στο μικροβίωμα με στόχο την αποκατάσταση της ανοσολογικής ομοιόστασης και τη μείωση του θρομβωτικού κινδύνου. Απαιτούνται περαιτέρω μηχανιστικές μελέτες και

κλινικές δοκιμές για την επικύρωση συγκεκριμένων μικροβιακών υπογραφών και για τη διερεύνηση στοχευμένης τροποποίησης του εντερικού μικροβιώματος ως συμπληρωματική στρατηγική στη διαχείριση του BCS.

ROLE OF GUT MICROBIOME DYSBIOSIS IN THE PATHOGENESIS AND PROGRESSION OF BUDD-CHIARI SYNDROME: A BIOCHEMICAL AND IMMUNOLOGICAL PERSPECTIVE.

Purpose: Budd-Chiari syndrome (BCS) is characterized by hepatic venous outflow obstruction leading to liver congestion, portal hypertension, and progressive hepatic injury. Emerging evidence reveals that alterations in the gut microbiome contribute not only to local hepatic pathology but also to systemic immune dysregulation and thrombotic risk. This review synthesizes the latest mechanistic insights into how gut dysbiosis influences the biochemical and immunological pathways underlying BCS, highlighting the gut-liver axis as a novel factor in disease predisposition and progression.

Materials and methods: All data was extracted from medical databases such as Pubmed, Scopus, Cochrane, etc.

Results: Recent metagenomic and 16S sequencing studies demonstrate that patients with BCS exhibit distinct gut microbial profiles compared with healthy controls and cirrhotic patients, with marked reductions in bacterial diversity and altered relative abundances of key taxa such as *Bacteroides*, *Megamonas*, *Prevotella* and *Clostridium* species, which correlate with systemic inflammatory cytokines and endotoxin levels. Dysbiosis increases intestinal permeability and disrupts barrier integrity, facilitating translocation of microbial products (e.g., lipopolysaccharide) into the portal circulation. These microbial metabolites and pathogen-associated molecular patterns activate innate immune pathways, leading to chronic low-grade systemic inflammation marked by elevated IL-6, IL-17 family cytokines, and TNF- α , as well as endotoxin-mediated activation of NF- κ B signaling. The ensuing immune imbalance promotes endothelial dysfunction and a prothrombotic state, contributing to hepatic venous obstruction and exacerbation of disease pathology. Experimental fecal microbiota transplant (FMT) models further support a causal role of dysbiosis in BCS pathogenesis, as transplantation of BCS-associated microbiota induces intestinal barrier defects, elevated inflammatory cytokines, liver tissue damage, and inferior vena cava alterations in mice, implicating gut microbiome perturbation as a driver of immune dysregulation and thrombosis.

Conclusions: Gut microbiome dysbiosis emerges as an important modulator of the biochemical and immunological milieu in Budd-Chiari syndrome. By enhancing intestinal permeability, promoting translocation of microbial metabolites, and inducing systemic inflammation, dysbiosis can contribute to hepatic immune imbalance and thrombotic progression in BCS. These findings identify the gut-liver axis not only as a potential source of biomarkers for early diagnosis and prognosis but also as a therapeutic target for microbiome-based interventions aimed at restoring immune homeostasis and reducing thrombotic risk. Further mechanistic studies and clinical trials are needed to validate specific microbial signatures and to explore targeted modulation of the gut microbiota as an adjunctive strategy for BCS management.

ΠΑ50

ΠΟΙΚΙΛΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΩΝ ΙΣΟΜΟΡΦΩΝ VEGF (ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΟΝ VEGF-D) ΣΕ ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟ: ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.

M. M. Αντωννάκη¹, N. Καρούντζος², A. Τσατσαράγκου³

¹Φοιτήτρια, Ιατρικής Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα

²Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

³Γενική και Οικογενειακή Ιατρός Ιπτάμενη ΕΚΑΒ, ΕΚΑΒ

Σκοπός: Οι Αγγειακοί Παράγοντες Ενδοθηλίου (VEGFs) αποτελούν βασικούς ρυθμιστές της αγγειογένεσης και της αγγειακής ομοιόστασης. Παρότι αρχικά χαρακτηρίστηκαν για τον ρόλο τους στην πολλαπλασιασμό των ενδοθηλιακών κυττάρων, οι πολύπλοκες και εξαρτώμενες από το πλαίσιο επιδράσεις των ισομορφών VEGF — ιδιαίτερα των VEGF-A, VEGF-C και VEGF-D — έχουν αναδειχθεί ως κεντρικές τόσο στις καρδιαγγειακές παθήσεις (ιδιαίτερα στην αθηροσκλήρωση και στην αναδιαμόρφωση μετά από έμφραγμα) όσο και στην εξέλιξη του καρκίνου. Η παρούσα ανασκόπηση αποσκοπεί στην αποσαφήνιση των πολυδιάστατων μηχανισμών μέσω των οποίων τα μέλη της οικογένειας VEGF επηρεάζουν την αγγειακή αναδιαμόρφωση, τη φλεγμονή, το σχηματισμό πλάκων, την αγγειογένεση όγκων και το μεταστατικό δυναμικό, ενώ αναδεικνύει πρόσφατα στοιχεία για τον VEGF-D τόσο ως θεραπευτικό ρυθμιστή όσο και ως προγνωστικό βιοδείκτη.

Υλικά - Μέθοδοι: Όλα τα δεδομένα εξήχθησαν από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως PubMed, Scopus, Cochrane κ.ά.

Αποτελέσματα: Οι ισομορφές VEGF ασκούν πολλαπλές και ποικιλότροπες επιδράσεις στη φλεβική βιολογία και την ογκογένεση. Στις καρδιαγγειακές παθήσεις, η μεταφορά γονιδίου VEGF-D έχει δείξει ότι μειώνει το πάχος του νεοενδοθηλίου και τη διείσδυση μακροφάγων, υποδηλώνοντας ένα προστατευτικό αποτέλεσμα στην αναδιαμόρφωση, ενώ τα αυξημένα κυκλοφορούντα επίπεδα VEGF-D προβλέπουν ανεξάρτητα τη θνησιμότητα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε στεφανιογραφία, υπογραμμίζοντας την προγνωστική του αξία. Η επίδραση του VEGF στην αθηρογένεση εξαρτάται από το πλαίσιο: η συστηματική γονιδιακή θεραπεία VEGF δεν επιδεινώνει την αθηροσκλήρωση σε ποντίκια με υπερχοληστερολαιμία, ενώ η τοπική χορήγηση VEGF-A και VEGF-D προάγει τη νεοαγγείωση και την υπερπλασία του έσω χιτώνα σε ζωικά μοντέλα. Μηχανιστικά, η στρατολόγηση μονοκυττάρων και μακροφάγων μέσω VEGF και η ενεργοποίηση μέσω VEGFR1 και VEGFR2 μπορούν να επιδεινώσουν τη φλεγμονή της πλάκας. Αντίθετα, τα χαμηλά επίπεδα VEGF-C συσχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα και μπορεί να αντανakλούν ανεπαρκή λεμφαγγειογένεση και εξαγωγή χοληστερόλης, καθιστώντας τον VEGF-C πιθανό προστατευτικό βιοδείκτη. Στην ογκολογία, η υποξία όγκου και η ενεργοποίηση ογκογονιδίων (π.χ. μονοπάτια RAS/RAF) επάγουν την έκφραση VEGF, προάγοντας παθολογική αγγειογένεση και διευκολύνοντας την ανάπτυξη και μετάσταση όγκων. Οι VEGF-C και VEGF-D ενισχύουν τόσο την αιμοαγγειογένεση όσο και τη λεμφαγγειογένεση, με σηματοδότηση μέσω VEGFR3 κρίσιμη για τη λεμφική εισβολή των καρκινικών κυττάρων. Πέραν της αγγειογένεσης, η σηματοδότηση VEGF ρυθμίζει τη στρατολόγηση ανοσοκυττάρων και την αναδιαμόρφωση του μικροπεριβάλλοντος, επηρεάζοντας τόσο την εξέλιξη των όγκων όσο και την καρδιακή αποκατάσταση μετά από έμφραγμα μέσω της επιβίωσης καρδιομυοκυττάρων με μεσολάβηση AKT.

Συμπεράσματα: Τα μέλη της οικογένειας VEGF, ιδιαίτερα ο VEGF-D, διαδραματίζουν διττούς και εξαρτώμενους από το πλαίσιο ρόλους στις αγγειακές και νεοπλασματικές παθήσεις. Ο VEGF-D παρουσιάζει τόσο θεραπευτικό δυναμικό μέσω αγγειακής αναδιαμόρφωσης όσο και προγνωστική σημασία στις καρ-

διαγγειακές παθήσεις, ενώ ο VEGF-C μπορεί να προστατεύει από δυσμενή αποτελέσματα υποστηρίζοντας τη λεμφική λειτουργία και την ομοιοστάση της χοληστερόλης. Στον καρκίνο, οι VEGF προάγουν αγγειογενετικούς και λεμφαγγειογενετικούς μηχανισμούς που υποστηρίζουν την ανάπτυξη και μετάσταση των όγκων, καθιστώντας τους ενδιαφέροντες στόχους για θεραπευτική παρέμβαση. Περαιτέρω έρευνα στην ισομορφική σηματοδότηση και στις αλληλεπιδράσεις υποδοχέων θα βελτιώσει τη διαστρωμάτωση πρόγνωσης και θα επιτρέψει στοχευμένη ρύθμιση των μονοπατιών VEGF τόσο στην καρδιαγγειακή όσο και στην ογκολογική κλινική πρακτική.

DIVERSE ROLES OF VEGF ISOFORMS (WITH EMPHASIS ON VEGF-D) IN VASCULAR DISEASE AND CANCER: MECHANISMS, THERAPEUTIC POTENTIAL AND CLINICAL CORRELATES.

Purpose: Vascular Endothelial Growth Factors (VEGFs) are key regulators of angiogenesis and vascular homeostasis. Although originally characterized for their roles in endothelial proliferation, the complex and context-dependent effects of VEGF isoforms — particularly VEGF-A, VEGF-C and VEGF-D — have emerged as central in both cardiovascular disease (notably atherosclerosis and post-infarct remodeling) and cancer progression. This review aims to elucidate the multifaceted mechanisms by which VEGF family members influence vascular remodeling, inflammation, plaque formation, tumor angiogenesis and metastatic potential, while highlighting recent evidence for VEGF-D both as a therapeutic modulator and a prognostic biomarker.

Materials and methods: All data was extracted from medical databases such as Pubmed, Scopus, Cochrane, etc.

Results: VEGF isoforms exert pleiotropic effects in vascular biology and tumorigenesis. In cardiovascular disease, VEGF-D gene transfer has been shown to reduce neointimal thickening and macrophage infiltration, suggesting a protective remodeling effect, while elevated circulating VEGF-D independently predicts mortality in patients undergoing coronary angiography, underscoring its prognostic value. The impact of VEGF on atherogenesis is context-dependent: systemic VEGF gene therapy does not exacerbate atherosclerosis in hypercholesterolemic mice, yet localized delivery of VEGF-A and VEGF-D promotes neovascularization and intimal hyperplasia in animal models. Mechanistically, VEGF-mediated recruitment of monocytes and macrophages and activation via VEGFR1 and VEGFR2 can exacerbate plaque inflammation. Conversely, low VEGF-C levels correlate with increased mortality and may reflect insufficient lymphangiogenesis and cholesterol efflux, identifying VEGF-C as a possible protective biomarker. In oncology, tumor hypoxia and oncogene activation (e.g., RAS/RAF pathways) upregulate VEGF expression, driving pathological angiogenesis and facilitating tumor growth and metastasis. VEGF-C and VEGF-D enhance both hemangiogenesis and lymphangiogenesis, with VEGFR3 signaling critical for lymphatic invasion by cancer cells. Beyond angiogenesis, VEGF signaling modulates immune cell recruitment and microenvironmental remodeling, affecting both tumor progression and post-myocardial infarction cardiac repair via AKT-mediated cardiomyocyte survival.

Conclusions: VEGF family members, especially VEGF-D, play dualistic and context-dependent roles in vascular and neoplastic disease. VEGF-D demonstrates both therapeutic potential through vascular remodeling and prognostic significance in cardiovascular pathology, while VEGF-C may protect against adverse outcomes by supporting lymphatic function and cholesterol homeostasis. In cancer, VEGFs drive angiogenic and lymphangiogenic pathways that underlie tumor expansion and metastasis, making them compelling targets for therapeutic intervention. Further research into isoform-specific signaling and receptor interactions will refine prognostic stratification and enable targeted modulation of VEGF pathways in both cardiovascular and oncologic clinical practice.

ΠΑ51

ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

**Κ. Νάκας, Σ. Τζαμτζίδου, Ν. Γιαννακόπουλος, Δ. Μάνου, Π. Τσιαντούλα¹, Κ. Σερέτης¹,
Κ. Ροδίτης¹, Β. Παπαιωάννου¹, Θ. Παπάς¹**

*Αγγειοχειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» -
Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.), Αθήνα*

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της ενδαγγειακής θεραπείας των ανευρυσμάτων σπληνικής αρτηρίας (ΑΣΑ), καθώς και η ανάδειξη της σημασίας των σύγχρονων τεχνικών στη διατήρηση του σπληνικού παρεγχύματος.

Υλικό - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση 7 ασθενών (6 γυναίκες, 1 άνδρας) με μέση ηλικία τα 63 έτη, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν για ΑΣΑ την περίοδο 2018-2025. Ένα περιστατικό αφορούσε ραγέν ανεύρυσμα που αντιμετωπίστηκε επείγοντως, ενώ τα υπόλοιπα ήταν προγραμματισμένα (4) ή επείγοντα λόγω συμπτωματολογίας (2). Η μέση διάμετρος ήταν 49.4 mm. Εφαρμόστηκαν τρεις ενδαγγειακές τεχνικές: εμβολισμός με σπειράματα (coiling) σε 4 ασθενείς, τοποθέτηση εκτροπέα ροής (flow diverter) σε 2 και τοποθέτηση επικαλυμμένης ενδοπρόθεσης (covered stent) σε 1.

Αποτελέσματα: Η τεχνική επιτυχία της επέμβασης ήταν 100% (7/7), χωρίς να απαιτηθεί μετατροπή σε ανοικτή χειρουργική επέμβαση. Ο μέσος εγχειρητικός χρόνος ήταν 77 λεπτά. Δεν καταγράφηκε περιεγχειρητική θνητότητα (0%) ούτε ανάγκη για σπληνεκτομή. Σημειώθηκε μία μείζων επιπλοκή (14.3%) που αφορούσε θρόμβωση του εκτροπέα ροής, η οποία δεν οδήγησε σε κλινικά σημαντικό έμφρακτο σπληνός. Κατά το διάστημα παρακολούθησης (μέσος όρος 22 μήνες), επιβεβαιώθηκε ο πλήρης αποκλεισμός του ανευρύσματος στο σύνολο των ασθενών με διαθέσιμο απεικονιστικό έλεγχο (6/7).

Συμπεράσματα: Η ενδαγγειακή αποκατάσταση των ανευρυσμάτων σπληνικής αρτηρίας αποτελεί μια εξαιρετικά ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο, συνοδευόμενη από μηδενική θνητότητα και ελάχιστη νοσηρότητα. Η δυνατότητα χρήσης εξειδικευμένων υλικών επιτρέπει την εξατομικευμένη αντιμετώπιση, διασφαλίζοντας παράλληλα τη διατήρηση του οργάνου.

ΠΑ52

ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΙΓΝΥΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ- ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΜΕ ΟΠΙΣΘΙΑ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Β. Γκάτσος, Σ. Κερασίδης, Κ. Μαλτέζος, Α. Χαβελές, Σ. Γιαννακάκης, Α. Παπαπέτρου, Χ. Μαλτέζος

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΑΤ», Αθήνα

Εισαγωγή: Το ανεύρυσμα της ιγνυακής αρτηρίας αποτελεί συχνή μορφή περιφερικής ανευρυσματικής νόσου και μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές λόγω θρόμβωσης ή περιφερικού εμβολισμού. Είναι το πρώτο σε συχνότητα περιφερικό ανεύρυσμα και σε ποσοστό 50% έχει αμφοτερόπλευρη εντόπιση. Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην αξιολόγηση των χειρουργικών αποτελεσμάτων της ανοικτής αποκατάστασης ανευρυσμάτων ιγνυακής αρτηρίας αποκλειστικά με οπίσθια προσπέλαση.

Σκοπός- Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 9 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική θεραπεία ανευρύσματος ιγνυακής αρτηρίας μέσω οπίσθιας προσπέλασης τη χρονική περίοδο 08/2021- 01/2026. Η χειρουργική τεχνική περιλάμβανε άμεση προσπέλαση της ιγνυακής χώρας, απομόνωση και αποκλεισμό του ανευρυσματικού τμήματος, καθώς και αποκατάσταση της αρτηριακής συνέχειας με φλεβικό ή συνθετικό μόσχευμα.

Αποτελέσματα: Τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα χαρακτηρίστηκαν από χαμηλή συχνότητα επιπλοκών και ικανοποιητική λειτουργική αποκατάσταση του σκέλους. Η βατότητα των μοσχευμάτων παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα καθ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης, χωρίς καταγραφή απώλειας άκρου ή άλλης μείζονας επιπλοκής.

Συμπεράσματα: Η οπίσθια χειρουργική προσπέλαση συνιστά αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο για την ανοικτή αποκατάσταση ανευρυσμάτων της ιγνυακής αρτηρίας, προσφέροντας αξιόπιστα αποτελέσματα.

ΠΑ53

**ΠΡΩΙΜΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΜΕ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ ΜΕ ΠΛΑΓΙΟΥΣ ΗΜΙΚΛΑΔΟΥΣ ΣΕ
ΣΥΝΘΕΤΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΟΡΤΗΣ**

**D. Broutas¹, V. Katsikas¹, T. Bisdas², V. Papavlasopoulos¹, S. Dendias¹, A. Christou¹,
G. Geropoulos¹, P. Chatzidakis¹, G. Kopadis¹, S. Mylonas¹**

¹GNA G. Gennimatas, Athens

²Athens Medical Center, Athens

Σκοπός: Να αξιολογηθεί η σκοπιμότητα, η ασφάλεια και η βραχυπρόθεσμη εμπειρία αντιμετώπισης παρανεφρικών ανευρυσμάτων αορτής ή ενδοδιαφυγής τύπου 1a μετά από προηγούμενη ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος (EVAR) με τη χρήση ενός ενδομοσχεύματος με πλάγιους ημικλάδους (semi-BEVAR).

Υλικά - Μέθοδοι: Όλοι οι διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη αποκατάσταση ανευρύσματος αορτής με το semi-BEVAR ενδομόσχευμα εξετάστηκαν αναδρομικά. Οι ενδείξεις για semi-BEVAR ήταν ένα παρανεφρικό ή υπερνεφρικό αορτικό ανεύρυσμα ή ενδοδιαφυγή τύπου 1a μετά από προηγούμενη EVAR, με κατάλληλη ανατομία για ενδαγγειακή αποκατάσταση. Το κύριο αποτέλεσμα ήταν η τεχνική επιτυχία, που ορίζεται ως η επιτυχής τοποθέτηση του semi-BEVAR ενδομοσχεύματος και η τοποθέτηση γεφυρωτικών ενδοαρθικών στα προγραμματισμένα αγγεία-στόχους χωρίς ενδοδιαφυγή τύπου I ή III στο τέλος της επέμβασης. Καταγράφηκε οποιαδήποτε επιπλοκή κατά τη διάρκεια ή μετά την επέμβαση, καθώς και η βατότητα του αγγείου-στόχου και οποιαδήποτε επανεπέμβαση κατά την τρέχουσα περίοδο παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Συνολικά 10 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση. Οι ενδείξεις για θεραπεία ήταν ενδοδιαφυγή τύπου Ia μετά από προηγούμενη EVAR σε 3 ασθενείς και de-novo παρανεφρικό ανεύρυσμα σε 2 ασθενείς. Επιτεύχθηκε τεχνική επιτυχία σε όλες τις περιπτώσεις. Δεν καταγράφηκε μετεγχειρητική ισχαιμία του νωτιαίου μυελού. Η μέση περίοδος παρακολούθησης ήταν 9 μήνες. Η βατότητα του αγγείου-στόχου ήταν 100% κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Δύο επανεπεμβάσεις ήταν απαραίτητες για τη διόρθωση ενδοδιαφυγής τύπου II. Η συνολική επιβίωση ήταν 100%.

Συμπέρασμα: Η χρήση ενδομοσχευμάτων με πλάγιους ημικλάδους προσφέρει μια ασφαλή και εφικτή εναλλακτική λύση με υποσχόμενα αρχικά αποτελέσματα για τη θεραπεία σύνθετων αορτικών ανευρυσμάτων. Απαιτούνται περαιτέρω στοιχεία για την αξιολόγηση της τεχνικής.

ΠΑ54

**ΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΟΨΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ Η΄
ΥΨΗΛΟΒΑΘΜΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΠΟΥ ΥΠΕΒΛΗΘΗΣΑΝ ΣΕ ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ
ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ**

**Γ. Γαλύφος, Α. Χαμζίν, Α. Αθανασίου, Π. Θεοδώρου, Κ. Σάλιαρης, Α. Θεοδώρου, Θ. Ιωάννου,
Φ. Σιγάλα, Κ. Φίλης**

*Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα*

Σκοπός: Η ετερόπλευρη καρωτιδική απόφραξη ή υψηλόβαθμη στένωση αποτελεί έναν αναγνωρισμένο παράγοντα κινδύνου σε ασθενείς με καρωτιδική νόσο. Ειδικά σε ασυμπτωματικούς ασθενείς >80 ετών, που γενικά συστήνεται η συντηρητική θεραπεία, μπορεί να αποτελεί μία επιπλέον ένδειξη για παρέμβαση. Σκοπός είναι να παρουσιάσουμε τα άμεσα και όψιμα αποτελέσματα σε μία ομάδα τέτοιων ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στη μονάδα μας.

Υλικά - Μέθοδος: Συγκεντρώθηκαν αναδρομικά τα στοιχεία για τους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ενδαρτηρεκτομή καρωτιδας (CEA) εντός της περιόδου 01/2020 έως 12/2024 και εμφάνιζαν ετερόπλευρη καρωτιδική απόφραξη ή στένωση $\geq 80\%$. Καταγράφηκαν τα πρώιμα αλλά και όψιμα αποτελέσματα. Συγκρίθηκαν και τα αποτελέσματα μεταξύ των ασυμπτωματικών ασθενών <80 ετών και ≥ 80 ετών.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη 47 ασθενείς (18 ετερόπλευρη απόφραξη και 29 ετερόπλευρη στένωση $\geq 80\%$). Το 74% των ασθενών ήταν άνδρες και το 34% των ασθενών ήταν ≥ 80 ετών. Το 42% (n=20) των ασθενών ήταν συμπτωματικοί (n=9 ΑΕΕ και n=11 ΤΙΑ). Συννοσηρότητες: ιστορικό καπνίσματος (75%), ΑΥ (74%), δυσλιπιδαιμία (83%), ΣΔ (21%), ΣΝ (33%), ΧΑΠ (15%). Αντιθρομβωτική αγωγή: ASA (n=23), κλοπιδογρέλη (n=18), διπλή αντιαιμοπεταλιακή (n=6). Τεχνική: Φλεβικό αυτόλογο εμφάλωμα (n=6), συνθετικό/βόειο εμφάλωμα (n=40), ανάστροφη (n=1), τοποθέτηση shunt (68%). Όσον αφορά τα πρώιμα αποτελέσματα: Θάνατος (n=0), Stroke (n=0), ΤΙΑ (n=2), αιμορραγία/αιμάτωμα που χρειάστηκε παρέμβαση (n=2), κάκωση κρανιακών νεύρων (4%), συμπτωματικό οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (n=2). Κατά το μέσο follow-up 22+/-4 μηνών, οι ασθενείς δεν εμφάνισαν κάποιο νέο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Σημειώθηκαν 8 θάνατοι από άλλα αίτια κατά το follow-up. Όταν συγκρίθηκαν επίσης οι ασυμπτωματικοί ασθενείς <80 ετών (n=18) με τους ασθενείς ≥ 80 ετών (n=9), τα περιεγχειρητικά αποτελέσματα δεν εμφάνισαν διαφορά.

Συμπερασματικά: Σε ασθενείς με ετερόπλευρη απόφραξη ή στένωση $\geq 80\%$, τα πρώιμα και όψιμα αποτελέσματα της CEA είναι ικανοποιητικά όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια. Ειδικά σε ασυμπτωματικούς ασθενείς ≥ 80 ετών, ο παράγοντας αυτός κινδύνου δε φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τα αποτελέσματα της παρέμβασης.

ΠΑ55

ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΕΠΑΝΑΣΤΕΝΩΣΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΑΕΡΟΘΑΛΑΜΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΝΟΥΝ ΦΑΡΜΑΚΟ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

B. Μανάκη, Α. Γιαννόπουλος, Ι. Κοντές, Ι. Γιατζίδης, Κ. Κτενίδης

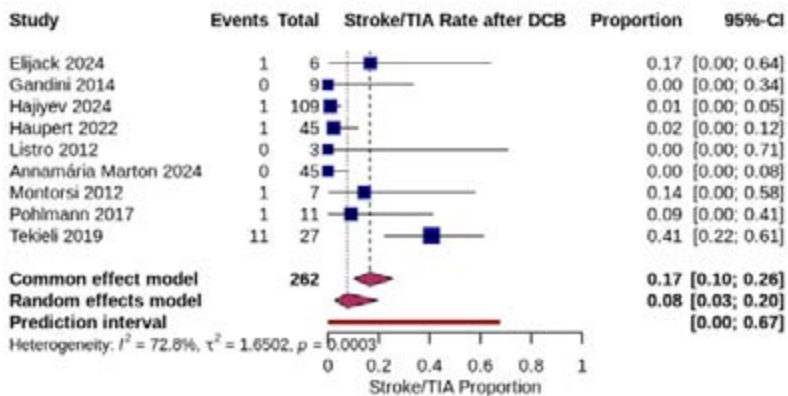
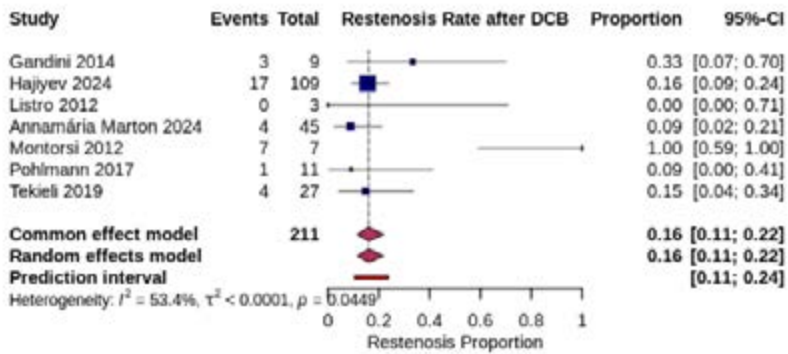
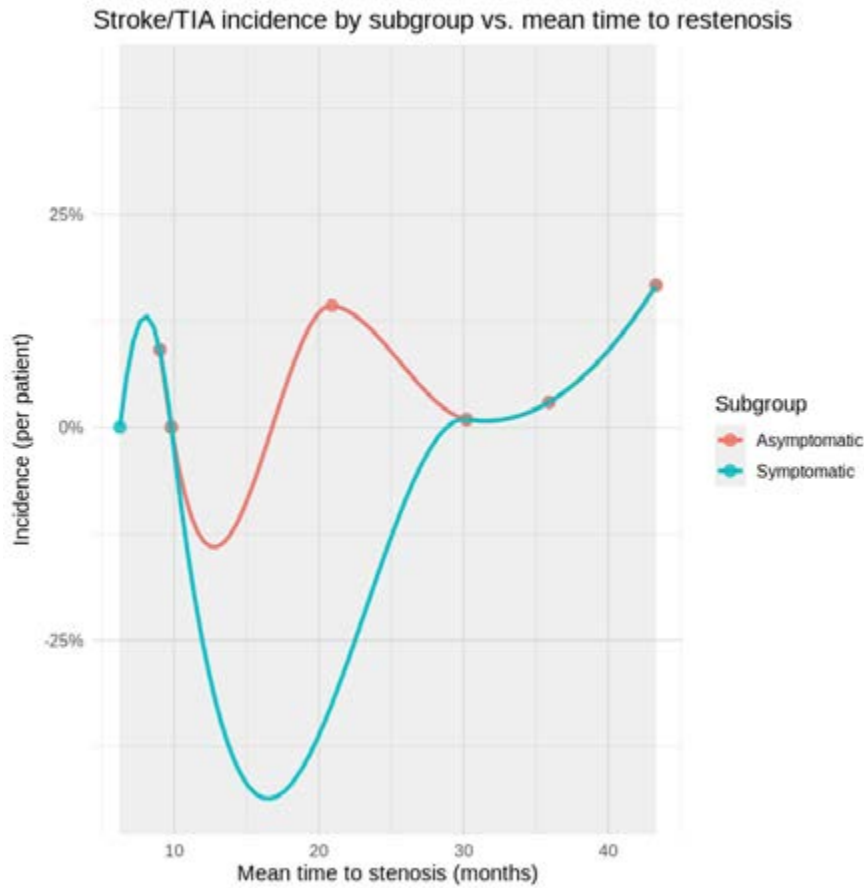
*Αγγειοχειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη*

Σκοπός: Η επαναστένωση των καρωτίδων αποτελεί πρώιμη ή όψιμη επιπλοκή μετά από καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή ή αγγειοπλαστική καρωτίδων. Αν και συχνά είναι ασυμπτωματική, η σημαντική επαναστένωση (μεγαλύτερη του 70%) έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν επαναληπτική χειρουργική ή ενδαγγειακή παρέμβαση, ωστόσο τα δεδομένα για τη βέλτιστη στρατηγική παραμένουν περιορισμένα. Η αγγειοπλαστική με αεροθαλάμους που απελευθερώνουν φάρμακο αποτελεί μια ελκυστική εναλλακτική, καθώς στοχεύει στην υπερπλασία ενδοθηλίου χωρίς εμφύτευση μεταλλικού ενδονάρθηκα.

