

# Ελληνική Ιατρική Helleniki Iatriki



## 32<sup>ο</sup> ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 30 ΜΑΡΤΙΟΥ – 1 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2017



ISSN 2241-8253

Τόμος 83, Συμπληρωματικό Τεύχος 2017 • Περιοδικό της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης  
Volume 83, Supplement 2017 • Official Journal of the Thessaloniki Medical Society

# Helleniki Iatriki



# Ελληνική Ιατρική

Τριμηνιαία Ιατρική Έκδοση

Εκδίδεται από το 1927 - Ε' Περίοδος, Όργανο της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης  
Έπαινος Ακαδημίας Αθηνών

**Ιδιοκτήτης — Εκδότης**

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
Δημοσθένους 4, 546 24 Θεσσαλονίκη

**Ηλεκτρονική Έκδοση**

UNIVERSITY STUDIO PRESS  
Αρμενοπούλου 32, 546 35 Θεσσαλονίκη

**Quarterly Publication**

**Official Journal of Thessaloniki Medical Society**

**First published in 1927 – Fifth period**

Correspondence should be addressed to the Medical Society of Thessaloniki,  
4, Dimosthenous Street, 546 24 Thessaloniki, Greece

## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

**Πρόεδρος** Α. Καραγιάννης

**Α' Αντιπρόεδρος** Δ. Σωτηριάδης **Β' Αντιπρόεδρος** Αικ. Παπαγιάννη

**Γεν. Γραμματέας** Γ. Τσουλφάς

**Ταμίας** Δ. Καπουκρανίδου **Ειδ. Γραμματέας** Δ. Παπακώστα

**Έφορος Στέγης** Θ. Βασιλειάδης **Έφορος Βιβλιοθήκης** Κ. Καραπαναγιώτης

**Μέλη** Λ. Κοβάτση, Γ. Κούρτογλου, Β. Ταρλαζής

**Αναπλ. Μέλη** Θ. Δαρδαβέσης, Α. Καμπαρούδης, Ν. Μαλισιόβας

## ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Διευθυντής Σύνταξης**

Κ. Καλλαράς

**Αναπλ. Διευθυντές Σύνταξης**

Ε. Μανδαλά, Α. Καμπαρούδης

**Μέλη**

Μ. Αθανασίου-Μεταξά, Θ. Γερασμίδης, Θ. Δαρδαβέσης, Δ. Δημητριάδης, Γ. Ηλονίδης, Δ. Καπουκρανίδου,

Ν. Μαλισιόβας, Η. Ντεγιάννης, Π. Νικολαΐδης, Β. Παπανικολάου, Χ. Παπανικολάου, Α. Σαχινίδης,

Π. Τέκκης, Μ. Χάιδης, Α. Χαριτάνη, Ε. Χολόγκιτας

Ιστοσελίδα: <http://www.helleniki-iatriki.gr>

Αλληλογραφία: [info@helleniki-iatriki.gr](mailto:info@helleniki-iatriki.gr)

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, στη νέα της εκδοτική περίοδο, θα δημοσιεύει εργασίες στα ελληνικά και στα αγγλικά όλων των ειδικοτήτων όπως επίσης και αυτές που προέρχονται από τις βασικές βιολογικές επιστήμες και την ιατρική εκπαίδευση, με κύριο σκοπό την καλλίεργη και πληρέστερη ενημέρωση του γιατρού.

Κάθε εργασία ακολουθεί μια αυστηρή δομή και ανήκει σ' ένα τύπο άρθρου. Μεικτές κατηγορίες εργασιών δε γίνονται δεκτές.

Αναλυτικότερα το περιοδικό δημοσιεύει:

**Ανασκοπήσεις:** Γράφονται από ένα συγγραφέα, κατ' εξαίρεση από δύο όταν το θέμα απαιτεί συγγραφέες δύο διαφορετικών ειδικοτήτων. Ο συγγραφέας πρέπει να είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένος με το θέμα, ώστε η ενημέρωση του αναγνώστη να είναι πλήρης και ουσιαστική. Η ενημέρωση αυτή αφορά όλους τους σταθμούς που πέρασαν οι γνώσεις στο θέμα με κύρια έμφαση θέματα στις σύγχρονες απόψεις, τεκμηριωμένες από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Η έκταση του άρθρου πρέπει να είναι 15 έως 25 δακτυλογραφημένες σελίδες στις οποίες περιλαμβάνονται η εικονογράφηση, η βιβλιογραφία και η περιληφτή στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

**Επίκαιρα Θέματα - Ενημερωτικά άρθρα:** Το αντικείμενο των άρθρων της κατηγορίας αυτής μπορεί να είναι διαγνωστικού ή θεραπευτικού περιεχομένου ή και να αφορά οποιοδήποτε τομέα της ιατρικής επιστήμης. Γράφονται για να κάνουν ευρύτερα γνωστό ένα πρόσφατο επίτευγμα στον τομέα που έχουν επιλέξει οι συγγραφείς. Τα άρθρα αυτά υποβάλλονται στο περιοδικό κατόπιν συνεννοήσεως με την Επιτροπή Συντάξεως.

Η έκταση του άρθρου πρέπει να περιορίζεται σε 5-10 περίπου δακτυλογραφημένες σελίδες με 8-10 βιβλιογραφήκες παραπομπές και τον τίτλο στην αγγλική. Τα ενημερωτικά άρθρα πρέπει να συνοδεύονται από περιληφτή στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

**Ερευνητικές εργασίες:** Έχουν κλινικό-εργαστηριακό περιεχόμενο. Το κείμενο περιλαμβάνει βραχεία εισαγωγή, όπου αναφέρεται ο σκοπός της εργασίας, περιγραφή του υλικού και των μεθόδων, έκθεση των αποτελεσμάτων, συζήτηση στην οποία περιλαμβάνονται και τα τελικά συμπεράσματα καθώς και περιληφτή στα ελληνικά και αγγλικά και τη βιβλιογραφία. Η περιληφτή πρέπει να είναι αυτοτελής και να περιέχει το σκοπό της εργασίας, τις βασικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν, τα κύρια ευρήματα και τα σημαντικότερα συμπεράσματα.

**Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις:** Σ' αυτές παρουσιάζο-

νται σπάνιες περιπτώσεις με κλινικές εκδηλώσεις που περιγράφονται για πρώτη φορά, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν νέες διαγνωστικές ή θεραπευτικές μέθοδοι ή διατυπώνονται νέες απόψεις για την παθογένειά τους.

Έχουν έκταση 2-4 δακτυλογραφημένες σελίδες και περιλαμβάνουν σύντομη εισαγωγή, περιγραφή της περιπτώσεως, πίνακες ή σχήματα (έως 4), τα κύρια εργαστηριακά ευρήματα, βραχύ σχόλιο-συζήτηση, περιορισμένη βιβλιογραφία (5-10 παραπομπές) και περιληφτή στα ελληνικά και αγγλικά.

**Γενικά Θέματα:** Εδώ υπάγονται ποικίλα θέματα που αφορούν την ιατρική εκπαίδευση και δεοντολογία, την οργάνωση και τον προγραμματισμό της υγείας σ' όλες τις βαθμίδες της καθώς και ιατρικά θέματα με ευρύτερο κοινωνικό ενδιαφέρον. Μπορούν να γραφούν κάτω από τον τίτλο "Ειδικό άρθρο", "Γενικά θέματα", "Πρόσδοι στην Ιατρική" κ.τ.λ.).

Το άρθρο της κατηγορίας αυτής δεν απαιτεί ειδική δομή κατά τη σύνταξή του.

Όλες οι εργασίες (μαζί με τις φωτογραφίες τους) που αποστέλλονται στο περιοδικό (ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας <http://www.helleniki-iatriki.gr>) συνοδεύονται απαραίτητα από μια επιστολή προς τη Συντακτική Επιτροπή, όπου δηλώνεται ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευτεί σε άλλο περιοδικό και επίσης ότι έχει την έγκριση για δημοσίευση όλων των συγγραφέων που συμμετέχουν. Μετά τον έλεγχο και εφόσον η εργασία εκπληρώνει τις οδηγίες για τους συγγραφείς, στέλνεται για διπλή κρίση σε δύο αριθμόδιους επιστημονικούς συμβούλους του περιοδικού.

Όταν επιστρέψει (ο χρόνος δεν μπορεί να προκαθοριστεί) συμπληρώνεται από τους συγγραφέες (αν χρειαστεί) σύμφωνα με τις υποδείξεις των συμβούλων και τελικά παίρνει σειρά δημοσίευσεως.

Όταν η εργασία σελιδοποιηθεί ηλεκτρονικά αποστέλλεται στους συγγραφέες, για έλεγχο, δοκίμιο της α' διορθώσεως. Στο δοκίμιο αυτό δεν είναι δυνατή καμιά απολύτως προσθήκη, αλλαγή, βελτίωση κ.λ.π., παρά μόνον η διόρθωση λαθών του τυπογραφείου.

Οι εργασίες που δημοσιεύονται στην ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του συγγραφέα και του περιοδικού. Η αναδημοσίευση μερική ή ολική επιτρέπεται μόνο ύστερα από έγγραφη άδεια του περιοδικού.

Η τήρηση των παραπάνω οδηγιών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημοσίευση της εργασίας.

Ανάτυπο με τις αναλυτικές οδηγίες προς τους συγγραφείς μπορείτε να αναζητήσετε στην ιστοσελίδα  
<http://www.helleniki-iatriki.gr>



ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1928

# 32<sup>ο</sup> ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

30 ΜΑΡΤΙΟΥ – 1 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2017  
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ GRAND HOTEL PALACE  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΚΑΙ  
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ  
ΤΟΥ 31ου ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

Πρόεδρος : Α. Καραγιάννης  
Α' Αντιπρόεδρος : Δ. Σωτηριάδης  
Β' Αντιπρόεδρος : Αικ. Παπαγιάννη  
Γεν. Γραμματέας : Γ. Τσουλφάς  
Ταμίας : Δ. Καπουκρανίδου  
Ειδική Γραμματέας : Δ. Παπακώστα  
Έφορος Στέγης : Θ. Βασιλειάδης  
Έφορος Βιβλιοθήκης : Κ. Καραπαναγιώτης  
Μέλη : Β. Ταρλατζής  
Λ. Κοβάτση  
Γ. Κούρτογλου  
  
Γραμματέας      Μαρία Δ. Νάτση

**ΒΡΑΒΕΙΑ**

Δύο Βραβεία Ιδρύματος Χ.Κ. Κεραμέως  
Ένα Βραβείο Ιδρύματος Παπαγεωργίου

## **ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ**

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά σας καλωσορίζω στο **32<sup>ο</sup> Βορειοελλαδικό Ιατρικό Συνέδριο**, το οποίο θα πραγματοποιηθεί από **30 Μαρτίου ως 1 Απριλίου 2017**, στη Θεσσαλονίκη, στο Grand Hotel Palace.

Το συνέδριο αυτό αποτελεί την κορυφαία εκδήλωση της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης και καλύπτει θεματικά όλες τις ιατρικές ειδικότητες. Θα αναπτυχθούν επίκαιρα θέματα από ειδικούς ιατρούς και θα παρουσιασθούν νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι.

Οι φοιτητές της Ιατρικής θα συμμετάσχουν ενεργά στο συνέδριο με εισηγήσεις και παρουσιάσεις των ερευνητικών εργασιών τους. Επίσης, θα υπάρξει ενεργός συμμετοχή των νοσηλευτών και ανάλυση ενδιαφερόντων θεμάτων στο πεδίο της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Πιστεύω ακράδαντα ότι το τριήμερο του Συνεδρίου θα προσφέρει σε όλους μας την ευκαιρία για ανταλλαγή απόψεων σχετικά με τις τρέχουσες εξελίξεις της Ιατρικής επιστήμης, με απότερο σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον πάσχοντα συνάνθρωπο.

Θεσσαλονίκη, Απρίλιος 2017

Ο Πρόεδρος της Εταιρείας

**Αστέριος Καραγιάννης**  
Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

## ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ

OR.01

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΕΙΛΕΪΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN ΜΕ ΤΗΝ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΕΝΤΕΡΟΓΡΑΦΙΑ (MRE)

Γ. Παπαδεράκης, Κ. Μανάβη, Γ. Σκουρουμούνη, Α. Χριστοφορίδου, Μ. Λελεγιάννη, Α. Θεοδωρακόπουλος, Α. Μοριχοβίτου

Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Θ. «Παπαγεωργίου»

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι ο καθορισμός της ακρίβειας της μαγνητικής εντερογραφίας στην διάγνωση και τη διαφοροδιάγνωση της τελικής ειλεΐτιδας σε παιδιά με υποψία νόσου του Crohn. Επιπρόσθετα, θα αξιολογηθεί ο ρόλος της μαγνητικής εντερογραφίας στην παρακολούθηση (follow-up) των ασθενών με διαγνωσμένη νόσο του Crohn.

**Υλικό και μέθοδοι:** Συμπεριελήφθησαν 34 ασθενείς ηλικίας έως 16 ετών, με διαγνωσμένη νόσο του Crohn ή επί υποψίας της νόσου, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε μαγνητική εντερογραφία από τον Ιανουάριο του 2015 έως τον Δεκέμβριο του 2016. Οι παράμετροι που αξιολογήθηκαν είναι: το πάχος του τοιχώματος του εντέρου, το σήμα του τοιχώματος του εντέρου και του πέριξ αυτού λίπους στις T2WI ακολουθίες, ο βαθμός και το πρότυπο εμπλούτισμού του τοιχώματος, το μήκος και ο αριθμός των παθολογικών τμημάτων του εντέρου, , τα στοιχεία φλεγμονής του μεσεντερίου και η παρουσία διογκωμένων μεσεντέριων λεμφαδένων.

**Αποτελέσματα/Συμπεράσματα:** Επί συνόλου 24 ασθενών με υποψία νόσου του Crohn, 14 διαγνώσθηκαν με τη νόσο και επιβεβαιώθηκαν ιστολογικά, 4 διαγνώσθηκαν με άλλες παθολογικές οντότητες και 6 συνεκτιμήθηκαν με τις λοιπές κλινικοεργαστηριακές εξετάσεις, καθώς δεν ακολούθησε ιστολογική επιβεβαίωση των ευρημάτων. Συμπερασματικά, σε παιδιά με υποψία νόσου του Crohn η μαγνητική εντερογραφία εμφανίζει υψηλή ειδικότητα και θετική προγνωστική αξία, ενώ έχει καθιερωθεί ως εξέταση εκλογής για την παρακολούθηση και επανεκτίμηση της νόσου.

## **OR.02**

### **ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΚΥΣΤΗΣ ΜΕ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΚΥΣΤΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ**

K. Μανάβη, Γ. Σκουρουμούνη, Γ. Παπαδεράκης, Δ. Παναγιωτίδου, I. Πετμεζάρης, A. Θεοδωρακόπουλος

Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Θ. «Παπαγεωργίου»

**Εισαγωγή:** Οι χοληδοχοκύστεις αποτελούν συγγενή ανωμαλία του χοληφόρου δένδρου και συνίστανται σε κυστική ή ατρακτοειδή διάταση του κοινού ηπατικού ή κυρίως του κοινού χοληδόχου πόρου, με ή χωρίς διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων. Οι βλάβες αυτές εμφανίζονται με συχνότητα 1:13000 στην Ιαπωνία και 1:100000 στη Δύση. Το παρόν σύστημα κατηγοριοποίησης είναι η ευρέως αποδεκτή ταξινόμηση κατά Todani, η οποία περιλαμβάνει πέντε τύπους(I-V).

**Σκοπός:** Οι χοληδοχοκύστεις με συμμετοχή του κυστικού πόρου είναι εξαιρετικά σπάνιες και μόνο περιορισμένος αριθμός τεκμηριώνεται βιβλιογραφικά.

**Υλικά και μέθοδοι:** Μελετήσαμε τις απεικονιστικές εξετάσεις (υπερηχογραφικός έλεγχος και μαγνητική τομογραφία σε συνδυασμό με μαγνητική χολαγγεοπαγκρεατογραφία) εππά ασθενών ( 5 παιδιά και 2 ενήλικες, 4 θήλεις και 3 άρρενες, 3-67 ετών) σε χρονική περίοδο 15 ετών (2001-2016). Όλοι οι ασθενείς παρουσιάστηκαν με ίκτερο, κοιλιακό άλγος και ψηλαφητή μάζα στην κοιλιά.

**Αποτελέσματα:** Τόσο ο υπερηχογραφικός έλεγχος όσο και η μαγνητική τομογραφία ανέδειξαν ατρακτοειδή διάταση του κοινού ηπατικού, του κοινού χοληδόχου και του κυστικού πόρου. Το απεικονιστικό αποτέλεσμα ήταν ένας δίκερως κυστικός σχηματισμός.

**Συμπεράσματα:** Η άτυπη απεικόνιση των διαφόρων κύστεων του χοληφόρου δένδρου θα πρέπει να συμπεριληφθεί στην ταξινόμηση κατά Todani, έτσι ώστε να μπορεί να προβλεφθεί ο χειρουργικός σχεδιασμός προς αντιμετώπιση των επιμέρους παραλλαγών.

## OR.03

### ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΘΕΡΜΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗ (RADIO FREQUENCY ABLATION-RFA) ΣΕ ΕΞΕΡΓΑΣΙΕΣ ΗΠΑΤΟΣ

Δ. Παναγιωτίδου, Γ. Σκουρουμούνη, Γ. Παπαδεράκης, Ι. Πετμεζάρης, Β. Παπαγιάννης, Α. Βλαχοδήμος  
Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η θερμοκαυτηρίαση είναι ένας ενναλακτικός τρόπος θεραπείας των ηπατοκκυταρικών καρκινωμάτων και των ηπατικών μεταστάσεων, σε περιπτώσεις τις οποίες είτε η μεταμόσχευση του ήπατος δεν είναι εφικτή εγκαίρως ή σε περιπτώσεις όπου ο πρωτοπαθής όγκος είναι ανεγχείρητος. Η μέθοδος αυτή είναι ελάχιστα επεμβατική και μπορεί να επαναληφθεί χωρίς να αυξάνεται το ποσοστό των επιπλοκών, αλλά συνήθως ενδείκνυται για μικρής διαμέτρου εστίες.

**Σκοπός:** Η εργασία μας έγινε με σκοπό την ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της διαδερμικής θερμοκαυτηρίασης σε ηπατικές βλάβες.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Έγινε αναδρομική μελέτη 10 περιστατικών σε χρονικό διάστημα 6 μηνών. Οι ασθενείς είχαν διαγνωσθεί με εστίες ηπατοκυτταρικού καρκινώματος ή με μεταστατικές ηπατικές εστίες από ανεγχείρητους πρωτοπαθείς όγκους. Η διαδικασία της θερμοκαυτηρίασης έγινε με την καθοδήγηση πολυτομικού αξονικού τομογράφου και την διαδερμική τοποθέτηση βελόνης ραδιοσυχνοτήτων στις εκάστοτε ηπατικές εστίες. Μέσω των ραδιοσυχνοτήτων που εκπέμπονται από τα θερμαινόμενα ηλεκτρόδια στο άκρο της βελόνης, ο στοχευόμενος ιστός καυτηριάστηκε και τελικά νεκρώθηκε. Όλοι οι ασθενείς επανελέγχθηκαν με τριφασική αξονική τομογραφία ήπατος σε 1, 3 και 6 μήνες μετά το RFA.

**Αποτελέσματα:** Σε 6 (60%) ασθενείς η πλήρης καταστροφή της εστίας ήταν επιτυχής με την πρώτη συνεδρία. Σε 2 ασθενείς (20%) χρειάστηκε επαναληπτική συνεδρία για να ολοκληρωθεί η πλήρης καταστροφή της εστίας, ενώ στους υπόλοιπους 2 ασθενείς (20%) διενεργήθηκαν και παράλληλες συνεδρίες χημειοεμβολισμού.

**Συμπεράσματα:** Η θερμοκαυτηρίαση έχει αποδειχθεί πως αποτελεί μία ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο για τον τοπικό έλεγχο συγκεκριμένων ηπατικών εστιών σε ασθενείς με ηπατοκκυταρικό καρκίνωμα ή μεταστάσεις, με δυνατότητα επανάληψης της μεθόδου και με ελάχιστο ποσοστό νοσηρότητας.

#### OR.04

##### **ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ ΜΙΚΡΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΟΖΙΔΙΩΝ ( $\leq 15χιλ.$ ): ΠΟΣΟ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΕΙΝΑΙ;**

Δ. Παναγιωτίδου, Γ. Σκουρουμούνη, Γ. Παπαδεράκης, Ι. Πετμεζάρης, Α. Θεοδωρακόπουλος,  
Β. Παπαγιάννης  
Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η κατευθυνόμενη βιοψία αποτελεί μία απαραίτητη και αναντικατάστατη μέθοδο για το χαρακτηρισμό των ενδοπνευμονικών βλαβών που δεν είναι βρογχοσκοπικά προσπελάσιμες.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των διαδερμικών βιοψιών των μικρών πνευμονικών οζίδιων και η αξία τους στην παρακολούθηση και την περαιτέρω διαχείριση των ασθενών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Έγινε αναδρομική μελέτη των διαδερμικών βιοψιών πνευμονικών εστιών  $\leq 15χιλ.$ , υπό την καθοδήγηση αξονικής τομογραφίας, οι οποίες διενεργήθηκαν από το Σεπτέμβριο του 2012 έως και το Σεπτέμβριο του 2016. Το υλικό των βιοψιών πάρθηκε με βελόνα βιοψίας ιστοτεμαχίου 18Gauge και μήκους συνήθως 16εκ. ή 20εκ., αναλόγως τον ασθενή. Κατεγράφησαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών και των εξεργασιών, η διαδικασία των βιοψιών και οι επιπλοκές, καθώς και τα αποτελέσματα της ιστοπαθολογικής ανάλυσης.

**Αποτελέσματα:** Ένα σύνολο 78 βιοψιών διενεργήθηκε κατά την πάροδο των 4 ετών. Οι ασθενείς αυτοί είχαν είτε γνωστή υποκείμενη νεοπλασία ή το οζίδιο ήταν τυχαίο εύρημα στον απεικονιστικό έλεγχο. Τα οζίδια είχαν διάμετρο από 5 έως 15 χιλ. Η ιστοπαθολογική ανάλυση των δειγμάτων ήταν σαφής σε ποσοστό 93,59%. Σε ένα ποσοστό 29,45% παρατηρήθηκαν ελάσσονες επιπλοκές, όπως αιμόπτυση και πνευμοθώρακας, οι οποίες υποχώρησαν συντηρητικά. Στο 5,13% των περιστατικών δεν ήταν εφικτή η προσέγγιση της βλάβης λόγω του μικρού μεγέθους και της κινητικότητας των πνευμόνων.

**Συμπεράσματα:** Οι βιοψίες των μικρών ενδοπνευμονικών βλαβών υπό την καθοδήγηση της αξονικής τομογραφίας είναι η καλύτερη επιλογή διάγνωσης, επειδή αποτελούν την ελάχιστη επεμβατική μέθοδο, με σαφή ιστοπαθολογικά αποτελέσματα, που είναι καθοριστικά για την περαιτέρω διαχείριση των ασθενών.

## OR.05

### **ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ, ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

I. Πετμεζάρης, Φ. Σαράφης, Δ. Παναγιωτίδου, Ν. Δαλέρας, Χ. Μαυρίδου, Τ. Μαλκότση  
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

**Εισαγωγή:** Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού είναι μια ασυνήθης παραλλαγή του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού, που συχνά περιγράφεται χεχωριστά λόγω της κακής του πρόγνωσης, μπορεί δε να εμφανιστεί από οποιονδήποτε ιστολογικό τύπο καρκίνου που διηθεί και αποφράσσει τα λεμφαγγεία.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας μας είναι να παρουσιάσουμε τα μαστογραφικά ευρήματα του φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού, τον ρόλο του υπερηχογραφικού ελέγχου (και σε μερικές περιπτώσεις της μαγνητικής μαστογραφίας) στην αξιολόγησή του, καθώς και την σπουδαιότητα του βιοππικού ελέγχου στην διαφοροδιάγνωσή του από άλλες καλοήθεις φλεγμονώδεις παθήσεις.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε μια μελέτη στο τμήμα μαστού του εργαστηρίου μας, σε 131 γυναίκες οι οποίες εμφάνιζαν την κλινική εικόνα του φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού. Στις ασθενείς πραγματοποιήθηκε στη συνέχεια μαστογραφικός και υπερηχογραφικός έλεγχος, με ευρήματα συμβατά με τον φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού, καθώς και βιοψία στον πάσχοντα μαστό.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Στον πληθυσμό των γυναικών αυτών, οι 4 (3%) παρουσίασαν ιστολογικά επιβεβαιωμένο φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού, οι 121 (92%) παρουσίασαν ευρήματα οξείας μαστίτιδας, ενώ στις 6 (5%) τα απεικονιστικά ευρήματα αποδόθηκαν σε άλλα καλοήθη αίτια. Συμπερασματικά, ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού αποτελεί μια ιδιαίτερα επιθετική μορφή καρκίνου του μαστού, η οποία μπορεί να μιμηθεί άλλες καλοήθεις καταστάσεις, γι' αυτό και είναι εξαιρετικά σημαντική η έγκαιρη και σωστή διάγνωσή του.

## OR.06

### ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ PI-RI ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

I. Πετμεζάρης, Φ. Σαράφης, Δ. Παναγιωτίδου, Ν. Δαλέρας, Χ. Μαυρίδου, Τ. Μαλκότση  
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

**Εισαγωγή:** Η τεχνική Doppler είναι ένα χρήσιμο εργαλείο, το οποίο μας προσφέρει πληροφορίες για την αγγείωση μιας βλάβης. Για να αξιολογήσουμε μία βλάβη με την τεχνική Doppler ελέγχουμε τον αριθμό των αγγείων, την κατανομή και την διαμόρφωσή τους εντός της βλάβης, καθώς και την ταχύτητα και την αντίσταση της ροής του αίματος στα αγγεία αυτά.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσουμε τον ρόλο του συμπληρωματικού Doppler υπερηχοτομογραφήματος στην αξιολόγηση των αιμοδυναμικών παραμέτρων (πρότυπο αγγείωσης και δυναμικά ροής) των ογκόμορφων βλαβών του μαστού, καθώς και στην διαφορική διάγνωση των κακοηθών από τις καλοήθεις βλάβες.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε μία αναδρομική μελέτη σε 218 ασθενείς στο τμήμα μαστού του εργαστηρίου μας, ηλικίας 39-77 ετών, οι οποίες εμφάνιζαν βλάβες BIRADS 3,4 ή 5. Στις βλάβεις αυτές εκτιμήθηκε ο αριθμός των αγγείων σε σχέση με το μέγεθος του όγκου, ο δείκτης αντίστασης, ο δείκτης παλμικότητας και το αγγειακό πρότυπο κατανομής. Έπειτα τα ευρήματα συσχετίστηκαν με τα ιστοπαθολογικά αποτελέσματα, καθώς και με την ορμονική συμπεριφορά των βλαβών.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Στις καλοήθεις βλάβες η μέση αγγειακή πυκνότητα ήταν 2,1 ενώ στις κακοήθεις 4,9. Ο δείκτης αντίστασης μεγαλύτερος από 0,83 αντιστοιχούσε σε κακοήθεια με ποσοστό ευαισθησίας 75% και ειδικότητας 97%, ενώ ο δείκτης παλμικότητας μεγαλύτερος του 1,6 αντιστοιχούσε σε κακοήθεια με ποσοστό ευαισθησίας 70% και ειδικότητας 98%. Συμπερασματικά, ο αριθμός των αγγείων των βλαβών, το πρότυπο της κατανομής τους, όπως επίσης και οι δείκτες αντίστασης και παλμικότητας, παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαφορική διάγνωση καθώς και στην πρόγνωση των βλαβών του μαστού.

## OR.07

### ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Α. Δημουλάς, Δ. Παναγιωτίδου, Ι. Πετμεζάρης, Α. Χριστοφορίδου, Τ. Μαλκότση, Χ. Μαυρίδου,  
Ν. Δαλέρας  
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα ΓΝ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Μετά τη θεραπεία, ένα ποσοστό ασθενών με καρκίνο του μαστού θα αναπτύξει κάποιας μορφής υποτροπή. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη της σημασίας των σύγχρονων απεικονιστικών τεχνικών στην έγκαιρη διάγνωσή τους.

**Υλικά/ Μέθοδος:** Έγινε αναδρομική μελέτη 109 περιπτώσεων ασθενών με καρκίνο του μαστού, μετά από θεραπεία, που προσήλθαν στο εργαστήριό μας. Η απεικονιστική διερεύνηση αφορούσε έλεγχο με υπερήχους, αξονική τομογραφία και μαγνητική τομογραφία.

**Αποτελέσματα:** Ο έλεγχος με τις σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές ανέδειξε μεταστατικές εστίες στο ήπαρ (σε 28 ασθενείς, 25,6%), τους πνεύμονες (σε 15 ασθενείς, 13,7%), τα οστά (σε 7 ασθενείς, 6,4%) και τον εγκέφαλο (σε 3 ασθενείς, 2,7%).

**Συμπεράσματα:** Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει σημαντικά ποσοστά υποτροπής, ακόμη και μετά την θεραπεία. Η διερεύνηση με τις σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές αποτελεί τη βάση για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

## **OR.08**

### **ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΙΝΟΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ - ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟ ΦΑΣΜΑ ΚΑΤΑ BI-RADS**

N. Δαλέρας, I. Πετμεζάρης, Φ. Σαράφης, Δ. Παναγιωτίδου, X. Μαυρίδου, T. Μαλκότση  
Ακτινολογικό τμήμα του Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

**Εισαγωγή:** Το ινοαδένωμα αποτελεί τον συχνότερο καλοήθη όγκο του μαστού. Η συχνότερη ηλικία εμφάνισής του είναι μεταξύ 20 και 35 ετών και σπανιότερα στην εφηβεία και μετά την εμμηνόπαυση. Είναι ένας ορμονοεξαρτώμενος όγκος με αργή ή γρήγορη ανάπτυξη και με δυνατότητα εμφάνισης στασιμότητας ή υποστροφής .Η εντόπισή του μπορεί να είναι μονήρης ή πολλαπλή. Αποτελεί έναν ινοεπιθηλιακό όγκο με ψευδοκάψα και χαρακτηρίζεται από υπερπλασία του επιθηλιακού στοιχείου και του ενδολοβιακού συνδετικού ιστού. Είναι ευπίεστος όγκος , ανώδυνος, κινητός και η ψηλάφηση του εξαρτάται από το βάθος στο οποίο εντοπίζεται .

**Σκοπός:** Η διάκριση και η αναγνώριση των ινοαδενωμάτων ανάλογα με τη μορφολογική ανάπτυξη του επιθηλιακού στοιχείου και του περιβάλλοντος συνδετικού ιστού. Η διάκριση γίνεται με τη βοήθεια του μαστογραφικού και υπερηχογραφικού ελέγχου και σύμφωνα με την καινούρια αναθεώρηση των BI- RADS ( 2013).

**Υλικό –Μέθοδος:** Σε αναδρομική μελέτη 98 γυναικών, ηλικίας 35-74 ετών, με βάση τα μαστογραφικά και υπερηχογραφικά ευρήματα σε νεοδιαγνωσθέντα ή με αύξηση των διαστάσεων προϋπαρχόντων ινοαδενωμάτων διενεργήθηκε βιοψία με κόπτουσα βελόνα και ακολούθησε συνεκτίμηση των ακτινολογικών με τα ιστοπαθολογικά ευρήματα.

**Αποτελέσματα:** Η αναδρομική μελέτη επιβεβαίωσε την ύπαρξη του περισωληνώδους (46 γυναίκες-44%) και ενδοσωληνώδους (52 γυναίκες-56%) τύπου ανάλογα με την ανάπτυξη του επιθηλιακού στοιχείου και τον τύπο ινοαδενώματος του ενήλικα και του εφηβικού ή γιγαντιαίου ινοαδενώματος με βάση την ηλικία και το μέγεθος.

**Συμπεράσματα:** Η κατηγοριοποίηση των ινοαδενωμάτων αποσκοπεί στον αποκλεισμό των σπάνιων, καλά περιγεγραμμένων κακοηθειών και στην αποφυγή άσκοπων διαγνωστικών βιοψιών.

## OR.09

### ΠΡΟΤΥΠΑ ΟΣΤΙΚΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΓΟΝΑΤΟ

Α. Χριστοφορίδου, Μ. Λελεγιάννη, Γ. Παπαδεράκης, Φ. Σαράφης, Α. Δημουλάς, Α. Μπιντούδη, . Τσιτουρίδης  
Ακτινολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

**Εισαγωγή:** Οστικό οίδημα ονομάζεται η παρουσία παθολογικού MR σήματος στον οστικό μυελό των οστών. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν το οστικό οίδημα ποικίλλουν γεγονός που πολλές φορές δημιουργεί έντονο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα.

**Σκοπός:** κοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τα πρότυπα του οστικού οιδήματος γύρω από την άρθρωση του γόνατος ανάλογα με την τοπογραφική, το ύφος και την βαρύτητα τους.

