



Διοργανωτής:



Ελληνική Εταιρεία Σιελογόνων Αδένων

Σε συνεργασία με την  
Β' ΩΡΛ Κλινική ΑΠΘ

Υπό την Αιγίδα της  
ΩΡΛ Εταιρείας Β. Ελλάδος



# 4<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Παθήσεων των Σιελογόνων Αδένων

**28-29** Σεπτεμβρίου 2018  
Ξενοδοχείο LAZART,  
μονή Λαζαριστών  
Θεσσαλονίκη

Προσυνεδριακά Φροντιστήρια: 27 Σεπτεμβρίου 2018

## ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



# Fugentin®

Αμοξικιλίνη-Κλαβουλανικό οξύ

Sachets 1g



Έξυπνος συνδυασμός



[www.elpen.gr](http://www.elpen.gr)

ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία

Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

• Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 74 88 711

• Εθνικής Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459 920-1

Για συνταγογραφικές πληροφορίες, συμβουλευτείτε την ΠΧΠ



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|  |    |
|--|----|
| ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ                                      | 04 |
| ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ                             | 05 |
| ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ                                      | 05 |
| ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ                           | 06 |
| ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ | 13 |
| ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ                         | 17 |
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ                                      | 37 |
| ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ    | 38 |
| ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ                              | 41 |

## ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

### Αγαπητοί συνάδελφοι

Η Ελληνική Εταιρεία Σιελογόνων Αδένων για ακόμα μια φορά διοργανώνει ένα μετεκπαιδευτικό συνέδριο επί των νοσημάτων των σιελογόνων αδένων στην Θεσσαλονίκη στα τέλη του επόμενου Σεπτεμβρίου. Το συνέδριο όπως πάντα θα είναι διεπιστημονικό με συμμετοχή από όλες τις ειδικότητες που εμπλέκονται στην διάγνωση και θεραπεία των νοσημάτων αυτών. Ειδικότερα το επιστημονικό πρόγραμμα απευθύνεται σε Ωτορινολαρυγγολόγους, Γναθοχειρουργούς, Ακτινολόγους, Παιδιάτρους, Πυρηνικούς Ιατρούς, Ογκολόγους κ.α.

Οι βασικοί άξονες του συνεδρίου είναι:

A. να προσφέρει ομαδοποιημένη γνώση σε νέους συναδέλφους ώστε με φροντιστηριακού τύπου παρουσιάσεις να αποκτήσουν σύντομα συνολική άποψη για τα νοσήματα των σιελογόνων αδένων και την σύγχρονη αντιμετώπισή τους.

B. να ωφελήσει ιδιαίτερα τους ελεύθερους επαγγελματίες με πρακτικές λύσεις σε πολλά διαγνωστικά και παρεμβατικά ερωτήματα που μπορούν να λυθούν σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου.

Το συνέδριο θα πραγματοποιηθεί σε μια περιοχή όπου βρίσκεται ένα μνημείο – εικαστικό στολίδι της πόλης, την Μονή Λαζαριστών όπου μπορεί κανείς να επισκεφθεί την περίφημη συλλογή ζωγραφικής Κωστάκη.

Η συμμετοχή όλων σας είναι απαραίτητη για την ανταλλαγή γνώσης και εμπειρίας για ένα όμορφο δημιουργικό διήμερο στην πόλη της Θεσσαλονίκης.

Ο Πρόεδρος του συνεδρίου

**Άγγελος Χατζηαβραμίδης**

Ο Πρόεδρος της ΕΕΣΑ

**Γεώργιος Βελεγράκης**



## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Ελληνικής Εταιρείας Σιελογόνων Αδένων

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| Πρόεδρος:           | <b>Γ. Βελεγράκης</b>     |
| Αντιπρόεδρος:       | <b>Κ. Βαχτσεβάνος</b>    |
| Γενικός Γραμματέας: | <b>Ι. Ιακώβου</b>        |
| Ταμίας:             | <b>Α. Χατζηαβραμίδης</b> |
| Μέλος:              | <b>Ι. Κωνσταντινίδης</b> |
| Πρόεδρος Συνεδρίου: | <b>Α. Χατζηαβραμίδης</b> |

## ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

- Minimal invasive τεχνικές σε επίπεδο ιατρού
- Εγχύσεις βοτουλινικής τοξίνης στους σιελογόνους αδένες
- Ογκολογία των σιελογόνων αδένων
- Σημεία κλειδιά στην Απεικόνιση
- Παθήσεις σιελογόνων αδένων στα παιδιά
- Χειρουργικές τεχνικές βήμα-βήμα (video session)

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Πέμπτη 27/09/2018**

### **Κλινικά Φροντιστήρια**

(Αίθουσα Διδασκαλίας Β' ΩΡΛ Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου)

- 10:00 - 11:00 Κλινικό Φροντιστήριο 1**  
Έγχυση βοτουλινικής τοξίνης στους σιελογόνους αδένες  
Εκπαιδύτρια: **Καραπάντζου Χ.**
- 11:00 - 12:00 Κλινικό φροντιστήριο 2**  
Σιαλενδοσκόπηση  
Εκπαιδευτές: **Χατζηαβραμίδης Α., Κωνσταντινίδης Ιορδ.**
- 12:00 - 13:00 Κλινικό φροντιστήριο 3**  
Μαρσιποποίηση πόρου υπογναθίου αδένα  
Εκπαιδευτές: **Κωνσταντινίδης Ιορδ., Χατζηαβραμίδης Α.**

## Παρασκευή 28/09/2018

(Lazart Hotel)

**09:00 - 10:30 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ**

**10:30-12:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

*Παθήσεις σιελογόνων αδένων στα παιδιά*

Συντονιστής: **Τσακανίκος Μ.**

Προεδρείο: **Κόντζογλου Γ.**

*Υποτροπιάζουσα νεανική παρωτίτιδα*

**Παπαδοπούλου-Αλατάκη Ε.**

*Βατράχιο: ο μύθος του απλού χειρουργείου*

**Αρτόπουλος Μ.**

*Συρίγγιο – κύστη 1ου βραγχιακού τόξου*

**Νικολαΐδης Β.**

*Σιελόρροια στα παιδιά - σύγχρονη αντιμετώπιση*

**Τσακανίκος Μ.**

**12:00 - 12:15 ΔΙΑΛΛΕΙΜΑ – ΚΑΦΕΣ**

**12:15 - 13:45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

*Καλοήθεις όγκοι παρωτίδας*

Συντονιστής: **Δανηλίδης Β.**

Προεδρείο: **Μαραγκουδάκης Π.**

*Σε ποιούς όγκους δεν θα προχωρήσω σε*

*χειρουργική αφαίρεση*

**Δελίδης Α.**

*Ιδιαιτερότητες στην παρωτιδεκτομή*

**Μαγγανάρης Α.**

*Εξωκαψική αφαίρεση όγκων παρωτίδας*

**Κωνσταντινίδης Ιορδ.**

*Υποτροπές καλοηθών όγκων*

**Χατζηαβραμίδης Α.**

**13:45 - 16:00 ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

## 16.00 - 18.00 e-Posters

Προεδρείο: **Βλάχτσης Κ., Οικονομίδης Χ.**  
*«Υπογνάθιος Σιαλογόνος Αδένας»*

## 18:00 - 19:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

### *Σιελολιθίαση*

Συντονιστής: **Καστανιουδάκης Ι.**  
Προεδρείο: **Χατζηωάννου Ι.**

*Σιαλενδοσκοπική αφαίρεση λίθων*  
**Καρατζάνης Α.**

*Συνδυασμένες προσπελάσεις στην σιελολιθίαση με την βοήθεια Σιαλενδοσκόπησης*  
**Χατζηαβραμίδης Α.**

*Ενδοστοματική μαρσιποποίηση του πόρου του υπογνάθιου αδένα*  
**Κωνσταντινίδης Ιορδ.**

*Ενδοσκοπική λιθοτριψία*  
**Δελίδης Α.**

## 19:15 - 19:45 ΔΙΑΛΕΞΗ

Συντονιστές: **Μπιζάκης Ι., Παπαδάς Θ.**

*Βήμα-βήμα προσέγγιση της τυπικής παρωτιδεκτομής*  
**Νικολόπουλος Θ.**

## 19:45 - 20:15 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

**Χατζηαβραμίδης Α.,** Πρόεδρος Συνεδρίου

### **ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ**

*Εκτός των Τειχών: η Άγνωστη Δυτική Θεσσαλονίκη*  
**Βασιλική Καρτσιακλή,** Αρχαιολόγος ΜΑ, Ιδρύτρια του dot2dot

## 20:00 - 20:15 ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ



## Σάββατο 29/09/2018

(Lazart Hotel)

### 09:00 - 10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

*Απεικονιστικές μέθοδοι στις παθήσεις σιελογόνων*

Συντονίστρια: **Γκουτσαρίδου Φ.**

Προεδρείο: **Ιακώβου Ι.**

*Αξονική και μαγνητική τομογραφία*

*στους όγκους παρωτίδας*

**Γκουτσαρίδου Φ.**

*Υπερηχογραφικός έλεγχος μείζονων σιελογόνων αδένων*

**Βελεγράκης Σ.**

*Σπινθηρογράφημα σιελογόνων αδένων*

**Ιακώβου Ι.**

*Κυτταρολογική εκτίμηση*

**Βαλερή Ρ. - Μ.**

### 10:30 - 10:45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ

### 10:45 - 12:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

*Κακοήθεις όγκοι σιελογόνων*

Συντονιστές: **Βελεγράκης Γ., Γιωτάκης Ι.**

*Κακοήθη νεοπλασμάτα παρωτίδας*

**Μάρκου Κ.**

*Μεταστατική νόσος παρωτίδας*

**Μαραγκουδάκης Π.**

*Αποκατάσταση του παραλυτικού προσώπου*

*μετά από χειρουργεία παρωτίδας*

**Κωνσταντινίδης Ι.**

*Διαχείριση τραχήλου σε κακοήθειες σιελογόνων αδένων*

**Τριαρίδης Σ.**

## 12:15 - 13:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εφαρμογών Βοτουλινικής Τοξίνης στην ΩΡΛ

### *Νοσήματα σιελογόνων αδένων και βοτουλινική τοξίνη*

Συντονίστρια: **Κεσίδου Ο.**

Προεδρείο: **Γκέλης Δ.**

*Βοτουλινική τοξίνη στους σιελογόνους αδένες*

**Καραπάντζου Χ.**

*Βοτουλινική τοξίνη για αποκατάσταση προσώπου μετά από βλάβες του προσωπικού νεύρου*

**Αποστολόπουλος Κ.**

*Σύνδρομο Frey (πρόληψη-αντιμετώπιση μετεγχειρητικά)*

**Τσακίροπούλου Ε.**

*Επιπλοκές - προβλήματα από την χρήση βοτουλινικής τοξίνης*

**Αναστασόπουλος Γ.**

## 13:30 - 16:00 ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

## 16:00 - 17:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

*Υπογνάθιος αδένας – Μικροί σιελογόνοι αδένες- Άνω/κάτω γνάθος*

Συντονιστής: **Μαρουδιάς Ν.**

Προεδρείο: **Νταβίλης Δ.**

*Ενδείξεις αφαίρεσης υπογνάθιου αδένου*

**Γιωτάκης Ε.**

*Χειρουργική τεχνική αφαίρεσης υπογνάθιου αδένου*

**Τζιούρης Δ.**

*Διαχείριση των γνάθων σε κακοήθειες των σιελογόνων αδένων*

**Βαχτσεβάνος Κ.**

17:00 - 18:15

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

*Παραφαρυγγικός χώρος, αποκατάσταση ελλειμμάτων με κρημνούς, αποκατάσταση παράλυτου βλεφάρου*

