



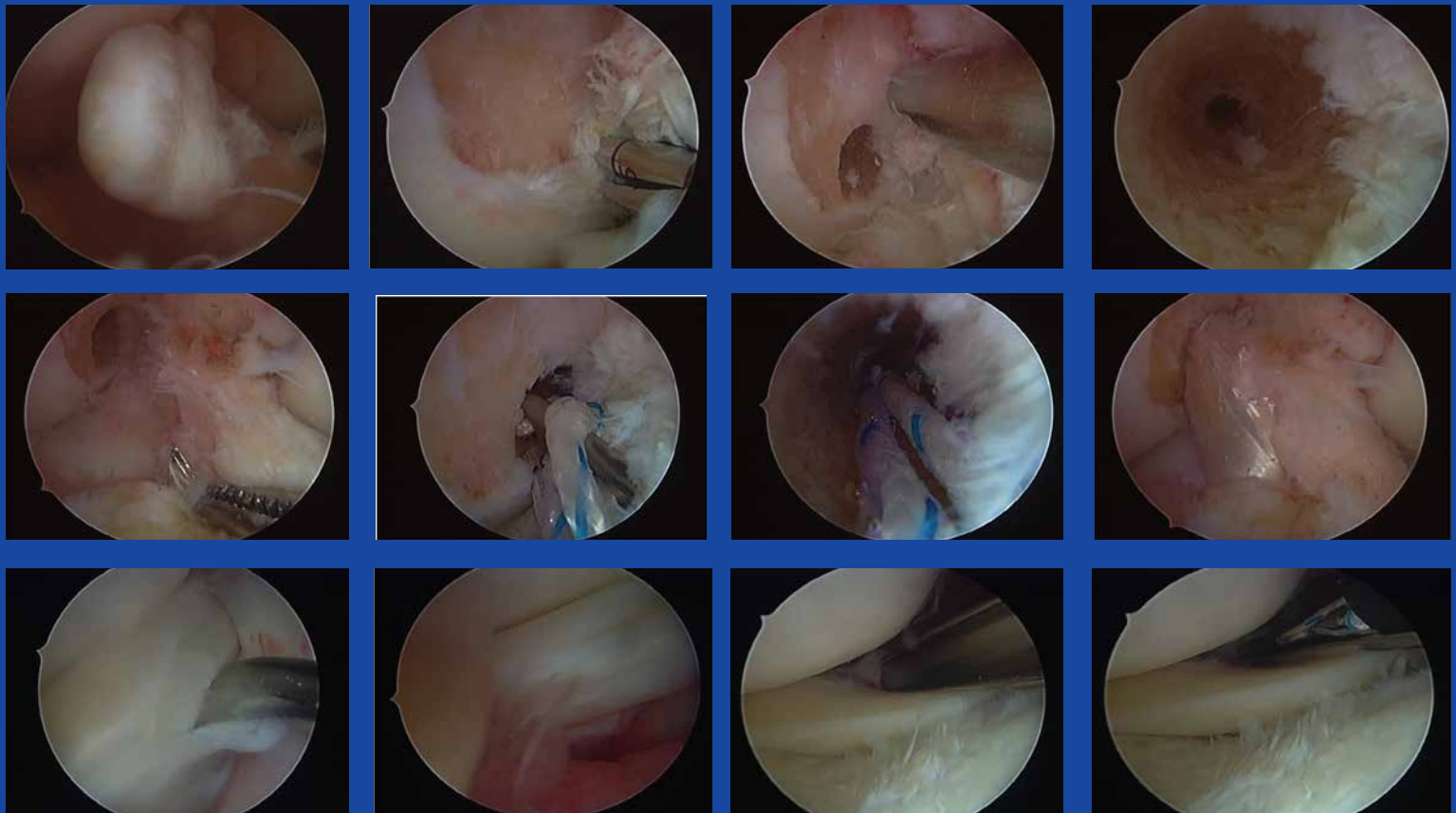
Ελληνική Εταιρεία Αρθροσκόπησης, Χειρουργικής Γόνατος  
και Αθλητικών Κακώσεων "Γεώργιος Νούλης"

# ARTHROSCOPE

[www.eae-net.gr](http://www.eae-net.gr)

## Newsletter

### ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2023





# MD MEDICAL

Μαγνητικός Τομογράφος

## **MAGNETOM Vida 3T** with BioMatrix



SIEMENS  
Healthineers

[mdmedical.gr](http://mdmedical.gr)

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 6. ΡΗΞΗ ΜΗΝΙΣΚΟΥ ΔΙΚΗΝ ΛΑΒΗΣ ΚΑΔΟΥ (BUCKET HANDLE TEARS)  
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
- 10. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΣΥΡΡΑΦΗ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ
- 12. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΧΤΗΣ LATARJET ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΚΟΜΒΙΩΝ  
ΚΑΙ ΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΝΤΙ ΒΙΔΩΝ
- 16. ΣΥΖΗΤΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ... VIKAS KHANDUJA
- 19. GREEK – TURKISH TRAVELLING FELLOWSHIP
- 22. ICRS FOCUS MEETING CARTILAGE & SPORTS
- 24. TRAVELLING FELLOWSHIP ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ  
“ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΝΟΥΛΗΣ” ΓΙΑ ΤΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2022-2023
- 25. ΠΡΟΣΕΧΕΙΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ
- 26. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ 2<sup>ο</sup> ΣΥΝΕΔΡΙΟ “RECENT ADVANCES IN SPORTS INJURIES:  
TRENDS AND PREVENTION”
- 36. ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ 2022-23
- 38. ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΑΕ

## ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

### Αγαπητοί φίλοι της Ελληνικής Αρθροσκοπικής Εταιρείας,

Το νέο τεύχος Newsletter της Εταιρείας μας αντικατοπτρίζει την μετα-την-πανδημία εποχή όσον αφορά τις επιστημονικές δράσεις που, επιτέλους, επέστρεψαν στην κανονικότητα. Πολλαπλές πρωτοβουλίες, από διάφορους φορείς, υπό την σκέπη και αιγίδα της ΕΑΕ έλαβαν χώρα με μεγάλη επιτυχία. Η κορύφωση αυτής της δραστηριότητας ήταν το ετήσιο συνέδριο στη Θεσσαλονίκη που, ευελπιστούμε, άφησε τις καλύτερες εντυπώσεις.

Παράλληλα, συνεχίστηκαν και οι εξ αποστάσεως, διαδικτυακές συναντήσεις, που τόσο βοήθησαν στην ενίσχυση της αλληλεπίδρασης μεταξύ μας. Στο πλαίσιο αυτό εγκαινιάστηκε και ο νέος θεσμός των ιντερνετικών μαθημάτων την τελευταία Παρασκευή κάθε μήνα. Τα μαθήματα αυτά απευθύνονται σε ειδικούς, ως ένα «φρεσκάρισμα» βασικών αρθροσκοπικών και άλλων τεχνικών, αλλά και σε ειδικευόμενους, ως μία προσπάθεια κατάρτισής τους από εξειδικευμένους χειρουργούς. Εντός του Newsletter θα διαβάσετε και την εμπειρία των fellow που συμμετείχαν στο Travelling αλλά και το Ελληνο-Τουρκικό fellowship. Είναι δύο θεσμοί με ιδιαίτερα βαρύνουσα σημασία, κατά τη γνώμη μου, στη δραστηριότητά μας, ως επιστημονικής εταιρείας.

Δώστε ιδιαίτερη προσοχή σε τρία επιστημονικά άρθρα – περιγραφές χειρουργικών τεχνικών που υπογράφονται από τον Κοτζαμπέλο Δημήτριο, σχετικά με τροποποιημένη τεχνική Latarjet, από τον Παπουτσιδάκη Αντώνη, με αντικείμενο τη

διαδερμική συρραφή αχιλλείου τένοντα σε αθλητές και από τον πρόεδρο της εταιρείας, Βασίλη Χουλιάρα, σχετικά με τις ρήξεις μνήσκου bucket handle. Τέλος, στο τεύχος περιλαμβάνεται και συνέντευξη από τον πρόεδρο του British Hip Society, Vikas Khanduja, όπου μας περιγράφει την εμπειρία του στην οικοδόμηση και λειτουργία του Non Arthroplasty Hip Registry στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Έχοντας ως γνώμονα την ανταλλαγή της επιστημονικής πληροφορίας, το διαμοιρασμό γνώσης, τη συναδελφική αμοιβαιότητα και το μοίρασμα εμπειριών, θα θέλαμε να σας καλέσουμε και να ενθαρρύνουμε την αλληλεπίδρασή σας με την Ελληνική Αρθροσκοπική Εταιρεία μέσω και αυτού του εντύπου, εγκαινιάζοντας, από το επόμενο τεύχος μίας στήλης με το όνομα «Επιστολές μελών», με την οποία προσδοκούμε να εκφράζονται και να ανταλλάσσονται ακόμα περισσότερες ιδέες στο αντικείμενο της Αρθροσκοπικής Χειρουργικής και Αθλητικών Κακώσεων.

Καλή ανάγνωση!



#### ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Π. ΤΖΑΒΕΑΣ

Ειδικός Γραμματέας ΕΑΕ

Υπεύθυνος Σύνταξης

Newsletter ΕΑΕ

Arthroscopy (AANA) Editorial Board member

[tzaveas@alexandrostzaveas.gr](mailto:tzaveas@alexandrostzaveas.gr)

## ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ



#### ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Θ. ΧΟΥΛΙΑΡΑΣ

Πρόεδρος Ελληνικής Αρθροσκοπικής Εταιρείας 2022-24

Διευθυντής, Ορθοπαιδική Κλινική

ΓΝ Άρτας

Member of PFI Committee of ESSKA

### Αγαπητές φίλες και φίλοι,

Η Ελληνική Αρθροσκοπική Εταιρεία πιστή στις αρχές της για την συνεχή μετεκπαίδευση των μελών της και δίνοντας έμφαση στην εκπαίδευση ιδιαίτερα των νεότερων συναδέλφων και των ειδικευόμενων εγκαινιάζει μία σειρά νέων επιστημονικών δραστηριοτήτων.

Από την αρχή της ακαδημαϊκής χρονιάς και με δεδομένη την εμπειρία που αποκτήσαμε στην εποχή της πανδημίας με τα διαδικτυακά webinars, έχουμε καθιερώσει τα **διαδικτυακά μαθήματα** κάθε τελευταία Παρασκευή εκάστου μηνός. Η μαζική συμμετοχή σας σε αυτά μας δίνει ώθηση να τα συνεχίσουμε, δίνοντας τη δυνατότητα σε όλο και περισσότερες κλινικές της Ελληνικής επικράτειας να αναδείξουν το κλινικό τους έργο, ενώ και εσείς, από τον προσωπικό σας χώρο, ενημερώνεστε για τις τρέχουσες εξελίξεις και συμμετέχετε ενεργά με τις ερωτήσεις σας.

Παράλληλα ξεκινάει και μία νέα σειρά επιστημονικών εκδηλώσεων, αυτή των **εντατικών θεωρητικών σεμιναρίων αρθροσκο-**

**πησης** των διαφόρων αρθρώσεων. Είναι θεωρητικά σεμινάρια που απευθύνονται σε νεότερους, κυρίως, συναδέλφους, καλύπτουν όλη τη θεματολογία της αρθροσκόπησης της κάθε άρθρωσης από καταξιωμένους συνάδελφους, ενώ παράλληλα θα υπάρχουν video-προβολές νέων χειρουργικών τεχνικών και τέλος ενεργή συμμετοχή του «κοινού» με συνεχή κουίζ σε κάθε θεματική ενότητα και **βραβεία από την εταιρεία μας** σε αυτούς που θα πρωτεύσουν. Το 1ο εντατικό θεωρητικό σεμινάριο Αρθροσκόπησης θα αφορά την άρθρωση του γόνατος και θα διεξαχθεί στην **Άρτα** μεταξύ **31 Μαρτίου** και **2 Απριλίου 2023**.

Δεν σταματάμε όμως εδώ, αφού πέραν των γνωστών και καθιερωμένων fellowships (George Noulis fellowship, ταξιδιωτικά fellowships εντός της Ελλάδας), ήδη από την προηγούμενη χρονιά, ξεκίνησε και ένα νέο fellowship μεταξύ της Ελληνικής και της Τουρκικής Αρθροσκοπικής Εταιρείας. Φέτος, λοιπόν, είναι η σειρά των μελών της εταιρείας μας να συμμετέχουν στις δραστηριότητες κλινικών στην Τουρκία και εν τέλει να παραβρεθούν και στο Τουρκικό Αρθροσκοπικό συνέδριο.

Για όλες τις επιστημονικές εκδηλώσεις που διοργάνωσε, συμμετείχε, και προγραμματίζει η ΕΑΕ θα έχετε την δυνατότητα να ενημερωθείτε μέσα από αυτό το τεύχος του Newsletter. Επίσης όπως σε κάθε τεύχος θα ενημερωθείτε για τα προσεχή συνέδρια ενώ υπάρχουν και επιστημονικά άρθρα με την μορφή, κυρίως, της ανασκόπησης.

Γι' αυτόν, λοιπόν, τον λόγο μείνετε συντονισμένοι με την Ελληνική Αρθροσκοπική Εταιρεία ([www.eae-net.gr](http://www.eae-net.gr)).



**Ελληνική Εταιρεία Αρθροσκόπησης, Χειρουργικής Γόνατος  
και Αθλητικών Κακώσεων "Γεώργιος Νούλης"**

**[www.eae-net.gr](http://www.eae-net.gr)**

# ΡΗΞΗ ΜΗΝΙΣΚΟΥ ΔΙΚΗΝ ΛΑΒΗΣ ΚΑΔΟΥ (BUCKET HANDLE TEARS) ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



**Βασίλειος Θ. Κουλιάρης**

Πρόεδρος ΕΑΕ 2022-24 | Διευθυντής,  
Ορθοπαιδική Κλινική ΓΝ Άρτας  
Member of PFI Committee of ESSKA

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο ρήξεις μηνίσκου δίκην λαβής κάδου (bucket handle tears) εννοούμε αυτές τις επιμήκεις ρήξεις του μηνίσκου που εκτείνονται συνήθως από το οπίσθιο έως το πρόσθιο κέρασ ή τη μεσότητα του μηνίσκου και συνάμα το έσω τμήμα τους έχει μετατοπιστεί στην μεσοκονδύλια εντομή, εμποδίζοντας την πλήρη έκταση του γόνατος και, έτσι, η εικόνα τους μοιάζει με την λαβή ενός κάδου, όπου λαβή είναι το παρεκτοπισμένο κομμάτι και κάδος το περιφερικό ακέραιο κομμάτι (Εικ.1). Είναι επομένως μία «ειδική» κατηγορία ρήξεων που πολύ συχνά προκαλεί «μπλοκάρισμα» του γόνατος.

Οι ρήξεις αυτές υπολογίζονται στο 9 - 24%, περίπου, όλων των ρήξεων των μηνίσκων και αφορούν συνήθως τον έσω μη-



**Εικόνα 1.** Η ρήξη μηνίσκου δίκην λαβής κάδου όπως φαίνεται σε αρθροσκόπηση όταν το παρεκτοπισμένο κομμάτι της ρήξης είναι μπροστά από το μηριαίο κόνδυλο εμποδίζοντας, έτσι, την πλήρη έκταση του γόνατος.

νίσκου μιας και η αναλογία έσω προς έξω μηνίσκου είναι 3 προς 1. Οι συγκεκριμένες ρήξεις εμφανίζονται πιο συχνά σε νέους ή μεσήλικες και αθλητικά δραστήριους ασθενείς και μπορεί να συνοδεύονται και από ρήξη του προσθίου χιαστού (11% έως 48%).

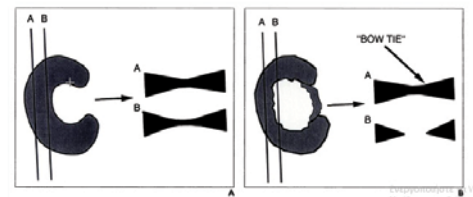
## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στην κλινική εξέταση διαγνωστικό σημείο είναι το «μπλοκάρισμα» του γόνατος ειδικότερα όταν το έσω τμήμα της ρήξης παρεκτοπίζεται εντός της μεσοκονδύλιας εντομής, γεγονός που συμβαίνει έως και στο 80% των ρήξεων. Επίσης συνυπάρχει έντονη ευαισθησία στο μεσάρθριο διάστημα, οίδημα ή «πρήξιμο» του γόνατος και περιορισμός του εύρους κίνησης και ειδικότερα της έκτασης. Από τις διάφορες κλινικές δοκιμασίες (αν αυτό είναι δυνατόν να γίνει) ιδιαίτερη διαγνωστική αξία έχει το σημείο McMurray.

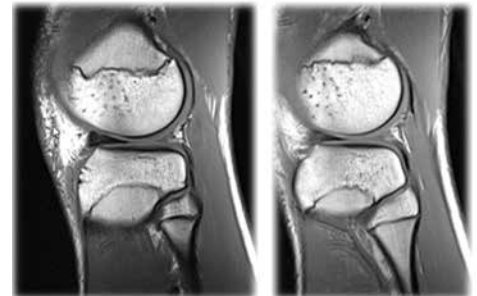
Η διάγνωση της ρήξης δίκην λαβής κάδου θα επιβεβαιωθεί με την μαγνητική τομογραφία όπως συμβαίνει και στις υπόλοιπες ρήξεις των μηνίσκων. Πιο συγκεκριμένα για τη ρήξη δίκην λαβής κάδου έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία 6 κυρίως σημεία. Α) Η απουσία του σημείου παπιγιόν (absent bow-tie sign), Β) το σημείο του τμήματος εντός της μεσοκονδύλιας εντομής (Fragment within the intercondylar notch), Γ) το σημείο του διπλού οπίσθιου χιαστού, Δ) το σημείο του αναδιπλωμένου μηνίσκου (flipped meniscus sign), Ε) το σημείο του διπλού πρόσθιου κέρατος και ΣΤ) το σημείο του δυσανάλογα μεγάλου οπίσθιου κέρατος (Disproportional posterior horn sign).

Η φυσιολογική απεικόνιση του μηνίσκου σε 2 συνεχόμενες οβελιαίες τομές αναδεικνύει και τα 2 κέρατα του μηνίσκου αλλά και το σώμα του και αυτή η εικόνα μοιάζει με παπιγιόν. Δεδομένου ότι το σώμα

του μηνίσκου έχει πλάτος 9-12mm και οι τομές που χρησιμοποιούνται συνήθως έχουν πάχος 4-5mm, όταν υπάρχει ρήξη δίκην λαβής κάδου με αποσπασμένο κομμάτι τότε το ένα ή και τα δύο κέρατα δεν απεικονίζονται σε 2 συνεχόμενες οβελιαίες λήψεις και αυτό συνιστά το σημείο απουσίας παπιγιόν (Εικ. 2 & 3).



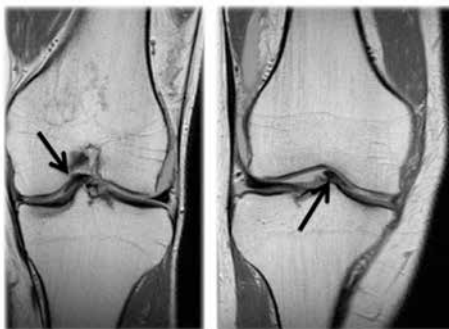
**Εικόνα 2.** Α) Σε δύο συνεχόμενες οβελιαίες λήψεις ενός φυσιολογικού μηνίσκου αναδεικνύονται 2 φορές η εικόνα παπιγιόν του μηνίσκου, Β) Σε περίπτωση ρήξης δίκην λαβής κάδου, η 1η εικόνα αναδεικνύει το σημείο παπιγιόν αλλά στην επόμενη οβελιαία λήψη, λόγω της παρεκτόπισης του μηνίσκου, δεν αναδεικνύεται το σημείο παπιγιόν (Absent bow-tie sign).



**Εικόνα 3.** Δύο συνεχόμενες οβελιαίες λήψεις ενός ασθενούς 17 ετών με ρήξη δίκην λαβής κάδου. Λόγω της μεγάλης μετατόπισης του παρεκτοπισμένου τεμαχίου της ρήξης προς τα εμπρός δεν απεικονίζεται το σημείο παπιγιόν και στις δύο λήψεις (απουσία του οπίσθιου κέρατος).

Το σημείο του τμήματος εντός της μεσοκονδύλιας εντομής απεικονίζεται τόσο στις στεφανιαίες (μετωπιαίες) προβολές όσο και στις οβελιαίες και ουσιαστικά απεικονίζεται σε αυτές τις τομές το ελεύθερο - παρεκτοπισμένο κομμάτι της ρήξης που συνήθως εμποδίζει και την πλήρη έκταση του γόνατος (Εικ.4).

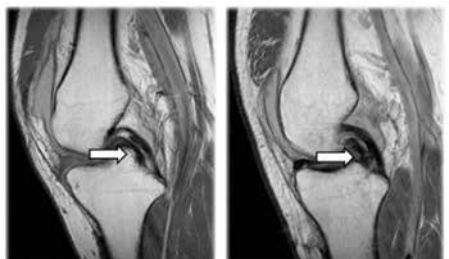
Το σημείο του διπλού οπίσθιου χιαστού αναδεικνύεται στις οβελιαίες τομές και, σε αυτές, το παρεκτοπισμένο τμήμα είναι ένα χαμηλής έντασης σήματος κομμάτι, πιο λε-



**Εικόνα 4.** Δύο μαγνητικές τομογραφίες από δύο διαφορετικούς ασθενείς που σε στεφανιαίες λήψεις απεικονίζεται το σημείο του τμήματος εντός της μεσοκονδύλιας εντομής (μαύρο βέλος).

