ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.12ucongress.org

12ο ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

08-10 Νοεμβρίου 2019

Makedonia Palace
Θεσσαλονίκη

Υπό την Αιγίδα

- Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας
- Δήμος Θεσσαλονίκης
- Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Κοσμητεία Σχολής Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ.
- Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ.
- Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης
- Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία

VOYAGER

Γραφείο Οργάνωσης: **VOYAGER TRAVEL AND CONGRESS**, Βασ. Ηρακλείου 26, 54624 Θεσσαλονίκη
Τηλ: 2310.250401, 2310.250403, Fax: 2310.250418, e-mail: info@voyagertravel.gr, **www.voyagertravel.gr**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ 3

ΟΡΓΑΝΩΣΗ 4

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ 5

ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ 6-7

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ 8

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 10-20

PROGRAM (ENGLISH) 22-27

ABSTRACTS 29-40

ΧΟΡΗΓΟΙ 41

INDEX 42

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ 43

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι, συνεργάτες και φίλοι

Είναι ιδιαίτερη χαρά και τιμή εκ μέρους του διοικητικού συμβουλίου της Ουρολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος να σας προσκαλέσω να συμμετέχετε στο 12ο Ουρολογικό Συνέδριο Βορείου Ελλάδος, που θα λάβει χώρα στις 8-10 Νοεμβρίου του 2019 στο Μακεδονία Παλλάς. Ο θεσμός του συνεδρίου που οργανώνει η ΟΥΕΒΕ υπάρχει εδώ και 23 χρόνια. Ωστόσο, στο φετινό συνέδριο σηματοδοτούνται κάποιες σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία της εταιρείας μας, οι οποίες ελπίζω να έχουν ήδη γίνει θετικά αντιληπτές από εσάς. Στα πλαίσια αυτών των αλλαγών αλλάξαμε το όνομα του συνεδρίου, ώστε να εναρμονισθεί με το όνομα της εταιρείας μας, τον τόπο διεξαγωγής του σε μεγαλύτερο και κεντρικότερο ξενοδοχείο, τη διεύρυνση του μεγέθους του σε πανελλήνιο επίπεδο, την αλλαγή του χρονοδιαγράμματος του συνεδρίου από Πέμπτη ως Σάββατο σε Παρασκευή ως Κυριακή, γιατί θεωρούμε, ότι είναι ευκολότερη η προσέλευση σας, τη συνεργασία στη διαμόρφωση του με την Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία με την οποία οι σχέσεις μας έχουν ανέλθει σε υψηλό επίπεδο, τη συμμετοχή και τη μεταφορά εμπειρίας από τον President elected (δηλαδή τον επόμενο από το 2020) πρόεδρο της Αμερικανικής Ουρολογικής Εταιρείας καθηγητή Raju Thomas, την αφιέρωση ολόκληρου του πρωινού της Κυριακής στην ενδοουρολογία, όπου εκτός από τις παρουσιάσεις υπάρχει και διοργάνωση δύο τμημάτων workshop, στα οποία θα κληθείτε να δηλώσετε συμμετοχή.

Φυσικά το πρόγραμμα του συνεδρίου θα πλαισιώνουν ενδιαφέρουσες παρουσιάσεις και στρογγυλές τράπεζες από διακεκριμένους Έλληνες και ξένους ομιλητές. Στη διαμόρφωση του προγράμματος αυτού ζητούμε και τη δική σας συνδρομή στέλνοντας μας τις προτάσεις σας.

Τέλος κατά τη διάρκεια του συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί η γενική συνέλευση της Εταιρείας μας και οι εκλογές για την ανάδειξη του νέου διοικητικού συμβουλίου υπό την προεδρία του καθηγητή Γεώργιου Δημητριάδη. Τέλος το κοινωνικό πρόγραμμα του συνεδρίου σε συνδυασμό με την κεντρική θέση του ξενοδοχείου, που θα πραγματοποιηθεί, πιστεύουμε ότι θα είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικό. Για όλους αυτούς τους λόγους θα είναι χρήσιμη η συμμετοχή σας στο συνέδριο. Καλή αντάμωση.

Ο Πρόεδρος της
Ουρολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

Ιωάννης Βακαλόπουλος

ΟΡΓΑΝΩΣΗ

ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.uang.org.gr

Διοικητικό Συμβούλιο ΟΥ.Ε.Β.Ε.

Πρόεδρος
Ι. Βακαλόπουλος

Αντιπρόεδρος
Γ. Δημητριάδης

Γεν. Γραμματέας
Ι. Τσιριόπουλος

Ταμίας
Ν. Καλογεράς

Μέλη
Α. Αναστασιάδης
Β. Κακαμούκας
Α. Λαμπανάρης

ΑΙΓΙΔΕΣ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΔΗΜΟΣ **ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΚΟΣΜΗΤΕΙΑ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Π.Θ.

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Α.Π.Θ.

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος
Βακαλόπουλος Ιωάννης

Μέλη
Αηδονόπουλος Χαράλαμπος
Αναστασιάδης Αναστάσιος
Δημητριάδης Γεώργιος
Κακαμούκας Βασίλειος
Καλογεράς Νικόλαος
Λαμπανάρης Απόστολος
Παρασκευόπουλος Σάββας
Τσιριόπουλος Ιωάννης

Επιστημονική Επιτροπή

Πρόεδρος
Ιωαννίδης Ευάγγελος Ισαάκ

Μέλη
Αμπελουργός Ιωάννης
Γκοράνης Θεόδωρος
Δελληγιαννίδης Νικόλαος
Δημάσης Νικόλαος
Κάγκας Ανδρέας
Καλαϊτζής Χρήστος
Κικιδάκης Δημήτριος
Κυριαζής Κυριάκος
Κωτακίδης Γεώργιος
Μητρολιος Αθανασιος
Νταχάμπρε Μούσα
Νάσης Παύλος
Παπαθανασίου Μιχαήλ
Παπαλάκης Απόστολος
Πάτρης Εμμανουήλ
Σαλπιγγίδης Γεώργιος
Φιλιάδης Κωνσταντίνος
Φουρουντζόγλου Ανδρέας
Χατζημουρατίδης Κωνσταντίνος
Χατζηχρήστου Δημήτριος
Χλιουνακης Ευάγγελος
Χριστοδούλου Κωνσταντίνος

ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Cristian Surcel
Assistant Professor of Urology, Carol Davila University of General Medicine and Pharmacy, Bucharest, ROMANIA

Davidoff Kaloyan
MD, PhD Associated Professor Head of Urology and Medical Director Tokuda Hospital Sofia, BULGARIA

Razu Tomas
MD, FACS, FRCS, MHA, Professor and Chair Department of Urology, Tulane University School of Medicine, New Orleans, USA

Schultze Seemann
Prof. Dr. med Universität Freiburg, GERMANY

Senjin Djozic
Teaching Assistant at Medical Faculty, University of Novi Sad, Serbia, Urologist at Urology Clinic, Clinical Center of Vojvodina, Novi Sad, SERBIA

Tuban Tarcan
Professor of Urology, Department of Urology, Marmara University, TURKEY

Αδαμάκης Ιωάννης
Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ΛΑΙΚΟ»

Αμπελουργός Ιωάννης
Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Θ. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»

Αναγνώστου Θεόδωρος
Διευθυντής ΕΣΥ - Ουρολογική Κλινική Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

Αναστασιάδης Αναστάσιος
Χειρουργός Ουρολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Α΄ Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Ανδρεαδάκης Σωτήριος
Χειρουργός - Ουρολόγος - Ανδρολόγος, Θεσσαλονίκη

Ανδρεάδης Χαράλαμπος
Παθολόγος Ογκολόγος , Διευθυντής Γ' Τμήματος Κλινικής Ογκολογίας , Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

Ανδρεάδου Άννα
Παθολόγος Ογκολόγος, Γ' Τμήμα Κλινικής Ογκολογίας , Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

Αποστολίδης Απόστολος
Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας-Νευροουρολογίας Α.Π.Θ., Β΄ Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Ασπιώτης Αντώνιος
Χειρουργός Ουρολόγος, Διευθυντής Ουρολογικού τμήματος, Γενική Κλινική Κέρκυρας «ΑΛ.ΜΑΣΤΟΡΑΣ»

Βακαλόπουλος Ιωάννης
Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ., Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Πρόεδρος ΟΥ.Ε.Β.Ε.

Βαρκαράκης Ιωάννης
Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»

Βλασίδης Βλασης
Αναπληρωτής Καθηγητής Σύγχρονης Βαλκανικής Ιστορίας Τμήμα Βαλκανικών, Σλαβικών και Ανατολικών Σπουδών Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Βλαχιώτης Ιωάννης
Συντονιστής Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ»

Γιαννάκης Δημήτριος
Καθηγητής Ουρολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ουρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Γιαννακόπουλος Στυλιανός
Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας, Ουρολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Γκιάλας Ιωάννης
Χειρουργός - Ουρολόγος, Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς», Πρόεδρος Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρείας

Γκοράνης Θεόδωρος
Επιμελητής Α', Ουρολογική Κλινική Γ.Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ

Δεϊρμεντζόγλου Σταύρος
Χειρουργός Ουρολόγος, Καβάλα

Δεληβελιώτης Χαράλαμπος
Καθηγητής Ουρολογίας, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»

Δεληγιαννίδης Νικόλαος
Διευθυντής ΕΣΥ, Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. Πολυγύρου

Δελλής Αθανάσιος
Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Ε.Κ.Π.Α. , Ειδικός Γραμματέας Ε.Ο.Ε.

Δημητριάδης Γεώργιος
Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ., Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Δημητριάδης Φώτιος
Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας, Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Δημόπουλος Πάνος
Χειρουργός Ουρολόγος, Θεσσαλονίκη

Ζεγκινιάδου Θεοδοσία
Βιολόγος Αναπαραγωγής, Θεσσαλονίκη

Ζούμπος Ιωάννης
Χειρουργός Ουρολόγος - Ανδρολόγος, Θεσσαλονίκη

Ζουπάνος Γεώργιος
Χειρουργός Παιδοουρολόγος, Διευθυντής Παιδοουρολογικής Κλινικής Ιατρικού Αθηνών, Ιατρικό Αθηνών

Ιωαννίδης Ευάγγελος-Ισαάκ
Καθηγητής Ουρολογίας- Νευροουρολογίας Α.Π.Θ., Β' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Καζάνας Κοσμάς
Ουρολόγος, Επικουρικός Επιμελητής Γ.Ν ΒΕΡΟΙΑΣ

Κακαμούκας Βασίλειος
Χειρουργός Ουρολόγος, Θεσσαλονίκη

Καλαϊτζής Χρήστος
Καθηγητής Ουρολογίας, Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

Καλογεράς Νικόλαος
Επιμελητής Α' , Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

Καλυβιανάκης Δημήτριος
Ουρολόγος - Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Καπάνταης Σπύρος
Χειρουργός Ουρολόγος Κλινική , «Ο ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ»

Καρατζάς Αναστάσιος
Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας, Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

Κικιδάκης Δημήτριος
Ουρολόγος, Επιμελητής Α', Γ.Ν ΒΕΡΟΙΑΣ

Κούσίδης Γρηγόριος
Παιδοουρολόγος, FEBU, FEAPU, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Ουρολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

Κωνσταντινίδης Χαράλαμπος
Επιμελητής Α' , Υπεύθυνος Ουρολογικού, Ανδρολογικού και Ιατρείου Νευρο-ουρολογίας & Ακράτειας Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, Ίλιον, Αθήνα

Κωτακίδης Γεώργιος
Συντονιστής Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Γ.Ν. ΦΛΩΡΙΝΑΣ

Λαμπανάρης Απόστολος
Ουρολόγος Χειρουργός, Διευθυντής Α' Ουρολογικής Κλινικής, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

Λιάτσικος Ευάγγελος
Καθηγητής Ουρολογίας, Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν.Π., Πρόεδρος του European Section of Uro-Technology (ESUT)

Λυμπέρη Στεφανία
MSc, PhD, Μοριακή Βιολόγος-Κυτταρογενετίστρια, Θεσσαλονίκη

Μουστάκας Γεώργιος
Ουρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

Μαμουλάκης Χαράλαμπος
Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας, Ιατρική Σχολή Ηρακλείου Κρήτης, Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής , Π.Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Μέμμος Δημήτριος
Ειδικευόμενος, Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Μητρόπουλος Διονύσιος
Καθηγητής Ουρολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική, «ΛΑΪΚΟ»

Μητσογιάννης Ηρακλής
Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας, Β' Ουρολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α. , Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»

Μήτσος Παναγιώτης
Επικουρικός Επιμελητής Παιδοουρολογίας, FELLOW ESPU, Ουρολογική Κλινική Νοσοκομείου Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

Μπαντής Αθανάσιος
Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Α.Ο.Ν.Α «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

Μπουλογιάννη Γλυκερία
Ακτινολόγος-Ακτινοδιαγνώστρια, Θεσσαλονίκη

Μυτιλέκας Βαΐος
Ουρολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Β' Ουρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.,Β' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Παπαθανασίου Μιχαήλ
Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής 424 Γ.Σ.Ν.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Παπαλάκης Απόστολος
Διευθυντής Ουρολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

Παπαχαρίτου Σταμάτης
Βιολόγος Αναπαραγωγής, Θεσσαλονίκη

Παρασκευόπουλος Σάββας
Χειρουργός - Ουρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ Κέντρου Υγείας Καλαμαριάς

Πάτρης Εμμανούηλ
Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής Ε.Σ.Υ, Π.Γ.Ν.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

Πουρνάρας Κωνσταντίνος
Ιδιώτης Ουρολόγος, Θεσσαλονίκη

Σακαλής Βασίλειος
Επιμελητής Ουρολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Θ. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»

Σαλπιγγίδης Γεώργιος
Διευθυντής ΕΣΥ, Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Σεραφετινίδης Εφραίμ
Διευθυντής ΕΣΥ, Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. «ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»

Σημαιοφορίδης Βασίλειος
Επιμελητής Β', Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Σκολαρίκος Ανδρέας
Καθηγητής Ουρολογίας, Β' Ουρολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»

Σκρεπέτης Κωνσταντίνος
Συντονιστής Διευθυντής, Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

Σουντουλίδης Πέτρος
Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ., Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Σοφικίτης Νικόλαος
Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σταθόγλους Δημήτριος
Ουρολόγος, Urodoc4all AB, Urogyn clinic, Stockholm Sweden

Στεφανίδης Αντώνιος
Συντονιστής Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Νοσοκομείου Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

Σραβοδήμος Κωνσταντίνος
Καθηγητής Ουρολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

Τζώρτζης Βασίλειος
Καθηγητής Ουρολογίας, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

Τουτζιάρης Χρυσοβαλάντης
Ακαδημαϊκός υπότροφος, Α' Ουρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. , Π.Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Τσαφρακίδης Πέτρος
Consultant Urologist, Victoria Hospital , NHS Fife, UK

Τσιμάρης Ιωάννης
Επιμελητής Α', Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «Γ.ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»

Τσιριόπουλος Ιωάννης
Επιμελητής Α', Ουρολογικής Κλινικής, Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ

Φιλιάδης Ιωάννης
Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ

Φούτζηλα Ελένη
Παθολόγος Ογκολόγος, Γενική Κλινική Euromedica, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης

Φραγκιάδης Ευάγγελος
Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Α' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

Χαλκιόπουλος Χαράλαμπος
Χειρουργος - Ουρολόγος , Θεσσαλονίκη

Χατζηχρήστου Δημήτριος
Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Α' Ουρολογικής Κλινικής , Π.Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Χρυσανθοπούλου Ξένια
Γενική Διευθύντρια ΤΕΑ ΙΣΘ ΝΠΙΔ , Οικονομολόγος, Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης ΝΠΙΔ (μη – ΚΕΔΡΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ)

Χρυσοφός Μιχάλης
Καθηγητής Ουρολογίας, Ουρολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τόπος Διεξαγωγής

Makedonia Palace

Διεύθυνση: Λεωφ. Μεγ. Αλεξάνδρου 2, Θεσσαλονίκη

Τηλέφωνο: 231 089 7197

Ημερομηνίες

Παρασκευή 8 Νοεμβρίου 2019

Σάββατο 9 Νοεμβρίου 2019

Κυριακή 10 Νοεμβρίου 2019

Δικαίωμα Συμμετοχής

Κατηγορία	Έως 31/10/2019	Από 1/11/2019 & Επί Τόπου
Ειδικοί	120 €	150 €
Ειδικευόμενοι	80 €	100 €
Φοιτητές	Δωρεάν	Δωρεάν
Επίτιμα Μέλη	Δωρεάν	Δωρεάν

Σε όλες τις ανωτέρω τιμές σε τιμολόγιο προστίθεται ο ανάλογος ΦΠΑ.

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει: Παρακολούθηση όλων των εργασιών του Συνεδρίου / Είσοδο στον εκθεσιακό χώρο / Υλικό του Συνεδρίου / Τελικό Πρόγραμμα / Πιστοποιητικό Συμμετοχής / Τόμο Πρακτικών του Συνεδρίου σε ηλεκτρονική μορφή / Καφέ στη διάρκεια των διαλειμμάτων του Συνεδρίου

Επίσημη Γλώσσα

Επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική. Οι ομιλίες των ξένων προσκεκλημένων ομιλητών θα είναι στα Αγγλικά, χωρίς ταυτόχρονη μετάφραση

Μοριοδότηση

Στο 12° Ουρολογικό Συνέδριο Βορείου Ελλάδος, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος θα χορηγήσει 20 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (Σ.Ι.Ε.–CME–CPD)

Βεβαίωση Παρακολούθησης

Οι Βεβαιώσεις Παρακολούθησης θα δοθούν από τη Γραμματεία του Συνεδρίου την Κυριακή 10 Νοεμβρίου 2019 από τις 09:00-11:00.

Γραφείο Εγγραφών – Παραλαβή Συνεδριακού Υλικού

Η Γραμματεία του Συνεδρίου θα λειτουργεί:

- Παρασκευή 8 Νοεμβρίου 2019, ώρες 08:00-21:00
- Σάββατο 9 Νοεμβρίου 2019, ώρες 08:00-21:30
- Κυριακή 10 Νοεμβρίου 2019, ώρες 08:00-14:00

Τεχνική Γραμματεία

Οι ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν τις διαφάνειες (slides), τα CD, τα DVD, και τα USB με τις ομιλίες τους στην Τεχνική Γραμματεία που θα λειτουργεί έξω από την αίθουσα συνεδριάσεων, τουλάχιστον μισή ώρα πριν την παρουσίασή τους

Έκθεση

Κατά την διάρκεια του Συνεδρίου, θα λειτουργεί έκθεση προϊόντων φαρμακευτικών εταιρειών και εταιρειών ιατρικού εξοπλισμού

Γραφείο Οργάνωσης Συνεδρίου

VOYAGER TRAVEL & CONGRESS

Βασ. Ηρακλείου 26, 546 24, Θεσσαλονίκη

T: +30 2310 250401, F: +30 2310 250418

e-mail: congress-secretary@voyagertravel.gr

website: www.voyagertravel.gr

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Τελετή έναρξης & Δεξίωση Υποδοχής

Η Τελετή Έναρξης του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί την Παρασκευή 8 Νοεμβρίου 2019 και ώρα 20:00 στο Ξενοδοχείο Makedonia Palace στην Αίθουσα ALEXANDROS. Θα ακολουθήσει Δεξίωση Υποδοχής.

Επίσημο Δείπνο

Το Επίσημο Δείπνο του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί το Σάββατο 9 Νοέμβριου 2019 και ώρα 21:30 στην **Αίθουσα Τιμών** της Λέσχης Αξιωματικών (Εθ. Αμύνης 1, Θεσσαλονίκη 546 21)

απαιτείται πρόσκληση

Η Astellas είναι αφοσιωμένη στο να μετατρέπει την επιστημονική καινοτομία σε ιατρικές λύσεις που αποφέρουν αξία και ελπίδα στους ασθενείς παγκοσμίως.

Κάθε μέρα εργαζόμαστε ώστε να καλύψουμε ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες εστιάζοντας πρωτίστως στις θεραπευτικές κατηγορίες της ογκολογίας, της ουρολογίας, των λοιμώξεων και της μεταμόσχευσης εξελίσσοντας παράλληλα νέες θεραπευτικές κατηγορίες και αξιοποιώντας νέες τεχνολογίες έρευνας. Παραμένουμε αφιερωμένοι στο να ικανοποιούμε τις ανάγκες των ασθενών και η υποστήριξή μας προς αυτούς δεν θα πάψει ποτέ να υφίσταται.