Συντονιστής: **Κωνσταντινίδης Ι.**

Προεδρείο: **Νικολάου Α.**

*Όγκοι παραφαρυγγικού χώρου: από τη διάγνωση στη θεραπεία*

**Βλάχτσος Κ.**

*Αποκατάσταση ελλείμματος μαλακών μορίων-δέρματος μετά από χειρουργική παρωτίδας*

**Χατζηιωάννου Ι.**

*Δυναμική αποκατάσταση παραλυτικού προσώπου με αγγειούμενο κρημνό ισχνού προσαγωγού μυός*

**Οικονομίδης Χ.**

*Αποκατάσταση παραλυτικού βλεφάρου*

**Τζαμάλης Α.**

18:15 - 18:30

**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ**

18:30 - 19:45

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

*Νοσήματα σιελογόνων αδένων*

Συντονιστής: **Παπαδάκης Χ.**

Προεδρείο: **Καραπάντζος Η.**

*Μη λιθιασικές αποφρακτικές παθήσεις*

**Λυγερός Σ.**

*Ξηροστομία: αίτια - αντιμετώπιση*

**Κατωτομιχελάκης Μ.**

*Βιοψία χείλους για τη διάγνωση του συνδρόμου Sjögren*

**Φλώρου Β.**

*Συστηματικά νοσήματα που προσβάλλουν τους σιελογόνους αδένες*

**Οικονομίδης Ι.**

## **Σάββατο 29/09/2018**

(Lazart Hotel)

### **e-Posters**

**09:00 - 14:00**

Προεδρείο: **Δελίδης Α., Κωνσταντινίδης Ιορδ.**  
*«Παρωτίδα»*

**16:00 - 21:00**

Προεδρείο: **Χατζηαβραμίδης Α., Νικολαΐδης Β.**  
*«Μικροί Σιελογόνοι Αδένες, Βοτουλινική τοξίνη –  
εφαρμογή σε παθήσεις σιελογόνων  
και προσωπικού νεύρου»*

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

- Αναστασόπουλος Γ.** Ωτορινολαρυγγολόγος - Χειρουργός Κεφαλής και Τραχήλου, Αθήνα
- Αποστολόπουλος Κ.** Ωτορινολαρυγγολόγος, Συντονιστής Δ/ντής ΩΡΛ Κλινικής, Γ.Ν. Μεσσηνίας
- Αρτόπουλος Α.** Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος, Δ/ντής ΩΡΛ Τμήματος Τραχήλου-Θυρεοειδούς Γενικής Κλινικής και Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
- Βαλερή Ρ.-Μ.** Κυτταρολόγος, Δ/ντρια Κυτταρολογικού Εργαστηρίου, Αντικαρκινικό Ν.Θ. "Θεαγένειο"
- Βαχσεβάνος Κ.** Στοματικός Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Αν. Καθηγητής Α.Π.Θ.
- Βελεγράκης Γ.** Καθηγητής ΩΡΛ Πανεπιστημίου Κρήτης, Δ/ντής ΩΡΛ Κλινικής, Πε.Πα.Γ.Ν. Ηρακλείου, Πρόεδρος Ε.Ε.Σ.Α.
- Βελεγράκης Σ.** Ωτορινολαρυγγολόγος, Ηράκλειο Κρήτης
- Βλάχτσος Κ.** Ωτορινολαρυγγολόγος, Επιμελητής Α' ΩΡΛ Κλινικής, Γ.Ν.Θ. "Παπανικολάου"
- Γιωτάκης Ε. Ι.** Ωτορινολαρυγγολόγος, Επιμελητής Β', Α' ΩΡΛ Κλινική ΕΚΠΑ
- Γιωτάκης Ι.** Καθηγητής ΩΡΛ ΕΚΠΑ, Δ/ντής Β' ΩΡΛ Κλινικής, Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ
- Γκέλης Δ.** Ωτορινολαρυγγολόγος, Ελεύθερος Επαγγελματίας, Κόρινθος
- Γκουσαρίδου Γ.** Ακτινολόγος, Δ/ντρια ΕΣΥ, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη
- Δανιηλίδης Β.** Καθηγητής ΩΡΛ, Δ/ντής Παν/κής ΩΡΛ Κλινικής, Πανεπιστήμιο Πατρών
- Δελίδης Α.** Επ. Καθηγητής ΩΡΛ ΕΚΠΑ
- Ιακώβου Ι.** Αν. Καθηγητής Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ.

**Καραπάντζος Η.**

**Καραπάντζου Χ.**

**Καρατζάνης Α.**

**Καρτσιακλή Β.**

**Καστανιουδάκης Ι.**

**Κατωτομιχελάκης Μ.**

**Κεσίδου Ο.**

**Κόντζογλου Γ.**

**Κωνσταντινίδης Ι.**

**Κωνσταντινίδης Ιορδ.**

**Λυγερός Σ.**

**Μαγγανάρης Α.**

**Μαραγκουδάκης Π.**

**Μάρκου Κ.**

**Μαρουδιάς Ν.**

**Μπιζιάκης Ι.**

Καθηγητής Ανατομικής Σχολών Υγείας, ΑΤΕΙΘ Θεσσαλονίκης  
Ωτορινολαρυγγολόγος, Δ/τρια Μονάδας Facial Rejuvenation,  
ΩΡΛ Πανεπιστημιακή Κλινική, Πανεπιστήμιο LMU,  
Μόναχο, Πρόεδρος ΕΛ.Ε.Μ.Ε.ΒΟ.ΤΟΞ.ΩΡΛ

Επ. Καθηγητής ΩΡΛ, Πανεπιστήμιο Κρήτης  
Αρχαιολόγος ΜΑ, Πιστοποιημένη Ξεναγός,  
Ιδρύτρια του dot2dot

Καθηγητής ΩΡΛ, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρικό Τμήμα,  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Δ/τής ΩΡΛ Κλινικής Π.Γ.Ν.  
Ιωαννίνων

Αν. Καθηγητής ΩΡΛ Δ.Π.Θ., Δ/τής ΩΡΛ Κλινικής, Π.Γ.Ν.  
Αλεξανδρούπολης

Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος, Ελεύθερος Επαγγελματίας,  
Αθήνα

τ. Δ/τής ΩΡΛ Κλινικής, Γ.Ν. "Ίπποκράτειο", Θεσσαλονίκη  
Καθηγητής ΩΡΛ Α.Π.Θ., Δ/τής Α' ΩΡΛ Κλινικής, Π.Γ.Ν.Θ.  
"ΑΧΕΠΑ"

Επ. Καθηγητής ΩΡΛ Α.Π.Θ., Β' ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν.  
"Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Ωτορινολαρυγγολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροπος ΩΡΛ  
Κλινικής, Π.Γ.Ν. Πατρών

Ωτορινολαρυγγολόγος - Χειρουργός Κεφαλής και Τραχήλου,  
Επιμελητής Α', Γ.Ν. "Ίπποκράτειο", Θεσσαλονίκη

Αν. Καθηγητής ΩΡΛ ΕΚΠΑ, Β' ΩΡΛ Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ  
Καθηγητής ΩΡΛ Α.Π.Θ., Δ/τής Β' ΩΡΛ. Κλινικής, Γ.Ν.

"Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Επιστημονικός Συνεργάτης Νοσοκομείου ΥΓΕΙΑ Αθηνών,  
τ. Συντ. Δ/τής ΩΡΛ Κλινικής Γ.Ν. Νέας Ιωνίας-Πατησίων

Καθηγητής ΩΡΛ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Δ/τής ΩΡΛ  
Κλινικής, Π.Γ.Ν. Λάρισας

- Νικολαΐδης Β.** Επ. Καθηγητής ΩΡΛ Α.Π.Θ., Β' ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη
- Νικολάου Α.** Ωτορινολαρυγγολόγος, Συντονιστής Δ/ντής ΩΡΛ Κλινικής, Γ.Ν.Θ "Γ. Παπανικολάου"
- Νικολόπουλος Ν.** Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας ΕΚΠΑ
- Νταβίλης Δ.** Συντονιστής Δ/ντής ΩΡΛ Κλινικής, Νοσ. ΕΛΠΙΣ
- Οικονομίδης Ι.** Ωτορινολαρυγγολόγος, Επιμελητής Β', Νοσ. ΕΛΠΙΣ
- Οικονομίδης Χ.** Ωτορινολαρυγγολόγος, Lausanne CHUV
- Παπαδάκης Χ.** Διδάκτωρ, Συντονιστής Δ/ντής ΩΡΛ Κλινικής, Γ.Ν. Χανίων
- Παπαδάς Θ.** Καθηγητής ΩΡΛ, Πανεπιστήμιο Πατρών
- Παπαδοπούλου-Αλατάκη Κ.** Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Ανοσολογίας Α.Π.Θ., Δ' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη
- Τζαμάλης Α.** Χειρουργός - Οφθαλμίατρος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Β' Οφθαλμολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ. Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη
- Τζιούρης** Ωτορινολαρυγγολόγος, Επιμελητής Β', ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα
- Τριαρίδης Σ.** Αν. Καθηγητής ΩΡΛ Α.Π.Θ., Α' ΩΡΛ Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. "ΑΧΕΠΑ"
- Τσακανίκος Μ.** Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Δ/ντής Χειρουργός Παιδο ΩΡΛ, Ευρωκλινική Παίδων, Αθήνα
- Τσακίροπούλου Ε.** Ωτορινολαρυγγολόγος, Επ. Συνεργάτης Β' ΩΡΛ Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη
- Φλώρου Β.** Ωτορινολαρυγγολόγος παιδών-ενηλίκων, Χειρουργός Κεφαλής και Τραχήλου, Επιμελήτρια Β', Γ.Ν.Θ. "Γ. Γεννηματάς"
- Χατζηαβραμίδης Α.** Ωτορινολαρυγγολόγος, Επιμελητής Α', Δ/ντής ΕΣΥ, Β' ΩΡΛ Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη
- Χατζηγιάννου Ι.** Επ. Καθηγητής ΩΡΛ - Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Π.Γ.Ν. Λάρισας

# Lacto Levure®



№1 προβιοτικό  
στην Ελλάδα\*



## Νέα προοπτική

Συμπλήρωμα διατροφής για την **προστασία**  
και την **αποκατάσταση** της **εντερικής χλωρίδας**

✓ **4 προβιοτικά - 5,5 δισ.** ζωντανά κύτταρα

**Saccharomyces boulardii • Bifidobacterium lactis • Lactobacillus acidophilus • Lactobacillus plantarum**

**1 κάψουλα την ημέρα**

Να μη γίνεται υπέρβαση της συσκευασμένης ημερήσιας δόσης • Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διατροφής • Το προϊόν αυτό δεν προορίζεται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου. Συμβουλευτείτε το γιατρό σας αν είστε έγκυος, θηλάζετε, βρίσκεστε υπό φαρμακευτική αγωγή ή αντιμετωπίζετε πρόβλημα υγείας • Να φυλάσσεται μακριά από τα μικρά παιδιά • Αρ. Τηλεπικοινωνίας ΕΟΦ: 89375/16-12-2011 (ο αριθμός γνωστοποίησης στον ΕΟΦ δεν ενέχει θέση δόσης και κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ)



Pharmaceutical Laboratories S.A.



## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΡΟ.01

#### ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΛΟΒΟΥ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ

**Μ.Μπουραζάνη, Σ.Σαρηβαλάσης, Χ.Περσανίδης, Ν.Παπαδογεωργάκης**  
*Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Ο επικουρικός λοβός της παρωτίδας είναι μια φυσιολογική ανατομική παραλλαγή. Αποτελεί έκτοπο παρωτιδικό ιστό συνήθως αυτόνομο αλλά σε στενή σχέση με τον κυρίως παρωτιδικό αδένα ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις είναι ενωμένος με τον αδένα. Εντοπίζεται συνήθως κοντά στον πόρο της παρωτίδας, επί τα εκτός του μασητήρα. Οι όγκοι της παρωτίδας εντοπίζονται κυρίως στον επιπολής λοβό (80%), αλλά μπορεί να προέρχονται και από τον εν τω βάθει λοβό, τον επικουρικό λοβό καθώς και από τον εκφορητικό της πόρο. Αν και οι όγκοι του επικουρικού λοβού δεν είναι συχνοί, ιστολογικά είναι ίδιοι με αυτούς που προσβάλλουν και την παρωτίδα.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των συχνότερων όγκων του επικουρικού λοβού της παρωτίδας, η διαγνωστική μεθοδολογία και η ενδεδειγμένη θεραπευτική προσέγγιση.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στην εργασία παρουσιάζονται περιπτώσεις ασθενών με όγκους επικουρικού λοβού της παρωτίδας που αντιμετωπίστηκαν στη Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής χειρουργικής του Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός». Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας έγινε μέσω ηλεκτρονικών μηχανών αναζήτησης (Pubmed) με χρήση λέξεων-κλειδιά.

**Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** Στην κλινική μας το χρονικό διάστημα 1996-2018 αντιμετωπίστηκαν 17 κλινικές περιπτώσεις όγκων του επικουρικού λοβού της παρωτίδας. Εξ αυτών οι 16 αφορούσαν καλοήγη όγκο: 12 περιπτώσεις πλειόμορφου αδενώματος, 3 περιπτώσεις λιπώματος και 1 περίπτωση αγγειοϊώματος. Κακοήθης όγκος παρατηρήθηκε σε μία κλινική περίπτωση και αφορούσε βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα. Η χειρουργική αντιμετώπιση έγινε με πρωταία προσπέλαση με υπογνάθια επέκταση και περικαψική εκτομή του όγκου με συναφαίρεση του επικουρικού λοβού. Στην περίπτωση του κακοήθους όγκου ακολούθησε μετεγχειρητική ακτινοβολία. Με μέσο όρο χρόνο παρακολούθησης τα τρία (3) χρόνια δε σημειώθηκε καμία υποτροπή.

## ΡΟ.02

### Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΙΑΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ

**Μ. Μπουραζάνη, Γ. Μητσόπουλος, Χ. Περισανίδης, Ν. Παπαδογεωργάκης**

*Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Η σιαλολιθίαση αποτελεί το αίτιο στο 70-80% των αποφρακτικών νοσημάτων της παρωτίδας. Κλινικά εκδηλώνεται με πόνο και οίδημα, που μπορεί να σχετίζονται χρονικά με τη λήψη τροφής, πυρετό και πιθανώς σχηματισμό αποστήματος. Η διάγνωση τίθεται με βάση την κλινική εικόνα σε συνδυασμό με απεικονιστικές τεχνικές. Η αντιμετώπιση δύναται να είναι συντηρητική, ενδοσκοπική, χειρουργική ή συνδυασμός των δύο. Η επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου εξαρτάται από τη θέση του λίθου, την ύπαρξη φλεγμονής ή στένωσης του παρωτιδικού πόρου καθώς και από τη διαθεσιμότητα ενδοσκοπίου.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των αρχών της χειρουργικής αντιμετώπισης της σιαλολιθίασης του παρωτιδικού αδένου και των πιθανών επιπλοκών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στην εργασία παρουσιάζονται περιπτώσεις ασθενών με σιαλολιθίαση της παρωτίδας και video με την χειρουργική αποκατάσταση από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός». Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας έγινε μέσω ηλεκτρονικών μηχανών αναζήτησης (Pubmed) με χρήση λέξεων-κλειδιά.

**Αποτελέσματα- Συμπεράσματα:** Στην κλινική μας το χρονικό διάστημα 2013-2018 αντιμετωπίστηκαν 16 κλινικές περιπτώσεις με σιαλολιθίαση παρωτίδας. Η χειρουργική αντιμετώπιση αφορούσε αφαίρεση του λίθου με ενδοστοματική προσπέλαση σε 5 περιπτώσεις, με πρωταιία προσπέλαση σε 7 περιπτώσεις και επιπολής μερική παρωτιδεκτομή σε 4 περιπτώσεις. Η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών υπήρξε χωρίς επιπλοκές εκτός μίας περίπτωσης όπου εμφάνισε μετεγχειρητική λοίμωξη μετά από επιπολής μερική παρωτιδεκτομή.

## ΡΟ.03

### ΕΥΜΕΓΕΘΗΣ (ΓΙΓΑΝΤΙΟΣ) ΣΙΑΛΟΛΙΘΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΓΝΑΘΙΟΥ ΣΙΑΛΟΓΟΝΟΥ ΑΔΕΝΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΜΕ ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

**Θ. Αποστολίδης<sup>1</sup>, Ι. Αποστολίδης<sup>2</sup>, Π. Βροχίδης<sup>1</sup>, Λ. Μουρατίδου<sup>1</sup>, Δ. Θεοδωράκης<sup>3</sup>, Θ. Μπαλαμπανίδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Ω.Ρ.Λ. Κλινική Γ.Ν. Κιλκίς

<sup>2</sup> Β' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Γ.Ν. Παπαγεωργίου

<sup>3</sup> Π.Ι. Φαναρίου



**Εισαγωγή:** Η σιαλολιθίαση είναι η δημιουργία λίθων στον εκφορητικό πόρο των σιαλογόνων αδένων. Συνήθης είναι η εντόπιση στον πόρο του υπογναθίου σιαλογόνου αδένα και σπάνια στην παρωτίδα. Στο 75% των περιπτώσεων ο λίθος είναι μονήρης, ενώ ταυτόχρονη παρουσία σιαλολίθων σε περισσότερους σιαλογόνους αδένες είναι σπάνια 3%. Εμφανίζεται με αιφνίδια διόγκωση κατά τη διάρκεια λήψης τροφής, πόνο, πυρετό, ερυθρότητα και πυόρροια από το στόμιο του εκφορητικού πόρου. Η διάγνωση τίθεται κλινικά και επιβεβαιώνεται απεικονιστικά. Η πάθηση αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

**Σκοπός:** Είναι η παρουσίαση μιάς ασθενούς με ευμεγέθη (γιγάντιο) σιαλόλιθο (20X10mm) του υπογναθίου σιαλογόνου αδένα και η αντιμετώπιση της στην κλινική μας.

**Υλικό – Μέθοδος:** Παρουσιάζεται γυναίκα ασθενής 57 ετών που προσήλθε στα τ.ε.π. της Ω.Ρ.Λ. κλινικής με αιφνίδια επώδυνη διόγκωση του αριστερού υπογναθίου σιαλογόνου αδένα κατά τη διάρκεια λήψης τροφής. Από την Ω.Ρ.Λ. κλινική εξέταση με την αμφίχειρη ψηλάφιση διαπιστούται η ύπαρξη σιαλολίθου στον εκφορητικό πόρο του αριστερού υπογναθίου σιαλογόνου αδένα και η εκροή πύου από τον εκφορητικό πόρο αυτού. Συνεστήθει αντιμικροβιακή και αντιφλεγμονώδης φαρμακευτική θεραπεία, απεικονιστικός και εργαστηριακός έλεγχος και επανεξέταση με σκοπό τη χειρουργική αφαίρεση του σιαλολίθου.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής από το ιστορικό έπασχε από στεφανιαία νόσο, αρτηριακή υπέρταση, υπερθυρεοειδισμό και νεφρολιθίαση (δύο επεμβάσεις λιθοθρυσίας). Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Ο απεικονιστικός έλεγχος (ακτινογραφία και υπερηχογράφημα) επιβεβαίωσε την ύπαρξη σιαλολίθου. Η ασθενής με τοπική αναισθησία υποβλήθηκε σε ενδοστοματική αφαίρεση ενός γιγαντιαίων διαστάσεων σιαλολίθου.

**Συμπεράσματα:** Όταν ο σιαλόλιθος εντοπίζεται στον πόρο του υπογναθίου σιαλογόνου αδένος, τότε η διάγνωση γίνεται κλινικά και επιβεβαιώνεται απεικονιστικά, αλλά και η αφαίρεση μόνο του σιαλολίθου διενεργείται ενδοστοματικά. Εάν όμως ο σιαλόλιθος εντοπίζεται στο παρέγχυμα του υπογναθίου, τότε γίνεται εξωτερική προσπέλαση και αφαίρεση ολόκληρου του υπογναθίου σιαλογόνου αδένος.

## ΡΟ.04

### ΣΙΑΛΟΚΥΣΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΥΠΟΓΝΑΘΙΟΥ ΑΔΕΝΑ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ LASER CO<sub>2</sub>

**A. Ζαράχη, I. Κόμονος, Αικ. Λιανού, Γ. Αργύρης, I. Καστανιουδάκης**

*Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική*

**Εισαγωγή:** Η σιαλοκύστη αποτελεί σχετικά σπάνια μετεγχειρητική επιπλοκή μετά από αφαίρεση υπογναθίου αδένου.

**Σκοπός:** Η περιγραφή της αντιμετώπισης σιαλοκύστης, ως επιπλοκής μετά από αφαίρεση υπογναθίου αδένου σε ασθενή με υποτροπιάζουσα σιαλαδενίτιδα, με τη χρήση laser CO<sub>2</sub>.

**Υλικό:** Γυναίκα ηλικίας 65 ετών με ιστορικό αφαιρεθέντος υπογναθίου αδένου αριστερά, λόγω χρόνιας υποτροπιάζουσας σιαλαδενίτιδας, εμφάνισε υποτροπή, (διόγκωση στην υπογνάθια περιοχή αριστερά με συνοδή εκροή σιέλου από το κατώτερο σημείο της τομής της προηγηθείσας αφαίρεσης του υπογναθίου αδένου).

**Μέθοδος:** Για την αντιμετώπιση της προαναφερθείσας επιπλοκής η ασθενής υπεβλήθη σε νέα επέμβαση διερευνητική, (έλεγχος της απολίνωσης του πόρου του υπογναθίου αδένου). Έγινε νέα απολίνωση του κολοβώματος του υπογναθίου και ακολούθησε σύγκλιση της τομής. Παρά ταύτα η ασθενής εμφάνισε νέα υποτροπή. Σε αξονική τομογραφία, αναδείχθηκε σιαλοκύστη στο έδαφος της στοματικής κοιλότητας, που επικοινωνεί με περιχαρακωμένη συλλογή στην ανατομική θέση του αριστερού υπογναθίου. Υπό γενική αναισθησία, έγινε διάνοιξη της σιαλοκύστης και μαρσιποποίηση προς το έδαφος στόματος, με χρήση laser CO<sub>2</sub>.

**Αποτελέσματα:** Η τελική αντιμετώπιση της σιαλοκύστης με μαρσιποποίησή της στο έδαφος του στόματος, με χρήση laser CO<sub>2</sub>, έδωσε άριστα αποτελέσματα, χωρίς έκτοτε να σημειωθεί υποτροπή.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση Laser CO<sub>2</sub> αποδείχτηκε λίαν αποτελεσματική για την αντιμετώπιση σιαλοκύστης, ως επιπλοκής, μετά την αφαίρεση υπογναθίου αδένου λόγω χρόνιας υποτροπιάζουσας σιαλαδενίτιδας, παρέχοντας πλήρη ίαση.