πό από τον οπίσθιο χιαστό που βρίσκεται ακριβώς μπροστά, κάτω και παράλληλα με τον οπίσθιο χιαστό δίνοντας την εντύπωση στην εικόνα αυτή ότι το γόνατο έχει δύο οπίσθιους χιαστούς (Εικ.5).

Το σημείο του αναδιπλωμένου μηνίσκου πρωτοπεριγράφηκε από τους Haramati



**Εικόνα 5.** Δύο μαγνητικές τομογραφίες από δύο διαφορετικούς ασθενείς που σε οβελιαίες λήψεις απεικονίζεται το σημείο του διπλού οπίσθιου χιαστού (λευκό βέλος). Ακριβώς μπροστά και παράλληλα προς τον οπίσθιο χιαστό απεικονίζεται το παρεκτοπισμένο κομμάτι της ρήξης σαν 2ος οπίσθιος χιαστός.

και συν. Στο σημείο αυτό, σε οβελιαίες τομές, το πρόσθιο κέρασ του μηνίσκου απεικονίζεται ιδιαίτερα ευμέγεθες (>8mm) σε σχέση με το φυσιολογικό μέγεθος του προσθίου κέρατος ενώ στην ίδια ακολουθία το οπίσθιο κέρασ απεικονίζεται πολύ μικρότερο ή και καθόλου (Εικ.6).

Το σημείο του διπλού προσθίου κέρατος περιγράφηκε σαν ξεχωριστό σημείο για πρώτη φορά από τους Ruff και συν. Ουσιαστικά είναι μία παραλλαγή του σημείου του αναδιπλωμένου μηνίσκου, στην οποία



**Εικόνα 6.** Δύο μαγνητικές τομογραφίες από δύο διαφορετικούς ασθενείς που σε οβελιαίες λήψεις απεικονίζεται το σημείο του αναδιπλωμένου μηνίσκου (Flipped meniscus sign) (λευκό βέλος). Το πρόσθιο κέρασ εμφανίζεται πιο ευμέγεθες (>8mm) σε σχέση με το φυσιολογικό πρόσθιο κέρασ ενώ στην Β) εικόνα απεικονίζεται το οπίσθιο κέρασ του μηνίσκου πιο μικρό σε σχέση με το πρόσθιο κέρασ.

το παρεκτοπισμένο κομμάτι της ρήξης είναι και αυτό μετατοπισμένο πρόσθια αλλά με τέτοιο τρόπο που δεν είναι από «πάνω» από το πρόσθιο κέρασ, αλλά βρίσκεται πίσω και παράλληλα στο πρόσθιο κέρασ και έτσι σε μία οβελιαία λήψη το πρόσθιο κέρασ απεικονίζεται σαν δύο συνεχόμενα τρίγωνα, το ένα πίσω από το άλλο, όπου το ένα τρίγωνο είναι το πρόσθιο κέρασ του μηνίσκου και το άλλο τρίγωνο είναι το παρεκτοπισμένο κομμάτι της ρήξης (Εικ.7).

Το σημείο του δυσανάλογα μεγάλου οπίσθιου κέρατος (Disproportional posterior horn sign) περιγράφηκε για πρώτη φορά

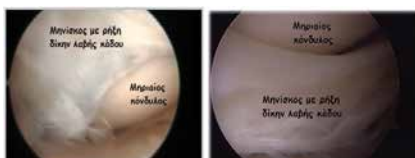


**Εικόνα 7.** Δύο μαγνητικές τομογραφίες από δύο διαφορετικούς ασθενείς που σε οβελιαίες λήψεις απεικονίζεται το σημείο του διπλού προσθίου κέρατος. Στις οβελιαίες λήψεις απεικονίζονται 2 συνεχόμενα τρίγωνα, ένα που αντιστοιχεί στο πρόσθιο κέρασ και ένα που αντιστοιχεί στο παρεκτοπισμένο κομμάτι της ρήξης, το οποίο δεν είναι πάνω από το πρόσθιο κέρασ αλλά πίσω και στο ίδιο οριζόντιο επίπεδο με το πρόσθιο κέρασ.

από τους Chen και συν. Είναι ένα σημείο που έχει μικρότερη ευαισθησία από τα άλλα σημεία (Chen et al 2001) κι αυτό γιατί περιγράφει τις περιπτώσεις αυτές που το παρεκτοπισμένο κομμάτι της ρήξης μετατοπίζεται προς το κέντρο και οπισθίως της άρθρωσης, πράγμα που δεν συμβαίνει πολύ συχνά. Συνήθως στη μαγνητική τομογραφία το οπίσθιο κέρασ του φυσιολογικού μηνίσκου έχει μεγαλύτερο πάχος στις περιφερικές οβελιαίες τομές από ότι στις κεντρικές οβελιαίες τομές. Στις περιπτώσεις όμως της ρήξης δίκην λαβής κάδου, όπου το ελεύθερο κομμάτι παρεκτοπίζεται προς τα πίσω και μέσα, τότε το οπίσθιο κέρασ εμφανίζεται να έχει δυσανάλογα μεγαλύτερο μέγεθος στις κεντρικές οβελιαίες τομές από ότι στις περιφερικές οβελιαίες τομές και αυτό απεικονίζεται στο συγκεκριμένο σημείο (Εικ.8). Εν τέλει, η τελική και οριστική διάγνωση θα τεθεί από την αρθροσκόπηση αλλά ο χειρουργός θα πρέπει να είναι έτοιμος για την πιθανή διάγνωση γιατί πολύ συχνά θα βρεθεί αντιμέτωπος με μία ρήξη που το παρεκτοπισμένο κομμάτι θα είναι το 1ο



**Εικόνα 8.** Μαγνητική τομογραφία ασθενούς με το σημείο του δυσανάλογα μεγάλου οπίσθιου κέρατος. Εδώ το παρεκτοπισμένο τμήμα της ρήξης φαίνεται ότι μετατοπίζεται οπίσθια και απεικονίζεται σε οβελιαία λήψη σαν 2 οπίσθια κέρατα το ένα πάνω από το άλλο.



**Εικόνα 9.** Αρθροσκοπικές εικόνες από 2 διαφορετικούς ασθενείς στους οποίους η ρήξη καλύπτει τον μηριαίο κόνδυλο.

εύρημα στην αρθροσκοπική εικόνα του γόνατος και μάλιστα θα καλύπτει πλήρως τον μηριαίο κόνδυλο (Εικ.9).

## Θεραπεία

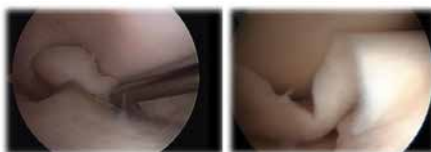
Στις μέρες μας έχει δοθεί έμφαση στην διάσωση του μηνίσκου έχοντας υπόψη τις ευεργετικές του λειτουργίες στην άρθρωση του γόνατος και τις οδυνηρές συνέπειες από την ολική, υφολική ή και μερική μηνισκεκτομή. Παρόλο που η μηνισκεκτομή σε σχέση με την συρραφή του μηνίσκου ειδικά στις ρήξεις δίκην λαβής κάδου συνοδεύεται από μεγαλύτερα ποσοστά αποτυχίας και επανεπέμβασης, πρώτος στόχος μας θα πρέπει να είναι η διάσωση του μηνίσκου και ως εκ τούτου η συρραφή του και όχι η μηνισκεκτομή.

Εν τούτοις, υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες η συρραφή των βλαβών τύπου bucket-handle δεν είναι δυνατή. Αυτές οι περιπτώσεις που αποτελούν και τις ενδείξεις για μηνισκεκτομή είναι οι ρήξεις στην ανάγγειο ζώνη (white-white zone) όπου το δυναμικό επούλωσης παρά την συρραφή είναι πολύ μικρό, μία ρήξη με έντονα σημεία εκφυλισμού του μηνίσκου (μην λησμονούμε ότι οι ρήξεις αυτές συμβαίνουν και σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και χωρίς ιστορικό τραυματισμού, πράγμα που σημαίνει ότι προϋπάρχει η εκφυλιστική αλλοίωση του μηνίσκου), η αδυναμία ανάταξης του παρεκτοπιζόμενου τεμαχίου (Εικ.10) καθώς επίσης και η χρονιότητα της βλάβης μιας και έχει αποδειχθεί ότι βλάβες που χειρουργούνται μετά τις 12 εβδομάδες από τον τραυματισμό και την ρήξη δεν έχουν το ίδιο καλά αποτελέσματα σε σχέση με τις αντίστοιχες βλάβες που χειρουργούνται πριν τις 12 εβδομάδες από τον τραυματισμό.

Όσον αφορά τη μηνισκεκτομή ισχύουν οι ίδιες βασικές αρχές μηνισκεκτομής όπως και σε κάθε ανάλογη περίπτωση, δηλ. η μηνισκεκτομή γίνεται με τα αρθροσκοπικά εργαλεία (αρθροσκοπικά ψαλίδια, αρθροσκοπικές λαβίδες) και όχι με το shaver, το οποίο χρησιμοποιείται στο τέλος της επέμβασης για την ομαλοποίηση των χειλέων της ρήξης, αφαιρούμε μόνο το κομμάτι της ρήξης και, εν προκειμένω για ρήξεις δίκην λαβής κάδου, το κομμάτι αυτό προτείνεται να αφαιρείται ολόκληρο en-block και όχι τμηματικά.

Προτείνεται λοιπόν πρώτα να γίνεται η εκτομή του της ρήξης στο οπίσθιο κέρασ και κατόπιν στο πρόσθιο κέρασ, γιατί αν γίνει ανάποδα μπορεί το τμήμα του μηνίσκου που έχει αφαιρεθεί να εισέλθει στο οπίσθιο διαμέρισμα και να δυσκολέψει πολύ την όλη επέμβαση. Επιπρόσθετα, έχει προταθεί να αφήνεται πολύ μικρό κομμάτι της ρήξης στο οπίσθιο κέρασ άθικτο έτσι ώστε στο τέλος της επέμβασης και αφού ολοκληρωθεί η μηνισκεκτομή και στο πρόσθιο κέρασ, να τραβηχτεί με στροφικές κινήσεις το ελεύθερο κομμάτι της ρήξης με μία σπληνική αιμοστατική λαβίδα.

Όπως και αν γίνει η μηνισκεκτομή σε ρήξεις δίκην λαβής κάδου είναι πολύ συχνά μία τεχνικά απαιτητική επέμβαση που χρειάζεται εμπειρία και υπομονή, πληθώρα εργαλείων που θα βοηθήσουν στην αφαίρεση, αλλά και την ανάγκη, πολλές φορές, της δημιουργίας επιπρόσθετης πύλης εισόδου αλλά και συχνών αλλαγών μεταξύ της κάμερας και των εργαλείων για την ασφαλέστερη αφαίρεση του μηνίσκου χωρίς να προκληθούν ιατρογενείς βλάβες στον αρθρικό χόνδρο, στους μηνίσκους ή στους χιαστούς συνδέσμους. Και πάντα να έχουμε υπόψη ότι το σωστό και πρέπει είναι να αφαιρείται το ραγέν τμήμα της ρή-



**Εικόνα 10.** Α) Διακρίνουμε την προσπάθεια ανάταξης με το probe Β) Έπειτα από συνεχείς προσπάθειες ανάταξης η συγκεκριμένη ρήξη εμφάνισε αυτή την μορφή και έτσι αποφασίστηκε η μηνισκεκτομή.

ξης ολόκληρο en-block και όχι τμηματικά. Όσον αφορά τη συρραφή των ρήξεων αυτών πρέπει να επισημανθεί ότι είναι μία ιδιαίτερα απαιτητική επέμβαση που εκτός της εμπειρίας απαιτεί υπομονή και κατάλληλο εξοπλισμό, αφού πολλές φορές θα χρειαστούν περισσότερες της μία τεχνικής συρραφής ιδιαίτερα στο τμήμα που αφορά την μεσότητα και το πρόσθιο κέρασ του μηνίσκου. Όπως και να είναι, η συρραφή των συγκεκριμένων ρήξεων συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά αποτυχίας αλλά οι ευεργετικές «επιδράσεις» της διάσωσης του μηνίσκου, ιδιαίτερα δε σε περιπτώσεις με συνυπάρχουσα ρήξη του προσθίου χιαστού, θέτουν τη συρραφή ως 1η επιλογή για τον ασθενή και τον γιατρό όταν αυτή είναι εφικτή.

Αρχικά γίνεται ανάταξη της ρήξης με το probe ή το τροκάρ. Στη συνέχεια γίνεται κάμψη και έκταση του γόνατος με ταυτόχρονη βλαισοποίηση (για τον έσω μηνίσκο) ή ραιβοποίηση (για τον έξω μηνίσκο) για να διαπιστωθεί αν η ανάταξη είναι σταθερή. Αφού επιβεβαιωθεί ότι η ανάταξη είναι σταθερή και πριν αρχίσει η διαδικασία της συρραφής, τα όρια της ρήξης διεγείρονται είτε με ειδικές αρθροσκοπικές ράσπες είτε με μία βελόνη αναισθησίας είτε με τα microfracture awl έτσι ώστε να ευοδώσουμε την αιμάτωση στα δύο άκρα της ρήξης πράγμα που θα βοηθήσει στην διαδικασία της επούλωσης. Συνήθως η συρραφή της ρήξης στο τμήμα του οπίσθιου κέρατος γίνεται με τεχνική all-inside (Εικ.11) ενώ η συρραφή της ρήξης στο τμήμα του πρόσθιου κέρατος και της μεσότητας γίνεται με τεχνική είτε inside-out είτε outside-in (Εικ.12) μιας και οι χρησιμοποιούμενες τεχνικές και υλικά τύπου all-inside δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν με την ίδια ευκολία και αποτελεσματικότητα στην περιοχή αυτή, αλλά σίγουρα δεν υπάρχει συγκεκριμένος κανόνας ή αλγόριθμος για την τεχνική συρραφής των ρήξεων δίκην λαβής κάδου. Και στη συρραφή θα χρειαστούν επιπρόσθετες πύλες εισόδου, ενώ είναι η συχνή αλλαγή των πυλών εισόδου όσον αφορά την κάμερα και τα εργαλεία συρραφής. Ακόμη έχει προταθεί πρώτα η χρησιμοποίηση ραμμάτων με τεχνική inside-out για την προσωρινή ανάταξη και σταθεροποίηση της ρήξης και κατόπιν να γίνεται η συρραφή.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της συρρα-



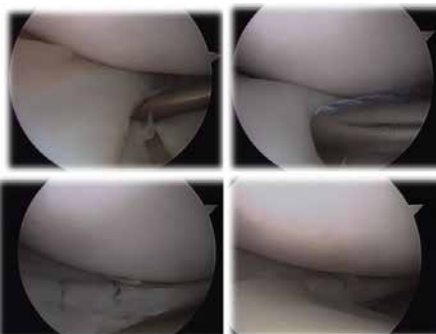
φής, η επιτυχία στην συρραφή των μηνίσκων υπολογίζεται ότι είναι 70-90%. Η αποτελεσματικότητα της συρραφής εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι οι εξής:

Α) Η ηλικία των ασθενών (οι νεότεροι ασθενείς εμφανίζουν καλύτερα αποτελέσματα μιας και η συνύπαρξη εκφύλισης του μηνίσκου είναι αρνητικός, ως προς το αποτέλεσμα, παράγοντας, ενώ επιπρόσθετα η πλούσια αιμάτωση των μηνίσκων σε αυτή την ηλικία δρα ευεργετικά στην αποτελεσματικότητα της συρραφής).

Β) Η χρονιότητα της βλάβης, μιας και έχει διαπιστωθεί ότι ρήξεις που χειρουργούνται εντός των πρώτων 8 εβδομάδων από



Εικόνα 11. Συρραφή της ρήξης στο οπίσθιο κέρασ με τεχνική all-inside.



Εικόνα 12. Συρραφή της ρήξης με τεχνική inside-out.

τον τραυματισμό έχουν καλύτερα αποτελέσματα από ρήξεις που χειρουργούνται μετά τις 8 εβδομάδες, αν και αναφέρονται ικανοποιητικά αποτελέσματα και σε «χρόνιες» ρήξεις.

Γ) Η ζώνη στην οποία είναι η ρήξη (βλάβες στην red-red zone και στην red-white zone έχουν καλύτερο δυναμικό επουλώσης σε αντίθεση με τις βλάβες στην white-white zone που εμφανίζουν χαμηλό δυναμικό επουλώσης).

Δ) Η συνύπαρξη συνδεσμοπλαστικής προσθίου χιαστού μιας και έχει αποδειχθεί

βιβλιογραφικά ότι δρα ευεργετικά στην επουλώση της συρραφής.

Δεν θα πρέπει τέλος να λησμονούμε ότι λόγω της δυσκολίας της επέμβασης και της ίδιας της ρήξης, η αποτυχία της συρραφής μπορεί να είναι ιδιαίτερα υψηλή, έως και 33%, και αυτό θα πρέπει να επι-

σημανθεί προεγχειρητικά στον ασθενή. Παρόλο αυτά, η αποδεδειγμένη «χονδροπροστατευτική» δράση της συρραφής και η σύγχρονη τάση για διάσωση του μηνίσκου πρέπει να ωθούν τόσο τον γιατρό όσο και τον ασθενή στην απόφαση να «αναλάβουν το ρίσκο» της συρραφής.

## REFERENCES

1. Shakespeare D., Rigby H.: *The bucket-handle tear of the meniscus: a clinical and arthrographic study.* J Bone Joint Surg(Br), 65:383-387, 1983.
2. Ahn J., Oh I.: *Arthroscopic Partial Meniscectomy of A Medial Meniscus Bucket-Handle Tear Using the Posteromedial Portal.* Arthroscopy, 20(7):e75-e77, 2004.
3. Ververidis A., Verettas D., Kazakos K., Tilkeridis C., Chatzipapas C.: *Meniscal bucket-handle tears: a retrospective study of arthroscopy and the relation to MRI.* Knee Surg Sports Traumatol Arthroscop, 14:343-349, 2006 DOI 10.1007/s00167-005-0678-x.
4. Aydingoz U., Firat A., Atay A., Doral N.: *MR imaging of bucket-handle tears: a review of signs and their relation to arthroscopic classification.* Eur Radiol, 13:618-625, 2003 DOI 10.1007/s00330-002-1618-5.
5. Haramati N., Staron R., Rubin S., Shreck E., Feldman F., Kiernan H.: *The Flipped Meniscus Sign.* Skeletal Radiol, 22:273-277, 1993.
6. Ruff C., Weingardt J., Russ P., Kilcoyne R.: *MR Imaging Patterns of Displaced Meniscus Injuries of the Knee.* AJR, 170:63-67, 1998.
7. Helms C., Laorr A., Cannon D.: *The Absent Bow Tie Sign in Bucket-Handle Tears of the Menisci in the Knee.* AJR, 170:57-61, 1998.
8. Magee T., Hinson G.: *MRI of meniscal bucket-handle tears.* Skeletal Radiol, 27:495-499, 1998.
9. Helms C.: *The Meniscus: Recent Advances in MR Imaging of the Knee.* AJR, 179:1115-1122, 2002.
10. Chen H., Hsu C., Shih T., Huang K., Li Y.: *Importance of a "Disproportional posterior horn sign".* Acta Radiologica 42:417-421, 2001.
11. Ahn J., Kim K., Wang J., Kyung B., Seo M., Lee S.: *Arthroscopic repair of bucket-handle tears of the lateral meniscus.* Knee Surg Sports Traumatol Arthroscop, 23:205-210, 2015 DOI 10.1007/s00167-013-2764-9.
12. Yilmaz S., Cankaya D., Firat A., Devenci A., Ozkurt B., Bozkurt M.: *Combined Inside-Out and All-Inside Technique in Bucket-Handle Meniscus Tear.* Acta Orthop Bras, 24(4):179-83, 2016.
13. Feng H., Hong L., Geng X., Zhang H., Wang X., Jiang X.: *Second-Look Arthroscopic Evaluation of Bucket-Handle Meniscus Tear Repairs With Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: 67 Consecutive Cases.* Arthroscopy, 24(12):1358-1366, 2008 Doi:10.1016/j.arthro.2008.07.017.
14. Barrett G., Field M., Treacy S., Ruff C.: *Clinical Results of Meniscus Repair in Patients 40 Years and Older.* Arthroscopy, 14(8):824-829, 1998.
15. Espejo-Reina A., Serrano-Fernandez J., Martin-Castilla B., Estades-Rubio J., Briggs K., Espejo-Baena A.: *Outcomes After Repair of Chronic Bucket-Handle Tears of Medial Meniscus.* Arthroscopy, 30(4):492-496, 2014 Doi.org/10.1016/j.arthro.2013.12.020.
16. Kramer D., Kalish L., Martin D., Yen Y., Kocher M., Micheli L., Heyworth B.: *Outcomes After the Operative Treatment of Bucket-Handle Meniscal Tears in Children and Adolescents.* Orthop J Sports Med, 15(7):1-10, 2019 DOI: 10.1177/2325967118820305.
17. Ardizzone C., Houck D., McCartney D., Vidal A., Frank R.: *All-Inside Repair of Bucket-Handle Meniscal Tears. Clinical Outcomes and Prognostic Factors.* Am J Sports Med, 20(10):1-8, 2020.
18. Kalifis G, Raoulis V, Panteliadou F, Liantsis A, D'Ambrosi R, Hantes M. *Long-term follow-up of bucket-handle meniscal repairs: chondroprotective effect outweighs high failure risk.* Knee Surg Sports Traumatol Arthroscop, 30:2209-2214, 2022.
19. Uzun E, Misir A, Kizkapan T, Ozcampalli M, Akkurt S, Guney A. *Factors Affecting the Outcomes of Arthroscopically Repaired Vertical Longitudinal and Bucket-Handle Lateral Meniscal Tears.* Orthop J Sports Med. 2019 10;7(5):2325967119843203. doi: 10.1177/2325967119843203.
20. Kramer D, Kalish L, Martin D, Yen Y, Kocher M, Micheli L, Heyworth B. *Outcomes After the Operative Treatment of Bucket-Handle Meniscal Tears in Children and Adolescents.* Orthop J Sports Med. 2019 Jan 15;7(1):2325967118820305. doi: 10.1177/2325967118820305.

# ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΣΥΡΡΑΦΗ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ

Του Αντώνη Παπουτσιδάκη Χειρουργού Ορθοπαιδικού, Αθλητίατρου



## Εισαγωγή

Ο Αχιλλεύς τένοντας είναι ο ισχυρότερος τένοντας στο ανθρώπινο σώμα με δύναμη αντοχής τα 50-100 N/mm. Αποτελείται από δύο τένοντες, τον υποκνημίδιο (πίσω) και τον γαστροκνήμιο (μπροστά). Η ρήξη του συμβαίνει 2-6 εκ. πάνω από την κατάφυση του τένοντα στη φτέρνα, μια περιοχή με σχετικά χαμηλή αιμάτωση. Οι ρήξεις του Αχιλλεύου είναι συχνότερες στους άνδρες στην ηλικία των 40 ετών.

Η ρήξη του Αχιλλεύου τένοντα συνυπάρχει με μερικό ή ολικό εκφυλισμό των ινών του. Η ρήξη του επίσης συνδυάζεται με νεφρική ανεπάρκεια, χρήση κινολονών, ρευματοειδή αρθρίτιδα, χρήση στεροειδών και μεταμόσχευση νεφρού.

Η θεραπεία των ρήξεων του Αχιλλεύου μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. Συντηρητικά αντιμετωπίζονται οι ρήξεις με κυλινδρικό γύψο ή καλύτερα με λειτουργικό νάρθηκα ποδοκνημικής με μεταβαλλόμενη γωνία κάμψης της ποδοκνημικής ανά διαστήματα 3-4 εβδομάδων.



**Εικόνα 1.** Προετοιμασία και μικρές τομές. Μια εγγύς, μια άπω και μια επί της ρήξης. Αν θέλουμε μπορούμε να κάνουμε και μικρές στο πλάι του τένοντα μια έσω και μια έξω σε κάθε θέση.

Η διάρκεια της θεραπείας είναι συνολικά 8-10 εβδομάδες κι έχει νόημα μόνο σε πολύ όψιμες ρήξεις όπου δεν έχει προλάβει να σχηματιστεί αιμάτωμα και χάσμα στη ρήξη του Αχιλλεύου. Το ποσοστό επαναρήξης του τένοντα μετά από συντηρητική θεραπεία είναι 17%.

Χειρουργικά η ρήξη του Αχιλλεύου αντιμετωπίζεται είτε με ανοικτή τομή είτε διαδερμικά. Η ανοικτή εγχείρηση αποκατάστασης της ρήξης του Αχιλλεύου έχει πολλές επιπλοκές από την επώδυνη του τραύματος και δυσκολίες με τη μετεγχειρητική ουλή και ποσοστό επαναρήξης 9%.

Στην προσπάθειά να μειωθούν τα ποσοστά επαναρήξης και επιπλοκών η διαδερμική συρραφή της ρήξης του Αχιλλεύου έχει σημαντική θέση στη σύγχρονη αντιμετώπιση.

## Διάγνωση

Ο ασθενής κατά την ώρα της ρήξης ακούει έναν υπόκοφο ήχο και αισθάνεται σαν κάποιος να τον κτύπησε από πίσω. Η διάγνωση στα αρχικά στάδια είναι εύκολη με την ψηλάφηση του κενού μεταξύ των ινών του



**Εικόνα 2.** Αρχική πορεία των ραμμάτων από την άνω τομή. Η πορεία είναι προς τη ρήξη.

τένοντα. Αργότερα το κενό αυτό γεμίζει με αίμα και ουλώδη ιστό και τότε συνήθως χρησιμοποιούμε απεικονιστικές μεθόδους όπως το υπερηχογράφημα ή τη μαγνητική τομογραφία.

## Προεγχειρητικός έλεγχος, προετοιμασία

Η διαδερμική συρραφή της ρήξης του Αχιλλεύου τένοντα γίνεται με τοπική ή περιοχική αναισθησία.

## Χειρουργική τεχνική

Ο ασθενής τοποθετείται πρηνής και γίνεται τοπική αναισθησία με μείγμα Xylocaine-Adrenaline εκατέρωθεν του τένοντα. Δεν χρειάζεται να γίνει χρήση ισχαιμης περιδεσης. Γίνονται 3 τομές των 3 εκατοστών, 1 στο ύψος της ρήξης, 1 σε απόσταση 4 εκατοστά εγγύς της ρήξης και 1 στα 4 εκατοστά άπω (Εικόνα 1).

Στην άνω τομή προσέχουμε να μην τραυματίσουμε το υποκνημίδιο νεύρο, το οποίο βρίσκεται επί τα εκτός στην κατάφυση του



**Εικόνα 3.** Τελικό δέσιμο των ραμμάτων όπου φαίνεται η συρρίκνωση του διάκενου στην περιοχή της ρήξης (χαρακτηριστικό ότι έκλεισε το διάκενο και υπάρχει συνέχεια στην πορεία του τένοντα).

τένοντα στην φτέρνα. Αν τραυματιστεί, ο ασθενής έχει υπαισθησία στο τέταρτο και πέμπτο δάκτυλο του ποδιού και στην έξω επιφάνειά του.

Ξεκινάμε από την άπω τομή και με μια μακριά βελόνα περνάμε το ράμμα σε σχήμα Π ή χιαστί (προτιμότερο σε περιπτώσεις μεγάλης ανομοιογένειας στον τένοντα) (σχήμα) στην τομή στη θέση της ρήξης (Εικόνα 2).

### Μετεγχειρητική αγωγή

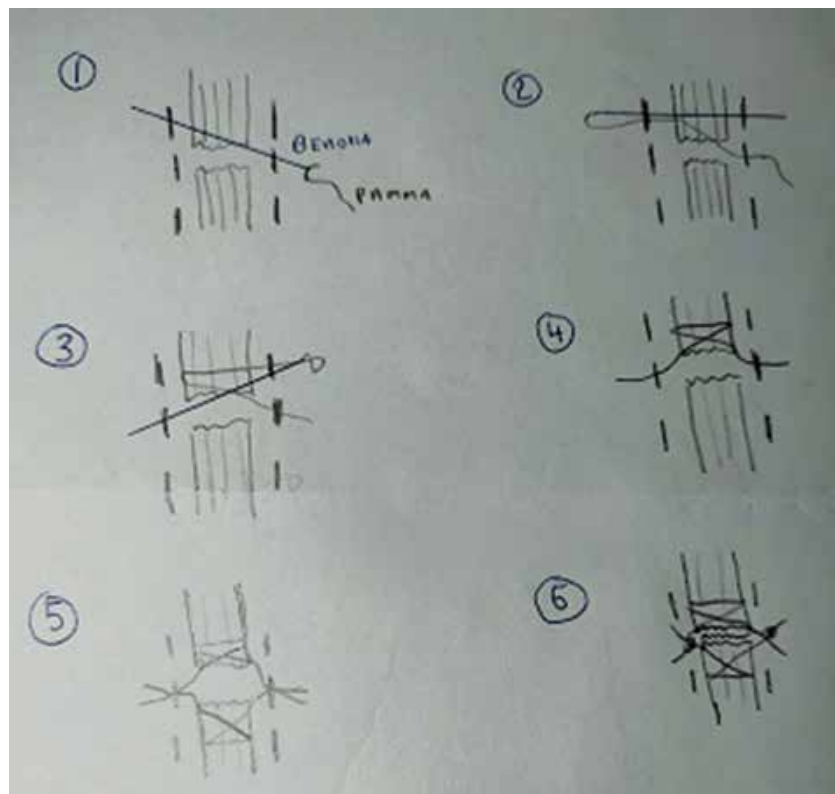
Στη μετεγχειρητική αγωγή ακολουθούμε το ίδιο πρωτόκολλο με τη συντηρητική θεραπεία. Δηλαδή λειτουργικός νάρθηκας ποδοκνημικής για 9 εβδομάδες. Το άκρο διατηρείται για 3 εβδομάδες σε ιπποποδία, 3 εβδομάδες σε ορθή γωνία και 3 εβδομάδες με ελεύθερη κίνηση.

### Συμπεράσματα

Η διαδερμική συρραφή της οξείας ρήξης του Αχιλλείου τένοντα είναι μια γρήγορη, ασφαλής και φτηνή μέθοδος αποκατάστασης. Απαιτεί μια τεχνική επιδεξιότητα η οποία προϋποθέτει την κατάλληλη εκπαίδευση. Το ποσοστό επαναρήξης είναι το ίδιο με αυτό της ανοικτής τεχνικής. Το αισθητι-

κό αποτέλεσμα είναι ανώτερο από την ανοικτή μέθοδο, η μετεγχειρητική πορεία ευκολότερη και σε κάποιες χώρες της Βόρειας Ευρώπης, που οι ρήξεις

Αχιλλείου είναι πολύ συχνές, γίνεται με τοπική αναισθησία στο χώρο των μικροχειρουργικών επεμβάσεων των επειγόντων περιστατικών.



**Εικόνα 4.** Συνοπτική σχηματική αναπαράσταση της τεχνικής.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1. Mansfield K, Dopke K, Koroneos Z et al.** Achilles Tendon Ruptures and Repair in Athletes-a Review of Sports-Related Achilles Injuries and Return to Play. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2022 Oct;15(5):353-361.
- 2. Massen FK, Shoap S, Vosseller JT, et al.** Rehabilitation following operative treatment of acute Achilles tendon ruptures: a systematic review and meta-analysis. *EFORT Open Rev.* 2022 Oct 26;7(10):680-691.
- 3. Hsu AR, Jones CP, Cohen BE et al.** Clinical Outcomes and Complications of Percutaneous Achilles Repair System Versus Open Technique for Acute Achilles Tendon Ruptures. *Foot Ankle Int.* 2015 Nov;36(11):1279-86.

# ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΧΤΗΣ LATARJET ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΚΟΜΒΙΩΝ ΚΑΙ ΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΝΤΙ ΒΙΔΩΝ

Δημήτρης Κοτσαμπέλος | Ορθοπαιδικός Χειρουργός  
Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης | 3η Ορθοπαιδική Κλινική



## Εισαγωγή

Ο Michel Latarjet το 1954 περιέγραψε τη μεταφορά της κορακοειδούς απόφυσης στην πρόσθια επιφάνεια της ωμογλήνης, ως χειρουργική θεραπεία για την πρόσθια αστάθεια του ώμου [1]. Ο Gilles Walch έκανε την τεχνική δημοφιλή για περιπτώσεις υποτροπιάζουσας πρόσθιας αστάθειας και περιπτώσεις με οστική απώλεια μεγαλύτερη από 25% [2].

Η διαδικασία Latarjet, όπως διαδόθηκε από τον Gilles Walch, βασίζεται σε 2 παράλληλες βίδες για τη στερέωση της κορακοειδούς στην ωμογλήνη [3]. Ωστόσο, η χρήση βιδών στην ωμογλήνη έχει συσχετιστεί με ορισμένες επιπλοκές όπως ψευδάρθρωση (9,4-10,1%), απορρόφηση του οστικού τεμαχίου (1,6%), διεγχειρητικό και μετεγχειρητικό κάταγμα (1,1-1,5%), καθώς και παραμόρφωση της βίδας, συστροφή ή θραύση και πρόσκρουση/προστριβή με την κεφαλή του βραχιονίου (2,4-6,5%) [4],[5]. Οι LeBus et al. το 2017 ανέφεραν επιπλοκές σε ποσοστό 46%, που σχετιζόταν με το υλικό, σε μικρό αριθμό παικτών NFL [6]. Οι Griesser et al. σε μια συστηματική ανασκόπηση που περιλάμβανε 45 μελέτες, ανέφερε ποσοστό επανεπέμβασης 7%, εκ των οποίων το 35% συνίστατο σε αφαίρεση συμπτωματικών υλικών [4].

Το 2016 ο Gendreau, ο Voileau και οι συνεργάτες του [7] έδειξαν σε σειρά εβδομήντα ασθενών, πως η χρήση μονού κομβίου με ράμματα οδήγησε σε πάρωση της κορακοειδούς έως και 91% ενώ η θέση της κρίθηκε ιδανική στο 93% των περιπτώσεων. Σε

παρακολούθηση 14 μηνών δεν ανέφεραν επιπλοκές σχετικές με το υλικό.

Σε μια πιο πρόσφατη πτωματική εμβιομηχανική μελέτη, οι Provencier et al [8] χρησιμοποίησαν δεκαέξι πτωματικούς ώμους για να συγκρίνουν τη στερέωση με χρήση βίδας έναντι κομβίων και ραμμάτων για τη διαδικασία Latarjet. Βρήκαν ότι δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στο φορτίο αστοχίας μεταξύ των 2 ομάδων ( $p = 0,257$ ). Ο πιο συνηθισμένος τρόπος αστοχίας για τη μέθοδο στερέωσης με βίδα ήταν διά των οπών του οστικού μοσχεύματος, ενώ για τη στερέωση με κομβίο και ράμμα, η ενδομυϊκή ρήξη.

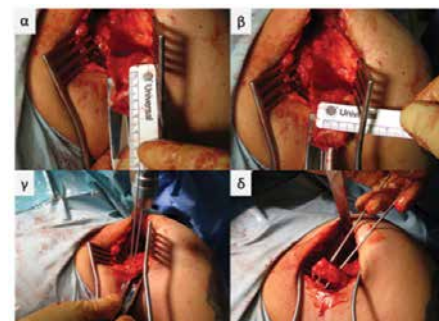
Στο άρθρο αυτό περιγράφουμε μια αναπαραγωγίσιμη και εύκολη, τροποποιημένη τεχνική [9] της παραδοσιακής τεχνικής Latarjet [3]. Η τροποποίηση συνίσταται μόνο στον τρόπο που η κορακοειδής στερεώνεται στην ωμογλήνη, χρησιμοποιώντας ράμματα και κομβία φλοιού αντί για βίδες.

## Περιγραφή Τεχνικής

**Θέση ασθενούς:** Ο ασθενής τοποθετείται σε χειρουργικό κρεβάτι σε ημικαθιστή θέση (Beach Chair). Ο βραχίονας παραμένει ελεύθερος για να επιτρέψει τοποθέτηση του άκρου σε διαφορετικές θέσεις κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

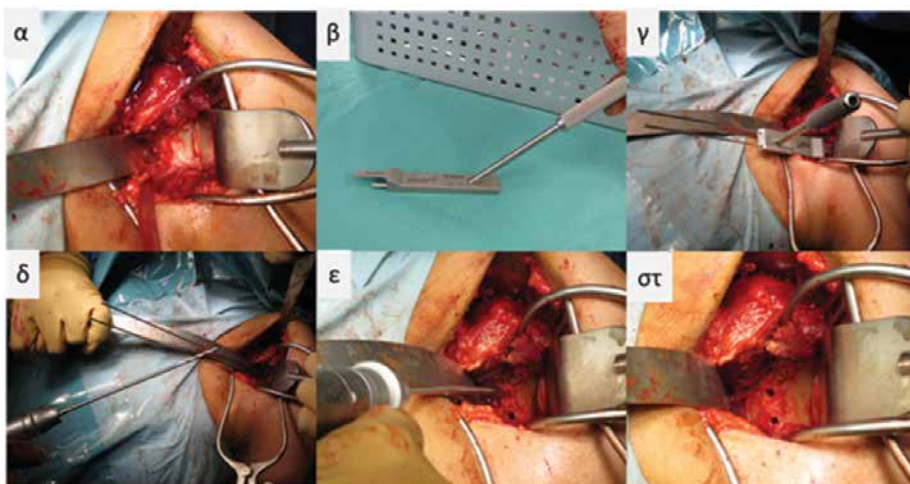
**Προσπέλαση:** Χρησιμοποιούμε την περιορισμένη θωρακοδελτοειδή προσπέλαση με μια σχεδόν κάθετη τομή του δέρματος από την άκρη της κορακοειδούς προς τη μαχαλαία πτυχή. Η κεφαλική φλέβα μετα-

κινείται επί τα εκτός, μαζί με το δελτοειδή και χρησιμοποιείται αυτόματος διαστολέας μεταξύ του δελτοειδή και του μείζονος θωρακικού. Ο βραχίονας τοποθετείται σε απαγωγή και εξωτερική στροφή και ένα Hohmann τοποθετείται στην κορυφή της κορακοειδούς απόφυσης.



**Εικόνα 1** Προετοιμασία κορακοειδούς απόφυσης: **α-β)** προετοιμασία και μέτρηση σε μήκος και πλάτος, **γ-δ)** τοποθέτηση 2 βελονών Kirschner (1,6 χιλ. 6 χιλ. από το έσω άκρο της και με 1 εκ. απόσταση μεταξύ τους).

**Παρασκευή κορακοειδούς:** Ο κορακοακρωμιακός σύνδεσμος (CA) εκτίθεται και τέμνεται 1 εκ από την κορακοειδή, με τον βραχίονα να διατηρείται σε εξωτερική στροφή. Στη συνέχεια ο βραχίονας τοποθετείται σε προσαγωγή και εσωτερική στροφή για να εκτεθεί η έσω πλευρά της κορακοειδούς και να απελευθερωθεί ο ελάσσονας θωρακικός, χρησιμοποιώντας τη διαθερμία. Όλες οι προσφύσεις μαλακών ιστών στην άκρη της κορακοειδούς πρέπει να διατηρηθούν, προκειμένου να



**Εικόνα 2** Προετοιμασία ωμογλήνης: **α)** πρόσθια ωμογλήνη, **β)** οδηγός ωμογλήνης, **γ)** δύο παράλληλες βελόνες Kirschner τοποθετούνται στην ωμογλήνη με χρήση οδηγού, **δ-ε-στ)** διάνοιξη οστικών σηράγγων στην ωμογλήνη.

διατηρηθεί ανέπαφος ο κοινός καταφυτικός τένοντας και να μην διακυβευτεί η αγγείωση της κορακοειδούς.

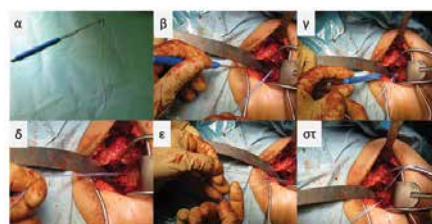
Η κορακοειδής απόφυση οστεοτομείται σε απόσταση περίπου 2,5εκ. από την άκρη της, χρησιμοποιώντας ένα γωνιακό πριόνι 90 μοιρών, με κατεύθυνση από τα έσω προς τα πλάγια και από πάνω προς τα κάτω. Κατά την κινητοποίηση της κορακοειδούς απόφυσης πρέπει να αποφεύγεται ο τραυματισμός και η έλξη του μυοδερματικού νεύρου.

Οι μαλακοί ιστοί αφαιρούνται από την κάτω όψη της κορακοειδούς και η επιφάνεια αποφλοιώνεται με τη χρήση πριονιού. Δύο βελόνες Kirschner 1,6 χιλ. τοποθετούνται σε απόσταση 1εκ. μεταξύ τους και 6 χιλ. από το έσω άκρο της κορακοειδούς (εικ.1).

**Έκθεση ωμογλήνης:** Το άκρο τοποθετείται σε εξωτερική στροφή και ο υποπλάτιος μυς εκτίθεται. Τα άνω και κάτω όρια του μυ αναγνωρίζονται και γίνεται οριζόντιος διαχωρισμός στο όριο μεταξύ άνω 2/3 και του κατώτερου 1/3. Ένας αυτόματος διαστολέας Gelfi μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διατηρήσει ανοιχτό το διαχωρισμό του υποπλάτιου.

**Προετοιμασία ωμογλήνης:** Ο επιχειλίσκος χόνδρος αφαιρείται. Ένας οστεότομος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αποφλοίωση και επιπέδωση της πρόσθιας επιφάνειας της ωμογλήνης. Στη συνέχεια, δύο

παράλληλες βελόνες Kirschner(1,6 mm) εισάγονται στην ωμογλήνη στη θέση ώρα 4 και 5 χρησιμοποιώντας οδηγό. Αυλοφόρα αρίδα 3,2 χιλ. χρησιμοποιείται για τη διάνοιξη 2 παράλληλων σηράγγων στην ωμογλήνη πάνω από τις βελόνες Kirschner, με κατεύθυνση από το εμπρός προς τα πίσω. Στη συνέχεια αφαιρούνται τα Kirschner (εικ.2). Το μήκος των σηράγγων μπορεί να μετρηθεί.