Υλικό - Μέθοδοι: Διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA 2020. Τα κύρια καταληκτικά σημεία ήταν η επαναστένωση και τα εγκεφαλικά επεισόδια, ενώ τα δευτερεύοντα σημεία περιλάμβαναν επιπλοκές, επανεπέμβαση και θνητότητα. Πραγματοποιήθηκαν μετα-αναλύσεις τυχαίων επιδράσεων και μετα-παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν εννέα μελέτες με 262 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική καρωτιδικής επαναστένωσης με αεροθαλάμους που απελευθερώνουν πακλιταξέλη, στην πλειονότητά τους ασυμπτωματικοί. Το συνολικό ποσοστό επαναστένωσης μετά από την παρέμβαση ανήλθε σε 16%, ενώ η συχνότητα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων ή παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων ήταν 8%, με χαμηλά ποσοστά συνολικών επιπλοκών (6%), επανεπέμβασης (9%) και θνητότητας (6%). Η ανάλυση ανέδειξε μη γραμμική χρονική συσχέτιση μεταξύ του χρόνου εμφάνισης της επαναστένωσης και του κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο. Ειδικότερα, η επίπτωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου αυξήθηκε κατά το δεύτερο μετεγχειρητικό έτος μετά την αρχική επέμβαση, μειώθηκε στη συνέχεια και αυξήθηκε εκ νέου μετά τους 36 μήνες, υποδηλώνοντας ότι η όψιμη επαναστένωση (>3 έτη) ενδέχεται να συσχετίζεται συχνότερα με νευρολογικά συμπτώματα. Επιπλέον, η ηλικία αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντικός παράγοντας αυξημένου κινδύνου επαναστένωσης, ενώ η συμπτωματική ή ασυμπτωματική κλινική εικόνα κατά τη διάγνωση δεν συσχετίστηκε ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο δυσμενών εκβάσεων μετά από αγγειοπλαστική με αεροθαλάμους που απελευθερώνουν φάρμακο.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν ότι η αγγειοπλαστική με αεροθαλάμους που απελευθερώνουν φάρμακο αποτελεί μια εφικτή εναλλακτική θεραπευτική επιλογή για την καρωτιδική επαναστένωση σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς, αναδεικνύοντας παράλληλα τη σημασία χρονικών και ασθενοκεντρικών παραγόντων που επηρεάζουν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.



ΠΑ56

ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ: Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΤΗΣΙΟΥ ΌΓΚΟΥ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.

Ρ. Ε. Πάτσια, Α. Πιτούλιας, Δ. Χατζέλας, Γ. Τσαμουρλίδης¹, Θ. Ζαμπάκα, Μ. Καντζάς, Γ. Πιτούλιας

Αγγειοχειρουργικό Τμήμα - Β' Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Τα αποτελέσματα από τις προοπτικές πολυκεντρικές μελέτες για την καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή και αγγειοπλαστική αλλά και από τις μεγάλες μελέτες αναδρομικές μελέτες οδήγησαν στη διατύπωση προτάσεων για καθιέρωση ελάχιστου ετήσιου αριθμού επεμβάσεων για την επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας, μιας μικρής ακαδημαϊκής αγγειοχειρουργική μονάδας και η διερεύνηση του ρόλου της εμπειρίας και του ετήσιου όγκου επεμβάσεων στα κλινικά αποτελέσματα.

Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση των περιεπεμβατικών δεδομένων και των πρώιμων αποτελεσμάτων, των 30 ημερών, όλων των επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν στην κλινική μας, από έναν αγγειοχειρουργό, για την αντιμετώπιση καρωτιδικής στένωσης από τον Ιανουάριο του 2004 έως το τέλος του 2025.

Αποτελέσματα: Σε 22 έτη πραγματοποιήθηκαν συνολικά 316 επεμβάσεις, 231 (73.1%) σε άνδρες και 85 (26.9%) σε γυναίκες, και η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 70.4 ± 7.4 έτη. Ενδαρτηρεκτομή με διάφορες τεχνικές πραγματοποιήθηκε σε 204 (64.6%) καρωτίδες και η νόσος ήταν συμπτωματική στις 72 επεμβάσεις (35.3%) Ο μέσος ετήσιος αριθμός ενδαρτηρεκτομών ήταν 9.3 και η διακύμανση ήταν μέγιστο το 2011 με 29 επεμβάσεις και ελάχιστο το 2024 με 1 επέμβαση. Αγγειοπλαστική με διάφορες τεχνικές πραγματοποιήθηκε σε 112 (35.4%) καρωτίδες και η νόσος ήταν συμπτωματική στις 26 επεμβάσεις (23.2%). Ο μέσος ετήσιος αριθμός αγγειοπλαστικών ήταν 5.1 και η διακύμανση ήταν μέγιστο το 2019 με 15 επεμβάσεις και ελάχιστο το 2013 με 1 επέμβαση.

Η συνολική επίπτωση συνδυασμένης νοσηρότητας - θνητότητας από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή έμφρακτο μυοκαρδίου ήταν 1.3% (n=4), ενώ η επιμέρους επίπτωση για τις ενδαρτηρεκτομές ήταν 1.5% (n=3) και για τις αγγειοπλαστικές 0.9% (n=1). Επιπρόσθετα, δύο ασθενείς της ομάδας των ενδαρτηρεκτομών παρουσίασαν παροδικό νευρολογικό έλλειμμα (1%). Άλλες ελάχιστονες επιπλοκές που καταγράφηκαν μόνο στις ενδαρτηρεκτομές ήταν η κάκωση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου σε 3 (1.5%) ασθενείς και του επιχείλιου της κάτω γνάθου νευρικού κλάδου του προσωπικού σε 5 (2.5%) ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η ενδαρτηρεκτομή και η αγγειοπλαστική των καρωτίδων στην μακρόχρονη αλλά μικρή αριθμητικά εμπειρία του κέντρου μας υπήρξαν ασφαλείς τεχνικές με εξαιρετικά αποτελέσματα. Ο όγκος των επεμβάσεων του κέντρου παρόλο που έχει προταθεί ως σημαντικός παράγοντας για την επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων ίσως να μην παίζει τον πρωτεύοντα ρόλο όταν τηρούνται οι αρχές της ορθής επιλογής των ασθενών και του προσεκτικού προεγχειρητικού σχεδιασμού και όταν συνυπάρχει ικανή εμπειρία στις αγγειοχειρουργικές ανοικτές και ενδαγγειακές τεχνικές.

ΠΑ57

ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΣ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΦΤΑ ΧΡΟΝΙΑ

Ν. Μπέκας, Β. Γκάτσος, Κ. Μαλτέζος, Σ. Γιαννακάκης, Γ. Καστρήσιος, Σ. Κερασίδης, Χ. Μαλτέζος

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΑΤ», Αθήνα

Εισαγωγή: Η καρωτιδική νόσος αποτελεί ίσως την πιο συχνή αιτία ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου παγκοσμίως, και η ενδαρτηρεκτομή της έσω καρωτίδας αρτηρίας παραμένει η αποτελεσματικότερη μέθοδος αντιμετώπισης.

Μέθοδος - Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι να παρουσιάσει την κλινική μας εμπειρία στην αντιμετώπιση της καρωτιδικής νόσου τα τελευταία έξι χρόνια.

Αποτελέσματα: Τα τελευταία 7 χρόνια, συνολικά 738 ασθενείς, 487 άνδρες και 251 γυναίκες, έλαβαν θεραπεία. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 71 έτη. 177 ασθενείς (24%) ήταν συμπτωματικοί.

Οι περισσότεροι από τους συμπτωματικούς ασθενείς ανέφεραν πρόσφατο ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕ). Το ποσοστό στένωσης στην κατηγορία των συμπτωματικών ασθενών κυμαινόταν από 60% έως 99%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην κατηγορία των ασυμπτωματικών ασθενών κυμαινόταν από 80% έως 99%. Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 694 ανοιχτές ενδαρτηρεκτομές (ανάστροφες: 332, συνθετικό εμφάλωμα: 354, μόσχευμα παράκαμψης: 6 και πρωτογενής συρραφή: 2), ενώ 44 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ενδαγγειακή αποκατάσταση. Όσον αφορά τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, παρατηρήθηκαν 3 (0,4%) επεισόδια Θρόμβωσης αντιμετώπιστηκαν χειρουργικά, 6 (0,8%) τραχηλικά αιματώματα που επίσης αντιμετώπιστηκαν χειρουργικά, 5 (0,6%) σύνδρομα επαναιμάτωσης και 3 (0,4%) θάνατοι. Πρέπει να σημειωθεί ότι σε 29 (4%) ασθενείς παρατηρήθηκε μετεγχειρητική φωνητική δυσχέρεια, ενώ ένας ασθενής εμφάνισε αμφοτερόπλευρη πάρεση υπογλωσσίου νεύρου.

Συνολικά, επανήλθαν 44 (6%) ασθενείς με επαναστένωση κατά την παρακολούθηση. Στους 31 από τους παραπάνω, αποφασίστηκε συντηρητική θεραπεία και παρακολούθηση, ενώ στους 13 που το ποσοστό στένωσης είχε υπερβεί το 90% υποβλήθηκαν σε ενδοαγγειακή αποκατάσταση.

Συμπεράσματα: Η ενδαρτηρεκτομή της έσω καρωτίδας αποτελεί μία αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης της καρωτιδικής νόσου. Οι σύγχρονες ενδαγγειακές τεχνικές αποτελούν μία ελάχιστα επεμβατική εναλλακτική, με υψηλή αποτελεσματικότητα, ειδικά σε ασθενείς με βαρύ ατομικό ιστορικό.

ΠΑ58

ΜΑΣΧΑΛΟΔΙΜΗΡΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ: ΜΙΑ ΞΕΧΑΣΜΕΝΗ, ΑΛΛΑ ΠΑΝΤΑ ΧΡΗΣΙΜΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Δ. Χατζέλας, Α. Πιτούλιας, Γ. Τσαμουρλίδης, Θ. Ζαμπάκα, Μ. Καντζάς, Β.-Ε. Στρατηνάκη, Ι. Κιοσέ, Α. Ποτουρίδης, Μ. Ταχτσή, Γ. Πιτούλιας

Αγγειοχειρουργικό τμήμα, Β' Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η μασχαλοδιμηριαία παράκαμψη (axillobifemoral bypass - AxBFB) αποτελεί μία παλιά και καθιερωμένη εξωανατομική μέθοδο επαναιμάτωσης σε ασθενείς με σύνθετη αορτολαγόνια νόσο που δεν είναι κατάλληλοι για κλασική αορτοδιμηριαία παράκαμψη. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η παρουσίαση της εμπειρίας μας αναφορικά με τις επεμβάσεις AxBFB που πραγματοποιήθηκαν στο τμήμα μας την τελευταία πενταετία.

Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση 7 συνολικά ασθενών που υποβλήθηκαν σε AxBFB κατά την τελευταία 5ετία. Η διάμεση ηλικία ήταν 73 (67-81) έτη, με σαφή υπεροχή του ανδρικού φύλου (85.7%). Όλοι οι ασθενείς ήταν υψηλού χειρουργικού κινδύνου (ASA III-IV), με σημαντικές συννοσηρότητες, όπως στεφανιαία νόσος (n=5), χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (n=4), χρόνια νεφρική νόσος (n=2), σακχαρώδης διαβήτης (n=4) και προηγηθείσα μείζονα κοιλιακή χειρουργική επέμβαση (n=5). Οι ενδείξεις ήταν TASC D αορτολαγόνιες βλάβες, σταδίου Rutherford 4-5, σε 6 ασθενείς και θρόμβωση αορτολαγονίου ενδομοσχεύματος σε 1 ασθενή με προηγηθείσα EVAR. Για την επέμβαση χρησιμοποιήθηκαν ενισχυμένα με δακτυλίους μοσχεύματα Dacron (n=4) ή ePTFE (n=3), συραμμένα μεταξύ τους σε διάφορες διαμορφώσεις.

Αποτελέσματα: Η θνητότητα 30 ημερών ανήλθε σε 14.3%. Η διάμεση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 24 (12-60) μήνες. Η πρωτογενής βατότητα ήταν 83.3% στο 1^ο έτος και 62.5% στα 3 έτη, ενώ η δευτερογενής βατότητα έφθασε το 71.4% στην τριετία. Η διάσωση άκρου επιτεύχθηκε σε 6 ασθενείς (85.7%). Μείζονες επιπλοκές περιλάμβαναν μία θρόμβωση σκέλους του μοσχεύματος που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Ακόμη, κατά την παρακολούθηση, μείζονες καρδιαγγειακές επιπλοκές καταγράφηκαν σε 3 ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων δύο μη θανατηφόρων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου και ενός θανατηφόρου ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Ελάσσονες επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε 2 ασθενείς (ορώδης συλλογή και επιπολής λοίμωξη τραύματος). Η συνολική επιβίωση ήταν 53.6% στην τριετία.

Συμπεράσματα: Σε επιλεγμένους ασθενείς υψηλού κινδύνου, η AxBFB προσφέρει αποδεκτά ποσοστά επιβίωσης, βατότητας και διάσωσης σκέλους. Παρά την ολοένα και σπανιότερη χρήση της στην κλινική πράξη, θα αποτελεί πάντοτε μία χρήσιμη, αποτελεσματική και ασφαλή θεραπευτική επιλογή για τους ασθενείς αυτούς.

ΠΑ59

**ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ.
ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΙΑΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ**

**Κ. Δημητριάδης¹, Ν. Τριανταφύλλου¹, Σ. Παρισίδης¹, Π. Κώστογλου¹, Χ. Αργυρίου²,
Ν. Ρούσας², Γ. Γεωργιάδης²**

¹Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,
Αλεξανδρούπολη

²Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός: Η περιφερική αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων θεωρείται μία όχι τόσο συχνή αλλά ιδιαίτερα θανατηφόρα νόσος, ιδιαίτερα στις σοβαρότερες μορφές της, η οποία μπορεί να συντελέσει σε αύξηση της καρδιαγγειακής θνητότητας και νοσηρότητας και επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών. Το όφελος των υβριδικών επεμβάσεων έγκειται στην αρτηριακή αποκατάσταση των πολυ-επίπεδων αθηρωματικών βλαβών του ασθενούς, ταυτόχρονα σε μία χειρουργική επέμβαση.

Υλικό-μέθοδοι: Μεταξύ Φεβρουαρίου 2020 και Δεκεμβρίου 2025, 228 ασθενείς με περιφερική αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων αντιμετωπίστηκαν με υβριδική επαναιμάτωση. Στην μελέτη οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε λαγονο-μηριαία (ομάδα Α) και μηρο-ιγνυακή (ομάδα Β) υβριδική επαναιμάτωση. Πρωτογενή καταληκτικά σημεία ορίστηκαν η συνολική θνητότητα των ασθενών συνολικά και στις ομάδες Α και Β ξεχωριστά στις 30 ημέρες και στην 5ετία. Δευτερογενή καταληκτικά σημεία ορίστηκαν η συνολική βατότητα των επεμβάσεων συνολικά και των επεμβάσεων στις ομάδες των ασθενών Α και Β στα 5 έτη και τα ποσοστά μείζονων ακρωτηριασμών στην ίδια περίοδο. Η ανάλυση με εκτιμήσεις Kaplan-Meier. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας IBM SPSS Statistics 23.0.

Αποτελέσματα: Από τους 228 ασθενείς συνολικά, 167 και 44 ασθενείς συμπεριλήφθησαν στην ομάδα Α και Β αντιστοίχως ενώ 17 ασθενείς και στις 2 ομάδες. Συνολική θνητότητα των ασθενών στην 5 ετία ήταν 64% ενώ για την ομάδα Α και ομάδα Β ήταν 60% και 65% αντιστοίχως. Το ποσοστό μείζονων ακρωτηριασμών υπολογίστηκε στο 35% των ασθενών στα 5 έτη. Συνολική βατότητα των παρεμβάσεων ήταν 55% στα 5 έτη ενώ στις επιμέρους ομάδες Α και Β υπολογίστηκε στο 45% και 65% αντιστοίχως.

Συμπεράσματα: Οι υβριδικές επεμβάσεις των ασθενών με πολυεπίπεδες αθηρωματικές αλλοιώσεις του αρτηριακού άξονα αποτελούν μία σύγχρονη και αποτελεσματική αγγειοχειρουργική τεχνική με αποδεκτά αποτελέσματα, μολονότι ο καρδιαγγειακός κίνδυνος εν γένει των ασθενών αυτών είναι τόσο υψηλός που οδηγεί σε αντιστοίχως υψηλά ποσοστά θνητότητας και μείζονων ακρωτηριασμών.

ΠΑ60

ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗ ΑΣΒΕΣΤΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ι. Τζάρτζαλου¹, Η. Κεχαγιάς², Ν. Κοντοπόδης¹, Μ. Πεσματζόγλου¹, Κ. Λίτινας¹, Γ. Τζουλιαδάκης¹, Ν. Γαλανάκης², Χ. Ιωάννου¹

¹ Αγγειοχειρουργική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

² Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Η σοβαρή εναπόθεση ασβεστίου στο αγγειακό δίκτυο αποτελεί σημαντικό περιοριστικό παράγοντα για την επιτυχία των ενδαγγειακών παρεμβάσεων. Η ενδαγγειακή λιθοτριψία, τεχνική που βασίζεται στις αρχές της εξωσωματικής λιθοτριψίας της νεφρολιθίασης με τεκμηριωμένα δεδομένα ασφάλειας άνω των 30 ετών, χρησιμοποιεί ηχητικά κύματα πίεσης για τη στοχευμένη διάσπαση των ασβεστοποιήσεων, με ελάχιστη επίδραση στους μαλακούς ιστούς.

Υλικό - μέθοδοι: Κατά το χρονικό διάστημα 09/2024-11/2025, 12 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ενδαγγειακή λιθοτριψία για συνολικά 20 ασβεστοποιημένες αγγειακές βλάβες. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν για κρίσιμη ισχαιμία. Ο διάμεση τιμή σφυροβραχιόνιου δείκτη προεγχειρητικά ήταν 0.4 (0.23-0.8). Οι παρεμβάσεις αφορούσαν την αορτή (n=2), τις κοινές λαγόνιες αρτηρίες (n=13), την κοινή μηριαία αρτηρία (n=2), την επιπολής μηριαία αρτηρία (n=1) και περιπτώσεις επαναστένωσης εντός ενδονάρθηκα (in-stent restenosis, n=2).

Αποτελέσματα: Σε 7 από τις 20 βλάβες (35%) δεν απαιτήθηκε τοποθέτηση ενδονάρθηκα μετά την ενδαγγειακή λιθοτριψία. Σε 3 περιπτώσεις (15%) παρατηρήθηκε ελαστική επαναφορά του αγγειακού τοιχώματος. Κλινική και αιμοδυναμική βελτίωση παρατηρήθηκε σε όλους τους ασθενείς. Διάμεση τιμή σφυροβραχιόνιου δείκτη μετεγχειρητικά 0.83 (0.46-1.14). Το ποσοστό επιβίωσης χωρίς ακρωτηριασμό (amputation-free survival, AFS) ανήλθε στο 100%, ενώ το ποσοστό ελευθερίας από επανεπέμβαση στη βλάβη-στόχο (freedom from target lesion revascularization, FTLR) εκτιμήθηκε στο 90% (18/20) μέχρι το παρόν, με μέση διάρκεια follow-up 7 μήνες (2 - 14 μήνες). Όλες οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν επιτυχώς χωρίς επιπλοκές, μέσω διαδερμικής προσπέλασης από τις κοινές μηριαίες ή τη βραχιόνιο αρτηρία.

Συμπεράσματα: Η ενδαγγειακή λιθοτριψία αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική τεχνική για την αντιμετώπιση σοβαρά ασβεστοποιημένων αγγειακών βλαβών, βελτιώνοντας τα τεχνικά αποτελέσματα και μειώνοντας την ανάγκη για τοποθέτηση ενδονάρθηκα σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

ΠΑ61

ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΚΟΙΝΗΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ - ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

**Γ. Γαλύφος, Σ. Χατζικαλήλ, Π. Γκαρμπουνώφ, Σ. Πατσούρης, Ν. Ντάνος, Α. Παλαιός,
Κ. Κωνσταντίνου, Φ. Σιγάλα, Κ. Φίλης**

*Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα*

Σκοπός: Η ενδαρτηρεκτομή με επιμήκη τομή και συρραφή εμβλώματος αποτελεί το golden standard για την αντιμετώπιση της αθηρωματικής νόσου στην κοινή μηριαία αρτηρία. Μία εναλλακτική μέθοδος που αποφεύγει την τοποθέτηση οποιοδήποτε ξένου σώματος είναι η ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή της κοινής μηριαίας (eFEA - eversion Femoral Endarterectomy) και του διχασμού. Σκοπός της μελέτης είναι να αναλύσουμε δεδομένα της βιβλιογραφίας σχετικά με την ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή της μηριαίας αρτηρίας.

Υλικά - Μέθοδος: Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, χρησιμοποιώντας τις μηχανές αναζήτησης Pubmed, Scopus και Google scholar. Αναλύθηκαν όλες οι κλινικές μελέτες που συμπεριελάμβαναν τουλάχιστον 10 ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή της κοινής μηριαίας ή/και του μηριαίου διχασμού. Οι βασικές λέξεις-κλειδιά ήταν «eversion endarterectomy», «common femoral artery», «femoral bifurcation». Αποκλείστηκαν μελέτες που αφορούσαν ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή μόνο της επιπολής μηριαίας ή της έξω λαγονίου αρτηρίας. Μελετήθηκαν τα πρώιμα και όψιμα αποτελέσματα.

Αποτελέσματα: Συνολικά αναλύθηκαν 7 μελέτες (δημοσιευμένες 2015-2020) που συμπεριελάμβαναν 306 ασθενείς και 336 σκέλη που χειρουργήθηκαν με eFEA. Δύο μελέτες ήταν προοπτικές και πέντε αναδρομικές. Το 74.6% των ασθενών ήταν άνδρες και η μέση ηλικία ήταν 68.3 +/-11 έτη. Σχετικά με τις συννοσηρότητες, καταγράφηκε 80% αρτηριακή υπέρταση, 31,4% Σακχαρώδης Διαβήτης, 40.4% Στεφανιαία Νόσος, 75.5% ιστορικό καπνίσματος. Αναφορικά με την κλινική εικόνα, 45,7% των ασθενών χειρουργήθηκαν για κρίσιμη ή οξεία επί χρόνιας ισχαιμία και οι υπόλοιποι για διαλείπουσα χωλότητα. Η θνητότητα 30-ημερών ήταν 0,2%. Συνολικά, αναφέρθηκαν 6 λοιμώξεις τραύματος (1 εν τω βάθει) και 10 οξέα συμβάματα από το άκρο (1 μείζων ακρωτηριασμός), εντός των πρώτων 30 ημερών. Το μέσο follow-up ήταν 19,8 μήνες. Κατά το follow-up, σημειώθηκε 8.8% συνολική θνητότητα, 0,8% λοιμώξεις, κανένα ψευδές ανεύρυσμα, και 98,5% διάσωση σκέλους. Στο 1 έτος, η πρωτογενής βατότητα ήταν 90% και η δευτερογενής 100% (2 μελέτες), ενώ στα 2 έτη (5 μελέτες) η πρωτογενής βατότητα ήταν 84.9% και η δευτερογενής 97.1%. Το ποσοστό επανεπεμβάσεων ήταν 11%.

Συμπεράσματα: Η eFEA αποτελεί μία εναλλακτική μέθοδος της κλασικής ενδαρτηρεκτομής με εμβλώμα που δείχνει πολύ καλά πρώιμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, αποφεύγοντας τον κίνδυνο της λοίμωξης και πετυχαίνοντας καλές βατότητες μεσοπρόθεσμα. Απαραίτητα είναι να δημοσιευτούν μελέτες με μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, τουλάχιστον 5ετίας.

ΠΑ62

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ ΜΥΪΚΗΣ ΙΣΧΥΟΣ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Β. Μανάκη, Α. Γαβριηλίδου, Α. Γιαννόπουλος, Ι. Κοντές, Ι. Γιατζίδης, Κ. Κτενίδης

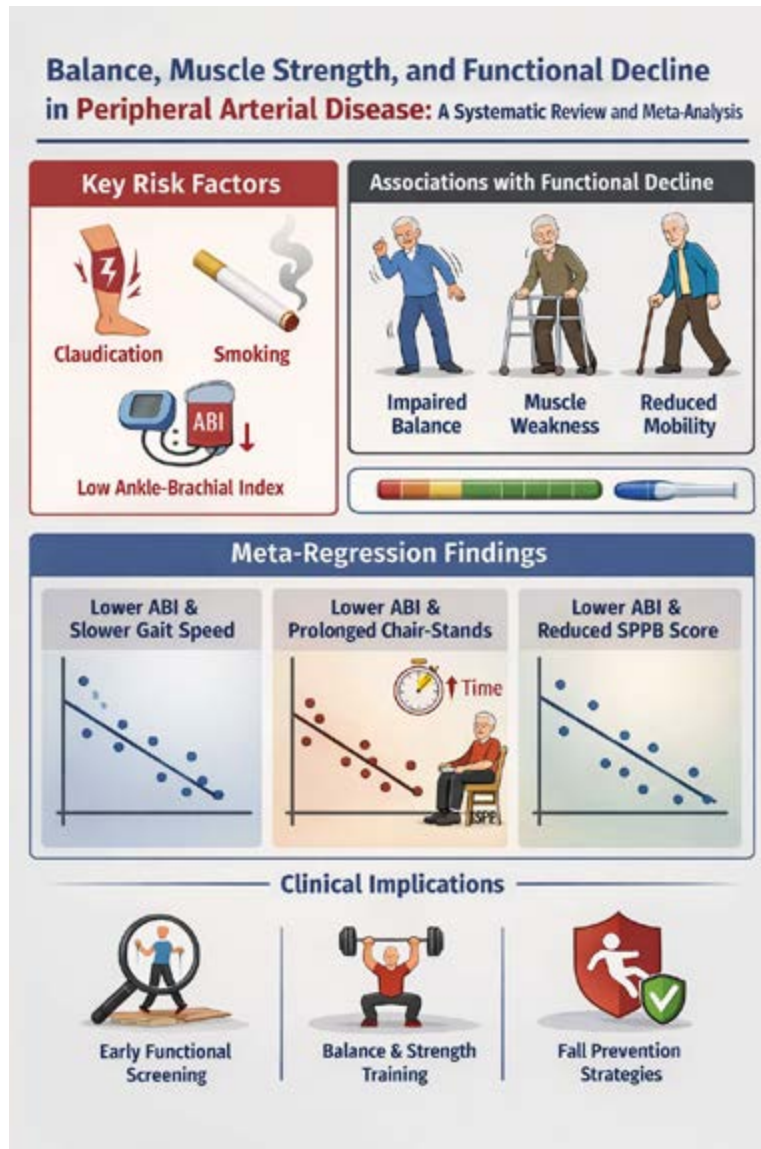
Αγγειοχειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η περιφερική αρτηριακή νόσος (ΠΑΝ) αποτελεί χρόνια εκδήλωση συστηματικής αθηροσκλήρωσης και συνοδεύεται από προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας των κάτω άκρων. Πέραν του περιορισμού της βάδισης λόγω διαλείπουσας χωλότητας, αυξανόμενα δεδομένα υποδεικνύουν ότι η ΠΑΝ σχετίζεται με γενικευμένη μυϊκή αδυναμία, διαταραχές ισορροπίας και αυξημένο φόβο πτώσεων, στοιχεία που αντανακλούν πρώιμη και πολυπαραγοντική λειτουργική έκπτωση. Ωστόσο, η έκταση και η συνέπεια αυτών των συσχετίσεων, καθώς και ο βαθμός στον οποίο αντικατοπτρίζουν τη βαρύτητα της νόσου, παραμένουν ασαφείς.

Υλικό - Μέθοδοι: Διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση και διερευνητική μετα-ανάλυση σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA 2020. Συμπεριλήφθηκαν 12 μελέτες με 2.083 ασθενείς με ΠΑΝ. Αξιολογήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ δεικτών βαρύτητας της νόσου (δείκτης σφυροβραχιόνιας πίεσης - ABI, παρουσία διαλείπουσας χωλότητας, κάπνισμα, χρήση στατινών) και δεικτών ισορροπίας και λειτουργικής απόδοσης (score ισορροπίας, Timed Up-and-Go Test, SPPB, ταχύτητα βάδισης, δοκιμασία καθίσματος-ανόρθωσης, βλεπτη δοκιμασία βάδισης, δύναμη λαβής), με χρήση συσχετίσεων Spearman και μετα-παλινδρόμησης τυχαίων επιδράσεων.

Αποτελέσματα: Η αυξημένη συχνότητα διαλείπουσας χωλότητας συσχετίστηκε ισχυρά με χαμηλότερα score ισορροπίας, αυξημένο φόβο πτώσης και επιβράδυνση της λειτουργικής κινητικότητας, όπως αυτή εκφράστηκε με αυξημένους χρόνους στο Timed Up-and-Go Test. Το κάπνισμα παρουσίασε έντονη αρνητική συσχέτιση με τη μυϊκή ισχύ, ιδιαίτερα με τη δύναμη λαβής, καθώς και θετική συσχέτιση με τον φόβο πτώσης. Υψηλότερες μέσες τιμές ABI συσχετίστηκαν με καλύτερη λειτουργική απόδοση, συμπεριλαμβανομένης ταχύτερης βάδισης και μικρότερου χρόνου στη δοκιμασία καθίσματος-ανόρθωσης. Η μετα-παλινδρόμηση ανέδειξε ότι η επιδείνωση της αιμάτωσης των κάτω άκρων σχετίζεται προοδευτικά με μείωση της ταχύτητας βάδισης και της μυϊκής λειτουργικότητας.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη ανασκόπηση και μετα-ανάλυση στη βιβλιογραφία που να διερευνά τη σχέση ΠΑΝ με ισορροπία και δύναμη. Η ΠΑΝ σχετίζεται στενά με έκπτωση της ισορροπίας, της μυϊκής ισχύος και της λειτουργικής κινητικότητας, με τη διαλείπουσα χωλότητα, το κάπνισμα και τις χαμηλές τιμές ABI να αποτελούν βασικούς επιβαρυντικούς παράγοντες. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ανάγκη πρώιμου λειτουργικού ελέγχου και ολοκληρωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης που να περιλαμβάνουν ενδυνάμωση και εκπαίδευση ισορροπίας.