## PO.05

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΙΑΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΡΟΥ ΤΟΥ ΥΠΟΓΝΑΘΙΟΥ ΑΔΕΝΑ ΜΕ ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

**M. Μπουραζάνη, E. Καλφαρέντζος, X. Περισανίδης,**

**N. Παπαδογεωργάκης**

*Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Η σιαλολιθίαση αποτελεί το 10-30% των παθήσεων των σιαλογόνων αδένων. Η σιαλολιθίαση του υπογναθίου σιαλογόνου αδένου αφορά το 80-90% των περιπτώσεων σιαλολιθίασης. Κλινικά εκδηλώνεται με πόνο και οίδημα, που μπορεί να σχετίζονται χρονικά με τη λήψη τροφής, πυρετό και πιθανώς



σχηματισμό αποστήματος. Η διάγνωση τίθεται με βάση την κλινική εικόνα σε συνδυασμό με απεικονιστικές τεχνικές. Η αντιμετώπιση δύναται να είναι συντηρητική, ενδοσκοπική ή χειρουργική. Η επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου εξαρτάται από τη θέση και το μέγεθος του λίθου, τη συμπτωματολογία καθώς και από τη διαθεσιμότητα ενδοσκοπίου.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των αρχών της χειρουργικής αντιμετώπισης της σιαλολιθίασης του πόρου του υπογνάθιου σιαλογόνου αδένου με ενδοστοματική προσπέλαση.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στην εργασία παρουσιάζεται κλινική περιπτωση με επίδειξη video της ενδοστοματικής χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενούς με σιαλολιθίαση του πόρου του υπογνάθιου από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής χειρουργικής του Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός». Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας έγινε μέσω ηλεκτρονικών μηχανών αναζήτησης (Pubmed) με χρήση λέξεων-κλειδιά.

**Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** Η ενδοστοματική προσπέλαση αποτελεί μια αποτελεσματική τεχνική για την αφαίρεση λίθων που εντοπίζονται στο άνω ένα τρίτο του πόρου και ιδίως όταν είναι ψηλαφητοί κλινικά. Στην κλινική περίπτωση που παρουσιάζεται πραγματοποιήθηκε αφαίρεση του λίθου με ενδοστοματική προσπέλαση χωρίς την παρουσία επιπλοκών και με φυσιολογική λειτουργία του αδένου κατά το follow up το επόμενο έτος.

## ΡΟ.06

### ΕΥΜΕΓΕΘΟΣ ΠΛΕΙΟΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Ι. Ξάνθου, Αικ. Ρίζου, Κ. Δινάκη, Ι. Πέτρου, Α. Ζήση, Ι. Κωνσταντινίδης**  
ΑΏΡΛ Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Το πλειόμορφο αδένωμα αποτελεί το συχνότερο καλοήγη όγκο των σιελογόνων αδένων και έχει τη μορφή μιας ανώδυνης αργά αυξανόμενης μάζας. Κατά την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει περιορισμένος αριθμός ασθενών με μεγάλοι μεγέθους όγκους παρωτίδας που ξεπερνούν κατά την επιμήκη διάμετρο τα δέκα εκατοστά, με αναφορές έως και 35 εκατοστά. Στις περισσότερες περιπτώσεις το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο σε συνδυασμό με την αμέλεια ή άρνηση του ασθενούς για χειρουργική αντιμετώπιση έχει ως αποτέλεσμα την παραμονή όγκων μέχρι και 20 με 40 έτη, με συνέπεια την αύξηση της πιθανότητας κακοήθους εξαλλαγής. Η επιπολής και σε μερικές περιπτώσεις εν τω βάθει παρωτιδεκτομή, με συναφαίρεση του όγκου, και

διατήρηση του προσωπικού νεύρου, αποτελεί τη συνήθη χειρουργική τεχνική.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με ευμεγέθη όγκο παρωτίδας από επταετίας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Θήλυ ασθενής 58 ετών με μόρφωμα δεξιάς παρωτίδας, συμβατό με εικόνα πλειομόρφου αδενώματος από τον απεικονιστικό και κυτταρολογικό έλεγχο. Υποβλήθηκε σε εξωκαψική αφαίρεση του όγκου υπό γενική αναισθησία.

**Αποτελέσματα:** Η ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε πλειόμορφο αδένωμα διαστάσεων: 10x6,5x4,5 εκατοστά. Το μετεγχειρητικό αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα μετά δέκα μήνες είναι άριστο, χωρίς σημεία δυσλειτουργίας του προσωπικού νεύρου και κλινικών ή ακτινολογικών στοιχείων υποτροπής.

**Συμπεράσματα:** Με βάση το παρόν περιστατικό είναι δυνατή η αξιολόγηση της συμπεριφοράς του πλειομόρφου αδενώματος της παρωτίδας κατά την πολυετή εξέλιξη του. Ακόμη και στην περίπτωση της μη κακοήθους εξαλλαγής, η επακόλουθη αισθητική παραμόρφωση, η κοινωνική αποξένωση και η ψυχολογική επιβάρυνση του ασθενούς επαρκούν στο να επιβεβαιώσουν την αναγκαιότητα της έγκαιρης αφαίρεσης του όγκου.

## PO.07

### ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΩΝ ΣΙΑΛΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Χ. Κωνσταντινίδης, Π. Κριεζή, Χ. Χαρίσης**

*Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Το καρκίνωμα των σιαλικών πόρων είναι μια σπάνια κακοήθεια. Αντιπροσωπεύει το 1-3% των κακοήθων νεοπλασιών των σιελογόνων αδένων. Το 85% εμφανίζεται στην παρωτίδα, ενώ το 20% αναπτύσσεται σε έδαφος πλειομόρφου αδενώματος. Απαντάται συχνότερα σε άνδρες (3:1), μεταξύ 60-70 ετών. Χαρακτηρίζεται από επιθετική συμπεριφορά, πρώιμες μεταστάσεις, τοπική υποτροπή και σημαντική θνησιμότητα.

**Σκοπός:** Στόχο μας αποτελεί η παρουσίαση της χειρουργικής και συνολικής αντιμετώπισης ενός σπάνιου περιστατικού καρκινώματος των σιαλικών πόρων.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Γυναίκα 81 ετών παρουσιάστηκε με ανώδυνη σκληρή διόγκωση δεξιάς παρωτίδας από 6μήνου. Η CT κατέδειξε ένα μεικτής σύστασης όγκο παρωτίδας, χωρίς παρουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων.

Η ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Διεγχειρητικά αναγνωρίστηκε ένας



καλά περιγεγραμμένος οζώδης κιτρινόφαιος όγκος. Η ταχεία βιοψία ανέδειξε πλειόμορφο αδένωμα με πιθανότητα και για χαμηλής κακοήθειας παρωτιδικό νεόπλασμα.

Αποφασίστηκε εκτεταμένη επιπολής παρωτιδεκτομή με συναφαίρεση των περιπαρωτιδικών λεμφαδένων. Το προσωπικό νεύρο αναγνωρίστηκε, δεν διηθείτο και διατηρήθηκε. Η ασθενής αφυπνίστηκε ευχερώς, χωρίς δυσλειτουργία προσωπικού. Εξήλθε τη 2η μετεγχειρητική ημέρα. Με βάση την ιστολογική υποβλήθηκε σε συμπληρωματική ακτινοθεραπεία.

**Αποτελέσματα:** Η τελική βιοψία κατέδειξε ένα καρκίνωμα των σιαλικών πόρων, διαμέτρου 4,7cm, με μικρή εστία μικτού όγκου της παρωτίδας. Η αφαίρεση έγινε σε υγιή όρια, ενώ οι 9 αφαιρεθέντες λεμφαδένες ήταν ελεύθεροι μεταστατικής νόσου.

**Συμπεράσματα:** Το καρκίνωμα των σιαλικών πόρων είναι σπάνιο νεόπλασμα. Η ακτινολογική εικόνα δεν είναι τυπική, ενώ η ταχεία βιοψία και η FNA δεν είναι επιβοηθητικές. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα και τις μεταστάσεις αδενοκαρκινώματος του μαστού. Η υποτροπή υπολογίζεται στο 65%. Συνιστάται επικουρική ακτινοθεραπεία, ενώ χημειοθεραπεία εφαρμόζεται σε περιπτώσεις περινευρικής διήθησης και παρουσίας μεταστάσεων.

## ΡΟ.08

### ΔΙΟΓΚΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ ΑΠΟ ΕΚΤΟΠΟ ΣΙΕΛΟΓΟΝΟ ΑΔΕΝΑ

**Σ. Παρασκευαΐδου, Ν. Μπάτζιου, Αικ. Κωνσταντινίδου, Β. Ζαχαριά, Η. Καρασμάνης, Α. Μαγγανάρης**

*ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ*

**Εισαγωγή:** Η παρουσία έκτοπου σιελογόνου αδένου στην τραχηλική χώρα θεωρείται ιδιαίτερα σπάνια. Συνήθως εντοπίζεται σε περιπαρωτιδικούς λεμφαδένες στην ανώτερη τραχηλική χώρα ή κατά μήκος του προσθίου χείλους του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός. Επικρατέστερες θεωρίες για την παρουσία έκτοπου σιελογόνου αδένου στον τράχηλο είναι: η ανάπτυξη καλοήθων και κακοήθων όγκων από έκτοπο σιελογόνο αδένου μέσα σε βραγχιακές κύστεις, ή ο εγκλωβισμός παρωτιδικού ιστού σε περιπαρωτιδικούς και ανώτερους τραχηλικούς λεμφαδένες.

**Σκοπός:** Στην παρούσα μελέτη περιγράφεται η διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπιση τριών περιστατικών που παρουσίασαν καλοήθεις όγκους σε έκτοπο σιελογόνο αδένου στην πρόσθια τραχηλική χώρα.

**Υλικό και Μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη περιστατικών με ασυμπτωματική πλάγια τραχηλική διόγκωση που παρουσιάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία της Ω.Ρ.Λ. Κλινικής από Μάιο 2010 έως Μάιο 2018. Στο πρώτο περιστατικό ο όγκος εμφανίστηκε σε άντρα καπνιστή, ηλικίας 52 ετών, και εντοπιζόταν στην αριστερή τραχηλική χώρα (Level II). Στα άλλα δύο περιστατικά, γυναίκες 67 και 52 ετών, ο όγκος εντοπίστηκε στο πρόσθιο χείλος του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός (Level III), μέγιστης διαμέτρου 4 εκ και 2 εκ αντίστοιχα.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Η ιστοπαθολογική έκθεση επιβεβαίωσε την παρουσία κυσταδενολεμφώματος σε έκτοπο σιελογόνο αδένα στον πρώτο ασθενή και παρουσία πλειόμορφου αδενώματος στους άλλους δύο. Τα περιστατικά αντιμετωπίστηκαν με απλή αφαίρεση της τραχηλικής διόγκωσης, η οποία έθεσε την οριστική διάγνωση. Κανένας εκ των ασθενών δεν εμφάνισε προεγχειρητικά κάποια κλινική ή απεικονιστική αλλοίωση των μείζονων σιελογόνων αδένων. Τα νεοπλάσματα από έκτοπο σιελογόνο αδένα, παρ' όλη τη βιβλιογραφικά τεκμηριωμένη σπανιότητά τους, πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση των ασυμπτωματικών πλάγιων τραχηλικών διογκώσεων.

## PO.09

### ΠΟΣΟ ΑΚΡΙΒΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΙΝΑΙ Η ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΔΙΑ ΛΕΠΤΗΣ ΒΕΛΟΝΗΣ (FNA) ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ;

**N. Μπάτζιου, E. Τούλη, Σ. Παρασκευαΐδου, Θ. Μανδραλή, H. Καρασμάνης, A. Σκούρας, A. Μαγγανάρης**

*ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ*

**Εισαγωγή:** Η παρακέντηση δια λεπτής βελόνης FNA (fine needle aspiration) αποτελεί απλή, ταχεία και χαμηλού κόστους μέθοδο, που χρησιμοποιείται διαγνωστικά στη διερεύνηση όγκων κεφαλής και τραχήλου.