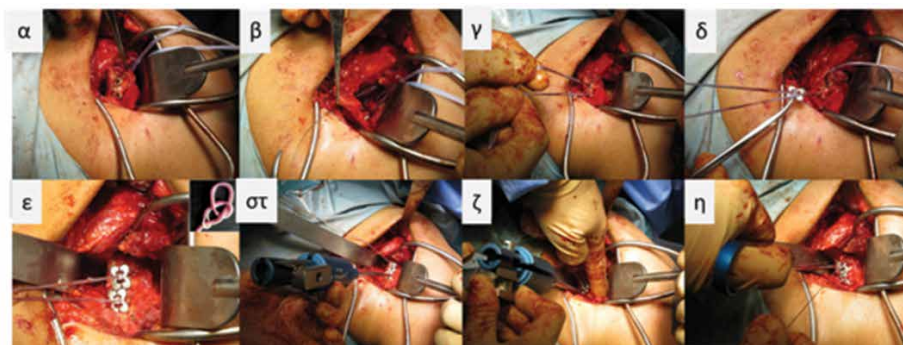


**Εικόνα 3** Ορθόδρομη εισαγωγή κομβίων και ραμμάτων: **α)** κομβίο φλοιού από το σετ της τενοδέσης του άπω δικεφάλου τένοντα (ARTHREX) προσαρτημένο στη λαβή του, φορτωμένο με διπλωμένο ράμμα fiberwire, **β)** κουμπί και ράμματα περασμένα από τις οπές της ωμογλήνης, **γ)** ο πύρος ασφαλείας της λαβής απελευθερώνεται για να επιτραπεί το γύρισμα του κουμπιού στο πίσω μέρος της ωμογλήνης, **δ)** έλξη ραμμάτων για την ασφάλιση του κομβίου στον πίσω φλοιό, **ε)** έλεγχος ότι τα ράμματα γλιστρούν μέσα από το κουμπί, **στ)** η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται για την άλλη σήραγγα.

Τεχνική σταθεροποίησης της κορακοειδούς: Χρησιμοποιούμε ένα κομβίο φλοιού στο οποίο φορτώνουμε ράμμα fiberwire διπλωμένο στη μέση, οπότε στο ένα άκρο έχουμε έναν κλειστό βρόχο και στο άλλο άκρο έχουμε δύο ελεύθερα άκρα ράμματος (εικ. 3α). Το κουμπί είναι προσαρτημένο στη λαβή του (distal biceps repair button kit- ARTHREX) και εισάγεται ορθόδρομα στη σήραγγα της ωμογλήνης μέχρι να βγει στο πίσω μέρος. Ο πύρος ασφαλείας στη λαβή απελευθερώνεται και ενώ το στέλεχος της λαβής βρίσκεται ακόμα στη σήραγγα της ωμογλήνης, τραβάμε το ράμμα μέχρι να γυρίσει το κουμπί στον οπίσθιο φλοιό της ωμογλήνης. Η λαβή αφαιρείται. Εφαρμόζουμε σταθερή έλξη για να βεβαιωθούμε ότι το κουμπί είναι ασφαλισμένο. Η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται και για την άλλη σήραγγα χρησιμοποιώντας τον ίδιο εξοπλισμό (εικ. 3).

Περνάμε τα ράμματα της άνω σήραγγας μέσα από την άνω οπή της κορακοειδούς ξεκινώντας πάντα από την αποφλοιωμένη επιφάνεια. Επαναλαμβάνουμε τη διαδικασία για τα ράμματα του άλλου κομβίου στην κάτω σήραγγα. Τα ράμματα κάθε σήραγγας περνούν μέσα από ένα κομβίο τύπου DogBone με τρόπο ώστε ο κλειστός βρόχος να περνάει από τη μία οπή και τα δύο ελεύθερα ράμματα από άλλη (εικ. 4δ). Η κορακοειδής τοποθετείται πάνω στην ωμογλήνη, φροντίζοντας να υπάρχει επαφή και επαλληλία. Κανένα αρθρικό σκαλοπάτι δεν πρέπει να γίνεται αποδεκτό εάν είναι μεγαλύτερο από 1 χιλ. Ένας ολισθαιών κόμπος NICE χρησιμοποιείται για να σταθεροποιηθούν τα κουμπιά στον κορακοειδή(εικ.4ε). Αφού η ιδανική θέση της κορακοειδούς επιβεβαιωθεί χρησιμοποιούμε εντατήρα ραμμάτων με μέγιστη τάση 100Nt. Τρεις περαιτέρω κλειδούμενοι κόμποι ασφαλίζουν την οστεοσύνθεση (εικ. 4) (σχ. 1).

**Συρραφή θύλακου:** Το άκρο τοποθετείται σε εξωτερική στροφή και ο θύλακος συρράπτεται στο κολόβωμα του κορακοακρωμιακού συνδέσμου με δύο απλές διακεκομμένες ραφές. Μπορεί να γίνει σύγκλιση του τένοντα του υποπλάτιου μόνο επί τα εκτός του κοινού καταφυτικού τένοντα. Το χειρουργικό τραύμα κλείνεται κατά στρώματα.



**Εικόνα 4**

Στερέωση κορακοειδούς με κομβία και ράμματα: **α-β-γ**) ράμματα fiberwire τοποθετημένα μέσα από τις οπές της κορακοειδούς, **δ**) εφαρμόζονται κομβία Doge Bone (Arthrex) που επιτρέπουν στα ράμματα να γλιστρούν, **ε**) εκτελείται ένας NICE ολισθαίνων κόμπος για κάθε κουμπί, **στ**) εφαρμόζεται ο εντατήρας ραμμάτων (Arthex), **ζ**) η θέση της κορακοειδούς ρυθμίζεται ώστε να αποφεύγεται η προεξοχή της και τα ράμματα τεντώνονται διαδοχικά στα 100 Nt, **η**) οι κόμποι ασφαρίζονται περαιτέρω με 3 κλειδωμένους κόμπους (μπορεί να χρησιμοποιηθεί συσκευή 'knot pusher').

**Μετεγχειρητική αποκατάσταση:** Η μετεγχειρητική αποκατάσταση δε διαφοροποιείται σε σχέση με την παραδοσιακή Latarjet τεχνική.

### Συζήτηση

Οι Gendre και Voileau [7] ήταν οι πρώτοι που περιέγραψαν την αρθροσκοπική τεχνική Latarjet με τη χρήση κομβίου και ραμμάτων για τη στερέωση της κορακοειδούς. Ανέφεραν ότι δεν υπήρχαν επιπλοκές σχετικές με το υλικό και ένα ποσοστό πώρωσης τουλάχιστον τόσο καλό όσο το ποσοστό που επιτεύχθηκε με βίδες.

Οι Kazum et al. σε μια πρόσφατη πτωματική μελέτη [10] που συγκρίνει δύο βίδες έναντι στερέωσης με ένα κουμπί με ένα ράμμα για τη διαδικασία Latarjet, επιβεβαίωσε ότι οι δύο τεχνικές έχουν παρόμοιες εμβιομηχανικές ιδιότητες χωρίς σημαντικές διαφορές στο μέγιστο φορτίο στην αστοχία.

Πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν καλά αποτελέσματα και χαμηλότερο ποσοστό επιπλοκών με τη χρήση στερέωσης με κομβία και ράμματα στην αρθροσκοπική Latarjet, αντί των παραδοσιακών βιδών για τη στερέωση των κορακοειδών στη ωμογλήνη [11],[12].

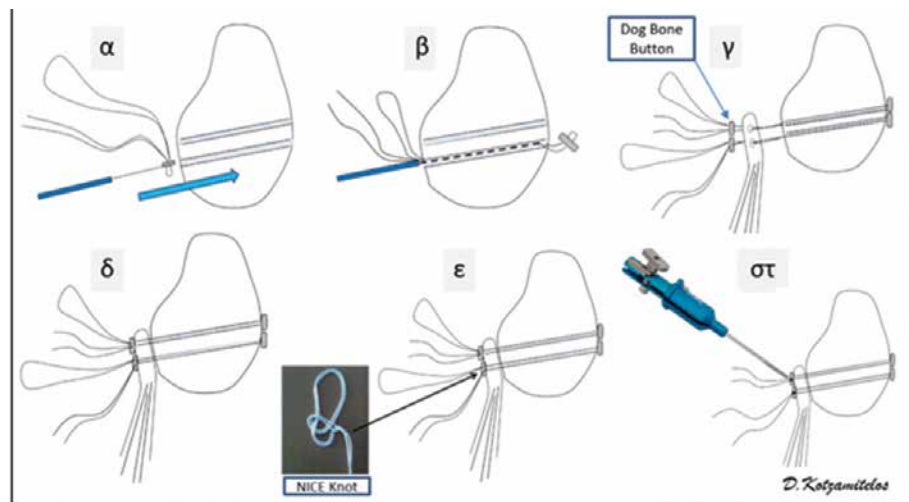
Το 2019 οι Xu et al.[13] ανέφεραν κλινικά και ακτινολογικά αποτελέσματα σε 128

ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αρθροσκοπική Latarjet με στερέωση με χρήση κομβίου και μόνο ράμμα. Τα αποτελέσματα των

ασθενών ήταν ικανοποιητικά και το μόσχευμα έδειξε εξαιρετική αναδιαμόρφωση προσομοιάζοντας την αρχική ωμογλήνη.

### Συμπέρασμα

Η τροποποίηση αυτή της παραδοσιακής ανοιχτής τεχνικής Latarjet είναι σχετικά εύκολη και αναπαραγωγίμη. Αυτή η τεχνική δεν περιλαμβάνει τυφλό δέσιμο κόμπων στην οπίσθια ωμογλήνη. Επιτρέπει την ακριβή τοποθέτηση του μοσχεύματος και τη μετρήσιμη σύσφιξη του κόμμου με τη χρήση εντατήρα στη πρόσθια επιφάνεια της ωμογλήνης. Έχει αποδειχθεί ότι η χρήση κομβίων και ραμμάτων αντί βιδών στην τεχνική Latarjet είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Μπορεί να ελαχιστοποιήσει τις επιπλοκές που σχετίζονται με το υλικό, διατηρώντας παράλληλα όλα τα εμβιομηχανικά οφέλη της παραδοσιακής τεχνικής (εικ. 5).



**Σχήμα 1**

Τροποποιημένη τεχνική σταθεροποίησης της κορακοειδούς στην ωμογλήνη: **α)** ορθόδρομη εισαγωγή κομβίου με ράμματα. Προσοχή! Πριν φορτώσουμε το ράμμα στο κομβίο, το διπλώνουμε στη μέση και από την μία οπή περνάει ο βρόχος και από την άλλη τα δύο ελεύθερα άκρα, **β**) απελευθέρωση και ασφάλιση κομβίου στην πίσω επιφάνεια της ωμογλήνης, **γ**) διεκβολή ραμμάτων από τις οπές στην κορακοειδή απόφυση και τοποθέτηση κομβίων Dog Bone στην πρόσθια επιφάνεια της ωμογλήνης. Προσοχή! Από τη μία οπή του κομβίου περνά ο βρόχος και από την άλλη τα δυο ελεύθερα άκρα του διπλωμένου ράμματος, **δ**) ανάταξη κορακοειδούς και κομβίων, **ε**) σταθεροποίηση με ολισθαίνοντα NICE κόμπος, **στ**) έλεγχος ανάταξης μοσχεύματος και σύσφιξη του ολισθαίνοντα κόμμου στα 100Newton με τη χρήση ειδικού εντατήρα.



**Εικ. 5** Αξονική τομογραφία ώμου έξι μήνες μετά από ανοιχτή Latarjet χρησιμοποιώντας ράμματα και κομβία. α) Ιδανική θέση κορακοειδούς χωρίς αρθρικό σκαλοπάτι, β-γ) οβελιαία αξονική τομογραφία ωμογλήνης που δείχνει καλή πώρωση των οστών και χαμηλού προφίλ υλικά οστεοσύνθεσης

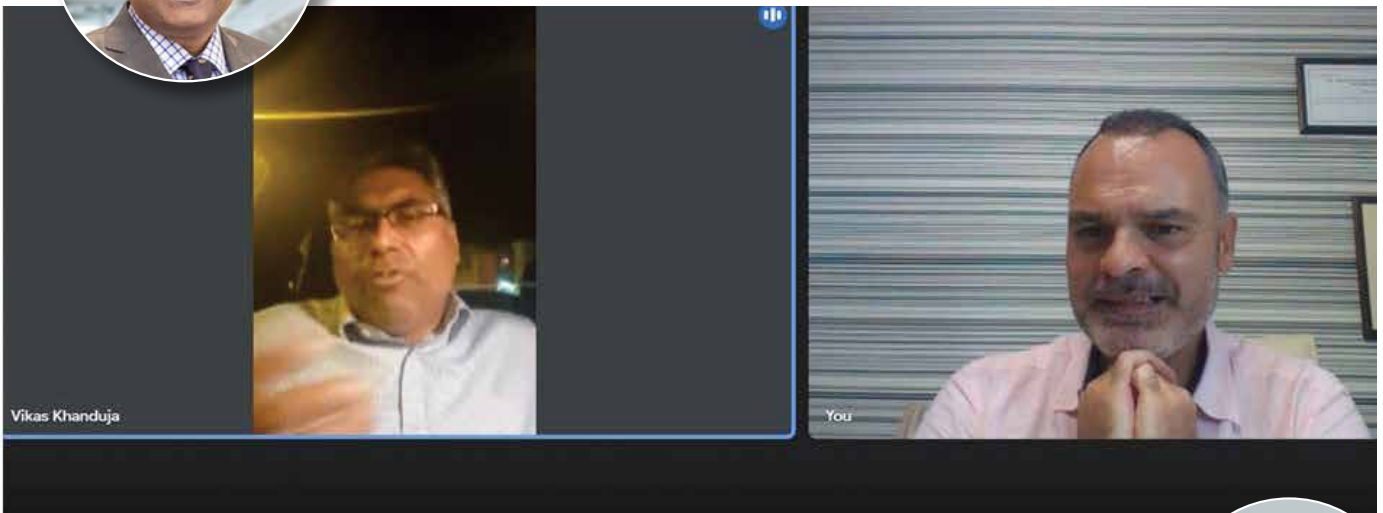
## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- [1] M. Latarjet, "Treatment of recurrent dislocation of the shoulder," *Lyon Chir.*, vol. 49, no. 8, pp. 994–7, 1954.
- [2] A. A. Young, R. Maia, J. Berhouet, and G. Walch, "Open Latarjet procedure for management of bone loss in anterior instability of the glenohumeral joint," *J. Shoulder Elb. Surg.*, 2011.
- [3] K. D. Plancher, S. C. Petterson, and G. Walch, "Open Latarjet: A reliable, successful method to prevent recurrence in the presence of bony defects," *Oper. Tech. Sports Med.*, vol. 21, no. 4, pp. 238–245, 2013.
- [4] M.J. Griesser , J.D. Harris, B.W. McCoy, W.M. Hussain, M.H. Jones, J.Y. Bishop, A. Miniaci, "Complications and re-operations after Bristow-Latarjet shoulder stabilization: A systematic review," *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2013.
- [5] U. Butt and C. P. Charalambous, "Complications associated with open coracoid transfer procedures for shoulder instability," *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2012.
- [6] G.F. LeBus 1, J. Chahla 2, G. Sanchez 2, R. Akamefula 2, G. Moatshe 2, A. Phocas 2, M. D. Price 3, J. M. Whalen 4, R. F LaPrade 1 2, M.T. Provencher, "The Latarjet Procedure at the National Football League Scouting Combine: An Imaging and Performance Analysis," *Orthop. J. Sport. Med.*, 2017.
- [7] P. Gendre, C. E. Thélu, T. d'Ollonne, C. Trojani, J. F. Gonzalez, and P. Boileau, "Coracoid bone block fixation with cortical buttons: An alternative to screw fixation?," *Orthop. Traumatol. Surg. Res.*, vol. 102, no. 8, pp. 983–987, 2016.
- [8] M.T. Provencher , Z.S. Aman , C.M. LaPrade , A.S. Bernhardson , G. Moatshe , H.W. Storaci , J. Chahla 1, T. L. Turnbull , R.F. LaPrade, "Biomechanical Comparison of Screw Fixation Versus a Cortical Button and Self-tensioning Suture for the Latarjet Procedure," *Orthop. J. Sport. Med.*, vol. 6, no. 6, pp. 1–7, 2018.
- [9] D. Kotzamitelos and S. Kalogrianitis "Modification of the Traditional Open Latarjet Technique with the Use of Sutures and Cortical Buttons Instead of Screws," *Indian J Orthop*, 2021.
- [10] E. Kazum, O. Chechik , T. Pritsch , G. Mozes , G. Morag , O. Dolkart 2, E. Maman, "Biomechanical evaluation of suture buttons versus cortical screws in the Latarjet–Bristow procedure: a fresh-frozen cadavers study," *Arch. Orthop. Trauma Surg.*, 2019.
- [11] P. Boileau , D. Saliken , P. Gendre , B.L. Seeto , T.d'Ollonne , J.-F. Gonzalez , N. Bronsard, "Arthroscopic Latarjet: Suture–Button Fixation Is a Safe and Reliable Alternative to Screw Fixation," *Arthrosc. - J. Arthrosc. Relat. Surg.*, 2019.
- [12] A. T. do Nascimento, G. vo K. Claudio, P. B. Rocha, J. P. Zumárraga, and O. P. de Camargo, "Arthroscopic Latarjet technique combined with endobuttons: Functional outcomes in 26 cases," *Acta Ortop. Bras.*, 2018.
- [13] J. Xu , H. Liu, W. Lu , Z. Deng , W. Zhu , L. Peng , K. Ouyang , H Li , D. Wang, "Modified Arthroscopic Latarjet Procedure: Suture–Button Fixation Achieves Excellent Remodeling at 3-Year Follow-up," *Am. J. Sports Med.*, 2020.

# Συζητώντας με τον... Vikas Khanduja



«..εάν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, τότε δεν μπορείς να το βελτιώσεις..»



**NON-ARTHROPLASTY HIP REGISTRY – ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΙΣΧΙΟΥ (ΠΛΗΝ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ) ΤΟΥ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ. ΘΑ ΗΤΑΝ ΕΦΙΚΤΟ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ;**

**Αλέξανδρος Τζαβέας | Ορθοπαιδικός Χειρουργός | Ειδικός Γραμματέας ΕΑΕ**



**Τ**όσο οι Σκανδιναβικές χώρες όσο και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν μεγάλη παράδοση στα μητρώα καταγραφής χειρουργικών επεμβάσεων και μακροπρόθεσμης παρακολούθησης των αποτελεσμάτων. Για περισσότερα από 40 χρόνια υπάρχει το μητρώο αρθροπλαστικών στη Σουηδία και περίπου 20 χρόνια στο Ηνωμένο Βασίλειο. Τα στοιχεία αυτά δημοσιεύονται κάθε χρόνο, με τη μορφή μιας ετήσιας έκθεσης και είναι διαθέσιμα στο κοινό. Αποτελούν την καλύτερη, αντικειμενικότερη και πιο αξιόπιστη πηγή πληροφοριών σχετικά με το αποτέλεσμα μιας συγκεκριμένης τεχνικής ή ενός συγκεκριμένου συστήματος ολικής αρθροπλαστικής.

Προ 10 ετών, το Ηνωμένο Βασίλειο ανέπτυξε και ένα πρόσθετο μητρώο καταγραφής επεμβάσεων στο ισχίο, πλην αρθροπλαστικών, το Non-Arthroplasty Hip Registry (NAHR), όπου εισάγονται στοιχεία από τις επεμβάσεις και τα ετήσια αποτελέσματα κυρίως αρθροσκοπήσεων ισχίου αλλά και άλλων χειρουργικών επεμβάσεων. Οι ετήσιες εκθέσεις του μητρώου αυτού βοηθούν κάθε χρόνο στην καλύτερη αντίληψη του αποτελέσματος τεχνικών που σχετικά πρόσφατα έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στον χώρο της Ορθοπαιδικής.

Σύμφωνα με τους πρωτεργάτες του μητρώου, ο στόχος ίδρυσής του ήταν η βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας στην χειρουργική

ισχίου και η βελτιστοποίηση της παρακολούθησης των ασθενών, τόσο από το δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα, ώστε να γίνει καλύτερα κατανοητό ποια επέμβαση είναι η βέλτιστη για την κάθε περίπτωση ασθενή. Πρακτικά, μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης, ο χειρουργός συμπληρώνει μια φόρμα, όπου, με συστηματικό τρόπο εισάγονται όλα τα στοιχεία της επέμβασης. Οι ασθενείς στη συνέχεια καλούνται τηλεφωνικά να δώσουν πληροφορίες για την κατάστασή τους σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές.

Συναντήσαμε διαδικτυακά και συζητήσαμε σχετικά με το θέμα του Μητρώου με έναν από τους βασικούς παράγοντες ίδρυσης και λειτουργίας του NAHR. Ο Vikas Khanduja είναι ειδικός Ορθοπαιδικός Χειρουργός στο Cambridge, Associate Lecturer, ασχολείται με την ανοικτή και αρθροσκοπική χειρουργική του ισχίου και ιδρυτικό στέλεχος του Young Adult Hip Surgery του Cambridge. Είναι ο πρόεδρος του British Hip Society και πρόεδρος του European Hip Preservation Associates της ΕΣΣΚΑ.