ΠΑ63

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΤΟΥ ΡΙΣΚΟΥ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ.**

Α. Π. Γκιουλέκας, Ε. Γεωργιάδη, Δ. Λιακόπουλος, Γ. Λαμπρόπουλος

*Β' Χειρουργική/Αγγειοχειρουργική Μονάδα,
Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα*

Σκοπός: Η μελέτη του μικροβιακού φορτίου σε ασθενείς με διαβητικό πόδι και η αξιολόγηση της συσχέτισης των πολυανθεκτικών μικροβίων με την ανάγκη διενέργειας μείζονος ακρωτηριασμού.

Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη 68 ασθενών που νοσηλεύθηκαν με διαβητική λοίμωξη κάτω άκρων. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, η αρτηριακή αιμάτωση (άθικτη ή μετά από επαναιμάτωση) και τα αποτελέσματα των καλλιιεργειών από τους ιστούς των ποδιών. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στον εντοπισμό πολυανθεκτικών στελεχών και στον αριθμό των διαφορετικών παθογόνων ανά ασθενή.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των δεδομένων, διαπιστώθηκε ότι η παρουσία πολυανθεκτικών στελεχών και η πολυμικροβιακή φύση των λοιμώξεων επιδρούν καθοριστικά στην έκβαση. Επίσης, η απομόνωση παθογόνων όπως τα *Proteus mirabilis*, *Escherichiacoli* και *Enterococcus faecium* συσχετίστηκε συχνότερα με την ανάγκη διενέργειας μείζονος ακρωτηριασμού. Παρά την επάρκεια της αιμάτωσης ή την επιτυχή αγγειακή επαναιμάτωση, οι ασθενείς με τα ανωτέρω μικρόβια εμφάνισαν μεγαλύτερη τάση για επέκταση της νέκρωσης σε επίπεδα άνωθεν ή κάτωθεν του γόνατος. Η αντοχή των στελεχών αυτών στα συνήθη αντιβιοτικά σχήματα φάνηκε να περιορίζει τις δυνατότητες διάσωσης του μέλους.

Συμπεράσματα: Η ταυτοποίηση παθογόνων όπως το *Enterococcus faecium* και εντεροβακτηριακών όπως τα *E. Coli* και *Proteus mirabilis* στις καλλιιεργειες διαβητικών ελκών αποτελεί ισχυρό προγνωστικό δείκτη για την απώλεια του σκέλους. Η μικροβιακή πολυανθεκτικότητα αναδεικνύεται σε παράγοντα κινδύνου εξίσου σημαντικό με την ισχαιμία. Η επιτυχής αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού απαιτεί μια πολυπαραγοντική προσέγγιση, όπου η επιθετική χειρουργική και η στοχευμένη αντιμικροβιακή θεραπεία βάσει καλλιιεργειών είναι απαραίτητες για την αποφυγή του μείζονος ακρωτηριασμού.

ΠΕ64

ΑΝΟΙΚΤΗ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ CLTI: ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΜΕΝΗ Η ΟΧΙ;

Α. Βασιλείου, Π. Γεωργίου, Φ. Σπανός, Χ. Πέτρος, Γ. Σφυρόερας, Κ. Μουλακάκης, Κ. Αντωνόπουλος, Δ.Καρδούλας, Α. Παναγιώτοπουλος, Ι. Κακίσης, Α. Λάζαρης

*Αγγειοχειρουργική Κλινική, «Αττικόν» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Σκοπός: Σήμερα, στην εποχή της ενδαγγειακής χειρουργικής, συχνά αναφέρεται ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς παρουσιάζουν χειρότερα αποτελέσματα μετά από ανοικτή επαναιμάτωση σε σύγκριση με ασθενείς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία, με αποτέλεσμα η διενέργεια τέτοιων επεμβάσεων σε αυτόν τον πληθυσμό να τίθεται υπό αμφισβήτηση. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ανοικτής επαναιμάτωσης κάτωθεν του βουβωνικού συνδέσμου σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, σε σύγκριση με ασθενείς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση προοπτικά καταγεγραμμένων ασθενών με βαριά περιφερική αρτηριακή νόσο (Rutherford 5-6), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ανοικτή επέμβαση επαναιμάτωσης κάτωθεν του βουβωνικού συνδέσμου. Τα δεδομένα εξήχθησαν από το μητρώο καταγραφής HEVAR και αφορούσαν την περίοδο 2019-2026. Συνολικά, μελετήθηκαν 105 διαδοχικοί ασθενείς με σοβαρού βαθμού CLTI, με παρακολούθηση έως και 60 μήνες μετά την επέμβαση. Οι ασθενείς κατανεμήθηκαν σε αιμοκαθαιρόμενους και μη αιμοκαθαιρόμενους. Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η συνολική βατότητα της παράκαμψης, η διάσωση του μέλους και η επιβίωση χωρίς ακρωτηριασμό (AFS). Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν ο χρόνος έως επανάληψη επαναιμάτωσης της στοχευμένης βλάβης (TLR) και η συνολική επιβίωση. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με καμπύλες Kaplan-Meier και πολυπαραγοντική ανάλυση Cox.

Αποτελέσματα: Δεκαέξι ασθενείς ήταν αιμοκαθαιρόμενοι και 89 μη αιμοκαθαιρόμενοι. Οι περισσότερες επεμβάσεις ήταν περιφερικές (67,6%), ενώ οι υπόλοιπες αφορούσαν την ιγνυακή αρτηρία, κυρίως, κάτωθεν του γόνατος. Οι αιμοκαθαιρόμενοι υποβλήθηκαν συχνότερα σε περιφερικές παρακάμψεις. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική βατότητα της παράκαμψης στα 5 έτη (93,7% έναντι 52,8%, $p=0,11$), ούτε στη διάσωση του σκέλους (74,5% έναντι 76,8%, $p=0,66$). Αντίθετα, η AFS ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (12,5% έναντι 52%, $p<0,01$). Οι αιμοκαθαιρόμενοι εμφάνισαν οριακά αυξημένη ανάγκη για TLR (65% έναντι 36,2%, $p=0,05$) και σημαντικά μειωμένη συνολική επιβίωση (14,7% έναντι 62,3%, $p<0,01$). Η αιμοκάθαρση συσχετίστηκε ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο θανάτου και απώλειας AFS.

Συμπεράσματα: Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με βαριά ισχαιμία σκέλους δεν εμφανίζουν χειρότερα αποτελέσματα ως προς τη συνολική βατότητα της παράκαμψης και τη διάσωση του μέλους μετά από ανοικτή επαναιμάτωση, σε σύγκριση με μη αιμοκαθαιρόμενους. Η μειωμένη επιβίωσή τους επηρεάζει δυσμενώς την AFS, χωρίς όμως να αναιρεί το όφελος της διάσωσης του σκέλους. Η ανοικτή επαναιμάτωση δεν θα πρέπει να αποκλείεται εκ των προτέρων σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, όταν ο θεραπευτικός στόχος είναι η διατήρηση του άκρου.

Non-parametric Survival Analysis ▼

Kaplan-Meier Summary Table

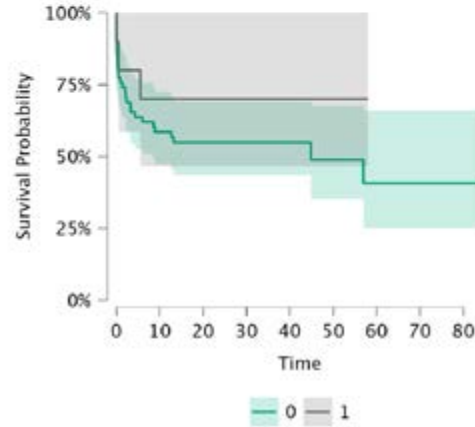
| Strata | N | Events | Restricted Mean | Standard Error | Median Survival | 95% CI | |
|---------------|----|--------|-----------------|----------------|-----------------|--------|-------|
| | | | | | | Lower | Upper |
| Renal_group=0 | 64 | 29 | 42.98 | 5.551 | 44.83 | 8.567 | |
| Renal_group=1 | 10 | 3 | 59.78 | 11.966 | 5.500 | | |

Note: 33 observations omitted due to missing values.

Tests Table ▼

| Test | Chi Square | df | p |
|----------------------------|------------|----|------|
| Log-rank (Mantel-Haenszel) | 0.802 | 1 | .371 |

Survival Plot



Time to amputation Analysis

Kaplan-Meier Summary Table

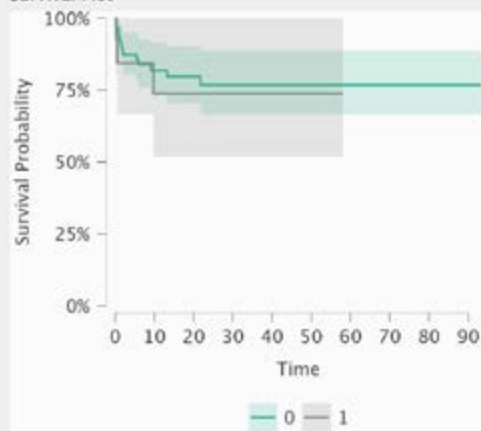
| Strata | N | Events | Restricted Mean | Standard Error | Median Survival | 95% CI | |
|---------------|----|--------|-----------------|----------------|-----------------|--------|-------|
| | | | | | | Lower | Upper |
| Renal_group=0 | 89 | 15 | 73.10 | 4.782 | | | |
| Renal_group=1 | 16 | 3 | 70.03 | 11.780 | | | |

Note: 2 observations omitted due to missing values.

Tests Table

| Test | Chi Square | df | p |
|----------------------------|------------|----|------|
| Log-rank (Mantel-Haenszel) | 0.202 | 1 | .653 |

Survival Plot



Time to occlusion Analysis ▼

Kaplan-Meier Summary Table

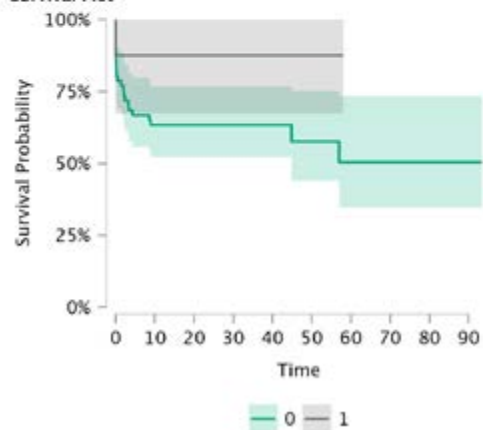
| Strata | N | Events | Restricted Mean | Standard Error | Median Survival | 95% CI | |
|---------------|----|--------|-----------------|----------------|-----------------|--------|-------|
| | | | | | | Lower | Upper |
| Renal_group=0 | 61 | 24 | 54.33 | 6.218 | | 44.83 | |
| Renal_group=1 | 8 | 1 | 81.67 | 10.909 | | | |

Note: 38 observations omitted due to missing values.

Tests Table ▼

| Test | Chi Square | df | p |
|----------------------------|------------|----|------|
| Log-rank (Mantel-Haenszel) | 1.695 | 1 | .193 |

Survival Plot



ΠΑ65

**ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΙΣΕΡΧΟΜΕΝΗΣ ΡΟΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΚΟΙΤΗΣ**

Β. Γκάτσος, Σ. Γιαννακάκης, Α. Χαβελές, Ν. Μπέκας, Σ. Κερασίδης, Γ. Καστρήσιος, Χ. Μαλτέζος

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΑΤ», Αθήνα

Εισαγωγή: Η σοβαρή/κρίσιμη ισχαιμία των κάτω άκρων αποτελεί το τελικό στάδιο της περιφερικής αποφρακτικής αρτηριοπάθειας και συνδέεται με υψηλά ποσοστά απώλειας σκέλους και θνητότητας. Η ενδαρτηρεκτομή της κοινής μηριαίας αρτηρίας παραμένει θεραπεία εκλογής για αθηροσκληρωτικές βλάβες της περιοχής που προκαλούν υψηλόβαθμη στένωση ή απόφραξη. Σε ασθενείς με πολυεπίπεδη περιφερική αρτηριακή νόσο, η μεμονωμένη αποκατάσταση της μηριαίας βλάβης ενδέχεται να μην επαρκεί χωρίς ταυτόχρονη βελτίωση του inflow ή/και του outflow.

Σκοπός - Μέθοδος: Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας της κλινικής μας στην ενδαρτηρεκτομή της μηριαίας αρτηρίας σε συνδυασμό με σύγχρονη επέμβαση αποκατάστασης εισερχόμενης ροής και περιφερικής αγγειακής κοίτης. Μελετήθηκαν οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν τη χρονική περίοδο από τον Ιανουάριο του 2022 έως το Φεβρουάριο του 2026.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 52 ασθενείς με κρίσιμη ισχαιμία κάτω άκρου. Η τεχνική επιτυχία ήταν υψηλή, ενώ η συνδυαστική χειρουργική προσέγγιση εφαρμόστηκε στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση του σφυροβραχιόνιου δείκτη και της κλινικής συμπτωματολογίας, με ικανοποιητικά ποσοστά πρωτογενούς βατότητας και διάσωσης σκέλους.

Συμπεράσματα: Η ενδαρτηρεκτομή κοινής μηριαίας αρτηρίας σε συνδυασμό με σύγχρονη αποκατάσταση inflow και outflow αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική στρατηγική για την αντιμετώπιση της πολυεπίπεδης περιφερικής αρτηριακής νόσου. Η σύγχρονη χειρουργική παρέμβαση επιτρέπει ολοκληρωμένη αιμοδυναμική αποκατάσταση με πολύ καλά κλινικά αποτελέσματα και χαμηλή περιεγχειρητική θνητότητα και νοσηρότητα, καθιστώντας τη σημαντικό εργαλείο στη σύγχρονη αγγειοχειρουργική πρακτική.

ΠΑ66

ARTEGRAFT COLLAGEN VASCULAR GRAFT -ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Κ. Μαλτέζος¹, Ν. Χασεμάκη¹, Α.-Β. Αμβράζη¹, Ε. Μαρούλης¹, L.Belon¹,
Ν. Κωνσταντίνου¹, Ν. Τσιλιμπάρης²**

¹Αγγειοχειρουργική κλινική, *Klinikum Grobhadern Ludwig Maximilian Universitz Μόναχο Γερμανία*

²Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική κλινική, *Klinikum Grobhadern Ludwig Maximilian Universitz Μόναχο Γερμανία*

Εισαγωγή: Η περιφερική αρτηριοπάθεια, και ειδικότερα η κρίσιμη ισχαιμία των κάτω άκρων, εξακολουθεί να αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής και συχνά απειλώντας την ίδια τη ζωή των ασθενών. Παρά τη συνεχή εξέλιξη των ενδαγγειακών τεχνικών, η ανοικτή χειρουργική επαναιμάτωση παραμένει θεμελιώδες θεραπευτικό εργαλείο. Το Artergraft collagen vascular graft αποτελεί βιολογικό αγγειακό μόσχευμα συνθετικής επεξεργασίας, προερχόμενο από βοοειδή καρωτίδα, το οποίο έχει δείξει ενθαρρυντικά αποτελέσματα, κυρίως ως προς τη βατότητα και την αντοχή στη λοίμωξη.

Σκοπός - Μέθοδος: Σκοπός της παρούσας μονοκεντρικής αναδρομικής μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας του κέντρου μας από τη χρήση του Artergraft collagen vascular graft σε περιφερικές παρακάμψεις, κατά το χρονικό διάστημα από τον Ιούλιο έως τον Δεκέμβριο 2025.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν έντεκα (11) ασθενείς, κυρίως άνδρες (82%), με μέση ηλικία 67 έτη. Κρίσιμη ισχαιμία κάτω άκρων παρουσίαζε το 45% των ασθενών, ενώ το 17% υποβλήθηκε σε επέμβαση λόγω οξείας ισχαιμίας. Στο ιστορικό, 8/11 ασθενείς είχαν υποβληθεί σε προηγούμενη περιφερική παράκαμψη (μηροϊγνυακή ή μηροπεριφερική), ενώ 6/11 ανέφεραν προγενέστερη ενδαγγειακή παρέμβαση. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε περιφερική παράκαμψη υπό γενική αναισθησία με χρήση του συγκεκριμένου βιολογικού μοσχεύματος. Η άμεση μετεγχειρητική πρωτογενής βατότητα ανήλθε σε 90%, με ποσοστό επανεπέμβασης 54%. Η μέση περίοδος παρακολούθησης ήταν δύο μήνες και αφορούσε 9/11 ασθενείς. Κατά το διάστημα αυτό καταγράφηκε πρωτογενής βατότητα 100%, ποσοστό επανεπέμβασης 11% και λοίμωξη μοσχεύματος σε ποσοστό 44%.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το αυτόλογο φλεβικό μόσχευμα εξακολουθεί να υπερέχει ως προς τη βατότητα και την αντοχή στη λοίμωξη. Τα διαθέσιμα δεδομένα για το Artergraft βασίζονται κυρίως σε μελέτες α-v fistula. Παρότι δεν μπορεί να θεωρηθεί μέθοδος πρώτης επιλογής στις περιφερικές παρακάμψεις, ενδέχεται να αποτελέσει αξιόπιστη εναλλακτική σε ειδικές περιπτώσεις, όπως απουσία κατάλληλου φλεβικού μοσχεύματος ή παρουσία λοίμωξης.

ΠΑ67

ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑ -ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κ. Μαλτέζος¹, Α.-Β. Αμβράζης², Ν. Χασεμάκη¹, Ε. Μαρούλης¹, Ν. Τσιλιμπάρης¹, Ν. Κωνσταντίνου¹

¹Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική, *Klinikum Grobhadern Ludwig Maximilian Universitz Μόναχο Γερμανία*

²Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική, *Klinikum Grobhadern Ludwig Maximilian Universitz Μόναχο Γερμανία*

Εισαγωγή: Η μεσεντέριος ισχαιμία αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή νόσο, η οποία συχνά διαγιγνώσκεται καθυστερημένα λόγω άτυπης ή ασυμπτωματικής κλινικής εικόνας. Ως εκ τούτου, απαιτείται υψηλός βαθμός κλινικής υποψίας για την έγκαιρη διάγνωσή της. Σήμερα, η ενδαγγειακή θεραπεία και οι υβριδικές τεχνικές αποτελούν βασικές θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση της οξείας και της χρόνιας μεσεντερίου ισχαιμίας, καθώς και γενικότερα της νόσου των σπλαχνικών αγγείων.

Σκοπός - Μέθοδος: Σκοπός της παρούσας μονοκεντρικής αναδρομικής μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας του κέντρου μας στην αντιμετώπιση ασθενών με οξεία ή χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία αθηρωματικής αιτιολογίας, κατά το χρονικό διάστημα από τον Οκτώβριο 2018 έως τον Νοέμβριο 2025. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με εικόνα μεσεντερίου ισχαιμίας μετά από σύνθετες ενδαγγειακές επεμβάσεις θωρακοκοιλιακών ανευρυσμάτων.

Αποτελέσματα: Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 67 ασθενείς, εκ των οποίων 23 παρουσίαζαν χρόνια μεσεντέριο ισχαιμία και 44 οξεία. Η πλειονότητα ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία ήταν $72,6 \pm 13$ έτη στην ομάδα της χρόνιας ισχαιμίας και $66,1 \pm 15$ έτη στην ομάδα της οξείας. Επτά ασθενείς ήταν ασυμπτωματικοί (πέντε στην ομάδα της οξείας ισχαιμίας), ενώ στους συμπτωματικούς ασθενείς το συχνότερο σύμπτωμα ήταν το μεταγευματικό κοιλιακό άλγος. Στην ομάδα της οξείας ισχαιμίας, κυρίαρχη αιτία αποτέλεσε η περιφερική εμβολή, ενώ στους ασθενείς με χρόνια ισχαιμία η αθηρωματική νόσος.

Ως προς τη θεραπευτική στρατηγική, οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν ενδαγγειακά (n=59) με τοποθέτηση μεταλλικών ενδοαρθήκων, ενώ σε 10 ασθενείς πραγματοποιήθηκε ενδαγγειακή μηχανική θρομβεκτομή/αναρρόφηση. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων διενεργήθηκε αγγειοπλαστική της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, ενώ 22 ασθενείς υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική του κοιλιακού (αλλοίρειου) τρίποδα. Δεκαεννέα ασθενείς με οξεία ισχαιμία υποβλήθηκαν σε ερευνητική λαπαροτομία λόγω παρουσίας εντερικής πνευματώσης.

Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα στην ομάδα της οξείας ισχαιμίας ανήλθε σε 27,3%. Η άμεση πρωτογενής βατότητα ήταν 95,5%, ενώ 11 ασθενείς χρειάστηκαν εκτομή τμήματος εντέρου λόγω νέκρωσης. Στους 9 μήνες παρακολούθησης, η επιβίωση ήταν 70% στην ομάδα της οξείας και 95% στη χρόνια ισχαιμία, με πρωτογενή βατότητα 80%.

Συμπεράσματα: Οι ενδαγγειακές όσο και οι ανοικτές τεχνικές επαναιμάτωσης αποτελούν αποδεκτές θεραπευτικές επιλογές στη νόσο των σπλαχνικών αρτηριών. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η ενδαγγειακή προσέγγιση πρώτης επιλογής φαίνεται να σχετίζεται με βελτιωμένα άμεσα μετεγχειρητικά αποτελέσματα, ωστόσο απαιτούνται περαιτέρω μελέτες με μεγαλύτερη διάρκεια παρακολούθησης.

ORAL PRESENTATIONS

OP01

IATROGENIC ARTERIAL INJURIES DURING PANCREATIC SURGERY: A CASE SERIES

V. Culiuc, S. Danu, D. Casian

University Clinic of Vascular Surgery, Department of General Surgery, "Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Institute of Emergency Medicine, Chisinau, Republic of Moldova

Introduction: Although rare, visceral artery injuries during pancreatic surgery pose a challenge and can influence morbidity and mortality. The purpose of study was to assess the treatment modalities used for iatrogenic arterial injuries occurring during open pancreatic surgery, as well as early postoperative outcomes.

Methods: A retrospective analysis of the target cases (n=3) registered over a six-year period was performed. Results. Case no.1. A 48-year-old female was scheduled for pancreaticoduodenectomy due to cephalic adenocarcinoma. During dissection of pancreatic head, inadvertent transection of the celiac trunk was produced. The vascular defect was repaired by interposition of a 4 cm saphenous graft between the aortic and distal stumps of the celiac trunk. Owing to early postoperative thrombosis (<12 hours) of the venous conduit, a relaparotomy was performed with replacement of the autologous vein with a 6 mm PTFE graft. The subsequent patency of the prosthetic graft was confirmed by Doppler ultrasound, and no further major events have been recorded. Case no.2. A 64-year-old female was hospitalized with epigastric pain over last 2 months. Laboratory tests were inconclusive, while abdominal ultrasound and CT scan revealed the presence of a solid mass (D=5 cm) in the pancreatic body, suggestive for malignancy. Tumor compression of the portal vein was also identified. Distal pancreatectomy was considered, associated with venous resection and reconstruction via end-to-end anastomosis. The incidental injury of the common hepatic artery required vascular repair through end-to-end anastomosis. Despite persistent patency of the repaired visceral vessels, the patient's general condition gradually deteriorated secondary to renal and respiratory failure, resulting in death (on 8-th POD). Case no.3. A 58-year-old male was urgently hospitalized for persistent abdominal pain and upper gastrointestinal bleeding (Hb 7.3 g/dL). Past medical history reveals seven previous hospitalizations for "acute pancreatitis". A pancreatic pseudoaneurysm was diagnosed, and the patient was subjected to Whipple procedure. The iatrogenic injury to the common and proper hepatic arteries required the interposition of a non-reversed Y-shaped saphenous graft to both the right and left hepatic arteries. One- and six-month follow-up confirmed graft patency. Conclusions. Arterial injuries during pancreatic surgery demand prompt recognition and immediate, oftentimes complex, revascularization.

OP02

ONCOVASCULAR SURGERY-RESECTIONS AND RECONSTRUCTIONS OF INFERIOR VENA CAVA AND ILIAC VEINS: A 15-YEAR BULGARIAN SINGLE-CENTER EXPERIENCE

A. Todorov¹, E. Angelova^{1,3}, M. Dimova¹, K. Karashtranova¹, S. Manasiev¹, A. Kelchev², P. Kurtev¹

¹University Hospital Lozenetz, Department of Vascular Surgery, Sofia, Bulgaria

²University Hospital City Clinic, Cardiovascular Center, Sofia, Bulgaria

³USBALO-EAD Sofia, Clinic of General and Abdominal Surgery, Sofia, Bulgaria

KEYWORDS: *locally advanced tumors, recurrent tumors, multiorgan resections, vascular resections, inferior vena cava, iliac veins*

Introduction: Advances in oncovascular and transplant-related surgical techniques have expanded the indications for resection in patients with locally advanced or recurrent malignancies involving major venous structures. Tumor invasion of the inferior vena cava (IVC) or iliac veins is no longer regarded as a prohibitive factor for surgery. In high-volume centers, aggressive en-bloc resections combined with complex vascular reconstructions can enable complete tumor clearance and offer meaningful survival or symptomatic benefit in selected patients.

Materials and Methods: Over a 15-year period (2017-2025), 37 patients underwent multivisceral tumor resections with concomitant involvement of the IVC and/or iliac veins. Surgical exposure was obtained through midline xipho-pubic or bilateral subcostal laparotomy, with additional sternotomy when necessary. Cardiopulmonary bypass was required in 3 cases, and total hepatic vascular exclusion was applied in 16 patients (cold hypoperfusion in 2 patients). Simultaneous arterial and venous resections were performed in 7 cases. Venous reconstruction techniques included tangential IVC resection with autologous patch repair with falciform ligament (n=3) and autologous parietal peritoneum (n=2), segmental IVC replacement using PTFE grafts (n=16), bifurcated Dacron graft reconstruction (n=1), and stapled IVC resection (n=1). Iliac vein continuity was restored using autologous conduits (n=6) or prosthetic grafts (n=8). Adjunct arteriovenous fistulas were created in 10 patients to promote venous graft patency. Standardized postoperative anticoagulation was administered, consisting of low-molecular-weight heparin followed by long-term oral anticoagulants.

Results: Complete macroscopic and microscopic tumor clearance (R0 resection) was achieved in 25 patients. All reconstructed arterial segments remained patent during a follow-up period of up to four years. Asymptomatic thrombosis of iliac vein grafts was observed in 4 patients, while one patient required endovascular stenting for proximal IVC graft stenosis. Thirty-day postoperative mortality was 5.4% (n=2). Major postoperative complications (Clavien-Dindo grade III or higher) occurred in 10 patients. The mean operative duration was 300 minutes, with a median intraoperative blood loss of 700 ml and an average hospital stay of 14 days.

Conclusion: Complex resections involving the inferior vena cava and iliac veins can be performed safely in selected patients with advanced or recurrent malignancies. When carried out in specialized centers, venous reconstruction allows acceptable perioperative risk and supports radical oncologic resection, contributing to improved disease control and patient outcomes.

OP03

HOW TO PREVENT HEMORRHAGIC COMPLICATIONS IN OPEN AORTIC SURGERY

Y. Khorkavyi, Y. Orel, R. Mykhalchuk, H. Orel, O. Charkovska

*Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine, University Hospital,
Clinic of Heart and Vessels*

Introduction: Between 2% and 15% of patients require re-exploration for bleeding after aortic surgery, which serves as an independent predictor of adverse outcome, longer hospital stay and increased hospital costs.

Coagulopathy during abdominal aortic surgery occurs due to multiple factors, including patient hypothermia, blood loss, hemodilution, fibrinolysis, platelet dysfunction, and activation of a proinflammatory coagulopathic state. Surgical techniques play a critical role in hemostasis, as meticulous suture line construction and careful tissue handling are essential to minimise surgical bleeding.

Methods: A single-centre study included patients with abdominal aorta pathology of the vascular surgery department of Danylo Halytsky Lviv National Medical University Hospital treated in the period from 2017 to 2025. Coagulation monitoring was done by thromboelastography, standard coagulation tests and platelet count. 4 primary points: before surgery, after aorta clamping, at the end of surgery, 24 h after surgery. If autologous blood was conserved - before this procedure. Different anastomoses reinforcement techniques were used to reduce blood loss and prevent anastomotic disruption, particularly in high-risk patients with friable or calcified arterial wall.

Results: 129 patients included. 24 operated in emergency settings, 105 - elective surgery. 14 patients (7,8%) have signs of impaired hemostasis before surgery. Most of them were treated in emergency conditions. Over 40% of patients (52 patients) have coagulopathy clinical signs during treatment. In this group, we mentioned bigger blood loss, longer time of aorta clamping, higher 30 - day mortality, longer period of in-hospital treatment, more frequent thrombotic complications and re-surgery. Coagulopathy before and at the end of surgery was correlated with big volume of blood loss and was a predictor of complications after surgery. Different types of anastomosis reinforcement were used (pledget reinforcement, pledgeted sutures, double-layer anastomosis, use of reinforced graft or autologous collars). Anastomosis formation technique and its hermitization aim to provide mechanical reinforcement and seal potential leakage points, thereby enhancing the integrity of the anastomotic site.