**Σκοπός:** Η εργασία στοχεύει στην εκτίμηση της ακρίβειας της FNA στη διάγνωση κακοήθειας.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα αναδρομικής μελέτης 118 ασθενών, που εξετάστηκαν με FNA και αντιμετωπίστηκαν στην Ω.Ρ.Λ. Κλινική, στο διάστημα 20/1/10 - 30/7/18. Εκτιμήθηκαν τα περιγραφικά στατιστικά βασικών επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών (φύλο, ηλικία, περιοχή διόγκωσης).

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι 61% των ασθενών ήταν άνδρες και 39% γυναίκες. Η μέση ηλικία τους (μέσος±τυπ.απόκλιση) ήταν 58,67±16,33 έτη, ενώ η διάμεσος τιμή 60 έτη.





52,6% των ασθενών εμφάνισαν διόγκωση δεξιάς παρωτίδας, 43% αριστερής, ενώ 4,4% αμφοτερόπλευρα.

Η εξέταση FNA δεν έδειξε κακοήθεια στο 86,9% των ασθενών, με συχνότερο το πλειόμορφο αδένωμα (21,2%) και το Warthin (15,3%), ενώ στο 13,1% προκύπτει κακοήθεια, με συχνότερο το αδενοκυψελιδικό καρκίνωμα (8,5%). Στο 16,1% των ασθενών, το κυτταρολογικό δείγμα ήταν μη επαρκές. Αντίστοιχα, η ιστολογική εξέταση έδειξε κακοήθεια στο 16,1%, με συχνότερο το βλεννοεπιδερμοειδές, το πλακώδες και το λεμφοεπιθηλιακό καρκίνωμα (4,2%, αντίστοιχα) και καλοήθεια στο 83,9%, με συχνότερο το Warthin (28,8%) και το πλειόμορφο αδένωμα (22,9%). Η ευαισθησία της FNA εκτιμήθηκε σε 53,8% (ικανότητα της FNA να αναγνωρίζει σωστά ασθενείς με κακοήθεια με βάση την ιστολογική εξέταση αναφοράς) ενώ η ειδικότητά της σε 93% (ικανότητα της FNA να αναγνωρίζει σωστά ασθενείς χωρίς κακοήθεια). 16,1% των ασθενών έδειξε ασαφές ανεπαρκές δείγμα, εκ των οποίων 31,6% ιστολογικά είχαν κακοήθεια, ενώ το 68,4% καλοήθεια.

## ΡΟ.10

### ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΣΤΟ ΥΠΟΓΝΑΘΙΟ ΤΡΙΓΩΝΟ, ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

**Ε. Τούλη, Αικ. Κωνσταντινίδου, Ν. Μπάτζιου, Δ. Αβουζουκλίδου, Η. Καρασμάνης, Α. Μαγγανάρης**

*ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ*

**Εισαγωγή:** Οι μονήρεις τραχηλικές διογκώσεις με εντόπιση στο υπογνάθιο τρίγωνο αποτελούν συχνό σύμπτωμα φλεγμονωδών παθήσεων και καλοήθων βλαβών, ενώ σπανιότερα εμφανίζονται σε έδαφος κακοήθων εξεργασιών.

**Σκοπός:** Στην παρούσα εργασία περιγράφουμε δύο περιστατικά λεμφώματος που παρουσιάστηκαν ως αιφνίδια διογκωση στο υπογνάθιο τρίγωνο.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Δύο ασθενείς, ηλικίας 32 και 39 ετών, προσήλθαν στην ΩΡΛ κλινική σε χρονικό διάστημα 2 μηνών, με αιφνίδια διογκωση στο υπογνάθιο τρίγωνο, από 2μήνου και από 3 εβδομάδων αντιστοίχως. Μετά από ενδελεχή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο πραγματοποιήθηκε απεικονιστική μελέτη με αξονική τομογραφία τραχήλου και στη συνέχεια παρακέντηση δια λεπτής βελόνης. Λόγω μη επαρκούς διαγνωστικού αποτελέσματος διενεργήθηκε πλήρης χειρουργική εκτομή του όγκου.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Η κλινική εξέταση κατέδειξε, σε αμφοτέρους τους ασθενείς, μονήρες, εκκίνητο, ανώδυνο μórφωμα στην περιοχή του υπογνάθιου τριγώνου, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος κυμαινόταν στα όρια του φυσιολογικού. Η απεικονιστική μελέτη επιβεβαίωσε την παρουσία μορφώματος

στο υπογνάθιο τρίγωνο, χωρίς σαφή διαχωρισμό του από τον ιστό του υπογνάθιου σιελογόνου αδένου. Δια μέσου της παρακέντησης δια λεπτής βελόνης δεν ανευρέθησαν στοιχεία ενδεικτικά κακοήθειας, ενώ η εξέταση κρίθηκε διαγνωστικά ανεπαρκής. Ακολούθησε χειρουργική εκτομή του μορφώματος, όπου διεγχειρητικά διεγνώσθη ως λεμφαδενική βλάβη, με επακόλουθη πλήρη αφαίρεση του προσβεβλημένου λεμφαδένα. Από την ιστοπαθολογική εξέταση προέκυψε η διάγνωση του λεμφώματος Hodgkin κλασσικού τύπου, υποτύπου μικτής κυτταροβρίθειας, και του διάχυτου μη Hodgkin λεμφώματος από μεγάλα και μεσαίου μεγέθους λεμφοειδή κύτταρα Β κυτταρικής αρχής αντιστοιχώς. Η εν λόγω χειρουργική αντιμετώπιση κρίθηκε απαραίτητη ως διαγνωστικό και όχι ως θεραπευτικό μέσο αντιμετώπισης της υποκείμενης παθολογίας, ενώ οι ασθενείς παραπέμφθηκαν μετεγχειρητικά σε ειδικό αιματολόγο για περεταίρω παρακολούθηση και θεραπεία.

## ΡΟ.11

### ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΟΓΚΩΝ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΠΑΡΩΤΙΔΕΚΤΟΜΗΣ

**Ε. Τούλη, Ν. Μπάτζιου, Ι. Σφακιανάκη, Θ. Μανδραλή, Α. Μαγγανάρης, Α. Σκούρας, Η. Καρασμάνης**

*ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ*

**Εισαγωγή:** Οι παρωτιδικοί όγκοι αποτελούν τους συχνότερους όγκους των σιελογόνων αδένων. Λόγω της αυξημένης συχνότητας τους η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση τους καθίσταται αναγκαία.

**Σκοπός:** Αναδρομική μελέτη των παρωτιδικών όγκων που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην ΩΡΛ κλινική του Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειου τα έτη 2013-2017.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Συνολικά χειρουργήθηκαν 67 ασθενείς, 37 άνδρες (μέσος όρος ηλικίας τα 58,7 έτη) και 30 γυναίκες (μέσος όρος ηλικίας τα 54,7 έτη). Ένα περιστατικό παρουσίαζε όγκο αμφοτερόπλευρα. Προεγχειρητικά έγινε σε όλους τους ασθενείς βιοψία δια λεπτής βελόνης ενώ η διάγνωση επιβεβαιώθηκε από την ιστολογική εξέταση. Διενεργήθηκε ολική ή επιπολής παρωτιδεκτομή με χρήση νευροδιεγέρτη και διατήρηση του προσωπικού νεύρου, εκτός μιας περιπτώσεως διηθήσεως και αφαιρέσεως αυτού.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Από τους 67 ασθενείς στους 11 (16,4%) διεγνώσθη κακοήθης βλάβη (4 άνδρες, 7 γυναίκες) εκ των οποίων: 5 καρκινώματα από πλακώδη κύτταρα, 2 καρκινώματα σε έδαφος πλειόμορφου αδενώματος, 2 βλεννοεπιδερμικά καρκινώματα, 1 εξωλεμφαδενικό λέμφωμα οριακής ζώνης



και 1 κυψελιδικό καρκίνωμα. Σε 56 ασθενείς ανεβρέθηκε καλοήθης βλάβη (32 άνδρες, 24 γυναίκες) με πρώτο σε συχνότητα τον όγκο του Warthin (30 ασθενείς, 67,6% των ανδρών) και δεύτερο το πλειόμορφο αδένωμα (19 ασθενείς, 46,7% των γυναικών). 3 ασθενείς έπασχαν από χρόνια σκληρυντική σιαλαδενίτιδα, 1 από πολυοζώδες ογκοκύττωμα και 1 από λίπωμα παρωτίδας. Μετεγχειρητικά 3 ασθενείς παρουσίασαν σιελοχόο συρίγγιο, 3 ασθενείς προσωρινή πάρεση του προσωπικού νεύρου με πλήρη αποδρομή εντός 12 εβδομάδων μετά από χορήγηση κορτικοστεροειδών και 1 ασθενής μόνιμη πάρεση. Τα αποτελέσματα της αναδρομικής αυτής μελέτης επιβεβαιώνουν τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

## ΡΟ.12

### Η ΧΡΗΣΗ ΑΛΛΟΓΕΝΟΥΣ ΑΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣ ΑΠΟΦΥΓΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ FREY ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΩΤΙΔΕΚΤΟΜΗ

**Ι. Αντωνιάδης, Α. Χατζηαβραμίδης, Μ. Κασάπη, Ε. Τζώη, Σ. Σολδάτου, Ν. Τζέλλος, Κ. Μάρκου**

*Β' Ωτορινολαρυγγολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Α.Π.Θ.,  
Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Το ωτοκροταφικό σύνδρομο ή όπως είναι ευρέως γνωστό σύνδρομο Frey αποτελεί μία σχετικά συχνή επιπλοκή μετά από παρωτιδεκτομή. Συνίσταται στην εκδήλωση ερυθρότητας και έντονης εφίδρωσης στην παρωτιδική χώρα κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφορες τεχνικές προς αποφυγή του συνδρόμου όπως μύικοί κρημνοί και μοσχεύματα με τις αναμενόμενες επιπλοκές που μπορεί να επιφέρουν. Αντικείμενο της εργασίας είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων μετά την εφαρμογή του ακυτταρικού δερματικού πλέγματος ως προς την εμφάνιση ή μη του συνδρόμου Frey σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε παρωτιδεκτομή.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναδείξει την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, των ακυτταρικών δερματικών πλεγμάτων ως προς την πρόληψη εμφάνισης συνδρόμου Frey.

**Υλικό και Μέθοδος:** Συνολικά παρουσιάζονται 7 ασθενείς της Β' Πανεπιστημιακής ΩΡΛ Κλινικής, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε επιπολής και ολική παρωτιδεκτομή στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου κατά τα έτη 2014-2017. Κριτήρια τοποθέτησης του πλέγματος ήταν η εκτεταμένη παρασκευή του προσωπικού νεύρου, η αφαίρεση μεγάλου τμήματος παρωτιδικού ιστού καθώς και η γενική κατάσταση του δερματικού κρημνού. Η περίοδος παρακολούθησης των ασθενών ήταν κατ'

ελάχιστο το ένα έτος και κατά μέσο όρο τα 2,5 έτη. Ο έλεγχος παρουσίας Frey έγινε με διενέργεια Minor test στους 6 και 12 μήνες μετεγχειρητικά.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια παρακολούθησης των ασθενών η μετεγχειρητική τους πορεία ήταν ανεπίπλεκτη χωρίς την εμφάνιση συνδρόμου Frey. Η λειτουργικότητα του προσωπικού νεύρου καθώς και η κατάσταση του δερματικού κρημνού παρέμεινε σε άριστη κατάσταση καθ' όλη τη διάρκεια της μετεγχειρητικής παρακολούθησης.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση του ακυτταρικού δερματικού πλέγματος αποτελεί μία εύκολη, γρήγορη και αποτελεσματική μέθοδο προς αποφυγή του συνδρόμου Frey σε ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν είτε σε ολική είτε σε επιπολής παρωτιδεκτομή και κρίνονται ως υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξή του. Παράλληλα συμβάλλει στην καλύτερη αισθητική αποκατάσταση της περιοχής.