**Υλικό – Μέθοδος:** Σε συνολικό χρονικό διάστημα 6 ετών (2010-2016) βρέθηκαν στα Pack's (σύστημα διαχείρισης εικόνων) συνολικά 623 μαγνητικές τομογραφίες γόνατος. Από αυτές εξαιρέθηκαν από την εργασία ασθενείς μικρότεροι των 12 ετών και μεγαλύτεροι των 65 ετών. Το νέο υπόλοιπο ήταν 484 ασθενείς, εκ των οποίων οι 352 ήταν άρρενες και οι 132 θήλυ με μέσο όρο ηλικίας 24,5 έτη (14-65έτη). Όλες οι εξετάσεις διενεργήθηκαν σε μαγνητικό τομογράφο 3T (Philips Ingenia) με πρωτόκολλο το οποίο περιελάμβανε ακολουθίες με επιβάρυνση πρωτονίων και τεχνική καταστολής λίπους σε τρία επίπεδα, T1 σε δύο τουλάχιστον επίπεδα καθώς και ειδικές ακολουθίες Gradient echo για την αξιολόγηση των μηνίσκων. Σκιαστικό χορηγήθηκε μόνον σε περιπτώσεις αναφερόμενης αρθρίτιδας. Οι εξετάσεις αξιολογήθηκαν από δύο (2) εξειδικευμένους ακτινολόγους, ένας με 6 χρόνια και ένας με ένα χρόνο εμπειρίας. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε 5 ομάδες ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα που προκάλεσε το οίδημα, τραυματικής, αντιδραστικής αιτιολογίας, οφειλόμενο σε παροδική οστεοπόρωση, εκφύλιση και τέλος με κακοήθη χαρακτηριστικά.

**Αποτελέσματα:** Από τους 428 ασθενείς, οι οποίοι συμπεριελήφθησαν στην μελέτη οι 159 (101άρρενες και 78 θήλυ) εμφάνισαν τραυματικής αιτιολογίας οστικό οίδημα, 102 (68 άρρενες και 34 θήλυ) εκφυλιστικής αιτιολογίας, 57 (39 άρρενες και 18 θήλυ) αντιδραστικής αιτιολογίας, 81 (68 άρρενες και 34 θήλυ) οφειλόμενο σε παροδική οστεοπόρωση και τέλος 29 (15 άρρενες και 14 θήλυ) με οστικό οίδημα λόγω κακοήθειας.

**Συμπέρασμα:** Η διαφοροδιάγνωση του οστικού οιδήματος γύρω από το γόνατο είναι δύσκολη τις περισσότερες φορές. Η γνώση των ειδικών τύπων αλλά και η κατανόηση τους διευκολύνει και οδηγεί στην σωστή διάγνωση και τελικά θεραπεία.

## OR.10

### Η ΑΠΛΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΓΟΝΥ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ)

Μ. Λελεγιάννη, Α. Χριστοφορίδου, Γ. Παπαδεράκης, Α. Δημουλάς, Φ. Σαράφης, Α. Μπιντούδη, Ι. Τσιτουρίδης

Ακτινολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

**Εισαγωγή:** Οι απλές ακτινογραφίες του γόνατος είναι οι δεύτερες κατά σειρά συχνότητας απλές ακτινογραφίες οι οποίες διενεργούνται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μετά τις ακτινογραφίες θώρακος. Αν και συνήθως χρησιμοποιούμε μόνο 3 λήψεις, υπάρχουν περισσότερες οι οποίες αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσουμε τα ευρήματα των απλών ακτινογραφίων του γόνατος στα ΤΕΠ.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Σε συνολικό χρονικό διάστημα 6 ετών(2010-2016) βρέθηκαν στα Packs (σύστημα διαχείρισης εικόνων) συνολικά 3458 απλές ακτινογραφίες γόνατος. Οι 2012 ήταν άρρενες και οι 1446 θήλυ με μέσο όρο ηλικίας 36,4 έτη (5-75έτη). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 2 τουλάχιστον απλές ακτινογραφίες, προσθιοπίσθια και πλάγια ενώ κατά περίσταση μπορούσε να προστεθεί και η κατ' εφαπτομένη επιγονατίδας . Ειδικές λήψεις δεν εκτελούνται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

**Αποτελέσματα:** Από τις 3458, οι 1274 ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα, οι 982 είχαν κάταγμα ενώ σε 365 υπήρχαν έμμεσα ευρήματα συνδεσμικής κάκωσης όπως είναι το κάταγμα Segond. Σε 125 ασθενείς αναγνωρίστηκαν, ως τυχαία ευρήματα καλοήθεις οστικοί όγκοι όπως ινώδη φλοιικά ελλείματα και εγχονδρώματα.

**Συμπέρασμα:** Η απλή ακτινογραφία γόνατος είναι ένα χρήσιμο εργαλείο, ιδιαίτερα στα ΤΕΠ για την διερεύνηση τόσο της κάκωσης όσο και της γοναλγίας . Είναι μια μέθοδος οικονομική, προσβάσιμη κ εύκολη στην χρήση και την ανάγνωση.

## ΒΑΣΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

OR.11

### ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΕΙΦΟΡΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗ, ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ, ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΓΗΡΑΝΣΗ

Ν. Παπαδάκης, Μ. Τίρτα, Α. Μούρνου, Θ. Μαρτίνη, Αικ. Κοσμίδου, Α. Ανέστης  
Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Αειφόρο ορίζουμε "την ανάπτυξη που πληροί τις ανάγκες του παρόντος χωρίς να διακυβεύει την ικανότητα των μελλοντικών γενεών να πληρούν τις ανάγκες τους". Ανάμεσα στις προτεραιότητες της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την αειφόρο ανάπτυξη περιλαμβάνεται μαζί με την κλιματική αλλαγή και καθαρή ενέργεια, την διαχείριση των φυσικών πόρων και την Δημόσια υγεία, η Φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός καθώς και η Γήρανση του πληθυσμού και η δημογραφία.

**Στόχος** της εργασίας είναι η ανάδειξη της ασκούμενης πολιτικής και τα αποτελέσματα της στα θέματα της Φτώχειας και του Κοινωνικού αποκλεισμού και της Δημογραφίας και γήρανσης του πληθυσμού.

**Υλικό και μέθοδος:** Η εργασία βασίσθηκε σε στοιχεία της Eurostat, στις επίσημες ιστοσελίδες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στις αποφάσεις και δράσεις τα τελευταία 20 χρόνια.

**Αποτελέσματα:** Οπως προκύπτει οι σταθερά απειλούμενοι πληθυσμοί από την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό είναι άποροι, γυναίκες, τρίτη ηλικία, άτομα με ειδικές ανάγκες, αποφυλακισμένοι κλπ. Επιπλέον τα τελευταία αυξάνονται συνέχεια οι νεόπτωχοι και οι πρόσφυγες-μετανάστες.

Όλες οι ευρωπαϊκές χώρες αντιμετωπίζουν, λόγω της γήρανσης των πληθυσμών, σημαντικές πιέσεις στη χρηματοδότηση των συντάξεων και υψηλότερη ζήτηση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Τα θέματα μας επιδεινώθηκαν από την βαθμιαία οικονομική κρίση των κρατών της ΕΕ, αλλά και το προσφυγικό κύμα που δημιουργήθηκε εξαιτίας των πολέμων και γεγονότων στην Βόρεια Αφρική και την Μέση Ανατολή.

**Συμπεράσματα:** Η αειφόρος ανάπτυξη είναι μονόδρομος για το μέλλον της ανθρωπότητας. Η Ευρωπαϊκή Ένωση πρωτοπορεί. Στην αντιμετώπιση της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού και της δημογραφίας, η ΕΕ οφείλει να προσαρμόζεται και να τροποποιεί αναλόγως τις αποφάσεις της, με ταχύτητα και αποτελεσματικότητα.

## OR.12

### ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΔΙΑΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ. ΕΥΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΑΞΕΙΣ

Ν. Παπαδάκης, Β. Σιέρρας, Κ. Καφφέ, Λ. Ισουά Καραδέδου, Κ. Παπαδόπουλος, Α. Ανέστης  
Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Από την Στοκχόλμη το 1972, μέχρι το Παρίσι το 2015, μέσα από δεκάδες διασκέψεις, με συμμετοχή όλων των κρατών, αλλά και των επιστημόνων και των παραγωγικών και περιβαλλοντικών οργανώσεων, η ανθρωπότητα αναζήτησε και αναζητά βιώσιμες λύσεις για το μέλλον του πλανήτη. Ο δρόμος ήταν μακρύς και είμαστε ακόμα στη μέση. Οι ανθρωπογενείς επιπτώσεις στο περιβάλλον έχουν γίνει δεκτές επιστημονικά αλλά αμφισβητούνται πολιτικά και οικονομικά.

**Σκοπός:** Η ανάδειξη των συμφωνιών και των ευχών, των διαφωνιών, αλλά και των διαψεύσεων στην πράξη, στη μακρά ιστορική πορεία των Διασκέψεων για το περιβάλλον.

**Υλικό μέθοδοι και αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν τα δεδομένα, τα αποτελέσματα, τα έργα οι παραλήψεις όλων των Διασκέψεων. Από τη Διεθνή Συνδιάσκεψη της Στοκχόλμης (1972), και την Ίδρυση της Παγκόσμιας Επιτροπής για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη με έδρα τη Γενεύη (1983). Η γεμάτη με ελπίδες Παγκόσμια Συνδιάσκεψη του Ρίο Ντε Τζανέϊρο που είναι γνωστή ως Συνάντηση Κορυφής για τη Γη (1992).

Η πρώτη απόφαση με νομική ισχύ, το Πρωτόκολλο του Κιότο (1997), που τέθηκε σε ισχύ το 2005 και η Σύνοδος του Γιοχάνεσμπουργκ (2002), δέκα χρόνια μετά το Ρίο.

Οι διασκέψεις στο Μπαλί (2007), στην Κοπεγχάγη (2009), στο Κανκούν (Μεξικό, 2010), του Ντέρμπταν (2011, Νότιος Αφρική), και της Ντόχα (Δεκ. 2012, Κατάρ), με πολλά μπρος πίσω συνέδεσαν τα οράματα του Ρίο με τα πρακτικά βήματα του Κιότο.

Η διάσκεψη-συμφωνία του Παρισιού για το κλίμα που πραγματοποιήθηκε το Δεκέμβριο του 2015, είναι μεγάλη κατάκτηση που πρέπει να διαφυλαχτεί.

**Συμπεράσματα:** Οι ανθρώπινες δράσεις επιβαρύνουν το περιβάλλον και αλλάζουν το κλίμα. Δεν υπάρχει καιρός για χάσιμο ούτε για πισωγυρίσματα.

## OR.13

### ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΠΟΨΕΩΝ-ΕΚΤΙΜΗΣΕΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Ν. Παπαδάκης<sup>1</sup>, Ν. Κορώνας<sup>1</sup>, Α. Ανέστης<sup>1,2</sup>

1 Εργαστήριο Υγιεινής, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

2 Τομέας Τεχνολογίας και Επιστημών, Αμερικανικό Κολέγιο Θεσσαλονίκης (ACT)

**Εισαγωγή:** Η κατανόηση της κρισιμότητας των περιβαλλοντικών προβλημάτων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη συγκρότηση μιας αποτελεσματικής στρατηγικής διαφύλαξης της δημόσιας υγείας. Οι φοιτητές της Ιατρικής πρέπει να γνωρίζουν τις επιπτώσεις των ανθρωπογενών δράσεων στο περιβάλλον και την υγεία.

**Σκοπός:** Η καταγραφή των απόψεων και εκτιμήσεων φοιτητών της ιατρικής σχολής σε σχέση με περιβαλλοντικά θέματα, καθώς και η παρακολούθηση της εξέλιξής των σχετικών καταγραφών στο χρόνο.

**Υλικό-Μεθοδολογία:** Κατά το χρονικό διάστημα 2005-2015 στα πλαίσια των ασκήσεων-εργαστηρίων της υγιεινής, καταγράφηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίου οι απόψεις 1186 τριτοετών φοιτητών του Τμήματος Ιατρικής του Α.Π.Θ. σχετικά με περιβαλλοντικά ζητήματα.

#### Αποτελέσματα:

- Τα 3/4 των συμμετεχόντων χαρακτηρίζουν ως σημαντικά ή πολύ σημαντικά τα περιβαλλοντικά ζητήματα, αν και μόλις 1 στους 2 θεωρεί ότι είναι επαρκώς ενημερωμένος.
- Μόλις 1 στους 4 φοιτητές γνωρίζει το ποσοστό μείωσης του στρατοσφαιρικού όζοντος πάνω από την Ελλάδα, ενώ η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (56%) έχουν την λανθασμένη εντύπωση ότι το φαινόμενο του θερμοκηπίου δεν θα υπήρχε χωρίς την παρουσία του ανθρώπου.
- Με βάση την ενημέρωσή τους που προέρχεται κατά κύριο λόγο από το διαδίκτυο, ως σημαντικότερα παγκόσμια περιβαλλοντικά προβλήματα χαρακτηρίζονται το φαινόμενο του θερμοκηπίου, η χρήση των πρώτων υλών και της ενέργειας, η καταστροφή των δασών και η ρύπανση των ωκεανών.
- Η ρύπανση του θερμαϊκού, η ατμοσφαιρική ρύπανση και η διάθεση των απορριμμάτων θεωρούνται τα σημαντικότερα περιβαλλοντικά προβλήματα της Θεσσαλονίκης.

**Συμπεράσματα:** Διαπιστώνεται ένα σημαντικό πρόβλημα παιδείας που αφορά τόσο τις γνώσεις όσο και την αίσθηση που υπάρχει γύρω από περιβαλλοντικά θέματα, με ευθύνη όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης, της οικογένειας, των μέσων ενημέρωσης, του διαδικτύου και άλλων κοινωνικών δομών και λειτουργιών.

## ΒΙΟΛΟΓΙΑ

OR.14

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΩΝ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ

Θ. Παπαμήτσου<sup>1</sup>, Σ. Φωτιάδου<sup>1</sup>, Α. Παπαχριστοδούλου<sup>1</sup>, E.-M. Dietrich<sup>2</sup>, Δ. Καμπέρης<sup>1</sup>, A. Τόσκας<sup>1</sup>, Σ. Καραχρυσάφη<sup>1</sup>, Α. Σιόγκα<sup>1</sup>

1 Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Τμήμα Ιατρικής Σχολής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα

2 Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Erlangen, Γερμανία

**Εισαγωγή:** Τα διφωσφονικά αποτελούν εκλεκτικούς αναστολείς της οστικής απορρόφησης και η χρήση τους έχει συσχετισθεί με κυτταροτοξικές επιδράσεις στα στοματικά επιθηλιακά κύτταρα.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίδρασης του Ζολενδρονικού οξέος, ενός αζωτούχου διφωσφονικού, στα κύτταρα του στοματικού βλεννογόνου και στην έκφραση του παράγοντα VEGF.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Είκοσι θηλυκά ποντίκια τύπου Wistar χωρίστηκαν σε δύο ομάδες των δέκα ποντικιών: την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Το Ζολενδρονικό οξύ χορηγήθηκε από του στόματος σε δοσολογία 0.05mg/kg Β.Σ./εβδομάδα για 13 εβδομάδες στα ποντίκια της πειραματικής ομάδας. Μετά την ευθανασία, αφαιρέθηκε η κάτω γνάθος των ζώων και οι ιστοί που λήφθησαν επεξεργάστηκαν για παρατήρηση στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο και ανοσοϊστοχημική έκφραση του VEGF.

**Αποτελέσματα:** Το Ζολενδρονικό οξύ προκάλεσε μία μείωση στις στιβάδες των επιθηλιακών κυττάρων κατά 20% στους ιστούς της κάτω γνάθου και το 40% αυτών των κυττάρων εμφάνισε πυκνωτικούς πυρήνες, υποδεικνύοντας το μηχανισμό της απόπτωσης. Ο βασικός υμένας παρουσίαζε ρήξη και ελαττωμένο αριθμό ημιδεσμοσωμάτων στο 70% των κυττάρων και στο 60% το χόριο είχε εκτεταμένο οίδημα. Η ανοσοϊστοχημική έκφραση του VEGF ανευρέθηκε ασθενώς (+) θετική στο 40% των δειγμάτων.

**Συμπεράσματα:** Το Ζολενδρονικό οξύ έχει μια ισχυρή αποπτωτική επίδραση στα στοματικά επιθηλιακά κύτταρα και στη δομή του χορίου. Η αυξημένη έκφραση του VEGF στην πειραματική ομάδα υποδεικνύει την αναδιαμόρφωση της αρχιτεκτονικής του βλεννογόνου.

## OR.15

### ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σ. Στυλιανίδου<sup>1</sup>, Αικ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Π.-Θ. Μέμτσα<sup>2</sup>, Κ. Φιλιππάτος<sup>1</sup>, Ι. Τζιτζίκας<sup>1</sup>

1 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης, Α.Π.Θ. Ιατρική Σχολή

2 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

**Εισαγωγή:** Το ανοσολογικό σύστημα αποτελεί ένα σύνολο μηχανισμών που συμμετέχουν στην προστασία ενός οργανισμού από ασθένειες μέσω της αναγνώρισης διαφόρων παθογόνων οργανισμών και εξαλλαγμένων κυττάρων. Ο καρκίνος είναι και αντιγονικός και ανοσογονικός, μπορεί να αναγνωριστεί από το ανοσολογικό σύστημα και να προκαλέσει ανοσολογική απάντηση και επομένως υπόκειται σε ανοσοεπιτήρηση. Αυτή η πιθανότητα του καρκίνου αποτελεί τη βάση της ανοσοθεραπείας του καρκίνου, της χρήσης δηλαδή του ανοσολογικού συστήματος για την εξάλειψη ή τον περιορισμό και έλεγχο του καρκίνου. Ο στόχος της ανοσοθεραπείας του καρκίνου είναι η επαγωγή καρκινοειδικής ανοσολογικής απόκρισης και διαφυγή από την ανοσοκαταστολή.

**Σκοπός:** Συνοπτική αναφορά των περισσότερο υποσχόμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων στην ανοσοθεραπεία του καρκίνου, που είναι σήμερα σε εξέλιξη.

**Υλικό- Μέθοδοι:** Βιβλιογραφική ανασκόπηση, ηλεκτρονικές πηγές pubmed. Παρακολούθηση των εξελίξεων στον τομέα της ανοσολογίας του καρκίνου, τα τελευταία έτη, και την προσφορά τους στη γνώση και τις τεχνικές για την ανάπτυξη καινοτόμων ανοσοθεραπευτικών προσεγγίσεων- ενεργητική, παθητική και επαγωγική ανοσοθεραπεία.

**Αποτελέσματα:** Η ενεργητική ανοσοθεραπεία στοχεύει στην επικέντρωση της ανοσιακής απάντησης του οργανισμού σε ειδικά μεμβρανικά ή μη αντιγόνα των νεοπλασματικών κυττάρων. Η υλοποίηση της ιδέας της «εκπαίδευσης» του ανοσιακού συστήματος για τη θεραπεία του καρκίνου έγινε επίσημα για πρώτη φορά από το Colley το 1983. Για την παρασκευή εμβολίων δοκιμάζονται διάφορα μόρια: α. ανθεκτικά συναφή αντιγόνα όγκων (ΣΑΟ) και ειδικά αντιγόνα όγκων (ΕΑΟ), β. ολόκληρα προϊόντα λύσης όγκων, που περιέχουν ΣΑΟ, γ. φορείς κωδικοποίησης ΣΑΟ, δ. εμβόλια με δενδριτικά κύτταρα. Μεταξύ αυτών μόνο ένα κυτταρικό εμβόλιο, το Sipuleucel-Ta, εγκρίθηκε για τη θεραπεία ασθενών με μεταστατικό ορμονοανθεκτικό καρκίνο του προστάτη το 2010. Επίσης έχουν εγκριθεί τα δύο πολυδύναμα εμβόλια ως προφυλακτικά μέτρα έναντι του ιού των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Στην παθητική ανοσοθεραπεία χορηγούνται έτοιμα ανοσολογικά μόρια- αντισώματα, όταν το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να είναι ήδη καταπονημένο από προηγούμενη θεραπεία, πτεριλαμβανομένης της χημειοθεραπείας και από εν εξελίξει ασθένεις. Τα μονοκλωνικά αντισώματα έχουν συγκεκριμένους στόχους και λίγες ανεπιθύμητες παρενέργειες. Μπορούν να λειτουργήσουν ως οψωνίνες (ριτουξιμάπτη) για τα καρκινικά κύτταρα και να τα σδηγήσουν στην απόπτωση και την καταστροφή. Τα μονοκλωνικά αντισώματα κετουξιμάπτη και πανιτουμουμάπτη αποκλείουν την αλληλεπίδραση του EGFR (υποδοχέας του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα) με τον συνδέτη του EGF. Η βεβασιζουμάπτη είναι ο πρώτος αντι-αγγειογενετικός παράγοντας με αποδεδειγμένα οφέλη στη συνολική επιβίωση στους τρεις συνηθέστερους τύπους όγκων: τον καρκίνο παχέως εντέρου, τον καρκίνο του μαστού και τον μη- μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Η ιπιλιμουμάπτη προσέφερε αύξηση της επιβίωσης κατά περίπου 3,5 μήνες σε ασθενείς με προχωρημένο σταδίου μελάνωμα. Τέλος η επαγωγική ανοσοθεραπεία αναφέρεται στην αυτόλογη και στην ετερόλογη μεταμόσχευση ανοσιακών κυττάρων που έχουν τροποποιηθεί ex vivo, ώστε να εκφράζουν καρκινοειδικούς υποδοχείς.

**Συμπεράσματα:** Με την κινητοποίηση κάθε δυνατού μηχανισμού του ανοσιακού συστήματος εναντίον των όγκων παρέχεται η ευκαιρία ανάπτυξης νέων και βελτιωμένων πρακτικών. Οι κυτταροκίνες και τα μονοκλωνικά αντισώματα βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της θεραπευτικής φαρέτρας. Ο συνδυασμός της ανοσοθεραπείας με τη χειρουργική, την ακτινοθεραπεία και/ ή την χημειοθεραπεία αποτελεί νέα τάση θεραπείας. Η ανοσοθεραπεία εφαρμόζεται σε αρχικά στάδια ως «συμπληρωματικής» (adjuvant) χημειοθεραπείας/ ακτινοθεραπείας, με στόχο την ολοκληρωτική καταστροφή των καρκινικών κυττάρων και την αποφυγή της μετάστασης. Νέες έρευνες και κλινικές δοκιμές διεξάγονται καθημερινά ώστε να

ανακαλυφθούν και να δοκιμαστούν πρωτότυπα ανοσοθεραπευτικά σχήματα με στόχο την αντιμετώπιση και τη θεραπεία της νεοπλασματικής νόσου.

**Βιβλιογραφία:**

1. Dranoff G., Cytokines in cancer pathogenesis and cancer therapy. Nat Rev Cancer 2004, 4:11-22
2. Dunn GP, Old LJ, Schreiber RD, The immunobiology of cancer immunoediting and immunoediting. Immunity 2004, 21:137-148
3. Aranda F, Vaccellie E, Eogermont A et al, Trial Watch: Peptide vaccines in cancer therapy. Oncoimmunology 2013, 2:e26621
4. Howland R., Mycek M, Harvey R, Champer P., Φαρμακολογία 3<sup>η</sup> Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2007: 526-528
5. Baba AI, Catoi C., Comparative Oncology, The publishing house of the Romanian academy, Bucharest, 2007: 158-165

## OR.16

### ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ STRESS ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΟΥ

Ο. Τσαβέ<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Το οξειδωτικό στρες αντιπροσωπεύει διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ της παραγωγής δραστικών μορφών οξυγόνου (Reactive Oxygen Species, ROS) και της ικανότητας ενός βιολογικού συστήματος να αδρανοποιεί τα τοξικά αυτά μόρια και να επισκευάζει τις βλάβες που προκαλούν. Οι καταστροφικές συνέπειες της μη ελεγχόμενης οξείδωσης των βιομορίων προέρχεται κυρίως από ROS.

**Σκοπός:** Στόχος της παρούσας εργασίας αποτελεί η παρουσίαση των μηχανισμών που συντελούν στην ανάπτυξη του οξειδωτικού stress και ο τρόπος ανίχνευσης του σε κλινικό επίπεδο με την χρήση βιοπληροφορικών εργαλειών

**Υλικό και Μέθοδοι:** Η μελέτη βασίζεται σε εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση. Στις πηγές περιλαμβάνονται δημοσιευμένες εργασίες με αντικείμενο τους παράγοντες που συντελούν στον σχηματισμό των ROS και σε έρευνες σχετικές με την εκτίμηση, αποσαφήνιση και μεθόδους καταγραφής του καταπονητικού αυτού παράγοντα.

**Αποτελέσματα :** Το οξειδωτικό stress προκύπτει εξαιτίας ενζυμικών και μη διεργασιών όταν οι αντιοξειδωτικού μηχανισμοί αποτυγχάνουν να εξουδετερώσουν τα παραγόμενα ROS. Αποτέλεσμα αυτού είναι η παραμονή αυτών των μορίων για χρονικό διάστημα ικανό να προκαλέσει περαιτέρω αντιδράσεις. Τα επίπεδα του οξειδωτικού stress (παραγωγή ελευθέρων ριζών, αντιοξειδωτικές άμυνες, οξειδωτική καταστροφή και μηχανισμοί επιδιόρθωσης) είναι δυνατόν να καταμετρηθούν με πληθώρα μεθόδων και χρήση βιοπληροφορικών εργαλείων.

#### Συμπεράσματα:

Πρακτικά, το οξειδωτικό stress μπορεί να αξιολογηθεί μετρώντας την απόσβεση ή την παρουσία αυξημένων επιπέδων ROS (άμεσα ή/ και έμμεσα). Η αποσαφήνιση των μηχανισμών σχηματισμού και η βελτιστοποίηση των μεθόδων καταγραφής συνδυαστικά με την συνεισφορά κατάλληλων βιοπληροφορικών εργαλείων αναμένεται να συμβάλλει στην αντιμετώπιση σύγχρονων, απαιτητικών παθο)φυσιολογικών καταστάσεων.

**ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΩΝ E167D ΚΑΙ T267I ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ R202Q  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΥΡΕΤΟ**

Α. Δάρδας<sup>1,2</sup>, Μ.- Α. Γαλή<sup>1</sup>, Ε. Παπαδοπούλου-Αλατάκη<sup>3,4</sup>, Α. Κουβάτση<sup>2</sup>, Α. Λαμπρόπουλος<sup>1,4</sup>

1 Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας, Α' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

2 Τομέας Γενετικής, Ανάπτυξης και Μοριακής Βιολογίας, Τμήμα Βιολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

3 Δ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

4 Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Ο Οικογενής Μεσογειακός Πυρετός (ΟΜΠ) είναι μία κληρονομική αυτοφλεγμονώδης νόσος που χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια πυρετού και κοιλιακού άλγους και κληρονομείται με αυτοσωμικό υπολειπόμενο χαρακτήρα. Το υπεύθυνο γονίδιο (MEFV) εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 16 (16p13.3) και κωδικοποιεί την πρωτεΐνη πυρίνη. Η νόσος πλήττει ιδιαίτερα μεσογειακούς πληθυσμούς και κυρίως μη Ασκενάζι Εβραίους, Αρμένιους, Τούρκους και Άραβες (1:200-1:1.000). Έχουν αναγνωρισθεί τουλάχιστον 314 παραλλαγές του γονιδίου με διαφορετικές επιπτώσεις στο φαινότυπο, ενώ μέχρι σήμερα επικρατεί διαμάχη σχετικά με το ρόλο του πολυμορφισμού R202Q στην εμφάνιση ΟΜΠ.

**Σκοπός:** Η παρούσα έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση της συσχέτισης του πολυμορφισμού R202Q και των μεταλλάξεων E167D και T267I στην εκδήλωση του ΟΜΠ.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Στη συγκεκριμένη μελέτη ταυτοποιήθηκαν με τη μέθοδο INNO LiPA 64 ασθενείς με ΟΜΠ και στη συνέχεια τραγματοποιήθηκε γονοτύπηση με τη μέθοδο RFLP-PCR για τον πολυμορφισμό R202Q και για τις μεταλλάξεις E167D και T267I. Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν επίσης 300 υγιή άτομα ως μάρτυρες για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

**Αποτελέσματα:** Οι μεταλλάξεις (συχνότητες εντός παρένθεσης) που ανιχνεύθηκαν στους 64 ασθενείς της μελέτης περιελάμβαναν τις M694V (42,7%), E148Q (13,4%), M680I (G/C) (11%), K695R (8,5%), A744S (7,3%), V726A (6,1%), R761H (6,1%) και P369S (4,9%), ενώ οι E167D και T267I δεν ανιχνεύθηκαν. Η ομοζυγωτία για τον πολυμορφισμό R202Q βρέθηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό στους ασθενείς συγκριτικά με τα υγιή άτομα ( $p=0,001689$  και Odds Ratio=3,455 σε 95% CI= 1,532-7,791).

**Συμπεράσματα:** Εν κατακλείδι, φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της νόσου και της ομοζυγωτίας για τον πολυμορφισμό R202Q, αλλά απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός ασθενών προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

# ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ

OR.18

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΗ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ

Α. Τσέπα<sup>1</sup>, Δ. Ανεστάκης<sup>2</sup>, Ρ. Τσαβδάρης<sup>2</sup>, Φ. Λουκά<sup>2</sup>, Ε. Ζαγγελίδου<sup>3</sup>, Ν. Ράικος<sup>1</sup>

1 Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας ΑΠΘ

2 Τμήμα Ιατροδικαστικής Ιστοπαθολογίας ΑΠΘ

3 Ιατροδικαστική Υπηρεσία Θεσσαλονίκης, Υπουργείο Δικαιοσύνης

**Εισαγωγή:** Εγκεφαλικός θάνατος είναι η κατάσταση θανάτου χαρακτηριζόμενη από μη αναστρέψιμη απώλεια της εγκεφαλικής λειτουργίας και άπνοιας. Επισήμως η εξέταση και διάγνωση πραγματοποιείται υπό συνθήκες ΜΕΘ με βάση νευρολογικά κριτήρια, ωστόσο σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί η συμμετοχή του ιατροδικαστή στη διάγνωση ή/και σε άλλες διαδικασίες.

**Σκοπός:** Η εργασία αυτή πραγματεύεται τα καθήκοντα του ιατροδικαστή στις περιπτώσεις του εγκεφαλικού θανάτου, καθώς και στα ηθικά θέματα που προκύπτουν από την μεταθανάτια εξέταση και τη χρήση και μεταμόσχευση πτωματικών ιστών για διαγνωστικούς και άλλους λόγους.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Η μεταθανάτια ιατροδικαστική εξέταση (νεκροψία-νεκροτομή) μακροσκοπικά και μικροσκοπικά, λαμβάνοντας υπόψιν διάφορες μεταβλητές όπως ο χρόνος του θανάτου.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Εάν θεωρηθεί απαραίτητο μπορεί να ζητηθεί η διενέργεια μεταθανάτιας εξέτασης, που στηρίζεται με βάση μικροσκοπικά και μακροσκοπικά ευρήματα για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου ή του φαινομένου του "εγκεφάλου αναπνευστήρα", τα οποία θεωρούνται συμπληρωματικά της νευρολογικής εξέτασης. Άλλοι σκοποί αποτελούν ο προσδιορισμός της αιτίας θανάτου, του χρόνους πρόκλησης του θανάτου και του χρόνου πρόκλησης του τραυματικού γεγονότος. Η μεταθανάτια εξέταση και η λήψη δειγμάτων για διαγνωστικούς λόγους δημιουργούν ηθικά και νομικά ζητήματα που ενδέχεται να επιβαρύνουν τον ιατροδικαστή. Η συμβολή του ιατροδικαστή στον εγκεφαλικό θάνατο, αν και δεν είναι συχνή, είναι απαραίτητη σε εγκληματολογικές περιπτώσεις, προσφέροντας επιπλέον διαγνωστικά στοιχεία και ορίζοντας την φύση του τραυματικού γεγονότος.

## OR.19

### Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ S100A1 ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Β. Σιώκας<sup>1</sup>, Λ. Κοβάτση<sup>2</sup>

1Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γ.Ν.Θ. Γ. Γεννηματάς

2Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ

**Εισαγωγή:** Η ισχαιμία του μυοκαρδίου αποτελεί συχνή αιτία θανάτου. Ωστόσο, η διάγνωσή της είναι δύσχερής όταν ο χρόνος επιβίωσης του ασθενούς είναι βραχύς. Το διαφοροδιαγνωστικό κενό υπόσχεται να καλύψει η ανίχνευση και ποσοτικοποίηση μια πρωτεΐνης ειδικής του μυοκαρδίου, που ονομάζεται S100A1.

**Σκοπός:** Να παρουσιαστούν τα συγκριτικά πλεονεκτήματα της μέτρησης της πρωτεΐνης S100A1, έναντι άλλων κλασσικών δεικτών, στη διάγνωση της ισχαιμίας του μυοκαρδίου με μικρό χρόνο επιβίωσης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ανασκοπήθηκε συστηματικά η διεθνής επιστημονική βιβλιογραφία των τελευταίων 5-7 ετών.

**Αποτελέσματα:** Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι, από αναλύσεις τόσο σε ζωικά μοντέλα όσο και σε μικρό αριθμό ανθρώπων, ο προσδιορισμός της S100A1 μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της οξείας ισχαιμίας του μυοκαρδίου. Συγκεκριμένα, η αύξηση της S100A1 φαίνεται να είναι ευαίσθητος και ειδικός δείκτης της ισχαιμίας του μυοκαρδίου, ενώ ταυτόχρονα η απουσία χρώσης, με ανοσοϊστοχημικές μεθόδους, στο τμήμα του μυοκαρδίου που έχει υποστεί βλάβη, επιβεβαιώνει την παραπάνω υπόθεση.