Conclusion: Coagulopathy during open aorta surgery is associated with big blood loss and is a predictor of complications in the perioperative period. Pharmacological support and advanced surgical techniques are imperative to effectively control intraoperative and postoperative blood loss and coagulopathy.

OP04

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF VISCERAL ARTERY ANEURYSMS: SINGLE-CENTER EXPERIENCE

H. Y. Orel¹, Ihor I. Kobza¹, Yuriy H. Orel¹, M. R. Bubniak², Y. Z. Khorkavyi¹, Y. S. Mota¹, Oleh M. Slabby¹, B. I. Diachyshyn¹, K. I. Sokalska¹

¹*Vascular Surgery Clinic, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine*

²*Lviv Heart Center, Lviv, Ukraine*

Background: Visceral artery aneurysms (VAAs) are rare vascular lesions with the incidence 0.01-0.2% in population[1]. The clinical significance of this pathology is determined by frequent asymptomatic course and complications such as rupture, gastrointestinal bleeding, compression of adjacent organs, or visceral ischemia whose mortality associated with rupture varies between 20-100%[2].

The aim of the study: To present a series of clinical cases of VAA, improve diagnostic accuracy, optimize treatment strategies, and demonstrate early and late outcomes of open and endovascular interventions.

Materials and methods: A total of 52 patients with visceral artery aneurysms (VAA) treated between 2015 and 2025 were analyzed. The aneurysms affected splenic (54%), hepatic (23%), celiac trunk (12%), superior mesenteric (17%), inferior mesenteric arteries and pancreaticoduodenal artery (4%). All patients underwent duplex ultrasound followed by contrast-enhanced CT angiography for confirmation and treatment planning. Depending on aneurysm size, morphology, clinical presentation, and rupture risk, patients were managed either endovascularly (including selective embolization or endograft), by open surgery with arterial reconstruction or by dynamic observation in cases of small, asymptomatic lesions.

Results: Twenty-three patients (44%) underwent endovascular intervention and 29 (56%) were treated with open surgery. Among the endovascular procedures, 5 involved endograft implantation and the others were selective embolizations. In all treated patients, both open and endovascular procedures resulted in complete regression of clinical symptoms. No early postoperative bleeding or visceral ischemia was observed. In the cases of SA endovascular embolization was effective with no need for splenectomy. In complex anatomical cases such as celiac trunk or SMA aneurysms, open reconstruction with prosthetic grafts ensured durable long-term outcomes. In all treated patients, both open and endovascular procedures resulted in complete regression of clinical symptoms. No early postoperative bleeding or visceral ischemia was observed. Follow-up demonstrated stable aneurysm exclusion and graft patency.

Conclusion: VAA require high clinical vigilance due to their asymptomatic course and potentially fatal complications. Both open and endovascular treatments are effective when selected appropriately according to the aneurysm's morphology, anatomical features, and associated comorbidities. Long-term follow-up confirms the efficacy and safety of both treatment modalities.

OP05

EARLY RESULTS OF UNCOVERED AMDS DISSECTION STENT IN TYPE A AORTIC DISSECTION - A SINGLE CENTER EXPERIENCE

R.Dammrau

Aortic Center, Helios Klinikum Siegburg, Siegburg Germany

Introduction: Aortic type A dissection is a life threatening situation and requires immediate surgical treatment. To save patients life a repair of the ascending aorta and or partial arch is indicated. As most dissections include the whole aorta the surgery with combined repair of the ascending aorta and TEVAR as frozen elephant trunc improves remodeling and reduces rate of secondary procedures. As a new piece in the toolbox the AMDS stent can expand the true lumen and can be used in the arch so the anastomosis with the graft of the ascending aorta can be done in zone 0 which reduces the complexity of the surgery.

Material and Methods: In 2024/2025 we treated 12 patients with Type A dissection with ascending repair and AMDS stent. All have been followed with CT scan to evaluate stent expansion, remodeling, perfusion of the false lumen.

Results: In patients with open repair of the ascending aorta even with arch replacement we often see distal a persisting dissection. The false lumen tends to dilate and in most of the younger patients we can expect further need for treatment. The expansion of the AMDS Stent showed in 5 cases a complete remodeling over the whole length , in 3 cases distal extension with TEVAR was performed. 3 needed implantation of TBE in the AMDS to treat false lumen perfusion. 1 needed redo surgery with FET. Mortality was 2 out of 12.

Conclusions: Surgery in type A dissection prevents death from rupture or pericardial tamponade. But if more than the ascending aorta is dissected we can improve the prognosis with repair even of the arch and the proximal descending aorta. With the AMDS stent we have a new device In our toolbox which stabilizes the arch and proximal descending aorta. Bringing the anastomosis further down to zone 0 makes the surgery easier and reduces the number of anastomoses for the supraaortic vessels. But we have to evaluate the anatomy beforehand to decide for the appropriate procedure. And we have to collect more and long term data.

OP06

INTERNAL CAROTID ARTERY NEAR OCCLUSION - ACTUAL THERAPEUTIC STRATEGY

I. Droc, C. Buzila, M. Dumitrascu

Cardiovascular Surgery Departement, Central Military Hospital "Dr. Carol Davilla"

Internal carotid artery near occlusion (CNO) is a relatively rare disease with a prevalence of less than 10% amongst all patients with a severe carotid artery stenosis. CNO has been suggested as a high risk condition for CEA, and the European Society for Vascular Surgery guideline (2017) recommends to treat CNO patients conservatively by best medical therapy (BMT). However, this recommendation is based on level III, class C evidence. It's time to rethink this management strategy.

CNO can be divided into a less severe subgroup (without lumen full collapse: diameter >2 mm) and a more severe subgroup (with lumen full collapse: diameter <2 mm). The decision for revascularization is still highly debated in Literature.

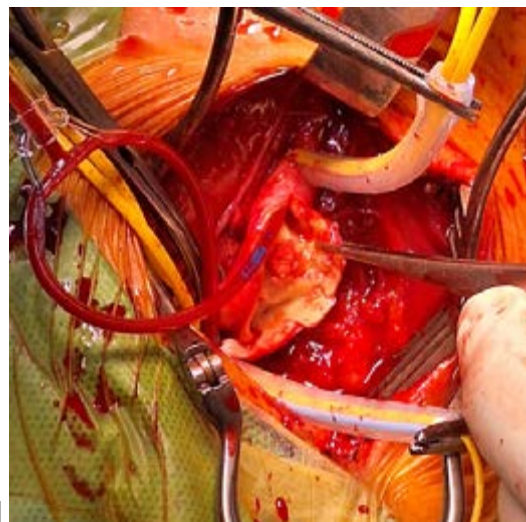
The fact that patients with CNO were excluded from all recent carotid trials comparing CEA with stenting or BMT in recently symptomatic patients, including the International Carotid Stenting Study (ICSS) and Carotid Revascularization and Medical Management for Asymptomatic Carotid Stenosis Trial 2 (CREST-2), emphasises the need for updated evidence and possibly revision of the proposed optimal management of patients with CNO.

In our experience, symptomatic CNO patients treated surgically (endarterectomy and patch) under general anesthesia have the same outcomes with the patients operated for a carotid stenosis greater than 70%.

In conclusion, patients with near carotid artery occlusion with full or partial collapse can be considered for CEA as a potential treatment option. Although the procedural risks might be higher than those for patients with low-to-moderate risk anatomy, this risk might outbalance the natural course of the pathology.



Carotid Angio-CT



Carotid TEA

OP07

IS SURGICAL RESECTION OF PARAGANGLIOMAS AND PHEOCHROMOCYTOMAS (PPGLS) WITH VASCULAR INVOLVEMENT FEASIBLE?

M. Barnard¹, I. Cassimjee², N.Vallie³

¹Vascular Surgery, University of Witwatersrand

²HOD Vascular Surgery, University of Witwatersrand

³General Surgery, University of Witwatersrand

Background: Pheochromocytomas and paragangliomas (PPGLs) are rare neuroendocrine tumors, with surgical resection as the primary curative treatment. Vascular involvement marks aggressive PPGLs, but literature is limited to case reports and small series, leaving management guidelines unclear. This study evaluates outcomes of PPGLs with vascular encasement resected at Charlotte Maxeke Johannesburg Academic Hospital (CMJAH).

Methods: A retrospective review (January 2022-July 2025) identified 10 patients with PPGLs and vascular involvement via an endocrine multidisciplinary panel. All underwent open resection by the vascular surgery department. Data included demographics, tumor characteristics, intraoperative metrics (blood loss, operative time), and short-term postoperative outcomes.

Results: Median patient age was 43.5 years; mean tumor size was 8.2 cm (range 4-20 cm). The cohort included 7 females and 3 males, with 6 right-sided, 2 left-sided, and 2 multicentric tumors (5 pheochromocytomas). Affected vessels included the inferior vena cava, renal artery, superior mesenteric artery, splenic artery, and iliac veins. Median intraoperative metrics were 1.3 units blood transfusion, 595 mL cell-saver use, 222-minute operative time, and 0.23 mcg adrenaline. Histology confirmed negative margins and lymph nodes in all cases. Median ICU stay was 5.2 days, with one mortality following a hospital acquired pneumonia, one partial renal infarct, and one postoperative ileus. At discharge, only 2 patients required antihypertensives, indicating effective biochemical control.

Conclusion: Aggressive surgical resection of PPGLs with vascular involvement is feasible, achieving curative outcomes with acceptable morbidity at a tertiary vascular center. Multidisciplinary collaboration and early vascular surgery involvement enhance curative intent. This series, among the largest reported, provides critical data to guide management of this rare entity.

OP08

MULTIFOCAL ARTERIAL DISEASE - CAROTID, CORONARY AND PERIPHERAL - DIAGNOSTIC STRATEGY AND THERAPEUTIC MANAGEMENT

I. Droc, C. Buzila, M. Dumitrascu, L. Stan

Cardiovascular Surgery Department, Central Military Hospital "Dr. Carol Davilla"

Background and Aim: Atherosclerosis is a global disease affecting multiple organs. The more symptomatic lesion or the lesion with the strongest prognostic impact should be treated first.

Coronary artery disease may coexist with carotid artery stenosis, abdominal aortic aneurysms, and/or peripheral artery disease (PAD).

Recent studies have confirmed that patients with multivascular bed disease have a greater risk for major cardiovascular events than patients with monovascular attempt.

The aim of the study was to see the actual incidence of multifocal arterial disease in vascular patients and the strategy of treatment in order to reduce the periprocedural cardiovascular morbidity and mortality.

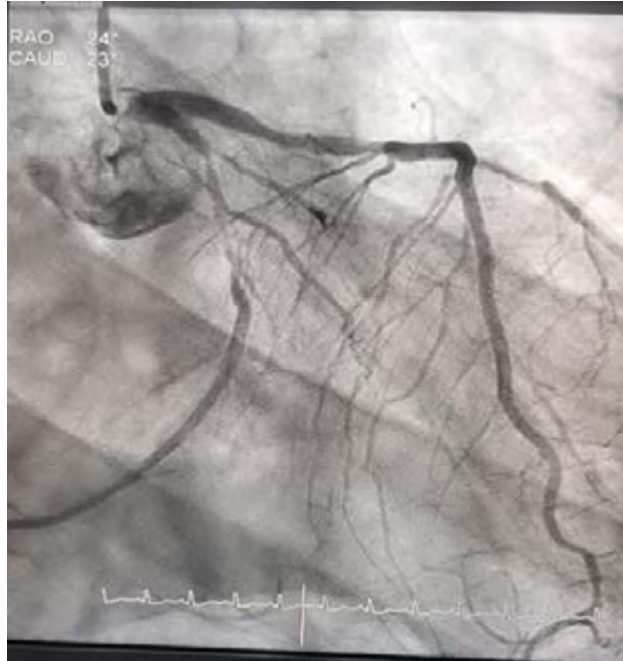
Method: In 2003 on one year period, on 400 direct arterial revascularisations we had 11 patients with multiple sites of atherosclerotic disease. The decade more affected was 60 - 70 years old. After 20 years, in 2023, the number of patients increases a lot, at 120, and the patients were older. (decade 70-80 y). Men were more affected.

The lesions should be treated as follows: carotid, coronaries and aorta or peripheral lesions. When two arterial beds are symptomatic (ex: AAA more than 7cm in diameter or in imminence of rupture associated with left main disease) we can perform simultaneous procedures (open or endovascular), but with higher mortality rate (25%).

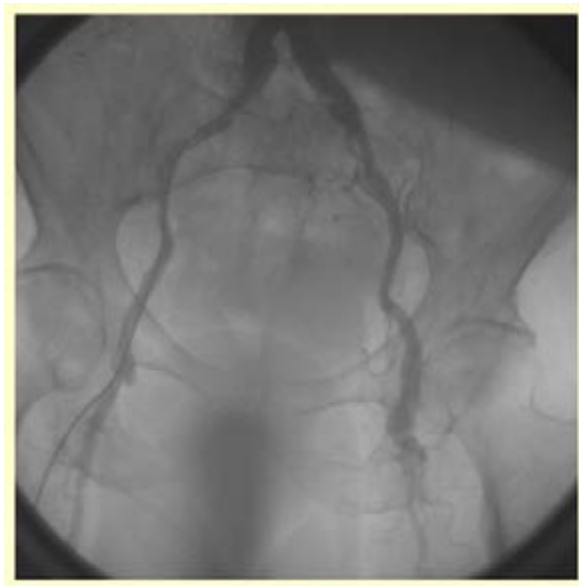
Results: Vascular patients often have concomitant arterial disease affecting more than one territory (35% of pat. on 400 direct arterial revascularisations/year). Identification of silent vascular disease is essential to improve cardiovascular mortality and morbidity rates. Diabetes mellitus, age and male sex were found to be markers of developing multisite arterial disease. The treatment should include also aggressive risk factor management, lifestyle changes, and appropriate drug therapy.

Conclusions: In conclusion, specific surgical/endovascular therapeutic options available, aggressive medical treatment and vascular disease prevention strategies should be rigorously implemented to best manage the overall atherosclerotic sites.

Keywords: multifocal arterial disease, carotid, coronary, peripheral, therapeutic management.



Coronary Three-Vessel Disease: LAD, Cx, RCA



Right common iliac stenosis, occlusion of superficial femoral artery bilateral

OP09

**DIAGNOSIS OF SARCOPENIA IN PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE USING
COMPUTED TOMOGRAPHY**

M. Alina, S. Igor, L. Dragos-Alexandru, V. Culiuc, D. Casian

*University Clinic of Vascular Surgery, Department of General Surgery, "Nicolae Testemitanu" State University
of Medicine and Pharmacy, Institute of Emergency Medicine, Chisinau, Republic of Moldova*

Introduction: Sarcopenia is associated with an increased risk of postoperative complications. The assessment of muscle volume and density using computed tomography (CT) may be useful in identifying patients with peripheral arterial disease (PAD) who are at higher risk of negative postoperative outcomes. Objective of the study. To evaluate the utility of CT in diagnosing sarcopenia in patients with PAD and to investigate a possible association between sarcopenia and outcomes after revascularization procedures.

Methods. A retrospective study was conducted on 100 patients with PAD. Angio-CT parameters and clinical data were analyzed. A suboptimal postoperative outcome was defined as the occurrence of reinterventions, complications, death, or the need for transfusion of more than four units of packed red blood cells. Non-parametric statistical tests were used. Results. A total of 42% of the patients were diagnosed with sarcopenia, defined as: Psoas Muscle Index (PMI) <375 and <464 mm²/m², Psoas Muscle Density <28 and <35 HU, or Psoas to Body Surface Area (PBSA) <6.3 and <8 mm²/m², in women and men respectively. One criterion was present in 27%, two in 11%, and all three in 4% of patients. A weak positive correlation was found between PBSA and serum albumin levels: $r=0.25$, $p<0.05$. Median values of PMI and PBSA were lower in patients with suboptimal clinical outcomes compared to those with optimal outcomes: 486 (417-654) vs. 628 (512-703) mm²/m² and 7.3 (5.8-9.5) vs. 9.4 (7.7-10.6) mm²/m², respectively, $p<0.05$.

Conclusion. In over one-third of PAD patients, CT revealed at least one criterion indicative of sarcopenia. The relative volume of the psoas muscles is associated with the likelihood of suboptimal outcomes following revascularization procedures and is relevant for preoperative risk stratification.

OP10

EVALUATION OF CHANGES IN THYROID FUNCTION FOLLOWING CAROTID ENDARTERECTOMY

S. Kaya¹, M.O. Beyaz¹, E.H.Yılmaz Uşurmak², M. Temiz², İ.Fansa¹

¹ *Cardiovascular Surgery, Tayfur Ata Sökmen Faculty of Medicine,
University of Hatay Mustafa Kemal, Hatay, Turkey*

² *General Surgery, Tayfur Ata Sökmen Faculty of Medicine, University of Hatay Mustafa Kemal, Hatay, Turkey*

Objective: This study aimed to evaluate perioperative changes in thyroid function after carotid endarterectomy (CEA) and to identify clinical factors influencing hormonal variations.

Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted at Hatay Mustafa Kemal University between October 2023 and April 2024. Seventy-nine patients who underwent CEA for carotid artery stenosis and had complete thyroid function data were analyzed. Patients with thyroid disease, previous thyroid surgery, or incomplete laboratory results were excluded. Standard CEA was performed under general anesthesia with temporary clamping of the common, internal, and external carotid arteries, including the superior thyroid artery. Demographic and clinical data were recorded. Serum thyroid-stimulating hormone (TSH), free triiodothyronine (T3), and free thyroxine (T4) levels were measured preoperatively and on postoperative day 7 using automated analyzers.

Results: The mean age was 67.9 ± 7.5 years, and 67.1% were male. There were no significant differences between pre- and postoperative TSH (1.36 ± 0.93 vs. 1.29 ± 0.89 mIU/L; $p=0.687$), T3 (3.04 ± 0.43 vs. 3.08 ± 0.46 pg/mL; $p=0.383$), or T4 levels (1.21 ± 0.23 vs. 1.27 ± 0.31 ng/dL; $p=0.181$). Female patients had higher preoperative T4 ($p=0.028$), lower postoperative TSH ($p=0.034$), and greater $\Delta T3$ increase ($p=0.018$). Smoking independently predicted ΔTSH ($p=0.048$), while male sex ($p=0.005$) and diabetes mellitus ($p=0.033$) predicted $\Delta T4$ changes. No associations were found for age, hypertension, or hyperlipidemia.

Conclusion: CEA did not significantly affect thyroid hormone levels, indicating endocrine safety. However, sex-, smoking-, and diabetes-related variations suggest selective thyroid monitoring may be warranted in high-risk patients.

E-POSTERS

EP01

**ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΣΩΣΗ ΜΗ ΩΡΙΜΑΖΟΥΣΑΣ
ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΦΙΣΤΟΥΛΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΝΝ**

**Κ. Ροδίτης¹, Ν.-Ν. Γιαννακόπουλος², Σ. Τζαμτζίδου², Κ. Νάκας², Δ. Μάνου², Β. Παπαϊωάννου²,
Π. Τσιαντούλα², Κ. Σερέτης², Θ. Παπάς²**

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» - Ελληνικός Ερυθρός
Σταυρός (Ε.Ε.Σ.), Αθήνα

²Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» - Ελληνικός Ερυθρός
Σταυρός (Ε.Ε.Σ.), Αθήνα

Σκοπός: Η μη ωρίμανση των αρτηριοφλεβικών φίστουλων (AVF) αποτελεί συχνό αίτιο αποτυχίας αγγειακής προσπέλασης σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της επιτυχούς ενδαγγειακής διάσωσης μη ωριμάζουσας κερκίδο-κεφαλικής AVF με τη χρήση πλήρως υπερηχογραφικά καθοδηγούμενης διαδερμικής διαυλικής αγγειοπλαστικής (PTA), χωρίς ακτινοσκόπηση και χωρίς χορήγηση σκιαγραφικού.

Υλικό - Μέθοδοι: Άνδρας 57 ετών με ΧΝΝ σταδίου 4 προσήλθε έξι εβδομάδες μετά τη δημιουργία κερκίδο-κεφαλικής AVF λόγω ανεπαρκούς κλινικής ωρίμανσης. Ο προεγχειρητικός έλεγχος με duplex υπερηχογράφημα ανέδειξε εστιακή αιμοδυναμικά σημαντική στένωση της κεφαλικής φλέβας, σε απόσταση περίπου 2 cm περιφερικά της αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης. Υπό τοπική αναισθησία και συνεχή υπερηχογραφική καθοδήγηση πραγματοποιήθηκε διαδερμική διαυλική αγγειοπλαστική με την τεχνική Seldinger, μέσω εισαγωγής θήκης 4F και σύρματος-οδηγού 0.018". Για τη διάταση της στενωτικής βλάβης χρησιμοποιήθηκε μπαλόνι εστιασμένης δύναμης με μηχανισμό χάραξης (scoring balloon) διαμέτρου 4 mm. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε εξ ολοκλήρου χωρίς χρήση ακτινοσκόπησης και χωρίς χορήγηση σκιαγραφικών μέσων.

Αποτελέσματα: Ο άμεσος μετεπεμβατικός έλεγχος με duplex υπερηχογράφημα κατέδειξε αποκατάσταση της γραμμικής ροής, με σημαντική αύξηση της διαμέτρου και της παροχής της AVF. Ο επανέλεγχος στις δύο εβδομάδες επιβεβαίωσε τη διατήρηση της βατότητας και ικανοποιητική πρόοδο της ωρίμανσης της φίστουλας, επιτρέποντας τη λειτουργική αξιοποίησή της για αιμοκάθαρση. Δεν καταγράφηκαν διεγχειρητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Η υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη PTA με χρήση scoring balloon αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική τεχνική πρώιμης διάσωσης μη ωριμάζουσων AVF. Η αποφυγή ακτινοβολίας και σκιαγραφικών καθιστά τη μέθοδο ιδιαίτερα κατάλληλη για ασθενείς με ΧΝΝ, συμβάλλοντας στη βελτίωση των ποσοστών ωρίμανσης και στη μείωση του συνολικού επεμβατικού κινδύνου.

EP02

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΝΕΑΣ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ: ΕΠΙΦΑΝΕΙΟΠΟΙΗΣΗ Β.Σ ΦΛΕΒΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΑΠΛΕΥΡΗ ΦΛΕΒΙΚΗ ΑΝΑΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΡΟΗΣ ΘΡΟΜΒΩΜΕΝΗΣ ΒΡΑΧΙΟΝΟΚΕΦΑΛΙΚΗΣ FISTULA.

I. Τσάγκος, Α. Κοτζαδημητρίου, Β. Μπακαλάκη

Γ' Αγγειοχειρουργική κλινική, Μετροπόλιταν Τζένεραλ, Χολαργός, Αθήνα

Σκοπός: Η διατήρηση αυτόλογης αγγειακής προσπέλασης αποτελεί βασική προτεραιότητα στους νεφροπαθείς τελικού σταδίου, καθώς η απώλεια λειτουργικών φλεβών οδηγεί συχνά σε χρήση μοσχευμάτων ή μόνιμων καθετήρων. Παρουσιάζουμε περίπτωση αξιοποίησης παράπλευρης φλεβικής κυκλοφορίας μετά από κεντρική θρόμβωση βραχιονοκεφαλικής αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας (AVF), η οποία κατέστη λειτουργική για αιμοκάθαρση χωρίς δημιουργία νέας αναστόμωσης.

Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα 75 ετών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου σε αιμοκάθαρση επί τριετία, έφερε αριστερή βραχιονοκεφαλική AVF. Η φιστούλα εμφάνισε κεντρική θρόμβωση της κεφαλικής φλέβας, χωρίς όμως πλήρη απώλεια αρτηριακής εισροής. Κλινικά διαπιστώθηκε επίμονο φύσημα και διάταση επιπολής φλεβών αντιβραχίου και ραχιαίας επιφάνειας χειρός.

Η υπερηχογραφική χαρτογράφηση (duplex) ανέδειξε ανακατεύθυνση της ροής μέσω του ραχιαίου φλεβικού πλέγματος του χεριού προς τη βασιλική φλέβα του βραχίονα, η οποία παρουσίαζε αυξημένη ροή και επαρκή διάμετρο, πλην όμως βρισκόταν σε εν τω βάθει θέση και δεν ήταν παρακεντήσιμη.

Αποφασίστηκε χειρουργική επιφανειοποίηση (superficialization) της βασιλικής φλέβας στον βραχίονα, χωρίς δημιουργία νέας αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Η φλέβα παρακεντήθηκε επιτυχώς και χρησιμοποιείται για αιμοκάθαρση με ικανοποιητικές ροές. Η αγγειακή προσπέλαση παραμένει λειτουργική μέχρι σήμερα, χωρίς ανάγκη τοποθέτησης καθετήρα ή συνθετικού μοσχεύματος.

Συμπεράσματα: Η κεντρική θρόμβωση μιας βραχιονοκεφαλικής AVF δεν συνεπάγεται απαραίτητα απώλεια της αγγειακής προσπέλασης. Η ανάπτυξη παράπλευρης φλεβικής κυκλοφορίας μπορεί να δημιουργήσει λειτουργικό αυτόλογο εκροϊκό δίκτυο. Η προσεκτική κλινική εκτίμηση και η υπερηχογραφική χαρτογράφηση επιτρέπουν τη διάσωση της προσπέλασης με απλές τεχνικές, όπως η επιφανειοποίηση της βασιλικής φλέβας, αποφεύγοντας νέα αναστόμωση, συνθετικό μόσχευμα ή μόνιμο φλεβικό καθετήρα.

EP03

Η ΧΡΗΣΗ ΕΜΒΑΛΩΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΒΟΕΙΟ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟ ΣΕ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΚΥΛΙΝΔΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΩΝΙΚΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ: ΜΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΑΥΤΟΛΟΓΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΗ ΕΥΝΟΪΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ

Γ. Φαναριώτης¹, Μ. Περούλης¹, Α. Ντανικά², Ε. Αλεξίου¹

¹Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

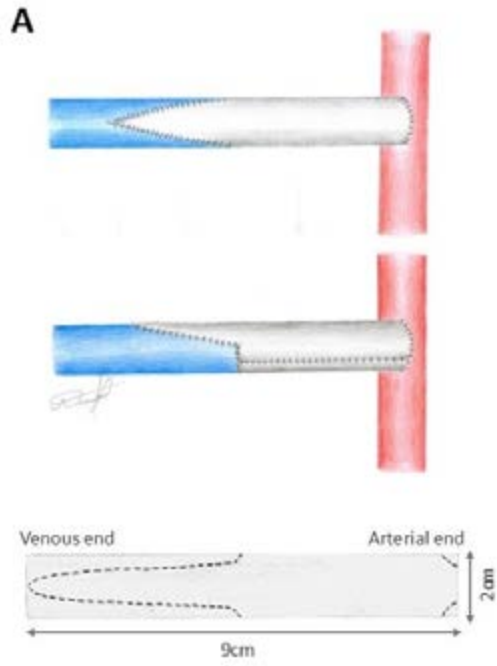
²Β' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδων Αθηνών «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού», Αθήνα

Σκοπός: Η αυτόλογη αρτηριοφλεβική επικοινωνία αποτελεί την αγγειακή προσπέλαση εκλογής στους ασθενείς υπό χρόνια αιμοκάθαρση. Συχνά, η δημιουργία αυτόλογης φίστουλας δεν είναι εφικτή λόγω μη ευνοϊκής ανατομίας του φλεβικού δικτύου. Φλέβες με ινωτικές αλλοιώσεις μετά από πολλές φλεβοκεντήσεις και φλέβες μικρής διαμέτρου με εστιακές στενώσεις, εμποδίζουν τη δημιουργία φίστουλας και την προοπτική επαρκούς ωρίμανσης. Έτσι, απαιτούνται πρόσθετα μέτρα, όπως αγγειοπλαστική σε πρώτο χρόνο ή επανεπεμβάσεις για την εξασφάλιση ικανοποιητικής βατότητας.

Υλικό-Μέθοδοι: Προτείνεται μια εναλλακτική τεχνική με χρήση εμβάλωματος από βόειο περικάρδιο που επιτρέπει τη δημιουργία αυτόλογης αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας σε ένα στάδιο. Η στενωτική-ινωτική φλέβα ανοίγεται επιμήκως, το βόειο εμβάλωμα προετοιμάζεται κατά τη συνήθη πρακτική σε σχήμα «βάρκας» στο άπω τμήμα του και αναστομώνεται επί της φλέβας. Αυτή η διαμόρφωση εξασφαλίζει την κωνική διαμόρφωση του τμήματος του εμβάλωματος επί της φλέβας. Ακολουθεί συρραφή του διαπλατυσμένου κεντρικού τμήματος του εμβάλωματος με σκοπό την απόκτηση σωληνωτής διαμόρφωσης. Με την παράλληλη κωνική και κυλινδρική διαμόρφωση του εμβάλωματος επιτυγχάνεται η ταυτόχρονη ανακατασκευή της πάσχουσας φλέβας και η γεφύρωση με τη δότρια αρτηρία. Παράλληλα διατηρείται ένα ικανό αυτόλογο τμήμα προς παρακέντηση.

Αποτελέσματα: Η παραπάνω τεχνική εφαρμόστηκε σε μια, προς ένταξη σε αιμοκάθαρση ασθενή 56 ετών με ιστορικό IgA νεφροπάθειας και σοβαρή εστιακή στένωση της βασιλικής φλέβας του δεξιού άνω άκρου. Άμεσα μετεγχειρητικά, αναγνωρίστηκε ψηλαφητός ροίζος. Δύο μήνες μετά, στον επανέλεγχο με duplex, σημειώθηκε ικανή διάταση της βασιλικής φλέβας με ροή >600 mL/min. Η βατότητα της φίστουλας παραμένει ακέραη μετά από 12 μήνες.

Συμπεράσματα: Η περιγραφόμενη τεχνική προτείνεται σε ασθενείς με επαρκή ροή εισόδου και εξόδου αλλά με εστιακές στενωτικές βλάβες στις πάσχουσες φλέβες-στόχους που αποκλείουν τη δημιουργία λειτουργικής αυτόλογης φίστουλας. Αυτή η υβριδική προσέγγιση που συνδυάζει αρχές της φλεβοπλαστικής με εμβάλωμα και της ανακατασκευής με μόσχευμα από βόειο περικάρδιο, ενδέχεται να αποτελέσει λύση σε επιλεγμένους ασθενείς για τη δημιουργία αυτόλογης αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας.