## ΡΟ.13

### ΣΥΝΔΡΟΜΟ FREY ΚΑΙ ΒΟΤΟΥΛΙΝΙΚΗ ΤΟΞΙΝΗ Α – Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΣΓΠΧ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΑΠΘ

I. - Σ. Αστρείδης, Κ. Παρασκευόπουλος, Μ. Βαφειάδου, Κ. Βαχτσεβάνος, Κ. Αντωνιάδης

*Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Η βοτουλινική τοξίνη Α (BTX A) είναι ευρέως γνωστή για τις κοσμητικές της εφαρμογές. Παρολαυτά, είναι πολύ συχνή πλέον η αναφορά στη βιβλιογραφία για τις μη κοσμητικές εφαρμογές. Μία από αυτές αφορούν στην αντιμετώπιση του συνδρόμου Frey. Το σύνδρομο αυτό συνιστά την πρωτειαία εφίδρωση κατά τη θέαση ή λήψη τροφής μετά από επέμβαση παρωτιδεκτομής και ένας τρόπος αντιμετώπισης είναι η έγχυση BTX στις περιοχές εφίδρωσης.

**Σκοπός:** Σκοπός της ανακοίνωσης αυτής είναι να καταθέσει την εμπειρία της ΣΓΠΧ κλινικής του ΑΠΘ στην αντιμετώπιση του σ. Frey τα τελευταία 3 χρόνια από 01/01/2016 μέχρι και 20/08/2018.

**Μέθοδος – Υλικά:** Από τον 01/2016 μέχρι και 20/08/2018 διενεργήθηκαν 65 παρωτιδεκτομές στην κλινική μας. Σύνδρομο Frey ανέπτυξαν 3 ασθενείς (4,61%) και όλοι αντιμετωπίστηκαν με εγχύσεις BTX με την καθοδήγηση του Minor test. (χρωματική αντίδραση ιδρώτα με ιωδιούχο ποβιδόνη και άμυλο).

**Αποτελέσματα:** Και οι 3 ασθενείς (100%) απαλλάχθηκαν από το σ. Frey μέσα σε διάστημα 8-19 μηνών, επιβεβαιωμένο τόσο υποκειμενικά όσο και αντικειμενικά (Minor test).

**Συμπεράσματα:** Η βιβλιογραφία αναδεικνύει τον θεραπευτικό ρόλο του BTX σε

πλειάδα μη κοσμητικών καταστάσεων. Η προσωπική μας εμπειρία στο σ. Frey επιβεβαιώνει την αναδυόμενη αυτή εφαρμογή ως μια άκρως αποτελεσματική λύση.

#### ΡΟ.14

### ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΥΠΟΓΝΑΘΙΟ ΣΙΕΛΟΓΟΝΟ ΑΔΕΝΑ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2014-2018

Ζ. Κεσόγλου, Σ. Σωτηρούδη, Ι. Σκούμπας, Δ. Καρατζόγλου, Κ. Βλάχτσης  
*ΩΡΛ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Ν.Θ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»*

**Εισαγωγή:** Οι συχνότερες αιτίες χειρουργικών επεμβάσεων στους υπογνάθιους σιελογόνους αδένες είναι οι σιαλαδενίτιδες (λιθίαση, φλεγμονή, διαπύηση). Ακολουθούν οι καλοήθεις όγκοι (συχνότερα μικτός όγκος) και οι κακοήθεις όγκοι (συχνότερα αδενοκυστικό και βλεννοεπιδερμοειδές).

**Σκοπός:** Η παρουσίαση των περιστατικών με διόγκωση υπογνάθιων σιελογόνων αδένων που διαγνώστηκαν και αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας με αφαίρεση του αδένα κατά τα έτη 2014-2018.

**Υλικό και Μέθοδος:** Διενεργήθηκε αναδρομική ανάλυση των περιπτώσεων κατά το χρονικό διάστημα 2014-2018, που υποβλήθηκαν σε αφαίρεση του υπογναθίου σιελογόνου αδένα. Συνολικά ήταν 31 ασθενείς. Η μέση ηλικία ήταν 53,7 έτη (21-74 χρονων), 20 άνδρες και 11 γυναίκες. Η χρόνια σιαλαδενίτιδα και η σιαλολιθίαση αποτέλεσαν 68,9% των περιστατικών. Ο μικτός όγκος και ο όγκος του Warthin 17,2%. Επίσης ανευρέθηκαν ένα εκτεταμένο αδενοκυστικό καρκίνωμα, ένα λίπωμα, σβάνωμα, κύστη και λέμφωμα Hogkin.

**Αποτελέσματα:** Δεν εμφανίστηκαν μείζονες επιπλοκές σε κανένα από τα περιστατικά. Σε 5 ασθενείς παρατηρήθηκε παροδική πάρεση του επιχειλίου κλάδου του προσωπικού νεύρου, η οποία υποχώρησε εντός λίγων ημερών (μέγιστο 30 ημέρες). Σε 2 ασθενείς εμφανίστηκε διαπύηση τραύματος και συλλογή (η οποία υποχώρησε συντηρητικά). Ένα από τα περιστατικά εμφάνισε κοκκίωμα χειρουργικού τραύματος το οποίο αφαιρέθηκε χειρουργικά.

**Συμπεράσματα:** Η συχνότερη αιτία επεμβάσεων στους υπογνάθιους σιελογόνους αδένες είναι η λιθίαση και οι υποτροπιάζουσες σιελαδενίτιδες. Χρειάζεται καλή γνώση της χειρουργικής ανατομικής, λόγω γειννίας του αδένα με 3 νεύρα, καθώς και τα αγγεία της περιοχής, για αποφυγή επιπλοκών.

## ΡΟ.15

### ΠΑΡΩΤΙΔΕΚΤΟΜΗ. Η ΕΞΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΩΡΛ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν.Θ., Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ” 2013-2018

Σ. Σωτηρούδη, Ζ. Κεσόγλου, Κ. Γερονάτσιος, Ι. Μπεσλή, Κ. Βλάχτσης  
*ΩΡΛ ΚΛΙΝΙΚΗ, Γ.Ν.Θ «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»*

**Εισαγωγή:** Η παρωτιδεκτομή είναι μια χειρουργική επέμβαση η οποία διενεργείται σε καλοήθεις και κακοήθεις όγκους της παρωτίδας. Διακρίνεται στην τμηματική (εξωκαψική) επιπολής, την επιπολής και την ολική παρωτιδεκτομή.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση των περιστατικών που υποβλήθηκαν σε παρωτιδεκτομή στην κλινική μας την τελευταία εξαετία.

**Υλικό και Μέθοδος:** Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη των περιπτώσεων κατά το χρονικό διάστημα 2013-2018, που υποβλήθηκαν σε παρωτιδεκτομή (137 ασθενείς).

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία ήταν 56 έτη (16-91), 88 άνδρες και 49 γυναίκες, ενώ η αναλογία ανδρών γυναικών ήταν 1,7:1. Ο μικτός όγκος και όγκος του Warthin (104 περιστατικά) αποτέλεσαν το 75,9% των περιστατικών. Το 12,4% των όγκων ήταν κακοήθεις. Στην πλειοψηφία των περιστατικών πραγματοποιήθηκε τμηματική επιπολής (εξωκαψική) παρωτιδεκτομή και επιπολής παρωτιδεκτομή. Ολική παρωτιδεκτομή έγινε σε 11 περιστατικά. Revision επέμβαση έγινε σε 6 ασθενείς. Υποτροπή του όγκου εμφάνισαν 4 ασθενείς μέσα στην πενταετία.

**Συμπεράσματα:** Οι διογκώσεις παρωτίδας στην πλειοψηφία τους είναι καλοήθεις και η εξωκαψική ή τμηματική επιπολής παρωτιδεκτομή είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης. Προσφέρει εξοικονόμηση χρόνου, ενώ είναι απαραίτητη η χρήση του νευροδιεγέρτη.

## ΡΟ.16

### ΜΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΦΑΙΝΟΜΕΝΙΚΑ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ ΨΥΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΞΩΚΑΨΙΚΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗ

Α. Κιλμπασάνης, Γ. Κατσιλής, Γ. Φύρμπας, Κ. Βλάχτσης, Α. Νικολάου  
*ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου*

**Εισαγωγή:** Η εξωκαψική εξαίρεση καλοήθων όγκων της παρωτίδας είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική, ελάχιστα επεμβατική, μέθοδος. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ο φαινομενικά καλοήθης όγκος παρωτίδας αποδεικνύεται κακοήθης και θέτει το δίλημμα: αναθεωρητική ευρύτερη παρωτιδεκτομή με αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού του προσωπικού νεύρου ή συντηρητική θεραπεία;

**Σκοπός:** Η περαιτέρω αντιμετώπιση ασθενών με κακοήθη όγκο της παρωτίδας,

ύστερα από εξωκαψική εξαίρεση.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη ασθενών με ιστολογικά επιβεβαιωμένο κακοήγη όγκο της παρωτίδας, χωρίς κλινική ή απεικονιστική υπόνοια κακοήθειας, που υποβλήθηκαν σε εξωκαψική εξαίρεση. Αποκλείστηκαν ασθενείς με υπόνοια κακοήθειας, λέμφωμα, μεταστατικό καρκίνωμα, μελάνωμα της παρωτίδας ή προηγηθείσα παρωτιδεκτομή.

**Αποτελέσματα:** Κατά τα έτη 2010-2018, επτά ενήλικες ασθενείς (3 άνδρες και 4 γυναίκες) με μέση ηλικία 52 έτη (37-81 έτη), υποβλήθηκαν σε εξωκαψική εξαίρεση φαινομενικά καλοήθους όγκου της παρωτίδας. Σε 4 ασθενείς ο όγκος ήταν χαμηλού βαθμού κακοήθειας και σε έναν υψηλού βαθμού. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε συμπληρωματική ακτινοθεραπεία, ένας ασθενής με λεμφοεπιθηλιακό καρκίνωμα έλαβε συμπληρωματική χημειοθεραπεία και μια ασθενής υποβλήθηκε σε συμπληρωματική παρωτιδεκτομή λόγω υπολειμματικού όγκου. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης είναι οι 21 μήνες (2-41 μήνες). Ένας ασθενής εμφάνισε μετακτινική οισοφαγίτιδα και κανείς παράλυση προσωπικού νεύρου. Έξι είναι ελεύθεροι νόσου και ένας εμφάνισε υποτροπή (ο όγκος διηθούσε τους πέριξ ιστούς).

**Συμπεράσματα:** Η εξωκαψική εξαίρεση με συμπληρωματική ακτινοθεραπεία είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση όγκων παρωτίδας με χαμηλό βαθμό κακοήθειας, αλλά απαιτείται μεγαλύτερο διάστημα παρακολούθησης για ασφαλέστερα συμπεράσματα.

## ΡΟ.17

### ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΣΙΑΛΑΔΕΝΙΔΙΤΑ

**Ε. Τζώη, Α. Τσοπαζίδου, Ν. Τζέλλος, Ιορδ. Κωνσταντινίδης, Α. Χατζηαβραμίδης, Κ. Μάρκου**

*Β' ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Οι παθήσεις των σιαλογόνων αδένων μπορεί να οφείλονται σε συγγενείς ανωμαλίες, φλεγμονές, αποφράξεις, κακώσεις, νεοπλασίες καθώς και σε χρόνιες παθήσεις. Οι σιελογόνοι αδένες αποτελούν συχνά θέσεις εκδήλωσης αυτοάνοσων νοσημάτων. Η υποψία αυτοάνοσου νοσήματος γίνεται μεγαλύτερη σε παρουσία μονόπλευρης αλλά και σε αμφοτερόπλευρη, χρόνια, μη λιθιασική φλεγμονώδη διαταραχή των σιελογόνων αδένων με το σύνδρομο Sjogren, τη σαρκοείδωση, την κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα και τα νοσήματα σχετιζόμενα με την IgG4 ανοσοσφαιρίνη να αποτελούν τα συχνότερα νοσήματα

που προσβάλλουν συχνά συγχρόνως ή κατά την πορεία της νόσου τους σιελογόνους αδένες.