Μέσω της αφοσίωσής μας να προσφέρουμε στους ασθενείς ελπίδα για ένα λαμπρότερο μέλλον, επιδιώκουμε να ηγηθούμε στις θεραπευτικές κατηγορίες που εξειδικευόμαστε, εστιάζοντας στις κατηγορίες όπου υπάρχουν ιατρικές ανάγκες που παραμένουν ανικανοποίητες. Μέσω της καινοτομίας, θα συνεχίσουμε να αναγνωρίζουμε και να αναπτύσσουμε νέους τρόπους για να καλυτερεύσουμε την υγεία των ασθενών.

Στην Astellas, εστιάζουμε στο να κάνουμε πραγματικότητα το *αλλάζοντας το αύριο*.

astellas.gr

© July 2019 Astellas Pharmaceuticals A.E.B.E. NON_2019_0009_GR

astellas

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 8 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2019

08.30-09.00 Προσέλευση Εγγραφές

09.00-10.00 Ουροθηλιακός Καρκίνος
Προεδρείο: Ανδρεάδης Χαράλαμπος - Μουστάκας Γεώργιος - Δεληγιαννίδης Νικόλαος

09.00-09.15 Η θέση της ανοσοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως
Κικιδάκης Δημήτρης

09.15-09.30 Λαπαροσκοπική ριζική κυστεοπροστατεκτομή. Χειρουργικά μυστικά και πρόληψη των επιπλοκών
Τουτζιάρης Χρυσοβαλάντης

09.30-09.45 Ο αναδυόμενος ρόλος της αναστολής του FGFR στον ουροθηλιακό καρκίνο
Ανδρεάδου Άννα

09.45-10.00 Συζήτηση

10.00-11.30 Θέματα Γενικού Ενδιαφέροντος
Προεδρείο: Αμπελουργός Ιωάννης - Παπαλάκης Απόστολος - Πάτρης Εμμανουήλ

10.00-10.15 Μαθήματα από τη σύγχρονη εκπαίδευση πιλότων στο σύγχρονο περιβάλλον του χειρουργείου
Φραγκιάδης Ευάγγελος

10.15-10.30 Η ποινική ευθύνη των ειδικευόμενων ιατρών
Καζάνας Κοσμάς

10.30-10.45 Ο θεσμός της επαγγελματικής ασφάλισης και ο κλάδος των υγειονομικών
Χρυσανθοπούλου Ξένια

10.45-11.00 Η διαχείριση του ουρολογικού καρκίνου στην επαρχία
Τσιριόπουλος Ιωάννης

11.00-11.15 HPV και ανδρική γονιμότητα
Παπαχαρίτου Σταμάτης

11.15-11.30 Συζήτηση

11.30-12.00 Διάλειμμα – Καφές

12.00-13.15 Καρκίνος Νεφρού
Προεδρείο: Γεώργιος Δημητριάδης - Βλαχιώτης Ιωάννης

12.00-12.15 Κυτταρομειωτική νεφρεκτομή σε μεταστατικό καρκίνο νεφρού
Μητρόπουλος Διονύσης

12.15-12.30 Ρομποτική τμηματική νεφρεκτομή χωρίς ισχαιμία
Λαμπανάρης Απόστολος

12.30 -12.45 Ανοικτή vs Λαπαροσκοπική vs Ρομποτική νεφροουρητηρεκτομή: Σύγχρονα δεδομένα
Γιαννακόπουλος Στυλιανός

12.45-13.00 Surgical technique for the treatment of renal cell carcinoma with cavoatrial tumor thrombus. A single center experience
Christian Sourcel

13.00-13.15 Συζήτηση

13.15-13.45 State of the Art Lecture
Προεδρείο: Γεώργιος Δημητριάδης - Βλαχιώτης Ιωάννης

Small renal masses-how to diagnose and to treat them
Wolfgang Schultze-Seemann

13.45 -14.30 E-POSTERS
Προεδρείο: Γκοράνης Θεόδωρος - Κακαμούκας Βασίλειος

P1. VERUMONTANUM MUCOSA HYPERPLASIA AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF A LOCAL RECURRENCE FOLLOWING RADICAL PROSTATECTOMY

Drosos K. 1, Köhler G. 2, I. Hofmann I.1, Kälble T.1

1. Department of Urology, Klinikum Fulda
2. Institute for Pathology, Klinikum Fulda

P2. ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΜΕ ΚΕΝΟ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΕΟΥΣ, ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ.

Γκέκας Χ., Παπαδόπουλος Δ., Καλύβας Β., Γεωργιάδης Χ. , Μαλίωρης Α., Παπαθανασίου Μ.

Ουρολογική Κλινική 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη.

P3. ΟΓΚΟΚΥΤΩΜΑ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΝΔΟΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΑΡΙΩΝ (ΤΟΥ BELLINI)

Παπαδόπουλος Δ.1, Γκέκας Χ.1, Καλύβας Β.1, Τσαντήλα Ι2, Γεωργιάδης Χ.1 , Μαλιώρης Α.1, Παπαθανασίου Μ.1

Ουρολογική Κλινική 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη 1
Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη 2

P4. ΕΞΩΚΥΣΤΙΚΟΙ ΟΥΡΟΛΙΘΟΙ ΩΣ ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΔΙΑΛΕΙΠΟΝΤΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΩΝ

Παπαδόπουλος Δ.1,Γκέκας Χ.1,Καλύβας Β.1, Τσαντήλα Ι2, Γεωργιάδης Χ.1, Μαλιώρης Α.1, Παπαθανασίου Μ.1 Ουρολογική Κλινική 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη 1

Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη 2

P5. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΚΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΥΠΟΣΠΑΔΙΑ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Γκέκας Χ., Παπαδόπουλος Δ., Καλύβας Β., Γεωργιάδης Χ., Μαλιώρης Α., Παπαθανασίου Μ.

Ουρολογική Κλινική 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη

P6. Η ΑΡΧΙΚΗ ΜΑΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ TIND® - VIDEO ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Τσιόγγα Α., Μέμμος Δ., Σουντουλίδης Π.

Α΄ Ουρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

P7. ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΡΗΞΗ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χριστακάκης Α. Σαρικούδης Ζ. Παρασκευόπουλος Αβ. Φουρουντζόγλου Αν.

Ουρολογικη Κλινική Γ.Ν.Δράμας

P8. ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ TUMOR ΟΡΧΙ – ΟΡΧΕΚΤΟΜΗ (CASE REPORT)

Χριστακάκης Α. Σαρικούδης Ζ. Παρασκευόπουλος Αβ. Φουρουντζόγλου Αν.

Ουρολογικη Κλινική Γ.Ν.Δράμας

P9. Ο ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ ΑΔΕΝΑΣ - ΔΙΑΚΥΣΤΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ (CASE REPORT)

Χριστακάκης Α. Σαρικούδης Ζ. Παρασκευόπουλος Αβ. Φουρουντζόγλου Αν.

Ουρολογικη Κλινική Γ.Ν.Δράμας

P10. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΑ ΥΔΡΟΝΕΦΡΩΣΗ (GH) – CASE REPORT

Χριστακάκης Α. Σαρικούδης Ζ. Παρασκευόπουλος Αβ. Φουρουντζόγλου Αν.

Ουρολογικη Κλινική Γ.Ν.Δράμας

P11. ΛΕΙΟΜΥΟΣΑΡΚΩΜΑ ΟΥΡΗΤΗΡΑ. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΜΠΑΓΟΥΣ ΟΓΚΟΥ ΟΥΡΗΤΗΡΑ.

Μπαλαξής Π1. Φώτας Α1., Δερμιτζάκης Χ1. Σημαιοφορίδης Β1. Βούρος Ι1. Φλάρης Ν.2 Σαλπιγγίδης Γ1.

Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

P12.ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΙΖΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ AUS

Δρ.Μακρίδης Παντελής, Δρ Καραολίδης Θεοχάρης, Δρ. Μιλάτ Ζιάτ

Ουρολογική κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

P13. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΘΕΙΣΑΣ ΝΕΦΡΟΣΤΟΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Χαλκίδου Μ., Φώτας Α., Μαλακώζης Σ., Σημαιοφορίδης Β., Βούρος Ι., Σαλπιγγίδης Γ.

Ουρολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. « Ιπποκράτειο»

P14. 180-W XPS Greenlight laser ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ (MoXyfiber) ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ Dabigatran ΚΑΙ Rivaroxaban

Καραφωτιάς Α., Σεραφετινίδης Ε., Φίλιος Α., Πρίφτη Α., Φιλντίσης Α., Δελακάς Δ.

ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

P15. Η ΕΥΚΑΜΠΤΗ ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΙΘΩΝ ΝΕΦΡΟΥ < 20mm

Καραφωτιάς Α., Φίλιος Α., Τοπαλίδης Σ., Περικλέους Σ., Σεραφετινίδης Ε., Δελακάς Δ.

ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

P16. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ESWL ΚΑΙ LASER ΟΥΡΗΤΗΡΟΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑΣ ΣΤΗΝ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΙΘΩΝ ΤΟΥ ΑΝΩ ΚΑΙ ΜΕΣΟΥ ΤΡΙΤΗΜΟΡΙΟΥ ΤΟΥ ΟΥΡΗΤΗΡΑ

Καραφωτιάς Α., Φίλιος Α., Τοπαλίδης Σ., Περικλέους Σ., Φιλντισης Α., Δελακάς Δ.

ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

Ρ17. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΘΙΑΣΙΚΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑ

Καραφωτιάς Α., Φίλιος Α., Τοπαλίδης Σ., Πρίφτη Α., Σεραφετινίδης Ε., Δελακάς Δ.

ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

Ρ.18 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΕΛΙΚΑ ΕΙΛΕΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΙΖΙΚΗ ΚΥΣΤΕΟΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ ΚΑΤΑ BRICKER ΠΡΟ 16 ΕΤΙΑΣ

ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ – ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ – ΑΝΟΙΧΤΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΗΣ ΕΛΙΚΑΣ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΕΙΛΕΟΥ

Παπακωνσταντίνου Α., Παπαδόπουλος Α., Καρακάσης Ν., Γάτσος Σ., Μουρτζίλας Ε., Καλογεράς Ν., Παπαλάκης Α.

Ουρολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

Ρ.19 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΜΕΝΟ PIGTAIL ΔΕΞΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ (ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ)

Παπακωνσταντίνου Α.1, Παπαδόπουλος Α. 1, Καριώτης Ι. 1, Καραμανλής Δ.2, Μουρτζίλας Ε. 1, Καλογεράς Ν. 1, Παπαλάκης Α. 1

Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»
Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

Ρ.20 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΚΤΟΜΗΣ ΕΞΩΦΥΤΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΔΕ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΥΓΙΗ ΟΡΙΑ ΑΝΕΥ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΜΙΣΧΟΥ ΚΑΙ ΑΝΕΥ ΕΚΤΟΜΗΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΟΣ

Παπαδόπουλος Α., Παπακωνσταντίνου Α., Καριώτης Ι., Μουρτζίλας Ε., Καλογεράς Ν., Παπαλάκης Α.

Ουρολογική κλινική Γ.Ν.Θ. "Ο Άγιος Δημήτριος"

Ρ.21 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ 29 ΕΤΩΝ ΜΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Παπαδόπουλος Α., Παπακωνσταντίνου Α., Καρακάσης Ν., Καριώτης Ι., Μουρτζίλας Ε., Καλογεράς Ν., Παπαλάκης Α.

Ουρολογική κλινική Γ.Ν.Θ. "Ο Άγιος Δημήτριος"

Ρ.22 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΙΡΣΟΚΗΛΗΣ ΣΤΟΝ ΑΡΣΕΝΙΚΟ ΓΑΜΕΤΗ ΠΡΙΝ ΤΗ ΣΠΕΡΜΙΟΓΕΝΕΣΗ

Καλτσάς Άρης1, Σεμίνι Γκέργκι1, Χαμπηλομάτης Ιωάννης1, Ζαχαρίου Αθανάσιος1, Δημητριάδης Φώτιος2, Γιαννάκης Ιωάννης1, Ζηκόπουλος Αθανάσιος1, Τσουνάπη Παναγιώτα3, Takenaka Atsushi3, Σοφικίτης Νικόλαος1

1.Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

2.Α' Ουρολογική Κλινική, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

3. Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Τότορι, Ιαπωνία.

P.23 Η ΦΩΤΟΕΞΑΤΜΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΠ: ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Καψάσκης Χ.

Ιατρικό Τμήμα Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

P.24 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΚΡΟΥΣΤΙΚΑ ΚΥΜΑΤΑ ΧΑΜΗΛΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΜΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ / ΧΡΟΝΙΟ ΠΥΕΛΙΚΟ ΑΛΓΟΣ: ΜΙΑ ΔΙΠΛΑ-ΤΥΦΛΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ, ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΜΕ ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

Ιωάννης Μυκονιάτης, Δημήτρης Καλυβιανάκης, Παρασκευή Καποτέλη, Φιλήμων Ζηλωτής, Αγριπίνα Φουρναράκη, Δημήτρης Χατζηχρήστου

Ά Ουρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων, Θεσσαλονίκη

P.25 ΜΠΟΡΕΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΡΟΥΣΤΙΚΩΝ ΚΥΜΑΤΩΝ ΧΑΜΗΛΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΑ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΦΩΣΦΟΔΙΕΣΤΕΡΑΣΗΣ ΤΥΠΟΥ 5; ΜΙΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ 2 ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ

Ιωάννης Μυκονιάτης, Δημήτρης Καλυβιανάκης, Παρασκευή Καποτέλη, Φιλήμων Ζηλωτής, Αγριπίνα Φουρναράκη, Δημήτρης Χατζηχρήστου

Ά Ουρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων, Θεσσαλονίκη

14.30-17.00 Μεσημβρινή Διακοπή - Γενική Συνέλευση ΟΥ.Ε.Β.Ε.

17.00-18.30 Λειτουργική Ουρολογία
Προεδρείο: Ιωαννίδης Ευάγγελος - Πουρνάρας Κωνσταντίνος

17.00-17.15 Ασθενείς με MSA. Διαγνωστική προσέγγιση και θεραπεία
Δεϊρμεντζόγλου Σταύρος

17.15-17.30 Αντιμετώπιση ασθενών με νευρογενή κύστη λόγω κάκωσης ΝΜ
Σακαλής Βασίλης

17.30-17.45 Διαταραχές ύπνου: πως συσχετίζονται με την ούρηση μας;
Αποστολίδης Απόστολος

17.45-18.00 Φαρμακευτική θεραπεία ανδρικών συμπτωμάτων κατώτερου ουροποιητικού. Ποιος ασθενής, ποια αγωγή?
Μυτιλέκας Βάιος

18.00-18.30 Συζήτηση

18.30-19.00 Διάλειμμα-Καφές

19.00-19.30 State of the Art Lecture
Προεδρείο: Σεραφετινίδης Εφραίμ - Παπαθανασίου Μιχαήλ

Νεότερα δεδομένα για τη χρήση της ενζαλουταμίδης στη θεραπεία του ορμονευαίσθητου καρκίνου προστάτη
Καλογεράς Νικόλαος

19.30-20.00 State of the Art Lecture
Προεδρείο: Δεληβελιώτης Χαράλαμπος - Χαλικιόπουλος Χαράλαμπος

The AUA and other Urologic Associations: Working for greater good
Thomas Raju

20.00-21.00 Τελετή έναρξης

- Προσφώνηση
Πρόεδρος Ουρολογικής Εταιρίας Βορείου Ελλάδας

- Χαιρετισμοί
Κοσμήτορας Σχολής Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ.
Πρόεδρος Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ.
Δήμαρχος Θεσσαλονίκης
Περιφερειάρχης Κεντρικής Μακεδονίας
Πρόεδρος Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρείας
Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης

- Κήρυξη της έναρξης των εργασιών του Συνεδρίου
Καθηγητής κ. Νικόλαος Παπαϊωάννου,
Πρύτανης Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

- Απονομή τιμητικών διακρίσεων από τον Πρόεδρο της ΟΥ.Ε.Β.Ε.

- Εναρκτήρια Διάλεξη

«Το Μακεδονικό Ζήτημα στα μεταπολεμικά χρόνια και η δημιουργία της σλαβομακεδονικής ταυτότητας»
Βλασίδης Βλάσης

21.00 Coctail Υποδοχής

ΣΑΒΒΑΤΟ 9 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2019

09.00-14.00 Εκλογική διαδικασία για ανάδειξη νέου Δ.Σ. ΟΥ.Ε.Β.Ε.

08.30-10.00 Ανδρολογία

Προεδρείο: Σαλπιγγίδης Γεώργιος - Χατζηχρήστου Δημήτριος

08.30-08.45 Διαχείριση του άνδρα με κιρσοκήλη. Τεκμηριώνεται η αντιμετώπιση της κιρσοκήλης πέρα από τις ενδείξεις των guidelines?
Ανδρεαδάκης Σωτήρης

08.45-09.00 Μήπως η χρήση της κολλαγενάσης στην αποκατάσταση της κάμψης πέους δημιουργεί περισσότερα προβλήματα από όσα λύνει?
Καλυβιανάκης Δημήτρης

09.00-09.15 Εκτίμηση της ανδρικής γονιμότητας. Ο ρόλος του ουρολόγου
Δημητριάδης Φώτιος

09.15-09.30 Εκτίμηση της ανδρικής γονιμότητας: ο ρόλος του βιολόγου
Λυμπέρη Στεφανία

09.30-09.45 Κρουστικά κύματα και εναλλακτικές θεραπείες στη στυτική δυσλειτουργία: το σήμερα και το αύριο
Ζούμπος Ιωάννης

09.45-10.00 Συζήτηση

10.00-11.15 Καρκίνος προστάτη

Προεδρείο: Στραβοδήμος Κωνσταντίνος - Τζώρτζης Βασίλειος - Σκολαρίκος Ανδρέας

10.00-10.15 Αντιμετώπιση βιοχημικής υποτροπής μετά από ριζική αντιμετώπιση καρκίνου του προστάτη
Βαρκαράκης Ιωάννης

10.15-10.30 Κληρονομικός καρκίνος προστάτη. Πόσο συχνός και επικίνδυνος είναι σε σχέση με τον σποραδικό?
Φούντζηλα Ελένη

10.30-10.45 Ο ρόλος της πολυπαραμετρικής MRI στη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη
Μπουλογιάννη Γλυκερία

10.45-11.00 Η σημασία της χρήσης της MRI/US FUSION βιοψίας του προστάτη στην βελτίωση της ανίχνευσης του κλινικά σημαντικού καρκίνου του προστάτη. Η κλινική μου εμπειρία
Σταθόγλου Δημήτριος

11.00-11.15 Συζήτηση

11.15-11.30 Διάλειμμα - Καφές

11.30-12.15 State of the art lecture

Προεδρείο: Ιωάννης Γκιάλας - Ιωάννης Βακαλόπουλος

Robotic reconstruction: From top to bottom (Pyeloplasty, ureteral-ureterostomy, uretero-neocystostomy, Boari flap)
Thomas Raju

12.15-13.45 Παιδοουρολογία-Συνεδρία Ε.Ο.Ε.