**Συμπεράσματα:** Η πρωτεΐνη S100A1 φαίνεται ότι παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα στη διάγνωση της ισχαιμίας του μυοκαρδίου έναντι των κλασσικών δεικτών, όταν ο χρόνος επιβίωσης του ασθενούς είναι βραχύς.

## ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΩΣ ΑΙΤΙΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Α. Μανωλόπουλος, Λ. Κοβάτση

Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας, με τον επιπολασμό να έχει ανέλθει τα τελευταία χρόνια στο 8,8% σε παγκόσμιο επίπεδο. Η μεταθανάτια διάγνωσή του παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες και προκλήσεις.

**Σκοπός:** Να παρουσιαστούν οι μέθοδοι με τις οποίες διαγνωνώσκεται μεταθανάτια η υπεργλυκαιμία ως αιτία θανάτου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Για το σκοπό της παρούσας μελέτης ανασκοπήθηκε συστηματικά η διεθνής βιβλιογραφία δια της βάσης δεδομένων Pubmed.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μία νόσο του μεταβολισμού. Για την μεταθανάτια διάγνωσή του απαιτείται υψηλός βαθμός επαγρύπνησης από την πλευρά του Ιατροδικαστή και μέτρηση διαφόρων βιοχημικών παραμέτρων στα κατάλληλα, κάθε φορά, βιολογικά δείγματα. Οι κυριότεροι βιοχημικοί δείκτες, που μπορούν να συμβάλουν στη διάγνωση του διαβήτη είναι η γλυκόζη, οι κετόνες και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη HbA1c, σε συνδυασμό με άλλους, λιγότερο συχνά αξιοποιήσιμους δείκτες, όπως η φρουκτοζαμίνη, η ισοπροπυλική αλκοόλη και η 1-δεοξυγλυκόζη (1,5-AG). Συμπερασματικά, το βιοχημικό περιβάλλον του νεκρού σώματος μπορεί να προσφέρει χρήσιμα στοιχεία ως προς τη διάγνωση των παθολογικών καταστάσεων που άμεσα ή έμμεσα οδήγησαν στον θάνατο, παρόλο που υπάρχει συχνά ασυμφωνία ως προς τις φυσιολογικές τιμές των βιοχημικών παραμέτρων στα μεταθανάτια βιολογικά δείγματα.

## ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

OR.21

### Η ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ ΣΤΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΤΟΥ ΑΡΕΤΑΙΟΥ ΤΟΥ ΚΑΠΠΑΔΟΚΗ

Π. Κωνσταντόπουλος, Ν. Παπαβραμίδου  
Ιστορία της Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής,  
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Ο Αρεταίος ο Καππαδόκης (2ος αι. μ.Χ.) θεωρείται ένας από τους πιο επιφανείς Έλληνες ιατρούς της ρωμαϊκής περιόδου. Σε δύο από τα οκτώ σωζόμενα βιβλία του, με τίτλο *Περί αιτίων και σημείων χρονίων παθών και Χρονίων νούσων θεραπευτικόν*, αναφέρεται σε διάφορες ασθένειες, όπως η επιληψία, η δυσεντερία, η αρθρίτιδα, αλλά και στη γονόρροια. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, και ειδικότερα της γονόρροιας, μέσα από τα κείμενα του Αρεταίου του Καππαδόκη. Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από πρωτογενείς πηγές -κείμενα του Αρεταίου στην Αρχαία και στη Νέα ελληνική γλώσσα. Μέσα από αυτά διαπιστώνεται ότι η γονόρροια δεν είναι θανάσιμη πάθηση, αλλά είναι ιδιαίτερα δυσάρεστη και αηδιαστική. Το βασικότερο χαρακτηριστικό σύμπτωμα της περιγραφόμενης νόσου είναι η ακατάσχετη και ασυνείδητη ροή σπέρματος, η οποία εμφανίζεται αδιακρίτως φύλου. Ο συγγραφέας περιγράφει την αιτιολογία της νόσου, τα σχετικά συμπτώματα και την κλινική τους εικόνα. Παραδέχεται δε, ότι η πάθηση αυτή αποτελεί εξέλιξη της σατυρίασης. Σε ό, τι αφορά στη θεραπεία, ο Αρεταίος προτείνει τη χορήγηση στυπτικών ουσιών, θερμαντικών καταπλασμάτων, αφεψημάτων, ενώ συστήνει σωματική άσκηση, αλλά και την κυοφορία για τις γυναίκες, καθώς και την εφαρμογή ορισμένων πρακτικών μεθόδων.

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

OR.22

### ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΡΗΞΗΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Κ. Σιδηροπούλου<sup>1</sup>, Δ. Καραμάνος<sup>1</sup>, Δ. Μπλιάμπλιας<sup>2</sup>, Ι. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Ν. Σαρατζής<sup>1</sup>

1 Α' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

2 Αναισθησιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

**Εισαγωγή:** Οι ανοιχτές κακώσεις αγγείων ανήκουν στα άμεσα αγγειακά τραύματα και προέρχονται από αιχμηρά και τέμνοντα αντικείμενα στα πλαίσια ατυχημάτων (οικιακά, εργατικά, πολεμικά, τροχαία ατυχήματα) ή μετά από ιατρικές πράξεις.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της περίπτωσης ασθενούς με τρώση της δεξιάς υποκλειδίου αρτηρίας η οποία αντιμετωπίστηκε με τη μέθοδο της ενδαγγειακής αποκατάστασης με χρήση κεκαλυμμένου νάρθηκα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής ετών 74, προσήλθε στα επείγοντα μετά από τραυματισμό με νύσσον - τέμνων όργανο (μαχαίρι) στην δεξιά υποκλείδια χώρα κατά την διάρκεια κοπής ψωμιού. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε σφύζων αιμάτωμα στο δεξιό υπερκλείδιο βόθρο και την δεξιά πλάγια τραχηλική χώρα. Ο έλεγχος με αξονική τομογραφία τραχήλου ανέδειξε ψευδοανεύρυσμα δεξιάς υποκλειδίου αρτηρίας.

Η ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο όπου με τοπική αναισθησία πραγματοποιήθηκε αποκάλυψη της βραχιονίου αρτηρίας. Ακολούθησε η εισαγωγή σύρματος και θηκαριού. Η διεγχειρητική αγγειογραφία αποκάλυψε την διαφυγή και εξαγγείωση του σκιαστικού από την δεξιά υποκλείδιο αρτηρία. Στην θέση αυτή προωθήθηκε κεκαλυμμένος νάρθηκας. Ο τελικός έλεγχος ανέδειξε αποκλεισμό της διαφυγής με καλή βατότητα στην δεξιά υποκλείδιο αρτηρία.

**Αποτελέσματα:** Άμεσα μετά το χειρουργείο το αιμάτωμα σταμάτησε να σφύζει και η ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση την 4<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Ο έλεγχος με αξονική τομογραφία μετά από ένα μήνα ανέδειξε υποχώρηση του αιματώματος με καλή βατότητα της δεξιάς υποκλειδίου αρτηρίας και η ασθενής παραμένει σε καλή κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση ενδαγγειακών τεχνικών στην αποκατάστασης αγγειακών κακώσεων, ιδιαίτερα σε περιοχές δύσκολης προσπέλασης αποτελούν μία ασφαλή, σχετικά αναίμακτη και αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης.

## ΟΡ.23

### Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΡΟΡΡΙΝΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΟΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΘΥΡΟ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗ ΙΓΜΟΡΕΙΤΙΔΑ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 72 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ν . Κουκόλης, Ι. Καλαϊτσίδου, Β.-Αικ. Αλεξούδη, Γ. Βενέτης

Παν/μιακή Κλινική Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ΓΝ «Γ. Παπανικολάου»

**Εισαγωγή:** Η οδοντογενής ιγμορείτιδα αντιμετωπίζεται χειρουργικά με προσπέλαση από τον κυνικό βόθρο και συχνά χρειάζεται αντρορρινοστομία, η θέση της οποίας, αλλά και η προσπέλαση καθαυτή παραμένει αντικείμενο έρευνας.

**Σκοπός:** Η μελέτη της καταλληλότερης τεχνικής για τη χειρουργική αντιμετώπιση της οδοντογενούς ιγμορείτιδας.

**Υλικό/Μέθοδος:** Διαδοχικοί ασθενείς (72) με οδοντογενή ιγμορείτιδα χειρουργήθηκαν με διαφορετικές τεχνικές προσπέλασης από τον κυνικό βόθρο, με ή χωρίς οστικό παράθυρο και διαφορετικές τεχνικές αντρορρινοστομίας (κάτω και μέσος ρινικός πόρου).

27 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με οστικό παράθυρο και αντρορρινοστομία του μέσου πόρου, 17 με οστικό παράθυρο και αντρορρινοστομία του κάτω πόρου, 12 με κλασσική Caldwell- Luc και αντρορρινοστομία του κάτω πόρου και 16 με κλασσική Caldwell- Luc και αντρορρινοστομία του μέσου πόρου. Όλοι οι ασθενείς παρακολουθούνταν και υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία 3 μήνες μετεγχειρητικά. Ο ανασχηματισμός του προσθιοπλάγιου οστικού τοιχώματος και ο αερισμός του χειρουργηθέντος ιγμορείου ήταν οι κυριώτερες παράμετροι που λαμβάνονταν υπόψη για το χαρακτηρισμό της μετεγχειρητικής πορείας. Εικόνα κατάληψης των 2/3 του ιγμορείου 3 μήνες μετεγχειρητικά θεωρήθηκε υποτροπή, ανεξάρτητα από τη συμπτωματολογία.

**Αποτελέσματα:** Ο ανασχηματισμός του οστικού τοιχώματος σχετίζεται στενά με τη δημιουργία οστικού παραθύρου. Η αντρορρινοστομία στον κάτω ρινικό πόρο φαίνεται να σχετίζεται λίγο περισσότερο με την υποτροπή απότι η του μέσου πόρου, χωρίς αυτή η συσχέτιση να είναι στατιστικά σημαντική.

**Συμπεράσματα:** Η προσπέλαση του ιγμορείου από τον κυνικό βόθρο με οστικό παράθυρο και η αντρορρινοστομία του μέσου πόρου φαίνεται να είναι η αποτελεσματικότερη τεχνική για την οδοντογενή ιγμορείτιδα.

**ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ  
ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ**

I. Τηλαβερίδης<sup>1</sup>, I. Καλαϊτσίδου<sup>1</sup>, Γ. Πανταζή<sup>2</sup>, Μ. Βαφειάδου<sup>1</sup>, N. Κουκόλης<sup>1</sup>, M. Αραπίδη<sup>3</sup>, K. Αντωνιάδης<sup>1</sup>

1 Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

2 Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

3 Κλινική Αναισθησιολογίας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

**Εισαγωγή:** Η αποκατάσταση ογκολογικών και τραυματικών ελλειμμάτων της κεφαλής και του τραχήλου σημείωσε σημαντική εξέλιξη τα τελευταία χρόνια χάρη στην ευρεία εφαρμογή των ελεύθερων αγγειούμενων κρημνών και αποτελεί πρόκληση για τη σύγχρονη επανορθωτική χειρουργική.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας στις μικροχειρουργικές αποκαταστάσεις στην περιοχή στοματικής κοιλότητας, γνάθων και προσώπου μετά από βαριές χειρουργικές επεμβάσεις κατά τα τελευταία 2 έτη.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Τη χρονική περίοδο Ιανουάριος 2015 - Ιανουάριος 2017, 5 ασθενείς, 4 άνδρες και 1 γυναίκα, ηλικίας 33-77 ετών, υποβλήθηκαν στην κλινική μας σε χειρουργική θεραπεία του καρκίνου στοματικής κοιλότητας και αποκατάσταση των ελλειμμάτων με ελεύθερους αγγειούμενους κρημνούς. Η εντόπιση καρκινώματος αφορούσε σε 1 περίπτωση τη γλώσσα, σε 1 το έδαφος του στόματος, σε 1 το βλεννογόνο παρειάς, σε 1 οπισθογόμφιο τρίγωνο και σε 1 την φατνιακή απόφυση της κάτω γνάθου. Σε όλες τις περιπτώσεις επρόκειτο για καρκίνωμα εκ των πλακωδών κυττάρων. Τα δεδομένα για την μελέτη αυτή, αντλήθηκαν αναδρομικά, από το αρχείο της κλινικής μας.

**Αποτελέσματα:** Όλοι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με εκτομή της πρωτοπαθούς εστίας σε μακροσκοπικά υγιή όρια και τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό. Στις 4 περιπτώσεις η αποκατάσταση ελλείμματος έγινε όμεσα διεγχειρητικά, ενώ σε 1 περιστατικό σε δεύτερο χρόνο. Οι ελεύθεροι αγγειούμενοι κρημνοί που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: 2 κερκιδικοί, 1 ωλένιος, 1 ωμοπλατιαίος, 1 περονιαίος.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση των ελεύθερων αγγειούμενων κρημνών έδωσε τη δυνατότητα στους χειρουργούς κεφαλής και τραχήλου να πραγματοποιούν ριζικότερες χειρουργικές επεμβάσεις σε εκτεταμένες βλάβες. Η εξέλιξη της επανορθωτικής χειρουργικής είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

**ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΤΩΝ ΤΕΝΟΝΤΙΩΝ ΕΛΥΤΡΩΝ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ:  
ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

Σ. Πιτσιάβα, Χ. Γούλα, Α. Τσιμπώνης, Α. Σαράφης, Λ. Παυλίδης, Α. Σπυροπούλου, Ε. Δεμίρη  
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.  
Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Ο γιγαντοκυτταρικός όγκος των τενόντιων ελύτρων είναι ένας αργά αναπτυσσόμενος μεσεγχυματικός όγκος. Αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα, μετά τα γάγγλια, καλοήθη νεοπλασία του χεριού.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικών γιγαντοκυτταρικού όγκου των τενόντιων ελύτρων του χεριού που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής του Α.Π.Θ. και η ανασκόπηση διεθνών βιβλιογραφικών δεδομένων.

**Υλικό – Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι ασθενών με γιγαντοκυτταρικό όγκο των τενόντιων ελύτρων του χεριού που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην κλινική μας το διάστημα 2006-2016. Καταγράφηκαν τα εξής στοιχεία: φύλο και ηλικία, εντόπιση της νεοπλασίας, ύπαρξη ιστορικού προηγηθείσας κάκωσης της πάσχουσας χειρός, χρόνος μετεγχειρητικής παρακολούθησης και εκδήλωση τοπικής υποτροπής.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας 23 συνολικά ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική εκτομή του όγκου. Συχνότερα προσβλήθηκαν γυναίκες (15/23) και μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 44 έτη (15-72 έτη). Η εντόπιση αφορούσε 14 περιστατικά στο δεξί και 9 στο αριστερό χέρι με την ακόλουθη κατανομή: αντίχειρας (3/5), δείκτης (4/5), μέσος (3/4) και παράμεσος (4/5). Σπανιότερα εντοπίστηκαν στον αριστερό μικρό δάκτυλο, στις παλάμες αμφοτέρων των χεριών και στη δεξιά πηχεοκαρπική άρθρωση. Έξι ασθενείς είχαν πολλαπλές εστίες και τέσσερις ανέφεραν προηγηθείσα κάκωση. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 12,4 μήνες και δεν καταγράφηκε καμία υποτροπή.

**Συμπεράσματα:** Ο γιγαντοκυτταρικός όγκος των τενόντιων ελύτρων αποτελεί μία αρκετά συχνή καλοήθη νεοπλασία των μαλακών μορίων του χεριού. Στόχος της θεραπείας είναι η πλήρης χειρουργική αφαίρεσή του, καθώς η ατελής εξαίρεση αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής.

**OR.26**

**ΒΑΡΗΚΟΪΑ: ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Α. Τσαπραντζή<sup>1</sup>, Κ. Τσαπραντζή<sup>2</sup>, Ρ. Ιωαννίδης<sup>3</sup>

1 Ω.Ρ.Λ. Κλινική Γ.Ν. Καβάλας

2 Π.Ι.Φαναρίου Κιλκίς,

3 Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καβάλας

**Εισαγωγή:** Η βαρηκοϊα αποτελεί νόσημα ζωτικής σημασίας για 250 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως.

**Σκοπός:** είναι η διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας - θεραπείας της νόσου. Η βαρηκοϊα οφείλεται συνήθως στην επίδραση ιώσεων, μικροβίων, θορύβου ή τοξικών ουσιών στο αυτί. Είναι κληρονομούμενη, είτε αυτοάνοση. Μπορεί ακόμη να προκληθεί από διαταραχή της κυκλοφορίας του αίματος στο έσω ούς. Μελέτες δείχνουν βλάβη των τριχωτών και των ερειστικών κυττάρων, της αγγεώδους ταινίας, του ελικώδους γαγγλίου, των προσαγωγών και απαγωγών συνάψεων μέχρι τον κοχλιακό πυρήνα και την κεντρική ακουστική οδό.

**Υλικό – Μέθοδος:** Κατά την πενταετία 2011-2016 νοσηλεύσαμε στην κλινική μας 131 περιστατικά βαρηκοϊας: 85 με αιφνίδια ιδιοπαθή βαρηκοϊα, 22 με ακουστικό τραύμα από θόρυβο, 21 με πρεσβυακουσία και 3 με αυτοάνοση υποτροπιάζουσα βαρηκοϊα. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε θεραπεία με nootrop, prezolon, neurobion. Η θεραπεία στοχεύσε στη βελτίωση της λειτουργίας της μεμβράνης των κυττάρων του κοχλία και του τοιχώματος των αγγείων, ενώ η κορτιζόνη σε μεγάλες δόσεις συμβάλλει στην αποφυγή των αρνητικών συνεπειών του οξειδωτικού στρες στα κύτταρα αυτά. Συγκεκριμένα τα παραγόμενα: υπεροξείδιο του υδρογόνου, μονοξείδιο του αζώτου και άλλες ρίζες οξυγόνου δρουν τοξικά στα ακουστικά τριχίδια των τριχωτών κυττάρων προκαλώντας δυσκινησία και απόπτωση τους.

**Αποτελέσματα:** Η άμεση χορήγηση της ενδοφλέβιας θεραπείας οδηγεί σε αποτελεσματικότερη αποκατάσταση της βλάβης ατόμων με βαρηκοϊα. Διαφορετικά αν τα τριχωτά κύτταρα του κοχλία καταστραφούν, δεν αναγεννώνται, οπότε η βλάβη - βαρηκοϊα γίνεται μόνιμη.

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία με υψηλές δόσεις κορτιζόνης: 250mg/24h, σε συνδυασμό με nootrop:και neurobion βελτιώσε την ακοή των περισσότερων ασθενών, ακόμη και μετά από αρκετά έτη από την πτώση της ακοής τους.

## OR.27

### ΑΝΤΡΟΧΟΑΝΟΠΟΛΥΠΟΔΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙ

Α. Τσαπραντζή<sup>1</sup>, Κ. Τσαπραντζή<sup>2</sup>, Ρ. Ιωαννίδης<sup>3</sup>, Π. Σταμκοπούλου<sup>1</sup>

1 Ω.Ρ.Λ. Κλινική Γ.Ν. Καβάλας

2 Π.Ι.Φαναρίου Κιλκίς

3 Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καβάλας

**Εισαγωγή:** Οι ρινικοί πολύποδες αποτελούν καλοήθεις μισχωτές διογκώσεις προερχόμενες από το βλεννογόνο της ρινός και των παραρρινών κόλπων. Στα παιδιά η συχνότητά τους υπολογίζεται στο 0,1% και συχνά συνυπάρχει με κυστική ίνωση. Ο αντροχοανοπολύποδας εμφανίζεται ακόμη πιο σπάνια.

**Σκοπός:** είναι η διερεύνηση της αιτιολογίας, της κλινικής εικόνας και της θεραπείας της νόσου. Η αλλεργία, η μόλυνση του περιβάλλοντος, η κληρονομικότητα και η φλεγμονή του ιγμορείου αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για ανάπτυξη πολυπόδων. Ο αντροχοανοπολύποδας εκφύεται από το ιγμόρειο εξέρχεται από τον πόρο του στη ρινική θαλάμη και προχωρά προς τη ρινική χοάνη προκαλώντας απόφραξη. Ο ασθενής παραπονείται για μονόπλευρη δυσχέρεια της ρινικής αναπνοής. Κατά την εκπνοή παρατηρείται βαλβιδικής απόφραξης στη χοάνη. Οι μεγάλοι χοανοπολύποδες φαίνονται κατά την επισκόπηση του στοματοφάρυγγος. Η διάγνωση βασίζεται στην πρόσθια και οπίσθια ρινοσκόπηση, την ακτινογραφία κόλπων προσώπου, την αξονική τομογραφία σπλαχνικού κρανίου και τη βιοψία.

**Υλικό – Μέθοδος:** Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός κοριτσιού 15 ετών που προσήλθε για πολυετή απόφραξη δεξιάς ρινικής θαλάμης. Η πρόσθια ρινοσκόπηση έδειξε την ύπαρξη πολυποειδούς μορφώματος. Η επισκόπηση του στοματοφάρυγγος αποκάλυψε την προβολή του πολύποδα στον φάρυγγα. Η ακτινογραφία κόλπων προσώπου έδειξε σκίαση δεξιού ιγμορείου. Η ασθενής υποβλήθηκε σε αφαίρεση του μορφώματος υπό γενική αναισθησία και ριζική ανάτροση του ιγμορείου. Η μετεγχειρητική ακτινογραφία κόλπων προσώπου ήταν φυσιολογική. Η ιστολογική απέδειξε ότι πρόκειται για αντροχοανοπολύποδα. Επίσης, δόθηκαν οδηγίες στους συγγενείς της ασθενούς για έλεγχο συνυπάρχουσας κυστικής ίνωσης.

**Συμπεράσματα:** Οι ρινικοί πολύποδες αποτελούν πάθηση που υποτροπιάζει για το λόγο αυτό απαιτείται περιοδικός έλεγχος του ασθενούς. Επιπλέον, στα παιδιά χρειάζεται έλεγχος και θεραπεία κυστικής ίνωσης.

## ΑΝΑΙΣΘΗΣΟΛΟΓΙΑ

OR.28

### ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΡΑΝΕΞΑΜΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΚΑΙ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟΥ ΣΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΑΟΡΤΗΣ

Μ. Τζήμα, Ε. Κατσίκα, Ε. Γεωργοπούλου, Χ. Μπράτζου  
Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιστατικού αντιμετώπισης μαζικής αιμορραγίας με προφυλακτική χορήγηση τρανεξαμικού οξέος και ινωδογόνου.

**Υλικά και μέθοδοι:** Άντρας 30 χρονών διακομίζεται στα ΤΕΠ μετά τροχαίο ατύχημα. Κατά την πρωταρχική εκτίμηση, διαπιστώνεται GSC 15, εμφανές εξάρθημα ΔΕ ισχίου και πολλαπλά θλαστικά τραύματα κεφαλής, μετακαρπίων άμφω και ΔΕ γόνατος. Από το πρώτο δείγμα αερίων αίματος διαπιστώνονται τα εξής: Hb=12,1g/dl, cCa<sup>2+</sup>=1,25mmol/L, cHCO<sub>3</sub>=15,7mmol/L, cBase -8,5mmol/L. Από τον πρώτο πηκτικό έλεγχο, διαπιστώνονται: PT=12,6sec(μάρτυρας 11,7sec), PTT=32,7sec(μάρτυρας 27,3sec) , INR=1,07, Fib=231,1mg/dl. Πραγματοποιείται CT κεφαλής, θώρακα, άνω και κάτω κοιλίας, όπου απεικονίζεται ρήξη αορτής και παρουσία ελεύθερου υγρού στην περιτοναική κοιλότητα. Τοποθετείται κεντρικός φλεβικός καθετήρας, αρτηριακή γραμμή και χορηγούνται 1lt Ringers Lactated, 1g Tranexamic acid, 1g ινωδογόνο και σταδιακά 0,1 mg Fentanyl, 5mg Midazolame, 40mg Pethidine και 80mg Propofole. Ο ασθενής μεταφέρεται στο χειρουργείο, όπου με MAC( Monitored Assisted Care) αντιμετωπίζεται, επιτυχώς, ενδοαυστικά η ρήξη κατιούσης θωρακικής αορτής. Ο ασθενής κατόπιν διασωληνώνεται για να υποβληθεί σε ερευνητική λαπαροτομία και αποκατάσταση του εξαρθρόματος του ΔΕ ισχίου και μεταφέρεται στη ΜΕΘ του Ιπποκρατείου, όπου και παρέμεινε για 15 ημέρες. Καθόλη τη διάρκεια του χειρουργείου, ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός, με ΑΠ≈110/90 mmHg, Hb=11,2g/dl και Fib=231,1 στην έναρξη, και Hb=9,5g/dl και Fib=222,7 στο τέλος του χειρουργείου, χωρίς μετάγγιση αίματος και παραγώγων.

**Συμπεράσματα** Η προφυλακτική χορήγηση τρανεξαμικού οξέος και ινωδογόνου αποτρέπει την μαζική αιμορραγία των ασθενών με ενεργό ή προβλεπόμενη μεγάλη αιμορραγία.

# ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ

OR.29

## EYE – TRACKING

Α. Μιχαηλίδης<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Η οφθαλμική ιχνηλάτηση αποτελεί μια μεθοδολογία η οποία διευκολύνει τους ερευνητές να κατανοήσουν την οπτική προσοχή. Με την οφθαλμική ιχνηλάτηση, μπορούμε να διακρίνουμε που ακριβώς οι χρήστες κοιτάζουν σε ένα σημείο σε μια χρονική στιγμή, πόση ώρα εστιάζουν σε κάτι, και τη διαδρομή που τα μάτια τους ακολουθούν.

**Σκοπός:** Η οφθαλμική ιχνηλάτηση έχει εφαρμοστεί σε πολυάριθμους τομείς, ιατρική, αθλητική όραση, γνωστική ψυχολογία, μάρκετινγκ (προώθηση αγαθών), καθώς και το ευρύ πεδίο της αλληλεπίδρασης ανθρώπου-υπολογιστή, κ.λ.π. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει κάποια δεδομένα από αυτές τις εφαρμογές.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα ιατρικών και άλλων επιστημονικών πηγών πρόσφατης ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας. Οι πηγές έχουν διασταυρωθεί για την εγκυρότητα και την ισχύ τους.

**Αποτελέσματα:** Το eye tracking χρησιμοποιείται για την διάγνωση ασθενειών που συσχετίζονται με τον εγκέφαλο μέσω ανάλυσης μετρικών που προκύπτουν από τις κινήσεις των ματιών:

- Αυτισμός
- Σχιζοφρένεια
- Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας(ADHD)

Έχει επίσης πολλές εφαρμογές στο ηλεκτρονικό marketing:

- Ανάλυση του οπτικού περιεχομένου μιας ιστοσελίδας (visual analysis)
- Αξιολόγηση της χρηστικότητάς της (usability testing)
- Αξιολόγηση των ηλεκτρονικών διαφημίσεων (banners)

Τεχνολογία συνεχώς εξελισσόμενη, είναι διαθέσιμη για την εξαγωγή συμπερασμάτων τα οποία μπορούν να ωφελήσουν διαφόρους τομείς και πολλές διαφορετικές επιστήμες και προσφέρεται για προγραμματισμό σε πολλές και διαφορετικές γλώσσες. Οι τρεις ιδιότητες της θέσης, της διάρκειας και της κίνησης αποτελούν τη βάση για τη κατανόηση αυτών των εφαρμογών.

**Συμπεράσματα:** Ένας οφθαλμικός ιχνηλάτης μπορεί να αποτελέσει ένα ισχυρό εργαλείο που μας παρουσιάζει μια εξαιρετικά ακριβή αναπαράσταση και κατανόηση της συμπεριφοράς της κίνησης των οφθαλμών ενός ατόμου. Έτσι καθώς οι διαδικτυακές συναλλαγές ή το ηλεκτρονικό εμπόριο γίνεται η μεγαλύτερη πτυχή του οικονομικού τοπίου, η οφθαλμική ιχνηλάτηση αποκτά μεγαλύτερη αποδοχή και επιδεικνύει μεγαλύτερη πρακτική αξία καθώς προσφέρει στην ιατρική κοινότητα, στους επαγγελματίες που γίνονται πιο έμπειροι στην αξιοποίηση της τεχνολογίας και των μεθόδων οφθαλμικής ιχνηλάτησης.

## PAIN IMAGING - Η ΕΠΑΝΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Μ. Βαρμάζη<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π. (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής ) Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ

**Εισαγωγή:** Ο πόνος αποτελεί δυσάρεστη αισθητική εμπειρία και αντιπροσωπεύει ένα τεράστιο πρόβλημα για την κοινωνία σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Υπάρχουν ποικίλοι χαρακτηρισμοί που προσπαθούν να προσδιορίσουν το περιεχόμενό του, με επικρατέστερο αυτό της Διεθνούς Εταιρείας για την Μελέτη του Πόνου η οποία αποδέχεται την ισοδύναμη ύπαρξη αισθητηριακού και συναισθηματικού στοιχείου. Σαφώς όμως υπάρχει ανάγκη για μια καλύτερη κατανόηση του χρόνιου πόνου που θα ανοίξει το δρόμο για την ανάπτυξη βελτιωμένων διαγνώσεων και εγκυρότερων θεραπειών.

**Σκοπός:** Στόχος της παρούσα εργασίας ήταν να παρουσιάσει, πως με την συνεχή ανάπτυξη της ανατομικής, λειτουργικής και χημικής νευροαπεικόνισης, ο πόνος από τον αρχικό ορισμό του ως μια «δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική κατάσταση» αποτελεί πλέον μια πολυδιάστατη διαταραχή που επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα πηγών ξένης κυρίως βιβλιογραφίας, δημοσιευμένες διπλωματικές εργασίες ελληνικών πανεπιστημίων και ανασκόπησης ιατρικών επιστημονικών ιστοσελίδων (PubMed).

**Αποτελέσματα:** Η εφαρμογή των καινοτόμων ερευνητικών προσεγγίσεων μπορεί να μας επιτρέψει να παρέχουμε στο μέλλον ένα αντικειμενικό μέτρο του πόνου (φαινότυπος της νόσου) που πιθανόν να είναι πολύπλοκο αλλά να λαμβάνει υπόψη του αισθητικές, συναισθηματικές και διαμορφωτικές διαδικασίες.

**Συμπεράσματα:** Οι εξελίξεις στην νευροαπεικόνιση έχουν ήδη αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τον πόνο - θα πρέπει πλέον να θεωρείται μια αλλαγμένη κατάσταση του εγκεφάλου στην οποία συνυπάρχουν λειτουργικές συνδέσεις ή συστήματα ταυτόχρονα με εκφυλιστικές αλλοιώσεις του ΚΝΣ. Επιπλέον, οι μελλοντικές έρευνες θα οδηγήσουν αναπόφευκτα σε σημαντική πρόοδο σε ορισμένους τομείς που θα ενισχύσουν την κατανόησή του φαινομένου του πόνου και τελικά να συμβάλλουν σημαντικά στην κλινική πράξη!

## ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

Ε. Μιχαήλογλου<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ο πιο συνηθισμένος καρκίνος του δέρματος. Είναι ο πιο εύκολα ίασιμος με τον εντοπισμό και την αφαίρεσή του να οδηγεί στην οριστική θεραπεία. Η διάγνωση βλαβών γίνεται μέσω διάφορων εργαλείων, όπως χειρουργική Mohs αλλά και διάφορων αυτοματοποιημένων συστημάτων και συγκεκριμένων αλγορίθμων.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση του βασικοκυτταρικού καρκινώματος, τρόποι αντιμετώπισης του και παρουσίαση κάποιον μελετών όπου σε αυτές βλέπουμε αυτόματα συστήματα που χρησιμοποιήθηκαν για τον προσδιορισμό της ασθένειας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα ιατρικών (Medscape, PubMed, bad, medical journals) και άλλων επιστημονικών πηγών (έρευνα στο Διαδίκτυο) πρόσφατης ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας. Οι πηγές έχουν διασταυρωθεί για την εγκυρότητα και την ισχύ τους.

**Αποτελέσματα:** Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου του δέρματος, αλλά και η πιο εύκολη να αντιμετωπιστεί. Έρευνες δείχνουν ότι πλέον τα αυτοματοποιημένα συστήματα διάγνωσης δίνουν αρκετά καλά αποτελέσματα. Ύπαρξη ερευνών όπου είτε από εικόνες δερματοσκόπησης ή εικόνες από υπέρηχους είτε μέτρηση ηλεκτρικής αντιστασής σε ρευματα διαφορών συχνοτήτων στην περιοχή της ανωμαλίας, επιλέγονται κάποια χαρακτηριστικά (features) των υπο εξέταση τμημάτων που θέλουμε να αναλύσουμε. Με χρήση αλγορίθμων αυτόματης κατάταξης όπως svm, random και νευρωνικά δίκτυα υλοποιήθηκαν συστήματα αυτόματης διάγνωσης με καλές επιδόσεις. Η αυτοματοποιημένη διάγνωση μπορεί να επεκταθεί και σε άλλες παθήσεις.