Έχει εκλεγθεί πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου του NAHR και τα τελευταία χρόνια έχει παρουσιάσει σε πολλά συνέδρια τη δραστηριότητα του Μητρώου.



**ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποιοι ήταν οι κύριοι λόγοι δημιουργίας του Μητρώου στο Ηνωμένο Βασίλειο;**

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ:** Υπήρχαν τρεις κύριοι λόγοι:

Ο πρώτος λόγος ήταν ότι ο αριθμός των αρθροσκοπήσεων ισχίου άρχισε να αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό τόσο στο Ηνωμένο Βασίλειο όσο και στον υπόλοιπο κόσμο.

Ο δεύτερος λόγος ήταν ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου πλήρωνε γι' αυτές τις επεμβάσεις, χωρίς όμως κανένας να γνωρίζει τα αποτελέσματα των επεμβάσεων αυτών, και φυσικά δεν είναι δυνατόν ένα σύστημα υγείας να πληρώνει για μια χειρουργική τεχνική η οποία δεν φέρνει κάποιο αποτέλεσμα. Έτσι, χρειαζόταν ένας τρόπος για να μπορούμε να μετράμε την αποτελεσματικότητα της αρθροσκόπησης ισχίου.

Ο τρίτος λόγος ήταν ότι υπήρχε ήδη ένα Εθνικό Μητρώο επεμβάσεων αρθροπλαστικής γόνατος και ισχίου εδώ και πολλά χρόνια, και καθώς η χρησιμότητα του μητρώου αυτού φάνηκε σε μεγάλο βαθμό, αυτό σήμαινε ότι υπήρχε και η ανάγκη δημιουργίας ενός μητρώου για τις επεμβάσεις του ισχίου που δεν αφορούν αρθροπλαστική.

**Πιστεύεις ότι η ύπαρξη του Μητρώου βελτίωσε την πρακτική των χειρουργών στην αρθροσκόπηση ισχίου στο Ηνωμένο Βασίλειο;**

Αυτή είναι μια πολύ καλή ερώτηση, αλλά δυστυχώς δεν υπάρχουν τεκμήρια ικανά για να απαντηθεί. Αυτό που μπορώ όμως σίγουρα να σας πω είναι ότι, όταν καταγράφεις κάτι, όταν μετράς κάτι, τότε μπορείς να δεις και το αποτέλεσμά του και από προσωπική μου εμπειρία θεωρώ ότι έχω γίνει πιο προσεκτικός όσον αφορά την επιλογή των ασθενών για αρθροσκόπηση. Το σίγουρο είναι ότι εάν δεν μπορείς να το μετρήσεις τότε δεν μπορείς και να το βελτιώσεις.

**Κάποιος που περιηγείται στον ιστότοπο του Μητρώου αντιλαμβάνεται ότι έχει γίνει αρκετή δουλειά και απασχολείται αριθμός ανθρώπων για την σύνταξη των ετήσιων αναφορών και άλλων κειμένων. Φαίνεται, λοιπόν, μία δραστηριότητα με αυξημένο οικονομικό κόστος. Ποια πιστεύεις ότι είναι η πιθανότητα να χρηματοδοτηθεί κάτι τέτοιο από το Εθνικό Σύστημα Υγείας σε μία μικρότερη χώρα σαν την Ελλάδα;**

Δεν είχαμε καμία χρηματοδότηση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας όταν ξεκινήσαμε αυτό το Μητρώο και το ξεκινήσαμε πάνω σε μια μικρή βάση. Σίγουρα θα σας εκπλήξω λέγοντας ότι τα ετήσια έξοδα της λειτουργίας του μητρώου δεν ξεπερνούν τα 10.000 ευρώ. Δεν υπάρχει κανένας εργαζόμενος, είχαμε ένα συνεργάτη ο οποίος έκανε όλο τον προγραμματισμό, την εταιρεία Amplitude και υπάρχει ετήσια αμοιβή, εκτός όμως από αυτό δεν υπάρχει άλλο κόστος. Οπότε, όπως καταλαβαίνετε, τα έξοδα είναι σχετικά χαμηλά και φυσικά έχουμε εμπλέξει τις εταιρείες ιατρικών εργαλείων οι οποίες παρέχουν τα εργαλεία για την αρθροσκόπηση ισχίου και μας υποστηρίζουν. Στην ουσία είμαστε δέκα γιατροί που εργαζόμαστε σε αυτή τη δραστηριότητα και έχουμε επίσης επιλέξει δύο fellows, οι οποίοι βοηθούν στο να γραφτεί η ετήσια έκθεση. Ωστόσο, εάν καταγραφεί η πρώτη έκθεση, στη συνέχεια όλες οι επόμενες είναι μια σχετικά απλούστερη διαδικασία διότι απλά ανανεώνονται τα ετήσια στοιχεία. Έτσι, η πρώτη έκθεση εί-

ναι πάντα η πιο δύσκολη.

**Ποια θα ήταν τα ισχυρότερα επιχειρήματα που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ώστε να πεισθεί η επιστημονική κοινότητα για τη δημιουργία ενός τέτοιου Μητρώου;**

Μια σημαντική χρησιμότητα για τον κάθε χειρουργό είναι η αυτοαξιολόγησή του, να βλέπει δηλαδή μέσα στον χρόνο ποια είναι τα αποτελέσματά του, πόσο πολύ και αν βελτιώθηκαν οι ασθενείς του, και φυσικά αυτό γίνεται σε ένα πλαίσιο εχεμύθειας, διότι κανένας δεν μπορεί να δει αποτελέσματα άλλων χειρουργών, παρά μόνο ο κάθε χειρουργός για τον εαυτό του. Αυτό είναι το κέρδος κάθε χειρουργού ξεχωριστά. Όσον αφορά για το κέρδος που έχει το κράτος από αυτό, είναι ότι καθώς γνωρίζουμε ότι αυτό δεν πρέπει να χρηματοδοτεί χειρουργικές επεμβάσεις που δεν έχουν κάποιο αποτέλεσμα, η αξιολόγηση αυτή θα είναι μια πολύ χρήσιμη πληροφορία. Όσον αφορά τις εταιρείες των ιατρικών εργαλείων θα ήθελαν και αυτές να γνωρίζουν παραδείγματος χάρη πόσες οστικές άγκυρες χρησιμοποιούνται, τι γίνεται στις άγκυρες αυτές, τι αποτέλεσμα έχουν μακροπρόθεσμα οπότε στην ουσία είναι μια ωφέλιμη διαδικασία για όλους, όλοι έχουν κέρδος από ένα τέτοιο μητρώο, ο χειρουργός, το κράτος και οι εταιρείες. Φυσικά, ο μεγαλύτερος κερδοσώστης είναι ο ασθενής, ο οποίος μπορεί να μπει στα στοιχεία του μητρώου και να δει την αποτελεσματικότητα της επέμβασης αυτής.

**Σε κάποιες αναφορές του Μητρώου του Ηνωμένου Βασιλείου γράφεται ότι για ένα χρονικό διάστημα υπήρξε μικρή ανταπόκριση τόσο από τους χειρουργούς όσο και από τους ασθενείς στην χορήγηση πληροφοριών. Ποιοι ήταν οι λόγοι που συνέβη αυτό;**

Στη Μεγάλη Βρετανία υπάρχουν 250 ορθοπαιδικοί χειρουργοί που πραγματοποιούν επεμβάσεις αρθροσκόπησης ισχίου. Στην παρούσα φάση, όμως, μόνο 110 χειρουργοί εισάγουν τα στοιχεία τους στο Μητρώο επειδή αυτό δεν είναι υποχρεωτικό. Οπότε αν ξεκινήσει κανείς ένα νέο μητρώο θα πρέπει να εξασφαλίσει ότι όλοι οι χειρουργοί θα ενταχθούν σε αυτό και θα εισάγουν τα στοιχεία και ότι όλοι θα συμβάλουν στη συλλογή αυτών των στοιχείων. Αυτό το διάστημα εμείς μελετάμε την πιθανότητα της υποχρεωτικότητας, η οποία θα γίνει για να χρηματοδοτείται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας μια τέτοια επέμβαση. Ένα άλλο βασικό στοιχείο είναι η συλλογή όλων των στοιχείων των ασθενών όχι μόνο από τα email, διότι συνήθως αυτοί οι ασθενείς είναι αρκετά νέοι και χρειάζεται να επικοινωνεί κανείς μαζί τους για να συλλέγει στοιχεία, όχι μόνο τους πρώτους μήνες αλλά και τα επόμενα χρόνια. Οπότε, η συμβουλή που θα έδινα για κάποιον που θα ήθελε να ξεκινήσει ένα νέο μητρώο θα ήταν να γίνει η πρόσληψη ενός εργαζομένου, ο οποίος πιθανόν να είναι μερικής απασχόλησης, του οποίου τα καθήκοντά του θα είναι να επικοινωνεί με τους ασθενείς αυτούς οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται, ειδικά στον έναν και στα δύο χρόνια μετά την επέμβαση. Αυτό είναι κάτι το οποίο έχει ήδη κάνει το μητρώο της Δανίας. Με αυτόν τον τρόπο θα αυξηθεί και η συμμόρφωση των ασθενών.

**Ποια επιχειρήματα θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει κανείς για να πείσει τους χειρουργούς αλλά και τους ασθενείς να συμμετέχουν περισσότερο στην χορήγηση πληροφοριών;**

Θα πρέπει από την αρχή να γίνει ξεκάθαρο σε όλους τους χειρουργούς ότι τα στοιχεία των δικών τους ασθενών δεν θα γίνουν σε κανέναν άλλον χειρουργό γνωστά και θα είναι διαθέσιμα μόνο στον ίδιο. Ακόμα και αν ένας χειρουργός έχει πολύ πωχά αποτελέσματα ή έχει μια κακή χειρουργική τεχνική το μητρώο σε καμία περίπτωση δεν θα μπορεί να έχει κάποια επίδραση πάνω στα αποτελέσματά τους. Οπότε πρέπει να είναι ξεκάθαρο ότι το Μητρώο δεν είναι «αστυνομία», δεν είναι ένας κρατικός παράγοντας ελέγχου των χειρουργών και ότι είναι απλά ένα Μητρώο και τίποτε άλλο. Όσον αφορά τους ασθενείς είναι πολύ δύσκολο, διότι πρόκειται, όπως είπα και προηγουμένως, για νέα άτομα και ειδικά αν βελτιωθούν σε μεγάλο βαθμό στη συνέχεια δεν ανταποκρίνονται, οπότε η λύση είναι απλά να επικοινωνεί κάποιος μαζί τους κάθε έξι μήνες ή να υπάρχει ένας υπάλληλος ο οποίος να εκτελεί αυτά τα καθήκοντα.

**Πιστεύεις ότι θα έπρεπε να είναι υποχρεωτικός ο θεσμός για τους χειρουργούς και τους ασθενείς;**

Ναι. Απολύτως. Γιατί μόνο έτσι θα μπορέσει να λειτουργήσει.

**Φαίνεται ότι υπήρξε μία μείωση στον αριθμό των αρθροσκοπήσεων και την εισαγωγή στοιχείων από χειρουργούς το διάστημα 2020-2021. Πιστεύεις ότι οφείλεται στην πανδημία ή σε κάποιο άλλο λόγο;**

Οφείλετο αποκλειστικά στο ότι όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις σταμάτησαν λόγω της πανδημίας.

**Ποιος είναι ο λόγος που σταματάει η παρακολούθηση των ασθενών στους 24 μήνες και δεν συνεχίζεται περισσότερο, όπως για παράδειγμα γίνεται στο Μητρώο της Δανίας, στο οποίο η παρακολούθηση συνεχίζεται για 5 έτη;**

Έχει φανερί ότι αν τα αποτελέσματα είναι καλά στα δύο έτη, συνήθως αυτό διατηρείται και στα πέντε. Το δεύτερο στοιχείο είναι ποιοι ασθενείς θα καταλήξουν να υποβληθούν τελικά σε ολική αρθροπλαστική ισχίου και αυτό είναι το κύριο ζητούμενο μετά από αρθροσκόπηση, οπότε δεν υπάρχει λόγος να κρατούνται τα αποτελέσματα των κλιμάκων αξιολόγησης για περισσότερο από δύο χρόνια.

**Εάν ξεκινούσες το Μητρώο από την αρχή, σύμφωνα με την εμπειρία που έχεις μέχρι σήμερα, πια πράγματα θα έκανες διαφορετικά;**

Αν ξεκινούσα κάτι τέτοιο στην Ελλάδα θα φρόντιζα ώστε όλοι οι Έλληνες χειρουργοί οι οποίοι εκτελούν αρθροσκοπήσεις ισχίου θα πρέπει να είναι μέλη του συμβουλίου, δεν θα πρέπει να εξαιρεθεί κανείς. Η συμπλήρωση των στοιχείων από τους χειρουργούς θα πρέπει να είναι υποχρεωτική. Τέλος, θα πρέπει να υπάρχει ένας μόνιμος υπάλληλος ο οποίος θα είναι επιφορτισμένος με το έργο της τηλεφωνικής κλήσης όλων των ασθενών της βάσης δεδομένων.

**Μπορεί ο ένας χειρουργός να δει τα αποτελέσματα άλλων χειρουργών;**

Ο κάθε χειρουργός έχει έναν δικό του κωδικό και μπορεί, για παράδειγμα, να συγκρίνει τα αποτελέσματά του με τον μέσο όρο όλης της βάσης δεδομένων. Τα αποτελέσματα ενός χειρουργού είναι ορατά μόνο από τον ίδιο τον χειρουργό. Δεν μπορεί ένας

χειρουργός, λοιπόν, να δει αποτελέσματα άλλου χειρουργού, παρά μόνο τον μέσο όρο των αποτελεσμάτων του Μητρώου.

**Ένα σημείο που μας προβληματίζει ιδιαίτερα είναι τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Πώς χειρίζεστε το θέμα αυτό;**

Όσον αφορά τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα υπάρχει μια GDPR Compliant form την οποία έχουμε διαβάσει και συμφωνήσει, τόσο ο χειρουργός όσο και ο ασθενής.

**Θα πρόσθετες κάποια άλλα στοιχεία στη φόρμα που συμπληρώνουν τόσο ο χειρουργός όσο και ο ασθενής;**

Όχι, γιατί χρειάζεται να υπάρχει μια σχετική απλότητα όταν ξεκινάς μια βάση δεδομένων, χρειάζεται τα ελάχιστα δυνατά στοιχεία, τις ελάχιστες παραμέτρους ώστε να υπάρχει 100% συμμόρφωση. Όταν γίνεται γενικά έρευνα, φυσικά, χρειάζονται καινούργια σει στοιχεία, αλλά σε μια τέτοια βάση δεδομένων χρειάζονται μόνο τα ελάχιστα δυνατά. Έτσι, αποφασίσαμε ότι για τους ασθενείς χρειαζόμαστε το i-HOT 12 που είναι το καλύτερο τεστ για τα νεανικά ισχία και το EQ5D που είναι μια γενική βαθμολογία, ενώ για τους χειρουργούς υπάρχουν μόνο δύο σελίδες με tick boxes το οποίο είναι πολύ γρήγορο.

**Ποια είναι τα μελλοντικά σας σχέδια για το Μητρώο;**

Υπάρχουν τρία πράγματα. Το πρώτο είναι ότι θα ήθελα να ενσωματώσω κάποια trial στο register, διότι αυτή είναι η δύναμη που σου δίνει ένα τέτοιο μητρώο. Στο Ηνωμένο Βασίλειο αυτή τη στιγμή υπάρχουν 110 τέτοιοι χειρουργοί εγγεγραμμένοι. Για παράδειγμα αν θα ήθελα να μελετήσω την αποτελεσματικότητα της συρραφής του θηλάκου θα μπορούσα πολύ εύκολα να βρω 500 ασθενείς στους οποίους γίνεται αυτό για να τους συγκρίνω με άλλους 500 όπου δεν διορθώνεται ο θηλάκος. Το δεύτερο είναι ότι τα στοιχεία είναι η κινητήριος δύναμη της επιστήμης, και ειδικά για το μέλλον θα είναι όλο και πιο χρήσιμα, ειδικά στο πλαίσιο της τεχνητής νοημοσύνης. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν στοιχεία για 17.000 ασθενείς και μάλιστα πρόσφατα έχουμε προσλάβει έναν fellow για Artificial intelligence και θα προσπαθήσουμε να μελετήσουμε την πιθανή πρόβλεψη αποτελεσμάτων, δηλαδή ποιοι είναι οι παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν ένα καλό αποτέλεσμα. Το τρίτο είναι η δημιουργία μιας παγκόσμιας βάσης δεδομένων, πράγμα το οποίο ξεκινάμε να συζητάμε στα πλαίσια της ISHA (International Society for Hip Arthroscopy), της οποίας η ισχύς θα είναι τεράστια.



## GREEK – TURKISH TRAVELLING FELLOWSHIP

Elcil Kaya Biçer MD. Associate Professor, Ege University, Faculty of Medicine, Department of Orthopaedics and Traumatology, Izmir, TURKEY  
 Bekir Eray Kılınc MD. Associate Professor, Health Sciences University, Fatih Sultan Mehmet Training and Research Hospital, Department of Orthopaedics and Traumatology, Istanbul, TURKEY  
 Can Doruk Basa MD. Associate Professor, Health Sciences University, Tepecik Training and Research Hospital, Department of Orthopaedics and Traumatology, Izmir, TURKEY

**W**ith the joint efforts of Hellenic Association of Arthroscopy, Knee Surgery & Sports Traumatology ‘George Noulis’ and Turkish Sports Traumatology Arthroscopy and Knee Surgery Society (TUSYAD), a protocol organizing a travelling fellowship exchange between the two neighboring countries was brought to life. The aim of this protocol was to offer the opportunity to exchange current expertise and knowledge on knee surgery, sports traumatology and arthroscopic surgeries practiced at privileged institutions of the two countries. The Greek Arthroscopy Association was the first host.

TUSYAD had announced this program to invite its members for application in February 2022 and among the applicants, three of us (Elcil Kaya Biçer, Bekir Eray Kılınc, Can Doruk Basa) were selected by the TUSYAD Board. The travelling fellowship was between 31st of May and 11th of June 2022. During this period, we had the opportunity to visit three cities, five hospitals, and an anatomy department; and attend the 9th Congress of Arthroscopic Surgery and Sports Injuries held in Thessaloniki. We had the privilege to observe senior knee surgery and arthroscopy experts and be part of very fruitful, state-of-art scientific discussions, and surgeries as well. We attended several case discussions and had the opportunity to join the operations scrubbed at every hospital we had visited. In this article, we would like to summarize our fellowship period even though whatever we say it would be an understatement of the excellent scientific communication we had experienced. The fellowship was very well organized. We were informed about the program, the clinics which we were going to visit, and the doctors -in- charge of these visits beforehand. For the evenings,

dinners were organized to make us get acquainted with the surgeons -in-charge and their teams who we were going to visit the next day and discussed the next day’s surgical plan. These dinners were very efficient both for the friendly environment and to learn what we were going to do the next day. Our first destination was Athens and we spent three days there. We visited Metropolitan and Nikaia General Hospitals in Athens. First day was under the supervision of Dr. Anastasios Tokis, the director of the orthopedic clinic of Metropolitan Hospital in Athens (Figures 1,2). We had the opportunity to observe him performing hip and knee arthroscopies. On the second day, we were with Dr. Spyridon Plessas at Nikaia General State Hospital where we participated in arthroscopic anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction surgeries and had an excellent case presentation meeting (Figures 3,4). The final day in Athens was again at Metropolitan Hospital, this time with Dr. Panagiotis Kouloumentas and his team. This was also a very busy and efficient day on which we observed all inside ACL reconstructions and high tibial osteotomy (Figures 5,6).



Figure 1. With Dr. Anastasios Tokis in the operating room.



Figure 2. Dinner in a friendly and pleasant atmosphere with Dr. Anastasios Tokis and his team.



**Figure 3. During the case presentation meeting with Dr. Spyridon Plessas**



**Figure 4. Dinner with Dr. Spyridon Plessas enjoying the excellent view of Athens.**



**Figure 5. With Dr. Panagiotis Kouloumentas in the operating room.**

On the 3rd of June, we were at Larissa and visited Anatomy Department of Thessaly University. Honestly, this experience was beyond our expectations. Professor-in-charge Dr. Aristeidis Zibis and his team showed us around the anatomy lab. The members of his team who had PhD degrees made presentations about their anatomic studies on the anterolateral ligament, medial patellofemoral ligament and vascular anatomy. We had the opportunity to examine the dissected knee and shoulder specimens. Prof Zibis had provided a fresh frozen cadaveric knee for us to make dissections ourselves under their guidance and supervision. It was an excellent scientific interaction and 'hands-on' opportunity which we appreciated and were very thankful for that (**Figure 7**).

Next stop was Thessaloniki. On the 6th of June, we had visited 'The M.I.S.', an orthopedic, sports medicine and rehabilitation center at Saint Luke's Hospital under the supervision of Ass. Professor Ioannis Terzidis. We spent the day with him, and his team observing ACL and meniscal surgeries and had participated in them (**Figures 8,9**). Next day we were at the European Interbalkan Medical Center of Thessaloniki. Dr. Michael Iosifidis and his team (3rd Orthopedic Department) had planned a very organized and efficient day for us. We started the day with a brief presentation of Dr. Ioannes Melas about 'quadruple semitendinosus graft

construct and suspensory button fixation for ACL reconstruction: a 'semi' all-inside technique' which was followed by the surgical demonstration of the technique. Afterwards, Dr. Alexandros Tzaveas made a presentation about hip arthroscopy and Dr. Dimitrios Kotzamitelos presented 'evolution of concepts in shoulder instability'. The second and third cases of the day were shoulder arthroscopy including rotator cuff repair and stiff shoulder (**Figures 10,11**).