Προεδρείο: Στεφανίδης Αντώνης - Βακαλόπουλος Ιωάννης

12.15-12.30 Επείγουσες παιδοουρολογικές καταστάσεις για ουρολόγους
Κουσίδης Γρηγόριος

12.30-12.45 Χειρουργική αποκατάσταση υποσπαδιών
Ζουπάνος Γέωργιος

12.45-13.00 Ουρολογική αντιμετώπιση παιδιών με διαταραχές σύγκλισης σπονδυλικής στήλης
Σημαιοφορίδης Βασίλειος

13.00-13.15 Υπερλειτουργική κύστη στα παιδιά
Καρατζάς Αναστάσιος

13.15-13.30 Tissue engineering. Προοπτικές στην Ουρολογία
Μήτσος Παναγιώτης

13.30-13.45 Συζήτηση

13.45-15.00 Επεμβατική θεραπεία της ΚΥΠ

Προεδρείο: Μπαντής Αθανάσιος - Μητσογιάννης Ηρακλής

13.45-14.05 Holmium laser enucleation of the prostate. A single center experience
Kaloyan Davidoff

14.05-14.25 Rezum και Urolift στη θεραπεία της ΚΥΠ.
Τσαφρακίδης Πέτρος

14.25-14.45 Ρομποτική απλή προστατεκτομή για τη θεραπεία της ΚΥΠ
Λαμπανάρης Απόστολος

14.45-15.00 Συζήτηση

15.00-17.00 Μεσημβρινή διακοπή

ΣΑΒΒΑΤΟ 9 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2019

17.00-18.00 Επανορθωτική Ουρολογία
Προεδρείο: Κωνσταντινίδης Χαράλαμπος - Ασπιώτης Αντώνιος

17.00-17.15 Ελάχιστα επεμβατική χειρουργική στην αντιμετώπιση της πρόπτωσης των οργάνων της πυέλου. Η θέση του Ουρολόγου

Καπάνταης Σπύρος

17.15-17.30 Χειρουργικά μυστικά σε επεμβάσεις ανδρικής ακράτειας: τι να κάνω για να αποφύγω τις επιπλοκές
Αδαμάκης Ιωάννης

17.30-17.45 Αυξητική πέους. Που βρισκόμαστε σήμερα?
Βακαλόπουλος Ιωάννης

17.45-18.00 Συζήτηση

18.00-18.30 Λειτουργική Ουρολογία
Προεδρείο: Κωνσταντινίδης Χαράλαμπος - Ασπιώτης Αντώνιος

18.00-18.15 The underactive bladder
Tufan Tarcan

18.15-18.30 Συζήτηση

18.30-19.30 Καρκίνος προστάτη-Ριζική προστατεκτομή
Προεδρείο: Αναγνώστου Θεόδωρος - Κωτακίδης Γεώργιος - Παρασκευόπουλος Σάββας

18.30-18.45 Χειρουργικά tips and tricks ελαχιστα επεμβατικής ριζικής προστατεκτομής για διατήρηση των λειτουργικών αποτελέσμάτων
Δημόπουλος Πάνος

18.45-19.00 Ριζική προστατεκτομή: Έχει τελικά διαφορά η λαπαροσκοπική από την ρομποτική
Λιάτσικος Ευάγγελος

19.00-19.15 Radical prostatectomy in oligometastatic prostate cancer. A single center experience
Surcel Cristian

19.15-19.30 Συζήτηση

19.30-20.00 Διάλειμμα-Καφές

20.00-20.40 Υπογονιμότητα
Προεδρείο: Νικόλαος Σοφικίτης - Γιαννάκης Δημήτριος - Ζεγκινιάδου Θεοδοσία

20.00-20.20 Νέες κατευθυντήριες οδηγίες καρκίνου όρχεως: Η σημασία του καρκινώματος in situ και της ορχικής μικρολιθίασης Πότε ενδείκνυται μια βιοψία όρχεως
Χρήστος Καλαϊτζής

20.20-20.40 Παρουσίαση Video: Πρωτοπαθής ορχική βλάβη και επιπτώσεις μετά τη γονιμοποίηση
Νικόλαος Σοφικίτης

20.40-21.30 Δορυφορική Διάλεξη AMGEN
Προεδρείο: Σουντουλίδης Πέτρος

AMGEN Oncology

Κλινικοί προβληματισμοί στο χειρισμό ασθενών με καρκίνο του προστάτη και οστικές μεταστάσεις
Καλογεράς Νικόλαος

Επίσημο Δείπνο

ΚΥΡΙΑΚΗ 10 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2019

08.30-09.00 Ενδιαφέροντα ενδοουρολογικά θέματα

Προεδρείο: Μαμουλάκης Χαράλαμπος - Τσίμαρης Ιωάννης - Σκρεπέτης Κωνσταντίνος

Πόσο ασφαλής και αποτελεσματική είναι η RIRS στην αντιμετώπιση λίθων > 2cm?
Χρυσοφός Μιχάλης

Αντιμετώπιση της λιθίασης στην τρίτη ηλικία
Δελλής Αθανάσιος

09.00-10.30 Workshop Ενδοουρολογίας

Θεωρητικό Μέρος
Συντονιστής: Αναστασιάδης Αναστάσιος

Εισαγωγή
Αναστασιάδης Αναστάσιος

Εξοπλισμός στην Ενδοουρολογία
Αναστασιάδης Αναστάσιος

Εύκαμπτη Ουρητηρονεφροσκόπηση
Αναστασιάδης Αναστάσιος

Lasers in Ureteroscopy
Senjin Djozic

Συντήρηση εξοπλισμού
Μέμμος Δημήτριος

10.30-11.00 Διάλειμμα-Καφές

11.00-14.00 Πρακτικό Μέρος - Hands on Training

Υπεύθυνος Εκπαίδευσης: Αναστασιάδης Αναστάσιος

FIRMAGON®
degarelix

ΞΕΚΙΝΑ ΔΥΝΑΜΙΚΑ - ΔΙΑΤΗΡΗΣΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ

- **Άμεση και μόνιμη καταστολή** της Τεστοστερόνης[1]
- **Γρήγορη πτώση** και **αποτελεσματικός έλεγχος** του PSA[1,2]
- **Υποδιπλάσια πιθανότητα εκδήλωσης** καρδιαγγειακών συμβαμάτων ή θανάτου[3]

1. Klotz L, Boccon-Gibod L, Shore ND, Andreou C, Persson B, et al. Br J Urol Int 2008; 1531-1538
2. Tombal B, Miller K, Boccon-Gibod L, Schroder F, Shore N, et al. Eur Urol 2010; 57(5): 836-842
3. Albertsen PC, et al. Eur Urol (2013), http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.10.032

ΣΤΗΝ FERRING ΠΡΟΗΓΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ

FERRING
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ

Ferring Ελλάς Μονοπρόσωπη ΕΠΕ
Γκύζη 3, 151 25 Μαρούσι, τηλ.: 210 68 43 449, fax: 210 68 44 721
www.ferrring.gr

FRIDAY 8 NOVEMBER 2019

08.30-09.00 Registrations

09.00-10.00 Urothelial Cancer
Chairman: Andreadakis Charalambos - Moustakas Georgios - Deligiannidis Nikolaos

09.00-09.15 The role of immunotherapy in the treatment of bladder cancer
Kikidakis Dimitrios

09.15-09.30 Laparoscopic cystoprostatectomy. Tips and tricks to avoid complications
Toutziaris Chrisovalantis

09.30-09.45 The emerging role of FGFR inhibitors in urothelial cancer
Andreadou Anna

09.45-10.00 Discussion

10.00-11.30 Miscellaneous
Chairman: Ambelourgos Ioannis – Papalakis Apostolos – Patris Emmanouil

10.00-10.15 Lessons learnt from modern pilot training in modern operating room
Fragiadis Evaggelos

10.15-10.30 The criminal liability of the doctors in-training
Kazanas Kosmas

10.30-10.45 The professional insurance of health professionals
Chrisanthopoulou Ksenia

10.45-11.00 The management of urological malignancies in the county hospital
Tsiriopoulos Ioannis

11.00-11.15 HPV and male fertility
Papacharitou Stamatios

11.15-11.30 Discussion

11.30-12.00 Coffee Break

12.00-13.15 Renal cancer
Chairman: Dimitriadis Georgios – Vlachiotis Ioannis

12.00-12.15 Cytoreductive nephrectomy in the metastatic renal cancer
Mitropoulos Dionisios

12.15-12.30 Zero ischemia robot assisted partial nephrectomy
Lampanaris Apostolos

12.30-12.45 Open vs Laparoscopic vs Robot assisted nephroureterectomy: Current status
Giannakopoulos Stylianos

12.45-13.00 Surgical technique for the treatment of renal cell carcinoma with cavoatrial tumor thrombus. A single center experience
Christian Sourcel

13.00-13.15 Discussion

13.15-13.45 State of the Art Lecture
Chairman: Dimitriadis Georgios – Vlachiotis Ioannis

Small renal masses-how to diagnose and to treat them
Wolfgang Schultze-Seemann

13.45-14.30 E-POSTERS
Chairman: Goranis Theodros – Kamamoukas Vasileios

14.30-17.00 Break

17.00-18.15 Functional Urology
Chairman: Ioannidis Evangelos – Pournaras Konstantinos

17.00-17.15 MSA patients. Diagnostic approach and treatment
Deirmentzoglou Stavros

17.15-17.30 The management of lower urinary tract dysfunction after spinal cord injury
Sakalis Vasilios

17.30-17.45 Sleep disturbances: How do they relate with voiding?
Apostolidis Apostolos

17.45-18.00 Medical treatment of male LUTS. Which patient, what treatment?
Mitilekas Vaios

18.00 -18.15 Discussion

18.15-19.00 Coffee Break

19.00-19.30 State of the Art Lecture
Chairman: Serafetinidis Efraim – Papathanasiou Michail

Current evidence for the role of enzalutamide in the treatment of hormone sensitive prostate cancer
Kalogeras Nikolaos

19.30-20.00 State of the Art Lecture
Chairman: Deliveliotis Charalambos – Chalkiopoulos Charalambos

The AUA and other Urologic Associations: Working for greater good
Thomas Raju

20.00-21.00 Opening Ceremony - Greetings - Opening Lecture

«The Macedonian Question in the post WWII years and the development of the slavomacedonian identity»
Vlasidis Vlasis

SATURDAY 9 NOVEMBER 2019

09.00-14.00 U.A.N.G. Elections

08.30-10.00 Andrology
Chairman: Salpiggidis Georgios – Chatzichristou Dimitrios

08.30-08.45 The management of varicocele. Can the treatment beyond guidelines indications be justified? **Andreadakis Sotirios**

08.45-09.00 Collagenase treatment of penile curvature: More problems created than solved? **Kalivianakis Dimitrios**

09.00-09.15 Diagnostic evaluation of male infertility: The role of the Urologist. **Dimitriadis Fotios**

09.15-09.30 Diagnostic evaluation of male infertility: The role of the Reproduction Biologist. **Limberi Stefania**

09.30-09.45 Shock wave and alternative treatment options in erectile dysfunction: Current trends and future perspectives **Zoumbos Ioannis**

09.45-10.00 Discussion

10.00-11.15 Prostate Cancer
Chairman: Stravodimos Konstantinos – Tzortzis Vasileios – Skolarikos Andreas

10.00-10.15 Management of biochemical recurrence after radical treatment of prostate cancer **Varkarakis Ioannis**

10.15-10.30 Hereditary prostate cancer. How common and dangerous compared to sporadic? **Foutzila Eleni**

10.30-10.45 Current role of mpMRI in the diagnosis of prostate cancer **Boulogianni Glykeria**

10.45-11.00 Current role of MRI/US FUSION prostate biopsy in improving the detection of clinically significant prostate cancer **Stathoglou Dimitrios**

11.00-11.15 Discussion

11.15-11.30 Coffee Break

11.30-12.15 State of the art lecture
Chairman: Gialas Ioannis – Vakalopoulos Ioannis

Robotic reconstruction: From top to bottom (Pyeloplasty, ureteral-ureterostomy, uretero-neocystostomy, Boari flap)
Thomas Raju

12.15-13.45 Pediatric Urology-HUA session
Chairman: Stafanidis Antonios - Vakalopoulos Ioannis

12.15-12.30 Pediatric urology emergencies for the general urologist
Kousidis Grigorios

12.30-12.45 Surgical repair of hypospadias
Zoupanos Georgios

12.45-13.00 Urological management of children with spina bifida
Simeoforidis Vasileios

13.00-13.15 Bladder overactivity in children
Karatzas Anastasios

13.15-13.30 Tissue engineering. Current perspectives in urology
Mitsos Papagiotis

13.30-13.45 Discussion

13.45-15.00 Invasive treatment of BPH
Chairman: Bantis Athanasios – Mitsogiannis Iraklis

13.45-14.05 Holmium laser enucleation of the prostate. A single center experience
Kaloyan Davidoff

14.05-14.25 Rezum and Urolift in the treatment of BPH.
Tsafrakidis Petros

14.25-14.45 Robot assisted prostatectomy in the treatment of BPH
Lampanaris Apostolos

14.45-15.00 Discussion

15.00-17.00 Break

17.00-18.00 Reconstructive urology
Chairman: Konstantinidis Charalampos – Aspiotis Antonios

17.00-17.15 Minimally invasive treatment of pelvic organ prolapse. The role of the urologist
Kapantais Spiros

17.15-17.30 Surgical secrets in the invasive treatment of male incontinence: How can I avoid complications?
Adamakis Ioannis

17.30-17.45 penile augmentation. Where do we stand?
Vakalopoulos ioannis

17.45-18.00 Discussion

SATURDAY 9 NOVEMBER 2019

18.00-18.30 State-of-the-art lecture
Chairman: Konstantinidis Charalampos – Aspiotios Antonios

18.00-18.15 The underactive bladder
Tufan Tarcan

18.15-18.30 Discussion

18.30-19.30 Prostate cancer-Radical prostatectomy
Chairman: Anagnostou Theodoros – Kotakidis Georgios – Paraskevopoulos Savvas

18.30-18.45 Tips and tricks of minimally invasive radical prostatectomy for the best possible functional results
Dimopoulos Panos

18.45-19.00 Radical prostatectomy: Is there a difference between laparoscopic and robot assisted approach?
Liatsikos Evangellos

19.00-19.15 Radical prostatectomy in oligometastatic prostate cancer. A single center experience
Surcel Cristian

19.15-19.30 Discussion

19.30-20.00 Coffee Break

20.00-20.40 Infertility
Chairman:Sofikitis Nikolaos – Giannakis Dimitrios –Zeginiadou Theodosia

20.00-20.20 New guidelines for testicular cancer: The importance of in situ carcinoma and testicular microlithiasis. When is testicular biopsy indicated?
Kalaitzis Christos

20.20-20.40 Video presentation: Primary testicular dysfunction and its impact after fertilization
Sofikitis Nikolaos

20.40-21.30 Satellite lecture AMGEN
Chairman: Sountoulidis Petros

AMGEN Oncology

Clinical questions in the management of prostate cancer patients with bone metastases
Kalogeras Nikolaos

Gala Dinner

SUNDAY 10 NOVEMBER 2019

08.30-09.00 Endourology

Chairman: Mamoulakis Charalampos – Tsimaris Ioannis – Skrepetis Konstantinos

Efficacy and safety of RIRS in the treatment of stones > 2cm
Chrysofos Michail

The treatment of urolithiasis in the elderly
Dellis Athanasios

09.00-10.30 Endourology Workshop

Theoretical Part
Instructor: Anastasiadis Anastasios

Introduction
Anastasiadis Anastasios

Endourology equipment
Anastasiadis Anastasios

Flexible ureteronephroscopy
Anastasiadis Anastasios

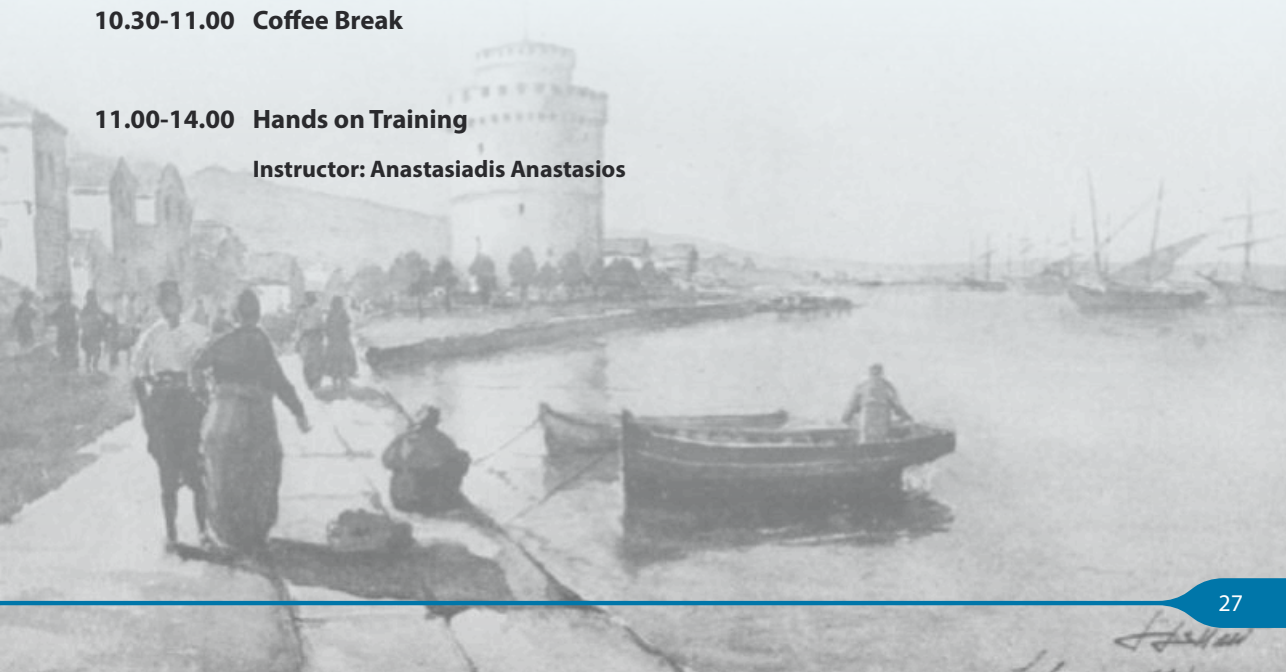
Lasers in Ureteroscopy
Senjin Djozic

Equipment maintenance
Memmos Dimitrios

10.30-11.00 Coffee Break

11.00-14.00 Hands on Training

Instructor: Anastasiadis Anastasios



FIRMAGON 80 mg κόνις και διαλύτης για ενέσιμο διάλυμα
FIRMAGON 120 mg κόνις και διαλύτης για ενέσιμο διάλυμα