**Συμπεράσματα:** Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι μια μορφή δερματικού καρκίνου η οποία αξίζει να εξεταστεί. Οι τεχνολογίες που έχουν αναπτυχθεί είτε για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε μορφή καρκίνου είτε για τον προσδιορισμό τους ποικίλουν.

## OR.32

### ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Ε. Μαυρομήτρου<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή :** Η ραγδαία ανάπτυξη και η διάδοση της Τεχνολογίας στην Ιατρική, έχει αλλάξει και τείνει να αλλάξει περισσότερο, τόσο τη δομή όσο και τον προσανατολισμό της παραδοσιακής ιατρικής διαδικασίας. Οι αλλαγές αυτές δεν περιορίζονται μόνο στις ιατρικές πρακτικές, αλλά προσεγγίζουν ακόμη και θέματα ασφάλειας των ευαίσθητων ιατρικών δεδομένων μέσω των πληροφοριακών συστημάτων.

**Σκοπός:** Στόχος της συγκεκριμένης εργασίας είναι να ενημερώσει το ιατρικό προσωπικό για τους κανόνες ασφαλείας των πληροφοριακών συστημάτων, δίνοντας έμφαση στους κύριους άξονες οι οποίοι είναι οι ενδεχόμενες απειλές, η διασφάλιση του Ιατρικού απορρήτου, οι απαιτήσεις ασφάλειας, τα μέτρα προστασίας και οι τεχνολογικές εξελίξεις.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα πηγών πρόσφατης ξένης και ελληνικής βιβλιογραφίας. Ακόμα ασχολείται με το νομοθετικό πλαίσιο. Οι πηγές διασταυρώθηκαν ως προς την εγκυρότητα και την ισχύ τους.

**Αποτελέσματα:** Οι τρεις κύριοι άξονες που βασίζεται η έρευνα είναι, πρώτον, στην προτυποποίηση των απαιτήσεων ασφαλείας, δεύτερον, στα μέτρα προστασίας όπως η κρυπτογράφηση, οι ψηφιακές υπογραφές και τρίτον στο νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι παραπάνω τόμεις συμβάλουν για την εξαγωγή συμπερασμάτων με βασικό άξονα την προστασία των ευαίσθητων ιατρικών δεδομένων.

**Συμπεράσματα:** Βασικός παράγοντας για την υλοποίηση των Πληροφοριακών Συστημάτων στην Υγεία και κατ' επέκταση της πληροφορίας είναι να διασφαλιστεί το ιατρικό απόρρητο. Έτσι είναι επιτακτική η ανάγκη για η ασφάλεια των συστημάτων της. Για να εξασφαλιστούν οι αρχές σχετικά με την ασφάλεια της πληροφορίας πρέπει να χρησιμοποιηθούν μέτρα που βασίζονται σε κρυπτογραφικούς μηχανισμούς, με τεχνικές αντιγράφων ασφαλείας, αναχωμάτων ασφαλείας, προγραμμάτων προστασίας από ιούς κ.ά.

### EYE – TRACKING

Χ. Πλωμαρίτη<sup>1</sup>, Δ.Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Η Οφθαλμική Ιχνηλάτηση (Eye Tracking) είναι εργαλείο μελέτης και έχει μακρά ιστορία στους τομείς της ιατρικής και ψυχολογικής έρευνας, καθώς και στην ανάλυση συμπεριφοράς του ανθρώπου. Η οφθαλμική ιχνηλάτηση αποτελεί εργαλείο για τη μελέτη ανθρώπινων δραστηριοτήτων, όπως: Άλληλεπίδραση Ανθρώπου-Υπολογιστή (Human Computer Interaction), Άλληλεπίδραση Εγκεφάλου Υπολογιστή, Εφαρμογή Εικονικής Πραγματικότητας, Ψυχολογική Έρευνα, Ιατρική Έρευνα, Υποστηρικτική Τεχνολογία, κ.α.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση της τεχνικής – συσκευής eye tracking και η ιστορική αναδρομή χρήσης της ιχνηλάτησης των οφθαλμών ως εργαλείο έρευνας σε τομείς ιατρικής ψυχολογίας κ.λ.π.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα ιατρικών και άλλων επιστημονικών πηγών πρόσφατης ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας. Οι πηγές έχουν διασταυρωθεί για την εγκυρότητα και την ισχύ τους.

**Αποτελέσματα:** Η έρευνα πάνω στην παρακολούθηση των κινήσεων των οφθαλμών ξεκίνησε από τις αρχές του 1800. Ο Louis Emile Javal κάνει το πρώτο πείραμα παρατηρώντας ότι οι άνθρωποι δεν διαβάζουν με ένα ομαλό πέρασμα των ματιών κατά μήκος του κειμένου, αλλά μέσα από μια σειρά σύντομων σταθεροποιήσεων του ματιού που δεν είναι δυνατόν να γίνουν αντιληπτές και να ελεγχούν από τους ίδιους. Με τη χρήση της τεχνολογίας οφθαλμικής ιχνηλάτησης: (eye tracking) είμαστε σε θέση για πρώτη φορά να γνωρίζουμε με ακρίβεια τον τρόπο με τον οποίο επεξεργάζεται την οπτική πληροφορία ο άνθρωπος, δηλαδή που ακριβώς κοιτάει και τι τραβάει την προσοχή του. Για την άντληση της οπτικής πληροφορίας ο άνθρωπος εστιάζει το βλέμμα του σε μια συγκεκριμένη περιοχή.. Κατά την εστίαση αυτή το μάτι συγκεντρώνει όλες τις χρήσιμες πληροφορίες ενώ με γρήγορες κινήσεις, που ονομάζονται σακκαδικές, μεταβαίνει στο επόμενο σημείο εστίασης. Η συνολική ακολουθία που προκύπτει από το πλήθος των εστιάσεων ονομάζεται οπτικό μονοπάτι (scanpath ή gazetrail).

**Συμπεράσματα:** Με τη χρήση των eye – trackers καθίσταται δυνατή η πρόβλεψη διαφόρων ασθενειών, οι εφαρμογές του όμως δεν περιορίζονται μόνο στον ιατρικό τομέα, αλλά και σε μια ποικιλία άλλων επιστημονικών πεδίων.

## ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Δ. Φωτόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ

**Εισαγωγή :** Ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι ένα πολυσύνθετο όργανο και αποτελεί προϊόν εξέλιξης εκατομμυρίων χρόνων. Από το μακρινό παρελθόν υπήρξε πόλος ενδιαφέροντος η αποκρυπτογράφηση των τρόπων με τους οποίους λειτουργεί. Η επιστήμη της Πληροφορικής, η οποία διείσδυσε αναπόφευκτα στον κλάδο της Ιατρικής, έχει συνδεθεί με τον εγκέφαλο καθώς οι αρχές και τα αξιώματα της προσομοιάζουν την εγκεφαλική λειτουργία.

**Σκοπός :** Στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια αποτύπωσης της συμβολής της Ιατρικής Πληροφορικής στη χαρτογράφηση του εγκεφάλου και της εγκεφαλικής δραστηριότητας. Σκοπός είναι να παρουσιασθούν οι τεχνικές και τα εργαλεία του κλάδου της Πληροφορικής, τα οποία συμβάλλουν στη μελέτη και κατανόηση της εγκεφαλικής λειτουργίας.

**Υλικό και Μέθοδος :** Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα ιατρικών και άλλων επιστημονικών πηγών, ελληνικής και ξένης προέλευσης. Οι πηγές έχουν διασταυρωθεί για την εγκυρότητα και την ισχύ τους.

**Αποτελέσματα :** Αν και η μελέτη της εγκεφαλικής λειτουργίας έχει τις ρίζες της αρκετά παλιά, οι βάσεις τέθηκαν τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, όπου ανακαλύφθηκε η ηλεκτρική δραστηριότητα που παρουσιάζει ο εγκέφαλος και αποδείχθηκε ότι συγκεκριμένες περιοχές του, ευθύνονται για συγκεκριμένες λειτουργίες. Στη συνέχεια η εφαρμογή τεχνικών και εργαλείων που επέτρεπαν τη μη επεμβατική διερεύνηση υγιών εγκεφάλων, συνέβαλλε προσφέροντας πολλές γνώσεις στο πεδίο. Με την πάροδο των χρόνων και τα τεχνολογικά επιτεύγματα, το επιστημονικό ενδιαφέρον κέρδισαν, τα Τεχνητά Νευρωνικά Δίκτυα στα οποία βασίζεται πλέον μεγάλο μέρος των ερευνητικών προσπαθειών.

**Συμπεράσματα :** Οι εξελίξεις στην Πληροφορική και την Ιατρική εισάγουν συνεχώς νέα δεδομένα στην ερευνητική προσπάθεια των επιστημόνων παγκοσμίως αφού ο μοναδικός τρόπος για τη μετατροπή αυτών των δεδομένων σε γνώση είναι διαμέσου της αυξανόμενης χρήσης συστημάτων ηλεκτρονικών υπολογιστών και ειδικότερα τις εφαρμογές πληροφορικής στις Βιολογικές Επιστήμες.

**ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΠΛΑΚΑΣ**

Γ. Στεφάνου<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου Δ.<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Η αθηρωματική νόσος κατατάσσεται στις πρώτες θέσεις αιτίας θανάτου ή σοβαρών επιπλοκών στις ανεπτυγμένες χώρες. Αν και συχνά δεν παρουσιάζει συμπτώματα πριν την δημιουργία επεισοδίου, εντούτοις σε κάθε στάδιο της υπάρχουν μέθοδοι που μας επιτρέπουν να πάρουμε σαφή εικόνα της εξέλιξης της χρησιμοποιώντας ένα πλήθος τεχνολογιών

**Σκοπός:** Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται όλοι οι σύγχρονοι τρόποι με τους οποίους μπορούμε να ελέγξουμε απεικονιστικά την αθηρωματική πλάκα. Επιπλέον παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε μεθόδου και το εύρος των δυνατοτήτων της.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Η μελέτη στηρίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα ιατρικών και άλλων επιστημονικών πηγών πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας. Οι πηγές έχουν διασταυρωθεί ως προς το περιεχόμενο των πληροφοριών τους και τελικά χρησιμοποιήθηκαν αυτές με το σαφέστερο και ακριβέστερο περιεχόμενο.

**Αποτελέσματα :** Απεικονιστικές μέθοδοι της αθηρωματικής πλάκας υπάρχουν εδώ καποδότια. Ωστόσο η τεχνολογία έχει οδηγήσει τόσο σε εξετάσεις με λιγότερο ή καθόλου επεμβατικό τρόπο, όσο και σε σαφέστερη απεικόνιση ακόμη και με δημιουργία τρισδιάστατων εικόνων της περιοχής ενδιαφέροντος με αποτέλεσμα την πληρέστερη εικόνα του προβλήματος. Είναι σαφές ότι στην περίπτωση αυτή ένα υπολογιστικό σύστημα δεν παίζει απλά το ρόλο μεταφοράς και παρουσίασης δεδομένων αλλά και επεξεργασίας και δημιουργίας μοντέλων απεικόνισης όσο το δυνατών πιο ρεαλιστικές. Επιπλέον κάποιες από αυτές δίνουν επιπρόσθετα δυνατότητα ταυτόχρονης παρέμβασης κατά την διάρκεια της εξέτασης.

**Συμπεράσματα:** Για τον εντοπισμό των αθηρωματικών στενώσεων μπορεί να γίνει χρήση διαφόρων τεχνολογιών όπως υπέρηχοι, χρήση ακτινών X (ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία, αξονική αγγειογραφία) και εκμετάλλευση του φαινομένου του μαγνητικού συντονισμού. Ανάλογα με την θέση που έχει γίνει εναπόθεση αθηρωματικής πλάκας, την κλινική εικόνα και το ιστορικό του ασθενούς γίνεται η κατάλληλη επιλογή μεθόδου και μέτρων προφύλαξης. Επιτυγχάνεται σαφής απεικόνιση και μάλιστα με τεχνικές τρισδιάστατης ανακατασκευής δίνονται όσο το δυνατόν περισσότερες χρήσιμες πληροφορίες.

## OR.36

### ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Γ. Ντακάκης<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.ΣΙ.Π (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Η άνοια στα άτομα με Alzheimer δημιουργεί αρκετές δυσκολίες στην καθημερινότητα τους και μπορεί να βάλει σε κίνδυνο την ζωή τους. Οι υποβοηθούμενες τεχνολογίες τελούν καταλυτικό ρόλο για την υποστήριξη, ασφάλεια και ανεξαρτησία του ατόμου.

**Σκοπός:** Η εργασία αυτή αναδεικνύει την χρήση υποβοηθούμενων τεχνολογιών οι οποίες συντελούν στην υποστήριξη ατόμων με άνοια

**Υλικό κα Μέθοδος:** Τα δεδομένα για την νόσο Alzheimer και τις υποβοηθούμενες τεχνολογίες που συλλέχθηκαν, βασίζονται σε βιβλιογραφική έρευνα επιστημονικών πηγών ξένης βιβλιογραφίας.

**Αποτέλεσμα:** Από τα αποτελέσματα των τελευταίων ετών εντοπίστηκαν υποβοηθούμενες τεχνολογίες για άνοια, οι οποίες περιλάμβαναν παιχνίδια μνήμης, παρατηρητικότητας και ταχύτητας. Επίσης εντοπίστηκαν εφαρμογές που βοηθούσαν στην επενθύμιση καθημερινών διαδικασιών.

**Συμπεράσματα:** Η υποβοηθούμενη τεχνολογία έχει βοηθήσει εξαιρετικά τα άτομα με άνοια, τόσο στις καθημερινές τους ανάγκες όσο και στην ενσωμάτωση τους στο κοινωνικό σύνολο. Βέβαια είναι στην κρίση του ασθενή το τι τεχνολογία του αρμόζει και προσαρμόζεται καλύτερα στις ανάγκες του.

## OR.37

### ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ DNA

Ι. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π. (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Το DNA αποτελεί το γενετικό μας υλικό. Περιέχει όλες τις πληροφορίες για την ανάπτυξη και την εξέλιξη των οργανισμών, συνεπώς, η κατανόηση του γενετικού υλικού και οι τεχνικές ανάλυσής του, συνεισφέρουν τόσο στον τομέα της Ιατρικής όσο και σε άλλους τομείς διαφόρων επιστημών.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των βασικών τεχνικών ανάλυσης DNA καθώς και οι παρουσίαση νεότερων τεχνικών με χρήση υπολογιστικών συστημάτων, οι οποίες στηρίζονται στις βασικές τεχνικές που υπάρχουν.

**Υλικό και μέθοδοι:** Η εργασία αφορά βιβλιογραφική έρευνα ιατρικών και άλλων επιστημονικών πηγών πρόσφατης ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας.

**Αποτελέσματα:** Η τεχνολογία και η πληροφορική στον τομέα των ιατρικών επιστημών και στον χώρο της έρευνας έχει εισβάλλει και με την τεχνολογία των μικροσυστοιχιών DNA μέσω των οποίων μπορούν να υπολογιστούν τα σχετικά επίπεδα της έκφρασης όλων των γονιδίων ενός οργανισμού, να ταυτοποιηθούν περιοχές DNA που αλληλεπιδρούν είτε μεταξύ τους, είτε με διάφορες πρωτεΐνες με στόχο την επιβίωση, την εύρυθμη λειτουργία του κυττάρου και την αρμονική συνεργασία του με γειτονικά κύτταρα και ιστούς. Η ηλεκτροφόρηση σε πήκτωμα αγαρόζης και η αλυσωτή αντίδραση πολυμεράσης – PCR στάθηκαν ως βάσεις για την εξέλιξη των τεχνικών ανάλυσης DNA. Έτσι, προέκυψαν διάφορες παραλλαγές της κλασικής PCR όπως η PCR πραγματικού χρόνου, η PCR τελικού σημείου, η επάλληλη PCR και η PCR με αντίστροφη μεταγραφάση. Ακόμη, παρατίθενται η τεχνική του φθορίζων εντοπισμένου – επιτόπιου υβριδισμού, των μικροσυστοιχιών, των στυπώμάτων και η μέθοδος της αλληλούχισης.

**Συμπεράσματα:** Η ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλυσης δεδομένων, θεωρητικών μεθόδων, μαθηματικών μοντέλων και υπολογιστικών μεθόδων προσομοίωσης για τη μελέτη συστημάτων βιολογίας, συμπεριφοράς και κοινωνιολογίας. Με την PCR και τις διάφορες παραλλαγές της, καθίσταται δυνατός ο πολλαπλασιασμός του DNA ενώ ο φθορίζων εντοπισμένος – επιτόπιος υβριδισμός, τα στυπώματα και οι μικροσυστοιχίες μας επιτρέπουν να εντοπίσουμε συγκεκριμένες αλληλουχίες DNA που μας ενδιαφέρουν. Τέλος, η μέθοδος της αλληλούχισης μας δίνει τη δυνατότητα να καθορίσουμε πλήρως τη δομή της πολυνουκλεοτιδικής αλυσίδας.

## OR.38

### ΕΥΦΥΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

I. Καβακιώτης<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Τα Ευφυή Κλινικά Συστήματα Στήριξης Αποφάσεων χρησιμοποιούνται ευρέως στην Υγεία και χρησιμοποιούνται από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτές καθώς και το παραϊατρικό προσωπικό με σκοπό την παροχή βοήθειας στη λήψη κλινικών αποφάσεων.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της δομής και του τρόπου λειτουργίας αυτών των συστημάτων αυτών καθώς και των αρχών πάνω στις οποίες βασίζεται η ευφυής συμπεριφορά που επιδεικνύουν.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφική αναζήτηση ιατρικών (PubMed) και πληροφορικών (DBLP) πηγών ξένης βιβλιογραφίας.

**Αποτελέσματα:** Τα συστήματα αυτά χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες στην βιβλιογραφία. Ο διαχωρισμός αυτός σχετίζεται με την ύπαρξη ή την απουσία μιας Βάσης Γνώσης. Τα συστήματα βασισμένα στη γνώση αποτελούνται από τρία κύρια μέρη: α) τη βάση της γνώσης που περιέχει ένα μεταγλωτισμένο σύνολο πληροφοριών με τη μορφή κανόνων IF-THEN(εάν- τότε), β) τη μηχανή εξαγωγής συμπερασμάτων που εφαρμόζει ένα σύστημα λογικής πάνω στη βάση γνώσης και γ) τη μέθοδο επικοινωνίας με το χρήστη για εισαγωγή δεδομένων στο σύστημα και εξαγωγή αποτελεσμάτων από αυτό. Η δεύτερη κατηγορία συστημάτων χρησιμοποιούν μεθόδους Μηχανικής Μάθησης (Machine Learning) και Εξόρυξης Γνώσης (Data Mining), οι οποίες είναι περιοχές που προσφέρουν ευφυείς υπολογιστικές μεθόδους για την ανάλυση δεδομένων και την εξαγωγή α) μοντέλων πρόβλεψης, β) συσχετίσεων και γ) προτύπων από τα δεδομένα.

**Συμπεράσματα:** Τα τελευταία χρόνια τα ευφυή συστήματα υποστήριξης αποφάσεων χρησιμοποιούνται σχεδόν σε κάθε τομέα υγείας. Η συνεχής πρόοδος των αλγορίθμων τεχνητής νοημοσύνης έχει δώσει την δυνατότητα για συστήματα με εξαιρετική απόδοση, τα οποία στοχεύουν στην υποβοήθηση και όχι στην αντικατάσταση του εξειδικευμένου προσωπικού, στην διαδικασία λήψης αποφάσεων.

**ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Γ. Σαββίδου<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Η κατάθλιψη εμφανίζεται με μία σειρά από συμπτώματα που επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου. Ορίζεται ως μια ψυχική διαταραχή και εάν δεν αντιμετωπιστεί σε σύντομο χρονικό διάστημα, μπορεί να εξελιχθεί σε μια πολύ σοβαρή κι επικίνδυνη ασθένεια.

**Σκοπός:** Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται τα αίτια της κατάθλιψης, οι τρόποι διάγνωσής της και οι θεραπείες της. Δίνεται έμφαση στις θεραπείες όπου και εμπλέκεται η Ιατρική Πληροφορική με σκοπό την κατανόησή τους και τη γνωριμία του κόσμου με αυτές.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Βιβλιογραφική έρευνα ιατρικών (Medscape, PubMed, JAMA, medical journals) και άλλων επιστημονικών πηγών (IEEE Society) πρόσφατης ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας. Οι πηγές έχουν διασταυρωθεί για την εγκυρότητα και την ισχύ τους.

**Αποτελέσματα:** Βιολογικές θεραπείες που φαίνεται να συμβάλλουν στην κατάθλιψη ενδεικτικά είναι:

• **Ηλεκτροσπασμοθεραπεία** (Electroconvulsive Therapy – ECT): Η μέθοδος ECT είναι μια ασφαλής μέθοδος και μάλιστα μεταξύ των πιο αποτελεσματικών που χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις κατάθλιψης.

• **Διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός** (Transcranial Magnetic Stimulation – TMS) : Πρόκειται για νέα μέθοδο, η οποία έχει λάβει την έγκριση του Αμερικανικού Οργανισμού Φαρμάκων και τροφίμων (FDA). Με την μέθοδο rTMS ένα μαγνητικό πεδίο δημιουργεί μικρότερη ποσότητα ρεύματος στοχευμένα σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου χωρίς ταυτόχρονα να προκαλεί απώλεια της συνείδησης.

• **Εν τω βάθει εγκεφαλικός ερεθισμός** (Deep Brain Stimulation -DBS ) : αποτελεί μία στερεοτακτική μέθοδο εμφύτευσης ηλεκτροδίων, μιας συσκευής διέγερσης σε επιλεγμένους επιλεγμένους πυρήνες του εγκεφάλου

Τα αποτελέσματα των βιολογικών θεραπειών που ακόμα δεν έχουν εδραιωθεί στη χώρα μας, δείχνουν, να είναι ευοίωνα σε σχέση με τις κοινές θεραπείες (ψυχοθεραπείες, φαρμακοθεραπείες). Οι θεραπείες αυτές χρησιμοποιούνται όταν οι υπόλοιπες μέθοδοι δεν έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Αν και ακόμη δεν έχουν πάρει έγκριση κάποιες από αυτές τις θεραπείες στη χώρα μας, μέσα από μία σειρά ερευνών οι βιολογικές θεραπείες, οι οποίες συνδυάζουν την Ιατρική με την Ιατρική Πληροφορική, παρουσιάζονται αποτελεσματικές και πολλά υποσχόμενες στον τομέα της κατάθλιψης.

## ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ

### OR.41

#### ΕΚΤΡΟΔΑΚΤΥΛΙΑ (ΔΑΚΤΥΛΑ ΣΑΝ ΔΑΓΚΑΝΕΣ ΑΣΤΑΚΟΥ): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Δασκάλου, Ε. Κουτσουράκη, Δ. Μιχμίζος, Μ. Αρναούτογλου, Α. Ωρολογάς  
Α' Νευρολογική κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

Τον Δεκέμβριο του 2012 προσήλθε στην Α' Νευρολογική κλινική ΑΧΕΠΑ άνδρας 60 ετών αιτιώμενος αιφνίδια αριστερά ημιπάρεση. Ο ασθενής έφερε συγγενή ανωμαλία του τύπου εκτροδακτυλίας και είχε οικογενειακό ιστορικό αιφνιδίων θανάτων.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση του συγκεκριμένου περιστατικού και η έκθεση του φάσματος των συστηματικών διαταραχών που διέπουν την εκτροδακτυλία ως μέρος ποικίλων συνδρόμων.

Η συγγραφή αυτής της εργασίας βασίστηκε στο ιστορικό της νοσηλείας του ασθενούς σε συνδυασμό με ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Η εκτροδακτυλία (Split hand/split foot malformation) αποτελεί μια γενετική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από την πλήρη ή μερική απουσία δακτύλων και συχνά συνδυάζεται με σχισμές στα άκρα. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, 6 συγγενείς του ασθενούς απεβίωσαν στην ηλικία των 60 ετών με ελεύθερο κλινικό και εργαστηριακό ιστορικό, από τους οποίους οι 3 είχαν την ίδια δυσμορφία των άκρων.

Η εκτροδακτυλία έχει περιγραφεί σε περισσότερα από 50 σύνδρομα, σε κανένα όμως από αυτά δεν υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ αυτής και εκδήλωση αιφνιδίων θανάτων. Με βάση το παραπάνω περιστατικό, τίθεται το ερώτημα ύπαρξης συνδρόμου που να περικλείει αυτές τις οντότητες.

### OR.42

#### Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΚΟΚΚΙΝΟ ΧΡΩΜΑ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Δ. Κανάκη, Σ. Δαλάκα, Δ. Πίτσιος, Χ. Πρώιου

Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Σχολή κοινωνικών, ανθρωπιστικών επιστήμων και τεχνών, Τμήμα εκπαιδευτικής και κοινωνικής πολιτικής, Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών: Δια βίου μάθηση και ειδική αγωγή.

Στην πρόσφατη αρθρογραφία εμφανίζεται ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με την επίδραση που έχει το χρώμα κόκκινο στις γνωστικές διεργασίες, υποστηρίζοντας ότι το χρώμα και η λέξη κόκκινο χειροτερεύει τις γνωστικές επιδόσεις. Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε αν το χρώμα και η λέξη κόκκινο προκαλεί περισσότερα λάθη κατά την λεκτική αναπαραγωγή του καθώς και αν χειροτερεύει την μνημονική ανάκληση και την ικανότητα εκτίμησης της αναλογίας των υποκειμένων.

Στην έρευνα συμμετείχαν 34 υγιείς ενήλικοι τυπικής ανάπτυξης ηλικίας από 19 έως 65 ετών. Κατά την πειραματική διαδικασία χρησιμοποιήθηκε η τροποποιημένη εκδοχή του stroop test όπου στα υποκείμενα παρουσιάζονται 100 περιπτώσεις οπού με τυχαία σειρά και σε ίση αναλογία εμφανίζονται τρεις αποχρώσεις του κόκκινου και τρεις αποχρώσεις του γκρι σε καρτέλα διαστάσεων 42cm × 59,4cm . Τα υποκείμενα καλούνται να αναγνωρίσουν ή να αναγνώσουν τα χρώματα σε μία καρτέλα κατονομασίας, μια ανάγνωσης και μια παρεμβολής. Έπειτα τους ζητήθηκε να ανακαλέσουν ποιο ήταν το 1° και το τελευταίο χρώμα που αναγνώρισαν καθώς και να εκτιμήσουν ποιο χρώμα εμφανίζόταν περισσότερο στη δοκιμασία. Η ανάλυση λαθών έδειξε ότι στην καρτέλα κατονομασίας έγιναν περισσότερες αυτοδιορθώσεις στο κόκκινο, στην καρτέλα ανάγνωσης περισσότερες παύσεις στο κόκκινο και στην καρτέλα της παρεμβολής περισσότερα μη διορθωμένα λάθη και αυτοδιορθώσεις στο κόκκινο, οι διαφορές όμως αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές, ενδεχομένως λόγω του μικρού δείγματος συμμετεχόντων. Επίσης το χρώμα κόκκινο δεν φάνηκε να χειροτερεύει την ικανότητα μνημονικής ανάκλησης και εκτίμησης της αναλογίας των χρωμάτων, σε αντίθεση με προηγούμενα ερευνητικά ευρήματα.

# ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

OR.43

## ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΛΛΟΓΕΝΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ: ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ

Ε. Γαβριηλάκη, Ι. Σακελλάρη, Δ. Μαλλουρή, Ι. Μπάτσης, Ά. Βαρδή, Ε. –Ε. Κοράβου, Α. Παλέτα, Α. Παπαδοπούλου, Α. Παπαλεξανδρή, Α. Αθανασιάδου, Χ. Σμίας, Ε. Γιαννάκη, Α. Αναγνωστόπουλος

Αιματολογική Κλινική – Μονάδα Μεταμόσχευσης, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου»

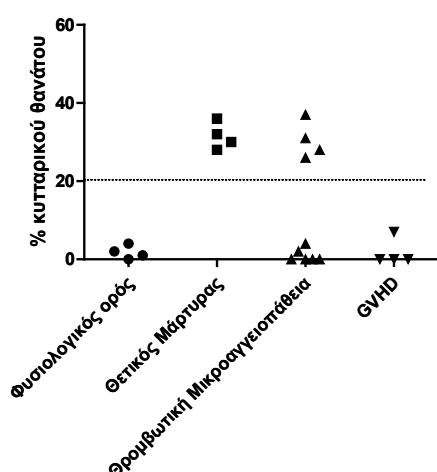
**Εισαγωγή:** Η θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια μετά μεταμόσχευση αλλογενών αιμοποιητικών κυττάρων (TA-TMA) αποτελεί σοβαρή επιπλοκή με υψηλό ποσοστό θνητότητας. Αν και η παθοφυσιολογία του συνδρόμου δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη, η θεραπεία με αναστολείς του συμπληρώματος έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

**Σκοπός:** Διερευνήσαμε την ενεργοποίηση συμπληρώματος στους ασθενείς με TA-TMA χρησιμοποιώντας την τροποποιημένη δοκιμασία κατά Ham, μία νέα μέθοδο για έγκαιρη ταυτοποίηση ασθενών με αυξημένη ενεργοποίηση συμπληρώματος.

**Υλικό και μέθοδοι:** Καταγράφηκαν ασθενείς με TA-TMA την περίοδο Ιανουαρίου 2015 – Ιουνίου 2016. Στην ομάδα ελέγχου μελετήθηκαν ασθενείς με οξεία νόσο μοσχεύματος κατά ξενιστή (GVHD). Εφαρμόστηκε η τροποποιημένη δοκιμασία κατά Ham, που βασίζεται στην ευαισθησία της κυτταρικής σειράς με απουσία έκφρασης γονιδίου PIGA στη δράση του συμπληρώματος.

**Αποτελέσματα:** Μελετήσαμε 10 ασθενείς με TA-TMA την ημέρα +109 (9-390) και 4 ασθενείς με οξεία GVHD. Ανιχνεύθηκε αυξημένη ενεργοποίηση του συμπληρώματος στην TA-TMA έναντι της GVHD ( $p=0,039$ , Διάγραμμα). Πλασμαφαιρέσεις ή/και πλασματεγχύσεις εφαρμόστηκαν σε 7 ασθενείς, στις οποίες μόνο 3 (με αρνητική δοκιμασία) ανταποκρίθηκαν. Ένας ασθενής με θετική δοκιμασία και ανθεκτική TA-TMA έλαβε 3 ώσεις αναστολέα του συμπληρώματος, eculizumab. Παρατηρήθηκε υποχώρηση του συνδρόμου. Ωστόσο, κατέληξε λόγω επιπλοκών από νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Οκτώ από τους 10 ασθενείς απεβίωσαν τη +215 (73-430) από σχετιζόμενες με τη μεταμόσχευση επιπλοκές, GVHD και λοιμώξεις από πολυανθεκτικά στελέχη.

**Συμπεράσματα:** Σε αντίθεση με τη GVHD, βρέθηκε αυξημένη ενεργοποίηση του συμπληρώματος στην TA-TMA. Δεδομένης της δυσχέρειας στη διάγνωση και αντιμετώπιση, η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών με πιθανό όφελος από θεραπεία με αναστολές του συμπληρώματος μπορεί να συμβάλλει στη μείωση της σημαντικής νοσηρότητας και θνητότητας.



## ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ

OR.44

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΟΚΑΛΣΙΦΕΡΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΟΛΗΚΑΛΣΙΦΕΡΟΛΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ 25(OH)-VITD ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ XNN: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ

Π. I. Γεωργιανός,<sup>1</sup> R. Agarwal<sup>2</sup>

1 Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

2 Department of Medicine, Indiana University School of Medicine and Richard L. Roudebush VA Medical Center, Indianapolis, Indiana, USA

**Εισαγωγή:** Η υποβιταμίνωση D είναι πολύ συχνή στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN) και έχει προταθεί ότι συμμετέχει στην παθογένεια του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού.

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί η επίδραση της εργοκαλσιφερόλης και χοληκαλσιφερόλης στα επίπεδα της 25(OH)D και της παραθορμόνης (PTH) και ασθενείς με XNN σταδίου 3-5D

**Υλικό – Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση των ηλεκτρονικών βάσεων Medline/PubMed, EMBASE και Cochrane CENTRAL για την αναζήτηση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών που συνέκριναν την επίδραση της εργοκαλσιφερόλης ή της χοληκαλσιφερόλης έναντι του εικονικού φαρμάκου στα επίπεδα της 25(OH)D και της PTH σε ασθενείς με XNN σταδίου 3-5D.

**Αποτελέσματα:** Στη μετανάλυση περιλήφθηκαν 18 τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες (οι 4 περιέλαβαν 130 ασθενείς με XNN σταδίου 3-4 και οι 14 περιέλαβαν 880 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση). Η σταθμισμένη μέση διαφορά (WMD) στη μεταβολή της 25(OH)D μεταξύ των ομάδων της βιταμίνης D και του εικονικού φαρμάκου ήταν 14,92 ng/mL (95% CI: 12,68-17,16) με τη χρήση fixed-effects μοντέλων και 20,54 ng/mL (95% CI: 15,97-25,11) με τη χρήση random-effects μοντέλων. Σε αντίθεση, η μεταβολή της PTH δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων της βιταμίνης D και του εικονικού φαρμάκου ούτε στην ανάλυση με fixed-effects μοντέλα (WMD: -11,80 pg/mL, 95% CI: -29,62 – 6,02) ούτε με random-effects μοντέλα (WMD: -30,59 pg/mL, 95% CI: -73,82 – 12,65). Το εύρημα αυτό ήταν σταθερό στις υποομάδες των ασθενών με XNN σταδίου 3-4 και σταδίου 5D.