EP04

**ΤΥΧΑΙΑ ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΠΑΡΑΜΕΝΟΝΤΟΣ ΟΔΗΓΟΥ ΣΥΡΜΑΤΟΣ ΠΕΝΤΕ ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ
ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΦΛΕΒΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Χ. Σιμόγλου¹, Δ. Γυμνόπουλος²

¹ Θωρακοχειρουργός, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης, Ξάνθη

² Γενικός Χειρουργός, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας αναφοράς είναι η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού παραμονής οδηγού σύρματος εντός του φλεβικού συστήματος, το οποίο ανακαλύφθηκε τυχαία πέντε έτη μετά την αρχική παρέμβαση, καθώς και η ανάδειξη της σημασίας των πρωτοκόλλων ασφάλειας κατά τις ενδοαγγειακές πράξεις.

Η απόφραξη της δεξιάς υποκλειδίου φλέβας αποτελεί σπάνια αλλά κλινικά σημαντική πάθηση, που μπορεί να προκαλέσει διαταραχή της φλεβικής παροχέτευσης και να απαιτήσει ενδοαγγειακή αποκατάσταση. Οι ενδοφλέβιες επεμβάσεις με τη χρήση οδηγού σύρματος και καθετήρα είναι συνήθεις, ωστόσο η παραμονή ξένου σώματος αποτελεί δυνητικά επικίνδυνη επιπλοκή.

Υλικό - Μέθοδος: Αναφέρεται περιστατικό άνδρα 45 ετών με ιστορικό απόφραξης της δεξιάς υποκλειδίου φλέβας. Πραγματοποιήθηκε ενδοαγγειακή προσπέλαση με προώθηση οδηγού σύρματος μέσω καθετήρα, διαστολή με μπαλόνι και τοποθέτηση περιφερικά εισαγόμενου κεντρικού καθετήρα (PICC line) με άκρο στον δεξιό κόλπο. Η μετεπεμβατική πορεία ήταν αρχικά ανεπίπλεκτη.

Αποτελέσματα: Πέντε έτη μετά την επέμβαση, ο ασθενής προσήλθε στα επείγοντα λόγω πτώσης με ποδήλατο. Κατά τον ακτινολογικό έλεγχο αναδείχθηκε τυχαία η παρουσία γραμμικής μεταλλικής σκιάς, αντιστοιχούσας σε οδηγό σύρμα εντός του φλεβικού συστήματος. Ο ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματικός, χωρίς ενδείξεις θρόμβωσης, εμβολής ή λοίμωξης.

Συμπεράσματα: Η παραμονή οδηγού σύρματος μετά από ενδοαγγειακή πράξη αποτελεί σπάνια αλλά σημαντική ιατρογενή επιπλοκή, ικανή να προκαλέσει σοβαρές καθυστερημένες επιπτώσεις. Η συγκεκριμένη περίπτωση υπογραμμίζει την ανάγκη αυστηρής καταμέτρησης και επιβεβαίωσης της αφαίρεσης όλων των υλικών μετά το πέρας κάθε επέμβασης, καθώς και την εφαρμογή τυποποιημένων πρωτοκόλλων ελέγχου για την πρόληψη παρόμοιων συμβαμάτων.

EP05

**ΜΕΙΖΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΣΕ ΔΙΑΜΠΕΡΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΑΚΩΣΗ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΚΑΙ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ - ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΆΡΡΕΝΟΣ 19 ΕΤΩΝ**

Χ. Σιμόγλου¹, Δ. Γυμνόπουλος²

¹Θωρακοχειρουργός, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης, Ξάνθη

² Γενικός Χειρουργός, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανακοίνωσης είναι η ανάδειξη της κλινικής πολυπλοκότητας, της ταχύτητας λήψης αποφάσεων και της χειρουργικής δεξιοτεχνίας που απαιτούνται στη διαχείριση μείζονος αγγειακού τραύματος μετά από διαμπερή κοιλιακή κάκωση, μέσω της παρουσίας ενός περιστατικού υψηλής βαρύτητας που εξελίχθηκε σε πολλαπλά, απειλητικά για τη ζωή, συμβάματα.

Υλικό - Μέθοδος: Άρρεν 19 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ χειρουργικής στις 02:00 π.μ. μετά από νύσσον τραύμα στο επιγάστριο μήκους 2 cm. Κατά την άφιξη, ήταν αιμοδυναμικά ασταθής (ΑΠ 90/70 mmHg, SpO₂ 80%, HR 120/min). Ο ασθενής οδηγήθηκε άμεσα στο χειρουργείο για διερεύνηση ενδοκοιλιακής αιμορραγίας. Πραγματοποιήθηκε λαπαροτομία και ανευρέθη μείζον οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα, τρώση της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας που αποφληνώθηκε και συρράφη, ωστόσο η αιμορραγία συνεχιζόταν. Ακολούθησε διάνοιξη του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, όπου αφαιρέθηκε εκτεταμένο αιμάτωμα.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της επέμβασης ο ασθενής υπέστη δύο καρδιακές ανακοπές, αμφοτέρες αναταχθείσες. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε τραυματισμός της πρόσθιας επιφάνειας της κάτω κοίλης φλέβας, ο οποίος συρράφη, αλλά η αιμορραγία επιμένει. Με ενδεδειχτή έλεγχο αποκαλύφθηκε διαμπερές τραύμα της οπίσθιας επιφάνειας της κάτω κοίλης φλέβας καθώς και αιμορραγία από τις οσφυϊκές φλέβες. Για τον έλεγχο της αιμορραγίας εφαρμόστηκαν γάζες τύπου Miculicz. Μετεγχειρητικά αναγνωρίστηκε τρώση του δεξιού ουρητήρα, και ο ασθενής διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο κέντρο για ουρολογική αποκατάσταση. Λόγω της μαζικής αιμορραγίας και του υποογκαιμικού shock, πρωτογενώς διαφεύγουν πολλές κακώσεις και αντιμετωπίζονται μέσα στο πρώτο 24ωρο.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει την ακραία βαρύτητα των μείζονων αγγειακών τραυμάτων της κάτω κοίλης φλέβας και τη δυσκολία επίτευξης αιμόστασης σε περιβάλλον οπισθοπεριτοναϊκής αιμορραγίας. Η έκβαση του ασθενούς κατέστη δυνατή χάρη στην άμεση μεταφορά στο χειρουργείο, στη συντονισμένη ανάνηψη και στην επιθετική χειρουργική παρέμβαση. Η κλινική περίπτωση υπογραμμίζει τη σημασία εξειδικευμένων κέντρων τραύματος και πρωτοκόλλων ταχείας αντιμετώπισης για τη βελτίωση της επιβίωσης σε τέτοια, εξαιρετικά κρίσιμα περιστατικά.

ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΛΟΓΩ ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Η. Αυγερινός, Μ. Τσότσιος, Α. Σκοτσιμάρα, Κ. Τζανής, Ε. Μήλα, Ε. Αυγερινός,
Χ. Μπακογιάννης, Χ. Κλωνάρης**

*Β' Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Σκοπός: Οι μυκητιασικές λοιμώξεις μετά από μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων αποτελούν σπάνια, αλλά εξαιρετικά σοβαρή επιπλοκή, με ιδιαίτερα αγγειοδιηθητική συμπεριφορά και υψηλά ποσοστά νοσηρότητας.

Παρουσίαση Περιστατικού: Θήλυ ασθενής 57 ετών, υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη, με εμφύτευση του μοσχεύματος στον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Τρεις ημέρες μετεγχειρητικά, η ασθενής παρουσίασε αιφνίδια αιμορραγία και οδηγήθηκε εκτάκτως στο χειρουργείο, όπου διαπιστώθηκε απόρριψη του μοσχεύματος και απαιτήθηκε απολίνωση της αριστερής έξω λαγονίου φλέβας και τοποθέτηση φλεβικού εμβολώματος στην αριστερή έξω λαγονία αρτηρία. Καλλιέργειες αίματος και χειρουργικού πεδίου ανέδειξαν μυκηταιμία από *Candida spp.* Την 7^η μετεγχειρητική ημέρα, νέα αιμορραγία ανέδειξε ρήξη της αριστερής έξω λαγονίου αρτηρίας. Πραγματοποιήθηκε απολίνωση της αρτηρίας και διενέργεια μηρο-μηριαίας παράκαμψης με μόσχευμα PTFE. Πέντε ημέρες μετά, η ασθενής οδηγήθηκε εκτάκτως στο χειρουργείο, λόγω αιμορραγίας από το δεξί μηριαίο τραύμα. Διευηρητικά διαπιστώθηκε λοίμωξη του μοσχεύματος PTFE, το οποίο και αφαιρέθηκε. Ταυτόχρονα, πραγματοποιήθηκαν δύο αγγειοπλαστικές με φλεβικά εμβολώματα, σε αμφότερες τις κοινές μηριαίες αρτηρίες. Ακολούθησε νέο επεισόδιο αιμορραγίας από τη δεξιά μηριαία, μετά από 9 ημέρες, το οποίο αντιμετωπίστηκε ενδαγγειακά, με τοποθέτηση ενός κεκαλυμμένου ενδονάρθηκα (Viabahn 9/100) στην δεξιά κοινή μηριαία αρτηρία. Παρά τις παρεμβάσεις, η ασθενής παρουσίασε εκ νέου αιμορραγία από το τραύμα της δεξιά μηριαίας μια εβδομάδα αργότερα, οδηγώντας σε τελική επέμβαση με δημιουργία λαγονοιγνυακής παράκαμψης δια του θυροειδούς τρήματος με μόσχευμα PTFE και απολίνωση των μηριαίων αγγείων δεξιά. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο από την Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού του Νοσοκομείου μας, χωρίς να εμφανίσει περαιτέρω επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Το περιστατικό αυτό υπογραμμίζει τη βαρύτητα των μυκητιασικών λοιμώξεων σε ασθενείς με αγγειοχειρουργικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα σε ευπαθείς ομάδες ασθενών, όπως οι ασθενείς που υποβάλλονται σε επέμβαση μεταμόσχευσης συμπαγούς οργάνου, καθώς και την ανάγκη για επιθετική αντιμετώπιση των επιπλοκών που συχνά προκύπτουν.

EP07

**ΟΞΕΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝ ΤΡΑΥΜΑ ΑΠΟ ΠΥΡΟΒΟΛΟ ΟΠΛΟ:
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

**Ε. Γεωργιάδη, Ι. Σταματάτος, Α. Γκιουλέκας, Γ. Λαμπρόπουλος, Ε. Πολέντα,
Δ. Λιακόπουλος, Α. Ρογδάκης**

*Β' Χειρουργική Κλινική, Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά
«Ο Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα*

Σκοπός: Η ανάδειξη της σπανιότητας και της σοβαρότητας της οξείας ισχαιμίας κάτω άκρου μετά από διατιτραίνον τραύμα κάτωθεν του ιγνυακού βόθρου, καθώς και η παρουσίαση της χειρουργικής αντιμετώπισης και του μακροχρόνιου αποτελέσματος.

Μέθοδος: Παρουσιάζεται η περίπτωση άρρενος ασθενούς 62 ετών με οξεία ισχαιμία αριστερού κάτω άκρου, συνεπεία διατιτραίνοντος τραύματος από μονήρες βλήμα πυροβόλου όπλου. Η πορεία της σφαίρας προκάλεσε κάταγμα της κεφαλής και του αυχένα της περόνης και πλήρη διατομή της τρίτης μοίρας της ιγνυακής αρτηρίας άμεσα προ του κνημιαίου τριχασμού. Η επείγουσα αγγειογραφία επιβεβαίωσε τη βλάβη με τραυματική θρόμβωση και καθυστερημένη παράπλευρη επαναπλήρωση της οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα επαναγγείωση με μήρο-οπίσθια κνημιαία παράκαμψη, χρησιμοποιώντας ανεστραμμένο μόσχευμα μείζονος σαφηνούς φλέβας από το ετερόπλευρο σκέλος.

Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς πρώιμες ή όψιμες επιπλοκές. Κατά την τακτική παρακολούθηση στους 84 μήνες, το μόσχευμα παραμένει βατό, με πλήρη διατήρηση της αιμάτωσης του άκρου και χωρίς λειτουργικό έλλειμμα.

Συμπέρασμα: Η οξεία ισχαιμία κάτω άκρου από διατιτραίνον τραύμα της ιγνυακής αρτηρίας αποτελεί σπάνια αλλά εξαιρετικά απειλητική για το άκρο κατάσταση. Η άμεση διάγνωση και η επείγουσα χειρουργική επαναγγείωση με αυτόλογο φλεβικό μόσχευμα μπορούν να εξασφαλίσουν άριστα μακροχρόνια αποτελέσματα και αποφυγή ακρωτηριασμού, ακόμη και σε εκτεταμένες αγγειακές κακώσεις.

ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ - ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

**Α. Σ. Μείντανόπουλος, Μ. Θεοδώρου, Μ. Παγκάλου, Π. Μάνδυλας, Ι. Κένταρχος,
Γ. Μοναστηριώτης, Ε. Δουϊτσης**

Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

Εισαγωγή: Οι τραυματικές αγγειακές κακώσεις αποτελούν το 1-4% του συνόλου του τραύματος με συνηθέστερο αίτιο τα τροχαία ατυχήματα ή το ιατρογενές τραύμα (Hornez et al., 2015). Το 50-60% των τραυματικών αγγειακών κακώσεων στα άκρα αφορούν τις μηριαίες και τις ιγνυακές αρτηρίες (Stassen NA. Femoral artery injuries). Οι περιπτώσεις χωρίς οστική συμμετοχή, είναι σπάνιες. Σε περιπτώσεις μη διαθεσιμότητας κέντρου με αγγειοχειρουργό, προτείνεται η χρήση προσωρινής αγγειακής παράκαμψης (temporary vascular shunt) αποκαθιστώντας την αιματική ροή, έως την μετάβαση του σε εξειδικευμένο κέντρο για ολοκληρωμένη αγγειοχειρουργική αντιμετώπιση (Tarhuni et al., 2025).

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με το αγγειακό τραύμα και την διαχείρισή του, καθώς και η παρουσίαση περιστατικού του νοσοκομείου μας που αφορά την κάκωση μηριαίας αρτηρίας.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 40 ετών χρήστης ενδοφλέβιων ουσιών, οροθετικός και HCV (+) διακομίζεται στο ΤΕΠ του νοσοκομείου Κέρκυρας λόγω ανοιχτού τραύματος αριστερής μηροβουβωνικής χώρας από αμβλύ όργανο, σε αιμορραγική καταπληξία. Στο ΤΕΠ, ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά ασταθής, ταχυπνοϊκός, ταχύκαρδος και με ψυχρά άκρα. Τίθεται η υπόνοια τρώσης της αριστερής μηριαίας αρτηρίας. Ο ασθενής τίθεται σε μάσκα μη επανεισπνοής, χορηγούνται κρυσταλλοειδή, τρανεξαμικό οξύ και δύο μονάδες αδιασταύρωτου αίματος ενώ παράλληλα ασκείται άμεση πίεση επί του τραύματος, τίθεται κεντρικός φλεβικός καθετήρας. Λαμβάνονται μέτρα για την αποφυγή υποθερμίας. Πρώτο αέριο (14:19): pH: 7.22, Hb: 10.3g/dl, Lac: 16mmol/l, HCO₃: 6.6mmol/l. Δεύτερο αέριο (14:43): pH: 7.43, Hb: 7.4g/dl, Lac: 13.6mmol/l, HCO₃: 15.1mmol/l. Ο ασθενής μεταφέρεται επείγοντως στο χειρουργείο. Έγινε διερεύνηση του τραύματος όπου ανευρέθη ξένο σώμα (τμήμα βελόνας), η οποία και αφαιρέθηκε. Ανευρέθησαν τα κολοβώματα της μηριαίας, το κεντρικό και το περιφερικό κατ'αντιστοιχεία και απολινώθηκαν με την χρήση δύο αγγειολαβίδων DeBakey Bulldog. Παράλληλα απολινώνονται και παράπλευροι αγγειακοί κλάδοι. Έγινε ναρθηκοποίηση με ηπαρινισμένο καθετήρα τύπου Nelaton N20, προσαρμόστηκε στις διαστάσεις του ελλείμματος και έγινε συρραφή των δύο άκρων αυτού επί των κολοβωμάτων. Μετά το πέρας του χειρουργείου, ο ασθενής μεταφέρεται στην ΜΕΘ, αιμοδυναμικά σταθερός. Την επόμενη ημέρα, ο ασθενής διακομίζεται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο με ικανοποιητική ροή στο αριστερό άκρο όπου υποβλήθηκε σε λαγονομηριαία παράκαμψη. Το άκρο διασώθηκε και ο ασθενής εξήλθε από την ΜΕΘ.

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Η τραυματική κάκωση της μηριαίας αρτηρίας αποτελεί επείγουσα και απειλητική για την ζωή κατάσταση. Επί αιμοδυναμικής αστάθειας ενδείκνυται η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση. Η προσωρινή αγγειακή παράκαμψη μειώνει τον χρόνο ισχαιμίας και επιτρέπει την ασφαλή διακομιδή του ασθενούς.

EP09

**ΕΛΚΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
ΙΓΝΥΑΚΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΑΣ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.**

Α. Παχή, Σ. Γιαννακάκης, Β. Γκάτσος, Κ. Μαλτέζος, Σ. Κερασίδης, Γ. Καστρήσιος, Χ. Μαλτέζος

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΑΤ», Αθήνα

Σκοπός: Η ανάδειξη μιας ιδιαίτερα σπάνιας αγγειακής επιπλοκής των ορθοπεδικών παρεμβάσεων στο γόνατο με όψιμη κλινική εκδήλωση.

Υλικό - Μέθοδοι: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού το οποίο παραπέμφθηκε στη Κλινική μας με μεικτής αιτιολογίας έλκος έξω επιφάνειας αριστερής ποδοκνημικής. Εκ του ιστορικού γνωστή χρονία φλεβική ανεπάρκεια σταδίου C4 και αρθροπλαστική γόνατος προ 19 μηνών.

Αποτελέσματα: Η κλινική εξέταση του ασθενούς ανέδειξε ψηλαφητές σφύξεις μεχρι την ιγνυακή και ισχαιμία κάτωθεν του γόνατος με ABI: 0.5 . Η περαιτέρω απεικονιστική διερεύνηση ανέδειξε σημαντική αρτηριοφλεβική επικοινωνία στο ύψος της ιγνυακής II, προκαλούσα σύνδρομο αρτηριακής υποκλοπής και μικρό ψευδοανεύρυσμα της ιγνυακής αρτηρίας. Ο ασθενής προγραμματίστηκε για ενδαγγειακή αντιμετώπιση με τοποθέτηση ενός αυτοεκπτυσσόμενου stentgraft. Επιτεύχθηκε αποκλεισμός της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας στη τελική αγγειογραφία και αποκατάσταση ψηλαφητών σφύξεων στο άκρο πόδι. Έξοδος με θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή λόγω κολπικής μαρμαρυγής και μονη αντιαιμοπεταλική αγωγή. Επανέλεγχος 6μήνου με βατό ενδομόσχευμα και επούλωση του έλκους.

Συμπεράσματα: Οι αγγειακές επιπλοκές και ιδίως οι συμπτωματικές αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες μετά από προγραμματισμένα ορθοπεδικά χειρουργεία είναι εξαιρετικά σπάνιες κλινικές οντότητες. Οι ενδαγγειακές τεχνικές έχουν θέση σε επιλεγμένα περιστατικά υψηλής χειρουργικής περιπλοκότητας με ικανοποιητικά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα.

EP10

**ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ
ΝΕΥΡΟΪΝΩΜΑΤΩΣΗ ΤΥΠΟΥ 1: ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

**Μ. Σ. Σταθοπούλου¹, Α. Ταμπάκου², Α. Τσιμπούκης², Χ. Παπαγεωργοπούλου²,
Κ. Νικολακόπουλος², Ν. Κρίνος², Ε.-Α. Σερράου¹, Ι. Ελλούλ³, Ε. Κουρέα⁴,
Π. Ζαμπάκης⁵, Σ. Παπαδούλας²**

¹Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

²Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

³Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

⁴Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

⁵Εργαστήριο Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Σπάνιες γενετικές ασθένειες μπορούν να αποτελέσουν αίτιο σαθρότητας των αγγείων του ανθρώπινου σώματος, στο έδαφος της οποίας μπορούν αφ' ενός να εμφανιστούν σπάνιες και πολύπλοκες επιπλοκές, και η οποία αφ' ετέρου δυσχεραίνει την ασφαλή αντιμετώπισή τους με τις συμβατικές μεθόδους. Παρουσιάζουμε ένα κλινικό περιστατικό που αφορά έναν 55χρονο άνδρα με τυπικό φαινότυπο νευροϊνωμάτωσης τύπου 1 ο οποίος προσήλθε σε επείγουσα βάση στο νοσοκομείο μας με ψευδοανεύρυσμα και οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα σε έδαφος αυτόματης απόσπασης της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας από την αορτή κατόπιν άρσης βάρους. Ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε ενδαγγειακά με τοποθέτηση διχαλωτού μοσχεύματος στην υπονεφρική αορτή. Η μετεγχειρητική πορεία του παρόντος ασθενή ήταν ανεπίπλεκτη και στο follow-up. Παρόμοιες περιπτώσεις βρίσκονται σπάνιες στην διεθνή βιβλιογραφία, τις οποίες σχολιάζουμε επίσης εδώ. Η διαχείριση ασθενών με νευροϊνωμάτωση τύπου 1 είναι δυσχερής τόσο με την ανοικτή όσο και την ενδαγγειακή προσέγγιση, με υψηλά ποσοστά επιπλοκών και με δυσχερή πρόγνωση.

EP11

**ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΔΙΧΑΣΜΟΥ ΜΕ ΚΑΛΥΜΜΕΝΟΥΣ
ΕΝΔΟΝΑΡΘΗΚΕΣ (CERIB) ΜΟΝΟ ΜΕ ΜΗΡΙΑΙΑ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ, ΜΕ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑ AFX2 ΓΙΑ
ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΚΟΙΝΗΣ ΛΑΓΟΝΙΟΥ**

**Μ. Πεσματζόγλου, Ν. Κοντοπόδης, Κ. Λιτινας, Ι. Τζαρτζαλου, Γ. Τζουλιαδάκης, Α. Καφετζάκης¹,
Σ. Λιουδάκη, Ε. Τάβλας, Χ. Χρόνης, Α. Λιάμης, Χ. Ιωάννου**

*Αγγειοχειρουργική Κλινική, Μονάδα Θώρακος - Αγγείων - Καρδιάς, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη*

Σκοπός: Η διατήρηση της βατότητας της έσω λαγονίου αρτηρίας κατά τη διάρκεια επεμβάσεων ενδαγγειακής αποκατάστασης ανευρύσματος της κοινής λαγονίου αρτηρίας είναι κρίσιμη για την πρόληψη ισχαιμικών επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένων της χωλότητας των γλουτών και του περινέου και της ισχαιμίας του παχέος εντέρου. Οι ειδικά σχεδιασμένες κλαδωτές συσκευές λαγονίων που κυκλοφορούν μερικές φορές κρίνονται ανατομικά επισφαλείς, ενώ εναλλακτικές τεχνικές συνήθως χρήζουν πρόσβασης και από το άνω άκρο, με τις πιθανές επιπλοκές που αυτό μπορεί να συνοδεύει, συμπεριλαμβανομένου του αιματώματος, της θρόμβωσης, της βλάβης νεύρου και οξέων αγγειακών εγκεφαλικών συμβάντων.

Υλικό - Μέθοδοι: Παρουσιάζεται 76 ετών άρρεν ασθενής με ευμέγεθες [> 40 χιλ] ανεύρυσμα της δεξιάς κοινής λαγονίου αρτηρίας. Στον προεγχειρητικό έλεγχο διαπιστώθηκε βραχεία κοινή λαγονίου αρτηρία [38 χιλ], που καθιστούσε αδύνατη τη χρήση των ανωτέρω κλαδωτών μοσχευμάτων, καθώς και της τεχνικής «καμπάνας» [bell-bottom technique].

Αποτελέσματα: Υπό ραχιαία αναισθησία και αμφοτερόπλευρη διαδερμική πρόσβαση από της κοινές μηριαίες αρτηρίες ο ασθενής υπεβλήθη αρχικά σε ενδοαγγειακή εμφύτευση αορτικού μοσχεύματος AFX-2, με καθήλωση αυτού στον αορτικό διχασμό. Διατηρώντας αποκλειστικά μηριαία πρόσβαση, υποβοηθούμενη με στήριξη με χρήση λάσο από ετερόπλευρο σκέλος και «through-and-through wire», καθιετηριάστηκε η δεξιά έσω λαγονίου αρτηρία. Ακολούθησε ανακατασκευή του λαγονίου διχασμού με εμφύτευση παράλληλων καλυμμένων ενδοπροθέσεων Gore VBX 11x59 χιλ. και 8x59 χιλ. σε δεξιά έσω και έξω λαγονίου αρτηρία, με την τεχνική «kissing stents», με καλή αλληλοεπικάλυψη με το AFX-2 ενδομόσχευμα, και μεταδιαστολή αυτών με μπαλόνι με την τεχνική «kissing balloon», για καλύτερη διάνοξη και σφράγιση των ενδοπροθέσεων. Η επέμβαση στέφθηκε με τεχνική και κλινική επιτυχία και ο ασθενής εξήλθε την δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα, σε καλή γενική κατάσταση, με κατάλληλες οδηγίες για επανεκτίμηση. Ολοκλήρωσε επιτυχώς τον επανέλεγχο του 1-μήνα, που ελέγχεται ικανοποιητική θέση και έκπτυξη των ενδομοσχευμάτων, χωρίς εικόνα ενδοδιαφυγής.

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός αποκλειστικά-μηριαίας-πρόσβασης ανακατασκευής του λαγονίου διχασμού με καλυμμένες ενδοπροθέσεις, με συνδυαστική χρήση του AFX-2 αορτικού ενδομοσχεύματος, προσφέρει μια εναλλακτική, «off-the-self», λύση για διατήρηση ροής σε έσω λαγονίου αρτηρία, σε ανατομικά δύσκολα ανευρύσματα κοινής λαγονίου αρτηρίας, αποφεύγοντας συγχρόνως επιπλοκές πρόσβασης από το άνω άκρο. Η προσέγγιση αυτή αξιοποιεί τις ιδιότητες του unibody σχεδιασμού του αορτικού ενδομοσχεύματος, που στερεώνεται στον αορτικό διχασμό.

EP12

ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΕΝΔΟΔΙΑΦΥΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ FEVAR

**Κ. Τζανής, Ν. Χασεμάκη, Α. Σκοτσιμάρα, Μ. Τσότσιος, Θ. Μανσόλας, Ε. Μήλα,
Α. Κατσαργύρης, Χ. Κλωνάρης**

*Β' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Λαϊκό», Αθήνα*

Σκοπός: Η παρουσίαση της αντιμετώπισης μιας σύνθετης περίπτωσης παρασπλαχνικού ανευρύσματος κοιλιακής αορτής μετά από ενδαγγειακή αντιμετώπιση με FEVAR και με εμμένουσες ενδοδιαφυγές, καθώς και η ανάδειξη του ρόλου του διεγχειρητικού υπερήχου στη διάγνωση μιας ενδοδιαφυγής και στη στοχευμένη ενδαγγειακή αποκατάστασή της.

Υλικό - Μέθοδοι: Άνδρας 73 ετών με παρασπλαχνικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, μέγιστης προσθιοπίσθιας διαμέτρου 5,6cm, αντιμετωπίστηκε αρχικά με FEVAR. Μετά από 4 έτη προσήλθε με σημαντική αύξηση της διαμέτρου του ανευρύσματος σε 11cm και παρουσία ενδοδιαφυγών Ia, Ib και IIIc. Μετά από εκτενή προεγχειρητικό σχεδιασμό αποφασίστηκε εκ νέου ενδαγγειακή αντιμετώπιση με προέκταση κεντρικότερα με TEVAR, προέκταση περιφερικότερα με EVAR και relining των ενδοαρθικών των αγγείων στόχων.

Κατά το follow-up του 1 μήνα διαπιστώθηκε νέα ενδοδιαφυγή IIIc, οπότε οδηγήθηκε εκ νέου στο χειρουργείο για ενδαγγειακή αντιμετώπιση. Παρά την φαινομενικά επιτυχή αποκατάσταση, με νέο relining των ενδοαρθικών των αγγείων στόχων, διεγχειρητικά παρέμεναν ενδείξεις ενδοδιαφυγής ασαφούς προέλευσης, γεγονός που οδήγησε στη διεγχειρητική χρήση διακοιλιακού υπερήχου για την ακριβή εντόπισή της και εν τέλει την επιτυχή αντιμετώπισή της.

Αποτελέσματα: Ο διεγχειρητικός υπέρηχος ανέδειξε με ακρίβεια το σημείο της εμμένουσας ενδοδιαφυγής, επιτρέποντας την στοχευμένη ενδαγγειακή επιδιόρθωση. Η τελική αγγειογραφία επιβεβαίωσε την επιτυχή αποκατάσταση. Ο ασθενής παραμένει σε παρακολούθηση ασυμπτωματικός και χωρίς ενδείξεις ενδοδιαφυγής ή περαιτέρω αύξησης του ανευρύσματος.

Συμπεράσματα: Ο διεγχειρητικός υπέρηχος αποτελεί πολύτιμο συμπληρωματικό εργαλείο στον εντοπισμό και αντιμετώπιση πολύπλοκων και εμμένουσών ενδοδιαφυγών μετά από FEVAR, ιδιαίτερα όταν η κλασική αγγειογραφία δεν επαρκεί για τον εντοπισμό της ενδοδιαφυγής. Η χρήση εξειδικευμένων ενδαγγειακών τεχνικών μπορεί να επιτρέψει την επιτυχή και ασφαλή αντιμετώπιση ακόμη και εξαιρετικά σύνθετων περιστατικών.