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ FIRMAGON 80 mg: κάθε φιαλίδιο περιέχει 80 mg δεγαρελίξης (ως οξική). Μετά την ανασύσταση, κάθε ml διαλύματος περιέχει 20 mg δεγαρελίξης. **FIRMAGON 120 mg**: κάθε φιαλίδιο περιέχει 120 mg δεγαρελίξη (ως οξική). Μετά την ανασύσταση, κάθε ml διαλύματος περιέχει 40 mg δεγαρελίξης. **4.3 Αντενδείξεις** Υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα. **4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση** Επίδραση στο διάστημα QT/QTc Η μακροχρόνια θεραπεία ανδρογονικού αποκλεισμού μπορεί να παρατείνει το διάστημα QT. Στην επιβεβαιωτική μελέτη σύγκρισης του FIRMAGON με τη λευπρορελίνη, ελήφθησαν περιοδικά (μηνιαία) ΗΚΓ. Και οι δύο θεραπείες έδειξαν QT/QTc διαστήματα που υπερέβαιναν τα 450 msec σε περίπου 20% των ασθενών, και τα 500 msec στο 1% και 2% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με δεγαρελίξη και λευπρορελίνη, αντίστοιχα. Το FIRMAGON δεν έχει μελετηθεί σε ασθενείς με ιστορικό διορθωμένου διαστήματος QT άνω των 450 msec, σε ασθενείς με ιστορικό ή ύπαρξη παραγόντων κινδύνου για κοιλιακή ταχυκαρδία δίκην ριπιδίου (torsades de pointes), και σε ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονα φαρμακευτικά προϊόντα που μπορεί να παρατείνουν το διάστημα QT. Επομένως για αυτούς τους ασθενείς, πρέπει ο λόγος οφέλους/κινδύνου του FIRMAGON να εκτιμάται πολύ προσεκτικά. Μια ενδελεχής μελέτη QT έδειξε ότι δεν υπήρξε ενδογενής επίδραση της δεγαρελίξης στο διάστημα QT/QTc. Ηπατική δυσλειτουργία Ασθενείς με γνωστή ή με υποψία ηπατικής διαταραχής δεν έχουν συμπεριληφθεί σε μακροχρόνιες κλινικές δοκιμές με δεγαρελίξη. Ήπιες, παροδικές αυξήσεις της ALT και της AST έχουν παρατηρηθεί, οι οποίες δε συνοδεύονταν από αύξηση της χολερυθρίνης ή από κλινικά συμπτώματα. Συνιστάται παρακολούθηση της ηπατικής λειτουργίας στους ασθενείς με γνωστή ή με υποψία ηπατικής διαταραχής, κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η φαρμακοκινητική της δεγαρελίξης έχει μελετηθεί μετά από εφάπαξ ενδοφλέβια χορήγηση σε άτομα με ήπια έως μέτρια ηπατική δυσλειτουργία. Νεφρική δυσλειτουργία Η δεγαρελίξη δεν έχει μελετηθεί σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία και για το λόγο αυτό συνιστάται προσοχή. Υπερευαισθησία Η δεγαρελίξη δεν έχει μελετηθεί σε ασθενείς με ιστορικό σοβαρού άσθματος που δεν υπόκειται σε θεραπευτική αγωγή, με αναφυλακτικές αντιδράσεις ή με σοβαρή κνίδωση ή αγγειοοίδημα. Μεταβολές στην οστική πυκνότητα Μειωμένη οστική πυκνότητα έχει αναφερθεί στην ιατρική βιβλιογραφία σε άντρες που υπεβλήθησαν σε ορχεκτομή ή που ακολούθησαν θεραπεία με κάποιον αγωνιστή GnRH. Αναμένεται ότι μεγάλες περίοδοι καταστολής της τεστοστερόνης στους άνδρες θα έχουν επίδραση στην οστική πυκνότητα. Η οστική πυκνότητα δεν έχει μετρηθεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας με δεγαρελίξη. Ανοχή στη γλυκόζη Μείωση της ανοχής στη γλυκόζη έχει παρατηρηθεί σε άντρες που υπεβλήθησαν σε ορχεκτομή ή που έλαβαν θεραπεία με κάποιον αγωνιστή GnRH. Πιθανόν να προκύψει εμφάνιση ή επιδείνωση του διαβήτη. Για το λόγο αυτό, οι διαβητικοί ασθενείς μπορεί να χρειαστούν πιο συχνή παρακολούθηση της γλυκόζης του αίματος όταν λαμβάνουν θεραπεία ανδρογονικού αποκλεισμού. Η επίδραση της δεγαρελίξης στα επίπεδα ινσουλίνης και γλυκόζης δεν έχει μελετηθεί. **4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης** Δεν έχουν πραγματοποιηθεί επίσημες μελέτες αλληλεπιδράσεων με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα. Επειδή η θεραπεία ανδρογονικού αποκλεισμού μπορεί να παρατείνει το διάστημα QTc, η ταυτόχρονη χορήγηση της δεγαρελίξης με φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία είναι γνωστό ότι παρατείνουν το διάστημα QTc ή φαρμακευτικά προϊόντα που μπορούν να επάγουν την κοιλιακή ταχυκαρδία δίκην ριπιδίου όπως αντιαρρυθμικά φαρμακευτικά προϊόντα της κατηγορίας IA (π.χ. κινιδίνη, δισοπυραμίδη) ή της κατηγορίας III (π.χ. αμιοδαρόνη, σοταλόλη, δοφετιλίδη, ιβουπιλίδη), μεθαδόνη, σιζαπρίδη, μοξιφλοξασίνη, αντιψυχωσικά, κ.λπ. πρέπει να αξιολογείται προσεκτικά. Η δεγαρελίξη δεν αποτελεί υπόστρωμα για το σύστημα του ανθρώπινου κυτοχρώματος CYP450 και δεν φαίνεται να επάγει ή να αναστέλλει τα κυτοχρώματα CYP1A2, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP2E1 ή CYP3A4/5 σε σημαντικό βαθμό *in vitro*. Για το λόγο αυτό, κλινικά σημαντικές φαρμακοκινητικές αλληλεπιδράσεις φαρμάκων στο μεταβολισμό που να σχετίζονται με αυτά τα ισοένζυμα δεν είναι πιθανές. **4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες** Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρήθηκαν πιο συχνά κατά τη διάρκεια της θεραπείας με δεγαρελίξη, στην επιβεβαιωτική μελέτη φάσης III (N=409) οφείλονταν στις αναμενόμενες φυσιολογικές επιδράσεις της καταστολής της τεστοστερόνης, συμπεριλαμβανομένων των εξάψεων και της αύξησης του σωματικού βάρους (που αναφέρθηκαν στο 25% και το 7% αντίστοιχα, των ασθενών που έλαβαν θεραπεία για ένα χρόνο), ή ανεπιθύμητες ενέργειες της θέσης ένεσης. Παροδικά ρίγη, πυρετός ή γριπτώδης συνδρομή αναφέρθηκαν να συμβαίνουν ώρες μετά τη χορήγηση της δόσης (στο 3%, 2% και 1% των ασθενών, αντίστοιχα). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της θέσης ένεσης που αναφέρθηκαν ήταν κυρίως άλγος και ερύθημα, αναφέρθηκαν στο 28% και στο 17% των ασθενών αντίστοιχα, λιγότερα συχνά αναφέρθηκαν διόγκωση (6%), σκλήρυνση (4%) και όζος (3%). Τα περιστατικά αυτά συνέβησαν κυρίως με την αρχική δόση, ενώ κατά τη θεραπεία συντήρησης με τη δόση των 80 mg, η συχνότητα εμφάνισης αυτών των περιστατικών ανά 100 ενέσεις ήταν: 3 για το άλγος και < 1 για το ερύθημα, τη διόγκωση, τον όζο και τη σκλήρυνση. Τα αναφερόμενα περιστατικά ήταν κυρίως παροδικά, ήπιας έως μέτριας έντασης και οδήγησαν σε πολύ λίγες διακοπές της θεραπείας (<1%). Η συχνότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών που παρατίθενται παρακάτω καθορίζεται με βάση την ακόλουθη σύμβαση: Πολύ συχνές (≥ 1/10), συχνές (≥1/100 έως <1/10), όχι συχνές (≥ 1/1.000 έως <1/100), σπάνιες (≥ 1/10.000 έως <1/1.000) και πολύ σπάνιες (<1/10.000). Εντός κάθε κατηγορίας συχνότητας εμφάνισης, οι ανεπιθύμητες ενέργειες παρατίθενται κατά φθίνουσα σειρά σοβαρότητας. Πίνακας 1: Συχνότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου που αναφέρθηκαν σε 1.259 ασθενείς οι οποίοι έλαβαν θεραπεία για σύνολο 1781 ανθρωποετών (patient years) (μελέτες φάσης II και III).

Κατηγορία/οργανικό σύστημα σύμφωνα με το MedDRA	Πολύ συχνές	Συχνές	Όχι συχνές
Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος		Αναιμία*	
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος			Υπερευαισθησία
Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης		Σωματικό βάρος αυξημένο*	Υπεργλυκαιμία/Σακχαρώδης διαβήτης, χοληστερόλη αυξημένη, σωματικό βάρος μειωμένο, όρεξη μειωμένη, μεταβολές στο ασβέστιο αίματος
Ψυχιατρικές διαταραχές		Αϋπνία	Κατάθλιψη, γενετήσια ορμή μειωμένη*
Διαταραχές του νευρικού συστήματος		Ζάλη, κεφαλαλγία	Νοητική δυσλειτουργία, υπαισθησία
Οφθαλμικές διαταραχές			Όραση θαμπή
Καρδιακές διαταραχές			Καρδιακή αρρυθμία (συμπ. κολπικής μαρμαρυγής), αίσθημα παλμών, παράταση του διαστήματος QT*
Αγγειακές διαταραχές	Έξαψη*		Υπέρταση, αγγειοπνευμονογαστρική αντίδραση (συμπ. υπόταση)
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου			Δύσπνοια
Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος		Διάρροια, ναυτία	Δυσκοιλιότητα, έμετος, κοιλιακό άλγος, κοιλιακή δυσφορία, δηροστομία
Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων		Τρανσαμινάσες ήπατος αυξημένες	Χολερυθρίνη αυξημένη, αλκαλική φωσφατάση αυξημένη
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού		Υπερίδρωση (συμπ. νυχτερινών ιδρώτων)*, εξάνθημα	Κνίδωση, όζος δέρματος, αλωπεκία, κνησμός, ερύθημα
Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού		Μυοσκελετικός πόνος και δυσφορία	Οστεοπόρωση/ οστεοπενία, αρθραλγία, μυϊκή αδυναμία, μυϊκοί σπασμοί, οίδημα/ δυσκαμψία άρθρωσης
Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών			Πολυουρία, επιτακτική ούρηση, δυσουρία, νυκτουρία, νεφρική δυσλειτουργία, ακράτεια
Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού		Γυναικομαστία*, ατροφία όρχεων*, στυτική δυσλειτουργία*	Άλγος όρχεων, μαστοδυνία, άλγος πυέλου, ερεθισμός των γενητικών οργάνων, αποτυχία εκσπερμάτισης
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης	Ανεπιθύμητες ενέργειες της θέσης ένεσης	Ρίγη, πυρεξία, κόπωση*, γριπτώδης συνδρομή	Αίσθημα κακουχίας, περιφερικό οίδημα

* Γνωστή φυσιολογική συνέπεια της καταστολής της τεστοστερόνης

Οι ακόλουθες αντιδράσεις έχουν αναφερθεί ως σχετιζόμενες με τη θεραπεία σε μεμονωμένους ασθενείς: Εμπύρετη ουδετεροπενία, έμφραγμα του μυοκαρδίου και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Σπάνιες αναφορές αναφυλακτικών αντιδράσεων έχουν ληφθεί από την μετά την κυκλοφορία χρήση του FIRMAGON. Μεταβολές στις εργαστηριακές παραμέτρους Οι μεταβολές στις εργαστηριακές τιμές που παρατηρήθηκαν στη διάρκεια ενός έτους θεραπείας στην επιβεβαιωτική μελέτη φάσης III (N=409) ήταν στο ίδιο εύρος για τη δεγαρελίξη και τον αγωνιστή GnRH (λευπρορελίνη) που χρησιμοποιήθηκε ως παράγοντας σύγκρισης. Ιδιαιτέρως μη φυσιολογικές τιμές (>3*ULN) των τρανσαμινασών ήπατος (ALT, AST και GGT) παρατηρήθηκαν στο 2-6 % των ασθενών με φυσιολογικές τιμές πριν τη θεραπεία, μετά την αγωγή και με τα δύο φαρμακευτικά προϊόντα. Αξιοσημείωτη μείωση στις τιμές των αιματολογικών παραμέτρων, αιματοκρίτη (≤ 0,37) και αιμοσφαιρίνης (≤115 g/l) παρατηρήθηκαν στο 40% και στο 13-15% αντίστοιχα, των ασθενών με φυσιολογικές τιμές πριν τη θεραπεία, έπειτα από αγωγή και με τα δύο φαρμακευτικά προϊόντα. Είναι άγνωστο σε ποια έκταση αυτή η μείωση στις τιμές των αιματολογικών παραμέτρων προκλήθηκε από τον υποκείμενο καρκίνο του προστάτη και σε ποιο βαθμό ήταν συνέπεια της θεραπείας ανδρογονικού αποκλεισμού. Ιδιαιτέρως μη φυσιολογικές τιμές καλίου (≥5,8 mmol/L), κρεατινίνης (≥ 177 μmol/L) και BUN (≥ 10,7 mmol/L) σε ασθενείς με φυσιολογικές τιμές πριν τη θεραπεία, παρατηρήθηκαν στο 6%, 2% και 15% των ασθενών που έλαβαν αγωγή με δεγαρελίξη και στο 3%, 2% και 14% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με λευπρορελίνη, αντίστοιχα. Μεταβολές στις μετρήσεις του ΗΚΓ Οι μεταβολές στις μετρήσεις του ΗΚΓ που παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια ενός έτους θεραπείας στην επιβεβαιωτική μελέτη φάσης III (N=409) ήταν στο ίδιο εύρος για τη δεγαρελίξη και για τον αγωνιστή GnRH (λευπρορελίνη) που χρησιμοποιήθηκε ως παράγοντας σύγκρισης. Τρεις (<1%) από τους 409 ασθενείς στην ομάδα της δεγαρελίξης και τέσσερεις (2%) από τους 201 ασθενείς στην ομάδα της λευπρορελίνης 7,5 mg, είχαν QTcF ≥ 500 msec. Από την έναρξη της θεραπείας μέχρι το τέλος της μελέτης η μέση αλλαγή στο QTcF για τη δεγαρελίξη ήταν 12,0 msec και για τη λευπρορελίνη ήταν 16,7 msec. Η έλλειψη ενδογενούς επίδρασης της δεγαρελίξης στην καρδιακή επαναπόλωση (QTcF), στην καρδιακή συχνότητα, στην κολπικοκοιλιακή αγωγιμότητα, στην καρδιακή εκπόλωση, ή στη μορφολογία του κύματος Τ ή U επιβεβαιώθηκε σε μια ενδελεχή μελέτη QT σε υγιή άτομα (N=80) που έλαβαν μια ενδοφλέβια έγχυση δεγαρελίξης διάρκειας 60 λεπτών, επιτυγχάνοντας μια μέση τιμή Cmax 222 ng/ml, περίπου 3πλάσια - 4πλάσια της Cmax που επετεύχθη κατά τη διάρκεια θεραπείας του καρκίνου του προστάτη. Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων: Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα, Τηλ: + 30 21 32040380/337, Φαξ: + 30 21 06549585 Ιστότοπος: http://www.eof.gr **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Ferring Pharmaceuticals A/S, Kay Fiskers Plads 11, 2300 København S, Δανία. **ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:** Ferring Ελλάς ΜΕΠΕ, Γκύζη 3, 151 25 Μαρούσι, Τηλ: 210 68 43 449, Fax: 210 68 44 721

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

P1. VERUMONTANUM MUCOSA HYPERPLASIA AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF A LOCAL RECURRENCE FOLLOWING RADICAL PROSTATECTOMY

Drosos K. [1], Köhler G. [2], I. Hofmann I. [1], Kälble T. [1]

1. Department of Urology, Klinikum Fulda

2. Institute for Pathology, Klinikum Fulda

Abstract: Verumontanum Mucosa Gland Hyperplasia (VMGH) is a benign microacinar proliferative lesion, which occurs exclusively in the verumontanum and posterior urethra and is one of the lesions that may be confused with a low risk adenocarcinoma of the prostate.

We present the case of a 72-year-old male who underwent a radical prostatectomy due to an adenocarcinoma of the prostate pT2c pN0 cM0 R0, Gleason- Score: 3+3=6. Five years after the operation we diagnosed sonographically a tumour of 3x2 cm in the prostate bed. Whilst our first assumption was a PSA-negative local recurrence following radical prostatectomy, the comprehensive histological examination along with the clinical evaluation led us to the diagnosis of a VMGH. VMGH is a not well- known differential diagnosis of a PSA- negative local recurrence following radical prostatectomy whose clinical manifestation should be presented.

P2. ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΜΕ ΚΕΝΟ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΕΟΥΣ, ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ.

Γκέκας Χ., Παπαδόπουλος Δ., Καλύβας Β., Γεωργιάδης Χ. , Μαλίωρης Α., Παπαθανασίου Μ.

Ουρολογική Κλινική 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο βουβωνικός λεμφαδενικός καθαρισμός αποτελεί βασική διαγνωστική και θεραπευτική επέμβαση του αλγόριθμου αντιμετώπισης του καρκίνου του πέους. Περιλαμβάνει την αποψίλωση του επιπολής και εν τω βάθει λεμφαδενικού στοιχείου της ευρύτερης βουβωνικής περιοχής, ύπερθεν και κάτωθεν του βουβωνικού συνδέσμου, μέχρις σημείου σκελετοποίησης των μηριαίων αγγείων και απολίνωσης της μείζονος σαφηνούς φλέβας. Συνοδεύεται μεγάλη νοσηρότητα που περιλαμβάνει, καθυστερημένη επούλωση του τραύματος λόγω επίμονης λεμφόρροιας, λεμφοκήλης, διαπύησης ακόμη και νέκρωσης δέρματος. Τυπικά, ο χρόνος ανάρρωσης μετά από ριζική βουβωνική λεμφαδενεκτομή πλησιάζει τις 6 με 8 εβδομάδες. Η εμφάνιση επιπλοκών παρατείνει το ανωτέρω διάστημα. Οι υπέρβαροι ασθενείς βρίσκονται σε μειονεκτική θέση μετά από μια τέτοια επέμβαση καθώς ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση επιπλοκών μετά την επέμβαση.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Προσπαθώντας να περιορίσουμε τις επιπλοκές μετά από αμφοτερόπλευρη εκτεταμένη βουβωνική λεμφαδενεκτομή, εφαρμόσαμε άμεσα μετεγχειρητικά συσκευή υποβοήθησης επούλωσης κενού (VAC). Το υλικό μας περιλαμβάνει 2 υπέρβαρους ασθενείς με πλακωδές καρκίνο πέους. Ο πρώτος 40 ετών με μη ψηλαφητούς αλλά απεικονιστικά εμφανείς λεμφαδένες, ΒΣ 150kgr, BMI 46 και ο δεύτερος, 65 ετών, με αμφοτερόπλευρα βουβωνικά μπλοκ, ΒΣ 121kgr, BMI 38.1. Και οι δύο υπεβλήθηκαν σε εκτεταμένο βουβωνικό λεμφαδενικό καθαρισμό με σκελετοποίηση των μηριαίων αγγείων, απολίνωση της μείζονος σαφηνούς φλέβας, μετάθεση του ραπτικού μυός και άμεση, μέσα στο χειρουργείο, εφαρμογή του VAC με σχεδιασμένη μερική σύγκλειση των τραυμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάρρωση των ασθενών υπήρξε ανεπίπλεκτη. Και στις 4 υπό θεραπεία βουβωνικές περιοχές η επούλωση ήταν συμμετρική χωρίς την εμφάνιση συλλογής λέμφου ή διαπύησης. Ο δεύτερος ασθενής έφερε το VAC για 30 ημέρες με την παραμονή, μετά την αφαίρεσή του, για άλλες 4 ημερες ενός μικρού κοκκιώματος ετερόπλευρα χωρίς όμως συνοδό λεμφόρροια και ο πρώτος για επίσης ένα μήνα έχοντας όμως στεγνά τραύματα από την 27η ημέρα. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε ήταν στην εφαρμογή της συσκευής και την διατήρηση του κενού στην μηροβουβωνική πτυχή. Απαιτήθηκαν αλλαγές περίπου ανά 4ήμερο με την εφαρμογή επιπρόσθετων αυτοκόλλητων φίλμ (δεν επαρκούσαν αυτά που είχε η κάθε συσκευασία). Η παροχέτευση κυμάνθηκε πτωτικά με αφετηρία τα 700cc το 24ωρο (και οι 2 μεριές παροχέτευαν μέσω σύνδεσης Υ σε ένα κοινό κάνιστρο).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η υποβοήθηση της επούλωσης του τραύματος με κενό, στον εκτεταμένο βουβωνικό λεμφαδενικό καθαρισμό παχύσαρκων ασθενών με πλακωδες ca πεόυς, φαίνεται να επιταχύνει την επούλωση και να περιορίζει την εμφάνιση επιπλοκών κατά την αρχική μας εμπειρία από την εφαρμογή της μεθόδου.

P3. ΟΓΚΟΚΥΤΩΜΑ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΝΔΟΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΑΡΙΩΝ (ΤΟΥ BELLINI)

Παπαδόπουλος Δ.[1], Γκέκας Χ.[1], Καλύβας Β.[1], Τσαντήλα Ι[2], Γεωργιάδης Χ.[1] , Μαλιώρης Α.[1], Παπαθανασίου Μ.[1]

Ουρολογική Κλινική 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη [1]

Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη [2]

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ογκοκύτωμα αποτελεί το 3-5% των νεφρικών όγκων, με αυξημένη επίπτωση στου άρρενες, στην πλειοψηφία μη μεταστατικό με καλά περιγεγραμμένη κάψα. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από μεγάλα κυτταρα με εωσινόφιλο κυτταρόπλασμα συνεπεία του αυξημένου αριθμού μιτοχοδρίων.

Ο καρκίνος αθροιστικών σωληναρίων (Bellini) είναι ένας σπάνιος υπότυπος καρκίνου του νεφρού (<1% του συνόλου των νεφρικών όγκων), υψηλής επιθετικότητας με

ιδιαίτερα κακή πρόγνωση. Εξορμάται από το άπω τμήμα των αθροιστικών σωληναρίων και παρουσιάζει έντονα αναπλαστικό χαρακτήρα με τάση διείσδυσης στα αιμοφόρα αγγεία.