**Συμπέρασμα:** Η παρούσα μετανάλυση δείχνει ότι σε ασθενείς με XNN, η χορήγηση εργοκαλσιφερόλης ή χοληκαλσιφερόλης αυξάνει σημαντικά τα επίπεδα της 25(OH)D, αλλά η επίδραση αυτή δε συνοδεύεται από σημαντική μείωση της PTH.

## OR.45

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΣΟΥΛΦΟΝΙΚΟΥ ΠΟΛΥΣΤΥΡΕΝΙΟΥ ΣΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ XNN ΣΤΑΔΙΟΥ 3-4

Ι. Λιάμπας, Γ. Ι. Γεωργιανός, Α. Κυριάκου, Α. Σιούλης, Β. Βαΐος, Β. Ράπτης, Μ. Βαλίος, Ν. Σαββίδης, Β. Λιακόπουλος, Η. Μπαλάσκας, Π. Ζεμπεκάκης

Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Το σουλφονικό πολυστυρένιο (sodium polystyrene sulfonate, SPS) συνταγογραφείται επί πολλά έτη για τη θεραπεία της υπερκαλιαιμίας στη χρόνια νεφρική νόσο (XNN), παρά την έλλειψη στοιχείων που να αποδεικνύουν την μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητά του. Επιπλέον, το SPS έχει συνδεθεί με υψηλή συχνότητα γαστρενετερικών επιπλοκών και περιπτώσεις εντερικής νέκρωσης.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και της ανεκτικότητας του SPS για μακροχρόνια αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας σε ασθενείς με XNN.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη των ιατρικών αρχείων 26 ασθενών με σταδίου 3-4 XNN, οι οποίοι έλαβαν SPS για ήπια υπερκαλιαιμία στα εξωτερικά Νεφρολογικά ιατρεία της κλινικής μας μεταξύ 2010-2016. Καταγράψαμε δεδομένα σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τις μεταβολές του καλίου και των άλλων ηλεκτρολυτών μετά την έναρξη του SPS.

**Αποτελέσματα:** 26 ασθενείς (ηλικία:  $71,3 \pm 9,2$  έτη, μέσος eGFR:  $33,3 \pm 11,4$  ml/min/1.73m<sup>2</sup>, 69.2% διαβητικοί) έλαβαν SPS για μέση περίοδο 15,4 μηνών (εύρος: 3-27 μήνες). Σημαντική μείωση στα επίπεδα του καλίου σημειώθηκε από την έναρξη έως τον 1<sup>ο</sup> μήνα θεραπείας ( $5,9 \pm 0,4$  vs  $4,9 \pm 0,5$  mEq/L, p<0,001). Τα επίπεδα καλίου ορού ήταν σημαντικά χαμηλότερα κατά τις επισκέψεις τον 3<sup>ο</sup>, 6<sup>ο</sup> και 12<sup>ο</sup> Μήνα σε σύγκριση με την αρχική επίσκεψη ( $4,84 \pm 0,4$ ,  $4,86 \pm 0,4$  και  $4,81 \pm 0,5$  mEq/L αντίστοιχα, p<0,001 για όλες τις συγκρίσεις). Δεν παρατηρήθηκε επεισόδιο εντερικής νέκρωσης ή άλλη σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια που θα μπορούσε να αποδοθεί στο SPS. Το ποσοστό διακοπής του φαρμάκου λόγω γαστρενετερικής δυσανεξίας ήταν χαμηλό (1/26 ασθενείς, 3,8%).

**Συμπέρασμα:** Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι το SPS είναι καλά ανεκτό και μπορεί να χρησιμοποιηθεί με αποτελεσματικότητα και ασφάλεια στη μακροχρόνια θεραπεία της υπερκαλιαιμίας σε ασθενείς με XNN.

## OR.46

### ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ XNN ΣΤΑΔΙΟΥ 3-4: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

**Α. Κυριάκου**, Π. Ι. Γεωργιανός, Ι. Λιάμπας, Β. Βαΐος, Α. Καρπέτας, Π. Δεμιρτζή, Μ. Balios, A. Σιούλης, N. Σαββίδης, E. Γεροπούλου, B. Λιακόπουλος, H. Μπαλάσκας, P. Ζεμπεκάκης  
Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,  
Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η υπερκαλιαιμία είναι μία συχνά παρατηρούμενη ηλεκτρολυτική διαταραχή σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN). Προοπτικές μελέτες έχουν συσχετίσει την υπερκαλιαιμία με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής θνητότητας.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση του επιπολασμού και των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση υπερκαλιαιμίας σε ασθενείς με XNN σταδίου 3-4.

**Υλικά και Μέθοδοι:** 223 διαδοχικοί ασθενείς με σταθερή XNN σταδίου 3-4, οι οποίοι προσήλθαν στα εξωτερικά Νεφρολογικά ιατρεία της κλινικής μας σε προοπτική περίοδο 4 μηνών εντάχθηκαν στη μελέτη. Συλλέξαμε δεδομένα σχετικά με τα επίπεδα καλίου ορού και άλλες εργαστηριακές παραμέτρους, τη συννοσηρότητα και τη φαρμακευτική αγωγή. Οι παράγοντες που σχετίζονται με κάλιο ορού  $\geq 5,1 \text{ mEq/L}$  αναλύθηκαν με μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης.

**Αποτελέσματα:** Άνοδος καλίου ορού  $\geq 5,1 \text{ mEq/L}$  παρτηρήθηκε στο 30,5% των ασθενών και υπερκαλιαιμία (κάλιο ορού  $\geq 5,5 \text{ mEq/L}$ ) εμφάνισε το 11,2% των συμμετεχόντων στη μελέτη. Στις μονοπαραγοντικές συγκρίσεις, οι ασθενείς με υπερκαλιαιμία είχαν υψηλότερη ηλικία, ήταν συχνότερα διαβητικοί, είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ουρίας ορού και χαμηλότερο eGFR. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η μεγαλύτερη ηλικία [Odds Ratio (OR): 1,031, 95% Confidence Interval (CI): 1,030-1,060] και η παρουσία διαβήτη σχετίστηκαν με αυξημένη πιθανότητα υπερκαλιαιμίας, ενώ υψηλότερα επίπεδα eGFR σχετίστηκαν με χαμηλότερη πιθανότητα υπερκαλιαιμίας (OR: 0,971, 95% CI: 0,945-0,990). Η χρήση φαρμάκων που αποκλείουν τον άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης δεν αποτέλεσε παράγοντα σχετιζόμενο με υπερκαλιαιμία. (OR: 1,314, 95% CI: 0,694-2,488).

**Συμπέρασμα:** Η υπερκαλιαιμία εμφανίζεται στο 11% των ασθενών με XNN σταδίου 3-4. Η μεγάλη ηλικία, η παρουσία διαβήτη και η μείωση του eGFR φαίνεται να αποτελούν τους κύριους καθοριστές της υπερκαλιαιμίας στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

## ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ

OR.47

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ NLRP3 ΦΛΕΓΜΟΝΟΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ IL-1B ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΙΟΓΕΝΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ

G. Loli<sup>1</sup>, A. Molyvdas<sup>2</sup>, U. Georgopoulou<sup>3</sup>, O. Tsachouridou<sup>1</sup>, P. Morfesis<sup>1</sup>, S. Metallidis<sup>1</sup>, A. E. Germenis<sup>2</sup>, M. Speletas<sup>2\*</sup>, G. Germanidis<sup>1</sup>, P. Zebekakis<sup>1</sup>

1 First Department of Internal Medicine, AHEPA Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, School of Medicine, 546361 Thessaloniki, Greece

2 Department of Immunology and Histocompatibility, University of Thessaly, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Biopolis 41110, Larissa, Greece

3 Molecular Virology Laboratory- Molecular Biology and Immunobiotechnology Laboratory-Hellenic Pasteur Institute, 11521 Athens, Greece

**Εισαγωγή και Σκοπός:** Η χρόνια ιογενής ηπατίτιδα Β και Ζ είναι νόσοι με σοβαρές επιπτώσεις. Οι μηχανισμοί που εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία τους δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Τελευταία, υπάρχουν δεδομένα *in vitro* και από δείγματα περιφερικού αίματος που προτείνουν ένα ρόλο για την IL-1B και το φλεγμονόσωμα NLRP3. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην διερεύνηση αυτού του ρόλου.

**Μέθοδοι:** Η ποσοτική mRNA έκφραση IL-1B και κομβικών πρόδρομων μορίων του φλεγμονοσώματος NLRP3 μελετήθηκαν σε βιοψίες ήπατος ασθενών με πρόσφατη διάγνωση χρόνιας ηπατίτιδας Β (CHB), με χρόνια ηπατίτιδα Β σε ύφεση υπό θεραπεία επι μακρόν (CHB-rem) και με χρόνια ηπατίτιδα Ζ(CHC). Επίσης σε Huh7.5 (ηπατοκύτταρα), LX2(αστεροειδή) και THP-2 (μονοκύτταρα) κυτταρικές σειρές, σε μια ποικιλία συνδυασμών από μονο-, διπλές και τριπλές (συν)καλλιέργειες με την κάθε μια κυτταρική σειρά να έχει επιμολυνθεί εναλλάξ με τον κλώνο JFH-1 του HCV. Τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν με την ιστολογία για το βαθμό φλεγμονής και ίνωσης.

**Αποτελέσματα:** Η έκφραση IL1B, CASP1 και NLRP3 βρέθηκε διαφορετική μεταξύ των ομάδων ( $p=0.001$ ,  $p=0.001$  και  $p=0.038$ , αντίστοιχα). Οι ασθενείς με CHB εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα mRNA IL1B και CASP1 από τους CHB-rem και CHC. Η έκφραση της IL1B συσχετίζεται με τα βιοχημικά δεδομένα στους CHB (AST  $p=0.006$ ,  $r=0.457$  / ALT  $p=0.002$ ,  $r=0.497$ ). Τα επίπεδα mRNA IL1B στους ασθενείς με CHB συσχετίζονται με το βαθμό φλεγμονής ( $p=0.016$ ) αλλά όχι με το στάδιο ίνωσης ( $p=0.362$ ). Τα *in vitro* αποτελέσματα δείχνουν μια αύξηση έκφρασης της IL1B στις μονές καλλιέργειες με JFH-1 διαμόλυνση, η οποία όμως εξαλείφεται στις τριπλές Huh7.5, LX2 και THP-2 συγκαλλιέργειες.

**Συμπέρασμα:** Η IL-1β ίσως παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της χρόνιας ηπατικής φλεγμονής από HBV, αλλά όχι από HCV.

**ΤΟ NLRP3 ΦΛΕΓΜΟΝΟΣΩΜΑ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΣΤΟ ΗΠΑΡ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΧΡΟΝΙΑ HBV ΛΟΙΜΩΞΗ**

Θ. Χρυσανθίδης<sup>1</sup>, Α. Μολυβδάς<sup>2</sup>, Π. Χυτίρογλου<sup>3</sup>, Ν. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Μ. Σπελέτας<sup>2</sup>, Σ. Μεταλλίδης<sup>1</sup>, Γ. Γερμανίδης<sup>1</sup>, Π. Ζεμπεκάκης<sup>1</sup>

1 Α Παθολογική Κλινική ΠΓΝ Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

2 Εργαστήριο Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

3 Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας ΑΠΘ

**Σκοπός:** Οι μηχανισμοί της χρονίας φλεγμονής από τον ίο της ηπατίτιδας Β δεν είναι ακόμη απολύτως διευκρινισμένοι. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου του φλεγμονοσώματος *NLRP3* και της ιντερλευκίνης 1b (*IL-1B*) σε δείγματα ηπατικού ιστού ασθενών που πρόσφατα διαγνώσθηκαν να πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα Β.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ελήφθησαν βιοψίες ήπατος από ασθενείς που πρόσφατα διαγνώσθηκαν με χρόνια ηπατίτιδα Β (XHB-CHB) και από ασθενείς με XHB σε ύφεση υπό αντιική αγωγή για διάστημα μεγαλύτερο από 240 εβδομάδες (CHB-rem). Η ομάδα των ασθενών με XHB σε ύφεση χρησιμοποιήθηκε ως ομάδα ελέγχου, καθώς δεν παρουσίαζαν φλεγμονή ιστολογικά. Οι βιοψίες χωρίστηκαν σε δύο τμήματα. Το πρώτο εξετάστηκε προκειμένου να προσδιοριστεί ο βαθμός της φλεγμονής και το στάδιο της ίνωσης. Από το δεύτερο τμήμα έγινε εκχύλιση RNA το οποίο κατόπιν μετατράπηκε σε cDNA. Ακολούθησε Real-Time PCR προκειμένου να προσδιοριστούν τα επίπεδα *IL 1B*, *CASP1*, *NLRP3*, *ASC* και *IL RA*.

**Αποτελέσματα:** Η έκφραση της *IL 1B* (CHB  $0.765 \pm 0.090$  έναντι CHB-rem  $0.342 \pm 0.075$  mean  $\pm$  SEM,  $p < 0.001$ ), *CASP1* (CHB  $2.733 \pm 0.431$  έναντι CHB-rem  $1.144 \pm 0.186$ ,  $p = 0.005$ ) και *ASC* (CHB  $7.109 \pm 2.631$  έναντι CHB-rem  $3.035 \pm 0.453$ ,  $p = 0.038$ ) διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Η έκφραση του φλεγμονοσώματος *NLRP3* αν και είναι αυξημένη δεν είναι στατιστικά σημαντική (CHB  $7.857 \pm 4.860$  έναντι CHB-rem  $1.857 \pm 0.866$ ,  $p = 0.052$ ). Η έκφραση *IL 1B* σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με δείκτες της ηπατικής βιοχημείας (AST:  $p = 0.006$ ,  $r = 0.457$ ; ALT  $p = 0.002$ ,  $r = 0.497$ ). Τέλος τα επίπεδα mRNA της *IL 1B* σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τον βαθμό της φλεγμονής ( $p = 0.016$ ), αλλά όχι με το στάδιο της ίνωσης ( $p = 0.362$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η *IL 1B* πιθανά διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της XHB. Επιπλέον τα επίπεδα *NLRP3* και *ASC* υποδηλώνουν ότι στη φλεγμονή της χρονίας HBV λοίμωξης πιθανά εμπλέκονται περισσότεροι τύποι φλεγμονοσώματος.

# ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

OR.49

## ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (DMARDs και TNFα ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ) ΣΕ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Μ. Ζακαλκά<sup>1</sup>, Μ. Καρακώτα<sup>2</sup>, Γ. Κολιάκος<sup>2</sup>, Λ. Σέπτας<sup>1</sup>, Μ. Δανιηλίδης<sup>1</sup>

1Τμήμα Νοσημάτων Συνδετικού Ιστού, Α Παθολογική Κλινική ΑΠΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

2 Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Στη ρευματοειδή αρθρίτιδα(ΡΑ) η IL33 παράγεται από τους ινοβλάστες και τα μαστοκύτταρα του αρθρικού υμένα και είναι αυξημένη στον ορό των ασθενών, δρά ως αλαρμίνη συνδεόμενη εξωκυττάρια στον υποδοχέα της οικογένειας IL-1 κυτταροκινών (ST2) σε Th2 κύτταρα, καθώς και σε κύτταρα του μυοκαρδίου, του αγγειακού τοιχώματος και του οστίτη ιστού. Στην ρευματοειδή αρθρίτιδα(ΡΑ) παράγεται από τους ινοβλάστες και τα μαστοκύτταρα του αρθρικού υμένα και είναι αυξημένη στον ορό ασθενών με PA. Ο ST2 υποδοχέας (ST2R) έχει δύο ισομορφές τη διαλυτή(sST2) και τη συνδεδεμένη με την μεμβράνη(ST2L). Η σύνδεση της IL33 με τον διαμεμβρανικό υποδοχέα ST2L ενεργοποιεί ενδοκυττάρια μονοπάτια που οδηγούν σε αυξημένη παραγωγή T2 κυτταροκινών, ενώ η διαλυτή (sST2) δρά σαν decoy υποδοχέας της sIL33 και αδρανοποιεί τον IL33/ST2 άξονα.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίδρασης των DMARDs και των TNFα αναστολέων (certolizumab-pegol και golimumab) στην complexed sST2(IL33/ST2R)(διαλυτό σύμπλεγμα της συνδεδεμένης IL33 με ST2 με απενεργοποιημένες την sIL33 και την sST2) σε ασθενείς με εγκατεστημένη PA.

**Μέθοδοι:** 85 ασθενείς (76 γυναίκες,89%) με εγκατεστημένη PA (διάρκεια νόσου≥5 χρ.), μέση ηλικία  $57\pm12$ χρ.,(68% με RF θετικό), χωρίς γνωστή καρδιαγγειακή νόσο, Σ/Δ και διαταραχές θυρεοειδούς που βρίσκονταν σε αγωγή με DMARDs και ήταν πανε σε βιολογικούς παράγοντες χωρίσθηκαν σε 2 ομάδες, σε όσους είχαν DAS<sub>28</sub>>3,2(43 ασθενείς) που τέθηκαν επιπρόσθετα σε anti-TNFα βιολογικό παράγοντα (20 ασθενείς σε certolizumab-pegol και 23 ασθενείς σε golimumab) για ≥12 μήνες και σε όσους είχαν DAS<sub>28</sub>≤3,2 (42 ασθενείς) που συνέχισαν την αγωγή με DMARDs και παρακολουθήθηκαν το ίδιο διάστημα ως ομάδα ελέγχου ασθενών. Όλοι οι ασθενείς είχαν καλή ανταπόκριση κατά Eular στη θεραπεία και μετρήθηκαν στον ορό/πλάσμα με captured elisas σε δύο στιγμιότυπα με διαφορά ≥12μήνες οι πρωτεΐνες complexed sST2(IL33/ST2R) και ιστικός παράγοντας (TF) και τα ένζυμα PON3 και Lp-PLA2.

**Αποτελέσματα:** Στους ασθενείς με DAS<sub>28</sub>>3,2 και πριν την έναρξη του anti-TNFα παράγοντα αρχικά βρέθηκε μεγαλύτερη τιμή complexed sST2(73,57(46,50-97,21)pg/ml( $p<0,001$ )) σε σχέση με αυτούς με DAS<sub>28</sub>≤3,2(78,57(55,37-124,9), καθώς οι πρωτεΐνες αυτές επηρεάζονται άμεσα από το φλεγμονώδες φορτίο του πλάσματος. Στους ασθενείς που πήραν DMARDs παρατηρήθηκε αύξηση της complexed sST2 (78,57(55,37-124,9)→77,18(56,13-98,58)pg/ml ( $p<0,0001$ )), που σημαίνει μείωση της sIL33 και της sST2. Σε ανάλυση παλινδρόμησης (multiple regression stepwise) η complexed sST2 και πριν ( $r=0,429$ ,  $p=0,006$ ) και μετά τους ≥12 μήνες σταθερής ύφεσης της PA ( $r=0,364$ ,  $p=0,022$ ) σχετίσθηκε θετικά ανεξάρτητα με την PON3 (ένζυμο με αντιοξειδωτική δράση που συνδέεται με την HDL και αναστέλλει την οξειδωση της LDL). Στους ασθενείς που πήραν anti-TNFα παράγοντες συνδυαστικά με DMARDs παρατηρήθηκε αύξηση της complexed sST2 (73,57(46,50-97,21)→80,78(51,5-105,0)pg/ml ( $p<0,0001$ )), και σε ανάλυση παλινδρόμησης η μετά complexed sST2 (adj. $r^2=0,862$ ,  $p<0,0001$ ) σχετίσθηκε θετικά ανεξάρτητα με την πριν complexed sST2 ( $r=0,915$ ,  $p<0,0001$ ), τον TF ( $r=0,554$ ,  $p=0,001$ ) και την Lp-PLA2 ( $r=0,349$ ,  $p=0,049$ ). Ειδικότερα, στους ασθενείς που πήραν certolizumab-pegol παρατηρήθηκε αύξηση της complexed sST2(61,46(32,03-99,16)→(77,57(30,07-100,1)pg/ml ( $p<0,0001$ )), ενώ στους ασθενείς που πήραν golimumab παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της complexed sST2(78,42(52,21-97,21)→83,57(60,71-157,9)pg/ml ( $p<0,0001$ )).

**Συμπεράσματα:** Στους PA ασθενείς που απαντούν στη θεραπεία τα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα (DMARDs και TNFα αναστολείς) έχουν διαφορετική επίδραση στην αναστολή των οστικών διαβρώσεων, της μυοκαρδιακής υπερτροφίας και της πάχυνσης του ενδοθηλίου και άρα στη μείωση της πρώιμης αθηροσκλήρωσης της νόσου.

## OR.50

### ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (ΑΕ) ΠΟΥ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΝ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΧΘΟΥΝ

I. Βρεττός, Π. Βουκελάτου, Π. Παντελίδης, Δ. Θεοτοκά, Α. Κατσώρας, Α. Μπιτσικώκου, Α. Ράγκου, Α. Καλλιακμάνης

B' Παθολογική Κλινική ΓΟΝΚ "Οι Άγιοι Ανάργυροι", Αθήνα

**Εισαγωγή:** Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι ο αριθμός των εισαγωγών στο νοσοκομείο που οφείλονται σε ΑΕ είναι μεγάλος και ότι η πλειονότητα αυτών θα μπορούσε να αποφευχθεί.

**Σκοπός:** Να διερευνηθούν ποια φάρμακα ευθύνονται πιο συχνά για εισαγωγές στο νοσοκομείο λόγω ΑΕ, ποιες είναι οι πιο συχνές ΑΕ και σε τι ποσοστό θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

**Ασθενείς και μέθοδος:** Σε 310 διαδοχικούς ασθενείς, που εισήχθησαν στο νοσοκομείο, ηλικίας άνω των 65 ετών (51% γυναίκες), μέσης ηλικίας  $80,24 \pm 7,92$  καταγράφηκαν: η αιτία εισόδου, η φαρμακευτική αγωγή, το ιατρικό ιστορικό και δημογραφικοί παράγοντες. Η συμβολή των φαρμάκων στην εισαγωγή εκτιμήθηκε με τα τροποποιημένα κριτήρια Hallas, Για τη δυνατότητα να προληφθούν οι σχετιζόμενες με τα φάρμακα εισαγωγές χρησιμοποιήθηκαν η κατάταξη και τα κριτήρια Hepler.

**Αποτελέσματα:** Σε 51 ασθενείς (16,5%) η κύρια (43 ασθενεις-84,3%) ή συμβάλλουσα (8 ασθενεις-17,7%) αιτία εισόδου ήταν κάποια ΑΕ. Σε 50 ασθενείς (16,1%) υπήρχε μια μικρότερης σημασίας ΑΕ. Οι πιο συχνές ΑΕ ήταν: αιμοραγία πεπτικού (29.4%), οξεία νεφρική βλάβη (17.6%) και υπονατριαιμία (15.7%). Τα φάρμακα που συχνότερα ενοχοποιήθηκαν για ΑΕ ήταν: θειαζίδες (25.5%), ασενοκουμαρόλη (19.6%) και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα (17.6%). Η αιτιολογική συσχέτιση της εισαγωγής με κάποια ΑΕ ήταν σίγουρη στο 71,7% και πιθανή στο 26,4%. Συχνότερες αιτίες των ΑΕ ήταν: ανεπαρκής παρακολούθηση (61,6%), ιδιοσυγκρασιακοί λόγοι (19,2%), λάθη στην συνταγογράφηση (11,5%) και ανεπαρκής συμμόρφωση (7,7%). Στο 73,1% των περιπτώσεων η ΑΕ μπορούσε να αποφευχθεί.

**Συμπεράσματα:** Η κύρια αιτία ΑΕ που ευθύνονται για εισαγωγή στο νοσοκομείο, στην οποία τόσο οι ασθενείς όσο και οι ιατροί θα πρέπει να εστιάσουν, είναι η ανεπαρκής παρακολούθηση.

## OR.51

### ΜΗ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΣΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ (PPI's) ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΥΤΗ

Π. Βουκελάτου, Ι. Βρεττός, Δ. Θεοτοκά, Π. Παντελίδης, Α. Μπιτσικώκου, Α. Ράγκου, Α. Διδασκάλου, Α. Καλλιακμάνης

Β' Παθολογική Κλινική ΓΟΝΚ "Οι Άγιοι Ανάργυροι", Αθήνα

**Εισαγωγή:** Οι ενδείξεις για την χορήγηση PPI's σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες (NICE guidelines) είναι περιορισμένες, ωστόσο συχνά συνταγογραφούνται χωρίς ένδειξη.

**Σκοπός:** Ο καθορισμός της συχνότητας της χωρίς ένδειξη λήψης PPI's και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτή σε ηλικιωμένους ασθενείς που εισήχθησαν διαδοχικά στο νοσοκομείο.

**Ασθενείς και μέθοδοι:** Σε 480 ασθενείς, ηλικίας άνω των 65 ετών (55% γυναίκες), μέσης ηλικίας  $80,19 \pm 8,02$  M $\pm$ 1SD, καταγράφηκαν: η αιτία εισόδου, η φαρμακευτική αγωγή, το ιατρικό ιστορικό, δημογραφικοί παράγοντες, η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης με τη χρήση του Katz index (KI) και η συννοσηρότητα με τη χρήση του Charlson-Comorbidity Score. Παραμετρικές δοκιμασίες, μη παραμετρικές δοκιμασίες και λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης εφαρμόστηκαν προκειμένου να εντοπιστούν οι παράγοντες που σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την μη βασιζόμενη σε ενδείξεις λήψη PPI's.

**Αποτελέσματα:** 27 ασθενείς (5,6%) λάμβαναν PPI's με ένδειξη. 105 ασθενείς (21,9%) λάμβαναν χωρίς ένδειξη. Η πιθανότητα λήψης PPI's χωρίς ένδειξη ήταν μεγαλύτερη όταν λάμβαναν αντιπηκτικά ή αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα ( $\chi^2=14.570$ ,  $p=0.000$ ). Ο μέσος αριθμός των νοσημάτων ( $U=11624$ ,  $p=0.000$ ) και των φαρμάκων ( $U=8248$ ,  $p=0.000$ ) ήταν μεγαλύτερος σε όσους λάμβαναν PPI's χωρίς ένδειξη, ενώ ο KI ήταν μικρότερος ( $U=15896$ ,  $p=0.029$ ). Στη λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης ο μόνος ανεξάρτητος προσδιοριστής ήταν ο αριθμός των φαρμάκων ( $p=0.000$ ,  $OR=1.546$ ,  $95\%CI$  1.351-1.770). Ο αριθμός των νοσημάτων ( $p=0.060$ ,  $OR=0.810$ ,  $95\%CI$  0.650-1.009) και ο KI ( $p=0.078$ ,  $OR=0.917$ ,  $95\%CI$  0.832-1.010) οριακά δεν εμφάνισαν στατιστική σημαντικότητα.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς που λαμβάνουν μεγάλο αριθμό φαρμάκων συχνά επιβαρύνονται με την επιπλέον χορήγηση ενός PPI χωρίς ένδειξη.

## OR.52

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ε. Γεωργιανού<sup>1</sup>, Χ. Μπουτάρη<sup>1</sup>, Κ. Μαρκάκης<sup>2</sup>, Κ. Πετίδης<sup>1</sup>, Ι. Ζωγράφου<sup>1</sup>, Α. Πυρπασοπούλου<sup>1</sup>

1'Β Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ΑΠΘ

2 Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Ασθενής άνδρας 81 ετών προσεκομίσθη με το ΕΚΑΒ λόγω αναιμίας(Ht:24) και επιδεινομένης νεφρικής λειτουργίας(Krea:2,12), που διαπιστώθηκαν σε τυχαίο εργαστηριακό έλεγχο. Οι συγγενείς αναφέρουν βραδυψυχισμό και ληθαργικότητα του ασθενούς.

**Σκοπός:** Διερευνήθηκαν τα αίτια της αναιμίας ενός ηλικιωμένου ασθενούς και αντιμετωπίστηκαν το καθένα από αυτά ριζικά. Πραγματοποιήθηκε διαφορική διάγνωση μεταξύ οξείας και χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε βασικός εργαστηριακός έλεγχος, προσδιορίστηκαν οι δείκτες αναιμίας και η θυρεοειδική λειτουργία, ακτινολογικός έλεγχος με ακτινογραφία θώρακα και υπέρηχο νεφρών.

**Αποτελέσματα:** Η αναιμία του ασθενούς αποδόθηκε σε πολλά αίτια. Διαπιστώθηκε έλλειψη σιδήρου και φυλλικού οξέος, αναιμία χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και υποθυρεοειδισμός. Ο ασθενής έλαβε θεραπεία υποκατάστασης με σίδηρο, φυλλικό οξύ, ερυθροποιητίνη και θυροξίνη με σημαντική κλινικοεργαστηριακή βελτίωση. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής παρουσίασε νοσοκομειακή πνευμονία, που αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών.

**Συμπεράσματα:** Η αναιμία και η επιδεινομένη νεφρική λειτουργία είναι από τις πιο συνήθεις αιτίες εισαγωγής ενός ασθενούς στο νοσοκομείο. Η προσεκτική λήψη του ιστορικού, ο ενδελεχής εργαστηριακός έλεγχος μπορεί να αναδείξει πολλά διαφορετικά αίτια αναιμίας. Η διάκριση μεταξύ οξείας και χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι απαραίτητη για την έναρξη της κατάλληλης θεραπείας.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟ- ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ**

I. Γκουγκουρέλας<sup>1</sup>, K. Τζιόμαλος<sup>2</sup>, A. Σαραντόπουλος<sup>1</sup>, M. Μυτιλιναίου<sup>1</sup>, P. Μπούρα<sup>1</sup>

1 Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας Β' Πλαθολογική Κλινική ΑΠΘ

2 Α' Προπευδευτική Κλινική ΑΠΘ

**Εισαγωγή:** Η Συστηματική Σκλήρυνση (ΣΣ) χαρακτηρίζεται από τη πρώιμη εμφάνιση μικροαγγειοπάθειας, όπως αυτή αναδεικνύεται στη ψηφιακή τριχοειδοσκόπηση και οδηγεί, σε ένα ποσοστό των ασθενών, στην ανάπτυξη δακτυλικών ελκών ή/και πνευμονικής υπέρτασης. Μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν συχνότερα και εκδηλώσεις μακροαγγειοπάθειας (περιφερική αρτηριακή νόσο, στεφανιαία και καρωτιδική αθηρωματική νόσο).

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η συσχέτιση της μακρο – με τη μικροαγγειοπάθεια και η ανάλυση των επιμέρους παραγόντων που προδιαθέτουν σε αυτές τις εκδηλώσεις (ηλικία, διάρκεια νόσου, λήψη αγωγής, παράγοντες κινδύνου αθηρωμάτωσης).

**Υλικό και μέθοδοι:** Εξετάσαμε 35 ασθενείς με ΣΣ (6% άρρενες), ηλικίας  $53.3 \pm 15.3$  έτη). Η μακροαγγειακή νόσος αναζητήθηκε με τους δείκτες αρτηριακής σκληρίας όπως η ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV), ο δείκτης ενίσχυσης (Alx) και η Αρτηριακή Πίεση (ΑΠ). Η περιφερική αρτηριακή νόσος ορίστηκε ως σφυροβραχιόνιος δείκτης ABI $\leq 0.90$ . Η διερεύνηση ινωτικής μικροαγγειοπάθειας έγινε με τη μέθοδο της τριχοειδοσκόπησης από δύο έμπειρους ιατρούς, με σκοπό το καθορισμό του προτύπου αγγειακής αναδιαμόρφωσης του τριχοειδικού δικτύου (πρώιμο, ενεργό, όψιμο, φυσιολογικό). Η στατιστική μέθοδος που επιλέχθηκε ήταν η σύγκριση μέσων όρων κατά ζεύγη (paired t-score) με επίπεδο σημαντικότητας το  $p < 0.05$ .

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα φαίνονται στο παρακάτω πίνακα

Μακροαγγειακή νόσος	Πρότυπο αγγειακής αναδιαμόρφωσης στη τριχοειδοσκόπηση				
---------------------	---	--	--	--	--

τριχοειδοσκόπηση

	Φυσιολογικό (n = 15)	Πρώιμο (n = 6)	Ενεργό <sup>a</sup> (n = 8)	Όψιμο (n = 6)	
PWV(m/sec)	6.3 $\pm$ 1.8	NS	7.3 $\pm$ 1.7	NS	4.3 $\pm$ 2.5 < 3.3 $\pm$ 2
Alx (%)					0.01
ΑΠ (mmHg)	28.7 $\pm$ 12.2	NS	32.8 $\pm$ 8.8 <	18.7 $\pm$ 12.2 <	10.7 $\pm$ 7.9
ABI	1.04 $\pm$ 0.09	NS	1.10 $\pm$ 0.13 NS	1.0 $\pm$ 0.09 <	1.2 $\pm$ 0.9

Οι δείκτες μακροαγγειακής νόσου δεν είχαν διαφορές στους ασθενείς που είχαν φυσιολογικό ή πρώιμο πρότυπο ( $p > 0.05$ ), όπως και μεταξύ των ασθενών με πρώιμο ή ενεργό πρότυπο (εκτός από το δείκτη ενίσχυσης). Οι δείκτες αυτοί είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά στους ασθενείς που είχαν όψιμο πρότυπο αγγειακής αναδιαμόρφωσης στη τριχοειδοσκόπηση σε σχέση με ασθενείς με μικρότερου βαθμού διαταραχή της αρχιτεκτονικής του τριχοειδικού δικτύου.