EP13

**ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΟΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΜΥΚΩΤΙΚΟΥ
ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ι. Κοντές, Β. Μανάκη, Ι. Πατσαρίκας, Ν. Λάμπρου, Α. Γιαννόπουλος, Κ. Κτενίδης

*Αγγειοχειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη*

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ενδαγγειακής αντιμετώπισης αορτοβρογχικού συριγγίου σε έδαφος μυκωτικού ανευρύσματος από την κλινική μας και η συζήτηση για τη σημασία της μεθόδου σε αυτά τα περιστατικά.

Υλικό-Μέθοδοι: Έγινε αναζήτηση στο αρχείο της κλινικής και ανασύρθηκαν δεδομένα για το ιστορικό, την πορεία νόσου και την αντιμετώπιση της ασθενούς. Επίσης έγινε αναζήτηση στη βιβλιογραφία για δεδομένα σχετικά με την αντιμετώπιση παρόμοιων περιστατικών.

Αποτελέσματα: Πρόκειται για ασθενή θήλυ, 82 ετών, που διακομίσθηκε στην κλινική μας από νοσοκομείο της περιφέρειας λόγω αιμόπτυσης και παρουσίας ευμεγέθους σακκοειδούς ανευρύσματος κατιούσας θωρακικής αορτής. Η ασθενής υποβλήθηκε εκτάκτως σε ενδαγγειακή αντιμετώπιση με τοποθέτηση θωρακικού ενδομοσχεύματος. Άμεσα μετεγχειρητικά εμφάνισε εμπύρετο και οι αιμοκαλλιέργειες που λήφθηκαν ήταν θετικές για μικροοργανισμό της οικογένειας *Salmonella*, κατάσταση που αντιμετωπίστηκε με δόκιμη αντιβιοτική αγωγή. Σταδιακά η αιμόπτυση και το εμπύρετο υποχώρησαν και η ασθενής έλαβε εξιτήριο με οδηγίες για μακροχρόνια αντιβιοτική αγωγή.

Συμπεράσματα: Σε παρουσία σακκοειδών ανευρυσμάτων στην αορτή πρέπει να διερευνάται η πιθανότητα μυκωτικού ανευρύσματος. Η βακτηριαμία είναι ένας μείζων παράγοντας κινδύνου για δημιουργία μυκωτικού ανευρύσματος και η *Salmonella* είναι από τους πιο συχνούς υπεύθυνους μικροοργανισμούς. Η σύγχρονη παρουσία αιμόπτυσης και ανευρύσματος θωρακικής αορτής πρέπει να θέτει την υποψία αορτοβρογχικού συριγγίου. Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων αποτελεί μια πολύ καλή προσωρινή λύση μέχρι τη σταθεροποίηση του ασθενούς και την οριστική του θεραπεία, αλλά μπορεί να και εφαρμοστεί ως μόνιμη επιλογή αντιμετώπισης σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

EP14

**ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ
ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΜΗΔΕΝΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΙΩΔΙΟΥΧΟΥ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

**Κ. Τζήμακας-Δακής¹, Γ. Κούβελος¹, Κ. Σπανός¹, Α. Μπουζιά², Α. Μπαρμπάτης¹,
Ε. Αρναούτογλου², Μ. Ματσάγκας¹**

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

²Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Μη αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) που υποβάλλονται σε ενδοαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ) βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας, κυρίως λόγω της χρήσης ιωδιούχου σκιαγραφικού. Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανάδειξη δύο περιστατικών ενδοαγγειακής αποκατάστασης ΑΚΑ όπου η διερεύνηση, αποκατάσταση και παρακολούθηση διενεργήθηκαν χωρίς ιωδιούχο σκιαγραφικό.

Μεθοδολογία: Δύο ασθενείς με ιστορικό ΧΝΑ 4^{ου} σταδίου (eGFR: 25-30 mL/min/1.73m²) υπεβλήθησαν σε ενδοαγγειακή αποκατάσταση ΑΚΑ με διχαλωτό ενδομόσχευμα (Ιανουάριος 2026). Ο προεγχειρητικός σχεδιασμός πραγματοποιήθηκε με χρήση υπερηχογραφήματος της κοιλιακής αορτής και των λαγονίων αρτηριών και αξονικής τομογραφίας χωρίς χρήση σκιαγραφικού. Οι επεμβάσεις σχεδιάστηκαν για να ολοκληρωθούν εξ'ολοκλήρου με χρήση CO² και η μετεγχειρητική παρακολούθηση με υπερηχογράφημα κοιλιακής αορτής και λαγονίων αρτηριών από έμπειρο απεικονιστή.

Αποτελέσματα: Ο πρώτος ασθενής (άνδρας, 65 ετών) με ιστορικό ΑΚΑ (4.2εκ) και ανευρύσματος της έσω λαγονίου αρτηρίας (3.2εκ) υποβλήθηκε σε ενδοαγγειακή αποκατάσταση με ενδομόσχευμα Incraft (Endologix LLC, California, USA) και τεχνική ανακατασκευής του διχασμού κοινής (CERIB) και έσω λαγονίου (CERIB) αρτηρίας. Ο δεύτερος ασθενής (άνδρας, 73 ετών) με ιστορικό ΑΚΑ 5εκ. με ταχεία αύξηση της διαμέτρου (>1εκ εντός 12 μηνών) υποβλήθηκε σε ενδοαγγειακή αποκατάσταση με ενδομόσχευμα AFX II (Endologix LLC, California, USA). Διεγχειρητικά, οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν εξ'ολοκλήρου με χρήση CO² (Angiodroid, Bologna, Italy), χωρίς ιωδιούχο σκιαγραφικό. Και στους δύο ασθενείς επιτεύχθηκε πλήρης αποκλεισμός των ανευρυσμάτων, χωρίς εικόνα ενδοδιαφυγής. Μετεγχειρητικά, δεν αναγνωρίστηκε επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος στις 30 ημέρες ανέδειξε βατά ενδομοσχεύματα, χωρίς ενδοδιαφυγή.

Συμπέρασμα: Η αντιμετώπιση ασθενών με ΧΝΑ και ΑΚΑ χωρίς χρήση ιωδιούχου σκιαγραφικού δύναται να πραγματοποιηθεί με ενδεδειγμένο προεγχειρητικό σχεδιασμό, συγκεκριμένο διεγχειρητικό πλάνο με χρήση αγγειογραφίας με CO² και μετεγχειρητικής παρακολούθησης με υπερηχογράφημα.

EP15

**ΣΤΑΔΙΑΚΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΑΝΕΦΡΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ
ΑΟΡΤΗΣ ΜΕ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑ LIFETECH G-BRANCH**

**Φ. Σπανός, Α. Υφαντής, Γ. Πλάκας, Π. Γεωργίου, Α. Βασιλείου, Χ. Πίτρος, Α. Ρόκου,
Κ. Αντωνόπουλος, Γ. Σφυρόερας, Κ. Μουλακάκης, Α. Λάζαρης, Ι. Κακίσης**

*Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα*

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας της κλινικής μας στη σταδιακή ενδαγγειακή αντιμετώπιση παρανεφρικού ανευρύσματος κοιλιακής αορτής με κλαδωτό ενδομόσχευμα Lifetech G-Branch, καθώς και η διαχείριση των επακόλουθων επιπλοκών.

Υλικό - Μέθοδοι: Πρόκειται για άνδρα, 73 ετών με παρανεφρικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής ο οποίος υποβλήθηκε σε ενδαγγειακή αποκατάσταση με κλαδωτό ενδομόσχευμα Lifetech G-Branch (με εσωτερικούς κλάδους για την κοιλιακή και την άνω μεσεντέριο αρτηρία και εξωτερικούς κλάδους για τις νεφρικές αρτηρίες). Ένα μήνα αργότερα, πραγματοποιήθηκε συμπληρωματική παρέμβαση με τοποθέτηση του αριστερού σκέλους. Στον πρώτο μετεγχειρητικό απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε ενδοδιαφυγή τύπου IIIc, λόγω απόσπασης μεταξύ των δύο ενδοπροθέσεων της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Αρχικά, επιχειρήθηκε ενδαγγειακή αποκατάσταση με καθετηριασμό των ενδοπροθέσεων της άνω μεσεντερίου αρτηρίας μέσω της αριστερής βραχιόνιας αρτηρίας, η οποία δεν κατέστη δυνατή λόγω αποτυχίας καθετηριασμού της περιφερικής ενδοπρόθεσης. Στη συνέχεια εφαρμόστηκε υβριδική προσέγγιση με συνδυασμό ενδαγγειακού καθετηριασμού από τη βραχιόνια αρτηρία και ανοικτής χειρουργικής παρασκευής της άνω μεσεντερίου αρτηρίας με παλίνδρομο καθετηριασμό της.

Αποτελέσματα: Η υβριδική επέμβαση ολοκληρώθηκε με τεχνική επιτυχία και πλήρη αποκατάσταση της ενδοδιαφυγής. Η μετεγχειρητική πορεία επιπλέχθηκε από αμφοτερόπλευρη παραπάρεση των κάτω άκρων, αποδιδόμενη σε ισχαιμία του νωτιαίου μυελού. Η αντιμετώπιση ήταν άμεση, με διατήρηση υψηλής μέσης αρτηριακής πίεσης και τοποθέτηση παροχέτευσης εγκεφαλονωτιαίου υγρού, με πλήρη νευρολογική αποκατάσταση. Ο ασθενής εξήλθε την 5η μετεγχειρητική ημέρα, πλήρως περιπατητικός.

Συμπεράσματα: Η ενδαγγειακή αποκατάσταση παρανεφρικών ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής με κλαδωτά ενδομοσχεύματα αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή, ωστόσο μπορεί να συνοδεύεται από σύνθετες επιπλοκές που απαιτούν επαναληπτικές ή υβριδικές παρεμβάσεις. Η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση, πολυπαραγοντική αντιμετώπιση είναι καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη ευνοϊκού κλινικού αποτελέσματος.

EP16

ΟΤΑΝ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΕΣΑΙ ΟΤΙ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΕΙΧΕΣ ΕΜΒΟΛΙΣΕΙ ΤΗΝ ΕΣΩ ΛΑΓΟΝΙΟ ΑΡΤΗΡΙΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΠΡΟΕΚΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΞΩ ΛΑΓΟΝΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΞΟΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΟΝ 1Ο ΜΗΝΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ STANDARD EVAR, ΤΟΤΕ ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΤΙ ΕΧΕΙ ΠΑΕΙ ΣΤΡΑΒΑ!

**Κ. Σερέτης, Κ. Νάκας, Ν. Γιαννακόπουλος, Σ. Τζαμτζίδου, Δ. Μάνου, Β. Παπαιωάννου,
Π. Τσιαντούλα, Κ. Ροδίτης, Ν. Μπέσινας, Θ. Παπάς**

Αγγειοχειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» - Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.), Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση και ανάλυση ενός σύνθετου περιστατικού ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ) με ανευρυσματική δεξιά κοινή λαγόνιο αρτηρία μικρού μήκους, στο οποίο η ενδαγγειακή αποκατάσταση (EVAR) χωρίς προεγχειρητικό εμβολισμό της σύστοιχης έσω λαγονίου οδήγησε σε ενδοδιαφυγή τύπου II και τελικά σε ανάγκη ανοιχτής χειρουργικής αποκατάστασης.

Υλικό - Μέθοδοι: Ασθενής με ΑΚΑ και ανευρυσματική δεξιά κοινή λαγόνιο αρτηρία περιορισμένου μήκους υποβλήθηκε σε EVAR με προέκταση του δεξιού σκέλους του μοσχεύματος στην έξω λαγόνιο αρτηρία, χωρίς να προηγηθεί εμβολισμός της δεξιάς έσω λαγονίου αρτηρίας. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση περιλάμβανε αξονική αγγειογραφία έναν μήνα μετά την επέμβαση και τακτικό απεικονιστικό επανέλεγχο.

Αποτελέσματα: Κατά την αξονική αγγειογραφία επανελέγχου έναν μήνα μετά την επέμβαση διαπιστώθηκε ενδοδιαφυγή τύπου II, οφειλόμενη σε παλίνδρομη ροή από τη δεξιά έσω λαγόνιο αρτηρία καθώς και από την κάτω μεσεντέριο αρτηρία προς τον σάκο του ανευρύσματος. Στην περαιτέρω παρακολούθηση καταγράφηκε προοδευτική αύξηση της διαμέτρου του σάκου του ανευρύσματος. Λόγω της εμμένουσας ενδοδιαφυγής και της αύξησης του ανευρυσματικού σάκου, αποφασίστηκε ανοιχτή χειρουργική επέμβαση με απολίνωση των αγγείων που συμμετείχαν στην ενδοδιαφυγή, επιτυγχάνοντας οριστική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Συμπεράσματα: Το παρουσιαζόμενο περιστατικό αναδεικνύει τις δυσκολίες στη λήψη αποφάσεων σε οριακές (borderline) ανατομικές περιπτώσεις, όπου οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν είναι απολύτως σαφείς. Η μη πλήρης συμμόρφωση με τις ισχύουσες συστάσεις σχετικά με τη διαχείριση της έσω λαγονίου αρτηρίας κατά το EVAR μπορεί να οδηγήσει σε δυσεπίλυτες επιπλοκές, όπως εμμένουσα ενδοδιαφυγή τύπου II της έσω λαγονίου. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ιδίως όταν αυτές συνοδεύονται από αύξηση του ΑΚΑ κατά την περίοδο παρακολούθησης, η ανοιχτή χειρουργική επέμβαση παραμένει η μόνη θεραπευτική επιλογή που εξασφαλίζει οριστική λύση.

ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΥΠΙΚΗ Η ΣΥΝΘΕΤΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ: ΣΕΙΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Α. Βασιλείου¹, Δ. Νίκας², Κ. Καραθάνου³, Μ. Περούλης³, Ε. Αλεξίου³

¹Αγγειοχειρουργική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

²Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η απόφραξη της νεφρικής αρτηρίας (Renal Artery Occlusion, RAO) μετά από τυπική ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος (EVAR) ή μετά από σύνθετες τεχνικές με θυριδωτές/κλαδωτές προθέσεις (F/B-EVAR) αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά καταστροφική επιπλοκή, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμη νεφρική βλάβη. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση τεσσάρων περιστατικών από το κέντρο μας και η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, με στόχο την ποσοτικοποίηση της αποτελεσματικότητας της καθυστερημένης (>24 ώρες) επαναιμάτωσης και της πιθανότητας νεφρικής αποκατάστασης.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση τεσσάρων περιστατικών RAO μετά από EVAR/F-B EVAR. Παράλληλα διενεργήθηκε συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας για μελέτες (αναφορές περιστατικών, σειρές περιστατικών, κοόρτες) που περιέγραφαν καθυστερημένη επαναιμάτωση μετά από EVAR/F/B-EVAR. Καταγράφηκαν ο σχεδιασμός της μελέτης, ο αριθμός ασθενών/στοχευόμενων αγγείων, ο χρόνος από την αρχική επέμβαση έως τη διάγνωση, η διάρκεια ισχαιμίας, οι τεχνικές επαναιμάτωσης, η τεχνική επιτυχία, η νεφρική λειτουργική αποκατάσταση και η ανάγκη αιμοκάθαρσης.

Αποτελέσματα: Συνολικά 10 δημοσιεύσεις πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, περιλαμβάνοντας 63 ασθενείς και 75 στοχευόμενα αγγεία με καθυστερημένη διάγνωση και προσπάθεια διάσωσης. Σε σύνθετες αποκαταστάσεις, πολυκεντρικό μητρώο ανέφερε 38 ασθενείς/46 αγγεία, με διάμεσο χρόνο 7 μήνες (IQR 0-14) έως τη διάγνωση RAO και διάμεση διάρκεια ισχαιμίας 27,5 ώρες (εύρος 4-720). Η τεχνική επιτυχία ανήλθε στο 95,7% (44/46), κυρίως με θρομβοαναρρόφηση και επανεπένδυση με επικαλυμμένο stent (52,6%) ή επανεπένδυση μόνο (36,8%). Συνολικά 36,8% παρουσίασαν βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας, ενώ από τους 14 ασθενείς με αμφοτερόπλευρη RAO ή μονήρη νεφρό, οι 9 διέκοψαν την αιμοκάθαρση. Μονοκεντρική σειρά περιέλαβε 7 ασθενείς/9 RAO (διάμεσος χρόνος 10 μήνες έως RAO, ισχαιμία 24 ώρες [7-168]) με 100% τεχνική επιτυχία, παροδική αιμοκάθαρση σε 4/7, χωρίς μόνιμη εξάρτηση, και διατηρημένη βατότητα όλων των αγγείων στη μέση παρακολούθηση 10,3 μηνών· η θνητότητα 30 ημερών ήταν 1/7. Μετά από τυπικό EVAR (οι υπόλοιποι ασθενείς από αναφορές περιστατικών), οι συχνότεροι μηχανισμοί ήταν μη αναγνωρισμένη μερική κάλυψη του νεφρικού στομίου ή εγγύς μετανάστευση της πρόθεσης. Η διάσωση περιλάμβανε στομιακή τοποθέτηση stent, τεχνική chimney ή εξωανατομική παράκαμψη/αυτομεταμόσχευση, με συχνή λειτουργική αποκατάσταση ακόμη και μετά από καθυστέρηση πολλών ημερών.

Συμπεράσματα: Σε 63 ασθενείς/75 αγγεία, η καθυστερημένη επαναιμάτωση μετά από σύνθετες αποκαταστάσεις παρουσίασε υψηλά ποσοστά τεχνικής επιτυχίας (~96%) και κλινικά σημαντική ανάκαμψη της νεφρικής λειτουργίας. Μετά από τυπικό EVAR, η RAO λόγω στομιακής κάλυψης ή μετανάστευσης συχνά αναστράφηκε με στοχευμένη ενδαγγειακή ή χειρουργική διάσωση. Μια στρατηγική «endovascular-first», προσαρμοσμένη στην ανατομία, φαίνεται δικαιολογημένη ακόμη και πέραν των 24 ωρών ισχαιμίας.

EP18

**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΑΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ
ΜΕ ΣΟΒΑΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΑΟΡΤΟΛΑΓΟΝΙΑ ΝΟΣΟ.**

**Η. Δουκόγιαννη, Σ. Γιαννακάκης, Κ. Μαλτέζος, Α. Χαβελές, Γ. Καστρήσιος,
Α. Παπαπέτρου, Χ. Μαλτέζος**

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΑΤ», Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με σακοειδές ανεύρυσμα θωρακικής αορτής ζώνης 3 και συνοδό εκτεταμένη αποφρακτική νόσο λαγονίων αρτηριών, της διαδικασίας λήψης θεραπευτικών αποφάσεων και του ρόλου της υβριδικής προσέγγισης στη διαχείριση σύνθετης αγγειακής νόσου.

Υλικό - Μέθοδος: Άρρεν 72 ετών προσήλθε με συμπτωματολογία διαλείπουσας χωλότητας. Αναφέρεται ιστορικό αγγειοπλαστικής δεξιού λαγόνιου άξονα και κατόπιν μηρομηριαίας παράκαμψης λόγω επαναστένωσης. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε απόφραξη του δεξιού λαγόνιου άξονα, υψηλόβαθμη στένωση της αριστερής έξω λαγόνιας αρτηρίας, θρομβωθείσα μηρομηριαία παράκαμψη καθώς και σακοειδές ανεύρυσμα θωρακικής αορτής ζώνης 3.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής υποβλήθηκε σε υβριδική επέμβαση που περιλάμβανε δεξιά αορτομηριαία παράκαμψη προς την εν τω βάθει μηριαία αρτηρία με συνθετικό μόσχευμα Dacron και αριστερή καρωτιδοϋποκλείδια παράκαμψη με συνθετικό μόσχευμα PTFE. Ακολούθως, μέσω του σκέλους του αορτομηριαίου μοσχεύματος, πραγματοποιήθηκε ενδαγγειακή αποκατάσταση του ανευρύσματος με ενδομόσχευμα Gore TAG Conformable Thoracic Stent Graft, με ταυτόχρονο αποκλεισμό της έκφυσης της αριστερής υποκλείδιου αρτηρίας με Vascular Plug (Lifetech). Η χειρουργική αντιμετώπιση ήταν επιτυχής, με ομαλή ανάνηψη του ασθενούς και φυσιολογική νευρολογική εικόνα. Δεν υπήρξαν μείζονες επιπλοκές. Η νοσηλεία παρατάθηκε στις 14 ημέρες λόγω λεμφόρροιας τραύματος. Στον επανέλεγχο ενός μηνός με αξονική αγγειογραφία δεν παρατηρήθηκε ενδοδιαφυγή, ενώ τόσο η καρωτιδοϋποκλείδια όσο και η αορτομηριαία παράκαμψη απεικονίστηκαν βατές.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων της θωρακικής αορτής μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα απαιτητική, ιδίως σε ασθενείς με δύσκολη αγγειακή πρόσβαση. Σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου, η υβριδική προσέγγιση αποτελεί σημαντική θεραπευτική εναλλακτική έναντι της αποκλειστικά ενδαγγειακής αποκατάστασης, παρουσιάζοντας ικανοποιητικά αποτελέσματα.

EP19

ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Κ. Σιδηροπούλου, Κ. Τιγκιρόπουλος, Γ. Χατζηαντωνίου, Α. Αποστόλου, Κ. Σταυρίδης,
Χ. Αναστασιάδου, Δ. Καραμάνος, Ι. Λαζαρίδης, Ν. Σαρατζής**

*Α Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο
«Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη*

Σκοπός: Ο αυτόματος διαχωρισμός της υποκλειδίου αρτηρίας αποτελεί σπάνια αγγειακή πάθηση με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, από ασυμπτωματικές μορφές έως σοβαρά νευρολογικά συμβάματα ή ισχαιμία άνω άκρου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση περιστατικού αυτόματου διαχωρισμού υποκλειδίου αρτηρίας σε ασθενή με οξεία ισχαιμία άνω άκρου, το οποίο αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Ταυτόχρονα πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αντιμετώπιση της σπάνιας αυτής πάθησης.

Υλικό-Μέθοδοι: Ασθενής 59 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με άλγος αριστερού άνω άκρου από 2 ωρών, ήπιες κινητικές και αισθητικές διαταραχές και μη ψηλαφητές σφύξεις. Ο έλεγχος με έγχρωμο υπερηχογράφημα duplex και CT αγγειογραφία άνω άκρου, ανέδειξε διαχωρισμό στην έκφυση της αριστερής υποκλειδίας αρτηρίας με επέκταση έως τη μασχαλιαία αρτηρία και διαταραχή της περιφερικής αιμάτωσης. Ο ασθενής έλαβε αρχικά ενδοφλέβια μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη και στη συνέχεια θεραπευτική δόση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους.

Αποτελέσματα: Μετά την έναρξη της αντιπηκτικής αγωγής παρατηρήθηκε σταδιακή βελτίωση της αιμάτωσης του άνω άκρου και αποκατάσταση των σφύξεων, χωρίς την ανάγκη χειρουργικής παρέμβασης. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ανευρέθησαν συνολικά 18 δημοσιευμένες αναφορές περιστατικών, οι οποίες παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια τόσο στην συμπτωματολογία όσο και στις θεραπευτικές στρατηγικές.

Συμπεράσματα: Ο αυτόματος διαχωρισμός της υποκλειδίου αρτηρίας αποτελεί μια σπάνια αγγειακή οντότητα, στη διάγνωση της οποίας σημαντικό ρόλο έχει η αξονική αγγειογραφία σε συνάρτηση με την κλινική εξέταση. Δεδομένου του μικρού αριθμού ασθενών στην παγκόσμια βιβλιογραφία και την απουσία επίσημων κατευθυντήριων οδηγιών, η θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να εξατομικεύεται βάσει της κλινικής εικόνας και των απεικονιστικών ευρημάτων του κάθε ασθενούς.

EP20

ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΤΥΠΟΥ Β ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟΚΛΑΔΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ (CASTOR)

N. Γιαννακόπουλος, Σ. Τζάμτζιδου, Κ. Νάκας, Δ. Μάνου, Π. Τσιαντούλα, Β. Παπαϊωάννου, Κ. Σερέτης, Κ. Ροδίτης, Θ. Παπάς

Αγγειοχειρουργική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο - Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός», Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση της διαχείρισης μιας σύμπλοκης περίπτωσης συμπτωματικού διαχωρισμού αορτής τύπου Β σε ασθενή με ιστορικό καρκίνου μαστού. Η περίπτωση αναδεικνύει την αποτελεσματικότητα των μονοκλαδικών ενδομοσχευμάτων σε βραχείς κεντρικούς αυχένες και τη διαχείριση των επιπλοκών αιμάτωσης των άκρων που προκύπτουν από τη θρόμβωση του ψευδούς αυλού.

Υλικό - Μέθοδοι: Ασθενής θήλυ, 57 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και καρκίνου μαστού, προσήλθε με συμπτωματικό διαχωρισμό τύπου Β. Η απεικόνιση ανέδειξε ανεπαρκή κεντρική ζώνη προσγγείωσης (<2cm από την αριστερή υποκλείδιο - LSA) και ανατομική ιδιαιτερότητα όπου τα σπλάχνα αιματώνονταν από τον αληθή αυλό, ενώ η δεξιά λαγόνιος αρτηρία τροφοδοτούνταν από τον ψευδή αυλό. Αποφασίστηκε η εμφύτευση του μονοκλαδικού ενδομοσχεύματος Castor (MicroPort/Lombard Medical) στη Ζώνη 2 για την επέκταση της ζώνης με ταυτόχρονη διατήρηση της LSA.

Αποτελέσματα: Η τοποθέτηση του ενδομοσχεύματος Castor 36-30-200mm ήταν τεχνικά επιτυχής, επιτυγχάνοντας τον αποκλεισμό της κεντρικής ρήξης και τη διατήρηση της βατότητας της LSA. Μετεγχειρητικά, λόγω της επιτυχούς αποσυμπίεσης και θρόμβωσης του ψευδούς αυλού, μειώθηκε η παροχή αίματος προς τη δεξιά λαγόνιο αρτηρία (η οποία εξαρτώταν από τον ψευδή αυλό). Κλινικά, αυτό εκδηλώθηκε ως διαλείπουσα χωλότητα δεξιού κάτω άκρου και όχι ως οξεία απειλητική ισχαιμία. Το πρόβλημα αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με τη διενέργεια αριστερής-δεξιάς μηρο-μηριαίας παράκαμψης (cross-over) με χρήση μοσχεύματος PTFE 6mm, αποκαθιστώντας πλήρως την αιμάτωση του σκέλους.

Συμπεράσματα: Η χρήση μονοκλαδικών μοσχευμάτων (Castor) αποτελεί δόκιμη επιλογή για την αντιμετώπιση διαχωρισμών με βραχύ αυχένα, αποφεύγοντας παρακαμπτήριες επεμβάσεις στον τράχηλο. Ωστόσο, σε περιπτώσεις εξάρτησης περιφερικών αγγείων από τον ψευδή αυλό, η επιτυχής θρόμβωση αυτού μπορεί να οδηγήσει σε αιμοδυναμική ανεπάρκεια (χωλότητα). Η επαγρύπνηση για τέτοιες επιπλοκές και η έγκαιρη υβριδική παρέμβαση μηρο-μηριαία παράκαμψη διασφαλίζουν το βέλτιστο κλινικό αποτέλεσμα.

EP21

**ΟΞΕΙΑ ΛΑΓΟΝΟΜΗΡΙΑΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΜΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΗ: ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΕΝΔΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ**

Σ. Τραχανέλλης¹, Ε. Σαχιτζή², Φ. Μαρκάτης¹

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, Θεραπευτήριο Μετροπόλιταν

²Αναισθησιολογικό Τμήμα, Θεραπευτήριο Μετροπόλιταν

Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιου περιστατικού οξείας λαγονομηριαίας θρόμβωσης σε υπερήλικα ασθενή, η οποία εκδηλώθηκε με παράλυση κάτω άκρων, και η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της ενδαρτηριακής θρομβόλυσης ως θεραπευτικής επιλογής ακόμη και σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 91 ετών με ιστορικό θρομβοπενίας υπό διερεύνηση και κοιλιακής μαρμαρυγής προσήλθε στο Θεραπευτήριο Μετροπόλιταν με αιφνίδια εγκατεστημένη παράλυση των κάτω άκρων διάρκειας διημέρου. Ο αγγειογραφικός έλεγχος ανέδειξε έλλειμμα σκιαγράφησης των λαγονίων και μηριαίων αρτηριών αμφοτερόπλευρα. Αποφασίσθηκε επείγουσα ενδαρτηριακή θρομβόλυση με χρήση ανασυνδυασμένου ενεργοποιητή πλασμινογόνου (rTPA), ακολουθούμενη από αγγειοπλαστική των υπολειμματικών στενώσεων με μπαλόνι.

Αποτελέσματα: Επετεύχθη ικανοποιητική αποκατάσταση της αιμάτωσης των κάτω άκρων χωρίς άμεσες αιμορραγικές ή άλλες επιπλοκές. Η ασθενής εξήλθε μετά από τρεις ημέρες νοσηλείας με υπολειμματικό κινητικό έλλειμμα, το οποίο παρουσίασε σταδιακή βελτίωση και πλήρη λειτουργική αποκατάσταση εντός του επόμενου μηνός.

Συμπεράσματα: Η ενδαρτηριακή θρομβόλυση αποτελεί αποτελεσματική και ασφαλή θεραπευτική επιλογή σε επιλεγμένα περιστατικά οξείας λαγονομηριαίας θρόμβωσης, ακόμη και σε υπερήλικες ασθενείς με συνοδά νοσήματα, προσφέροντας σημαντική κλινική και λειτουργική αποκατάσταση.