Η σύγχρονη παρουσία των ανωτέρω σε εξεργασία νεφρού δεν έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία έως σήμερα.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής, θήλυ, ετών 81, προσήλθε λόγω άλγους δεξιάς πλάγιας οσφυϊκής χώρας από τριμήνου. Από τον απεικονιστικό έλεγχο με MRI αναγνωρίστηκε συμπαγές μόρφωμα κάτω πόλου δεξιού νεφρού, διαστάσεων 4cm*3.9cm*3,5cm, εμπλουτιζόμενο μετά από χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας με παρουσία μικρής κεντρικής ουλής υποεμπλουτισμού. Δεν αναγνωρίστηκε παρουσία παθολογικών οπισθοπεριταναϊκών και μεσεντέριων λεμφαδένων. Ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός με απουσία ευρημάτων από τη γενική αίματος και ούρων. Η ασθενής υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική ριζική νεφρεκτομή. Εκ της ιστολογικής τέθηκε διάγνωση «Ογκοκυτώματος νεφρού με ταυτόχρονη ενδονεοπλασματική παρουσία καρκινώματος αθροιστικών σωληναρίων του Bellini». Η ασθενής για το πρώτο έτος ελέγχεται σε εξαμηνιαίο follow up (CT) και εν συνεχεία ετησίως. Δεν έχει παρουσιάσει υποτροπή έως σήμερα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ογκοκύτωμα παρουσιάζεται συνήθως ως μη μεταστατικός καλοήθης όγκος του νεφρικού παρεγχύματος. Παρόλα αυτά έχει περιγραφεί η συνύπαρξη ογκοκυτώματος με διαυγοκυτταρικό RCC ή χρομόφοβο RCC. Η σύγχρονη ενδονεοπλασματική παρουσία ιδιαίτερα επιθετικού καρκινώματος όπως των νεφρικών σωληναρίων θέτει υπό αμφισβήτηση τις οδηγίες για follow up μικρών νεφρικών όγκων (<4cm) και την διαγνωστική αξία της βιοψίας νεφρού σε αυτές.

P4. ΕΞΩΚΥΣΤΙΚΟΙ ΟΥΡΟΛΙΘΟΙ ΩΣ ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΔΙΑΛΕΙΠΟΝΤΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΩΝ

Παπαδόπουλος Δ.[1],Γκέκας Χ.[1],Καλύβας Β.[1], Τσαντήλα Ι[2], Γεωργιάδης Χ.[1], Μαλιώρης Α.[1], Παπαθανασίου Μ.[1]

Ουρολογική Κλινική 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη [1]

Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη [2]

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού, άρρενος ασθενούς με τυχαίο εύρημα εξωστικώνουρόλιθωνκαι η διαχείρισή του.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Άρρεν ασθενής, ετών 50 προσήλθε στο ΤΕΠ με εμπύρετο και υπερηβικό άλγος απο 3 ημέρου. Ανέφερε ιστορικό διαλειπόντων αυτοκαθετηριασμών από 15ετίας λόγω άτονης νευρογενούς κύστης χωρίς όμως να προσκομίσει ουροδυναμικό έλεγχοκαι με ανύπαρκτη παρακολούθηση μετά την αρχική διάγνωση.Στον απεικονιστικό έλεγχο με ακτινογραφία ΝΟΚ απεικονίστηκαν πολλαπλοί, ευμεγέθεις λίθοι ουροδόχου κύστεως. Ο περαιτέρω έλεγχος με CTκοιλίας ανέδειξε ασύμμετρη πάχυνση του προσθιοπλάγιου τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως και κάποιους από τους ουρόλιθους να βρίσκονται σε ασυνήθιστα οπίσθια θέση στην ελάσσονα πύελο ως επί εκκολπώματος, με ταυτόχρονη παρουσία υγρού και φυσσαλίδων αέρα.Ακολούθησε εύκαμπτη κυστεοσκόπηση που όμως λόγω των ευμεγέθων λίθων ήταν τεχνικά δύσκολη και μη διαγνωστική. Πραγματοποιήθηκε ανιούσα πλήρωση της κύστης με σκιαγραφικό και CT κυστεογραφία που δεν ανέδειξε εκκόλπωμα και προς έκπληξή μας αποκάλυψε την εξωκυστική εντόπιση των ουρόλιθων και της συλλογής. Ακολούθησε ανοιχτή χειρουργική αφαίρεση όλων των λίθων και παροχέτευση της συλλογής. Διεγχειρητικά παρατηρήθηκε ύποπτη περιοχή στο δεξιό προσθιοπλάγιο τοίχωμα της κύστης που όμως λόγω της εκτεταμένης δεσμοπλαστικής αντίδρασης από τους λίθους και την φλεγμονή δεν μπορούσε να χαρακτηρισθεί και ελήφθη βιοψία. Η ιστολογική έξεταση του ιστοτεμαχίου ανέδειξε πλακώδες Cακαι ο ασθενής εν συνεχεία υπεβλήθη σε ανοιχτή ριζική κυστεοπροστατεκτομή. Απεβίωσε 3 μήνες μετεγχειρητικά λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας μετά από επιπλεγμένη πορεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το εύρημα της εγκυστωμένης συλλογής περικυστικάμε παρουσία λίθων δύναται να αποδοθεί είτε σε διάβρωση του χρόνια φλεγμαίνοντος τοιχώματος της ουροδόχου είτε σε τραυματική ρήξη της κατά τη διαδικασία των διαλείποντωναυτοκαθετηριασμών. Πιθανώς λόγω νευροπάθειας ο όποιος τραυματισμός έγινε ανώδυνα και η ρήξη επουλώθηκε σταδιακά. Η δε ανάπτυξη πλακώδους καρκινώματος πιθανότατα σχετίζεται με την χρόνια φλεγμονή συνεπεία των αυτοκαθετηριασμών και της λιθίασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ασυμπτωματική παρουσία ουρόλιθων έξω από το ουροποιητικό σύστημα είναι εξαιρετικά σπάνια. Οι ασθενείς με άτονη νευρογενή κύστη που υποβάλλονται σε διαλείποντεςαυτοκαθετηριασμούς απαιτούν ετήσιο follow up με κυστεοσκόπηση, υπέρηχο και γενικής ούρων για τον αποκλεισμό επιπλοκών όπως χρόνιας φλεγμονής, λιθίασης και κακοήθειας.

P5. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΚΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΥΠΟΣΠΑΔΙΑ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.

Γκέκας Χ., Παπαδόπουλος Δ., Καλύβας Β., Γεωργιάδης Χ., Μαλιώρης Α., Παπαθανασίου Μ.

Ουρολογική Κλινική 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της αρχικής μας εμπειριάς από τη χρήση της συσκευής κενού (vacuum erection pump) σε ασθενή με πολυχειρουργημένο υποσπαδία, που υπεβλήθη σε ανοικτή ουρηθροπλαστική 2 σταδίων με την χρήση ελευθέρου

μοσχεύματος. Η εφαρμογή της συσκευής πραγματοποιήθηκε μετά το πρώτο στάδιο της τοποθέτησης του μοσχεύματος.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΙ: Περιγράφουμε τα αποτελέσματα της εφαρμογής της συσκευής κενού σε ασθενή με πολυχειρουργημένο υποσπαδία (hypospadias cripple) ο οποίος υπεβλήθη σε ριζική ανακατασκευή της νεοουρήθρας σε 2 στάδια, λόγω επιπλοκών που εμφανίστηκαν 20 χρόνια μετά τα αρχικά χειρουργεία. Ο ασθενής είχε χειρουργηθεί επανηλειμμένα σε παιδική ηλικία λόγω οσχεοπεικού υποσπαδία και εμφάνισε εκτεταμένο στένωμα της νεο-ουρήθρας, εκκόλπωμα με τρίχες και ουρηθροδερματικό συρίγγιο. Αρχικά υπεβλήθη σε τοποθέτηση μοσχεύματος βλεννογόνου στόματος και δημιουργία νέας ουρηθρικής πλάκας. Για την αποφυγή ίνωσης του μοσχεύματος, ουλοποίησής του , φλεγμονής των σηραγγωδών, επίκτητης κάμψης ή στυτικής δυσλειτουργίας , αποφασίστηκε μεταξύ των άλλων μέτρων μετεγχειρητικής φροντίδας η εκτέλεση ασκήσεων κενού μετά την 30η μετεγχειρητική ημέρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής χρειάστηκε μόλις 2 επισκέψεις για να διδαχθεί τις ασκήσεις. Αρχικά χρειαζόταν η εφαρμογή ενυδατικής κρέμας στο μόσχευμα πριν από την άσκηση για να περιορίσει την τριβή και συνεπώς τον πόνο αλλά και να εμποδίσει την απώλεια κενού. Το πρόγραμμα των ασκήσεων περιλάμβανε 2 δεκάλεπτα καθημερινά για όλο το διάστημα μέχρι το δεύτερο στάδιο της επέμβασης. Στον επανέλεγχο καταγράφηκε η εύκολη συμμόρφωση στο πρόγραμμα και η διατήρηση (οριακή άυξηση στην πραγματικότητα) των διαστάσεων του μοσχεύματος χωρίς ρίκνωση, παραμόρφωση ή νέκρωσή του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ελεύθερα μοσχεύματα στην ουρηθροπλαστική κινδυνεύουν από ισχαιμία, ρίκνωση ή και παραμόρφωση που βιβλιογραφικά επιφέρει απώλεια μέχρι και 20-40% του αρχικού μεγέθους. Αυτό μπορεί να συνεπάγεται ανάγκή ανακατασκευής τους από την αρχή. Οποιοδήποτε μέτρο μπορεί να επικουρήσει στην αποφυγή μιας τόσο ολέθριας επιπλοκής αξίζει να μελετηθεί. Τα συμπεράσματά μας εχούν την βαρύτητα μιας απλής παρατήρησης αλλά θεωρούμε οτί πρέπει να μελετηθούν σε μεγαλύτερη κλίμακα. Οι ασκήσεις κενού είναι εφικτές στην ουρηθροπλαστική και μπορεί να συνεισφέρουν σημαντικά στην επιβίωση του μοσχεύματος.

Ρ6. Η ΑΡΧΙΚΗ ΜΑΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ TIND® - VIDEO ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Τσιόγγα Α., Μέμμος Δ., Σουντουλίδης Π.

Α΄ Ουρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Βίντεο-παρουσίαση της διαδικασίας τοποθέτησης TIND® (Temporary Implantable Nitilol Device) σε ασθενείς με LUTS λόγω ΚΥΠ, και εκτίμηση αποτελεσματικότητας σε follow up 3 μήνου.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Δύο ασθενείς με μέτρια LUTS λόγω υπερπλασίας προστάτη (όγκος προστάτη < 50cc χωρίς μέσο λοβό) και υψηλό ASA score. Η τοποθέτηση της συσκευής έγινε με ραχιαία αναισθησία, η διάρκεια της επέμβασης δεν ξεπέρασε τα 15 λεπτά και ολοκληρώθηκε χωρίς επιπλοκές. Η αφαίρεση της συσκευής έγινε μία εβδομάδα αργότερα υπό τοπική αναισθησία. Οι ασθενείς επανεκτιμήθηκαν τον 1° και τον 3° μήνα μετεγχειρητικά με αξιολόγηση του IPSS, ουροροομετρία και κυστεοσκόπηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Και οι δύο ασθενείς είχαν σημαντική βελτίωση του IPSS score, καθώς και του δείκτη ποιότητας ζωής (QoL), ενώ επίσης βελτιώθηκε και το Qmax. Η 3μηνη κυστεοσκόπηση έδειξε ανοικτή προστατική ουρήθρα

Συμπεράσματα: Η τοποθέτηση TIND είναι μία ελάχιστα επεμβατική μέθοδος για την αντιμετώπιση των LUTS σε επιλεγμένους ασθενείς με υπερπλασία προστάτη με άμεση βελτίωση συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής.

Ρ7. ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΡΗΞΗ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χριστακάκης Α. Σαρικούδης Ζ. Παρασκευόπουλος Αβ. Φουρουντζόγλου Αν.

Ουρολογικη Κλινική Γ.Ν.Δράμας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ: Κάθε ουρολόγος κατά τη διάρκεια διουρηθρικής εκτομής προστάτη ή όγκων ουροδόχου κύστεως έχει βιώσει μικρές ενδοκυστικές εκρήξεις οι οποίες εκδηλώνονται συνήθως ως αμβλύς ήχος . Η βλάβη στην ουρ.κύστη μπορεί να διαφέρει από μικρές λύσεις στο βλενογόννο εως ρήξη αυτής ενδο ή εξωπεριτοναικά.

Υλικό και Μέθοδοι :Ασθενής 87 ετών εισήχθη στην κλινική μας με αθρώα μακροσκοπική αιματουρια και αναφερόμενες διαλείπουσες ανώδυνες αιματουρίες από έτους. Διενεργήθη αξονική τομογραφία : Μάζα ουροδόχου κύστης- Τ4. Εξάλειψη του λίπους της ουροδόχου κύστης και του πρόσθιου κοιλιακο τοιχώματος με συνύπαρξη επιχώριων λεμφαδένων και περιτοναικών εμφυτεύσεων. Παρουσία λεμφαδενικού block με τήψη στο διχασμό των δεξιών λαγόνιων αγγείων καθώς και οπισθοπεριτοναϊκών και μεσεντέριων λεμφαδένων. Η ασθενης υπο ραχιαία αναισθησία υπεβληθη σε TUR BT . Ο όγκος εντοπιζόταν στον θόλο της ουροδόχου κύστεως . Η εκτομή έγινε με ηλεκτροτόμο 24Fr ενώ η αφαίρεση των ιστοτεμαχίων έγινε με σύριγγα Toomey. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης ακούστηκε ένας αμβλύς ήχος , παρατηρήθηκε περικυστικό λίπος, επίπλουν και εντερικές έλικες. Χορηγήθηκε γενική αναισθησία στην ασθενή και δεινεργήθη ερευνητική λαπαροτομία χωρίς ανεύρεση λοιπών βλαβών ενδοπεριτοναικά. Διενεργήθη συρραφή en block του περιτοναίου και της ουροδόχου κύστεως . Τοποθετήθηκε καθετήρας τύπου Pezzer, 3way Foley με πλύσεις συνεχούς ροής, παροχέτευση ενδοπεριτοναικά και προκυστικού χώρου.

Αποτελέσματα :Η ασθενής λόγω σοβαρών συνοδών νοσημάτων(Σ/Δ II, Σ/Ν, ΧΑΠ, ΑΥ) οδηγήθηκε στη ΜΕΘ όπου και κατέληξε 4 ημέρες μετά την επέμβαση.

Συμπεράσματα :Οι ενδοκυστικές εκρήξεις συμβαίνουν λόγω της παραγωγής εκρηκτικών αερίων κατά τη χρήση της διαθερμίας στους ανθρώπινους ιστούς. Ο πιο επικίνδυνος συνδυασμός είναι το υδρογόνο και το οξυγόνο

Η σωστή χρήση του Ellick, η μείωση της συχνότητας χειροκίνητων αρδεύσεων της ουροδόχου κύστης, η ελαχιστοποίηση του χρόνου λειτουργίας και χρήση του ρεύματος σε μέτρια ισχύ μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο των επιπλοκών.

P8. ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ TUMOR ΟΡΧΙ – ΟΡΧΕΚΤΟΜΗ (CASE REPORT)

Χριστακάκης Α. Σαρικούδης Ζ. Παρασκευόπουλος Αβ. Φουρουντζόγλου Αν.

Ουρολογικη Κλινική Γ.Ν.Δράμας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ: Ο καρκίνος των όρχεων είναι η πιο κοινή κακοήθεια στους άνδρες ηλικίας 20 έως 35 ετών και έχει συχνότητα 4/100.000.Επίσης αντιπροσωπεύει το 1-2% των νεοπλασματων στους ανδρες. Η υψηλή ορχεκτομή είναι το gold standart οσον αφορα τ ην αντιμετώπιση περιπτωσεων καρκίνου του όρχι.

Υλικό και Μέθοδοι : Παρουσιάζουμε κλινική περίπτωση ασθενή 28 ετών ο οπίος προσήλθα στο ΤΕΠ της ουρολογικής κλινικής αιτιώμενος ανώδυνη διόγκωση Αρ ημιοσχέου από έτους και αδυναμία βάδισης τους τελευταίους 2 μήνες. Ο ασθενής ελάμβανε μονοθεραπεία για διπολική διαταραχή. Κατά την επισκόπηση παρατηρήθηκε ευμεγέθες αρ ημιόσχεο με επίφλεβο σκληρό στην ψηλάφηση και μέγεθος το οποίο έφτανε ως τα μέσα του μηρού του ασθενή. Εζητήθη triplex το οποίο δεν μπόρεσε να μας διαφωτίσει όσον αφορά το περιεχόμενο του οσχέου οπότε διενεργήθη αξονικη τομογραφία κοιλίας και θώρακα με σκιαγραφικό και γαστρογραφίνη. Εστάλησαν LDH, AFP & β – χοριακή . Η CT ανέδειξε : πολλαπλές μέτα εστίες ήπατος, μεταστατικες εστίες πνεύμονα, μετασταση στον Θ9. Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου υπο γενική αναισθησία διενεργήθη ορχεκτομή και αφαιρέθη όγκος συνολικου βάρους 2770 γραμμαρίων . Η ανάνηψη του ασθενούς ήταν ευχερής. Εζητήθη νευρολογική εκτίμηση και διενεργήθη επίσης και αξονική τομογραφία εγλεφάλου.

Αποτελέσματα : Το πόρισμα της ιστολογικής εξέτασης περιέγραφε εικόνα συμβατή με μικτό βλαστικό νεόπλασμα του όρχι με μορφολογικους χαρακτήρες τερατώματος, όγκο λεκιθικού ασκου και στοιχεία εμβρυικού καρκινώματος.

Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε αντικαρκινικό κέντρο προς περεταίρω αντιμετώπιση

Συμπεράσματα : Το τεράτωμα είναι ένα νεοπλασμα των γεννητικών κυττάρων των όρχεων. Το ιστολογικό χαρακτηριστικό είναι ένα μείγμα από πολλαπλούς τύπους ιστών που προέρχονται από εμβρυολογικά διαφορετική πηγή

P9. Ο ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ ΑΔΕΝΑΣ" - ΔΙΑΚΥΣΤΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ(CASE REPORT)

Χριστακάκης Α. Σαρικούδης Ζ. Παρασκευόπουλος Αβ. Φουρουντζόγλου Αν.

Ουρολογικη Κλινική Γ.Ν.Δράμας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ: Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη (ΚΥΠ) είναι μια από τις συχνότερες ασθένειες που προσβάλλουν άνδρες μέσης ηλικίας. Ιστολογικά εμφανίζεται σε ποσοστό περισσότερο του 60% των ανδρών άνω των 60 ετών. Πάνω από το 40% των ανδρών αυτής της ηλικίας έχουν συμπτωματική κλινική νόσο και στους μισούς από αυτούς επηρεάζεται η ποιότητα ζωής. Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται με την ηλικία.

Υλικό και Μέθοδοι : Παρουσιάζουμε κλινική περίπτωση ασθενή 82 ετών ο οποίος προσήλθε στο ΤΕΠ με ηπια ανώδυνη αιματουρία από ωρών. Εκ του ιστορικού ο ασθενής είχε υποβληθεί σε μερική πεεκτομή προ 8 ετίας,λάμβανε αντιπηκτική αγωγή με κλοπιδογρέλη λόγω Α.Ε.Ε .Εκ του οικ.ιστορικου: αδερφος-διακυστικη προστατεκτομη με μεγαλο ογκο προστατη. Έγινε προσπάθεια καθετηριασμου χωρίς επιτυχία λόγω ουλώδους στενώματος στην πεϊκή ουρήθρα, προσπάθεια ουρηθροκυστεοσκόπησης χωρίς επιτυχία. Εκ του υπερηχογραφικου ελέγχου : προστάτης αδένας ευμεγέθης όγκου περίπου 230 cc με προβολή μέσου λοβού. Pvr= 30cc.Διενεργήθη CT AKO : χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Ελήφθη απόφαση για χειρουργική αφαίρεση του αδενώματος. Διενεργήθη υπερηβική διακυστική προστατεκτομή και τοποθετήθηκε καθετήρας 3way retrograde καθώς και υπερηβικός καθετήρας. Ο προστάτης είχε βάρος 234 γραμμάρια

Αποτελέσματα : Το πόρισμα της ιστολογικής εξέτασης περιέγραφε εικόνα καλοήθους υπερπλασίας προστάτη με αλλοιώσεις χρ.προστατίδας.

Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο μετα από 7 ημέρες αφότου αφαιρέθηκε ο πεϊκός καθετήρας και ετέθη σε διαλ. Καθετηριασμούς για το στένωμα .

Συμπεράσματα : Οι μόνοι σαφείς παράγοντες κινδύνου για την ΚΥΠ είναι η ηλικία και η παρουσία λειτουργούντων όρχεων. Η ΚΥΠ φαίνεται να έχει οικογενή επίπτωση. Περίπου το 50% των ασθενών που υποβάλλονται σε προστατεκτομή σε ηλικία μικρότερη των 60 ετών έχουν οικογενή μορφή της νόσου, σε αντίθεση με το 9% αυτών που υποβάλλονται σε προστατεκτομή σε μεγαλύτερη ηλικία. Η οικογενής ΚΥΠ χαρακτηρίζεται από μεγάλο μέγεθος προστάτη.

P10. ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΑ ΥΔΡΟΝΕΦΡΩΣΗ (GH) – CASE REPORT

Χριστακάκης Α. Σαρικούδης Ζ. Παρασκευόπουλος Αβ. Φουρουντζόγλου Αν.

Ουρολογικη Κλινική Γ.Ν.Δράμας

Εισαγωγή – σκοπός: Η γιγαντιαία υδρονέφρωση (giant hydronephrosis) είναι μια σπάνια ουρολογική οντότητα με

περίπου 500 περιστατικά στη βιβλιογραφία. Ως GH ορίζεται η συλλογή ενός και πλέον λίτρου υγρού στο αποχετευτικό σύστημα του νεφρού ή 1,6% βάρους σώματος. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων εμφανίζεται σε βρέφη & παιδιά και είναι συγγενής. Αν αφεθεί μη διαγνωσμένη μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές όπως ΑΥ, νεφρική ανεπαρκεια, κακοήθη εξαλλαγή

Υλικό και Μέθοδοι : Παρουσιάζουμε κλινική περίπτωση γυναίκας ασθενούς 30 ετών παχύσαρκης η οποία προσήλθε στο ΤΕΠ παθολογικής αναφέροντας έντονο μετεωρισμό κοιλίας από ημερών με συνοδο τάση προς έμετο και δυσκοιλιότητα. Εκ της κλινικής εξέτασης, κοιλία: μετεωρισμένη, μαλακή, ηπια επώδυνη καθ΄όλη την επιφάνεια της, αμβλύτητα κατά την επίκρουση. Υπεβλήθη σε CT ΑΚΟ. Η ασθενής διεκομίσθη σε τρίτοβάθμιο νοσοκομείο όπου ετέθη νεφροστομία αριστερά και αφαιρέθηκαν συνολικά 14 λίτρα ούρων σταδιακά. Κατόπιν του εξιτηρίου διενεργήθη scann νεφρων για να εκτιμηθεί η νεφρική της λειτουργία και υπεβλήθη σε πυελοπλαστική ΑΡ . Η ασθενής προσερχόταν στα Ε.Ι της κλινικής για το follow up και βρισκόταν σε επικοινωνία με τον θερ.ιατρο της. Πρόσφατα προσεκόμισε υπερηχογραφικό έλεγχο οπου αναδεικνείεται : Δυσδιάκριτα τα όρια του αριστερού νεφρού, με σημαντική διάταση της πυέλου (διαστάσεις 23Χ16Χ23 εκ απο 22Χ12Χ18,7 εκ στις19/9/2018)

Αποτελέσματα : Η ασθενής θα υποβήθεί εντός των ημερών σε νέο σπινθηρογράφημα νεφρών προς εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας .

Συμπεράσματα : Η νεφρολιθίαση και η υδρονέφρωση παρουσιάζονται συχνότερα ως κλινικές οντότητες και η GH είναι ένα σπάνιο κλινικό φαινόμενο. Παρόλο που έχουν αναφερθεί πολυάριθμες περιπτώσεις GH στη βιβλιογραφία, μόνο λιγες από αυτές περιείχαν πάνω από 2 λίτρα ούρων

Ρ11. ΛΕΙΟΜΥΟΣΑΡΚΩΜΑ ΟΥΡΗΤΗΡΑ. ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΜΠΑΓΟΥΣ ΟΓΚΟΥ ΟΥΡΗΤΗΡΑ.

Μπαλαξής Π[1]. Φώτας Α[1]., Δερμιτζάκης Χ[1]. Σημαιοφορίδης Β[1]. Βούρος Ι[1]. Φλάρης Ν.[2] Σαλπιγγίδης Γ[1].

1. Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

2. Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Σκοπός. Σκοπός της εργασίας είναι παρουσίαση εξαιρετικά σπάνιας περίπτωσης λειομυοσαρκώματος ουρητήρα . Η αιτιοπαθογένεια της νεοπλασίας αυτής δεν είναι πλήρως κατανοητή λόγω έλλειψης βιβλιογραφικών αναφορών καθώς έχουν αναφερθεί λιγότερα από 20 περιστατικά στη διεθνή βιβλιογραφία. Το λειομυοσάρκωμα του ουρητήρα συνοδεύεται συνήθως από πτωχή πρόγνωση. Ωστόσο, τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης των ασθενών έχουν παρουσιάσει βελτίωση τα τελευταία χρόνια.

Υλικό και μέθοδοι: Άνδρας 74 ετών με ιστορικό πολλαπλών υποτροπών θηλωμάτων ουροδόχου κύστεως (επιφανειακός όγκος χαμηλού βαθμού κακοήθειας) προσέρχεται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία για τακτικό επανέλεγχο. Στα πλαίσια του υπερηχογραφικού ελέγχου, ανευρίσκεται υδρονέφρωση αριστερά. Ο ασθενής υποβάλλεται σε κυστεσκόπηση στην οποία δεν αναγνωρίζονται παθολογικά ευρήματα. Η αξονικής τομογραφίας άνω κάτω κοιλιάς και οπισθοπεριτοναίου επιβεβαιώνει την ύπαρξη ουρητηρουδρονέφρωσης και την παρουσία συμπαγούς εμπλουτιζόμενης βλάβης στο άνω τριτιμόριο του ουρήτηρα, μεγέθους 40Χ29 mm, η οποία προκαλεί την απόφραξη.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής υποβλήθηκε σε διαγνωστική ουρητηροσκόπηση και ελήφθηκαν βιοψίες από την βλάβη. Η ιστολογική εξέταση των ιστοτεμαχίων ανέδειξε την παρουσία σαρκοματοφόρου όγκου από ατρακτοειδή ή επιθηλιοειδή κύτταρα. Τα ευρήματα της βιοψίας θεωρήθηκαν περισσότερο συμβατά με όγκο εκ μυοινοβλαστών. Ο ασθενής σε δεύτερο χρόνο υποβλήθηκε σε νεφροουρητηρεκτομή και η ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος κατέδειξε την παρουσία λειομυοσαρκώματος ουρητήρα με διήθηση του περιουρητηρικού λιπώδους ιστού. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο ασθενής παραπέμφθηκε για περαιτέρω ογκολογική εκτίμηση και αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Τα σαρκώματα μαλακών ιστών είναι σπάνιοι μεσεγχυματικοί όγκοι του ουροποιητικού με φτωχή πρόγνωση. Τα λειομυοσαρκώματα αποτελούν το 10-20% των σαρκωμάτων. Η έγκαιρη διάγνωση και η εκτεταμένη χειρουργική εξαίρεση τους είναι η θεραπεία εκλογής. Στην περίπτωση του ουρητήρα είναι απαραίτητη και η νεφρεκτομή.. Λόγω της σπανιότητας του όγκου δεν υπάρχουν σαφή πρωτόκολλα μετεγχειρητικής διαχείρισης.

Ρ12. ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΙΖΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ AUS

Δρ.Μακρίδης Παντελής, Δρ Καραολίδης Θεοχάρης, Δρ. Μιλάτ Ζιάτ

Ουρολογική κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

Σκοπός- Η ακράτεια ούρων μετά από ριζική προστατεκτομή αποτελεί μια από τις σημαντικότερες επιπλοκές , επηρεάζοντας το τρόπο και την ποιότητα ζωής των ασθενών με κοινωνικές αλλά και οικονομικές επιβαρύνσεις . Αρχικά οι ασθενείς καλούνται να αντιμετωπίσουν την κατάσταση συντηρητικά .Η χειρουργική αντιμετώπιση, ενδείκνυται σε αποτυχία της συντηρητικής αντιμετώπισης με προϋπόθεση ότι έχουν παρέλθει 6-12 μήνες. Η τοποθέτηση τεχνητών σφικτήρων (AUS) , θεωρείται η χειρουργική αποκατάσταση επιλογής. Η εργασία αποσκοπεί στη μελέτη τεχνητού σφικτήρα Zephyr- ZSI 375 , μιας νεότερης μορφής σφικτήρα συγκριτικά με τη χρήση AMS 800 και καταγραφής αποτελεσμάτων.

Υλικό – Μέθοδοι- Η μελέτη αποτελείται από ασθενής με σοβαρού βαθμού ακράτειας προσπαθείας και η σύγκριση αφορά τη βελτίωση της ακράτειας και της ποιότητας ζωής

μετά την τοποθέτηση τεχνητών σφικτήρων Zephyr – ZSI 375. Η αξιολόγηση έγινε μέσω ερωτηματολογίων (self-assessment) ICIQSF & QoL και καταγραφής ουροδυναμικών παραμέτρων (pad number , flow rate)

Αποτελέσματα Συνολικά τοποθετήθηκαν 9 AUS (ZSI 375:Zephyr Medical Surgical Implants)σε δύο χρονικές περιόδους, 3 ασθενής με 2 χρόνια παρακολούθησης και 6 με 9 μήνες παρακολούθηση .

Οι ασθενείς παρουσίασαν αρχικά ως πρώιμες επιπλοκές συμπτωματολογία ουρολοίμωξης (2 ασθενείς) αιμάτωμα οσχέου (1 ασθενής). Επιπλοκές που οδήγησαν στην αφαίρεση AUS παρουσιάστηκαν σε 3 ασθενείς(33.3%) .Η ποιότητα ζωής (συνολική χρήση 0-1 pads ημερησίως) βελτιώθηκε με 83.3% συνολική μείωση στη χρήση pads, 61,36% βελτίωση με βάση ICIQSF self-assessment, ενώ οι τιμές urine flow κυμαίνονται σε Qmax 18 +/- 2 ml/sec. Σε 2 ασθενείς έγινε συμπλήρωση ποσότητας υγρού για καλύτερη λειτουργία urethral cuff.

Συμπέρασμα Ο AUS ZSI , αποτελεί μια αποτελεσματική επιλογή στην αντιμετώπιση της ΑΟ , παραμένει όμως να αποδειχθεί η αξιοπιστία του με τη πάροδο του χρόνου.

P13. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΘΕΙΣΑΣ ΝΕΦΡΟΣΤΟΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Χαλκίδου Μ., Φώτας Α., Μαλακώζης Σ., Σημαιοφορίδης Β., Βούρος Ι., Σαλπιγγίδης Γ.

Ουρολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. « Ιπποκράτειο»

Σκοπός. Παρουσίαση περίπτωσης διαδερμικής αφαίρεσης μεταναστευθείσας νεφροστομίας εντός της νεφρικής πυέλου σε μεταμοσχευμένο νεφρό.

Υλικό και μέθοδος. Άνδρας 79 ετών προσέρχεται στην Ουρολογική Κλινική με αναφερόμενη μετανάστευση νεφροστομίας από λίγων ωρών και αναφερόμενο άλγος δεξιού λαγόνιου βόθρου. Από τον απεικονιστικό έλεγχο (υπερηχογράφημα και ακτινογραφία ΝΟΚ), διαπιστώνεται μετανάστευση της νεφροστομίας εντός της νεφρικής πυέλου και διάταση του πυελοκαλυκικού συστήματος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, διαπιστώνεται ήπια επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και λευκοκυττάρωση. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση νεφρού προ είκοσι ετών, φέρει μόνιμη νεφροστομία από τεσσάρων ετών λόγω στενώματος ουρητήρα και πάσχει από Χρόνια Νεφρική Νόσο Σταδίου IIIB. Λόγω λήψης ασενοκουμαρόλης, τίθεται άμεσα νέα νεφροστομία υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και την 4η ημέρα νοσηλείας προγραμματίζεται χειρουργική επέμβαση.

Αποτελέσματα. Υπό ραχιαία αναισθησία και με τον ασθενή σε ύπτια θέση εντοπίζεται ακτινοσκοπικά η μεταναστευθείσα νεφροστομία. Εισάγεται οδηγό σύρμα δια της νεφροστομίας, η οποία εν συνεχεία αφαιρείται. Ακολουθούν διαστολές με μεταλλικά διαστολικά Alken. Εισάγεται το νεφροσκόπιο και επισκοπείται η νεφρική πύελος. Αναγνωρίζεται η μεταναστευθείσα νεφροστομία και αφαιρείται με συλληπτική λαβίδα. Με τη βοήθεια του οδηγού σύρματος, τίθεται εκ νέου νεφροστομία, η οποία καθηλώνεται με ράμμα. Ο ασθενής λαμβάνει εξιτήριο τη 2η μετεγχειρητική ημέρα με βελτιωμένη νεφρική λειτουργία, χωρίς διάταση του πυελοκαλυκικού συστήματος και με καλή διούρηση.

Συμπεράσματα. Η θέση μεταμόσχευσης του νεφρού στο λαγόνιο βόθρο δεν αποτελεί αντένδειξη στη διαδερμική προσπέλαση. Αντιθέτως, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ευχερής, ασφαλής και χωρίς τον κίνδυνο τρώσης λοιπών οργάνων, με βραχύ χρόνο νοσηλείας και ανάρρωσης.

P14. 180-W XPS GREENLIGHT LASER ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ (MOXYFIBER) ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ DABIGATRAN ΚΑΙ RIVAROXABAN

Καραφωτιάς Α., Σεραφετινίδης Ε., Φίλιος Α., Πρίφτη Α., Φιλντίσης Α., Δελακάς Δ.

ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η Laser προστατεκτομή θεωρείται η ασφαλέστερη μέθοδος για ασθενείς υψηλού κινδύνου που λαμβάνουν αντιπηκτικά. Προκειμένου να αξιολογηθεί η ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της τεχνικής σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και συνεχιζόμενη λήψη DABIGATRAN και RIVAROXABAN, αξιολογήθηκαν τα διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά συμβάματα, καθώς και τα λειτουργικά αποτελέσματα συγκριτικά με ασθενείς που λάμβαναν ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (LMWH).

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Από τον Ιανουάριο του 2016 μέχρι τον Δεκέμβριο του 2017, 48 ασθενείς υψηλού κινδύνου (ΧΑΠ, αγγειακή νόσος, Σ.Δ., βαλβιδοπάθειες) με μέση ηλικία τα 76 έτη, υποβλήθηκαν σε Laser προστατεκτομή. Οι ασθενείς λάμβαναν είτε ασενοκουμαρόλη (Ομάδα Α), είτε DABIGATRAN και RIVAROXABAN (Ομάδα Β). Η ομάδα Α κατά τη περιεγχειρητική περίοδο λάμβανε LMWH (enoxaparin) ενώ η ομάδα Β δεν άλλαξε θεραπεία. Συγκρίθηκαν τα διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά συμβάματα (αιμορραγία, μετάγγιση, επίσχεση, λοίμωξη) καθώς και τα προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά IPSS, PVR και Qmax (μετά 6 και 12 μήνες).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το μέγεθος του προστάτη ήταν παρόμοιο στις δύο ομάδες, όπως επίσης ο μέσος χρόνος λειτουργίας του Laser και η μέση κατανάλωση ενέργειας . Ο χρόνος και η ενέργεια αιμόστασης ήταν σχεδόν διπλάσια στην Ομάδα Β. Σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στο χρόνο παραμονής του καθετήρα (26 ώρες Ομάδα Α/ 96 ώρες Ομάδα Β). Δεν χρειάστηκε επανεπέμβαση και μετάγγιση. Τα IPSS και PVR δε διέφεραν σημαντικά. Η μέση τιμή Qmax αυξήθηκε κατά 45% στην Ομάδα Α και 25% στην Ομάδα Β. Οι ασθενείς της Ομάδας Β είχαν συχνότερα επεισόδια αιματουρίας και προσωρινής επανατοποθέτησης καθετήρα μετεγχειρητικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ασθενείς που συνεχίζουν τη λήψη DABIGATRAN και RIVAROXABAN κατά τη περιεγχειρητική περίοδο έχουν αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας και

επανακαθετηριασμού. Τα λειτουργικά αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά και δεν φαίνεται να συσχετίζονται με το είδος της αντιπηκτικής αγωγής.

P15. Η ΕΥΚΑΜΠΤΗ ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΙΘΩΝ ΝΕΦΡΟΥ < 20mm

Καραφωτιάς Α., Φίλιος Α., Τοπαλίδης Σ., Περικλέους Σ., Σεραφετινίδης Ε., Δελακάς Δ.

ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάλυση δεδομένων στην εφαρμογή της εύκαμπτης ουρητηροσκόπησης στην αντιμετώπιση της λιθίασης ως αφαλούς και επαρκούς μεθόδου.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Έγινε ανασκόπηση 73 περιστατικών της κλινικής μας από το 2014 έως σήμερα. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίσθηκαν με τη χρήση πηγής ενέργειας holmium:YAG laser. Το εύκαμπτο ουρητηροσκόπιο προωθήθηκε στην πύελο με τη χρήση οδηγού σύρματος και υδρόφιλου ουρητηρικού sheath και διενεργήθηκε σκιαγράφηση της νεφρικής πυέλου με τη βοήθεια C-arm. Σε όλους τους ασθενείς τοποθετήθηκε αυτοσυγκρατούμενο ουρητηρικό stent μετά το πέρας της επέμβασης. Ως επιτυχης θεωρήθηκε η επέμβαση μετά από πλήρη αφαίρεση του λιθιασικού φορτίου ή παραμένον θραύσμα λίθου < 4mm στον επανέλεγχο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 73 ασθενείς, 36 περιπτώσεις αφορούσαν τον αριστερό νεφρό και 35 το δεξιό, ενώ 34 ήταν θήλεις και 37 άρρενες ασθενείς. Επιτυχείς κρίθηκαν οι 52 περιπτώσεις, ενώ σε 3 χρειάστηκε επανεπέμβαση με εύκαμπτη ουρητηροσκόπηση και 16 συμπληρωματική ESWL. Μία μοναδική περίπτωση επιπλέχθηκε με μετεγχειτηρική αιμορραγία που έχρηζε μετάγγισης και παρατεταμένο εμπύρετο χαμηλής ανταπόκρισης στην αντιβιοτική αγωγή, όπου και επιλέχθηκε τελικώς η διενέργεια νεφρεκτομής. Σε 5 περιπτώσεις εμφανίστηκε μετεγχειρητική εικόνα λοίμωξης καλώς ανταποκρινόμενης στα συνήθη αντιβιοτικά. Ο μ.ο. μεγέθους λίθου ήταν 11mm. Τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας παρατηρήθηκαν σε λίθους πλησίον την πυελοουρητηρικής συμβολής (100%), ενώ τα χαμηλότερα σε πολλαπλή λιθίαση (77%) και μεγαλύτερους των 20mm (75%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εύκαμπτη ουρητηροσκόπηση αποτελεί επαρκείς και ασφαλή ενδοσκοπική μέθοδος στην αντιμετώπιση της νεφρολιθίασης, κυρίως για λίθους < 20mm, ενώ έχει υψηλή ένδειξη σε μονόνεφρους ασθενείς και σε ασθενείς με υψηλό BMI. Τα πλεονεκτήματά της είναι η σύντομη διάρκεια νοσηλείας και τα μικρά ποσοστά αναγκαιότητας μετάγγισης μετεγχειρητικώς.