The last stop was at the 2nd Orthopaedic Department of Aristotle University, "G.Gennimatas" General Hospital, Thessaloniki on the 8th of June under the supervision of Prof. Dr. Pericles Papadopoulos. We had the opportunity to observe meniscal and ACL surgeries and two shoulder arthroscopies as well (**Figures 12, 13**).

On the 9th of June, the 9th Congress of Arthroscopic Surgery and Sports Injuries had commenced. We attended the congress along with the president of TUSYAD, Prof. Dr. Emin Taşkıran (**Figure 14**). The congress lasted until the 11th of June. During the congress we had the opportunity to listen to the excellent, state-of-the art presentations of Greek and other European guest speakers. It was very exciting for us to meet with many European pioneers of knee surgery and arthroscopy.

In conclusion, we would like to emphasize that the fellowship was very well organized and very effective

by means of both scientific and cultural interactions. We would like to thank both Greek and Turkish Arthroscopy Societies as represented by Presidents Dr. Iosifidis and Prof. Taşkıran for the unique experience we had. We would like to thank all the Greek colleagues and staffs of the hospitals we visited for their kind hospitality and their friendship. It was a pleasure for us to meet all. We are happy to announce the upcoming Turkish Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy Congress which will be at Sarıgerme, Muğla (10 - 14 October 2023) (<https://tusyad2023.com/en>). We will appreciate if you would like to join us this autumn. We are very much forward to hosting our Greek colleagues for the second Greek - Turkish travelling fellowship program. We wish that the friendly and scientific interaction of the two neighboring countries will continue.



**Figure 6. Dinner with Dr. Panagiotis Kouloumentas on the view of the Acropolis of Athens.**



Figure 7. During the cadaver dissection with Dr. Aristeidis Zibis. Figure 8. With Dr. Ioannis Terzidis in the operating room.



Figure 9. Thessaloniki bay trip with Dr. Ioannis Terzidis.



Figure 10. During the presentations of Dr. Michael Iosifidis and his team.



Figure 11. Dinner with Dr. Michael Iosifidis and his team.



Figure 12. With Dr. Pericles Papadopoulos in the operating room. Figure 13. During the ACL reconstruction surgery with Dr. Pericles Papadopoulos' team.



Figure 14. During the congress with Dr. Michael Iosifidis.

## ICRS FOCUS MEETING CARTILAGE & SPORTS JUNE 23-25/2022 THESSALONIKI GREECE

Όταν ανατέθηκε στη Θεσσαλονίκη, από το ΔΣ και το Τμήμα Εκπαίδευσης της ICRS, η διοργάνωση ενός focus meeting, ο κόσμος ήταν τελείως διαφορετικός. Κανείς δεν περίμενε η πανδημία του Covid να επηρεάσει τόσο πολύ, όχι μόνον τις ζωές μας αλλά και κάθε ακαδημαϊκή ή εκπαιδευτική δραστηριότητα. Παρότι έπρεπε να αντιμετωπιστεί πληθώρα προβλημάτων, τελικά τον Ιούνιο έγινε εφικτή η πραγματοποίηση μιας εξαιρετικά ενδιαφέρουσας επιστημονικής συνάντησης 3 ημερών, αφιερωμένης στην επίδραση της άθλησης στον αρθρικό χόνδρο. Η θεματολογία της επιστημονικής συνάντησης κάλυψε όλο το πεδίο των χόνδρινων βλαβών κατά την άθληση. Οι ομιλητές, Έλληνες και ξένοι, με υψηλού επιπέδου παρουσιάσεις αλλά και πρωτότυπες διαδραστικές με το κοινό ομιλίες, ανέδειξαν την εμπειρία και γνώση τους σε όλα τα ζητήματα. Από τη διάγνωση και θεραπεία των χόνδρινων βλαβών έως την πρακτική αποκατάσταση στο πεδίο, αναλύθηκαν διεξοδικά όλα τα θέματα με στόχο την καλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα.

Η συζήτηση μετά από κάθε ενότητα παρουσιάσεων καθώς και η τελική συνάντηση στο πέρας της 2ης ημέρας (consensus meeting) προσπάθησαν να θέσουν ξεκάθαρες προτάσεις στη διαχείριση των αθλητών και αθλουμένων με χόνδρινες βλάβες καθώς και να ανοίξουν νέους δρόμους για τη μελλοντική έρευνα. Οι πολύ θετικές εντυπώσεις των συμμετεχόντων δείχνουν τη μεγάλη αξία αυτών των μικρών επιστημονικών - εκπαιδευτικών συναντήσεων, που τελικά είναι το ζητούμενο όλων των επιστημονικών εταιρειών όπως η ICRS.

Τέλος, το Focus Meeting της Θεσσαλονίκης δε θα μπορούσε να υστερεί σε κοινωνική δικτύωση και δραστηριότητες. Ένα πλούσιο κοινωνικό πρόγραμμα ακολούθησε το εκπαιδευτικό και άφησε σε όλους άριστες εντυπώσεις και αναμνήσεις. Εκ μέρους της τοπικής οργανωτικής ομάδας (The.M.I.S. team) ευχαριστίες προς όλους τους συμμετέχοντες, ομιλητές, κοινό και φυσικά στην ICRS για την εμπιστοσύνη και την βοήθεια.





# TRAVELLING FELLOWSHIP ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ “ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΝΟΥΛΗΣ” ΓΙΑ ΤΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2022-2023

**Ζήγρας Φίλιππος, Στρατιωτικός Ιατρός | Ειδικευόμενος Ορθοπαιδικής Κλινικής ΠΓΝ Λάρισας**

**Η** Ελληνική Αρθροσκοπική Εταιρεία στηρίζοντας την εκπαίδευση των νέων ορθοπαιδικών, διοργάνωσε για μία ακόμη φορά ταξιδιωτική υποτροφία σε κλινικές της Βορείου Ελλάδος που δραστηριοποιούνται στην αρθροσκοπική χειρουργική και τις αθλητικές κακώσεις. Ένα θεσμός που είχε λείψει, λόγω της περιόδου του κορονοϊού και της κατά κόρον διαδικτυακής εκπαίδευσης. Ξαναδόθηκε λοιπόν η ευκαιρία σε τρεις νέους Ορθοπαιδικούς Χειρουργούς να έρθουν σε επαφή με καταξιωμένους αρθροσκόπους, να ανταλλάξουν απόψεις, αλλά πρωτίστως, να μάθουν από την εμπειρία τους. Παρακολούθησαμε αλλά και συμμετείχαμε ενεργά σε όλα τα χειρουργεία που παρευρεθήκαμε. Η επιλογή μας έγινε κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου της ΕΕΧΟΤ, όπου ύστερα από δια ζώσης ή διαδικτυακή συνέντευξη από τα μέλη του ΔΣ της Αρθροσκοπικής Εταιρείας, επιλεγθήκαμε για το Travelling Fellowship της Βορείου Ελλάδος.

Το «ταξίδι» ξεκινά από την πόλη της

Νάουσας, στις 4 Δεκεμβρίου, όπου μετά από τακτοποίηση σε όμορφο παραδοσιακό ξενώνα, πλησίον του Γενικού Νοσοκομείου Νάουσας, μας υποδέχτηκε ο κ. Ελευθερόπουλος, Διευθυντής της Ορθοπαιδικής Κλινικής της Νάουσας, για δείπνο σε τοπικό μαγαζί μαζί με ειδικευόμενους της κλινικής του (Εικόνα 1). Εκεί γνωριστήκαμε μεταξύ μας και συζητήσαμε τα περιστατικά της επόμενης χειρουργικής μέρας. Το επιστημονικό ενδιαφέρον και η συζήτηση ήταν τόσο έντονα που μας οδήγησαν στο Νοσοκομείο για μελέτη των απεικονιστικών εξετάσεων καθώς και των ασθενών, παρόλο το περασμένο της ώρας.

Το πρωί της επόμενης ημέρας συναντηθήκαμε με τον κ. Ελευθερόπουλο στο χειρουργείο. Το πρώτο περιστατικό αφορούσε χόνδρινη βλάβη αστραγάλου, όπου πραγματοποιήθηκε αρθροσκοπική νεαροποίηση της βλάβης και εφαρμογή της τεχνικής των μικροκαταγμάτων. Το δεύτερο περιστατικό, αφορούσε κι αυτό χόνδρινη βλάβη αστραγάλου με συνοδό έξω ασταθεια της ποδοκνημικής (ρήξη του πρόσθιου αστραγαλοπερονιαίου συνδέσμου- ATFL), όπου μετά από νεαροποίηση της περιοχής



της περόνης, τέθηκε άγκυρα στο έξω σφυρό και πραγματοποιήθηκε αρθροσκοπικά επανακαθήλωση του συνδέσμου. Το πρόγραμμα ακολούθησε με δύο περιστατικά αρθροσκοπικών αρθροδέσεων. Στο πρώτο πραγματοποιήθηκε αρθροσκοπικά υποβοηθούμενη αρθρόδεση της ποδοκνημικής με 2 κοχλίες ενώ στο δεύτερο, αρθροδέσεις της ποδοκνημικής και της υψαστραγαλικής με ανάστροφο ενδομυελικό ήλο με είσοδο από την πτέρνα, όπου η αφαίρεση των αρθρικών επιφανειών της ποδοκνημικής έγινε αρθροσκοπικά, χωρίς να απαιτηθεί ανοιχτή προσπέλαση και οστεοτομία της περόνης. Αξίζει να τονισθεί ότι ο κ. Ελευθερόπουλος μας έδωσε αρκετό χειρουργικό χρόνο και μας «μύησε» στην αρθροσκόπηση της ποδοκνημικής, που λίγες κλινικές στην Ελλάδα πραγματοποιούν (Εικόνες 2-7).

Με το πέρας το χειρουργείων, αναχωρήσαμε για Θεσσαλονίκη, τακτοποιηθήκαμε σε κεντρικό ξενοδοχείο της πόλης, και μεταβήκαμε στα Λαδάδικα, όπου θα γευματίζαμε με τους κ. Ιωσηφίδη Μιχάλη και κ. Τζαβέα Αλέξανδρο καθώς και την υπόλοιπη ομάδα της Γ' Ορθοπαιδικής Κλινικής του ΙΔΒ (Εικόνα 8). Ύστερα από μια πρώτη γνωριμία, γρήγορα καταλάβαμε πόσο «δεμένοι» είναι σαν ομάδα, το οποίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την αντιμετώπιση του κάθε περιστατικού καθώς και στις δια-







(bucket handle tear), με συρραφή αυτού με ράμματα all-inside, inside-out και outside-in. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως είχε η χρήση του “fibrin clot”, ύστερα από αιμοληψία από τον ασθενή, ο τρόπος παρασκευής του και η τοποθέτησή του αρθροσκοπικά στην περιοχή της ρήξης του έσω μηνίσκου για την βιολογική ενίσχυση της επισύζωσης αυτής. Φυσικά συμμετείχαμε ενεργά σε όλα τα χειρουργεία, μας δόθηκε αρκετός χειρουργικός χρόνος και ο κ. Σαββίδης μοιράστηκε πολλά από τα μυστικά του για μια επιτυχημένη αρθροσκόπηση του γόνατος (Εικόνες 12-17).

Το βράδυ της ίδιας ημέρας είχαμε συνάντηση με τον επόμενο οικοδεσπότη μας, τον Καθηγητή Ορθοπαιδικής Παπαδό-

προσωπικές τους σχέσεις. Συζητήσαμε τα περιστατικά της επόμενης μέρας αλλά η βραδιά έπρεπε να τελειώσει νωρίς καθώς το πρόγραμμά της επόμενης μέρας, που μας είχε ήδη αποσταλεί, απαιτούσε πρωινό ζύπνημα.

Την Τρίτη 6 Δεκεμβρίου, ήδη από τις 6 το πρωί ήμασταν στο αμφιθέατρο του ΙΔΒ, όπου είχε προγραμματιστεί μάθημα για τα χειρουργεία που θα ακολουθήσουν. Αυτά αφορούσαν αρθροσκοπική αποκατάσταση ΠΧΣ με αυτομόσχευμα ημιτενοντώδους (all inside ACL reconstruction using a quadruple semitendinosus graft), μια αρθροσκοπική συρραφή τενοντίου πετάλου καθώς και η πρωτόγνωρη για όλους μας, αρθροσκόπηση του ισχίου σε πλάγια θέση, όπου πραγματοποιήθηκε συρραφή του επιχείλιου χόνδρου και αφαίρεση βλάβης τύπου “Cam” σε νεαρό ποδοσφαιριστή. Συμμετείχαμε ενεργά σε όλα τα χειρουργεία αλλά ιδιαίτερα εκπαιδευτικό ήταν η παρουσία σχολιαστή σε κάθε χειρουργείο που εξηγούσε βήμα προς βήμα όλους τους χειρουργικούς χρόνους και απαντούσε σε κάθε ερώτημά μας που προέκυπτε κατά τη διάρκεια των επεμβάσεων. Αφού τελειώσαμε νωρίς το απόγευμα, μόλις που ξεκουραστήκαμε, καθώς ο Γεν. Αρχίατρος Σαββίδης Ματθαίος είχε προγραμματίσει εκπαιδευτική διάλεξη στο 424 Γ.Σ.Ν.Ε για την αρθροσκόπηση του γόνατος καθώς και συζήτηση των περιστατικών της επόμενης ημέρας. Έπειτα, έφτασε η ώρα του γεύματος και κατευθυνθήκαμε στη περιοχή της Χαρίλαου, όπου παρευρέθη-

καν σύσσωμη η Ορθοπαιδική Κλινική καθώς και ο Διευθυντής του 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Ταξίαρχος Γκούβας Γεώργιος. Η βραδιά ήταν ιδιαίτερα ευχάριστη και φιλική και συζητήσαμε με όλους τους παρευρισκόμενους διάφορα ενδιαφέροντα περιστατικά (Εικόνες 9-11).

Η μέρα που ακολούθησε υπήρξε ιδιαίτερα εκπαιδευτική. Θα μπορούσε να έχει το τίτλο « τα πάντα για την αρθροσκόπηση του γόνατος». Τα δύο περιστατικά αφορούσαν αρθροσκοπική αποκατάσταση ΠΧΣ με αυτομόσχευμα ημιτενοντώδους (τεχνική all-inside) ενώ το τρίτο περιστατικό αφορούσε ρήξη έσω μηνίσκου, σε νεαρό ενήλικα, δίκην λαβής κάδου



πολο Περικλή, σε κεντρικό εστιατόριο της Θεσσαλονίκης, όπου παρόντες ήταν όλα τα μέλη Δ.Ε.Π και οι επιμελητές της Ορθοπαιδικής Κλινικής του Γ.Ν.Θ « Γεώργιος Γεννηματάς». Όλοι τους ήταν ιδιαίτερα φιλικό και μας έκαναν να αισθανθούμε άνετα, ενώ φυσικά συζητήσαμε και τα περιστατικά της επόμενης ημέρας. Γυρνώντας προς στο ξενοδοχείο, κάναμε και μία στάση στη πλατεία Αριστοτέλους που είχε «φορέσει» τα γιορτινά της, ενόψει Χριστουγέννων (Εικόνες 18-20).

Το πρωί της Πέμπτης, 8 Δεκεμβρίου, μας βρήκε αρχικά στο αμφιθέατρο του νοσοκομείου, όπου παρακολουθήσαμε την πρωινή ενημέρωση της κλινικής και την αναλυτική παρουσίαση των χειρουργικών περιστατικών. Αυτά αφορούσαν μια αρθροσκοπική συρραφή τενοντίου

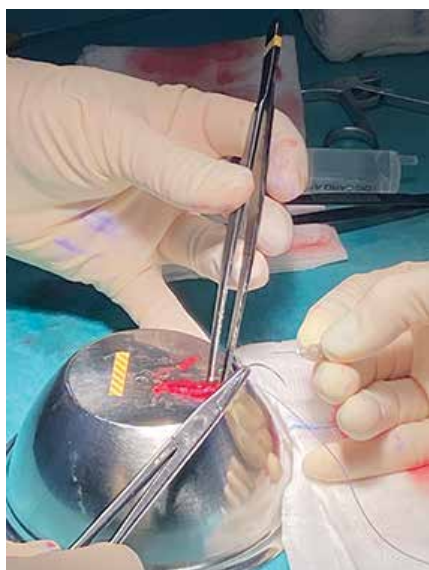
## TRAVELLING FELLOWSHIP

πετάλου καθώς και δύο αρθροσκοπικές μηνισκεκτομές. Συμμετείχαμε κι εδώ σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις, τα οποία ήταν ιδιαίτερα εκπαιδευτικά για όλους μας (Εικόνες 21-24).

Ο θεσμός της ταξιδιωτικής υποτροφίας μας έδωσε την ευκαιρία να εμπλουτίσουμε τις γνώσεις μας και να αποκτήσουμε καινούριες παραστάσεις από ικανότατους αρθροσκόπους, που θέλησαν να μοιραστούν μαζί μας αρκετά μυστικά από το απόσταγμα της πολυετούς πείρας τους. Είχαμε την τύχη να παρακολουθήσουμε αρθροσκόπηση του συνόλου των μεγάλων αρθρώσεων του ανθρώπινου σώματος, με την άρθρωση του ισχίου να αποτελεί την πιο καινοτόμο και άγνωστη για εμάς αρθροσκοπικά άρθρωση. Επίσης, αναγνώρισαμε τις διαφορές του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με τα μειονεκτήματα και προτερήματα του καθενός καθώς και τις εκπαιδευτικές ικανότητες του κάθε ιδρύματος.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Ελληνική Αρθροσκοπική Εταιρεία, που μας έδωσε αυτή τη μοναδική ευκαιρία, η οποία πιστεύω θα παραμείνει αξέχαστη για όλους μας καθώς κι ότι διατηρεί το θεσμό ζωντανό. Προτείνουμε να ακολουθήσουν το παράδειγμά της και τα υπόλοιπα επιμέρους τμήματα της ΕΕΧΟΤ, ώστε ακόμη περισσότεροι συνάδελφοι να έχουν την ευκαιρία να ζήσουν κάτι παρόμοιο. Το να μοιράζεται κανείς αυτά που γνωρίζει ανδιστελώς αποτελεί ύψιστη αρετή, κι όλοι οι οικοδεσπότες το απέδειξαν περίτρανα. Τους ευχαριστούμε λοιπόν για όλα.





# TRAVELLING FELLOWSHIP E.A.E. ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑΣ(II)

Παπουλίδης Γ.Νικόλαος | Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Επιμελητής Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, Συνεργάτης Osteon Clinic

Ιδιαίτερη χαρά και τιμή ένιωσα όταν ενημερώθηκα πως φέτος (11/2022) επιλέχθηκα να συμμετάσχω στην Ταξιδιωτική Υποτροφία της Ελληνικής Αρθροσκοπικής Εταιρείας (Ε.Α.Ε.) στη Βόρεια Ελλάδα. Είχε προηγηθεί προφορική συνέντευξη στα πλαίσια του 78ο συνεδρίου της Ε.Ε.Χ.Ο.Τ., κατά την διάρκεια της οποίας το κλίμα ήταν εξαιρετικά φιλικό και πρόσχαρο. Όταν μου ανακοινώθηκε ότι θα είμαι μαζί με άλλους 2 εκλεκτούς συναδέλφους και φίλους, το Γιάννη Τζέλιο και το Φίλιππο Ζήγρα, ήμουν πεπεισμένος ότι θα επρόκειτο για μια πολύ ευχάριστη εμπειρία.

Το ταξίδι μας ξεκίνησε το βράδυ της Κυριακής 04 Δεκεμβρίου από τη Νάουσα, όπου μας υποδέχτηκε ο κ. Ελευθερόπουλος. Ήταν μεγάλη η χαρά μου γιατί προσωπικά τον γνώριζα από την θητεία μου ως ειδικευόμενος χειρουργικής στο Γ.Ν. Νάουσας. Μας προσκάλεσε σε γεύμα με τα υπόλοιπα μέλη της κλινικής και συζήτηση των χειρουργείων που θα συμμετείχαμε. Την επομένη 05/12, επιστρέφοντας σε γνώριμα για μένα μέρη, συναντηθήκαμε στην Ορθοπαιδική κλινική του Γ.Ν. Νάουσας κι από εκεί στα χειρουργεία. Ο κ. Ελευθερόπουλος φρόντισε να μας βοηθήσει και να μας καθοδηγήσει στο δύσκολο κομμάτι της Αρθροσκόπησης της Ποδοκνημικής. Το πρόγραμμα των χειρουργείων περιελάμβανε αποκατάσταση χόνδρινης βλάβης του θόλου του αστραγάλου,

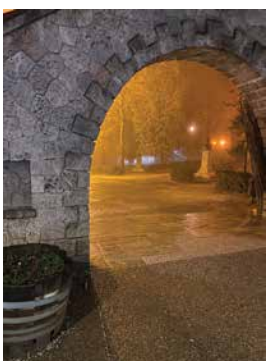


αρθροσκοπικά υποβοηθούμενη αρθροδότηση ΠΔΚ, τόσο με κοχλίες όσο και με ενδομυελικό ήλο, καθώς και αποκατάσταση πλάγιας αστάθειας της ΠΔΚ με αρθροσκοπική Broström τεχνική.