**Συμπέρασμα:** Η μακρο- και μικροαγγειοπάθεια σχετίζονται ισχυρότερα σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο. Ασθενείς με βαριά διαταραχή της αρχιτεκτονικής του τριχοειδικού δικτύου έχουν και βαρύτερη περιφερική αρτηριοπάθεια, επιδεινώνοντας της ιστική ισχαιμία. Η ηλικία και η διάρκεια νόσου είναι ισχυροί συγχυτικοί παράγοντες ανάπτυξης αγγειακών

επιπλοκών στο ΣΣ. Η έγκαιρη παρέμβαση και η επίδραση των θεραπευτικών σχημάτων συζητείται.

#### Βιβλιογραφία

Tziomalos K, Gkougkourelas I, Sarantopoulos A, Bekiari E, Makri E, Raptis N, Tselios K, Pantoura M, Hatzitolios AI, Boura P. Arterial stiffness and peripheral arterial disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int.* 2017 Feb;37(2):293-298.

Gkougkourelas I., Sarantopoulos A., Tselios K., Pantoura M, Boura P.; The role of autoantibodies in microvascular disease in Systemic Sclerosis (SS) patients. P.B 08.20 σελ 24

#### OR.54

##### ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑ: ΜΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Θ– Μιχαηλίδης<sup>1</sup>, Α– Αγοραστός<sup>2</sup> Μ– Χαραλαμπίδης<sup>1</sup> Π– Δημητριάδης<sup>3</sup>, Ζ– Μίγγος<sup>1</sup>, Π– Μουρβετίδης<sup>1</sup> Ε–Παπχιάνου<sup>4</sup>, Δ–Πατουλιάς<sup>1</sup>, Π–Κηρυττόπουλος<sup>1</sup>

1 Παθολογική κλινική ΓΝ Ημαθίας, μονάδα Βέροιας

2 Γαστρεντερολογική κλινική ΑΝΘ «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

3 ΠΕΔΥ Ημαθίας, Κ.Υ Αλεξάνδρειας Ημαθίας

° ν Ο σΦ σ αΩ Ωχ Ο ΟΒΔ σ ° σ Ωθ σ ΘΘσ ΩΦ . 1 fσ Ο σΦ σ

Η υποκαλιαιμία και η τρανσαμινασαιμία είναι δύο καθημερινές κλινικές οντότητες που εμφανίζονται σε ασθενείς όλων των ειδικοτήτων. Η διάγνωση της πάθησης που υποκρύπτεται είναι το πραγματικό ζητούμενο του ιατρού.

Γυναίκα 62 ετών με εμμένουσα υποκαλιαιμία (Κ<sup>2</sup> " 1° ΟΒΩf) εισήχθη προς διερεύνηση. Από τον έλεγχο που διενεργήθηκε διαπιστώθηκε υπερχλωραιμική μεταβολική οξέωση με αυξημένο κάλιο ούρων (230ΟΒΩf) και ελαφρώς όξινα ούρα, ευρήματα συμβατά με νεφρική σωληναριακή οξέωση (ΝΣΟ) τύπου II. Από το ατομικό αναμνηστικό δεν προέκυψε σαφές αίτιο της εγγύς ΝΣΟ, ενώ άγνωστη παρέμενε και η αιτία της ήπιας τρανσαμινασαιμίας ¼ Θν . "° |f<sup>1</sup> Θw . °° |f). Το όξινο σ<sup>a</sup> των ούρων απομάκρυνε τη διάγνωση από ΝΣΟ τύπου I και τα συνυπάρχοντα νοσήματα τύπου της νόσου ΩθΩή αυτοάνοσης ηπατίτιδας. Από τον ανοσολογικό έλεγχο διαπιστώθηκαν θετικά αντιμιτοχονδριακά αντισώματα (AMA) και η ασθενής υποβλήθηκε με την έγγραφη συναίνεσή της σε βιοψία ήπατος όπου παρατηρήθηκαν οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης. Η ασθενής ετέθη σε αγωγή με ουρσοδεσοξυχολικό οξύ και χαμηλές δόσεις πρεδνιζολόνης ημερησίως και μετά τρία χρόνια διατηρεί φυσιολογικά επίπτεδα καλίου ορού και ηπατικών ενζύμων.

Η αιτιολογική προσέγγιση της τρανσαμινασαιμίας (αλλά και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών) ήταν και φυσικά παραμένει ο θεμελιώδης κανόνας διάγνωσης και θεραπείας. Η θεραπεία πρέπει πάντα να αφορά τη νόσο και όχι τα εργαστηριακά αποτελέσματα.

**Η ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΗΝ ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ-Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ**

Θ. Μιχαηλίδης<sup>1</sup>, Μ. Χαραλαμπίδης<sup>2</sup>, Α. Αγοραστός<sup>3</sup>, Π. Δημητριάδης<sup>4</sup>, Ε. Παπχιάνου<sup>1</sup>, Α. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Τ. Μπέκτσης<sup>1</sup>, Π. Κηρυππόπουλος<sup>1</sup>

1 Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας – Μονάδα Βέροιας

2 Γαστρεντερολογική Κλινική - ΑΝΘ Θεαγένειο

3 Oncology Department - Queen Elizabeth Hospital, Greenwich London, UK

4 ΠΕΔΥ Ημαθίας – Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας

**Εισαγωγή:** Μία από τις πλέον σημαντικές μεταβολικές διαταραχές στην σήψη είναι η υπεργλυκαιμία. Αντικρουόμενα είναι τα αποτελέσματα που προκύπτουν στην βιβλιογραφία ως προς τον ευεργετικό ή καταστροφικό χαρακτήρα της εντατικής ρύθμισης της γλυκόζης ορού σε ασθενείς με σηπτική καταπληξία.

**Σκοπός:** Σκοπός μας ήταν η συσχέτιση της θνησιμότητας των ασθενών με πνευμονία και σηπτική καταπληξία (που νοσηλεύτηκαν σε παθολογική κλινική) με τα επίπεδα γλυκόζης ορού τους καθώς και με τα επίπεδα γαλακτικού οξέος, μαλονυλδιαλδεύδης και IL-6.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Καταγράφηκαν σε διάστημα 7 ετών (2010-2016) 87 περιπτώσεις ασθενών (ηλικίας 68-93 ετών, 39 άντρες και 48 γυναίκες) με πνευμονία και σηπτική καταπληξία. Όλοι οι ασθενείς βρίσκονται σε θεραπεία με αντιβιοτικά, ινότροπους παράγοντες και εντατικοποιημένη χορήγηση ίνσουλίνης.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ένταξη στην καταγραφική μελέτη ήταν τα αυξημένα επίπεδα γαλακτικού (>1,5mEq/L), μαλονικής διαλδεύδης (>10 μmol/L) και IL-6 (>1000 pg/ml) στην πρώτη ημέρα νοσηλείας.

Με γνώμονα την γλυκαιμική ρύθμιση οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 υποομάδες:

Ομάδα Α: Glu 80 – 110 mg/dl, n= 21 ασθενείς

Ομάδα Β: Glu 111 – 180 mg/dl, n= 42 ασθενείς

Ομάδα Γ: Glu >180 mg/dl, n= 24 ασθενείς

Στην ομάδα Α καταγράφηκαν 16 θάνατοι (16/21), στην ομάδα Β 20 θάνατοι (20/42) και στην ομάδα Γ 18 θάνατοι (18/24). Από την στατιστική ανάλυση διαπιστώθηκε σημαντική υπεροχή στην επιβίωση ( $p<0,01$ ) της ομάδας Β συγκρινόμενη με τις άλλες δύο, με τις ομάδες Α και Γ να μην έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά στον αριθμό των θανάτων.

Καταγράφοντας τα επίπεδα γαλακτικού, μαλονικής διαλδεύδης και IL-6 στην 3<sup>η</sup> και στην 7<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας είχαμε τα εξής αποτελέσματα (στους αναφερόμενους βιοχημικούς δείκτες καταγράφεται η μέση τιμή και το φάσμα τιμών) :

**Τρίτη Ημέρα Νοσηλείας**

Ασθενείς	LA (mEq/L)	MDA (mmol/L)	IL-6 (pg/ml)	Θάνατοι (1 <sup>η</sup> -3 <sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας)
ΟΜΑΔΑ Α (12/21)	2,9 (1,8-4,1)	14,9 (8,7-23,2)	5.500 (3.800-12.320)	9
ΟΜΑΔΑ Β (31/42)	2,7 (2,1-3,4)	15,2 (9,4-24,1)	5.380 (4.030-11.030)	11
ΟΜΑΔΑ Γ (16/24)	4,1 (1,7-5,6)	19,4 (6,8-32,1)	7.040 (3.580-24.468)	8

**Έβδομη Ημέρα Νοσηλείας**

Ασθενείς	LA (mEq/L)	MDA (mmol/L)	IL-6 (pg/ml)	Θάνατοι (1 <sup>η</sup> -7 <sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας)
ΟΜΑΔΑ Α (6/21)	1,4 (0,8-3,7)	6,2 (4,5-13,8)	1438 (730-10.300)	15
ΟΜΑΔΑ Β (24/42)	1,3 (0,9-3,6)	6,7 (4,2-16,4)	1382 (820-11462)	18
ΟΜΑΔΑ Γ (6/24)	1,47 (1,2-1,9)	6,1 (4,3-8,4)	1442 (630-2.832)	18

**Αποτελέσματα:** Από την στατιστική ανάλυση προέκυψαν τα εξής πολύ σημαντικά αποτελέσματα. Στην 3<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας, οι 3 βιοδείκτες της σήψης δεν είχαν διαφορές στις ομάδες Α και Β (πολύ εντατικής γλυκαιμικής και ικανοποιητικής γλυκαιμικής ρύθμισης αντίστοιχα) ενώ ήταν σαφώς επιδεινωμένοι ( $p<0,001$  και για τους 3 δείκτες) στην ομάδα Γ (της σχετικά κακής γλυκαιμικής ρύθμισης)

Στη 7<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας και οι 3 ομάδες είχαν παρόμοιους τους βιοχημικούς δείκτες ( στην ομάδα Γ βέβαια είχαν παραμείνει μετά από 18 θανάτους 6 από τους 24 ασθενείς, οι οποίοι τελικά και επιβίωσαν.)

**Συμπεράσματα:** Διαπιστώνουμε ότι στην εντατική (ομάδα Α) και στην ικανοποιητική (ομάδα Β) γλυκαιμική ρύθμιση ενώ είχαμε παρόμοιους βιοδείκτες σήψης, η θνησιμότητα της ομάδας Α ήταν σαφώς μεγαλύτερη. Δεύτερο συμπέρασμα είναι ότι στην κακή γλυκαιμική ρύθμιση (ομάδα Γ) είχαμε θνησιμότητα σαφώς υψηλότερη από την ομάδα Β (ικανοποιητική γλυκαιμική ρύθμιση) αλλά εξίσου υψηλή με την ομάδα Α της εντατικής γλυκαιμικής ρύθμισης παρόλο που στην 3<sup>η</sup> μέρα νοσηλείας και στους 3 βιοδείκτες η ομάδα Α υπερτερούσε σημαντικά.

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι σε ηλικιωμένους ασθενείς με πνευμονία και σηπτική καταπληξία, μικρότερη θνησιμότητα παρατηρήθηκε όταν η γλυκόζη ρυθμίστηκε σε επίπεδα 110 – 180 mg/dl. Ενδεχομένως οι καταστροφικές συνέπειες της υπογλυκαιμίας στην πιο εντατική γλυκαιμική ρύθμιση ευθύνονται για την χαμηλότερη επιβίωση ενώ στην κακή γλυκαιμική ρύθμιση είναι αποδεδειγμένος ο καταστροφικός ρόλος της πλεονάζουσας ύπαρξης προφλεγμονωδών κυτοκινών που απορρυθμίζουν πλήρως τον μεταβολισμό και οδηγούν τον οργανισμό σε θάνατο.

## OR.56

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ ΣΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΚΑΙ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Β. Γιάμπατζης<sup>1,2</sup>, Κ. Τζιόμαλος<sup>1</sup>, Σ. Μπουζιανά<sup>1</sup>, Μ. Σπανού<sup>1</sup>, Σ. Κωστάκη<sup>1</sup>, Σ. Αγγελοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Χρήστου<sup>1</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Α. Ι. Χατζητόλιος<sup>1</sup>

1 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

2 Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

**Εισαγωγή:** Δεν είναι γνωστή η επίδραση των νεότερων αντιπηκτικών (NOACs: νταμπιγκατράνη, ριβαροξαμπάνη και απιξαμπάνη) στη βαρύτητα και έκβαση του οξέος ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) σε ασθενείς με χρόνια κολπική μαρμαρυγή (ΧΚΜ).

**Σκοπός:** Η εκτίμηση αυτής της επίδρασης.

**Υλικό και μέθοδοι:** Μελετήθηκαν προοπτικά 921 διαδοχικοί ασθενείς με οξύ ΑΕΕ [42% άνδρες, διάμεση ηλικία 80 έτη (ενδοτερτατημοριακό εύρος 9 έτη)]. Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale. Η έκβαση εκτιμήθηκε με το ποσοστό λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο (κλίμακα Rankin 2-5) και με την ενδονοσοκομειακή θνητότητα.

**Αποτελέσματα:** Στην εισαγωγή, 300 ασθενείς είχαν ΧΚΜ εκ των οποίων οι 291 διέθεταν πλήρη στοιχεία για την κατ'οίκον αντιθρομβωτική αγωγή. Από αυτούς οι 98, 17, 69, 22 και 13 λάμβαναν μονή ή διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, ασενοκουμαρόλη με INR<2 ή 2-3 και NOACs, αντίστοιχα, ενώ 66 δεν ελάμβαναν καμία αντιθρομβωτική αγωγή. Οι ασθενείς υπό ασενοκουμαρόλη με INR>3 (n=6) δεν αναλύθηκαν. Η βαρύτητα του ΑΕΕ δε διέφερε μεταξύ των 6 ομάδων ( $p=0,200$ ). Τα ποσοστά λειτουργικής εξάρτησης των ασθενών υπό NOACs ήταν παρόμοια με εκείνων υπό καθόλου αντιθρομβωτική αγωγή, υπό μονή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή ή υπό ασενοκουμαρόλη με INR<2 αλλά είχαν τάση να είναι χαμηλότερα στους ασθενείς υπό ασενοκουμαρόλη με INR 2-3 ή υπό διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (72,7, 70,8, 71,6, 73,7, 41,2 και 42,9%, αντίστοιχα;  $p=0,056$ ). Τα ποσοστά ενδονοσοκομειακής θνητότητας ήταν παρόμοια στους ασθενείς υπό καθόλου αντιθρομβωτική αγωγή, υπό μονή ή διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή ή υπό ασενοκουμαρόλη με INR<2 αλλά ήταν χαμηλότερα (μη στατιστικά σημαντικά) στους ασθενείς υπό NOACs ή υπό ασενοκουμαρόλη με INR 2-3 (21,2, 17,3, 11,8, 13,0, 7,7 και 9,1%, αντίστοιχα;  $p=0,720$ ).

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με ΧΚΜ και οξύ ΑΕΕ, η προηγηθείσα αγωγή με NOACs φαίνεται να ελαττώνει την ενδονοσοκομειακή θνητότητα εξίσου με την ασενοκουμαρόλη αλλά να μη βελτιώνει εξίσου σημαντικά τη λειτουργική έκβαση.

## OR.57

### ΑΥΞΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ LDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ

Χ. Άντζα<sup>1</sup>, Ι. Δουνδουλάκης<sup>1</sup>, Σ. Σταμπουλή<sup>2</sup>, Β. Κώτσης<sup>1</sup>

1 Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιατρείο Υπέρτασης-24ωρης Καταγραφής της Αρτηριακής Πίεσης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

2Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, ΑΠΘ, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η αυξημένη αρτηριακή σκληρία συνδέεται με καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Ως εκ τούτου, η ανεύρεση παραγόντων που καθορίζουν την αρτηριακή σκληρία αποτελεί πρωτεύων στόχο των ερευνητών.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της αρτηριακής σκληρίας ασθενών με παθολογικά επίπεδα LDL.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Τρείς μετρήσεις ΑΠ ιατρείου λήφθηκαν με τη χρήση υδραργυρικού σφυγμομανομέτρου. Όλοι οι εθελοντές υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ σε μία τυπική εργάσιμη ημέρα. Η καρωτίδο-μηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (c-f PWV) μετρήθηκε μετά από ανάπτυση 15 λεπτών σε ύππια θέση. Οι συμμετέχοντες έλαβαν οδηγία για αποχή από την κατανάλωση φαγητού, καπνού, αλκοόλ και καφεΐνης πριν την διεξαγωγή της μέτρησης. Η PWV υπολογίσθηκε ως ο χρόνος μετάβασης του αρτηριακού παλμού κατά μήκος της καρωτίδο-μηριαίας απόστασης διαιρεμένος με την απόσταση αυτή. Οι εθελοντές χωρίστηκαν σε 2 κατηγορίες; στην μία κατηγορία οι εθελοντές είχαν LDL <130mg/dl και στην άλλη LDL≥130mg/dl.

**Αποτελέσματα:** 610 άτομα (48% άνδρες), με μέση ηλικία  $48.2 \pm 22.6$  έτη συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η c-f PWV βρέθηκε  $8.649 \pm 0.171$ m/sec σε ασθενείς με LDL <130mg/dl και  $9.408 \pm 0.197$ m/sec σε ασθενείς με LDL ≥130mg/dl. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση, η ηλικία, το φύλο, το BMI, η 24ωρη και κλινική ΣΑΠ, τα επίπεδα LDL και η θεραπεία με στατίνη σχετίζονται στατιστικά ( $P<0.05$ ) με τη c-f PWV. Ωστόσο, στην πολυπαραγοντική γραμμική ανάλυση, μόνο η ηλικία, η 24ωρη ΣΑΠ και τα επίπεδα LDL παρέμειναν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες καθορισμού της c-f PWV ( $P<0.05$ ), σταθμισμένο για τους υπόλοιπους παράγοντες.

**Συμπεράσματα:** Επίπεδα LDL ≥130mg/dl συσχετίζεται με την εμφάνιση αθηροσκλήρωσης, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, την ΑΠ και την θεραπεία με στατίνη.

**ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΕΝΟΣΟΥΜΑΜΠΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ**

Α. Σαχινίδης, Ε. Σιμουλίδου, Ι. Λινάρδου, Α. Πυρπασοπούλου, Κ. Πετίδης  
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Η δενοσουμάμπη είναι ανθρώπινο IgG<sub>2</sub> μονοκλωνικό αντίσωμα, που αναστέλλει το σχηματισμό, λειτουργία και επιβίωση των οστεοκλαστών, μειώνοντας την οστική απορρόφηση στα συμπαγή και σπογγώδη οστά. Ως σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια αναφέρεται η υπασβεστιαιμία.

**Σκοπός:** Η περιγραφή ασυνήθους και ενδιαφέροντος περιστατικού βαριάς υπασβεστιαιμίας σε γυναίκα που έλαβε υποδόρια ένεση δενοσουμάμπης για τη θεραπεία οστεοπόρωσης.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Γυναίκα 62 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ αιτιώμενη αίσθημα τρόμου και αιμωδιών άνω άκρων και μετωπιαία κεφαλαλγία από ημερών. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται ΧΑΠ, αρτηριακή υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή, μερική γαστρεκτομή προ 10 ετών λόγω νοσογόνου παχυσαρκίας και οστεοπόρωση, για την οποία ελάμβανε αλφακαλσιδόλη και πρόσφατα ξεκίνησε αγωγή με δενοσουμάμπη. Κατά την κλινική εξέταση δε διαπιστώθηκε εστιακή νευρολογική σημειολογία. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε βαριά υπασβεστιαιμία (ολικό Ca 3,3mg/dL) με υπομαγγησιαιμία (Mg 1,4mg/dL) και ικανοποιητική νεφρική λειτουργία (Cr:1,38mg/dL). Στην ασθενή εκλυόταν το σημείο Chvostek. Στα πλαίσια διερεύνησης της υπασβεστιαιμίας ζητήθηκε Ca ούρων το οποίο ήταν φυσιολογικό, υψηλή τιμή παραθορμόνης (PTH: 480), χαμηλή τιμή βιταμίνης 25(OH)D και φυσιολογικές τιμές φυλικού οξέως και βιταμίνης B12. Στην ασθενή χορηγήθηκε IV γλυκονικό ασβέστιο 3000 mg ημερησίως με συνέπεια βελτίωση της τιμής του ολικού ασβεστίου. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται λίγα περιστατικά υπασβεστιαιμίας σε ασθενείς μετά τη χορήγηση δενοσουμάμπης που συνήθως συνδέονται με νεφρική ανεπάρκεια και μεγάλη ηλικία, κάτι που δεν ισχύει για τη δική μας ασθενή. Αναφέρονται, ωστόσο, περιπτώσεις ανεπάρκειας βιταμίνης D και υπασβεστιαιμίας σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε βαριατρική επέμβαση.

**Συμπέρασμα:** Η υπασβεστιαιμία πρέπει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με τα ανάλογα συμπτώματα που λαμβάνουν δενοσουμάμπη, ανεξάρτητα από το ρυθμό σπειραματικής διήθησης. Η πιθανότητα συσχέτισης με το ιστορικό βαριατρικής επέμβασης παραμένει υπό διερεύνηση.

**ΒΑΡΙΑ ΛΟΙΜΩΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΛΟΓΩ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ**

Α. Σαχινίδης, Ι. Λινάρδου, Χ. Μπουτάρη, Α. Σκάλκου, Α. Πυρπασοπούλου, Ι. Ζωγράφου, Χ. Σαμπάνης  
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Η λεπτοσπείρωση αποτελεί δυνητικά θανατηφόρο λοίμωξη που εκδηλώνεται με ποικιλία συμπτωμάτων μεταξύ των οποίων και η πνευμονική προσβολή.

**Σκοπός:** Περιγραφή ασυνήθους και ενδιαφέροντος περιστατικού βαριάς λοίμωξης αναπνευστικού σε γυναίκα 30 ετών λόγω λεπτόσπειρας.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Γυναίκα 30 ετών με ελεύθερο ιστορικό, διακομίζεται λόγω εμπύρετου με ρίγος από τριημέρου (μέχρι 39°C) με συνοδό ήπια κεφαλαλγία, βήχα με αιμόφυρτα πτύελα, εμέτους και προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια. Κατά την εισαγωγή η ασθενής είχε οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (υποξυγοναιμία, δύσπνοια, ταχύπνοια 50 αναπνοές/λεπτό). Η α/α θώρακος ανέδειξε εκτεταμένες διηθήσεις άμφω θέτοντας την υπόνοια λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε λευκοκυττάρωση (WBC 12.600, 90% πολυμορφοπύρηνα), CRP 250 mg/l, αναιμία (Hb 10g/dL) και ήπια λευκωματουρία με μικροσκοπική αιματουρία. Το 2<sup>o</sup> 24ώρο νοσηλείας εμφάνισε επιδείνωση της κλινικοεργαστηριακής εικόνας με επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας, σημαντική πτώση αιματοκρίτη και θρομβοπενία (PLT 105.000/ul). Στη CT θώρακος διαπιστώθηκαν βαμβακόμορφες διηθήσεις με θολή ύαλο και περιφερική κατανομή, που συνηγορούσαν για ενδοκυψελιδική αιμορραγία. Εκδήλωσε σταδιακά ίκτερο (χολερυθρίνη έως 5.27 mg/dl με υπεροχή άμεσης), αύξηση των επιπέδων της LDH (έως 840 mg/dL), αύξηση των αποφρακτικών ενζύμων του ήπατος και ήπια τρανσαμινασαιμία. Με βάση το ιστορικό (διαβίωση σε υπαίθριο χώρο), την κλινική εικόνα και τον εργαστηριακό έλεγχο τέθηκε η υπόνοια λεπτοσπείρωσης, που επιβεβαιώθηκε με ανίχνευση θετικών IgM και οριακά θετικών IgG αντισωμάτων για λεπτόσπειρα Η ασθενής σταδιακά παρουσίασε ύφεση του εμπύρετου της με αποκατάσταση του αριθμού των αιμοπτεταλίων και σταδιακή βελτίωση της αναπνευστικής της λειτουργίας. Αντιμετωπίστηκε συμπτωματικά και με αντιβιοτική αγωγή που περιελάμβανε και δοξυκυκλίνη.

**Συμπέρασμα:** Οι πνευμονικές (αιμορραγικές) εκδηλώσεις της λεπτόσπειρας είναι σπάνιες, αλλά βαριές, σχετίζονται δε με υψηλά ποσοστά θνητότητας (έως 40%) και πρέπει να τίθενται στη διαφοροδιάγνωση.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗΣ ΚΑΙ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΣΤΗΝ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Σ. Παπακάτσικα, Β. Κώτσης

Γ' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

**Εισαγωγή:** Κατά την πορεία της ιδιοπαθούς υπέρτασης εμφανίζονται αλλοιώσεις στο αρτηριακό τοίχωμα. Στη διαδικασία της αγγειακής αναδιαμόρφωσης κρίνεται καίριος ο ρόλος του ενδοθηλίου. Η βασική ουσία του ενδοθηλίου με αγγειοδιασταλτική δράση είναι το μονοξείδιο του αζώτου (NO), τα ποσά του οποίου ελαττώνονται κατά τη γήρανση.

**Σκοπός:** Μελετήθηκαν δύο ομάδες υπέρτασικών ασθενών: στην πρώτη ομάδα χορηγήθηκε τελμισαρτάνη και στη δεύτερη νεμπιβολόλη. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση των τιμών της ταχύτητας ροής σφυγμικού κύματος κατά τη διάρκεια 12 μηνών από την τυχαιοποίηση στις δύο ομάδες, ανεξαρτήτως του αντιϋπέρτασικού αποτελέσματος.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Εξετάσθηκαν 129 ασθενείς με αυξημένες τιμές ΑΠ σε τυχαίες μετρήσεις, που δεν είχαν λάβει στο παρελθόν αντιϋπέρτασική αγωγή. 69 ασθενείς 20-73 ετών, με αρτηριακή υπέρταση σταδίου I και μετά από εφαρμογή τρίμηνης υγιεινοδιαιτητικής αγωγής, τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες, ώστε να λάβουν τελμισαρτάνη σε δόση έναρξης 40 mg ή νεμπιβολόλη σε δόση έναρξης 5 mg. Οι ασθενείς των δύο ομάδων έλαβαν αγωγή για 12 μήνες και επανεξετάσθηκαν με 24ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ και μέτρηση ταχύτητας σφυγμικού κύματος σε 1, 6 και 12 μήνες από την τυχαιοποίηση.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Για συγκρίσιμο αντιϋπέρτασικό αποτέλεσμα των δύο ουσιών κατά το 12μηνο διάστημα, η τελμισαρτάνη πέτυχε σημαντική ελάττωση της ταχύτητας σφυγμικού κύματος ( $p=0,006$ ), ανεξάρτητη από την ηλικία, το φύλο και την ΑΠ 24ωρης καταγραφής. Η ταχύτητα σφυγμικού κύματος ελαττώθηκε στην ομάδα της νεμπιβολόλης, όμως η διαφορά δεν ήταν στατιστικώς σημαντική. Συμπεραίνεται ότι η χορήγηση τελμισαρτάνης σε ασθενείς που δεν έχουν λάβει στο παρελθόν αντιϋπέρτασικά ελαττώνει την ταχύτητα σφυγμικού κύματος, ανεξάρτητα από το αντιϋπέρτασικό αποτέλεσμα του φαρμάκου.

## OR.61

### Η ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Χ. Μπουτάρη<sup>1</sup>, Ε. Γεωργιανού<sup>1</sup>, Π. Παππάς<sup>2</sup>, Μ. Δούμας<sup>1</sup>, Κ. Τζιόμαλος<sup>3</sup>, Β. Άθυρος<sup>1</sup>

1 Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

2 Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

3 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (*nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD*) και η αρτηριακή σκληρία σχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

**Σκοπός:** Δεν είναι ξεκάθαρο αν η NAFLD σχετίζεται με αυξημένη αρτηριακή σκληρία. Σκοπός ήταν να αξιολογήσουμε τη σχέση αυτή.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Εκτιμήθηκαν 30 ασθενείς με NAFLD (διαγνωσμένοι με υπερηχογράφημα). Η στεάτωση κατηγοριοποιήθηκε σε ήπια, μέτρια, σοβαρή (στάδιο 1, 2, 3, αντίστοιχα), βάσει υπερηχογραφικών ευρημάτων. Οι δείκτες NAFLD fibrosis score (NFS) και Fibrosis-4 (FIB-4) χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της ηπατικής ίνωσης. Η αρτηριακή σκληρία εκτιμήθηκε με την περιπατητική ταχύτητα μετάδοσης σφυγμικού κύματος (ambulatory pulse-wave velocity, PWV) και τον δείκτη ενίσχυσης (augmentation index, Alx), με συσκευή Mobil-O-Graph.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με στεάτωση σταδίου 2-3 (n=16) είχαν υψηλότερες τιμές δείκτη μάζας σώματος (31,9 vs 26,9 kg/m<sup>2</sup>, p=0,011), αμινοτρανσφερασών (ALT= 38,8 vs. 20,7 IU/l, p=0,027, AST= 66,5 vs. 19,7 IU/l, p=0,025), δείκτη HOMA-IR (homeostasis model assessment of insulin resistance index) (5,2 vs. 3,3, p=0,025) και μικρότερο δείκτη QUICKI (quantitative insulin sensitivity check index) (0,31 vs. 0,33, p=0,034) συγκριτικά με αυτούς με στεάτωση σταδίου 1. Οι PWV και Alx δεν διέφεραν μεταξύ των 2 ομάδων. Η PWV συσχετίστηκε με την ηλικία (r=0,929, p<0,001), την AST (r=0,363, p=0,048), την LDL χοληστερόλη (r=0,369, p=0,045), την αλβουμίνη (r=-0,458, p=0,011), τον NFS (r=0,673, p<0,001), τον FIB-4 (r=0,604, p<0,001). Ο Alx συσχετίστηκε με την ηλικία (r=0,579, p<0,001) και το βάρος (r=-0,447, p=0,013).

**Συμπεράσματα:** Η ηπατική στεάτωση δεν επηρεάζει την αρτηριακή σκληρία, η οποία συσχετίζεται με τη βαρύτητα ηπατικής ίνωσης. Επομένως η στεατοηπατίδα σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ ΜΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΓΧΩΡΙΑΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Γ. Κοτρώνης<sup>1</sup>, Μ. Σπανού<sup>1</sup>, Α. Κατριβέσης<sup>1</sup>, Ε. Μπιτκινίδου<sup>1</sup>, Σ. Φουντουλάκης<sup>1</sup>, Χ. Λίλιος<sup>1</sup>, Ε. Γουρίδου<sup>1</sup>, Κ. Καραγκούνης<sup>1</sup>, Κ. Δημητρακόπουλος<sup>2</sup>, Κ. Μαχαίρα<sup>1</sup>

1 Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Άγιος Παύλος, Θεσσαλονίκη

2 Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ Άγιος Παύλος, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η ελονοσία αποτελεί λοιμώδες νόσημα οφειλόμενο στο πλασμώδιο της ελονοσίας και μεταδίδεται μέσω δήγματος από μολυσμένο ανωφελή κώνωπα. Συνιστά αντιπροσωπευτική περίπτωση αναδυόμενου λοιμώδους νοσήματος για τον αναπτυγμένο κόσμο. Ειδικότερα για τη χώρα μας, όπου το 1974 η νόσος εκρίζωθηκε, τα τελευταία χρόνια τα επιδημιολογικά στοιχεία καταγράφουν αύξηση των εισαγόμενων κρουσμάτων ενώ από το 2009 καταγράφονται επιπλέον κρούσματα με ενδείξεις εγχώριας μετάδοσης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Περιγράφουμε την περίπτωση διάγνωσης ελονοσίας από Plasmodium vivax σε ασθενή 47 ετών, κάτοικο παραλίμνιας περιοχής της Β. Ελλάδος, χωρίς να προκύπτουν στοιχεία εισαγόμενης μετάδοσης.

**Υλικό - Μέθοδοι:** Πρόκειται για άρρενα ασθενή 47 ετών που νοσηλεύτηκε στην Παθολογική κλινική του νοσοκομείου μας με εμπύρετη συνδρομή και από τον παρακλινικό έλεγχο διαπιστώθηκε λοίμωξη από Plasmodium vivax. Ο ασθενής τέθηκε άμεσα σε ανθελονοσιακή αγωγή με αποτέλεσμα τη γρήγορη κλινικο- εργαστηριακή βελτίωση και τελικά τη ριζική θεραπεία. Από τη λεπτομερή λήψη ιστορικού δεν προέκυψαν ενδείξεις εισαγόμενης νόσου.

**Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** Η διάγνωση κρούσματος ελονοσίας χωρίς στοιχεία εισαγόμενης νόσου σε ασθενή- κάτοικο παραλίμνιας περιοχής της Β. Ελλάδας αναδεικνύει τον υπαρκτό κίνδυνο επανεγκατάστασης της ελονοσίας σε ευάλωτες περιοχές της χώρας μας. Ο υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας των ιατρών μπορεί να οδηγήσει σε έγκαιρη διάγνωση και ριζική θεραπεία κρουσμάτων ελονοσίας συμβάλλοντας στη θετική πρόγνωση αυτών των ασθενών και στην πρόληψη της διασποράς και επανεγκατάστασης της νόσου.

### **ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ**

Π. Βασιλειάδης, Γ. Μαυρίδης, Μ. Μελά, Δ. Καπράνης, Α. Βουδούρη, Χ. Χαραλάμπους  
Οργανική μονάδα Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, Παθολογική Κλινική ΓΝΘ Γ.  
Παπανικολάου – ΨΝΘ

**Εισαγωγή:** Η δυσλιπιδαιμία ως ανεξάρτητος παράγων για καρδιαγγειακή νόσο αποτελεί σημαντική μεταβολική παράμετρο και είναι ανάγκη να ρυθμιστεί για τη προστασία των ασθενών.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση του επιπέδου της επίπτωσης της δυσλιπιδαιμίας σε ψυχιατρικούς ασθενείς και η διευκρίνιση του προσοστού που βρίσκεται σε αγωγή στους ασθενείς της παθολογικής κλινικής του ΨΝΘ.

**Υλικό και μέθοδος:** Εξετάσθηκαν οι φάκελοι των ασθενών που εισήχθησαν στη Παθολογική Κλινική του ΨΝΘ για διάστημα 3,5 ετών. Καταγράφηκαν τα επίπεδα των λιπιδίων και έγινε διερεύνηση της επίπτωσης και της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της δυσλιπιδαιμίας σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες.

**Αποτελέσματα:** Πρόκειται συνολικά για 637 ασθενείς, 412 άνδρες (65%) και 225 γυναίκες (35%). Ο μ.ο. ηλικίας των ασθενών ήταν  $59 \pm 14$  έτη. Τα επίπεδα των λιπιδίων που καταγράφηκαν ήταν: Ολική χοληστερόλη  $180 \pm 49$  mg/dl, LDL:  $108 \pm 42$  mg/dl, HDL:  $53 \pm 21$  mg/dl και τριγλυκερίδια:  $125 \pm 77$  mg/dl.. Συνολικά δυσλιπιδαιμία με όριο τη τιμή  $LDL \geq 115$  mg/dl βρέθηκε να έχουν 176 (27.6%). Ψυχική νόσο εμφάνισαν 466 ασθενείς και σε αυτή την ομάδα ασθενών οι μέσες τιμές λιπιδίων που διαπιστώθηκαν ήταν: Ολική χοληστερόλη  $175 \pm 48$  mg/dl, LDL:  $106 \pm 38$  mg/dl, HDL:  $50 \pm 20$  mg/dl και τριγλυκερίδια:  $124 \pm 78$  mg/dl. Σε αυτούς τους ασθενείς τιμή  $LDL \geq 115$  mg/dl βρέθηκε να έχουν 121 (26%) ασθενείς. Υπολιπιδαιμική αγωγή έπαιρνε το 24,5% των ασθενών. Ανάμεσα στους ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου που ήταν 251, δυσλιπιδαιμία οριζόμενη με τιμή  $LDL \geq 100$  mg/dl εμφάνισαν οι 96 (38,3%). Από αυτούς τους αρρώστους υπολιπιδαιμική αγωγή έπαιρνε το 30%.

**Συμπεράσματα:** Η δυσλιπιδαιμία ενώ θεωρείται σημαντικός προγνωστικός παράγων για καρδιαγγειακά συμβάματα, υποθεραπεύεται και στους ψυχιατρικούς ασθενείς με μικρό ή αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

**ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΘΙΣΜΟ ΣΤΟ ΑΛΚΟΟΛ – ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ**

Π. Βασιλειάδης, Γ. Μαυρίδης, Δ. Καπράνης, Μ. Μελά, Α. Βουδούρη, Χ. Χαραλάμπους  
Οργανική μονάδα Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Γ.  
Παπανικολάου – ΨΝΘ

**Εισαγωγή:** Η σωματική απεξάρτηση στη προσπάθεια αποτοξίνωσης από το αλκοόλ εγκυμονεί κινδύνους σε ορισμένους ασθενείς και είναι προτιμότερο να γίνετε σε οργανωμένη παθολογική κλινική με εμπειρία στο αντικείμενο και σε συνάφεια με τη θεραπευτική ομάδα απεξάρτησης.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση των δεδομένων που έχουν καταγραφεί από την εμπειρία της Παθολογικής Κλινικής με ασθενείς με εθισμό στο αλκοόλ.

**Υλικό και μέθοδος:** Έγινε καταγραφή των δεδομένων από τους φακέλους των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική του ΨΝΘ στο διάστημα 2012-2016.

**Αποτελέσματα:** Πρόκειται για 113 ασθενείς, 98(86%) άνδρες, και 14(14%) γυναίκες. Οι ασθενείς αυτοί, αποτελούσαν το 17,3% των εισαγωγών της κλινικής στο διάστημα των 4 ετών που έγινε η καταγραφή. Ο μ.ο. ηλικίας των ασθενών ήταν  $48 \pm 9$  έτη, καπνιστές ήταν το 82% αυτών ενώ ως προς τη εκπαίδευση το 6% ήταν αναλφάβητοι, το 45% είχαν λάβει την υποχρεωτική εκπαίδευση και μόνον το 10% του πληθυσμού πήραν τριτοβάθμια εκπαίδευση. Οι μισοί ασθενείς ήταν παντρεμένοι και είχαν παιδιά. Η μέση διάρκεια νοσηλείας τους ήταν περίπου 19 ημέρες κατά την οποία γινόταν σταδιακή μείωση της χορήγησης βενζοδιαζεπινών για τη πρόληψη του τρομώδους παραληρήματος. Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε λοραζεπάμη με συνήθη δοσολογία  $2.5\text{mg}/6\text{ωρο}$ . Οι ασθενείς ήταν νορμοβαρείς με  $\text{BMI}: 24 \pm 4 \text{ kg}/\text{m}^2$ . Ψυχική διαταραχή παρουσίαζε το 44% των ασθενών, υπέρταση το 40%, ενώ περίπου 10% των ασθενών εμφάνισε υπερλιπιδαιμία, ΣΔ2 και στεφανιαία νόσο.

**Συμπεράσματα:** Το προφίλ του ασθενούς με εθισμό στο αλκοόλ που νοσηλεύτηκε στη κλινική για σωματική απεξάρτηση είναι μεσήλικας, καπνιστής με φυσιολογικό βάρος, με σημαντική ψυχική επιβάρυνση και σχετικά χαμηλότερους μεταβολικούς δείκτες.

**ΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Β-ΧΡΟΝΙΑ  
ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ**

Σ. Νανούδης, Σ. Χατζηλεοντιάδου, Π. Χαλούδης, Γ. Γερμανίδης, Α. Βουμβουράκη, Π.  
Ζεμπεκάκης

Α' Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**Σκοπός:** Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης μεμονωμένης CMV εντερίτιδας, σε πολυθεραπευμένο ασθενή με Β-χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία.

**Περιγραφή:** Άνδρας, ηλικίας 61 ετών, με ιστορικό Β-ΧΛΛ εισήχθη στην Κλινική μας προς διερεύνηση υποτροπιάζοντος κοιλιακού άλγους με διαρροϊκές κενώσεις και συνοδό πυρετική κίνηση από τετραμήνου.

Κατά την εισαγωγή του, από την κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε ευαισθησία στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και αίσθημα πλήρωσης κατά την ψηλάφηση. Με δεδομένο οτι η θεραπεία του θα μπορούσε να ενοχοποιηθεί για την παραπάνω κλινική εικόνα, κρίθηκε σκόπιμη η διακοπή της ενώ παράλληλα διενεργήθηκε απεικονιστικός έλεγχος με CT άνω-κάτω κοιλίας και μαγνητική εντερογραφία που ανέδειξαν πάχυνση του τοιχώματος των ελίκων του ειλεού έως την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Ακολούθησε η διενέργεια κολονοσκόπησης στην οποία διαπιστώθηκε φυσιολογική εικόνα του παχέος εντέρου έως την ειλεοτυφλική βαλβίδα, η οποία ήταν υπερτροφική και οι βιοψίες της οποίας ανέδειξαν ελκωτική φλεγμονή. Με βάση τα ανωτέρω, θεωρήθηκε πιθανή η ύπαρξη νόσου Crohn και ο ασθενής τέθηκε σε κορτικοστεροειδή. Παρατηρήθηκε παροδική βελτίωση της συμπτωματολογίας τα πρώτα 24ωρα, αλλά στη συνέχεια τα συμπτώματα υποτροπίασαν. Κρίθηκε σκόπιμη η διενέργεια δεύτερης κολονοσκόπησης κατά την οποία έγινε διάνοιξη της ειλεοτυφλικής βαλβίδας με λαβίδα και λήψη βιοψιών από τον τελικό ειλεό με ιστολογικά ευρήματα αυτή τη φορά συμβατά με λοίμωξη από CMV. Στον ασθενή χορηγήθηκε γκανσικλοβίρη 5mg/kg ΒΣ δύο φορές την ημέρα για τρεις εβδομάδες με προοδευτική βελτίωση της κλινικής εικόνας και πλήρη υποχώρηση της συμπτωματολογίας.

**Συμπεράσματα:** Η λοίμωξη από CMV σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς προσβάλει συνηθέστερα το παχύ έντερο. Η μεμονωμένη προσβολή του λεπτού εντέρου είναι σπάνια καθιστώντας, έτσι, τη διάγνωση δυσκολότερη.

**ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΑΣΚΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΩΣ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ**

Σ. Νανούδης, Α. Βουμβουράκη, Γ. Βοσβοτέκας, Γ. Γερμανίδης, Π. Ζεμπεκάκης  
Α' Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Παρουσιάζουμε την περίπτωση 38χρονης ασθενούς, η οποία προσήλθε προς διερεύνηση χρόνιας υποτροπιάζουσας εξιδρωματικής με λεμφοκυτταρικό τύπο ασκιτικής συλλογής σε έδαφος, αδιάγνωστου μέχρι τότε, Συστηματικού Ερυθηματώδους Λύκου (ΣΕΛ).

**Σκοπός:** Να τονίσουμε ότι η εμφάνιση εξιδρωματικής ασκιτικής συλλογής, χωρίς συνοδό πολυορογνήτιδα, ως προεξάρχουσα σημειολογία του ΣΕΛ αποτελεί ασυνήθη εκδήλωση της νόσου.

:Η ασθενής, 38 ετών εισήχθη στην Κλινική μας προς διερεύνηση ασκιτικής συλλογής από έτους, η οποία επηρέαζε σημαντικά την ποιότητα ζωής της. Παρουσιάζε, επίσης, κοιλιακό άλγος, ναυτία, ανορεξία και διαλείπουσα πυρετική κίνηση. Προ βετίας αναφέρεται παρόμοια σημειολογία με γυναικολογική διερεύνηση και παροχέτευση του υγρού λαπαροσκοπικά χωρίς ανάδειξη σαφούς αιτιολογίας. Από την ανάλυση του υγρού προκύπτει φλεγμονώδες λεμφοκυτταρικό εξίδρωμα με αρνητική για κακοήθεια κυτταρολογική εξέταση και αρνητική PCR για TBC. Πραγματοποιείται λαπαροσκόπηση με αφαίρεση ασκιτικού υγρού και λήψη βιοψιών από ήπαρ και περιτόναιο, οι οποίες αναδεικνύουν μόνο μη ειδική φλεγμονή περιτοναίου. Αποφασίζεται αρχικά, σε αναμονή των αποτελεσμάτων βιοψιών και ανοσολογικού ελέγχου, και παρά τις αρνητικές καλλιέργειες, η έναρξη αντιφυματικής αγωγής, η οποία διακόπτεται μετά από ένα μήνα λόγω μη ανταπόκρισης. Λόγω ασθενώς θετικών ANA, παρουσίας αντιπηκτικού του λύκου και εμφάνισης αρθραλγιών και αφθών στη στοματική κοιλότητα, γίνεται ρευματολογική εκτίμηση, τίθεται η υπόνοια ΣΕΛ και αποφασίζεται η έναρξη θεραπείας με κορτικοστεροειδή..

Στην ασθενή χορηγείται μεθυλπρεδνίζολόνη σε 3ημερη ώση και συντήρηση με εντυπωσιακή βελτίωση της κλινικής της εικόνας και πλήρη υποχώρηση της ασκιτικής συλλογής εντός 20μέρου.

**Συμπεράσματα:** Ο ΣΕΛ είναι ένα συστηματικό νόσημα που μιμείται πολλές άλλες παθήσεις, ενώ πολλές φορές παρουσιάζεται με προεξάρχουσα άτυπη σημειολογία καθυστερώντας έτσι τη διάγνωση της νόσου.

## **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

# ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΡΟ.01

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Χ. Ζήσης<sup>1,2</sup>, Φ. Μαλακούδη<sup>2</sup>, Δ. Μαρίτσα<sup>2</sup>, Α. Κόγιας<sup>2</sup>, Ε. Θεοδωρούλα<sup>2</sup>, Δ. Βασδέκη<sup>2</sup>, Ε. Πετρουλάκη<sup>2</sup>, Ε. Δημητριάδου<sup>1</sup>, Ε. Γατσά<sup>3</sup>, Σ. Μυλωνάς<sup>2</sup>

1 Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας του Νοσοκομείου Τρικάλων

2 Β Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου Τρικάλων

3 Αιματολογικό ιατρείο του Νοσοκομείου Τρικάλων

**Εισαγωγή:**Οι καρδιολογικές επιπλοκές ακόμη και σήμερα αποτελούν κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας στους θαλασσαιμικούς ασθενείς. Αντιπροσωπεύουν την 1<sup>η</sup>αιτία θανάτου (½ με ⅓ των ασθενών). Συσχετίζονται με μυοκαρδιακή δυσλειτουργία, πνευμονική υπέρταση(Π.Υ.) και αρρυθμίες.

**Σκοπός:**Η καταγραφή καρδιακών επιπλοκών σε πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς με θαλασσαιμία

**Υλικό-Μέθοδος:** Είκοσι-επτά(27) πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς της Μονάδας του Γ.Ν.Τρικάλων το 2016, εκτιμήθηκαν με υπερηχογράφημα καρδιάς και ηλεκτροκαρδιογράφημα (σε ≥ 1 ελέγχους), οκτώ(8) εξ αυτών με Holter ρυθμού και είκοσι-τρεις(23) με MRI-T2\* καρδίας.

**Αποτελέσματα:** Από τους ασθενείς που παρακολουθήθηκαν, επτά(7) εμφάνισαν καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης, δύο(2) με ελαττωμένο, ενώ έξι(6) δέν εμφάνισαν καρδιακή ανεπάρκεια. Σε δεκαεννιά(19) ασθενείς δεν παρουσιάστηκε καρδιακή αιμοχρωμάτωση, ενώ από τους υπόλοιπους τρείς(3) εμφάνισαν ηπίου βαθμού και ένας μέτριου. Τέσσερις(4) πολυμεταγγιζόμενοι παρουσίασαν επιβεβαιωμένη πνευμονική υπέρταση, και σε ακόμα οκτώ(8) η διάγνωση της πνευμονικής υπέρτασης είναι πιθανή. Τρία(3) ήταν τα περιστατικά που εμφάνισαν ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας, Δύο(2) με μετρίου βαθμού ανεπάρκεια και ένα(1) με μετρίου προς βαρύ.Οκτώ(8) ασθενείς εμφάνισαν υπερκοιλιακή ταχυκαρδία. Σε έξι(6) ασθενείς διεγνώσθη κολπική μαρμαρυγή, εκ των οποίων οι πέντε(5) ήταν παροξυσμικού τύπου και ο ένας(1) χρονίου. Δύο(2) παρουσίασαν στεφανιά νόσο.Δύο(2) πολυμεταγγιζόμενοι είχαν ιστορικό οξέος πνευμονικού οιδήματος. Ένας(1) ασθενής εμφάνισε έκτακτες συστολές και ένας(1) περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια. Ένας(1) εκ των ασθενών απεβίωσε.

**Συμπέρασμα:**Η πρόληψη,η διάγνωση και η αντιμετώπιση καρδιακών επιπλοκών των θαλασσαιμικών ασθενών θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχική μέριμνα των ιατρών των Μονάδων, με την επάρκεια των μεταγγίσεων και τη σωστή θεραπεία αποσιδήρωσης, καθώς και των καρδιολόγων με την παρακολούθηση και την χορήγηση της κατάλληλης συμβατικής καρδιολογικής αγωγής.

## ΡΟ.02

### ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ ΚΑΙ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΜΕ ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΜΟΝΗ ΟΥΛΟΡΡΑΓΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γ. Κοτρώνης<sup>1</sup>, Δ. Βαλσαμίδου<sup>1</sup>, Ε. Μπιτκινίδου<sup>1</sup>, Μ. Σπανού<sup>1</sup>, Χ. Λίλιος<sup>1</sup>, Δ. Χαμπηλομάτη<sup>1</sup>, Ε. Κατωδρύτου<sup>2</sup>, Κ. Καραγκούνης<sup>1</sup>, Κ. Μαχαίρα<sup>1</sup>

1 Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Άγιος Παύλος, Θεσσαλονίκη

2 Αιματολογικό Τμήμα, ΑΝΘ Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η αμυλοείδωση αντιπροσωπεύει μία κλινική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από εξωκυττάρια και/ή ενδοκυττάρια εναπόθεση παθολογικών πρωτεΐνων-ινιδίων αμυλοειδούς στους ιστούς. Χαρακτηρίζεται από μεγάλο εύρος εκδηλώσεων χωρίς παθογνωμονικά κλινικά χαρακτηριστικά, με αποτέλεσμα συχνά η έγκαιρη διάγνωση να διαλάθει από τον κλινικό ιατρό.

**Σκοπός:** Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς 77 ετών που διεγνώσθη με πρωτοπαθή αμυλοείδωση σε έδαφος πολλαπλού μυελώματος μετά από νοσηλεία λόγω αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού και νεφρωσικού συνδρόμου με αρχικά αναφερόμενα συμπτώματα εισαγωγής επίμονη ουλορραγία από σαράντα ημερών και μέλαινες κενώσεις από τριημέρου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για άρρενα ασθενή ηλικίας 77 ετών που νοσηλεύτηκε στην Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου μας με αναφερόμενη ουλορραγία από σαράντα ημερών και μέλαινες κενώσεις από τριημέρου με συνοδό αναιμία και ένδεια όγκου. Η κλινική διαπίστωση ηπατοσπληνομεγαλίας, η παρουσία αιμορραγικής διάθεσης σε συνδυασμό με την εργαστηριακή ανεύρεση λευκωματουρίας σε επίπεδα νεφρωσικού συνδρόμου και παραπρωτεΐναιμίας οδήγησαν στην υποψία ύπαρξης αμυλοείδωσης στα πλαίσια πολλαπλού μυελώματος που επιβεβαιώθηκε μετά από ειδικότερο έλεγχο.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Η αμυλοείδωση είναι μία διάγνωση που θα πρέπει να υπάρχει στη σκέψη του κλινικού ιατρού σε περιπτώσεις αιμορραγικής διάθεσης, οργανομεγαλίας και επηρεασμένης νεφρικής λειτουργίας με συνοδό λευκωματουρία. Η έγκαιρη διάγνωση αυτών των ασθενών κρίνεται ουσιώδης για την περαιτέρω παραπομπή και εξειδικευμένη διαχείρισή τους σε αιματολογικό κέντρο.

**ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Π.-Θ. Μέμτσα<sup>1</sup>, Αικ. Παπαδοπούλου<sup>2</sup>, Σ. Στυλιανίδου<sup>2</sup>, Ι. Τζιτζίκας<sup>2</sup>

1 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

2 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης, Α.Π.Θ. Ιατρική Σχολή

**Εισαγωγή:** Η μεγαλύτερη πρόκληση στην θεραπεία του καρκίνου είναι η δυσκολία χορήγησης μιας επαρκώς υψηλής δόσης ογκοκτόνων παραγόντων για την εκρίζωση της συστηματικής νόσου, ελαχιστοποιώντας ταυτόχρονα τις ανεπιθύμητες δράσεις στους υγιείς ιστούς. Η θεραπεία με μονοκλωνικά αντισώματα έχει φέρει επανάσταση στην θεραπεία του καρκίνου βελτιώνοντας σημαντικά την επιβίωση των ασθενών που πάσχουν τόσο από συμπαγείς όγκους και όσο και από αιματολογικές κακοήθειες. Οι πρόσφατες τεχνολογικές εξελίξεις έχουν αυξήσει την αποτελεσματικότητα της ανοσοθεραπείας οδηγώντας σε ευρύτερη εφαρμογή της.

**Σκοπός:** Συνοπτική αναφορά των νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων στις στοχευμένες θεραπείες αιματολογικών νόσων που είναι σήμερα σε εξέλιξη.

**Υλικό- Μέθοδοι:** Μελέτες, βιβλιογραφική ανασκόπηση, ηλεκτρονική βιβλιογραφία pubmed. Παρακολούθηση των εξελίξεων στον τομέα των στοχευμένων θεραπειών των αιματολογικών νόσων τα τελευταία έτη και ανάπτυξη καινοτόμων προσεγγίσεων.

**Επισκόπηση:** Η θεραπεία με στοχευτικούς παράγοντες μπορεί να αυξήσει αποτελεσματικά την ποσότητα του κυτταροτοξικού παράγοντα που μπορεί να δοθεί με ασφάλεια και έτσι να βελτιώσει την επιβίωση των ασθενών.

Τα ανοσοσυμπλέγματα (ICs) εκμεταλλεύονται τη λειτουργία στόχευσης των αντισωμάτων ώστε να παραδώσουν στοχευμένα ένα θανατηφόρο φορτίο στα καρκινικά κύτταρα. Τα ICs βασίζονται σε έναν ομοιοπολικά συνδεδεμένο τελεστή για θεραπευτική δράση. Ο τύπος τελεστή κατατάσσει τα ICs σε 3 γενικές ομάδες: ανοσοτοξίνες (ITs), ραδιοανοσοσυζεύγματα (RICs), και σύζευξης φαρμάκου αντισώματος (ADCs).

Η ραδιοανοσοθεραπεία (RIT) έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε αιματολογικές κακοήθειες. Η πιο εκτεταμένη κλινική εμπειρία με RICs περιέχει τα ισότοπα β-σωματιδίων που εκπέμπουν  $^{131}\text{I}$  ή  $^{90}\text{Y}$  (90Y) που διαθέτουν πλεονεκτικά χαρακτηριστικά συμπεριλαμβανομένων των ευνοϊκών χαρακτηριστικών εκπομπής, διαθεσιμότητας, και σταθερή προσκόλληση αντισώματος. Στις πρώτες στις αρχές του 1990 χρησιμοποιήθηκαν  $^{131}\text{I}$ -επισημασμένο μονοκλωνικό αντί-CD20 αντίσωμα για τη θεραπεία της NHL.

Μέχρι σήμερα, το RIT απέδειξε την αποτελεσματικότητα του στην NHL. Τα μόνα RICs που έχουν εγκριθεί από το FDA είναι το  $^{131}\text{I}$ -tositumomab και το  $^{90}\text{Y}$ -ibritumomab tiuxetan, και τα δύο στόχοι CD20. Στόχευση CD20 με RICs τα οποία επισημαίνονται είτε με  $^{131}\text{I}$ - ή με  $^{90}\text{Y}$ -ραδιοισότοπα επιτυγχάνει υψηλό συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης στην νόσο. Η τοξικότητα είναι γενικά ήσσονος σημασίας, με καθυστερημένη μυελοκαταστολή να εμφανίζεται στις 4-8 εβδομάδες. Όψιμη μυελοδυσπλασία (MDS) και δευτερογενής οξεία μυελογενή λευχαιμία (AML) είναι σπάνιες, αλλά δυνητικά σοβαρά επακόλουθα της RIT.

Τα ADCs είναι αναμφισβήτητα ο πιο ενεργός τρέχων τομέας της ανάπτυξης IC. Παρά το γεγονός ότι η εθελοντική αποχώρηση το 2010 του πρώτου εγκεκριμένου ADC για τη θεραπεία μιας αιματολογικής κακοήθειας (γεμιτουζουμάπτη οζογαμισίνη [GO]) μείωσε παροδικά τον ενθουσιασμό για το ΚΔΚ, με την έγκριση της μπρεντουξιμάβης βεδοτίνης ένα χρόνο αργότερα, καθώς και της ADO-trastuzumab emtansine για μεταστατικό καρκίνο του μαστού στις αρχές του 2013, το πεδίο των ADCs απογειώθηκε ξανά. Πολλά ADC βρίσκονται σε κλινική ανάπτυξη. Οι στόχοι περιλαμβάνουν τα CD19, CD22, CD33 και CD79b. Αρκετές πρόσφατες κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει την θεραπευτική αποτελεσματικότητα των ADCs για μια πληθώρα κακοήθειών.

**Συμπεράσματα:** Τα ICs διεκδικούν όλο και περισσότερο μια θέση στη θεραπεία αιματολογικών κακοήθειών. Τα RIT έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας αποτελεσματικός παράγοντας για την θεραπεία του NHL και μελετάται η χρήση του και σε άλλα νεοπλάσματα. Αρκετές ADCs είναι σε κλινική ανάπτυξη για μια ποικιλία ενδείξεων και μπορεί σύντομα να ενσωματωθούν σε πρώτης γραμμής θεραπευτικές αγωγές. Συνεχίζεται η έρευνα για τη βελτίωση συστατικών των ICs συμπεριλαμβανομένης της βελτιστοποίησης και ανάπτυξης πιο

ισχυρών και ειδικών μορίων σύνδεσης, και μπορεί περαιτέρω να επεκτείνουν τη χρήση τους σε μία ποικιλία αιματολογικών κακοηθειών.

**Βιβλιογραφία:**

1. Pandolfi PP. In vivo analysis of the molecular genetics of acute promyelocytic leukemia. *Oncogene* 2001; 20: 5726–5735.
2. Green MR. Targeting targeted therapy. *N Engl J Med* 2004; 350: 2191–2193.
3. Ross JS, Schenkein DP, Pietrusko R, Rolfe M, Linette GP, Stec J, et al. Targeted therapies for cancer 2004. *Am J Clin Pathol* 2004; 122: 598–609.

## ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ

### ΡΟ.04

#### **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ ΜΕ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ – ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ**

Γ. Σκουρουμούνη, Κ. Μανάβη, Γ. Παπαδεράκης, Δ. Παναγιωτίδου, Γ. Πετμεζάρης, Α. Θεοδωρακόπουλος

Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Θ. “Παπαγεωργίου”

**Εισαγωγή:** Η σαρκοείδωση αποτελεί χρόνια συστηματική αυτοάνοση κοκκιωματώδη νόσο, με πολυάριθμες κλινικές και απεικονιστικές εκδηλώσεις. Η συμμετοχή της παρωτίδος στην σαρκοείδωση παρατηρείται μόνο στο 6% των ασθενών με σαρκοείδωση.

**Σκοπός:** Παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού σαρκοείδωσης, που εμφάνιζε ως μόνα απεικονιστικά ευρήματα την προσβολή των αδένων της παρωτίδας και των τραχηλικών λεμφαδένων του οπίσθιου τριγώνου.

**Υλικό και Μεθόδοι:** Γυναίκα 53 ετών με συμπτώματα διόγκωσης αμφότερων των παρωτίδων και ξηροστομίας προσήλθε στο εργαστήριό μας για διερεύνηση με μαγνητική τομογραφία και υπερήχους. Η διάγνωση της σαρκοείδωσης επιβεβαιώθηκε με ιστολογική εξέταση.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Η μαγνητική τομογραφία του σπλαγχνικού κρανίου και τραχήλου ανέδειξε μη κοιλοποιημένες μάζες, με καλοήθεις χαρακτήρες σε αμφότερες τις παρωτίδες, καθώς και διογκωμένους λεμφαδένες στις ομάδες των οπίσθιων τριγώνων. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος των παρωτίδων που ακολούθησε, ανέδειξε υποηχοϊκά οζίδια με συνοδούς διογκωμένους ενδοπαρωτιδικούς λεμφαδένες. Δεν παρατηρήθηκε συμμετοχή άλλων οργάνων. Η σαρκοείδωση των παρωτίδων είτε ως μόνη εκδήλωση της νόσου είτε σε συνδυασμό με προσβολή άλλων οργάνων υπάρχει, και τόσο οι κλινικοί, όσο κι οι εργαστηριακοί ιατροί πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με αυτή τη μορφή της νόσου.

# ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ

## ΡΟ.05

### Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ. Φιλιππάτος<sup>1</sup>, Αικ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Π.-Θ. Μέμτσα<sup>2</sup>, Σ. Στυλιανίδου<sup>1</sup>, Ι. Τζιτζίκας<sup>1</sup>

1 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης  
“ΑΧΕΠΑ”

2 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης  
«Θεαγένειο»

**Εισαγωγή:** Ο πόνος είναι ένα οδυνηρό σύμπτωμα του καρκίνου που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών, των οικογενειών τους και τους επαγγελματίες υγείας. Μέτριος έως σοβαρός πόνος είναι συνήθης σε όλη την πορεία της ασθένειας καθώς και η προοδευτική αύξησή του κατά τη διάρκειά της. Στην πραγματικότητα, αυτός ο πόνος έχει αναφερθεί στο 59% των ασθενών που υποβάλλονται σε αντικαρκινική θεραπεία, στο 64% των ασθενών με προχωρημένο μεταστατικό καρκίνο και στο 33% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία. Η συχνότητα εμφάνισης και ο επιπολασμός του καρκίνου αυξάνει με την ηλικία, με περισσότερο από το ήμισυ όλων των ασθενών με καρκίνο να είναι γηριατρικοί. Η κατανόηση της φύσης του καρκινικού πόνου σε ηλικιωμένους ασθενείς και η βελτίωση της ικανότητάς μας να την αξιολογήσουμε επαρκώς, έχει συνεχώς αυξανόμενη σημασία.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση διαμέσου βιβλιογραφικής ανασκόπησης, της σημασίας διαχείρισης του καρκινικού πόνου σε γηριατρικούς ασθενείς.

**Μέθοδοι- Υλικά:** Αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων του PubMed & Medline μελετών, που αφορούν τον καρκινικό πόνο και τη διαχείρισή του σε γηριατρικούς ασθενείς.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τον Zech και συν. σε περισσότερες από το 80% των περιπτώσεων ο καρκινικός πόνος μπορεί να αντιμετωπιστεί με απλές θεραπείες. Στο υπόλοιπο 20% χρειάζεται είναι απαραίτητη η προσέγγιση από περισσότερες από μία ιατρικές ειδικότητες, με προσεκτική εκτίμηση του πόνου και χρήση ή μη φαρμακευτικής αγωγής. Τα αναλγητικά από του στόματος είναι η πιο κοινή θεραπεία. Ο ΠΟΥ έχει δημοσιεύσει έναν αλγόριθμο για τη διαχείριση του άλγους όπου κατηγοριοποιεί τους φαρμακευτικούς παράγοντες, σε οποιοιεδή και μη (ΜΣΑΦ, παρακεταμόλη). Η χρήση και των δύο κατηγοριών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει όμως αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες στους γηριατρικούς ασθενείς. Στα ΜΣΑΦ θα πρέπει να συγχορηγείται γαστροπροστασία, για την παρακεταμόλη θα πρέπει να γίνεται έλεγχος ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας ενώ για τα οποιοιεδή η χορήγηση θα πρέπει να γίνεται αρχικά σε χαμηλές δόσεις λόγω της ευαισθησίας των γηριατρικών ασθενών στις οξείες και όψιμες παρενέργειες. Άλλοι μέθοδοι διαχείρισης του πόνου περιλαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη, νευροχειρουργικές επεμβάσεις, και παρηγορητική ακτινοθεραπεία. Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να εξατομικεύεται, με σόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

**Συμπεράσματα:** Ο πόνος είναι συχνός σε γηριατρικούς ασθενείς με καρκίνο, συχνά υποθεραπεύεται, και οδηγεί τους ασθενείς σε κατάθλιψη, απομόνωση, διαταραχές ύπνου και αυτηνίες.. Εμπόδια για την κατάλληλη αντιμετώπιση του πόνου αποτελούν η μη επαρκή αξιολόγηση και η γνώση σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους των τρόπων αντιμετώπισης του πόνου. Θα πρέπει να πραγματοποιείται πολυδιάστατη προσέγγιση για τον εντοπισμό των αιτιών του πόνου και την εφαρμογή των κατάλληλων θεραπειών, με σόχο να μειωθεί η ταλαιπωρία των ασθενών και των οικογενειών τους και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

### Βιβλιογραφία:

1. Zech DFJ, Grond S, Lynch J, et al: Validation of the World Health Organization guidelines for cancer pain relief: A 10-year prospective study. Pain 63:65-76, 1995.
2. Mercadante S, Arcuri E: Pharmacological management of cancer pain in the elderly. Drugs Aging 24:761-776, 2007.
3. Marvin Omar Delgado-guay, and Eduardo Bruera:Management of Pain in the Older Person With Cancer. Oncology Journal, Older Patients January 2008.
4. McCleane G. Pain and the elderly patient. In: McCleane G, Smith H, editors. Clinical Management of the Elderly Patient in Pain. Dartmouth, MA, USA: The Hawthorn Medical Press; p. 1-9. 2006.
5. Schofield P, editor. Complementary approaches. The Management of Pain in Older Persons. 1 st ed. New Jersey, USA: John Wiley and Sons; p. 165-84. 2007.