P16. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ESWL ΚΑΙ LASER ΟΥΡΗΤΗΡΟΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΙΘΩΝ ΤΟΥ ΑΝΩ ΚΑΙ ΜΕΣΟΥ ΤΡΙΤΗΜΟΡΙΟΥ ΤΟΥ ΟΥΡΗΤΗΡΑ

Καραφωτιάς Α., Φίλιος Α., Τοπαλίδης Σ., Περικλέους Σ., Φιλντισης Α., Δελακάς Δ.

ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Συγκρίνονται οι δύο δημοφιλέστερες μέθοδοι αντιμετώπισης της λιθίασης του ουρητήρα, όσον αφορά την επαρκή αντιμετώπιση της πάθησης και την πιθανή ανάγκη επανεπέμβασης για την πλήρη απομάκρυνση του λιθιασικού φορτίου

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν τα στοιχεία 482 ασθενών από τον Ιανουάριο του 2010 μέχρι τον Δεκέμβριο του 2018. Οι ασθενείς τυχαιοποίηθηκαν με τη σειρά προσέλευσης και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην Ομάδα Α, 241 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ουρητηρολιθοτριψία με χρήση Holmium Laser. Στην Ομάδα Β, 240 ασθενείς υποβλήθηκαν σε εξωσωματική λιθοτριψία. Οι δυο ομάδες δε διέφεραν ως προς την ηλικία, το φύλο, τη θέση και το μέγεθος του λίθου. Όλες οι λιθοτριψίες έγιναν με τον Dornier SII και στις ουρητηρολιθοτριψίες χρησιμοποιήθηκε η ίδια πηγή Laser. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε 30 και 60 μέρες μετά τις συνεδρίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην Ομάδα Α, 218 ασθενείς αντιμετωπίσθηκαν επιτυχώς, ενώ σε 23 ασθενείς χρειάστηκε επανεπέμβαση ή αντιμετώπιση με διαφορετική θεραπευτική μέθοδο. Μετανάστευση του λίθου στον νεφρό παρατηρήθηκε σε 18 ασθενείς. Κακώσεις του ουρητήρα που αντιμετωπίστηκαν με τοποθέτηση αυτοσυγκρατούμενου καθετήρα καταγράφηκαν σε 13 ασθενείς. Συμπτωματικές μετεγχειρητικές ουρολοιμώξεις είχαν 9 ασθενείς. Από την Ομάδα Β, οι 174 ασθενείς αντιμετωπίσθηκαν επιτυχώς, ενώ για τους υπόλοιπους 66 ασθενείς κρίθηκε αναγκαία επανάληψη εξωσωματικής λιθοτριψίας ή προγραμματισμός για laser ουρητηρολιθοτριψία. Σε 15 ασθενείς παρατηρήθηκε λιθιασική αλυσίδα. Οι ασθενείς της Ομάδας Β χρειάστηκε να επισκεφθούν περισσότερες φορές το νοσοκομείο και κατανάλωσαν περισσότερα αναλγητικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρόλο που και οι δύο μέθοδοι αντιμετώπισης των λίθων του άνω και μέσου τριτημορίου έχουν η καθεμία διαφορετικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, η laser ουρητηρολιθοτριψία αποτελεί σχετικώς πιο επαρκή μέθοδο αντιμετώπισης από την ESWL, με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην πλήρη αφαίρεση του λιθιασικού φορτίου, μικρή νοσηρότητα και μειωμένη αναγκαιότητα επανεπέμβασης.

P17. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΘΙΑΣΙΚΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑ

Καραφωτιάς Α., Φίλιος Α., Τοπαλίδης Σ., Πρίφτη Α., Σεραφετινίδης Ε., Δελακάς Δ.

ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

ΣΚΟΠΟΣ: Η διαδερμική νεφρολιθοτριψία (PCNL) αποτελεί μέθοδο εκλογής για μεγάλους λίθους του νεφρού. Παρόλα αυτά δεν είναι σπάνια η παρουσία υπολειμματικής λιθιασης. Μελετήθηκε η ασφάλεια και

αποτελεσματικότητα της χρήσης της εξωσωματικής λιθοτριψίας (ESWL) ως συμπληρωματική θεραπεία για την αντιμετώπιση υπολειμματικής νεφρολιθίασης μετά από διενέργεια PCNL.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν τα στοιχεία 59 ασθενών που υποβλήθηκαν σε PCNL και έπειτα σε ESWL για την αντιμετώπιση συμπτωματικής υπολειμματικής νεφρολιθίασης. Από αυτούς, οι 33 περιπτώσεις αφορούσαν ασθενείς με λίθους στην άνω καλυκική ομάδα, οι 15 σε λίθους της μέσης καλυκικής ομάδας και οι 11 σε λίθους της κάτω καλυκικής ομάδας. Μέσο μέγεθος των λίθων ήταν 7mm (6 – 9mm) ενώ σε 35 ασθενείς υπήρχαν 2 – 3 λίθοι.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 41 περιπτώσεις παρατηρήθηκε αυτόματη αποβολή λίθων μετά τη διενέργεια ESWL. Από αυτές, οι 27 αφορούσαν λίθους της άνω καλυκικής ομάδας, 12 της μέσης και 2 της κάτω ομάδας. Ως επιπλοκές αναγνωρίστηκαν σε μία περίπτωση περινεφρικό αιμάτωμα που έχρηζε νοσηλείας, 8 περιπτώσεις λοιμώξεων του ουροποιητικού που αντιμετωπίσθηκαν με pos αντιβιοτική αγωγή και 12 περιπτώσεις μακροσκοπικής αιματουρίας άνω των 2 ημερών, η οποία αντιμετωπίσθηκε συντηρητικώς. Σε 4 ασθενείς χρειάστηκε συμπληρωματική αντιμετώπιση με ουρητηρολιθοτριψία μετά από 3 μήνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση της ESWL, στην αντιμετώπιση των υπολειμματικών λίθων μετά από PCNL, κρίνεται ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος, κυριότερα για τους λίθους των άνω και μέσων καλύκων. Η εμφάνιση μακροσκοπικής αιματουρίας και ο κίνδυνος νεφρικής κάκωσης φαίνεται να μειώνεται όσο οι δύο θεραπευτικές μέθοδοι απέχουν μεταξύ τους χρονικό διάστημα άνω των 3 εβδομάδων.

P18. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΕΛΙΚΑ ΕΙΛΕΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΙΖΙΚΗ ΚΥΣΤΕΟΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ ΚΑΤΑ BRICKER ΠΡΟ 16 ΕΤΙΑΣ

ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ – ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ – ΑΝΟΙΧΤΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΗΣ ΕΛΙΚΑΣ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΕΙΛΕΟΥ

Παπακωνσταντίνου Α., Παπαδόπουλος Α., Καρακάσης Ν., Γάτσος Σ., Μουρτζίλας Ε., Καλογεράς Ν., Παπαλάκης Α.

Ουρολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού

Υλικό και Μέθοδος: Ο ασθενής προσήλθε σε ημέρα γενικής εφημερίας λόγω αθρόας αιμορραγίας από την ουρητηρο-ειλεο-δερμοστομία κατά Bricker που είχε δημιουργηθεί μετά τη ριζική κυστεοπροστατεκτομή λόγω μυοδιηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστεως που πραγματοποιήθηκε πριν 16 έτη.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αρχικά αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά με πολλαπλές μεταγγίσεις, αιμοστατικές γάζες και αντιαιμορραγικά ενδοφλέβια φάρμακα. Στη συνέχεια υπό γενική αναισθησία πραγματοποιήθηκαν επανειλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες αιμόστασης με χρήση γαστροσκοπίου και ρεζεκτοσκοπίου. Ο ασθενής υπεβλήθη σε ανοιχτή αφαίρεση της έλικας του τελικού ειλεού που χρησιμοποιήθηκε ως ileal conduit για την παράκαμψη των ούρων κατά τη ριζική κυστεοπροστατεκτομή λόγω μυοδιηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστεως.

Συμπεράσματα: Πρόκειται για μία εξαιρετικά σπάνια απώτερη επιπλοκή της επέμβασης, όπου στη βιβλιογραφία αναφέρονται 3 ακόμα περιπτώσεις.

P19. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΜΕΝΟ PIGTAIL ΔΕΞΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ (ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ)

Παπακωνσταντίνου Α.[1], Παπαδόπουλος Α.[1], Καριώτης Ι.[1], Καραμανλής Δ.[2], Μουρτζίλας Ε.[1], Καλογεράς Ν.[1], Παπαλάκης Α.[1]

1. Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

2. Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με επασβεστωμένο pigtail μετά από δύο μήνες από την αρχική τοποθέτηση.

Υλικό και Μέθοδος: Η ασθενής προσήλθε προς προγραμματισμένο χειρουργείο αφαίρεσης του Pigtail και ουρητηροσκοπικής λιθοτριψίας. Κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο ανευρέθη το επασβεστωμένο Pigtail δεξιά. Αποφασίστηκε η αντιμετώπιση του περιστατικού με ουρητηροσκοπική λιθοτριψία και όχι η αναβολή του χειρουργείου και η μετέπειτα αντιμετώπιση με εξωσωματική λιθοτριψία. Πραγματοποιήθηκε το χειρουργείο κατά το οποίο αφαιρέθηκε μετά από εργώδη προσπάθεια και ενδοσωματική λιθοτριψία το Pigtail και ο ενδουρητηρικός λίθος. Έγινε τοποθέτηση νέου Pigtail.

Αποτελέσματα: Η ασθενής παρέμεινε απύρετη μετεγχειρητικά κι εξήλθε με οδηγίες αφαίρεσης του Pigtail εντός μηνός.

Συμπεράσματα: Η εκτεταμένη επασβέστωση των Pigtail είναι συνηθισμένη κατά την εγκυμοσύνη, αλλά όχι σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, χωρίς άλλα προβλήματα υγείας.

P20. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΚΤΟΜΗΣ ΕΞΩΦΥΤΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΔΕ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΥΓΙΗ ΟΡΙΑ ΑΝΕΥ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΜΙΣΧΟΥ ΚΑΙ ΑΝΕΥ ΕΚΤΟΜΗΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΟΣ

Παπαδόπουλος Α., Παπακωνσταντίνου Α., Καριώτης Ι., Μουρτζίλας Ε., Καλογεράς Ν., Παπαλάκης Α.

Ουρολογική κλινική Γ.Ν.Θ. "Ο 'Αγιος Δημήτριος"

Σκοπος: Παρουσίαση περιστατικού -46χρονος ασθενής με Ca δε νεφρού

Υλικό και Μέθοδος : Προγραμματισμένη μερική

νεφρεκτομή λόγω Ca δε νεφρού διαμέτρου 4 cm αφού είχε προηγηθεί διάγνωση και χαρτογράφηση των ανατομικών περιοχών με αξονική και μαγνητική τομογραφία.

Αποτελέσματα : Διεγχειρητικά (οσφυική τομή) ανευρίσκεται εξωφυτική αγγειοβριθής μάζα πολυκυστική με νεκρώσεις στον κατω πόλο του δεξιού νεφρού, η οποία παρασκευάζεται και αφαιρείται en block από το υγιές νεφρικό παρέγχυμα σε υγιή όρια **χωρίς** να έχει προηγηθεί ισχαιμία του νεφρικού αγγειακού μίσχου (clampless)

Συμπεράσματα : Η χειρουργική εκτομή όγκου σε Ca νεφρού χωρίς ισχαιμία του αγγειακού μίσχου, δύσκολα συναντάνται στην διεθνή βιβλιογραφία. Ο ασθενής είχε βραχεία νοσηλεία , με φυσιολογική νεφρική λειτουργία ενώ το 6μηνιαίο follow-up επιβεβαιώνει την επιτυχία της επέμβασης

P21. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ 29 ΕΤΩΝ ΜΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Παπαδόπουλος Α., Παπακωνσταντίνου Α., Καρακάσης Ν., Καριώτης Ι., Μουρτζίλας Ε., Καλογεράς Ν., Παπαλάκης Α.

Ουρολογική κλινική Γ.Ν.Θ. "Ο 'Αγιος Δημήτριος"

Σκοπος: Παρουσίαση περιστατικού -29χρονη ασθενής με μακροσκοπική αιματουρία

Υλικό και Μέθοδος : Η ασθενής προσήλθε στα Τ.Ε.Ι. της κλινικής μας αιτιώμενη αιματουρία από 5μηνου με ελεύθερο ιστορικό ως προς αιματολογικά νοσήματα, συγγενείς παθήσεις, λήψης φαρμάκων-ουσιών-επαγγελματικό περιβάλλον ή γυναικολογικές ασθένειες.

Αποτελέσματα: Κατά τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο ανευρίσκεται αναιμία (Hb: 5,3g/dl) και η ασθενής εισάγεται στην ουρολογική κλινική άμεσα για μετάγγιση ΜΣΕ και διερεύνηση της αιματουρίας. Κατα την κυστεοσκόπηση εμφανίζεται αιματηρό jet ούρων απο το ΔΕ ουρητηρικό στόμιο και δεν αναδεικνύεται άλλη παθολογία από το τοίχωμα της ουροδόχου κύστης. Η ασθενής υποβλήθηκε σε διαγνωστική εύκαμπτη ουρητηροσκόπηση χωρίς ανάδειξη παθολογίας παραμόνο πηγμάτων αίματος σε κάλυκα του κάτω πόλου του δε νεφρού. Η CT αγγειογραφία που ακολούθησε δις και η μαγνητική τομογραφία δεν ανέδειξαν κάποια εμφανή βλάβη ή αιμορραγία εκ του ουροποιητικού συστήματος. Παράλληλα έγινε αιματολογική εκτίμηση της ασθενούς με εξειδικευμένες εξετάσεις για παραγοντες πήξης, αιμοροφιλία και δρεπανοκκυταρική αναιμία τα οποία και ήταν αρνητική για κάποιο αιματολογικλο νόσημα

Συμπεράσματα : Πρόκειται για μία εξαιρετικά σπάνια περίπτωση αιμορραγίας του ανώτερου ουροποιητικού με δυσκολία ως προς την διάγνωση και θεραπεία. Στην ασθενή προτάθηκε νεφρεκτομή δεξιά

P22. Η επίδραση της αριστερής κιρσοκήλης στον αρσενικό γαμέτη πριν τη σπερμιογένεση.

Καλτσάς Άρης[1], Σεμίνι Γκέργκι[1], Χαμπηλομάτης Ιωάννης[1], Ζαχαρίου Αθανάσιος[1], Δημητριάδης Φώτιος[2], Γιαννάκης Ιωάννης[1], Ζηκόπουλος Αθανάσιος[1], Τσουνάπη Παναγιώτα[3], Takenaka Atsushi[3], Σοφικίτης Νικόλαος[1]

1.Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
2.Α' Ουρολογική Κλινική, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
3. Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Τότορι, Ιαπωνία.

ΣΚΟΠΟΣ: Αξιολογήσαμε τη γονιμοποιητική ικανότητα του πυρήνα της στρογγυλής σπερματίδας από κουνέλια με αριστερή κιρσοκήλη.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Ένα μοντέλο αριστερής κιρσοκήλης, δημιουργήθηκε χειρουργικά σε έντεκα κουνέλια (ομάδα Α). Επτά κουνέλια υποβλήθηκαν σε ψευδή επέμβαση, (ομάδα Β). Δύο μήνες μετά την επέμβαση για τη δημιουργία της κιρσοκήλης , πέντε κουνέλια της ομάδας Α , υποβλήθηκαν σε ψευδή λαπαροτομία (ομάδα Α1/ κιρσοκήλη) , ενώ τα υπόλοιπα έξι κουνέλια της ομάδας Α (ομάδα Α2/αποκατάσταση κιρσοκήλης) , υποβληθήκαν σε απολίνωση της διατεταμένης αριστερής σπερματικής φλέβας. Πέντε μήνες έπειτα από την αρχική εγχείρηση, πυρήνες στρογγυλών σπερματίδων συλλέχθηκαν από τον αριστερό όρχι του κάθε κουνελιού των ομάδων Α1, Α2 και Β και ενέθηκαν σε ώριμα ωάρια κουνελιών. Τα ωάρια καλλιεργήθηκαν για 24 ώρες. Η δοκιμασία X^2 κατά Yates χρησιμοποιήθηκε για σύγκριση ποιοτικών παραμέτρων ενώ η δοκιμασία Wilcoxon για σύγκριση των ποσοτικών παραμέτρων. Η P-value <0,05 θεωρήθηκε ως στατιστικά σημαντική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο τέλος της επώασης , η αναλογία των εμβρύων, ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη στην ομάδα Α1 από ότι στην ομάδα Β και στην ομάδα Α1 από ότι στην Α2. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά των ζωντανών στρογγυλών σπερματίδων ανάμεσα στις ομάδες Α1, Α2 και Β.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αποδεικνύεται η επιβλαβής επίδραση της κιρσοκήλης στη γονιμοποιητική ικανότητα των στρογγυλών σπερματίδων. Οι σημαντικά χαμηλότερες τιμές της αναλογίας των εμβρύων ως προς τον αριθμό των ενεθέντων ωαρίων στην ομάδα Α1, υποδηλώνουν τη βλαβερή επίδραση της αριστερής κιρσοκήλης στην γονιμοποιητική ικανότητα των στρογγυλών σπερματίδων. Αυτή η διαφορά στη γονιμοποιητική ικανότητα μεταξύ των ομάδων Α και Β πιθανώς να μην μπορεί να αποδοθεί στις διαφορές της βιωσιμότητας των στρογγυλών σπερματίδων, από τη στιγμή που δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά των ζωντανών σπερματίδων ανάμεσα στις τρείς ομάδες. Η παρούσα μελέτη αποδεικνύει την αρνητική επίδραση της κιρσοκήλης στη γονιμοποιητική ικανότητα των στρογγυλών σπερματίδων.

P23. Η ΦΩΤΟΕΞΑΤΜΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΠ: ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Καψάσκης Χ.

ιατρικό τμήμα Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να αναδειχθεί η αξία των ελάχιστα επεμβατικών θεραπειών για την καλοήθη υπερπλασία του προστάτη (ΚΥΠ) και, συγκεκριμένα, του, υψηλής ισχύος, κάλιο- Titanyl- φωσφορικού άλατος λέιζερ, που αντιμετωπίζει και τα αποφρακτικά συμπτώματα που προκύπτουν από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα.

Υλικό και μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκε λέιζερ πράσινου φωτός από 120W έως 180W για την αφαίρεση του ιστού, με μήκος κύματος 532nm, ώστε η απορρόφηση να είναι επιτυχής, σε αυτόν τον ιστό, που διαθέτει υψηλή περιεκτικότητα σε οξυαιμοσφαιρίνη. Η διεισδυτικότητα του εργαλείου στον ιστό κυμαίνεται από 1 έως 2 mm και η ενέργεια από το λέιζερ περιορίζεται σε μικρό όγκο του ιστού.

Αποτελέσματα: Η αφαίρεση του ιστού γίνεται, αμέσως, με την εξάτμιση του κυτταρικού υγρού. Ακόμη, κονιορτοποιείται ο κίνδυνος από την υπερβολική πήξη, κατά την επέμβαση, καθώς είναι συγκεκριμένο το πεδίο δράσης. Επιπλέον, βελτιώνονται τα συμπτώματα από το ουροποιητικό, όπως η μέγιστη τιμή ροής ούρων (Qmax), το PSA κι ο υπολειπόμενος όγκος, εντός λίγων μηνών. Τέλος, η νοσηρότητα φαίνεται να είναι χαμηλή κατά την εξαγωγή του καθετήρα και κατά την αποφόρτιση του ασθενούς. Αυτό μειώνει και τα έξοδα νοσηλειας.

Συμπεράσματα: Η φωτοεξάτμιση του προστάτη με το λέιζερ είναι μια ασφαλής κι αποτελεσματική μέθοδος αφαίρεσης του αδένα. Έτσι, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική θεραπεία αντί, για παράδειγμα, της διουρηθρικής εκτομής (TURP). Παράλληλα, η καμπύλη εκμάθησης είναι πολύ σύντομη λόγω της εξοικείωσης των ουρολόγων με την τεχνική, όμως δεν πρέπει να παραλείπεται η εξατομικευμένη θεραπεία.