**Σκοπός:** Η συχνότητα παρουσίας ρευματικού αιτίου σε ασθενείς με μη λιθιασική σιαλαδενίτιδα.

**Υλικό - Μέθοδοι:** 45 ασθενείς με μη λιθιασική σιαλαδενίτιδα υπεβλήθησαν σε κλινική εξέταση καθώς και σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο. Ο έλεγχος περιελάμβανε RA TEST, ANA, anti-ds DNA, AMA, ASMA, p-ANCA, c- ANCA, c3, c4.

**Αποτελέσματα:** Από τους 45 ασθενείς, οι 28 όντας γυναίκες και οι 17 άντρες, με μέσο όρο ηλικίας 56,7 έτη, βρέθηκαν οι 22 από τους 45 να πάσχουν από μονόπλευρη σιαλαδενίτιδα. Σε 18 ασθενείς έπασχε η παρωτίδα με την ίδια συχνότητα δεξιά και αριστερά, σε 11 ασθενείς έπασχε ο αριστερός υπογνάθιος και σε 7 ασθενείς έπασχε ο δεξιός υπογνάθιος. Το 20% των ασθενών εμφάνιζαν θετικούς δείκτες του συνδρόμου Sjogren, 13,3% των ασθενών εμφάνιζαν ra-test θετικό ιδίως σε αυτούς με συνδρόμο Sjogren και 17,7% των ασθενών εμφάνιζαν θετικά ASMA αντισώματα χωρίς να έχουν sjogren και χωρίς άλλους δείκτες θετικούς. Γενικά οι παράγοντες συμπληρώματος c3 και c4 ήταν αυξημένοι σε όλο το γκρουπ με μέσο όρο 114,4 και 20,7 αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με μονόπλευρη και ιδίως αμφοτερόπλευρη μη λιθιασική σιαλαδενίτιδα θα πρέπει να διερευνάται η παρουσία ρευματικής νόσου που θα αποκλείσει διάφορα άλλα αίτια παθήσεων των σιελογόνων αδένων και θα καθορίσει την τελική και ουσιαστική θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς.

## PO.18

### ΠΡΩΤΙΑΙΑ ΚΥΣΤΗ ΚΑΙ ΠΡΩΤΙΑΙΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΠΡΩΤΟΥ ΒΡΑΓΧΙΑΚΟΥ ΤΟΞΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Α. Κυπριώτου, Μ. Κασάπη, Σ. Σολδάτου, Β. Νικολαΐδης, Κ. Μάρκου**

*Β' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου*

**Εισαγωγή:** Η πρωτιαία κύστη και / ή το πρωτιαίο συρίγγιο είναι συγγενείς βλάβες, που οφείλονται σε διάσπαση των ογκωμάτων του πρώτου και δεύτερου βραγχιακού τόξου που σχηματίζουν το πτερύγιο. Εμφανίζονται με τη μορφή μικρού στομίου στο δέρμα μπροστά από την κατάφυση της έλικας. Ο πόρος επενδύεται από πλακώδες επιθήλιο και είναι συχνά κυστικός. Η επίπτωση τους είναι 1/1.000.000 γεννήσεις, συχνότερα στα θήλεα (αναλογία 2/1).

**Σκοπός:** Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού με πρωτιαίο συρίγγιο αρωτός, το οποίο παρουσιάζει εν τω βάθει πορεία προς την παρωτίδα, γειτνιάζει με το στέλεχος του προσωπικού νεύρου και καταλήγει σε διπλό αυλό.



**Υλικό:** Θήλυ παιδί ηλικίας 10 ετών.

**Μέθοδος:** Μετά τον κλινικοεργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο με MRI σπλαχνικού κρανίου υπεβλήθει χειρουργική επέμβαση με γενική αναισθησία. Πρωταιία τομή δέρματος. Καθητηριασμός του συριγγίου και έγχυση μπλε του μεθυλενίου. Παρασκευή του συριγγίου από τους περίξ ιστούς. Εν τω βάθη πορεία προς την παρωτίδα, κοντά στο στέλεχος του προσωπικού νεύρου, το οποίο ελέγχεται με νευροπαρακολούθηση. Αρχικό μήκος 0,5cm, καταλήγει σε κυστικό σχηματισμό 2-3cm, συνεχίζει με διπλό αυλό μήκους περίπου 2cm έως το στέλεχος. Απολίνωση και αφαίρεση συριγγίου.

**Αποτελέσματα:** Η ιστολογική εξέταση έδειξε συριγγώδης πόρος που επενδύεται από πολύστιβο πλακώδες κερατινοποιούμενο επιθήλιο. Ομαλή μετεγχειρητική πορεία, χωρίς υποτροπή μετά από 1 χρόνο περίπου.

**Συμπεράσματα:** Οι διακλαδώσεις του συριγγίου δυσκολεύουν τον καθορισμό της πλήρους έκτασης του πόρου και την πλήρη χειρουργική αφαίρεση αυτού. Ατελής αφαίρεση οδηγεί σε δημιουργία απεκκριτικών πόρων.

## ΡΟ.19

### ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΟΥΣ ΣΙΕΛΟΓΟΝΟΥΣ ΑΔΕΝΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΟ ΙΩΔΙΟ

A. Μηλιώνη<sup>1</sup>, A. Καρατζάνης<sup>1</sup>, M. Δουλαπτού<sup>1</sup>, Σ. Κουκουράκη<sup>2</sup>,  
N. Στανίτσα<sup>1</sup>, Σ. Βελεγράκης<sup>1</sup>, E. Προκοπάκης<sup>1</sup>, Γ. Βελεγράκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

<sup>2</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

**Εισαγωγή:** Η χρήση του ραδιενεργού ιωδίου ( $I^{131}$ ) αποτελεί βασική στρατηγική θεραπείας μετά την θυρεοειδεκτομή σε ασθενείς με διαφοροποιημένο καρκίνωμα του θυρεοειδούς αδένου. Παρόλο που θεωρείται γενικά ασφαλής και αποτελεσματική, η θεραπεία με  $I^{131}$  εμφανίζει μερικές πιθανές παρενέργειες.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση των άμεσων και μακροπρόθεσμων παρενεργειών στην περιοχή κεφαλής / τραχήλου σε ασθενείς μετά από ολική θυρεοειδεκτομή ακολουθούμενη από χορήγηση  $I^{131}$  υψηλής δόσης λόγω διαφοροποιημένου καρκινώματος θυρεοειδούς.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 2 ομάδες ασθενών που υπεβλήθησαν σε θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο (RAI) μετά από ολική θυρεοειδεκτομή λόγω διαφοροποιημένου καρκινώματος θυρεοειδούς στο τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής ΠαΓΝΗ, το 2007- 2010 και το 2017. Για την καταγραφή των παρενεργειών οι ασθενείς απάντησαν σε ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο, μέσω προσωπικής

ή τηλεφωνικής συνέντευξης το 2017, που περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την εμφάνιση συμπτωματολογίας στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου.

**Αποτελέσματα:** Από τους 91 συνολικά ασθενείς, 21 (23,1%) εμφάνισαν οίδημα, άλγος ή ερύθημα στην περιοχή των σιελογόνων αδένων, ενώ 13 (14,3%) στον υπόλοιπο τράχηλο. Είκοσι δύο ασθενείς (24,2%) παρουσίασαν ξηροστομία, 19 (20,8%) διαταραχές γεύσης και 5 (5,5%) διαταραχές όσφρησης, άμεσα μετά τη RAI. Σε μικρότερα ποσοστά αναφέρθηκαν γαστρεντερικές διαταραχές, ξηροφθαλμία και δακρυοκυστίτιδα, ενώ 1 ασθενής εμφάνισε αιμόπτυση και οίδημα λάρυγγα. Το 12,2% ανέφερε ξηροστομία σε μακροχρόνια βάση, 4,9% διαταραχές γεύσης και 7,3% διαταραχές όσφρησης. Μόλις στο 4,8% υπήρξε τεκμηριωμένη χρόνια σιαλαδενίτιδα.

**Συμπέρασμα:** Οι μακροπρόθεσμες ανεπιθύμητες ενέργειες μετά από RAI σχετίζονται κυρίως με τους σιελογόνους αδένες, ενώ παρουσιάζονται συχνότερα παροδικά και άμεσα μετά τη χορήγηση.

## ΡΟ.20

### ΤΟ LASER ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΒΑΤΡΑΧΙΟΥ

**Ε. Τζώη, Α. Τσοπαζίδου, Ι. Κωνσταντινίδης, Ιορδ. Κωνσταντινίδης, Α. Χατζηαβραμίδης, Κ. Μάρκου**

*Β' ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Το βατράχιο αποτελεί μια κυστική αλλοίωση που εντοπίζεται στο έδαφος του στόματος και διακρίνεται στο απλό ή ενδοστοματικό και το τραχηλικό ή καταδυόμενο. Οφείλεται είτε σε τραυματισμό του υπογλώσσιου αδένου είτε σε απόφραξη του εκφορητικού του πόρου. Είναι σχετικά σπάνια οντότητα και απαντάται συνήθως σε παιδιά και εφήβους.

Οι διάφορες μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης συνίστανται στα απλά βατράχια στην ενδοστοματική μαρσιποποίηση ή, στην χειρουργική αφαίρεσή του με ή χωρίς συναφαίρεση του σύστοιχου υπογλώσσιου αδένου (και ενίοτε αφαίρεση υπογνάθιου σιελογόνου αδένου με εξωτερική προσπέλαση) ενώ στα καταδυόμενα στην συναφαίρεση του βατράχιου με τον σύστοιχο υπογλώσσιο ή και υπογνάθιο αδένου.

**Σκοπός:** Είναι να μελετήσουμε την θέση του laser στην αντιμετώπιση του βατράχιου.

**Υλικά - Μέθοδοι:** 18 ασθενείς με βατράχιο με μέσο όρο ηλικίας 16.5 έτη νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας. Ενδοστοματικό βατράχιο εμφάνιζαν 15 ασθενείς, 10 κορίτσια και 5 αγόρια οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν με laser μαρσιποποίηση. Οι



2 ασθενείς εμφάνισαν υποτροπή. Καταδυόμενο βατράχιο εμφάνιζαν 3 ασθενείς, 2 αγόρια και 1 κορίτσι, και αντιμετωπίστηκαν με αφαίρεση ενδοστοματικά του βατράχιου μαζί με τον σύστοιχο υπογλώσσιο αδένα. Κανένας δεν εμφάνισε υποτροπή.

**Συμπέρασμα:** Το laser έχει θέση ως εναλλακτική μέθοδος πρώτης προσέγγισης στην αντιμετώπιση του ενδοστοματικού βατράχιου καθώς συνδυάζει την δυνατότητα εκτομής, αιμόστασης, και σχετίζεται με λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, καλύτερη επούλωση του τραύματος και μικρότερο ποσοστό μετεγχειρητικών επιπλοκών.

# HPV HD KIT TEST DREAM RV KIT

Είναι ότι πιο καινοτόμο  
υπάρχει αυτή τη στιγμή  
στον κόσμο  
με πατέντα σε 180 χώρες.