EP22

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΟΠΙΣΘΟΑΟΡΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

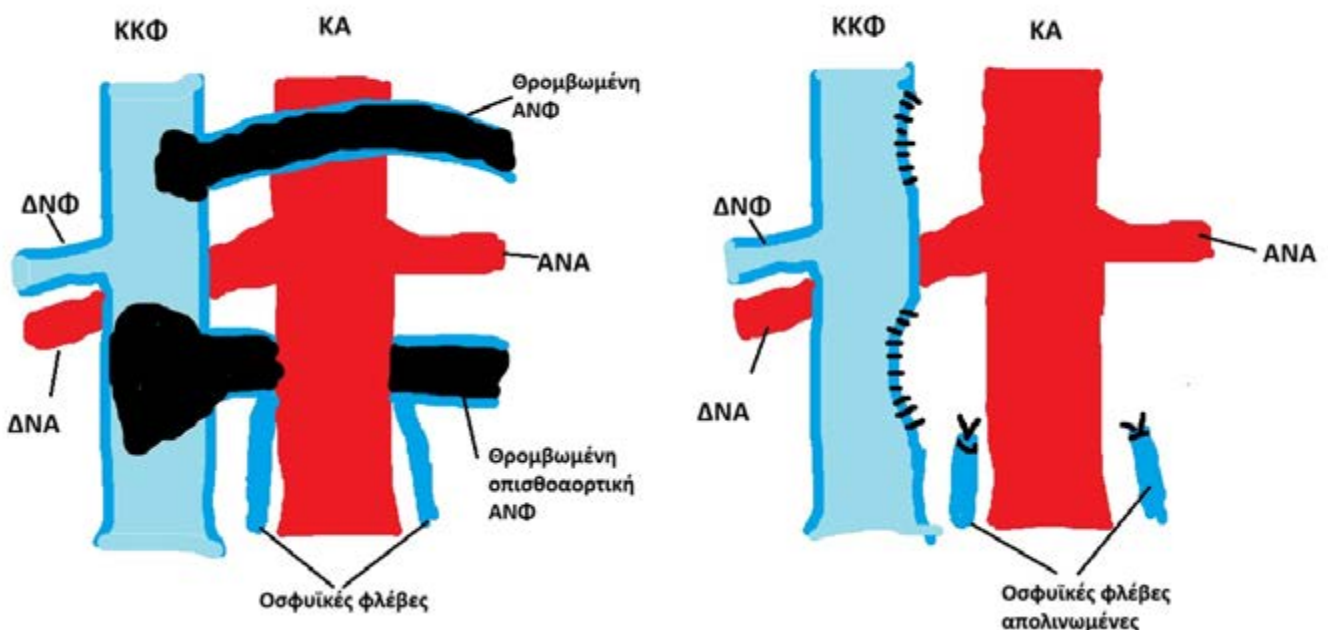
Ν. Ιντζές, Α. Εμμανουήλ, Ν. Μέμος, Ι. Μανουράς, Α. Μέξη, Ε. Κίτσου, Ε. Κουρούκλη, Γ. Γαλύφος

Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Σκοπός: Η θρόμβωση οπισθοαορτικής νεφρικής φλέβας με επέκταση στην κάτω κοίλη φλέβα σε ασθενή με καρκίνο αριστερού νεφρού είναι αρκετά σπάνια και αυξάνει την τεχνική δυσκολία της ογκολογικής νεφρεκτομής. Σκοπός είναι να παρουσιάσουμε την περίπτωση ενός τέτοιου ασθενούς που αντιμετωπίστηκε στο τμήμα μας και χρειάστηκε η συμβολή αγγειοχειρουργού.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής ετών 73, διαγνώστηκε με καρκίνο αριστερού νεφρού, για τον οποίο έπρεπε να υποβληθεί σε νεφρεκτομή. Ο αριστερός νεφρός εμφάνιζε διπλή νεφρική φλέβα, μία φλέβα που πορευόταν προσθίως της κοιλιακής αορτής και μία δεύτερη οπισθοαορτική φλέβα. Και οι δύο φλέβες ήταν πλήρως θρομβωμένες με θρόμβο να προβάλλει εντός της κάτω κοίλης φλέβας. Μετά από μέση τομή, κινητοποιήθηκε το έντερο και από δεξιά και από αριστερά. Ακολούθησε Π. όλου του μήκους της υπηπατικής κάτω κοίλης φλέβας και της αντίστοιχης κοιλιακής αορτής μετά των κλάδων τους. Ακολούθησε εκτομή και αφαίρεση των νεφρικών φλεβών και των θρόμβων σε ογκολογικό πλάνο, καθώς και επιμήκη συρραφή της κάτω κοίλης φλέβας στα σημεία εκτομής. (Εικόνα) Ο ασθενής μεταφέρθηκε στη μονάδα αυξημένης φροντίδας διασωληνωμένος και ακολούθησε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Αποσωληνώθηκε τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπερασματικά: Η συνύπαρξη θρόμβωσης οπισθοαορτικής νεφρικής φλέβας σε ασθενή με καρκίνο αριστερού νεφρού είναι σπάνια και αυξάνει τη δυσκολία της νεφρεκτομής σε ογκολογικό πλάνο. Είναι αναγκαία η συμβολή αγγειοχειρουργού για την Π. και εκτομή των μείζονων αγγείων, ειδικά όταν η θρόμβωση εκτείνεται εντός της κάτω κοίλης φλέβας και μπορεί να χρειάζεται αγγειακή ανακατασκευή.



EP23

**ΟΞΕΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΞΕΙΑ ΛΑΓΟΝΟΜΗΡΙΑΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΟΥ
ΣΥΣΤΟΙΧΟΥ ΑΚΡΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

**Κ. Τζανής, Μ. Τσότσιος, Θ. Μανσόλας, Η. Αυγερινός, Α. Σκοτσιμάρα, Ασημάκης Γκρεμούτης,
Ευθύμιος Αυγερινός, Χ. Κλωνάρης**

*Β' Αγγειοχειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Λαϊκό», Αθήνα*

Σκοπός: Η σύγχρονη εμφάνιση οξείας αρτηριακής θρόμβωσης και εκτεταμένης εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης στο σύστοιχο άκρο αποτελεί εξαιρετικά σπάνια κλινική οντότητα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και η αντιμετώπιση μιας τέτοιας περίπτωσης, με συνδυασμό ανοικτής χειρουργικής και ενδαγγειακής προσέγγισης.

Υλικό - Μέθοδοι: Άνδρας 48 ετών καπνιστής και με ελεύθερο λοιπό ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε με εκσεσημασμένο οίδημα αριστερού κάτω άκρου σε συνδυασμό με από δεκαπενθημέρου αιφνίδιας έναρξης διαλείπουσα χωλότητα στα 50μ. στο σύστοιχο άκρο.

Υπεβλήθη σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο και αξονική αγγειογραφία. Διαπιστώθηκε θρόμβωση αριστερής επιπολής μηριαίας και ιγνυακής αρτηρίας και σύγχρονη εκτεταμένη λαγονομηριαία θρόμβωση, καθώς και θρόμβωση εν τω βάθει μηριαίας και ιγνυακής φλέβας.

Αρχικά αντιμετωπίστηκε το αρτηριακό σκέλος με εμβολεκτομή μηριαίας αρτηρίας και ακολούθως εκλεκτική εμβολεκτομή των κνημιαίων αγγείων μέσω Π.ς της ιγνυακής αρτηρίας κάτωθεν του γόνατος. Επί μη βελτίωσης της συμπτωματολογίας, ακολούθησε σε δεύτερο χρόνο με μεσοδιάστημα 5 ημερών, μηχανική θρομβεκτομή με συσκευή ClotTriever (Inari) όλου του αριστερού λαγονοϊγνυακού φλεβικού άξονα. Λόγω υπολειπόμενης στένωσης, τοποθετήθηκε φλεβικός ενδονάρθηκας Abre 16x100mm (Medtronic) σε αριστερή κοινή και έξω λαγόνιο φλέβα. Τέλος, για βελτίωση του inflow και σε έδαφος απόφραξης της εν τω βάθει μηριαίας φλέβας, διενεργήθηκε εκλεκτική θρομβόλυση της με καθετήρα.

Αποτελέσματα: Επιτεύχθηκε άμεση αποκατάσταση τόσο της αρτηριακής αιμάτωσης του αριστερού κάτω άκρου όσο και πλήρης βατότητα του φλεβικού άξονα, με πολύ καλό τελικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς επιπλοκές και με επίτευξη άμεσης ανακούφισης από την συμπτωματολογία, με βελτίωση του οιδήματος και άρση της διαλείπουσας χωλότητας.

Συμπεράσματα: Η σύγχρονη αρτηριακή και φλεβική θρόμβωση στο ίδιο κάτω άκρο αποτελεί διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση. Η συνδυασμένη ανοικτή χειρουργική και ενδαγγειακή προσέγγιση μπορεί να προσφέρει άριστα κλινικά και απεικονιστικά αποτελέσματα σε επιλεγμένα περιστατικά.

EP24

**ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΑΝΩΝΥΜΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕ
ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ**

**Ν. Γιαννακόπουλος, Δ. Μάνου, Κ. Νάκας, Κ. Σερέτης, Β. Παπαϊωάννου, Π. Τσιαντούλα, Σ.
Τζαμτζίδου, Κ. Ροδίτης, Θ. Παπάς**

*Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο - Ελληνικός Ερυθρός
Σταυρός», Αθήνα*

Σκοπός: Η παρουσίαση της ενδαγγειακής αποκατάστασης συμπτωματικής, σχεδόν πλήρους, απόφραξης της ανωνύμου αρτηρίας με υβριδική τεχνική ανάστροφης προσπέλασης μέσω της δεξιάς κοινής καρωτίδας, με στόχο την ελαχιστοποίηση του εμβολικού κινδύνου.

Υλικό - Μέθοδοι: Άρρεν 58 ετών προσήλθε με χωλότητα του δεξιού άνω άκρου και ζάλη κατά την άσκηση. Η αξονική αγγειογραφία ανέδειξε επασβεστομένη, έκκεντρη στένωση > 80% στο στόμιο της ανωνύμου αρτηρίας. Λόγω της μορφολογίας της βλάβης και του υψηλού κινδύνου εμβολισμού, η διαμηριαία προσπέλαση κρίθηκε ακατάλληλη. Επιλέχθηκε η ανάστροφη προσπέλαση μέσω της δεξιάς κοινής καρωτίδας με μικρή τραχηλική τομή. Μετά από συστηματικό ηπαρινισμό και χειρουργικό αποκλεισμό της περιφερικής CCA για εγκεφαλική προστασία, διενεργήθηκε ανάστροφη παρακέντηση. Η βλάβη διαπεράστηκε και τοποθετήθηκε επικαλυμμένος νάρθηκας Bentley Begraft (Bentley Innomed GmbH) 10x27mm στο στόμιο της ανωνύμου.

Αποτελέσματα: Η επέμβαση ολοκληρώθηκε με τεχνική επιτυχία και αποκατάσταση της ροής, χωρίς νευρολογικό έλλειμμα. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, με παρουσία σφίξεων στα άνω άκρα και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 1η μετεγχειρητική ημέρα υπό διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Στην επανεξέταση 6 μηνών, ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός και το triplex αγγείων επιβεβαίωσε τη βατότητα του stent.

Συμπεράσματα: Η ανάστροφη προσπέλαση μέσω της κοινής καρωτίδας αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική για την αντιμετώπιση σύνθετων βλαβών της ανωνύμου αρτηρίας. Η τεχνική αυτή προσφέρει άμεση προσβασιμότητα στη βλάβη και εξασφαλίζει μέγιστη εγκεφαλική προστασία μέσω του αποκλεισμού της καρωτίδας, αποφεύγοντας τους κινδύνους της διαμηριαίας προσπέλασης ή της στερνοτομής.

EP25

**ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΟΠΙΣΘΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΜΕ
ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ
ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ**

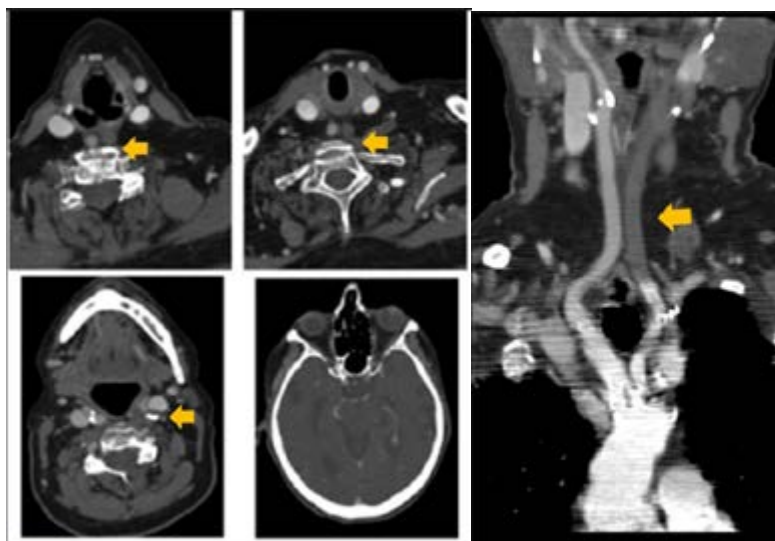
B. Μανάκη, Α. Γιαννόπουλος, Ι. Κοντές, Ι. Γιατζίδης, Κ. Κτενίδης

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Οι ανατομικές παραλλαγές του αορτικού τόξου και των καρωτίδων είναι γνωστές, ωστόσο η αμφοτερόπλευρη οπισθοοισοφαγική πορεία των κοινών καρωτίδων αρτηριών αποτελεί εξαιρετικά σπάνιο εύρημα, ιδίως όταν συνδυάζεται με πλήρη απόφραξη της μίας κοινής καρωτίδας αρτηρίας σχεδόν σε όλο το μήκος της.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 79 ετών προσήλθε με δεξιά ημιπάρεση και μικτή αφασία, με σταδιακή εξέλιξη εντός εξαώρου μετά από πτώση. Κατά την εισαγωγή, η νευρολογική εικόνα εκτιμήθηκε με NIHSS 17, με ήπια βελτίωση (NIHSS 15) κατά την πρώιμη νοσηλεία. Η αξονική αγγειογραφία ανέδειξε πλήρη απόφραξη της αριστερής κοινής καρωτιδικής αρτηρίας, καθώς και αμφοτερόπλευρη οπισθοοισοφαγική πορεία των κοινών καρωτίδων, με εντόπιση των αγγείων οπισθίως της τραχείας και του οισοφάγου. Το έγχρωμο υπερηχογράφημα καρωτίδων δεν μπόρεσε να προσφέρει επαρκείς πληροφορίες λόγω της άτυπης ανατομίας, ενώ η αξονική αγγειογραφία και η τρισδιάστατη ανασύνθεση παρείχαν σαφή απεικόνιση της παραλλαγής. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε εστίες εγκεφαλικής ισχαιμίας στον αριστερό μετωπιαίο και κροταφικό λοβό, συμβατές με την κλινική εικόνα. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά, με βαθμιαία νευρολογική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η συγκεκριμένη ανατομική παραλλαγή αποδίδεται πιθανότατα σε ατελή εμβρυολογικό ευθυσμό του καρωτιδικού συστήματος κατά την κάθοδο της αορτικής ρίζας. Η έγκαιρη αναγνώριση τέτοιων σπάνιων παραλλαγών είναι κρίσιμη για την αποφυγή σοβαρών αγγειακών κακώσεων κατά τον χειρισμό του αεραγωγού ή χειρουργικές επεμβάσεις στον τράχηλο.



ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ 2 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΓΚΟ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΙΟΥ

**Α. Μπαρμπάτης¹, Κ. Δακής¹, Γ. Βολακάκης¹, Γ. Κούβελος¹, Ι. Ιωαννίδης²,
Χ. Σκουλάκης³, Α. Γιαννούκας¹**

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

²Τμήμα Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

³ΩΡΛ Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Οι όγκοι καρωτιδικού σωματίου (παρααγγλιώματα) αποτελούν σπάνιες, συνήθως βραδέως εξελισσόμενες νεοπλασίες της τραχηλικής χώρας, με στενή ανατομική σχέση με τα αγγεία και τα νεύρα του τραχήλου. Η χειρουργική εκτομή παραμένει η θεραπεία εκλογής, απαιτώντας λεπτομερή προεγχειρητικό σχεδιασμό και πολυεπιστημονική προσέγγιση. Σκοπός της παρούσας παρουσίασης είναι η περιγραφή δύο περιστατικών όγκων καρωτιδικού σωματίου που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά κατά το τελευταίο εξάμηνο.

Μεθοδολογία: Παρουσιάζονται δύο ασθενείς με τραχηλική διόγκωση, οι οποίοι διερευνήθηκαν απεικονιστικά και αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Ο πρώτος ασθενής, άνδρας, ανέφερε ανώδυνη τραχηλική διόγκωση πενταετίας. Υποβλήθηκε σε αξονική αγγειογραφία αγγείων τραχήλου και ΩΡΛ εκτίμηση με FNA, με ευρήματα συμβατά με παρααγγλιώμα καρωτιδικού σωματίου τύπου II κατά Shamblyn. Η δεύτερη ασθενής, γυναίκα, παρουσίαζε τραχηλική διόγκωση απο διετίας και υποβλήθηκε σε αξονική αγγειογραφία και μαγνητική τομογραφία τραχήλου, με ευρήματα συμβατά με παρααγγλιώμα τύπου III κατά Shamblyn. Προεγχειρητικά πραγματοποιήθηκε εμβολισμός κλάδων της έξω καρωτίδας αρτηρίας με coils, μία εβδομάδα πριν την επέμβαση.

Αποτελέσματα: Στον πρώτο ασθενή πραγματοποιήθηκε πλήρης εκτομή του όγκου με απολίνωση της έξω καρωτίδας αρτηρίας και αποκατάσταση της έσω καρωτίδας με εμφάλωμα βόειου περικαρδίου. Στη δεύτερη ασθενή πραγματοποιήθηκε εκτομή όγκου με προέλευση από το πνευμονογαστρικό νεύρο, με αναγκαστική απολίνωση αυτού. Μετεγχειρητικά, η ασθενής εμφάνισε δυσκαταποσία, η οποία παρουσίασε σταδιακή βελτίωση με συντηρητική αγωγή και χορήγηση κορτικοστεροειδών. Και στις δύο περιπτώσεις, η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε κακοήθεια, με τους ασθενείς να παραπέμπονται σε ογκολογικό συμβούλιο για περαιτέρω θεραπευτικό σχεδιασμό.

Συμπέρασμα: Οι όγκοι καρωτιδικού σωματίου αποτελούν σπάνιες αλλά απαιτητικές χειρουργικές οντότητες. Η επιτυχής αντιμετώπισή τους προϋποθέτει ενδελεχή προεγχειρητικό απεικονιστικό έλεγχο, εξατομικευμένη χειρουργική στρατηγική και στενή συνεργασία πολλών ειδικοτήτων, με στόχο τη βέλτιστη ογκολογική και λειτουργική έκβαση.

EP27

**ΘΕΡΜΙΚΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΦΛΕΒΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΦΛΕΒΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΗ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΤΗΣ IL1 (DIRA)**

Κ. Κωνσταντινίδης, Θ. Τουφεξής

Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, «Κυανούς Σταυρός», Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η παρουσίαση της θεραπευτικής προσέγγισης ενός ασθενούς με εκτεταμένα χρόνια φλεβικά έλκη σε έδαφος συγγενούς νόσου (DIRA) και ταυτόχρονης φλεβικής ανεπάρκειας.

Υλικό - Μέθοδοι: Ασθενής ετεροζυγώτης ως προς το σύνδρομο ανεπάρκειας του ανταγωνιστή των υποδοχέων της IL1 (DIRA), το οποίο συνδέεται με εκτεταμένα φλεγμονώδη έλκη του δέρματος με ελαττωμένη τάση επούλωσης και χρονιότητα. Ο ασθενής (άνδρας ηλικίας 37 ετών) παρουσίασε έλκη κάτω άκρων σε ηλικία 13 ετών που έκτοτε δεν επουλώθηκαν ποτέ πλήρως. Σε ηλικία 24 ετών νοσηλεύτηκε επί ενός έτους στις ΗΠΑ όπου και έλαβε πολλαπλές φαρμακευτικές αγωγές και υποβλήθηκε σε τμηματική σαφηνεκτομή άμφω σκελών διαγνωσθείς με επιπολής φλεβική ανεπάρκεια. Παρουσίασε βελτίωση για ένα σύντομο διάστημα 3 μηνών με ταυτόχρονη θεραπεία με τον παράγοντα Anakinra. Κατά την επιστροφή του στην Ελλάδα συνέχισε την αγωγή όμως τα έλκη επανεμφανίστηκαν. Κατά την κλινική του εξέταση στο ιατρείο εκτός των εκτεταμένων φλεγμονωδών ελκών και του οιδήματος στα κάτω άκρα αναδείχθηκε και ανεπάρκεια του παραμένοντος φλεβικού δικτύου άμφω. Επιλέχθηκε η θεραπεία με θερμική κατάλυση των τμημάτων αυτών λόγω και της αδυναμίας για χειρουργική προσέγγιση με το φόβο της μειωμένης επουλωτικής ικανότητας λόγω της υποκείμενης νόσου. Υποβλήθηκε θερμική κατάλυση με χρήση Laser 1470 nm στο περιφερικό τμήμα της ΔΕ μείζονος σαφηνούς και σε επικουρικό κλάδο προς της έσω επιφανείας. Επίσης θερμική κατάλυση του κεντρικού τμήματος της ΑΡ μείζονος σαφηνούς και φλεβοτομές και εκτομή ανεπαρκών διατιτρινουσών άμφω.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής εξήλθε την ίδια ημέρα με οδηγίες για ανιθρομβωτική αγωγή, αντιβίωση και εφαρμογή καλτσών διαβαθμισμένης πίεσης. Παρουσίασε εντυπωσιακή βελτίωση της εικόνας των ελκών και σχεδόν πλήρη υποχώρηση του οιδήματος εντός βμήνου.

Συμπεράσματα: Η θερμική κατάλυση εκτός των αποτελεσμάτων στις ανεπιίλοκες περιπτώσεις φλεβικής ανεπάρκειας και κίρσων των κάτω άκρων μπορεί να αποτελεί ικανοποιητική και ασφαλή θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με αντενδείξεις χειρουργικής θεραπείας.

INTRAVENOUS LEIOMYOMATOSIS WITH INFRADIAPHRAGMATIC INFERIOR VENA CAVA INVOLVEMENT: A CASE REPORT

Y. Orel, Y. Khorkavyi, D. Beshley, N. Volod'ko, I. Hayda, K.Sokalska, H. Orel

*Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine, University Hospital,
Clinic of Heart and Vessels*

Introduction: Intravenous leiomyomatosis is a benign smooth muscle neoplasm characterised by intravascular extension from the uterus into pelvic and larger veins. Although histologically benign, this condition exhibits biologically aggressive behaviour with potential for intraluminal growth extending through the iliac veins and inferior vena cava to the right chambers of the heart and can lead to life-threatening complications.

Methods: A prospective and retrospective review of the patient's medical records, imaging studies, and operative reports to document the clinical presentation, diagnostic workup, and used surgical management strategy.

Results: The 52-year-old woman, presented with a right-sided parauterine mass and intravascular extension into the right common iliac vein, the right ovarian vein, and the inferior vena cava to the level of the diaphragm. Her complaints were dyspnoea and moderate oedema of the lower extremities. The condition of the patient was considered a potential cancer-associated thrombosis of the IVC, and therapeutic anticoagulation was started. After 3 weeks treatment, no signs of thrombosis resolution were observed. Further diagnostic evaluation using contrast-enhanced CT, MRI, US, transthoracic and transesophageal echocardiography was performed. Imaging studies revealed a continuous, well-defined intraluminal mass extending from the pelvic veins through the inferior vena cava to the level of the diaphragm. Histopathological examination of the transvaginal biopsy was consistent with a benign smooth muscle proliferation, thereby establishing the diagnosis of intravenous leiomyomatosis. A multidisciplinary team comprising vascular surgeons, cardiac surgeons, and gynaecologists determined that complete surgical resection was necessary to prevent life-threatening complications.

A combined laparotomy and minithoracotomy approach was done to ensure complete tumour resection and prevent intraoperative tumour fragmentation or embolisation. The procedure involved cavotomy and tumour excision from the IVC and right iliac veins, total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. Patient recovered without complication and was discharged in 14 days after surgery. Prolonged anticoagulation was considered. No additional therapy, such as hormonal suppression or radiotherapy, was administered. A 9-month follow-up of the patient demonstrated sustained clinical remission with no evidence of recurrent disease on imaging surveillance.

Conclusion: The management of this complex pathology necessitates a coordinated multidisciplinary approach to achieve complete tumour resection and minimise the risk of complications and recurrence.

EP29

ΑΝΟΙΚΤΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΕΞΩΚΡΑΝΙΑΣ ΜΟΙΡΑΣ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Χατζέλας, Α. Πιτούλιας, Γ. Τσαμουρλίδης, Θ. Ζαμπάκα, Μ. Καντζάς, Β.-Ε. Στρατηνάκη, Ι. Κιοσέ, Α. Ποτουρίδης, Μ. Ταχτσή, Γ. Πιτούλιας

Αγγειοχειρουργικό τμήμα, Β΄ Χειρουργική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού με συμπτωματικό ανεύρυσμα της εξωκράνιας μοίρας της καρωτίδος (extracranial carotidartery aneurysm, ECAA) σε ασθενή με πολυανευρυσματική νόσο, που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά στο τμήμα μας.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για άνδρα ασθενή, 63 ετών, ο οποίος πάσχοντας από ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (abdominal aorticaneurysm, AAA) και έχοντας οικογενές ιστορικό AAA, είχε υποβληθεί σε EVAR το 2023. Παράλληλα παρουσίαζε ανευρυσματική διάταση των ιγνυακών αρτηριών και των καρωτιδικών αγγείων και ήταν σε ετήσιο πρόγραμμα παρακολούθησης. Ο ασθενής παρουσίασε αιφνιδίως υποτροπιάζοντα παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια και η κλινική εξέταση αποκάλυψε σφύζουσα διόγκωση στην ΔΕ πλάγια τραχηλική χώρα. Το έγχρωμο Duplex υπερηχογράφημα και η αξονική αγγειογραφία ανέδειξαν ένα ατρακτοειδές ECAA, τύπου III κατά Attigah, μέγιστης εγκάρσιας διαμέτρου 20mm στο ύψος του καρωτιδικού βολβού και 15mm στην έσω καρωτίδα, με παρουσία εξελκωμένου τοιχωματικού θρόμβου. Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός για υποκείμενα αυτοάνοσα-ρευματικά νοσήματα.

Αποτελέσματα: Το ανεύρυσμα αντιμετωπίστηκε επιτυχώς χειρουργικά, υπό γενική αναισθησία, με εκτομή του ανευρυσματικού σάκου και τελικο-τελική παρεμβολή ενός συνθετικού μοσχεύματος ePTFE διαμέτρου 6mm. Δεν παρατηρήθηκαν διεγχειρητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 3^η μετεγχειρητική ημέρα, υπό διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε μη ειδική ανευρυσματική εκφύλιση του αγγειακού τοιχώματος και οι καλλιέργειες από τον τοιχωματικό θρόμβο και το ανευρυσματικό τοίχωμα ήταν αρνητικές. Η αξονική αγγειογραφία επανέλεγχου κατέδειξε την καλή βατότητα της αγγειακής αποκατάστασης και ο ασθενής τελεί υπό τακτική παρακολούθηση έως σήμερα.

Συμπεράσματα: Στην βιβλιογραφία υπάρχει μόνο μία αντίστοιχη αναφορά ταχείας ανάπτυξης ECAA σε ασθενή με υποτροπιάζουσα πολυχονδρίτιδα και αυτοάνοσο παθολογικό υπόστρωμα. Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της πολυανευρυσματικής νόσου ενδέχεται να οδηγούν σε ταχείας ανάπτυξης περιφερικά ανευρύσματα και η συχνότερη παρακολούθηση είναι πολύ σημαντική για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Η ανοικτή αποκατάσταση με παρεμβολή συνθετικού μοσχεύματος είναι μία τεχνικά απαιτητική, αλλά ασφαλής και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για την θεραπεία των ECAA.



EP30

**ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΑΤΡΟΓΕΝΟΥΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΨΕΥΔΟΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΔΕΞΙΑΣ
ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ**

Φ. Μαρκάτης¹, Σ. Τραχανέλλης¹, Ε. Σαχιτζή²

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, Metropolitan Hospital

²Αναισθησιολογική Κλινική, Metropolitan Hospital

Σκοπός: Η ανάδειξη πλήρους και επιτυχούς ενδοαγγειακής αντιμετώπισης σπάνιας και απειλητικής επιπλοκής.

Υλικό- Μεθόδοι: Ασθενής άρρεν ετών 41, προσήλθε με άλγος και αίσθημα δυσφορίας και επικείμενης απώλειας συνειδήσεως στο Θεραπευτήριο Metropolitan. Μετά από πλήρη καρδιολογικό έλεγχο στα επείγοντα, ο ασθενής υποβλήθηκε σε CTA θωρακικής/ κοιλιακής αορτής, στις οποίες αναδείχθηκε ψευδές ευμέγεθες ανεύρυσμα της ΔΕ υποκλειδίου αρτηρίας διαμέτρου 45mm με εικόνα επικείμενης ρήξης.

Αποτέλεσμα: Ο ασθενής οδηγήθηκε στην αγγειογραφική σουίτα και αντιμετωπίσθηκε επιτυχώς με τοποθέτηση ενός stent- graft, το οποίο απέκλεισε πλήρως το ψευδοανεύρυσμα.