Το απόγευμα της ίδιας ημέρας αναχωρήσαμε για τη Θεσσαλονίκη, όπου διαμείναμε μέχρι το τέλος της εβδομάδας. Είχε γίνει κράτηση στο City Hotel, ένα κεντρικότατο ξενοδοχείο που ήταν πολύ βολικό για τις μετακινήσεις μας. Το βράδυ μνηστήκαμε σε Κρητικές γεύσεις, σε εστιατόριο στα Λαδάδικα με τους κ. Ιωσήφιδη, κ. Τζαβέα και όλα τα μέλη της Γ' Ορθοπαιδικής κλινικής του Ιατρικού Διαβαλκανικού Θεσσαλονίκης. Μας ενημέρωσαν για το πρόγραμμα των χειρουργείων και τη γενικότερη φιλοσοφία και λειτουργία της κλινικής. Το πρωί της 6ης Δεκεμβρίου συναντηθήκαμε στο συνεδριακό χώρο του Διαβαλκανικού,

όπου μας έγιναν μαθήματα πάνω στην αποκατάσταση της ρήξης του Πρόσθιου Χιαστού Συνδέσμου, της ρήξης του Στροφικού Πετάλου του ώμου και της Αρθροσκόπησης του Ισχίου, και απαντήθηκαν οι απορίες μας. Στη συνέχεια, μεταβήκαμε στα χειρουργεία όπου παρακολουθήσαμε και συμμετείχαμε στις αντίστοιχες χειρουργικές επεμβάσεις. Ιδιαίτερη εντύπωση μου προκάλεσε η συνδεσμοπλαστική Π.Χ.Σ. με την μέθοδο Silva και η αρθροσκόπηση ισχίου για αποκατάσταση βλάβης CAM στο πλαίσιο συνδρόμου μηροκοτυλαίας πρόσκρουσης του ισχίου σε αθλητή ποδοσφαίρου. Τέλος, εξαιρετικά βοηθητικό ήταν ο σχολιασμός των επεμβάσεων με τα απαραίτητα tips & tricks κάθε φορά και από άλλο μέλος της κλινικής.

Το απόγευμα της ίδιας ημέρας, μεταβήκαμε στο 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Στην αίθουσα συνεδριάσεων της Ορθοπαιδικής κλινικής μας έγινε παρουσίαση των περιστατικών που επρόκειτο να παρακολουθήσουμε από τους κ. Σαββίδη και κ. Βραγγάλα. Ακολούθησε δείπνο με τους γιατρούς της κλινικής, σε πολύ ευχάριστο κλίμα, κατά την διάρκεια του οποίου είχαμε την δυνατότητα να αναπτύξουμε πολλά θέματα, ορθοπαιδικά και μη. Την επόμενη μέρα, συναντηθήκαμε στην αίθουσα των χειρουργείων και είχαμε την ευκαι-



ρία να συμμετέχουμε σε επεμβάσεις με τις οποίες δεν ήμουν τόσο εξοικειωμένος στην καθημερινή ιατρική μου πράξη. Η αποκατάσταση μερικής ρήξης Π.Χ.Σ., η οποία αντιμετωπίστηκε με λήψη τένοντα ημιτενοντώδους και augmentation της υγιούς μπάντας του Π.Χ.Σ. (SAMBBA Technique) καθώς και η συρραφή ευμεγέθους ρήξης δικην χειρολαβής κάδου (bucket handle) του έσω μηνίσκου με all-inside και outside-in ράμματα και χρήση fibrin clot προς ευόδωση της επουλωτικής διεργασίας του μηνίσκου, μου κέντρισαν το ενδιαφέρον σε μεγάλο βαθμό.

Το βράδυ, με χαλαρή διάθεση, μας υποδέχτηκαν σε ταβέρνα στο κέντρο της πόλης ο Καθηγητής Παπαδόπουλος Περικλής και τα μέλη της Β' Πανεπιστημιακής Ορθοπαιδικής κλινικής του νοσοκομείου «Γ. Γεννηματάς». Συζητήσαμε για τα περιστατικά της επόμενης μέρας και διασκεδάσαμε με διάφορες ανέκδοτες ιστορίες που μας αφηγήθηκαν. Το επόμενο πρωί, καταφθάσαμε στο αμφιθέατρο του νοσοκομείου, όπου παρακολουθήσαμε την πρωινή ενημέρωση της κλινικής με τα περιστατικά της προηγούμενης εφημερίας. Κατόπιν, μεταβήκαμε στην αίθουσα των χειρουργείων όπου παρακολουθήσαμε αρθροσκοπική αποκατάσταση ρήξης rotator cuff καθώς και δυο μερικές μηνισκεκτομές.

Μετά από μια σύντομη ξεκούραση, το βράδυ της ίδιας μέρας συναντηθήκαμε με το team της ομάδας TheMIS και τον διευθυντή κ. Τερζίδη, σε ένα πολύ ωραίο χώρο με εξαιρετικά θαλασινά εδέσματα. Αναλύσαμε τα περιστατικά που επρόκειτο να παρακολουθήσουμε την επόμενη μέρα καθώς και τον τρόπο λειτουργίας της ομάδας και τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασθενείς. Το επόμενο και τελευταίο πρωινό αυτής της ταξιδιωτικής υποτροφίας, βρεθήκαμε στα χειρουργεία του ιδιωτικού νοσοκομείου «Άγιος Λουκάς». Εκεί είχα την χαρά να συμμετάσχω, για πρώτη φορά, σε αρθροσκόπηση αγκώνα για καθαρισμό λόγω μετατραυματικής δυσκαμψίας. Επίσης παρακολουθήσαμε και συμμετείχαμε σε συνδεσμοπλαστικές ΠΧΣ και συζητήσα-



με το γενικότερο πλάνο της θεραπευτικής προσέγγισης προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά καθώς και της συνεργασίας με τους φυσικοθεραπευτές.

Κάπως έτσι ολοκληρώθηκε αυτή η ταξιδιωτική υποτροφία, αυτή η εμπειρία, στην οποία είχα την τιμή να συμμετάσχω. Δηλώνω απεριφραστα πραγματικά χαρούμενος γιατί μέσα στις μέρες που διήρκησε αυτό το ταξίδι, εμπλούτισα το μυαλό μου με νέες γνώσεις και ερεθίσματα για περαιτέρω έρευνα από πλευράς μου. Επιπρόσθετα, γνώρισα από κοντά κορυφαίους αρθροσκόπους της Ελλάδας και όχι μόνο. Θα ήθελα λοιπόν να κλείσω με ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ προς όλους αυτούς τους δασκάλους - ανθρώπους για τον ζήλο με τον οποίο προσπάθησαν να μας μεταλαμπαδεύσουν τις γνώσεις τους καθώς και για την προσέγγιση τους που μας έκανε να νιώσουμε οικεία και σαν ισότιμα μέλη των ομάδων τους.

## TRAVELLING FELLOWSHIP Ε.Α.Ε. ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑΣ(III)

Τζέλιος Κ. Ιωάννης | MD, MSc, cPhD Ορθοπαιδικός Χειρουργός

**Μ**ε μεγάλη χαρά πληροφορήθηκα φέτος (11/2022) ότι επιλέχθηκα, μετά την προφορική συνέντευξη στο 78ο συνέδριο της Ε.Ε.Χ.Ο.Τ., να συμμετάσχω στην Ταξιδιωτική Υποτροφία της Ελληνικής Αρθροσκοπικής Εταιρείας (Ε.Α.Ε.) στη Βόρεια Ελλάδα, μαζί με άλλους 2 εκλεκτούς συναδέλφους και φίλους, το Νίκο Παπουλίδη και το Φίλιππο Ζήγγρα.

Το ταξίδι μας ξεκίνησε το βράδυ της Κυριακής 04 Δεκεμβρίου από τη Νάουσα, όπου μας υποδέχτηκε ο κ. Ελευθερόπουλος, και αφού κάναμε check-in στον όμορφο ξενώνα Χαγιάτι, ακολούθησε γεύμα με τα υπόλοιπα μέλη της κλινικής και συζήτηση των χειρουργείων που θα συμμετείχαμε. Την επομένη 05/12, συναντηθήκαμε στην Ορθοπαιδική κλινική του Γ.Ν. Νάουσας κι από εκεί στα χειρουργεία όπου ο κ. Ελευθερόπουλος μάς μύησε στα μυστικά της Αρθροσκόπησης της Ποδοκνημικής. Το μενού περιελάμβανε αποκατάσταση χόνδρινης βλάβης του θόλου του αστραγάλου, αρθροσκοπικά υποβοηθούμενη αρθρόδεση ΠΔΚ, τόσο με κοχλίες όσο και με ενδομυελικό ήλο, καθώς και αποκατάσταση πλάγιας αστάθειας της ΠΔΚ με αρθροσκοπική Broström τεχνική. Μεγάλη εντύπωση μας προκάλεσε η απλότητα των χειρισμών του κ. Ελευθερόπουλου, ο οποίος μας έδωσε σχεδόν όλους τους χρόνους των χειρουργείων, με την καθοδήγησή του βέβαια.

Το απόγευμα της ίδιας ημέρας αναχωρήσαμε για τη Θεσσαλονίκη, όπου διαμείναμε μέχρι το τέλος της εβδομάδας, και τακτοποιηθήκαμε στο City Hotel. Το βράδυ δευπνήσαμε σε εστιατόριο στα Λαδάδικα με τους κ. Ιωσηφίδη, κ. Τζαβέβα και όλα τα μέλη της Έ Ορθοπαιδικής κλινικής του Ιατρικού Διαβαλκανικού Θεσσαλονίκης, όπου ενημερωθήκαμε για το πρόγραμμα των χειρουργείων και τη γενικότερη λειτουργία της κλινικής. Το πρωί της 6ης Δεκεμβρίου συναντηθήκαμε στο συνεδριακό χώρο του Διαβαλκανικού, όπου μας έγιναν μαθήματα πάνω στην αποκατάσταση της ρήξης του Πρόσθιου Χιαστού Συνδέσμου, της ρήξης του Στροφικού Πε-



τάλου του ώμου και της Αρθροσκόπησης του Ισχίου, και απαντήθηκαν οι απορίες μας. Στη συνέχεια, μεταφερθήκαμε στο χώρο των χειρουργείων και συμμετείχαμε στις αντίστοιχες χειρουργικές επεμβάσεις: συνδεσμοπλαστική Π.Χ.Σ. με αυτομόσχευμα οπίσθιων μηριαίων, συρραφή ρήξης υπερακανθίου με βιοαπορροφήσιμες άγκυρες κι αρθροσκόπηση ισχίου για αποκατάσταση βλάβης CAM στο πλαίσιο συνδρόμου μηροκοτυλιαίας πρόσκρουσης του ισχίου σε αθλητή ποδοσφαίρου. Κατά τη διάρκεια των χειρουργείων, γινόταν σχολιασμός κάθε βήματος της εκάστοτε επέμβασης από άλλο μέλος της ομάδας με τα απαραίτητα tips & tricks για την ομαλότερη διεξαγωγή της.

Το απόγευμα της ίδιας ημέρας, μεταβήκαμε στο 424 Γ.Σ.Ν.Ε., όπου μας υποδέχτηκαν οι κ. Σαββίδης και κ. Βραγγάλας στην αίθουσα συνεδριάσεων της Ορθοπαιδικής κλινικής κι έγινε μάθημα και παρουσίαση των ασθενών που επρόκειτο να χειρουργηθούν. Ακολούθησε δείπνο με όλο το team της κλινικής, όπου είχαμε την ευκαιρία να ανταλλάξουμε απόψεις για την καθημερινή κλινική μας πράξη, για διαγνωστικά διλήμματα κι αντιμετώπιση σύνθετων περιστατικών. Την επομένη, συναντηθήκαμε στην αίθουσα των χειρουργείων, όπου είχαμε την ευκαιρία

να συμμετάσχουμε στην αποκατάσταση μερικής ρήξης Π.Χ.Σ., η οποία αντιμετωπίστηκε με λήψη τένοντα ημιτενοντώδους και augmentation της υγιούς μάνβας του Π.Χ.Σ. (SAMBBA Technique), σε αποκατάσταση πλήρους ρήξης του Π.Χ.Σ. με αυτομόσχευμα οπίσθιων μηριαίων, ενώ το highlight της ημέρας, κατά την προσωπική μου άποψη, ήταν η συρραφή ευμεγέθους ρήξης δικην χειρολαβής κάδου (bucket handle) του έσω μηνίσκου με all-inside και outside-in ράμματα και χρήση fibrin clot προς ενόδωση της εποδλώσης του μηνίσκου.

Μετά από μία χαλαρή βόλτα στη στολισμένη, λόγω των επικείμενων εορτών, παραλία της Θεσσαλονίκης, μας υποδέχτηκαν σε ταβέρνα στο κέντρο της πόλης ο Καθηγητής Παπαδόπουλος Περικλής και τα μέλη της Έ Β Πανεπιστημιακής Ορθοπαιδικής κλινικής του νοσοκομείου «Γ. Γεννηματάς» για το καθεωρωμένο δείπνο. Σε χαλαρό κι εγκάρδιο κλίμα, συζητήσαμε, τόσο για τα περιστατικά της επόμενης μέρας, όσο και για αθλητικά δρώμενα, μιας και ο Καθηγητής Παπαδόπουλος είναι επικεφαλής του ιατρικού team της αγαπημένης μου ομάδας! Το «menu» την επόμενη ημέρα περιελάμβανε αρθροσκόπηση ώμου για αποκατάσταση ολικής ρήξης υπερακαν-



θίου, η συρραφή της οποίας έγινε με χρήση βιοαπορροφήσιμων αγκυρών με τεχνική single row, και 2 αρθροσκοπήσεις γόνατος για ρήξη έσω μηνίσκου, όπου, παρά την αρχική πρόθεση για συρραφή αυτών, τελικά πραγματοποιήθηκαν μηνισκεκτομές, λόγω του τύπου και της εκφύλισης των ρήξεων. Πριν τα χειρουργεία, προηγήθηκε conference των περιστατικών που εισήχθησαν στην περασμένη εφημερία, όπως και των περιστατικών που επρόκειτο να συμμετάσχουμε στο αμφιθέατρο του νοσοκομείου και ξενάγηση στην κλινική.

Η τελευταία στάση του όμορφου ταξιδιού μας είχε ιδιαίτερη συναισθηματική αξία για μένα προσωπικά, αφού δειπνήσαμε σε εστιατόριο του Πανοράματος με τον κ. Τερζίδη και την ομάδα του TheMIS Orthopaedic Centre, των οποίων υπήρξα fellow για 2 χρόνια. Το πρωί της Παρασκευής 9 Δεκεμβρίου συναντηθήκαμε στο γραφείο των TheMIS στην κλινική «Άγιος Λουκάς», όπου συζητήσαμε για τα περιστατικά που θα αντιμετωπίζαμε. Στην συνέχεια, μεταβήκαμε στο χώρο των χειρουργείων όπου συμμετείχαμε σε 3 συνδεδεόμενα Π.Χ.Σ. με αυτομόσχευμα οπίσθιων μηνιαίων και σε μία αρθροσκόπηση αγκώνα, κατά την οποία έγινε εκτεταμένος καθαρισμός της άρθρωσης λόγω μεγάλης μετατραυματικής δυσκαμψίας, με το άμεσο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα να είναι εντυπωσιακό.



Η ταξιδιωτική υποτροφία της Ε.Α.Ε. αποτελεί μία ξεχωριστή εμπειρία για νέους ορθοπαιδικούς, ιδιαίτερα για όσους επιθυμούν να εξειδικευτούν στην αρθροσκοπική χειρουργική. Μας δόθηκε η ευκαιρία να παρακολουθήσουμε μαθήματα, να γνωρίσουμε χειρουργικές τεχνικές, να αποκομίσουμε

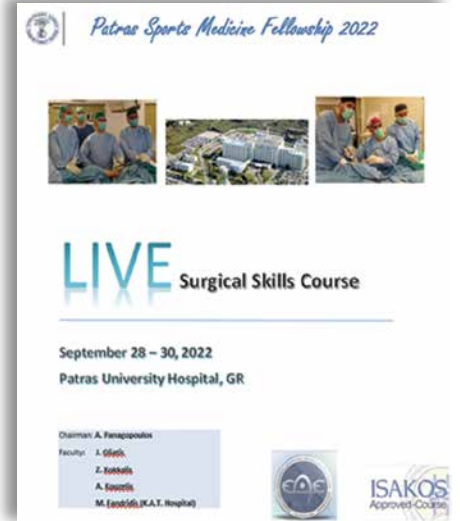
γνώσεις κι εμπειρίες από κορυφαίους, αναγνωρισμένους διεθνώς, δασκάλους της αρθροσκόπησης. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Ε.Α.Ε. για την ευκαιρία που μας δόθηκε, αλλά και όλα τα μέλη των ομάδων που γνωρίσαμε για τη θερμή φιλοξενία.

## PATRAS SPORTS MEDICINE FELLOWSHIP AN ISACOS - APPROVED COURSE

**Μ**ε επιτυχία ολοκληρώθηκε και φέτος, το 5ο Αρθροσκοπικό Σεμινάριο (Surgical Skills Course) με διεθνή συμμετοχή, που διοργανώθηκε από την Ορθοπαιδική Κλινική του Πανεπιστημίου Πατρών, υπό την αιγίδα του ISAKOS, το διάστημα 28-30 Σεπτεμβρίου 2022.

Φέτος είχαμε 3 υποτρόφους, τον **Νικόλαο Πάρχα** από την Πάτρα, τον **Στέλιο Τόττα** από το Μεσολόγγι και τον **Stefan Stanciugelu** από τη Ρουμανία. Οι υπότροφοι συμμετείχαν ενεργά σε διάφορες επεμβάσεις όπως ρήξη χιαστού με όλους τους τύπους μοσχευμάτων, αστάθεια ώμου, αρθροσκοπική συρραφή RC, revision χιαστού, ανάστροφη αρθροπλαστική ώμου, συρραφή οπίσθιων μηριαίων, μονοδιαμερισματική ΤΚΑ κ.α. Υπεύθυνος του Σεμιναρίου ήταν ο Αναπληρωτής Καθηγητής Ανδρέας Παναγόπουλος και εκπαιδευτές μαζί του ο Ιωάννης Γκλιάτης (Αναπληρωτής Καθηγητής), ο Ζήνων Κόκκαλης (Αναπληρωτής Καθηγητής) και ο Αντώνης Κουζέλης (Διευθυντής ΕΣΥ). Το πρόγραμμα ήταν ιδιαίτερα πλούσιο φέτος, χωρίς τους περιορισμούς του COVID, και οι συμμετέχοντες δήλωσαν απόλυτα ικανοποιημένοι τόσο από το εκπαιδευτικό μέρος, όσο και από τις κοινωνικές συνενυρέσεις μετά τα χειρουργεία. Ευελπιστούμε να το επαναλάβουμε και τον επόμενο χρόνο με ακόμα καλύτερες συνθήκες.

**Πληροφορίες στην ιστοσελίδα**  
[www.patrasfellowship.com](http://www.patrasfellowship.com)





# ΠΡΟΣΕΧΕΙΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Επιμέλεια: Β. Χουλιάρας

- ◆ **41ο Ετήσιο Συνέδριο Ο.Τ.Ε.ΜΑ.Θ**  
*Thessaloniki, Greece*  
20 – 22 April 2023  
[www.orthemath.gr/congress2023](http://www.orthemath.gr/congress2023)
- ◆ **Birmingham Patellofemoral Masterclass**  
*Birmingham, UK*  
27 – 28 April 2023  
[www.clockworkmedical.com](http://www.clockworkmedical.com)
- ◆ **ICRS Focus Meeting Nice**  
*Nice, France*  
27 - 29 April 2023  
[www.cartilage.org/icrs-focus-nice/](http://www.cartilage.org/icrs-focus-nice/)
- ◆ **AANA Annual Meeting (AANA23)**  
*New Orleans, USA*  
4 - 6 May 2023  
[www.aana.org](http://www.aana.org)
- ◆ **24th EFORT Annual Congress Vienna 2023**  
*Vienna, Austria*  
24 - 26 May 2023  
[www.efort.org](http://www.efort.org)
- ◆ **Football Medicine: The pursuit of excellence**  
*London, UK*  
27 - 29 May 2023  
[www.isokineticconference.com](http://www.isokineticconference.com)
- ◆ **9th Anney Live Surgery Shoulder Advanced Course**  
*Anney, France*  
08 - 10 June 2023  
[www.lafosseshoulder-annecy.com](http://www.lafosseshoulder-annecy.com)
- ◆ **ISAKOS Congress 2023**  
*Boston, USA*  
18 - 21 June 2023  
[www.isakos.com](http://www.isakos.com)
- ◆ **AOSSM Annual Meeting 2023**  
*Washington DC, USA*  
13 - 16 July 2023  
[www.events.sportsmed.org](http://www.events.sportsmed.org)
- ◆ **17th ICRS World Congress 2023**  
*Sitges/Barcelona, Spain*  
09 - 12 September 2023  
[www.cartilage.org](http://www.cartilage.org)
- ◆ **40. AGA Kongress**  
*Berlin, Germany*  
14 - 18 September 2023  
[www.aga-kongress.info](http://www.aga-kongress.info)
- ◆ **ESSKA Speciality Days**  
*Warsaw, Poland*  
24 - 25 November 2023  
[www.esska.org](http://www.esska.org)



## ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ 2<sup>ο</sup> ΣΥΝΕΔΡΙΟ “RECENT ADVANCES IN SPORTS INJURIES: TRENDS AND PREVENTION”

**M**ε μεγάλη επιτυχία ολοκληρώθηκε το 2ο συνέδριο με τίτλο «Recent Advances in Sports Injuries: Trends and Prevention» που διοργάνωσε η Β' Ορθοπαιδική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, σε συνεργασία με την ΠΑΕ ΠΑΟΚ και την Ελληνική Εταιρία Αρθροσκόπησης, Χειρουργική Γόνατος & Αθλητικής Τραυματολογίας «Γιώργος Νούλης».