P24. Αξιολόγηση της θεραπείας με κρουστικά κύματα χαμηλής έντασης για τη χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα / χρόνιο πυελικό άλγος: μια διπλά-τυφλή τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονική θεραπεία, κλινική δοκιμή

Ιωάννης Μυκονιάτης, Δημήτρης Καλυβιανάκης, Παρασκευή Καποτέλη, Φιλήμων Ζηλωτής, Αγριπίνα Φουρναράκη, Δημήτρης Χατζηχρήστου

'Α Ουρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Επί του παρόντος, δεν υπάρχει αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας για το σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους (ΣΧΠΑ). Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση και σύγκριση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της θεραπείας με κρουστικά κύματα χαμηλής έντασης (ΘΚΚΧΕ) έναντι εικονικής θεραπείας σε ασθενείς με ΣΧΠΑ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 45 ασθενείς με διάγνωση ΣΧΠΑ τυχαιοποιήθηκαν σε αυτή την προοπτική, ελεγχόμενη με εικονική θεραπεία, διπλή-τυφλή κλινική μελέτη. Η ομάδα ενεργούς θεραπείας (n = 30) έλαβε 5.000 κρουστικά κύματα ανά συνεδρία με πυκνότητα ροής ενέργειας (EFD) = 0.1mJ / mm2 ενώ η ομάδα εικονικής θεραπείας (n = 15) έλαβε 5.000 κρουστικά κύματα από μία οπτικά πανομοιότυπη κεφαλή εκπομπής κρουστικών κυμάτων χωρίς όμως να υπάρχει εκπομπή ενέργειας. Και οι δύο ομάδες υποβλήθηκαν σε 6 συνεδρίες (μία φορά την εβδομάδα). Η παρακολούθηση πραγματοποιήθηκε 4, 12 και 24 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Η ΘΚΚΧΕ πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας περινεϊκή προσέγγιση χωρίς αναισθησία.

Αξιολογήθηκαν οι επιδράσεις της ΘΚΚΧΕ στον πόνο, στην ούρηση, στην ποιότητα ζωής (QoL) και στη στυτική λειτουργία (EF). Οι παράμετροι ερευνήθηκαν με τη χρήση των επικυρωμένων ερωτηματολογίων όπως ο δείκτης συμπτωμάτων της χρόνιας προστατίτιδας του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας (NIH-CPSI), η Διεθνής βαθμολογία συμπτωμάτων του προστάτη [IPSS],ο Διεθνής Δείκτης Στυτικής Δυσλειτουργίας [IIEF-EF]. Η αξιολόγηση του πόνου κατά τη διάρκεια των συνεδριών ΘΚΚΧΕ έγινε με την χρήση οπτικής αναλογικής κλίμακας πόνου (VAS). Η ουροροομετρία και ο υπολογισμός του υπολείμματος μετά ούρησης έγιναν πριν την έναρξη ΘΚΚΧΕ και στην επίσκεψη παρακολούθησης στις 4,12 και 24 εβδομάδες. Πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία προστάτη και έλεγχος PSA πραγματοποιήθηκε πριν την έναρξη ΘΚΚΧΕ και στην επίσκεψη παρακολούθησης 12 εβδομάδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ομάδα ενεργούς θεραπείας εμφάνισε στατιστικά σημαντική βελτίωση της ολικής βαθμολογίας NIH-CPSI ($p = 0.003$), της υποκατηγορίας πόνου ($p <0.001$) και ποιότητας ζωής ($p <0.001$) καθώς και της βαθμολογίας IIEF-EF ($p = 0.043$) σε σύγκριση με την ομάδα εικονικής θεραπείας. Η υποκατηγορία ούρησης του NIH-CPSI, η βαθμολογία IPSS, οι τιμές PSA και PIRADS δεν διέφεραν στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των 2 ομάδων (Πίνακας). Η εφαρμογή περινεικής ΘΚΚΧΕ ήταν εύκολη και ασφαλής χωρίς ανάγκη αναισθησίας ή παρενέργειες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΘΚΚΧΕ φαίνεται να είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για το ΣΧΠΑ, βελτιώνοντας σημαντικά τον πόνο, τη στυτική λειτουργία και την ποιότητα ζωής. Η έλλειψη παρενεργειών και η δυνατότητα επανάληψης καθιστούν την ΘΚΚΧΕ μια ελπιδοφόρο επιλογή θεραπείας για τους ασθενείς με ΣΧΠΑ.

Πίνακας. Συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ ομάδων ενεργούς και εικονικής ΘΚΚΧΕ

Μεταβλητή	Ομάδα	Baseline	Επίσκεψη παρακολούθησης 4η εβδομάδα	Επίσκεψη παρακολούθησης 12 η εβδομάδα	Επίσκεψη παρακολούθησης 24 η εβδομάδα
NIH-CPSI (ολικό)	**Εικονική**	22 (19-29)	21.7 (6.6)	22.3 (6.6)	23.9 (5.4)
	Ενεργής	24 (20-28)	16.0 (4.9)	16.5 (5.3)	18.0 (5.5)
p-value		0.447	**0.002**	**0.003**	**0.003**
NIH-CPSI (1-4, πόνος)	**Εικονική**	12.5 (2.2)	10 (9-13)	11.1 (2.6)	11.7 (1.8)
	Ενεργής	12.6 (2.2)	7 (5-8.3)	7.9 (2.3)	8.9 (2.0)
p-value		0.962	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
NIH-CPSI (5-6, ούρηση)	**Εικονική**	2 (0-6)	2 (1-6)	3 (1-6)	3 (2.5-5.5)
	Ενεργής	3 (1.0-5.3)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1.5-5.5)
p-value		0.591	0.679	0.932	0.957
NIH-CPSI (7-9, ποιότητα ζωής)	**Εικονική**	8.4 (1.2)	7.8 (1.7)	7.8 (1.8)	8.4 (1.6)
	Ενεργής	8.6 (1.1)	5.3 (1.7)	5.2 (2.1)	5.4 (2.3)
p-value		0.578	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
IPSS score	**Εικονική**	4 (2-16)	5 (3-15)	6 (3-16)	7 (5.5-16.5)
	Ενεργής	6.5 (2.8-14.5)	6.5 (3-13.5)	6 (3-13)	9 (5-14)
p-value		0.699	0.894	0.698	0.957
IIEF-ED score	**Εικονική**	28 (21-28)	27 (23-29)	26 (23-29)	25 (23-27)
	Ενεργής	23.5 (20.0-28.3)	27 (25-29)	27.5 (25.8-28.0)	27 (26-28)
p-value		0.474	0.459	0.307	**0.043**
PSA	**Εικονική**	0.76 (0.58-1.28)		0.79 (0.52-1.04)	
	Ενεργής	0.73 (0.45-1.39)	-	0.69 (0.40-1.54)	**-**
p-value		0.736	-	0.478	**-**

P25. ΜΠΟΡΕΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΡΟΥΣΤΙΚΩΝ ΚΥΜΑΤΩΝ ΧΑΜΗΛΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΑ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΦΩΣΦΟΔΙΕΣΤΕΡΑΣΗΣ ΤΥΠΟΥ 5; ΜΙΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ 2 ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ

Ιωάννης Μυκονιάτης, Δημήτρης Καλυβιανάκης, Παρασκευή Καποτέλη, Φιλήμων Ζηλωτής, Αγριπίνα Φουρναράκη, Δημήτρης Χατζηχρήστου

'Α Ουρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων, Θεσσαλονίκη

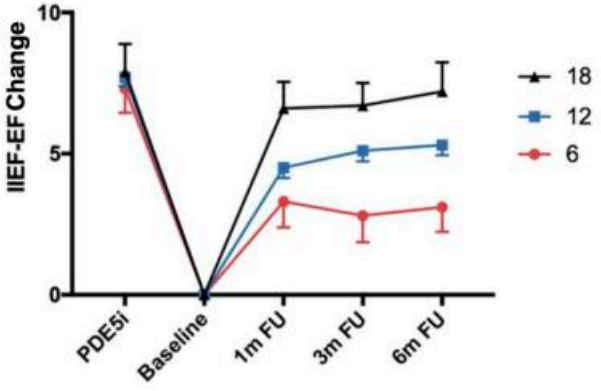
Στόχοι: Η θεραπεία κρουστικών κυμάτων χαμηλής έντασης (ΘΚΚΧΕ) έχει προταθεί ως θεραπευτική επιλογή πρώτης γραμμής για τη στυτική δυσλειτουργία (ΣΔ). Σκοπός της μελέτης ήταν να ελεγχθεί εάν υπάρχει αθροιστικό θεραπευτικό αποτέλεσμα με την αυξηση του αριθμού συνεδριών ΘΚΚΧΕ για τη θεραπεία της ΣΔ και να συγκριθεί με την προ-ΘΚΚΧΕ ανταπόκριση στους αναστολείς φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 (PDE5is).

Μέθοδοι: Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 2, ήδη δημοσιευμένες, τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (PMID: 29396020, 31474753) και διεξήχθη μια συγκεντρωτική ανάλυση. Αυτές οι μελέτες ακολούθησαν τον ίδιο σχεδιασμό και την ίδια τεχνική εφαρμογής από τους ίδιους ερευνητές, χρησιμοποιώντας το ίδιο μηχάνημα εκπομπής κρουστικών κυμάτων (Dornier Aries 2). Όλοι οι ασθενείς ήταν κανονικοί χρήστες PDE5is. Κατά την εξέταση, η αποτελεσματικότητα κάτω από τη μέγιστη ανεκτή δόση των PDE5is προτίμησης τους αξιολογήθηκε από τον τομέα του διεθνούς δείκτη για τη στυτική λειτουργία (IIEF-EF). Μετά από ένα μήνα έκπλυσης των PDE5is, οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 6 (Ομάδα Α, η = 21), 12 (6 + 6 ή 12) (Ομάδα Β, η = 84) ή 18 (12 +6) συνεδρίες ΘΚΚΧΕ. Η βαθμολογία IIEF-EF χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Η διαφορά στην βαθμολογία IIEF-EF μεταξύ της τιμής προ-ΘΚΚΧΕ και της τιμής παρακολούθησης 6 μηνών ήταν +3,1 για την ομάδα Α, +5,1 για την ομάδα Β και +7,2 για την ομάδα Γ αποκαλύπτοντας ένα αθροιστικό θεραπευτικό αποτέλεσμα όταν αυξάνεται ο αριθμός των συνεδριών ΘΚΚΧΕ (p= 0,0022). Η διαφορά μεταξύ της βαθμολογίας IIEF-EF 6 μήνες μετά-ΘΚΚΧΕ και της βαθμολογίας IIEF-EF κατά τη θεραπεία με PDE5i δεν ήταν στατιστικά σημαντική για την ομάδα των ασθενών που έλαβαν 18 συνεδρίες (23,1 έναντι 22,4, p = 0,43) (Εικόνα)

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των συνεδριών ΘΚΚΧΕ και της αλλαγής της βαθμολογίας IIEF-EF από την αρχική τιμή στις τιμές παρακολούθησης 6 μηνών. Η αποτελεσματικότητα 18 συνεδριών ΘΚΚΧΕ για τη ΣΔ φαίνεται να είναι παρόμοια με τη αυτή της μέγιστης ανεκτής δόσης PDE5i. Τυχαίες κλινικές δοκιμές απευθείας σύγκρισης της αποτελεσματικότητας της ΘΚΚΧΕ με των αυτήν PDE5is είναι σίγουρα απαραίτητες για την παροχή πιο ισχυρών επιστημονικών δεδομένων.

Εικόνα: Αποτελεσματικότητα 6, 12 and 18 συνεδριών στη βαθμολογία IIEF-EF



	PDE5i	Baseline	1m FU	3m FU	6m FU	6m - BS
6 (n = 21)	23.5	16.2	20	19	19.3	+ 3.1
12 (n = 84)	24	16.8	21.3	21.7	21.9	+ 5.1
18 (n = 18)	23.1	15.2	22	21.9	22.4	+ 7.2

Η Οργανωτική Επιτροπή θα ήθελε να εκφράσει τις ευχαριστίες της στις Εταιρείες Χορηγούς κατά αλφαβητική σειρά:

AMGEN Oncology

ariti

ASTRAZENECA

astellas

BIANEE A.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

MAVROGENIS Coloplast

DEMO ΑΒΕΕ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ELPEN

EUROMEDICA ΑΓΙΑΣ ΣΟΦΙΑΣ

EverCare HEALTH CARE INNOVATION

FERRING ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ

Fertilland pharma

Fytoiasis Natural Innovations

INNOVIS Future health today

InterMed Pharmaceutical Laboratories

janssen Oncology

Lilly ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ

Meditrina pharmaceuticals

Menarini Hellas

ΠΛΑΤΩΝ

RAFARM

RECORDATI HELLAS GROUP

Solution Medical care

STORZ KARL STORZ—ENDOSKOPE

SUPPLEKEY

INDEX

C CRISTIAN SURCEL 10, 18

D DAVIDOFF KALOYAN 17

R RAZUTOMAS 15, 17

W WOLFGANG SCHULTZE SEE MANN 11
SENJINDJOZIC 20

T TUBAN TARCAN 18

Α ΑΔΑΜΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ 18
ΑΜΠΕΛΟΥΡΓΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ 10
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ ΘΕΟΔΩΡΟΣ 18
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ 20
ΑΝΔΡΕΑΔΑΚΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ 16
ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ 10
ΑΝΔΡΕΑΔΟΥ ΑΝΝΑ 10
ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ 14
ΑΣΠΙΤΩΤΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ 18

Β ΒΑΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ 17, 18
ΒΑΡΚΑΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ 16
ΒΛΑΣΙΑΔΗΣ ΒΛΑΣΗΣ 15
ΒΛΑΧΙΩΤΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ 10, 11

Γ ΓΙΑΝΝΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ 19
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ 10
ΓΚΙΑΛΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ 17
ΓΚΟΡΑΝΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ 11

Δ ΔΕΪΡΜΕΝΤΖΟΓΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΣ 14
ΔΕΛΗΒΕΛΙΩΤΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ 15
ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΙΔΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ 10
ΔΕΛΛΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ 20
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ 10, 11
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ ΦΩΤΙΟΣ 16
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΟΣ 18

Ζ ΖΕΓΚΙΝΙΑΔΟΥ ΘΕΟΔΩΣΙΑ 19
ΖΟΥΜΠΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ 16
ΖΟΥΠΑΝΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ 17

Ι ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ-ΙΣΑΑΚ 14

Κ ΚΑΖΑΝΑΣ ΚΟΣΜΑΣ 10
ΚΑΚΑΜΟΥΚΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ 11
ΚΑΛΑΙΤΖΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ 19
ΚΑΛΟΓΕΡΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ 15, 19
ΚΑΛΥΒΙΑΝΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ 16
ΚΑΠΑΝΤΑΗΣ ΣΠΥΡΟΣ 18
ΚΑΡΑΤΖΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ 17
ΚΙΚΙΔΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ 10
ΚΟΥΣΙΔΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ 17
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ 18
ΚΩΤΑΚΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ 18

Λ ΛΑΜΠΑΝΑΡΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ 10, 17
ΛΙΑΤΣΙΚΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ 18
ΛΥΜΠΕΡΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑ 16

Μ ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ 10
ΜΑΜΟΥΛΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ 20
ΜΕΜΜΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ 20
ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ 10
ΜΗΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ ΗΡΑΚΛΗΣ 17
ΜΗΤΣΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ 17
ΜΠΑΝΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ 17
ΜΠΟΥΛΟΓΙΑΝΝΗ ΓΛΥΚΕΡΙΑ 16
ΜΥΤΙΛΕΚΑ Σ ΒΑΪΟΣ 14

Π ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΜΙΧΑΗΛ 15
ΠΑΠΑΛΑΚΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ 10
ΠΑΠΑΧΑΡΙΤΟΥΣΤΑΜΑΤΙΟΣ 10
ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΣΑΒΒΑΣ 18
ΠΑΤΡΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ 10
ΠΟΥΡΝΑΡΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ 14

Σ ΣΑΚΑΛΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ 14
ΣΑΛΠΙΓΓΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ 16
ΣΕΡΑΦΕΤΙΝΙΔΗΣ ΕΦΡΑΙΜ 15
ΣΗΜΑΙΦΟΡΙΔΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ 17
ΣΚΟΛΑΡΙΚΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ 16
ΣΚΡΕΠΕΤΣΚ ΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ 20
ΣΟΥΝΤΟΥΛΙΔΗΣ ΠΕΤΡΟΣ 19
ΣΟΦΙΚΙΤΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ 19
ΣΤΑΘΟΓΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ 16
ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ 17
ΣΤΡΑΒΟΔΗΜΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ 16

Τ ΤΖΩΡΤΖΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ 16
ΤΟΥΤΖΙΑΡΗΣ ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΗΣ 10
ΤΣΑΦΡΑΚΙΔΗΣ ΠΕΤΡΟΣ 17
ΤΣΙΜΑΡΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ 20
ΤΣΙΡΙΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ 10

Φ ΦΟΥΤΖΗΛΑ ΕΛΕΝΗ 16
ΦΡΑΓΚΙΑΔΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ 10

Χ ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ 15
ΧΑΤΖΗΧΡΗΣΤΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ 16
ΧΡΥΣΑΝΘΟΠΟΥΛΟΥ ΞΕΝΙΑ 10
ΡΥΣΟΦΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ 20

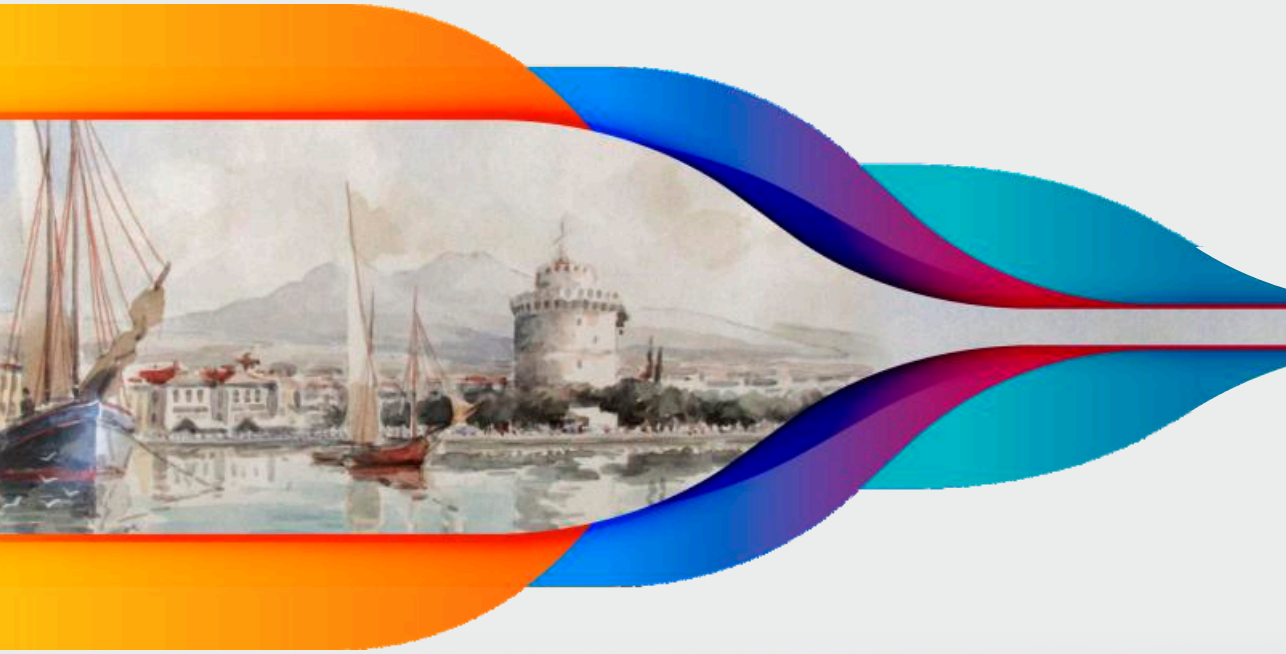
ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ



VOYAGER
TRAVEL&CONGRESS

Γραφείο Οργάνωσης: **VOYAGER TRAVEL AND CONGRESS**, Βασ. Ηρακλείου 26, 54624 Θεσσαλονίκη
Τηλ: 2310.250401, 2310.250403, Fax: 2310.250418, e-mail: info@voyagertravel.gr, **www.voyagertravel.gr**