EP31

ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΕΚΤΟΠΗΣ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

**Ν. Ρούσας¹, Κωσταντίνος Δημητριάδης¹, Σ. Παρισίδης¹, Ν. Τριανταφύλλου¹, Π. Κώστογλου¹,
Σ. Φουτζιτζή², Χ. Αργυρίου¹, Ε. Γεωργακαράκος¹, Γ. Γεωργιάδης¹**

¹Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

²Τμήμα Διαγνωστικής και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Αναφερόμαστε στην ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος της σπληνικής αρτηρίας, στο εγγύς τμήμα της, στα πλαίσια κοινού σπληνομεσεντέριου κορμού, που αποτελεί και σπάνια ανατομική παραλλαγή (<1%). Πρόκειται για άντρα 40 ετών, καπνιστή (40 pack-years), χωρίς άλλα συνοδά νοσήματα. Το

ανεύρυσμα της σπληνικής αρτηρίας διαγνώστηκε ως τυχαίο εύρημα σε αξονική αγγειογραφία (CTA) που πραγματοποιήθηκε σε άλλο περιφερειακό νοσοκομείο, κατά την εισαγωγή του ασθενούς, μετά από πρόσφατο τροχαίο ατύχημα. Η CTA ανέδειξε σακοειδές ανεύρυσμα μέγιστης εγκάρσιας διαμέτρου 3cm, στην έκφυση έκτοπης σπληνικής αρτηρίας από κοινό σπληνο-μεσεντέριο στέλεχος. Η παθολογία αυτή έχει αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία (Pubmed) πάρα πολύ σπάνια (36 περιστατικά παγκοσμίως).

Αποφασίστηκε ενδοαγγειακή αντιμετώπιση με ανοικτή προσπέλαση από την αριστερή βραχιόνιο αρτηρία. Μετά το αγγειογράφημα αναφοράς και οριοθέτησης του στόχου στη βέλτιστη προβολική θέση του C-arm, πραγματοποιήθηκε αρχικά ομόδρομος καθετηριασμός της σπληνικής αρτηρίας μέσω της άνω μεσεντερίου αρτηρίας (Vertebral 5Fr), εν συνεχεία εμβολισμός του ανευρυσματικού σάκου με μεγάλου μήκους σπειράματα (Interlock 35, Boston Scientific) και τελικά τοποθέτηση επικαλυμμένου stent στην άνω μεσεντέριο αρτηρία (BeGraft, 7X38mm, Bentley), εκατέρωθεν του στομίου της σπληνικής αρτηρίας. Η τελική on-table αγγειογραφία ανέδειξε καλή βατότητα της άνω μεσεντερίου αρτηρίας και των κλάδων της και παλίνδρομη ροή στο περιφερικό τμήμα της σπληνικής αρτηρίας. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή χωρίς επιπλοκές και με καλό εργαστηριακό προφίλ. Εξήλθε τη 4 η μετεγχειρητική ημέρα. Ο επανέλεγχος των 30 ημερών με CTA επιβεβαίωσε πλήρη θρόμβωση του ανευρύσματος και βατότητα του ενδομοσχεύματος.



1α



1β



1γ



1δ



1ε

EP32

**ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΡΤΗΡΙΟΧΟΛΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΜΕΤΑ ΕΠΟ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ**

**Η. Αυγερινός¹, Μ. Τσότσιος¹, Ν. Χασεμάκη¹, Α. Σκοτσιμάρα¹, Στυλιανός Κύκαλος²,
Δ. Δημητρούλης², Α. Κατσαργύρης¹, Χ. Κλωνάρης¹**

*¹Β΄ Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

*²Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Σκοπός: Τα ανευρύσματα της ηπατικής αρτηρίας είναι σπάνια και αντιπροσωπεύουν περίπου το 20% των σπλαχνικών ανευρυσμάτων. Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να αναπτυχθεί επικοινωνία μεταξύ ενός ανευρύσματος ηπατικής αρτηρίας και του χοληδόχου πόρου, με αποτέλεσμα την δημιουργία αρτηριοχολικού συρίγγιου.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 54 ετών προσήλθε με κοιλιακό άλγος και χολόσταση. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε ανεύρυσμα της δεξιάς ηπατικής αρτηρίας διαμέτρου 41χιλ. Πραγματοποιήθηκε ενδαγγειακός εμβολισμός του ανευρύσματος με σπειράματα, με άριστο αγγειογραφικό αποτέλεσμα και πλήρη αποκλεισμό του ανευρύσματος. Πέντε μήνες αργότερα, ο ασθενής επανήλθε με αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό, ενώ η ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού ανέδειξε αιμοχολία. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας παρουσίασε αιμοδυναμική κατάρρευση και υποβλήθηκε σε επείγουσα λαπαροτομία. Το ανεύρυσμα της ηπατικής αρτηρίας απολινώθηκε και εξαιρέθηκε, αποκαλύπτοντας επικοινωνία μεταξύ του ανευρύσματος και του κοινού χοληδόχου πόρου, η οποία συρράφθηκε επιτυχώς.

Συμπέρασμα: Το αρτηριοχολικό συρίγγιο μετά από εμβολισμό ανευρυσμάτων της ηπατικής αρτηρίας αποτελεί σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή της ενδαγγειακής θεραπείας. Λόγω της σπανιότητας της κατάστασης, δεν υπάρχουν σαφείς θεραπευτικές κατευθυντήριες οδηγίες. Η αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι διεπιστημονική και εξατομικευμένη, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις ανοικτές όσο και τις ενδαγγειακές θεραπευτικές επιλογές, ανάλογα με την ανατομία, την κλινική κατάσταση και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς.

ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΕΣΩ ΛΑΓΟΝΙΟΥ: Η ΑΝΟΙΚΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΣΥΜΠΙΕΣΗ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΤΥΧΙΑ

Ν. Γιαννακόπουλος, Σ. Τζαμτζίδου, Ν. Μπέσιος, Κ. Νάκας, Δ. Μάνου, Π. Τσιαντούλα, Κ. Σερέτης, Κ. Ροδίτης, Β. Παπαϊωάννου, Θ. Παπάς

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο - Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός», Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης γιγαντιαίου μεμονωμένου ανευρύσματος έσω λαγονίου αρτηρίας που προκάλεσε αποφρακτική ουροπάθεια δύο έτη μετά από ενδαγγειακή αποκατάσταση, το-νίζοντας τη σημασία της μετεγχειρητικής παρακολούθησης και τις ενδείξεις ανοικτής αποσυμπίεσης.

Υλικό - Μέθοδοι: Άνδρας 89 ετών με τυχαίο εύρημα ανευρύσματος αριστερής έσω λαγονίου αρτηρίας διαμέτρου 4 εκ., υποβλήθηκε σε εκλεκτική ενδαγγειακή αποκατάσταση με την τεχνική «coil-and-cover» (εμβολισμός σάκου/κλάδων και επικάλυψη στομίου). Είκοσι έξι μήνες αργότερα, ο ασθενής προσήλθε με ολιγουρία και οξεία νεφρική βλάβη. Η απεικόνιση ανέδειξε διόγκωση του ανευρύσματος στα 12 εκ. λόγω εμμένουσας πλήρωσης από παράπλευρο δίκτυο (τύπου II ενδοδιαφυγή) και απο την εγγύς ζώνη πρόσφυσης τού ενδόνάρθηκα (τύπου Ia ενδοδιαφυγή, προκαλώντας έντονα πιεστικά φαινόμενα και υδρονέφρωση.

Αποτελέσματα: Λόγω της απειλητικής για τη νεφρική λειτουργία συμπίεσης, εμμένουσας κοιλιαλγίας και ρήξης, κρίθηκε αναγκαία η επείγουσα ανοικτή χειρουργική επέμβαση. Μέσω μέσης υπερυπομφαλί-ου λαπαροτομής, διενεργήθηκε διάνοιξη του σάκου, κένωση του θρόμβου για άμεση αποσυμπίεση και ενδοανευρυσμορραφή με απολίνωση των παλινδρομούντων κλάδων. Παρά την τεχνική επιτυχία της αποσυμπίεσης, ο ασθενής κατέληξε την 1η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπεράσματα: Η ενδαγγειακή θεραπεία των ανευρυσμάτων της έσω λαγονίου απαιτεί αυστηρή μα-κροχρόνια παρακολούθηση, καθώς οι ενδοδιαφυγή τύπου II και τύπου I μπορεί να οδηγήσει σε υποτρο-πή. Σε περιπτώσεις με έντονα πιεστικά φαινόμενα, η ανοικτή χειρουργική αποσυμπίεση αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπευτική επιλογή.

Figures



Figure 1. Right forefoot after guillotine amputation.

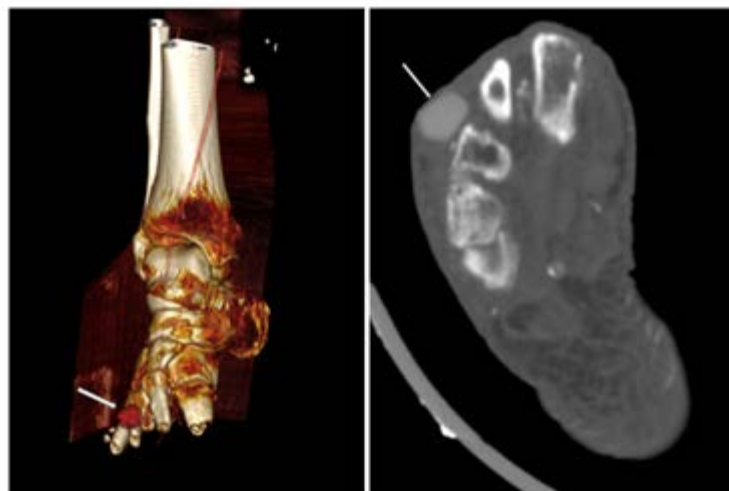


Figure 2. Forefoot after transmetatarsal amputation. (A) Volume-rendering image that depicts the forefoot with the pseudoaneurysm of the digital artery. (B) At the stump incision, a contrast-filled sac arising from the first digital artery (arrow) is consistent with a pseudoaneurysm, with surrounding postoperative changes.

EP34

ΥΨΗΛΗΣ ΡΟΗΣ ΨΕΥΔΟΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΣΕ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΜΕΝΟ ΑΚΡΟ: ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΛΥΣΗ

Α. Βασιλείου, Π. Γεωργίου, Χ. Πίτρος, Α. Ρόκου, Γ. Σφυρόερας, Κ. Μουλακάκης, Κ. Αντωνόπουλος, Α. Παναγιώτοπουλος, Δ.Καρδούλας, Ι. Κακίσης, Α. Λάζαρης

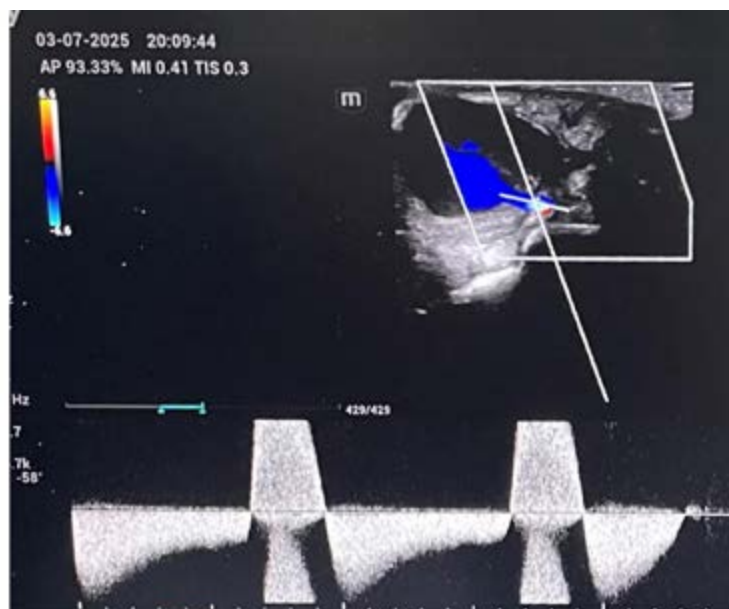
Αγγειοχειρουργική Κλινική, Αττικόν Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός: Τα ψευδοανευρύσματα των δακτυλικών αρτηριών του άκρου ποδός αποτελούν σπάνια κλινική οντότητα και συνήθως σχετίζονται με τραυματική ή ιατρογενή κάκωση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού υψηλής ροής ψευδοανευρύσματος δακτυλικής αρτηρίας μετά από περιφερική επαναιμάτωση και η ανάδειξη της διαγνωστικής και θεραπευτικής του προσέγγισης.

Υλικό - Μέθοδοι: Άνδρας 73 ετών υποβλήθηκε σε ιγνυο-ραχιαία παράκαμψη (popliteal-to-dorsalis pedis bypass) με φλεβικό μόσχευμα λόγω κρίσιμης ισχαιμίας κάτω άκρου, ακολουθούμενη από διαμεταταρσιακό ακρωτηριασμό και εφαρμογή θεραπείας αρνητικής πίεσης. Κατά τη μετεγχειρητική πορεία παρουσίασε υποτροπιάζοντα επεισόδια αιμορραγίας από το κολόβωμα. Διενεργήθηκε υπερηχογραφικός έλεγχος με έγχρωμο Doppler για διερεύνηση της αιτίας.

Αποτελέσματα: Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε σαφώς περιγεγραμμένη ψευδοανευρυσματική κοιλότητα με χαρακτηριστική ροή τύπου "to-and-fro", συμβατή με υψηλής παροχής ψευδοανεύρυσμα δακτυλικής αρτηρίας. Επιβεβαιώθηκε η βατότητα του φλεβικού μοσχεύματος και η ικανοποιητική περιφερική αιμάτωση. Πραγματοποιήθηκε διαδερμική έγχυση θρομβίνης υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση, με άμεση και πλήρη θρόμβωση της κοιλότητας. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές, ενώ διατηρήθηκε η βατότητα της παράκαμψης και η αιμάτωση του άκρου κατά την παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Ο σχηματισμός ψευδοανευρύσματος μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και σε περιφερικές αρτηρίες υψηλής ροής μετά από επιτυχή επαναιμάτωση, ιδίως σε έδαφος επανειλημμένων τοπικών χειρισμών ή τραυματισμού. Η έγκαιρη διάγνωση με υπερηχογραφία Doppler και η ελάχιστη επεμβατική αντιμετώπιση με έγχυση θρομβίνης αποτελούν ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή, συμβάλλοντας στον έλεγχο της αιμορραγίας και στη διατήρηση της αιμάτωσης του άκρου.



EP35

**ΠΡΩΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΠΑΛΟΝΙΟΥ SPUR ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΝΟΙΞΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΚΝΗΜΙΑΙΩΝ
ΑΓΓΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΡΙΣΙΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ**

N. Ιατρού, X. Δημόπουλος, Θ. Μπίσδας

Γ' Αγγειοχειρουργική, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Η κρίσιμη ισχαιμία κάτω άκρων λόγω αποφρακτικής νόσου των κνημιαίων αγγείων αποτελεί ιδιαίτερη θεραπευτική πρόκληση λόγω δυσκολίας επαναιμάτωσης και συχνής επαναστένωσης των αγγείων. Παρουσιάζουμε ένα τέτοιο περιστατικό που υπεβλήθη σε πολλαπλές αποτυχημένες προσπάθειες επαναιμάτωσης και το οποίο αντιμετωπίστηκε, στα πλαίσια του ιατρείου δεύτερης γνώμης, επιτυχώς με τη χρήση του νέου ειδικού μπαλονιού Spur με σκοπό την επιτυχή διάνοιξη του έντονα επασβεστωμένου αγγείου.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 90 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, προσήλθε με γάγγραινα αριστερού κάτω άκρου. Είχαν προηγηθεί δύο αποτυχημένες αγγειοπλαστικές σε άλλο κέντρο και είχε τεθεί ένδειξη διαμηριαίου ακρωτηριασμού μηρού. Στο κέντρο μας αποφασίστηκε νέα διαγνωστική αγγειογραφία με προσπάθεια διάνοιξης και χρήση του ειδικού μπαλονιού Spur προς επιτυχή διάνοιξη της έντονα επασβεστωμένης αθηρωματικής πλάκας.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε προσπέλαση μέσω δεξιάς κοινής μηριαίας αρτηρίας και διαγνωστική αγγειογραφία. Ακολούθησε σύνθετη ενδαγγειακή προσέγγιση των κνημιαίων αγγείων με χρήση διαφόρων οδηγών και καθετήρων. Εκτελέστηκε επιτυχής αγγειοπλαστική της πρόσθιας κνημιαίας αρτηρίας έως και τη ραχιαία του άκρου ποδός, καθώς και αγγειοπλαστική και τοποθέτηση stent στην ιγνυακή αρτηρία. Η περνιαία και οπίσθια κνημιαία δεν κατέστη δυνατό να αποκατασταθούν λόγω εκτεταμένων αποφράξεων. Το τελικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα ήταν εξαιρετικό με αποκατάσταση τριφασικής ροής.

Αποτελέσματα: Επιτεύχθηκε επαρκής αιμάτωση του άκρου μέσω της πρόσθιας κνημιαίας αρτηρίας. Ακολούθησε χειρουργικός καθαρισμός νεκρωτικών ιστών και οστεομυελίτιδας και σε δεύτερο χρόνο τοποθέτηση VAC και τελική αποκατάσταση με δερματικό κρημνό Dermacell. Ο ασθενής απέφυγε τον ακρωτηριασμό μηρού, με σαφή κλινική βελτίωση της αιμάτωσης του άκρου.

Συμπεράσματα: Η πρώτη εμπειρία με το ειδικό μπαλόνι αγγειοπλαστικής Spur ήταν ιδιαίτερα θετική. Η εξειδίκευση της ομάδας και η χρήση των νέων αυτών τεχνολογιών μπορεί να αποτελέσει βιώσιμη και αποτελεσματική στρατηγική διάσωσης άκρου ακόμη και σε υπερήλικες ασθενείς πριν την τελική λύση του ακρωτηριασμού.

EP36

**ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΠΝΟΔΟΧΟΥ (CHIMNEY) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΚΟΥΣΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ
ΣΕ ΑΟΡΤΟ-ΛΑΓΟΝΙΑ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (CERAB) ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
LERICHE**

**N. Τριανταφύλλου¹, Κ. Δημητριάδης¹, Σ. Παρισίδης¹, Π. Κώστογλου¹, Χ. Αργυρίου², Ν. Ρούσας²,
Ευστράτιος Γεωργακαράκος², Γ. Γεωργιάδης²**

¹Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,
Αλεξανδρούπολη

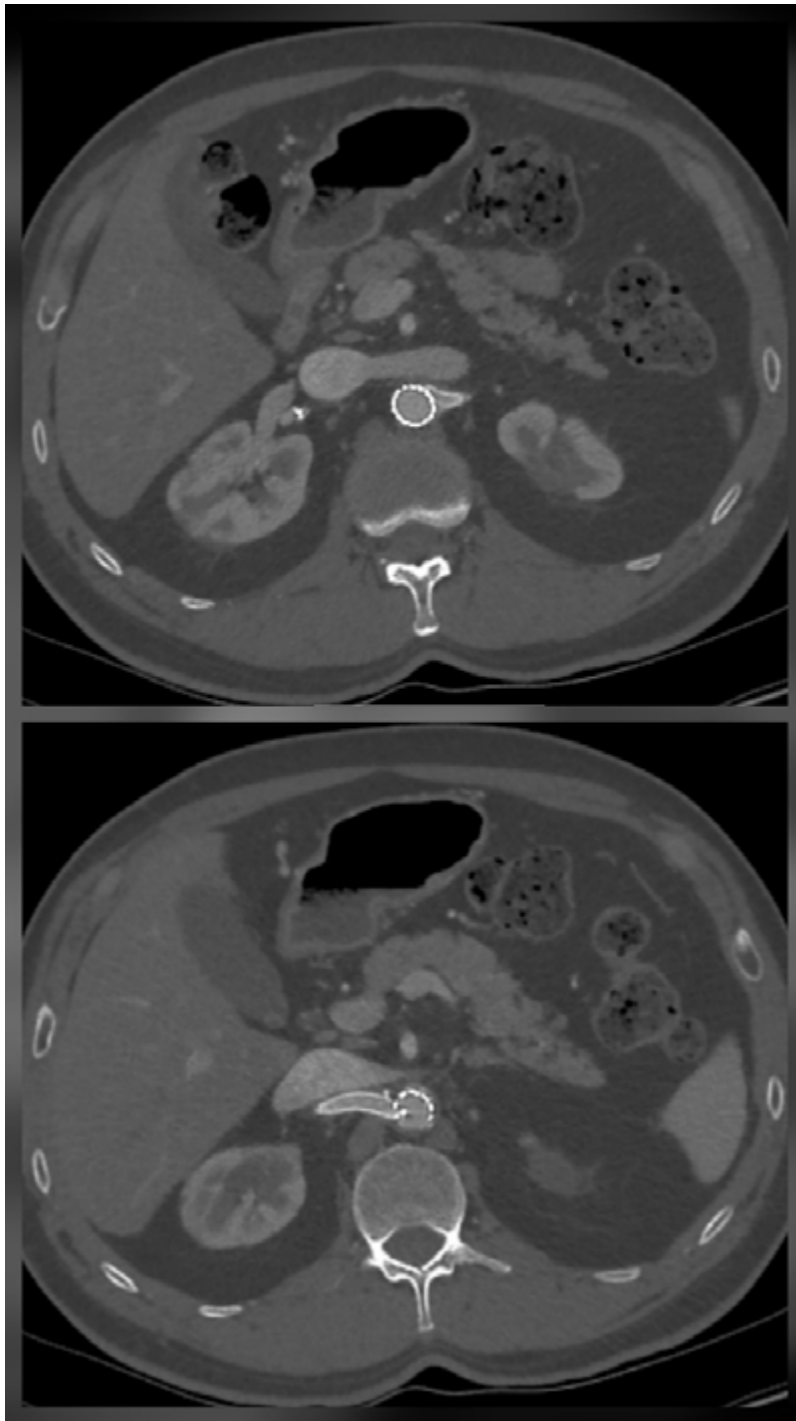
²Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός: Η ακούσια κάλυψη της νεφρικής αρτηρίας κατά την διάρκεια της ενδαγγειακής αποκατάστασης του αορτο-λαγονίου άξονα (CERAB) σε ασθενείς με σύνδρομο Leriche αποτελεί μία σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή, ιδιαίτερα στην περίπτωση που δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα. Δεν υπάρχει σαφώς τεκμηριωμένη περιγραφή και αντιμετώπιση της επιπλοκής αυτής στην διεθνή βιβλιογραφία, παραταύτα η αντιμετώπιση της θα πρέπει είναι είτε χειρουργική είτε ενδαγγειακή.

Υλικό-μέθοδοι: Περιγράφουμε ένα ασθενή 65 ετών, βαρύ καπνιστή (45 packet-years) ο οποίος υπεβλήθη σε προγραμματισμένη CERAB λόγω όμως ατυχούς κάλυψης και των δύο νεφρικών αρτηριών απαιτήθηκε άμεσα η διενέργεια της τεχνική της καπνοδόχου (chimney) και των δύο νεφρικών αρτηριών προκειμένου να αποκατασταθεί η αιμάτωση και να διασωθεί η λειτουργία των νεφρών

Αποτελέσματα: Μετά την διακόρευση των αθηρωματικών βλαβών με προσπέλαση από τις κοινές μηριαίες αρτηρίες και την αριστερή βραχιόνιο αρτηρία, κατά την έκπτυξη του αορτικού ενδομοσχεύματος έγινε ακούσια σφράγιση των νεφρικών αρτηριών για την οποία έπρεπε άμεσα να αποφασιστεί ποια χειρουργική επιλογή θα επιλεγεί για την αποκατάσταση της αιματικής ροής στους δύο νεφρούς. Επιλέχθηκε η ενδαγγειακή επαναιμάτωση, καθετηριάζοντας με σύρματα 0.035mm τις δύο νεφρικές αρτηρίες και εισάγοντας καθετήρα και μπαλόνι μεταξύ του ενδομοσχεύματος και του αορτικού τοιχώματος ώστε να επιτευχθεί προσωρινή διάνοιξη ενός αυλού για την αιμάτωση των νεφρικών αρτηριών μέχρι την τελική διάνοιξη με καλυμμένα ενδομοσχεύματα τύπου καπνοδόχου (CERAB-Chimney). Ένα χρόνο μετά η ενδαγγειακή τεχνική CERAB-Chimney παραμένει βατή.

Συμπεράσματα: Στην περίπτωση ακούσιας κάλυψης των νεφρικών αρτηριών κατά την διενέργεια CERAB, ο καθετηριασμός και η διάνοιξη των νεφρικών αγγείων με μπαλόνι για την διατήρηση της αιματικής ροής μέχρι την τελική ενδαγγειακή αποκατάσταση (CERAB-Chimney), κρίνεται μία ικανοποιητική τεχνική διάσωσης.



EP37

**ΨΕΥΔΟΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΣΤΗ ΜΕΣΟΤΗΤΑ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑΣ ΜΗΡΟΙΓΝΥΑΚΗΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ ΜΕ
ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ**

**Η. Δουκόγιαννη, Α. Παπαπέτρου, Α. Χαβελές, Σ. Κερασίδης, Σ. Γιαννακάκης,
Π. Ναχόπουλος, Χ. Μαλτέζος**

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΑΤ», Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με μόρφωμα στη μεσότητα του μηρού και ιστορικό παλαιάς μηροϊγνυακής παράκαμψης, καθώς και της διαφοροδιάγνωσης και της χειρουργικής αντιμετώπισης όψιμης επιπλοκής συνθετικού αγγειακού μοσχεύματος.

Υλικό - Μέθοδος: Άνδρας 82 ετών προσήλθε με μόρφωμα στη μεσότητα του αριστερού μηρού. Από το ατομικό ιστορικό αναφερόταν μηροϊγνυακή παράκαμψη με συνθετικό μόσχευμα προ εικοσαετίας και δύο επανεπεμβάσεις λόγω οξείας ισχαιμίας κάτω άκρου. Η αξονική αγγειογραφία ανέδειξε συλλογή στην έσω επιφάνεια του μηρού χωρίς πρόσληψη σκιαγραφικού, με βατό το μόσχευμα. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής.

Αποτελέσματα: Αποφασίστηκε χειρουργική διερεύνηση. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε θρόμβος-ψευδοανεύρυσμα από ρήξη του συνθετικού μοσχεύματος στην μεσότητά του. Η αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε με παράθεση νέου συνθετικού μοσχεύματος επί του προϋπάρχοντος, με διατήρηση των προηγούμενων αναστομώνσεων. Οι διεγχειρητικές καλλιέργειες ήταν αρνητικές. Η μετεγχειρητική πορεία υπήρξε ομαλή και ανεπίπλεκτη. Κατά την παρακολούθηση, ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός, χωρίς σημεία φλεγμονής και με ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις.

Συμπεράσματα: Αν και η εμφάνιση ψευδοανευρύσματος στις αναστομώσεις παρακάμψεων είναι μια γνωστή επιπλοκή, η όψιμη κόπωση συνθετικού μοσχεύματος με επακόλουθη ρήξη μπορεί επίσης να παρατηρηθεί. Η θεραπευτική αντιμετώπιση σε κάθε περίπτωση θα καθοριστεί από την κλινική εικόνα και τα απεικονιστικά ευρήματα.

EP38

**ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ
ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ**

**Κ. Πασενίδου, Χ. Κούννος, Κ. Καπούλας, Π. Χριστοφόρου, Ι. Θεοδοσόπουλος, Χ. Θεοδούλου,
Θ. Περδικίδης, Χ. Μπέκος**

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

Πρόκειται για άνδρα ασθενή 78 ετών που διεκομίσθη επειγόντως στην Αγγειοχειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας από Παθολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας, όπου νοσηλεύονταν για διερεύνηση επεισοδίων αιματέμεσης και αναιμίας. Η αρχική γαστροσκόπηση δεν είχε αναδείξει ενεργό αιμορραγία με παρουσία εξωτερικής πίεσης στομάχου. Ακολούθησε διερεύνηση με αξονική αγγειογραφία κοιλίας -πυέλου και βρέθηκε ανεύρυσμα σπληνικής αρτηρίας 9 εκατοστών με εικόνα πίεσης του στομάχου από το ανεύρυσμα και υπονεφρικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής διαμέτρου 10 εκατοστών. Κατόπιν συνεννόησης με Γενικό Χειρουργό λόγω πιθανής επικοινωνίας σπληνικής αρτηρίας και στομάχου με βάση την κλινική εικόνα, αποφασίστηκε η επείγουσα ενδαγγειακή αποκατάσταση με εμβολισμό κεντρικού τμήματος σπληνικής αρτηρίας με την χρήση coils, με ικανοποιητικό τελικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Μετεγχειρητική νοσηλεία στη ΜΕΘ για 24ώρες. Ο ασθενής δεν εμφάνισε νέο επεισόδιο αιματέμεσης. Εμφάνισε θρόμβωση αριστερής βραχιονίου αρτηρίας στο σημείο παρακέντησης για την αγγειογραφία και υπεβλήθη σε επείγουσα εμβολεκτομή βραχιονίου αρτηρίας με καλό αποτέλεσμα. Ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Σε διάστημα 10 ημερών αντιμετωπίστηκε ενδαγγειακά το υπονεφρικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής με EVAR. Μετεγχειρητική εμφάνιση λεμφόρροιας από μηροβουβωνικό τραύμα δεξιά αντιμετωπίστηκε επιτυχώς συντηρητικά. Πλήρης ανάρρωση ασθενούς χωρίς νέα επεισόδια αιματέμεσης.

Η αξονική αγγειογραφία 1 μήνα μετά την αποκατάσταση ανέδειξε πλήρη θρόμβωση του αυλού του ανευρύσματος και καλή βατότητα αορτικής διχαλωτής ενδοπρόθεσης χωρίς παρουσία ενδοδιαφυγής.

Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης γιγαντιαίου ανευρύσματος σπληνικής αρτηρίας, ειδικά σε επείγοντα περιστατικά.



25

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

**Αγγειακής & Ενδαγγειακής
Χειρουργικής-Αγγειολογίας**

**25th Panhellenic Congress of
Vascular and Endovascular Surgery - Angiology**