Το συνέδριο έλαβε χώρα στη Θεσσαλονίκη στις 18-21 Ιανουαρίου και τελούσε υπό την αιγίδα τόσο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Αθλητικής Τραυματολογίας, Χειρουργικής Γόνατος & Αρθροσκόπησης (ESSKA) όσο και της Διεθνούς Εταιρείας Αρθροσκόπησης, Χειρουργικής Γόνατος και Ορθοπαιδικής Αθλητιατρικής (ISAKOS).

Στο συνέδριο μετείχαν διαπρεπείς Έλληνες και Ξένοι Ομιλητές οι οποίοι μοιράστηκαν την γνώση και την πολύτιμη εμπειρία τους και συνέβαλαν αποφασιστικά στην επιτυχία του. Η θεματολογία του συνεδρίου κάλυψε όλο το φάσμα των κακώσεων που αφορούν έναν αθλητή αλλά επεκτάθηκε και σε τομείς της γενικότερης διαχείρισης της υγείας του περιγράφοντας την σημαντική συμβολή των προπονητών, των ψυχολόγων και των φυσικοθεραπευτών.

Επίσης, στα πλαίσια του συνεδρίου πραγματοποιήθηκαν δύο προ-συνεδριακά σεμινάρια που απευθύνονταν σε νέους γιατρούς. Το πρόγραμμα Βασικής Υποστήριξης της Ζωής (Basic Life Support) με την αντίστοιχη πιστοποίηση των συμμετεχόντων από την European Resuscitation Council, και το σεμινάριο χειρουργικών τεχνικών στην Ορθοπαιδική με χρήση Εικονικής Πραγματικότητας.



Photopress©Yannis Tsoufidis



Photopress©Yannis Tsoufidis

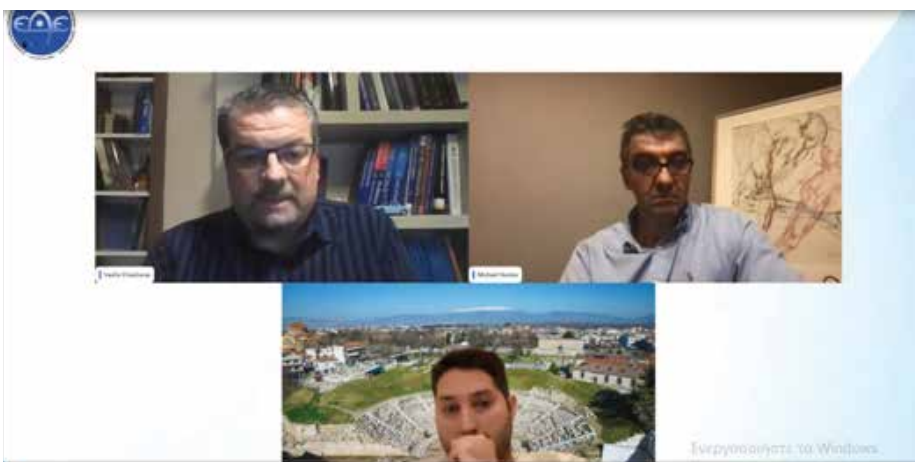


Την εναρκτήρια ομιλία του συνεδρίου πραγματοποίησε ο Χρυσός Ολυμπιονίκης της κωπηλασίας Στέφανος Ντούσκος περιγράφοντας τον δύσκολο δρόμο προς την κορυφή και πλαισιώθηκε από τον δημοσιογράφο Δημήτρη Δραγώγια ο οποίος αναφέρθηκε στον ρόλο των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην επικοινωνία της επιστημονικής πληροφορίας.



# ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ 2022-23

Επιμέλεια: Β. Χουλιάρας



**Η** ΕΑΕ με βάση την εμπειρία που απέκτησε στην εποχή της πανδημίας και τα, ομολογουμένως, πετυχημένα διαδικτυακά webinars που διοργάνωσε, αποφάσισε να ξεκινήσει μια σειρά διαδικτυακών μαθημάτων από αυτή την ακαδημαϊκή χρονιά. Αφού λοιπόν απευθυνθήκαμε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε όλα τα μέλη μας καταρτίσαμε ένα πρόγραμμα που να εκπροσωπεί όσο το δυνατόν περισσότερες κλινικές αλλά και επιστημονικά αντικείμενα.

Τα μαθήματα αυτά απευθύνονται σε όλα τα μέλη μας, ανεξαρτήτως επιπέδου, και είναι μία ακόμη προσπάθεια να «δώσουμε» βήμα σε περισσότερους συναδέλφους και κλινικές να παρουσιάσουν την κλινική και ερευνητική τους εμπειρία στο αντικείμενο της αρθροσκοπικής χειρουργικής. Η μέχρι σήμερα μαζική συμμετοχή στα μαθήματα αυτά, δικαιώνει την Εταιρεία μας για την επιλογή της και μας δίνει την απαραίτητα δύναμη και ώθηση να καθι-

ερώσουμε και να βελτιώσουμε αυτή μας την προσπάθεια. Το μεγάλο πλεονέκτημα των διαδικτυακών μαθημάτων να μπορούν όλοι να συμμετέχουν στα μαθήματα αυτά από τον προσωπικό τους χώρο, χωρίς την ανάγκη μεταφοράς και διακοπής του απαιτητικού μας προγράμματος είναι ένα στοιχείο που οι ομιλητές λαμβάνουν σοβαρά υπόψη, με σκοπό να πραγματοποιούνται πραγματικά υψηλού επιπέδου παρουσιάσεις.

Τα μαθήματα ξεκίνησαν την Παρασκευή 25 Νοεμβρίου όπου 2 ομιλητές από την Ορθοπαιδική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Λάρισας μέσα από 2 διαλέξεις ανέπτυξαν μια θεματολογία γύρω από την παθολογία του μηνίσκου. Πιο συγκεκριμένα, ο Καθηγητής Ορθοπαιδικής **Μιχάλης Χαντές**, παλιός πρόεδρος της ΕΑΕ και αντιπρόεδρος της ESSKA, ανέπτυξε τις σύγχρονες απόψεις για την μεταμόσχευση του μηνίσκου, τις ενδείξεις και τις τεχνικές, ενώ στη συνέχεια ο **Γιώρ-**

**γος Κομνός** μας μίλησε για τις ιδιαιτερότητες της ρήξης του έξω μηνίσκου σε σχέση με αυτές του έσω. Τον συντονισμό του 1ου αυτού μαθήματος ανέλαβε ο πρόεδρος της ΕΑΕ **Βασίλης Χουλιάρας**.

Στη συνέχεια τη σκυτάλη πήρε η Γ' Ορθοπαιδική κλινική του Διαβαλκανικού Κέντρου Θεσσαλονίκης στις 16 Δεκεμβρίου. Πιο συγκεκριμένα οι **Ιωάννης Μελάς**, **Δημήτριος Κοτζαμητέλος** και **Αλέξανδρος Τζαβέας**, επιμελητές της κλινική αυτής, μας διαφώτισαν στο πώς μπορούμε να αποφύγουμε τις αποτυχίες και αποτυχίες στην αρθροσκόπηση του γόνατος, του ώμου και του ισχίου αντίστοιχα. Το συντονισμό του συγκεκριμένου μαθήματος ανέλαβε ο **Μιχάλης Ιωσηφίδης**, διευθυντής της κλινικής, πρώην πρόεδρος της ΕΑΕ και πρόεδρος της ΟΤΕΜΑΘ.

**LIVE WEBINAR**  
«ΠΩΣ ΝΑ ΑΠΟΦΥΓΟΥΜΕ ΤΙΣ ΠΑΓΙΔΕΣ-ΑΣΤΟΧΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ»  
Διοργανώνεται από την Ελληνική Αρθροσκοπική Εταιρεία «Γεωργιος Νούλης»  
**FREE ΜΕ ΔΩΡΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ** | **16 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022** | **21:00**  
ΔΗΛΩΣΤΕ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ  
**GUEST SPEAKERS**  
**Αρθροσκόπηση Γόνατος**  
Ιωάννης Μελάς  
Ορθοπαιδικός Χειρουργός  
Γ' Ορθοπαιδική Κλινική  
Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης  
**Αρθροσκόπηση Ώμου**  
Δημήτριος Κοτζαμητέλος  
Ορθοπαιδικός Χειρουργός  
Γ' Ορθοπαιδική Κλινική  
Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης  
**Αρθροσκόπηση Ισχίου**  
Αλέξανδρος Τζαβέας  
Ορθοπαιδικός Χειρουργός  
Αρθροσκοπική Εταιρεία  
Εθνικός Γραμματέας της Ελληνικής Αρθροσκοπικής Εταιρείας  
Arthroscopy (AANA) Editorial Board Member  
**Συντονιστής**  
Μιχάλης Ιωσηφίδης  
Ορθοπαιδικός Χειρουργός  
Διευθυντής Γ' Ορθοπαιδικής Κλινικής Ιατρικού Διαβαλκανικού Θεσσαλονίκης  
Πρόεδρος ΟΤΕΜΑΘ  
Πρόεδρος ΕΑΕ 2020-2022  
Orthobiology Surgery Center  
Θεσσαλονίκη  
ΕΑΕ

ΠΩΣ ΝΑ ΑΠΟΦΥΓΟΥΜΕ ΤΙΣ ΠΑΓΙΔΕΣ-ΑΣΤΟΧΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ



Ελληνική Αρθροσκοπική Εταιρεία "Γεώργιος Νούλης"

**LIVE WEBINAR**

# ΠΡΟΣΘΙΟΣ ΧΙΑΣΤΟΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ  
**27**  
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ

**21:00**

**ΔΩΡΕΑΝ**

Διοργανώνεται από την Ελληνική Αρθροσκοπική Εταιρεία "Γεώργιος Νούλης"

**ΟΜΙΛΗΤΕΣ**

**ΣΥΡΡΑΦΗ-ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΙΑΣΤΟΥ**

**Γεώργιος-Γρηγόρης Καραχάλιος**

Χειρουργός Ορθοπαιδικός - Ειδικός Αθλητισμού, Διευθυντής Β' Ορθοπαιδικής Κλινικής Παλαιού Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, Κλινικός Παλαιού Φαλήρου

**ΡΗΞΗ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΙΑΣΤΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΕΠΙΠΤΩΣΗ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

**Βασίλειος Θ. Κουλιάρας**

Πρόεδρος ΕΑΕ (2022-24), Διευθυντής ΕΣΥ Ορθοπαιδικής Κλινικής Νοσοκομείου Άρτας, Member of FRC Committee of ESSA.

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ**

**Σπύρος Πλέσσας**

Α' Αντιπρόεδρος ΕΑΕ, Διευθυντής ΕΣΥ Ορθοπαιδικής Κλινικής Νοσοκομείου Νέας Κηφισίας, Νοσοκομείου Νέας Κηφισίας



Το επόμενο μάθημα διεξήχθη στις 27 Ιανουαρίου του 2023, με θέμα αυτή τη φορά τις κακώσεις του προσθίου χιαστού. Πιο συγκεκριμένα ο **Γρηγόρης-Γεώργιος Καραχάλιος**, Διευθυντής της Β' Ορθοπαιδικής κλινικής του Ιατρικού κέντρου Παλαιού Φαλήρου, ανέπτυξε τη συρραφή-επιδιόρθωση του προσθίου χιαστού, ένα θέμα που συζητιέται ευρέως τον τελευταίο

καιρό στην παγκόσμια ορθοπαιδική κοινότητα, ενώ στη συνέχεια ο Διευθυντής Ορθοπαιδικής κλινικής του Νοσοκομείου Άρτας και πρόεδρος της ΕΑΕ, **Βασίλης Κουλιάρας**, ανέπτυξε το φλέγον θέμα της ρήξης του προσθίου χιαστού σε παιδιά και εφήβους. Το συντονισμό του συγκεκριμένου μαθήματος ανέλαβε ο Α' Αντιπρόεδρος της ΕΑΕ **Σπύρος Πλέσσας**. Κατόπιν ακολούθησε ένα μάθημα από την Γ' Ορθοπαιδική κλινική του Υγεία στις 23/2/2023 με θέμα την αστάθεια του ώμου. Αρχικά ο επιμελητής της κλινικής **Άγγελος Τρελλόπουλος** ανέπτυξε στην ομιλία του τους τύπους και την αξιολό-

γηση του ασθενούς με αστάθεια ώμου, κατόπιν ο αναπληρωτής διευθυντής **Εμμανουήλ Μπριλάκης** μας εξήγησε την γκάμα των επεμβάσεων των μαλακών μορίων, ενώ ο διευθυντής της κλινικής και παλιός πρόεδρος της ΕΑΕ **Εμμανουήλ Αντωνογιαννάκης**, μας κατατόπισε σχετικά με τις οστικές επεμβάσεις. Εν τέλει, η φυσιοθεραπεύτρια **Μαρία Πατραμάνη**, επιστημονικός συνεργάτης της κλινικής, μας ανέπτυξε τη φιλοσοφία της αποκατάστασης μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στην αστάθεια του ώμου. Τον συντονισμό του συγκεκριμένου μαθήματος ανέλαβε ο Γενικός Γραμματέας της ΕΑΕ **Ματθαίος Σαββίδης**. Τα μαθήματα αυτά θα συνεχιστούν μέχρι το τέλος της ακαδημαϊκής χρονιάς, ενώ άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι ήδη σε αυτά τα 4 πρώτα μαθήματα έχουμε πάνω από 2000 εγγραφές και πάνω από 800 συμμετέχοντες, γεγονός που επιβεβαιώνει την πεποίθηση της Εταιρείας ότι τα διαδικτυακά αυτά μαθήματα είναι ένα απαραίτητο εργαλείο για την εκπαίδευσή μας και για τη βελτίωση της καθημερινής κλινικής μας δραστηριότητας. Μείνετε λοιπόν συντονισμένοι στην ΕΑΕ ([www.eae-net.gr](http://www.eae-net.gr)).

**LIVE WEBINAR**

# ΩΜΟΣ

ΠΕΜΠΤΗ  
**23**  
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ

**21:00**

**ΔΩΡΕΑΝ**

ΔΙΑΣΤΕ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ**

**Ματθαίος Ξ. Σαββίδης**  
Γραμματέας ΕΑΕ, Επιμελητής Κλινικής Ορθοπαιδικής Κλινικής Νοσοκομείου Νέας Κηφισίας

**ΟΜΙΛΗΤΕΣ**

- «Πρόσθα αστάθεια ώμου: Τώρα, γιατί θα πρέπει αξιολόγησθαι ασθενούς»
- «Άγγελος Τρελλόπουλος: Ο συντονιστής του μαθήματος, ο οποίος θα αναλύσει το θέμα της αστάθειας του ώμου»
- «Επεμβάσεις Μαλακών μορίων: Πότε, πώς και γιατί»
- «Εμμανουήλ Μπριλάκης: Ο συντονιστής του μαθήματος, ο οποίος θα αναλύσει το θέμα της αστάθειας του ώμου»
- «Οστικές επεμβάσεις: Πότε, πώς και γιατί»
- «Εμμανουήλ Αντωνογιαννάκης: Ο συντονιστής του μαθήματος, ο οποίος θα αναλύσει το θέμα της αστάθειας του ώμου»
- «Ποια είναι η φιλοσοφία της αποκατάστασης του ασθενούς μετά από χειρουργική σταθεροποίηση του ώμου»
- «Μαρία Πατραμάνη: Ο συντονιστής του μαθήματος, ο οποίος θα αναλύσει το θέμα της αστάθειας του ώμου»



## ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΑΕ

**Μ**ε μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε το διετές συνέδριο της Εταιρείας στη Θεσσαλονίκη, 9 έως 12 Ιουνίου 2022. Οι συνέδριοι, περισσότεροι από 450 - αριθμός ρεκόρ για τα συνέδρια της ΕΑΕ -, είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν συνεδρίες με πλούσια και ποικίλη θεματολογία, σχετικές με όλο το φάσμα της αρθροσκοπικής χειρουργικής και των αθλητικών κακώσεων. Διακεκριμένοι Έλληνες ομιλητές αλλά και προσκεκλημένοι κορυφαίοι χειρουργοί από όλον τον κόσμο (16 ομιλητές από 12 διαφορετικές χώρες) μοιράστηκαν τη γνώση και εμπειρία τους με την κοινότητα της Ελληνικής Αρθροσκοπικής Εταιρείας. Η παρουσία όλων αποτέλεσε μεγάλη τιμή και ανέβασε τον πήχη των προσδοκιών για τα επόμενα συνέδρια.

Το συνέδριο άνοιξε με το Σεμινάριο σε πτωματικά παρασκευάσματα, το οποίο πραγματοποιήθηκε στο Ανατομείο του ΑΠΘ. Περισσότεροι από 30 συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν, να πειραματιστούν και να δοκιμάσουν τις αρθροσκοπικές τεχνικές τους σε πτωματικά παρασκευάσματα γόνατος, ώμου και ισχίου. Με τη συνεργασία του Καθηγητή Ανατομικής και Διευθυντή του Εργαστηρίου Γεώργιου Παρασκευά αλλά και τη σημαντική συμβολή του Αναπληρωτή Καθηγητή Τρύφωνα Τότλη στην προετοιμασία των παρασκευασμάτων, διοργανώθηκε ένα άρτιο σεμινάριο με πολύ καλές αξιολογήσεις από τους εκπαιδευόμενους.

Η κήρυξη της έναρξης του Συνεδρίου έγινε την ίδια μέρα από τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου Μιχάλη Ιωσηφίδη, ο οποίος συνέβαλε στον εμπλουτισμό του καταλόγου των ομιλητών με «μεγάλα ονόματα» της παγκόσμιας αρθροσκοπικής κοινότητας. Περισ-

σότεροι από 120 ομιλητές και πρόεδροι συμμετείχαν σε 17 στρογγυλές τράπεζες, διαλέξεις και instructional course lectures. Επιπλέον, παρουσιάστηκαν 40 ελεύθερες ανακοινώσεις.

Εξχώρισαν οι συμμετοχές των διεθνών ομιλητών Johannes Barth, Andreas Imhoff, Lior Laver, Bent Lund, Robert Marx, Jacques Menetrey, Stefan Mogos, Joan Carles Monnau, Michael Rossi, Romain Seil, Sebastian Siebenlist, Reiner Siebold, Emin Taskiran, Rene Verdonk, Richard Villar και Daniel Wascher, όλοι αξιοσημείωτοι συνάδελφοι που εργάζονται στα πλαίσια επιστημονικών θεσμών ανά τον κόσμο. Δόθηκαν βραβεία καλύτερων προφορικών ανακοινώσεων στους Θεοφύλακτο Κυριακίδη και Αχιλλέα Μπουτσιάδη κατόπιν κρίσης των εργασιών από ειδική επιτροπή.

Στο συνέδριο συμμετείχαν οι Τούρκοι υπότροφοι καθώς και άλλα μέλη της Τουρκικής Αρθροσκοπικής Εταιρείας TOUSYAD.

Η οργανωτική επιτροπή του Συνεδρίου φρόντισε ώστε οι διεθνείς ομιλητές να απολαύσουν ένα πλούσιο κοινωνικό πρόγραμμα με ξεναγήσεις στα αξιοθέατα της Θεσσαλονίκης και των γύρω περιοχών και να δοκιμάσουν ιδιαίτερες γεύσεις στα εστιατόρια της πόλης. Στα πλαίσια του Συνεδρίου διεξήχθησαν και οι εκλογές για την ανάδειξη του νέου Διοικητικού Συμβουλίου του οποίου η σύσταση αποτελείται από τους Μιχάλη Ιωσηφίδη, πρώην πρόεδρο, Βασίλειο Χουλιάρα, πρόεδρο, Σπυρίδων Πλέσσα, Α' αντιπρόεδρο, Παναγιώτη Κουλουμέντα, Β' αντιπρόεδρο, Ματθαίο Σαββίδη, γενικό γραμματέα, Αριστείδη Ζιμπή, ταμία, Αλέξανδρο Τζαβέα, ειδικό γραμματέα, και Αθανάσιο Λιάντση και Παναγιώτη Νταγιόπουλο ως μέλη.

Διαβάστε περισσότερα για το συνέδριο στο σύνδεσμο <https://www.eae-net.gr/el/vivliothiki/sinderia-eae>.





ΣΥΝΕΔΡΙΟ













**Ελληνική Εταιρεία Αρθροσκόπησης, Χειρουργικής Γόνατος  
και Αθλητικών Κακώσεων "Γεώργιος Νούλης"**

ARTHROSCOPE NEWSLETTER 2023  
[www.eae-net.gr](http://www.eae-net.gr)