**ΑΡΚΕΙ ΜΟΝΟ ΜΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ!!**



*Riva Lab*

Ιδιωτικό Διαγνωστικό Εργαστήριο

25ης Μαρτίου 55, Ευκαρπία, 564 29 Θεσσαλονίκη τηλ. 2310681051

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η **Ελληνική Εταιρεία Σιελογόνων Αδένων** ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρίες για την ευγενική υποστήριξη και συμβολή τους στη διοργάνωση του Συνεδρίου.



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

### **A.**

|                   |       |
|-------------------|-------|
| Αβουζουκλίδου Δ.  | PO.10 |
| Αντωνιάδης Ι.     | PO.12 |
| Αντωνιάδης Κ.     | PO.13 |
| Αποστολίδης Θ.    | PO.03 |
| Αποστολίδης Ι.    | PO.03 |
| Αργύρης Γ.        | PO.04 |
| Αστρείδης Ι. - Σ. | PO.13 |

### **B.**

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| Βαφειάδου Μ.   | PO.13               |
| Βαχτσεβάνος Κ. | PO.13               |
| Βελεγράκης Γ.  | PO.19               |
| Βελεγράκης Σ.  | PO.19               |
| Βλάχτσος Κ.    | PO.14, PO.15, PO.16 |
| Βροχίδης Π.    | PO.03               |

### **Γ.**

|                |       |
|----------------|-------|
| Γερονάτσιος Κ. | PO.15 |
|----------------|-------|

### **Δ.**

|              |       |
|--------------|-------|
| Δινάκη Κ.    | PO.06 |
| Δουλαπτσή Μ. | PO.19 |

### **Z.**

|            |       |
|------------|-------|
| Ζαράχη Α.  | PO.04 |
| Ζαχαριά Β. | PO.08 |
| Ζήση Α.    | PO.06 |

### **Θ.**

|               |       |
|---------------|-------|
| Θεοδωράκης Δ. | PO.03 |
|---------------|-------|



## **K.**

|                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| Καλφαρέντζος Ε.      | PO.05                      |
| Καρασμάνης Η.        | PO.08, PO.09, PO.10, PO.11 |
| Καρατζάνης Α.        | PO.19                      |
| Καρατζόγλου Δ.       | PO.14                      |
| Κασάπη Μ.            | PO.12, PO.18               |
| Καστανιουδάκης Ι.    | PO.04                      |
| Κατσίλης Γ.          | PO.16                      |
| Κεσόγλου Ζ.          | PO.14, PO.15               |
| Κιλμπασάνης Α.       | PO.16                      |
| Κόμνος Ι.            | PO.04                      |
| Κουκουράκη Σ.        | PO.19                      |
| Κριεζή Π.            | PO.07                      |
| Κυπριώτου Α.         | PO.18                      |
| Κωνσταντινίδης Ι.    | PO.06, PO.20               |
| Κωνσταντινίδης Ιορδ. | PO.17, PO.20               |
| Κωνσταντινίδης Χ.    | PO.07                      |
| Κωνσταντινίδου Αικ.  | PO.08, PO.10               |

## **Λ.**

|             |       |
|-------------|-------|
| Λιανού Αικ. | PO.04 |
|-------------|-------|

## **Μ.**

|                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| Μαγγανάρης Α.    | PO.08, PO.09, PO.10, PO.11 |
| Μανδραλή Θ.      | PO.09, PO.11               |
| Μάρκου Κ.        | PO.12, PO.17, PO.18, PO.20 |
| Μηλιώνη Α.       | PO.19                      |
| Μητσόπουλος Γ.   | PO.02                      |
| Μουρατίδου Λ.    | PO.03                      |
| Μπαλαμπανίδης Θ. | PO.03                      |
| Μπάτζιου Ν.      | PO.08, PO.09, PO.10, PO.11 |
| Μπεσλή Ι.        | PO.15                      |
| Μπουραζάνη Μ.    | PO.01, PO.02, PO.05        |

## **Ν.**

|               |       |
|---------------|-------|
| Νικολαΐδης Β. | PO.18 |
| Νικολάου Α.   | PO.16 |

## Ξ.

Ξάνθου Ι. PO.06

## Π.

Παπαδογεωργάκης Ν. PO.01, PO.02, PO.05

Παρασκευαΐδου Σ. PO.08, PO.09

Παρασκευόπουλος Κ. PO.13

Περिसανίδης Χ. PO.01, PO.02, PO.05

Πέτρου Ι. PO.06

Προκοπάκης Ε. PO.19

## Ρ.

Ρίζου Αικ. PO.06

## Σ.

Σαρηβαλάσης Σ. PO.01

Σκούμπας Ι. PO.14

Σκούρας Α. PO.09, PO.11

Σολδάτου Σ. PO.12, PO.18

Στανίτσα Ν. PO.19

Σφακιανάκη Ι. PO.11

Σωτηρούδη Σ. PO.14, PO.15

## Τ.

Τζέλλος Ν. PO.12, PO.17

Τζώη Ε. PO.12, PO.17, PO.20

Τούλη Ε. PO.09, PO.10, PO.11

Τσοπαζίδου Α. PO.17, PO.20

## Φ.

Φύρμπας Γ. PO.16

## Χ.

Χαρίσης Χ. PO.07

Χατζηαβραμίδης Α. PO.12, PO.17, PO.20



## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### Ημερομηνίες Διεξαγωγής

Παρασκευή 28 - Σάββατο 29 Σεπτεμβρίου 2018

### Τόπος

Lazart Hotel, Θεσσαλονίκη

### Προσυνεδριακά φροντιστήρια

27 Σεπτεμβρίου 2018

ΓΝΘ Παπαγεωργίου

### Οργάνωση Συνεδρίου - Γραμματεία - Πληροφορίες

PRAXICON

Εθν. Αντιστάσεως 101, Τ.Κ. 55134, Καλαμαριά, Θεσσαλονίκη

Τηλ. +30 2310 460 682, 2310 460 652 Fax. +30 2310 435 064

Email: [info@praxicon.gr](mailto:info@praxicon.gr) website: [www.praxicon.gr](http://www.praxicon.gr)

ΜΗΤΕ0933E60000071200

### Τελετή Έναρξης

Η Τελετή Έναρξης του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί την Παρασκευή 28 Σεπτεμβρίου 2018, ώρα 19:45, στο χώρο του Συνεδρίου.

### Έκθεση

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών και ιατρικών προϊόντων, όπως και εκδοτικών οίκων και βιβλιοπωλείων, για την ενημέρωση των συμμετεχόντων.

### Διακριτικό Σήμα και Κάρτα barcode

Για την παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου οι σύνεδροι είναι απαραίτητο να φέρουν τη διακριτική κονκάρδα εγγραφής που χορηγείται από τη γραμματεία on site και παρακαλούνται να τη φορούν καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

Επίσης, με την εγγραφή του ο κάθε σύνοδρος θα παραλαμβάνει από τη γραμματεία on site **κάρτα με γραμμωτό κωδικό (barcode)**, την οποία θα σκανάρει στο ειδικό μηχάνημα κάθε φορά κατά την είσοδο και έξοδο του από τη συνεδριακή αίθουσα.

Με τον τρόπο αυτό θα γίνεται καταμέτρηση των ωρών παρακολούθησης κάθε συνέδρου και με τη συμπλήρωση του 60% των συνολικών ωρών του προγράμματος θα δίνεται το πιστοποιητικό παρακολούθησης, σύμφωνα με εγκύκλιο του ΕΟΦ για τη διοργάνωση συνεδρίων.

## Πιστοποιητικό Παρακολούθησης

Το Πιστοποιητικό Παρακολούθησης θα δίνεται από τη γραμματεία με την ολοκλήρωση των απαιτούμενων ωρών, κατόπιν επίδειξης της κονκάρδας εγγραφής, της κάρτας barcode καθώς και του ερωτηματολογίου αξιολόγησης του Συνεδρίου.

## Προβολικός Εξοπλισμός

Στην αίθουσα των εργασιών του Συνεδρίου θα πραγματοποιούνται προβολές με data video projectors και διαφανειών μέσω PowerPoint για τις ανάγκες των ομιλητών.

Παρακαλούνται όλοι οι ομιλητές να παραδίδουν το υλικό της παρουσίασης τους έγκαιρα (τουλάχιστον 1 ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους) στη γραμματεία του προβολικού εξοπλισμού.

## Γραμματεία - Εγγραφές

Η γραμματεία θα λειτουργεί και θα πραγματοποιεί εγγραφές καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

## Δικαίωμα Συμμετοχής

Το δικαίωμα συμμετοχής έχει οριστεί ως εξής:

|                      |      |
|----------------------|------|
| Ειδικοί ιατροί       | 100€ |
| Ειδικευόμενοι ιατροί | 80€  |

*Με την κοπή τιμολογίου το ποσό επιβαρύνεται με Φ.Π.Α.*



### **Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:**

Παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου  
Παραλαβή της τσάντας και του υλικού του Συνεδρίου  
Παραλαβή κονκάρδας  
Παραλαβή πιστοποιητικού παρακολούθησης  
Καφέ στα διαλείμματα

### **Γλώσσα Συνεδρίου**

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

### **Παρουσίαση Εργασιών**

Η παρουσίαση εργασιών θα γίνει με τη μορφή ηλεκτρονικών ανακοινώσεων (e-posters).

### **Επίσημη Ιστοσελίδα Συνεδρίου**

[praxicon.gr/sielogonwn](http://praxicon.gr/sielogonwn)

### **Νομική Ευθύνη**

Οι οργανωτές καθώς και το γραφείο οργάνωσης του Συνεδρίου δεν έχουν καμία ευθύνη για προσωπική βλάβη ή απώλειες οποιασδήποτε φύσεως στους συμμετέχοντες, τα συνοδά μέλη ή για την καταστροφή, απώλεια και κλοπή των προσωπικών τους αντικειμένων.



## **dot2dot**

Η πολιτιστική εταιρεία dot2dot γεννήθηκε στη Θεσσαλονίκη τον Νοέμβριο του 2013 και δραστηριοποιείται στον χώρο του πολιτισμού, της εκπαίδευσης και του τουρισμού.

Τα μέλη της, αξιοποιώντας και συνδυάζοντας τις διαφορετικές επιστημονικές ειδικότητές τους (αρχαιολόγοι, ξεναγοί, ιστορικοί, φιλόλογοι, πολιτιστικοί διαχειριστές, ειδικοί παιδαγωγοί κ.α.) σχεδιάζουν και υλοποιούν θεματικές διαδρομές και εναλλακτικές ξεναγήσεις, εκπαιδευτικά προγράμματα και εικαστικά εργαστήρια στη Θεσσαλονίκη.

Website: [www.dot2dot.gr](http://www.dot2dot.gr)





A large white rectangular area with a top-left corner cut off, containing 20 horizontal lines for writing.





A large white rectangular area with a rounded top-left corner, containing 20 horizontal lines for writing.

# THE CONFIDENCE TO KNOW BLEEDING WILL STOP

Intraoperative reliability and consistency.  
Helping to improve patient outcomes.



## Veriset™ haemostatic patch

**Αναστάσιος Μαυρογένης Α.Ε.**  
Εξουσιοδοτημένος Αντιπρόσωπος  
Medtronic Ελλάδα

Έδρα:  
Γκιώνας 1Α  
Τ.Κ.: 57001, Μεταμόρφωση  
Τηλ.: 210 20 20 232 Φαξ: 210 20 20 775

Υπ/μα Θεσσαλονίκης  
14<sup>ο</sup> χλμ. Θεσσ/νίκης - Ν. Μουδανίων  
Τ.Κ.: 57001, Θέρμη  
Τηλ.: 2310 420302 Φαξ: 2310 472155

**Medtronic**  
Further. Together