6. Kapoor Akhil, Kalwar Ashok, Singhal Mukesh Kumar, Nirban Raj Kumar, Kumar Harvindra Singh: Challenges in the management of cancer pain in elderly population: A review: Clinical Cancer investigation Journal;Volume: 4 Issue Number: 2. P.111-119. 2015.

## ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ

PO.06

**EUS-FNA ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ**

**Σ. Σκευούδη<sup>1</sup>, Γ. Χάχαλης<sup>1</sup>, Ι. Γκόσεβσκα<sup>1</sup>, Κ. Θεοχαρίδης<sup>1</sup>, Χ. Φραγκόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Τζιλβέζ<sup>2</sup>, Φ. Πατακιούτα<sup>3</sup>**

**1 Κυτταρολογικό Εργαστήριο «Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο»**

**2 Γαστρεντερολογική Κλινική «Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο»**

**3 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο «Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο»**

**Σκοπός:** Η σημασία της F.N.A. παγκρέατος σε συνδυασμό με το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS) και την ERCP για την διάγνωση των νεοπλασμάτων του παγκρέατος.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Από την γαστρεντολογική κλινική την τριετία 2014-2016 πραγματοποιήθηκαν 61 FNA παγκρέατος που εστάλησαν στο κυτταρολογικό εργαστήριο. Η εξέταση έγινε με την τεχνική Thin-prep και την χρώση κατά Παπανικολάου. Ακολούθησε ανοσοκυτταροχημικός έλεγχος.

**Αποτελέσματα:** Τα κυτταρολογικά επιχρίσματα ταξινομήθηκαν σε ανεπαρκή, αρνητικά, άτυπα, ύποπτα και θετικά για κακοήθεια σύμφωνα με την προτεινόμενη ορολογία από την κυτταρολογική εταιρεία Παπανικολάου. Από τα θετικά τα περισσότερα αφορούσαν αδενοκαρκινώματα ορισμένα των οποίων βλεννώδη ή σπανίως θηλώδη και λίγα νεοπλάσματα της ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος.

**Συμπεράσματα:** Η EUS-F.N.A είναι μία ακριβής για την εκτίμηση συμπαγών και κυστικών αλλοιώσεων του παγκρέατος σε συνδυασμό με τις κλινικές και απεικονιστικές μεθόδους, κρίσιμη στην διάγνωση και προεγχειρητική διαχείριση του ασθενούς. Αναφέρονται ευαισθησία 69-77%, ειδικότητα 100%, και διαγνωστική ακρίβεια 79-85%. Τα διαγνωστικά προβλήματα παρατηρούνται σε low-grade νεοπλασίες του παγκρέατος και κυρίως της νευροενδοκρινούς μοίρας, σε αντιδραστικές αλλοιώσεις λόγω φλεγμονής, στις κυστικές αλλοιώσεις και στα υψηλού βαθμού κακοήθειας καρκινώματα σε σχέση με την εντόπιση (πρωτοπαθές ή μεταστατικό). Έιναι σκόπιμο να χρησιμοποιείται η ταξινόμηση η προτεινόμενη από την κυτταρολογική εταιρεία Παπανικολάου για την ορθότερη εκτίμηση και συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων στην διαχείρηση του ασθενούς.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ**

Θ. Οικονόμου, Ε. Χολόγκιτας, Π. Δούμτσης, Χ. Βέττας, Θ. Τζούμαρη, Ι. Δουλγέρης, Α.

Καρασμάνη, Χ. Τοντικίδη, Σ. Μιχαηλίδου, Κ. Βαΐτση, Μ. Διαβαστή, Κ. Κολότσιου, Ε.

Βουδούρη, Χ. Μάντσιου, Ι. Γουλής, Ε. Ακριβιάδης, Α. Γαρύφαλλος

Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι η ανεπάρκεια των επινεφριδίων (ΕΑ) συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα επεισοδίου σήψης και χειρότερη έκβαση σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση(Acevedo J, Hepatology 2013).

**Υλικό-Μέθοδοι:** Όλοι οι ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση σε σταθερή κατάσταση εντάχθηκαν στην παρούσα προοπτική μελέτης. Σε κάθε ασθενή έγινε καταγραφή των κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των επιπτέδων στον ορό της δεσμευτικής σφαιρίνης των κορτικοστεροειδών (CBG), της IL-1, IL-6 και TNF-α. Η ολική κορτιζόλη ορού (STC) εκτιμήθηκε πριν(T0) και 1 ώρα(T60) μετά από εφάπταξ ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοτροπίνης (250μg).

**Αποτελέσματα:** Αξιολογήσαμε 80 ασθενείς. Ο δείκτης ελεύθερης κορτιζόλης (FCI, δηλαδή το πηλίκιο STC/CBG) αξιολογήθηκε στα χρονικά σημεία T0 και T60 και ήταν  $9.3 \pm 7$  και  $19.8 \pm 19$ nmol/mg, αντιστοίχως. Οι ασθενείς με ΕΑ [ομάδα 1, n=27 (34%)], σε σύγκριση με εκείνους χωρίς ΕΑ [ομάδα 2, n=53 (66%)] είχαν σημαντικά χαμηλότερη συστολική αρτηριακή πίεση ( $105 \pm 12$  έναντι  $115 \pm 13$ mmHg, p=0,05), χαμηλότερα επίπεδα νατρίου ορού ( $132 \pm 7$  έναντι  $138 \pm 15$ mEq/L, p=0,03) και FCI<sub>T60</sub> ( $12 \pm 2$  έναντι  $22 \pm 18$ nmol/mg, p=0,004) και υψηλότερη τιμή δραστικότητας ρενίνης πλάσματος ( $18 \pm 12$  έναντι  $9 \pm 8$ ng/mL\*h, p=0,04). Τα επίπεδα ορού της IL-1, IL-6 και TNFα δε διέφεραν μεταξύ των 2 ομάδων (p>0,05). Οι ασθενείς της ομάδας 1, σε σύγκριση με αυτούς της ομάδας 2, είχαν πιο συχνά προηγούμενο ιστορικό αυτόματης βακτηριακής περιτονίτιδας [ $8/27$  (30%) έναντι  $3/53$  (6%), p=0,003], και είχαν χειρότερη επιβίωση στη χωρίς μεταμόσχευση ήπατος [θάνατος:  $17/27$  (63%) έναντι  $20/53$  (37%) ασθενείς, p=0,03].

**Συμπεράσματα:** Η παρουσία της ΕΑ σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση φαίνεται να έχει προφανείς επιπτώσεις στην κλινική εικόνα καθώς και στην πορεία/έκβαση αυτών των ασθενών.

## PO.08

### ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΗΠΑΤΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Σ. Σουλαϊδόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Χολόγκιτας<sup>1</sup>, Θ. Τζούμαρη<sup>1</sup>, Θ. Οικονόμου<sup>1</sup>, Α. Καρασμάνη<sup>1</sup>, Σ. Μιχαηλίδου<sup>1</sup>, Κ. Κολότσιου<sup>1</sup>, Χ. Τοντικίδη<sup>1</sup>, Ε. Βουδούρη<sup>1</sup>, Χ. Μάντσιου<sup>1</sup>, Μ. Βλάχου<sup>2</sup>, Θ. Παναγιωτίδης<sup>2</sup>, Γ. Γιαννακούλας<sup>2</sup>, Ι. Γουλής<sup>1</sup>, Α. Γαρύφαλλος<sup>1</sup>

1 Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

2 Α' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Το ηπατοπνευμονικό σύνδρομο (ΗΠΣ) χαρακτηρίζεται από αυξημένη κυψελιδοαρτηριακή διαφορά οξυγόνου ( $\geq 15 \text{ mmHg}$  ή  $\geq 20 \text{ mmHg}$  αν ηλικία  $\geq 65$ ) και ενδοπνευμονικές αγγειακές διατάσεις σε ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο.

**Στόχος:** Διερεύνηση κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων που σχετίζονται με το ΗΠΣ σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

**Υλικό-Μέθοδος:** Έλεγχος ασθενών με μη αντιρροπούμενη κίρρωση που εισήχθησαν στην κλινική μας από 01/2016 έως 12/2016 για ΗΠΣ με υπερηχογράφημα καρδιάς ενισχυμένης σκιαγραφικής αντίθεσης (εμφάνιση μικροφυσσαλίδων στον αριστερό κόλπο μετά τον 4<sup>ο</sup> καρδιακό κύκλο) και αυξημένη κυψελιδοαρτηριακή διαφορά. Σταδιοποίηση ΗΠΣ ανάλογα με τη βαρύτητα της υποξυγοναμίας. Καταγραφή δημογραφικών, κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων. Εκτίμηση βαρύτητας ηπατικής νόσου με Child-Pugh και MELD.

**Αποτελέσματα:** 113 ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση (μέση ηλικία  $51 \pm 14$  έτη, 79 άνδρες, 17 με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ), MELD=14,9 $\pm$ 5,4) συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. 32 ασθενείς (28,3%) διαγνώσθηκαν με ΗΠΣ. Από αυτούς, 17 παρουσίαζαν ηπίου ( $\text{PaO}_2 \geq 80 \text{ mmHg}$ ), 14 μετρίου ( $\text{PaO}_2 \geq 60$  και  $< 80 \text{ mmHg}$ ) και 1 σοβαρού βαθμού ( $\text{PaO}_2 \geq 50$  και  $< 60 \text{ mmHg}$ ). ΗΠΣ ενώ δεν διαγνώστηκε πολύ σοβαρού βαθμού ΗΠΣ ( $\text{PaO}_2 < 50 \text{ mmHg}$ ). Στη μονοπαραγοντική ανάλυση η λευκωματίνη ορού, το ΗΚΚ και το νάτριο δείγματος ούρων παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση με το ΗΠΣ ( $p < 0,05$ ). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η παρουσία ΗΚΚ αποτέλεσε τον μοναδικό παράγοντα που συσχετίστηκε ανεξάρτητα με το ΗΠΣ (Odds Ratio: 3.6, 95% confidence interval (CI) 1.08-12.30,  $P=0.036$ ). Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ ΗΚΚ και της βαρύτητας του ΗΠΣ ( $p=0.079$ ). Επιπλέον, το ΗΠΣ δεν συσχετίστηκε με τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου, εκτιμώμενης με Child-Pugh και MELD ( $p=0.342$  και  $p=0.794$  αντίστοιχα).

**Συμπέρασμα:** Το ΗΠΣ είναι συχνό στους ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση και σχετίζεται με την παρουσία ΗΚΚ.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΞΑΛΕΠΤΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΒΑΔΙΣΗΣ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ**

Σ. Σουλαϊδόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Χολόγκιτας<sup>1</sup>, Θ. Τζούμαρη<sup>1</sup>, Ι. Δουλγέρης<sup>1</sup>, Κ. Βαΐτση<sup>1</sup>, Μ. Διαβαστή<sup>1</sup>, Α. Καρασμάνη<sup>1</sup>, Σ. Μιχαηλίδου<sup>1</sup>, Κ. Κολότσιου<sup>1</sup>, Χ. Τοντικίδη<sup>1</sup>, Μ. Βλάχου<sup>2</sup>, Θ. Παναγιωτίδης<sup>2</sup>, Γ. Γιαννακούλας<sup>2</sup>, Ι. Γουλής<sup>1</sup>

1 Δ΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

2 Α΄ Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης αποτελεί αποτελεσματικό εργαλείο εκτίμησης της λειτουργικής ικανότητας ασθενών με καρδιαγγειακά και πνευμονικά νοσήματα.

**Στόχος:** Εκτίμηση λειτουργικής ικανότητας σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, με ή χωρίς ηπατοπνευμονικό σύνδρομο (ΗΠΣ).

**Υλικό - Μέθοδος:** Έλεγχος ασθενών με μη αντιρροπούμενη κίρρωση που εισήχθησαν στην κλινική μας από τον Ιούνιο έως τον Δεκέμβριο του 2016 για ΗΠΣ με υπερηχοκαρδιογραφία ενισχυμένης σκιαγραφικής αντίθεσης (εμφάνιση μικροφυσσαλίδων στον αριστερό κόλπο μετά τον 4<sup>ο</sup> καρδιακό κύκλο) και κυψελιδοαρτηριακή διαφορά οξυγόνου ( $\geq 15 \text{ mmHg}$  ή  $\geq 20 \text{ mmHg}$  αν ηλικία  $\geq 65$ ). Σταδιοποίηση ΗΠΣ ανάλογα με την υποξυγοναιμία. Εκτίμηση λειτουργικής ικανότητας με εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης. Εκτίμηση νεφρικής λειτουργίας με υπολογισμό της σπειραματικής διήθησης με  $^{51}\text{Cr}$ -EDTA GFR. Αξιολόγηση βαρύτητας ηπατικής νόσου με Child-Pugh και MELD.

**Αποτελέσματα:** 58 ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση (μέση ηλικία  $50 \pm 14$  έτη, 41 άνδρες,  $\text{GFR} = 82,8 \pm 24,1 \text{ ml/min}/1.73\text{m}^2$ ,  $\text{MELD} = 14,2 \pm 5,2$ ) συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. 21 ασθενείς (36,2%) διαγνώστηκαν με ΗΠΣ – 11 παρουσίαζαν ηπίου ( $\text{PaO}_2 \geq 80 \text{ mmHg}$ ), 9 μετρίου ( $\text{PaO}_2 \geq 60$  και  $< 80 \text{ mmHg}$ ) και 1 σοβαρού βαθμού ( $\text{PaO}_2 \geq 50$  και  $< 60 \text{ mmHg}$ ) ΗΠΣ. Εξετάζοντας την απόσταση που διένυσαν οι ασθενείς στην εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης, δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με και αυτών χωρίς ΗΠΣ ( $444,2 \pm 124,7$  vs  $478,5 \pm 108,7$  μέτρα,  $p=0.297$ ), πιθανά λόγω ηπίου ή μετρίου βαθμού ΗΠΣ στην πλειοψηφία των ασθενών. Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης GFR ήταν η μοναδική παράμετρος που παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με τη διανυόμενη απόσταση ( $p=0.002$ ). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ διανυόμενης απόστασης και βαρύτητας ηπατικής νόσου εκτιμώμενης με Child-Pugh και MELD ( $p=0.315$  και  $p=0.154$  αντίστοιχα).

**Συμπέρασμα:** Οι ασθενείς με ήπιο έως μέτριο ΗΠΣ δεν διαφέρουν στην λειτουργική ικανότητα συγκρινόμενοι με ασθενείς με κίρρωση του χωρίς ΗΠΣ.

## PO.10

### ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΟΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Θ. Οικονόμου, Ε. Χολόγκιτας, Π. Δούμτσης, Θ. Τζούμαρη, Σ. Σουλαϊδόπουλος, Α. Καρασμάνη, Ι. Δουλγέρης, Σ. Μιχαηλίδη, Κ. Κολότσιου, Κ. Τσιώνη, Ι. Γουλής, Ε. Μανδαλά, Α. Δουγαλής, Α. Γαρύφαλλος  
Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Μελέτες σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση έδειξαν συσχέτιση μεταξύ των επιπτέδων φερριτίνης ορού και της πρόγνωσης των ασθενών. Επιπλέον, οι δείκτες RDW (red blood cell distribution width) και MPV (mean platelet volume) έχουν σχετιστεί με τη βαρύτητα της ηπατικής λειτουργίας.

**Σκοπός:** Να εκτιμηθεί η επίδραση της φερριτίνης ορού και των RDW/MPV στην πρόβλεψη της έκβασης [επιβίωση, θάνατο ή μεταμόσχευση ήπατος (MH)] των ασθενών με σταθερή μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

**Υλικό - Μέθοδοι:** Αξιολογήθηκαν ενήλικες ασθενείς με σταθερή μη αντιρροπούμενη κίρρωση που εισήχθησαν στην κλινική μας το διάστημα Σεπτεμβρίου 2010 με Φεβρουάριο 2016. Για κάθε ασθενή καταγράφηκαν οι τιμές φερριτίνης ορού και RDW/MPV. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν προοπτικά και εκτιμήθηκε η έκβασή τους (επιβίωση, θάνατος ή MH).

**Αποτελέσματα:** Αξιολογήσαμε 192 ασθενείς (142 άνδρες, ηλικίας 54.2 $\pm$ 12 έτη). Στο τέλος της παρακολούθησης [12 (1-64) μήνες] 62 ασθενείς επιβίωσαν και 130 απεβίωσαν ή υποβλήθηκαν σε MH. Σε πολυταραγοντική ανάλυση η φερριτίνη ορού (HR: 1.001, 95% C.I.: 1.00-1.002, p=0.005) και ο GFR (HR: 0.96, 95% CI: 0.92-0.99, p=0.035) ήταν οι μόνοι ανεξάρτητοι παράγοντες που σχετίζονταν σημαντικά με την έκβαση των ασθενών. Η φερριτίνη είχε μικρή διακριτική ικανότητα (AUC: 0.61) με ευαισθησία και ειδικότητα 85.3% και 44.2%, αντίστοιχα, στο καλύτερο διακριτικό όριο (cut off point >55ng/ml), ενώ οι ασθενείς με φερριτίνη >55ng/ml (n=145) είχαν χειρότερη έκβαση σε σχέση με αυτούς με φερριτίνη ≤55ng/ml (n=47) (log rank p=0.001). Οι RDW/MPV δεν φάνηκε να σχετίζονται με την έκβαση.

**Συμπέρασμα:** Τα επίπεδα φερριτίνης ορού (αλλά όχι των RDW/MPV) σχετίζονται με την μακροπρόθεσμη έκβαση των ασθενών με σταθερή μη αντιρροπούμενη κίρρωση.

## ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

### ΡΟ.11

#### ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΦΥΛΟΥ ΣΤΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Σ. Στυλιανίδου<sup>1</sup>, Αικ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Π.-Θ. Μέμτσα<sup>2</sup>, Κ. Φιλιππάτος<sup>1</sup>, Ι. Τζιτζίκας<sup>1</sup>

1 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Ιατρική Σχολή

2 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

**Εισαγωγή:** Η ορμονοθεραπεία φύλου στις ηλικιωμένες γυναίκες παραμένει αμφιλεγόμενη θεραπεία, λόγω των αυξημένων πιθανοτήτων εμφάνισης ανεπιθύμητων εκβάσεων. Τα συνηθέστερα φάρμακα για ορμονοθεραπεία είναι τα οιστρογόνα. Η σχέση μεταξύ πιθανών κινδύνων και ωφέλειας προκύπτει κατά βάση από τον τύπο της ορμονοθεραπείας και την ηλικία της ασθενούς.

**Μέθοδος- Υλικό:** Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και των ηλεκτρονικών βάσεων όπως το pubmed για εντοπισμό της επίδρασης της ορμονοθεραπείας φύλου σε ηλικιωμένες γυναίκες σε σχέση με τα κακοήθη νοσήματα.

**Αποτελέσματα:** Η ορμονοθεραπεία σχετίζεται με την αυξημένη επίπτωση διηθητικού καρκίνου του μαστού. Μελέτες παρατήρησης καταδεικνύουν πως η εμφάνιση διηθητικού καρκίνου του μαστού αυξάνει μετά τα 5 χρόνια θεραπείας σε 60 επιπλέον περιπτώσεις ανά 10000 γυναικών που λαβαίνουν τη θεραπεία για 10 χρόνια. Οι μελέτες υποδεικνύουν ακόμη ότι η επιπλέον λήψη προγεστερόνης κατά τη διάρκεια της ορμονοθεραπείας αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τη λήψη μόνο οιστρογόνων, με την μεγαλύτερη επικινδυνότητα να σχετίζεται με προγεστίνες παράγωγα της τεστοστερόνης. Μολονότι τα μη αντιθετικά (μονά) οιστρογόνα σχετίζονται με την αυξημένη επίπτωση καρκίνου μαστού, ο επακόλουθος καρκίνος έχει καλύτερη πρόγνωση. Ο καρκίνος του μαστού που διαγιγνώσκεται μετά από περίπου 5 χρόνια ορμονοθεραπείας εμφανίζει μειωμένη θνησιμότητα κατά 50% σε σχέση με αυτόν που εμφανίζεται σε μη χρήστες της ορμονοθεραπείας. Η θεραπεία με μη αντιθετικά οιστρογόνα έχει ως αποτέλεσμα μία αυξημένη επίπτωση της υπερπλασίας του ενδομητρίου και του καρκίνου του ενδομητρίου. Αυτή η αύξηση της επίπτωσης μπορεί να εξαλειφθεί με την προσθήκη προγεστίνης στο θεραπευτικό σχήμα. Επίσης, υπάρχουν επαρκή δεδομένα που δείχνουν ότι χρήση της ορμονοθεραπείας πέρα της 10ετίας σε ηλικιωμένες γυναίκες έχει όφελος στην πρόληψη του κατάγματος του ισχίου και του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η έναρξη της ορμονοθεραπείας μετά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση συνοδεύεται με αυξημένο κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, άνοιας και στεφανιαίας νόσου. Η ορμονοθεραπεία δεν θα πρέπει να αρχίζει στην ηλικιωμένη γυναίκα για τη θεραπεία ή την πρόληψη των παραπάνω νόσων.

**Συμπεράσματα:** Η ορμονοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής για κάποιες μετεμηγοπαυσιακές γυναίκες και να προλάβει ή να καθυστερήσει την εκδήλωση των καρδιαγγειακών και νευροεκφυλιστικών νόσων που αντιπροσωπεύουν τις κύριες αιτίες αναπτηρίας για την απώλεια της ανεξαρτησίας στις ηλικιωμένες γυναίκες. Χρησιμοποιώντας τη χαμηλότερη αποτελεσματική δόση οιστρογόνων και περιορίζοντας την έκθεση στις προγεστίνες μπορούμε να ελαττώσουμε το κίνδυνο ανεπιθύμητων εκβάσεων. Ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού και του ενδομητρίου αντισταθμίζεται πιθανόν από τη συνοδό μείωση της θνητότητας από αυτούς τους καρκίνους και τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η επίδραση στα κατάγματα του ισχίου, του καρκίνου του παχέος εντέρου και στην ποιότητα ζωής απαιτεί πιθανόν συνεχή χρήση ορμονοθεραπείας.

#### Βιβλιογραφία:

1. Birge SJ., The use of estrogen in older women. Clin Geriatr Med 2003, 19:617-627
2. Writing Group for the women's health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288:321-333

## ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ

ΡΟ.12

### ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΦΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>1</sup>, Ε. Ξανθάκου<sup>2</sup>, Π. Σπυρόπουλος<sup>3</sup>, Π. Αθανασίου<sup>4</sup>

1 Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» ΕΕΣ

2 Ενδοκρινολόγος, Ξάνθη

3 Ενδοκρινολόγος, Αθήνα

4 Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

**Εισαγωγή:** Είναι γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) τύπου 2 έχει ισχυρή γενετική βάση. Φαίνεται ότι σε μερικούς πληθυσμούς και ιδιαίτερα σε αυτούς που εκτέθηκαν σχετικά πρόσφατα στις σύγχρονες συνθήκες και η μετάβασή τους από τις συνθήκες έλλειψης σε αυτές αφθονίας τροφής και επομένως η ενεργοποίηση των λεγομένων «thrifty genes» ή τρυφηλών γονιδίων είναι έντονη, είναι συχνότερος. Τέτοιοι πληθυσμοί με πρόσφατη έκθεση στις συνθήκες αφθονίας τροφής είναι και Αφρικανικοί πληθυσμοί. Σε μερικούς ασθενείς, ιδιαίτερα Αφρικανικής καταγωγής, εκδηλώνεται ΣΔ στη μέση ηλικία με επεισόδιο κετοξέωσης και μετά την αντιμετώπιση της κετοξέωσης μπορεί να αντιμετωπισθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα με δισκία.

**Σκοπός:** Σκοπός ήταν η περιγραφή ομάδας ασθενών Αφρικανικής καταγωγής πασχόντων από ΣΔ τύπου 2 στους οποίους η νόσος εκδηλώθηκε με κετοξέωση και περαιτέρω κατέστη δυνατόν να αντιμετωπιστούν με δισκία.

**Μέθοδοι.** Περιγράφονται 5 ασθενείς άνδρες Αφρικανικής καταγωγής, ηλικίας 35-52 ετών, 2 με καταγωγή από το Κονγκό και 3 με καταγωγή από το Σουδάν, που προσήλθαν με επεισόδιο κετοξέωσης. Οι ασθενείς ήταν άνδρες ηλικίας 35-52 ετών.

**Αποτελέσματα:** Το επεισόδιο κετοξέωσης στους ασθενείς αντιμετωπίστηκε με τη χορήγηση υγρών και ινσουλίνης. Κατόπιν χορηγήθηκε ινσουλίνη. Ωστόσο, στη μετέπειτα παρακολούθηση διαπιστώθηκε ότι η χορήγηση μόνον δισκίων μαζί με υγιεινοδιαιτητική αγωγή ήταν ικανή για τη ρύθμιση του ΣΔ. Από την ομάδα των ασθενών που περιγράφεται 2 κατέστη δυνατόν να ρυθμίσουν με απώλεια βάρους 2-3 kg και τη χορήγηση μετφορμίνης, ενώ 3 ασθενείς ρυθμίσθηκαν με τη χορήγηση μετφορμίνης και αναστολέων της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης -4 (DPP-4). Διαπιστώθηκε απουσία ανίχνευσης αυτοαντισωμάτων σε όλους τους ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Περιγράφεται ομάδα ασθενών Αφρικανικής καταγωγής που διαγνώσθηκαν με ΣΔ τύπου 2 μετά επεισόδιο κετοξέωσης. Ο ΣΔ αυτός που εκδηλώνεται με κετοξέωση και κατόπιν επί έτη αντιμετωπίζεται επιτυχώς με δισκία, αποτελεί ιδιάζουσα μορφή ΣΔ που παρατηρείται σε ασθενείς Αφρικανικής καταγωγής και ονομάζεται ketosis prone diabetes – KPA ή ΣΔ μεταξύ 1 και 2. Η γνώση της μορφής αυτής του διαβήτη στη σύγχρονη εποχή που χαρακτηρίζεται από μεταναστευτικά ρεύματα είναι σημαντική, καθώς μπορεί να συμβάλει στην επιτυχή αντιμετώπιση των πασχόντων και στην αποφυγή της άσκοπης ταλαιπωρίας τους.

### **ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΔΡΙΔΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΕΤΑ ΩΟΘΗΚΕΚΤΟΜΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

1. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>1</sup>, Β. Σαμαράς<sup>2</sup>, Ε. Ξανθάκου<sup>3</sup>, Π. Σπυρόπουλος<sup>4</sup>, Π. Αθανασίου<sup>5</sup>

1 Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» ΕΕΣ

2 Παθολογοανατομικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» ΕΕΣ

3 Ενδοκρινολόγος, Σπάρτη

4 Ενδοκρινολόγος, Αθήνα

5 Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

**Εισαγωγή:** Ογκογένεση στο φλοιό των επινεφριδίων έχει παρατηρηθεί σε ποντικούς. Θεωρείται ότι μπορεί να εξαρτάται από την διεγερτική δράση των γοναδοτροπινών. Ειδικότερα, υποδοχείς LH φαίνεται ότι υπάρχουν σε όγκους των επινεφριδίων σε μεγάλη πυκνότητα και τα αυξημένα επίπεδα της LH μπορεί να συμβάλουν στην ογκογένεση στα επινεφρίδια.

**Σκοπός:** Σκοπός ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς που μετά από ωοθηκεκτομή εμφάνισε ευμεγέθη κακοήθη όγκο του φλοιού των επινεφριδίων.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Ασθενής, γυναίκα, ηλικίας 42 ετών εμφάνισε λειομυώματα της μήτρας. Αντιμετωπίστηκε με υστερεκτομή μαζί με ωοθηκεκτομή. Ακολούθως, αρνήθηκε να λάβει θεραπεία υποκατάστασης της ωοθηκικής λειτουργίας με οιστρογόνα και προγεστερόνη και εμφάνισε συμπτώματα εμμηνόπαυσης. Στην ηλικία των 50 ετών παρουσίασε διάχυτα μυοσκελετικά άλγη στην σπονδυλική στήλη, τα γόνατα άμφω και τον αριστερό ώμο. Εγινε αξονική και ακολούθως μαγνητική τομογραφία κοιλίας που έδειξε μεγάλη μάζα εξορμώμενη από το αριστερό επινεφρίδιο. Η ασθενής υποβλήθηκε σε αριστερά επινεφριδεκτομή. Λόγω του μεγέθους του όγκου συνεξαιρέθηκε ο περιβάλλων τη μάζα λιπώδης ιστός. Διηθημένοι λεμφαδένες δεν παρατηρήθηκαν διεγχειρητικά. Το νεόπλασμα των επινεφριδίων ήταν κακόθες, μεγέθους 6x6x5 cm, και σε αυτό ανιχνεύθηκαν υποδοχείς ανδρογόνων και σε μερικές θέσεις υποδοχείς προγεστερόνης. Η ασθενής ανένηψε και στην επανεκτίμηση μετά εξάμηνο ήταν ελεύθερη νεοπλασματικής νόσου. Εμφάνισε θυρεοειδίτιδα Hashimoto και τα αντιθυρεοσφαιρινικά αντισώματα ήταν 425 IU/ml, ( $\text{FT} < 115 \text{ IU/ml}$ ), τα αντιμικροσωμιακά 213 IU/ml ( $< 34 \text{ IU/ml}$ ), ενώ η TSH ήταν 3.9 IU/L (0.3-4.2 IU/L).

**Συμπέρασμα:** Συμπερασματικά, περιγράφεται περίπτωση ασθενούς που εμφάνισε ευμεγέθες καρκίνωμα του φλοιού των επινεφριδίων μετά ωοθηκεκτομή. Η ογκογένεση στα επινεφριδία θεωρείται ότι οφείλεται σε διέγερση από την LH του φλοιού των επινεφριδίων, καθώς υποδοχείς της LH έχουν βρεθεί σε όγκους των επινεφριδίων. Στους ποντικούς η ογκογένεση στα επινεφριδία μπορεί να προληφθεί από τη χορήγηση παραγόντων που ελαττώνουν τα επίπεδα των γοναδοτροπινών (Rahman et al, Reprod Biol 2001). Σε τέτοιες περιπτώσεις πρόωρης εμμηνόπαυσης μετά ωοθηκεκτομή, μπορεί να πρέπει να εξετάζεται η χορήγηση θεραπείας με σκοπό την ελάττωση των γοναδοτροπινών.

## ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ

ΡΟ.14

### ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΩ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2015

Σ. Πέγιου<sup>1</sup>, Γ. Κούτσιας<sup>1</sup>, Α. Τσέπα<sup>2</sup>, Π. Παυλίδης<sup>3</sup>, Ν. Ράικος<sup>1,2</sup>, Ε. Ζαγγελίδου<sup>4</sup>, Δ. Ανεστάκης<sup>1</sup>

1 Τμήμα Ιατροδικαστικής Ιστοπαθολογίας ΑΠΘ

2 Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας ΑΠΘ

3 Εργαστήριο Ιατροδικαστικής – Τοξικολογίας του Ανθρώπου και Ασφαλιστικής Ιατρικής ΔΠΘ

4 Ιατροδικαστική Υπηρεσία Θεσσαλονίκης, Υπουργείο Δικαιοσύνης

**Εισαγωγή – Σκοπός:** Το 2015 ιδρύθηκε και άρχισε τη λειτουργία του το τμήμα Ιατροδικαστικής Ιστοπαθολογίας του Εργαστηρίου Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας του Ιατρικού Τμήματος του ΑΠΘ το οποίο καλύπτει γεωγραφικά τα νεκροτομικά - ιστοπαθολογικά περιστατικά της Βόρειας Ελλάδας.

**Υλικό – Μέθοδος:** Η μελέτη μας αφορά την αναδρομική διερεύνηση 80 περιστατικών θανάτων για τους οποίους ζητήθηκε ιστοπαθολογική εξέταση. Για τα περιστατικά αυτά μελετήθηκαν παράμετροι όπως το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα των θανόντων, ο τόπος θανάτου και το ιατρικό ιστορικό των θανόντων, καθώς και η νεκροτομική και ιστοπαθολογική εξέταση.

**Αποτελέσματα:** Οι θάνατοι που μελετήθηκαν ιστοπαθολογικά το έτος 2015 σχετίζονται στο μεγαλύτερο ποσοστό με βλάβες στο μυοκάρδιο (κυρίως ισχαιμική καρδιοπάθεια), ενώ μεγάλο ποσοστό σχετίζεται με πνευμονικές παθήσεις και εγκεφαλοπάθειες. Από τα 80 περιστατικά, τα 54 αφορούν άνδρες και τα 26 γυναίκες, ενώ η πλειοψηφία θανάτων αφορά την ηλικιακή ομάδα των 65-70 ετών. Τέλος, ο μεγαλύτερος αριθμός των θανάτων σημειώθηκε σε αστικές περιοχές.

**Συμπεράσματα:** Οι θάνατοι που διερευνήθηκαν από το τμήμα Ιατροδικαστικής Ιστοπαθολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης το έτος 2015 αφορούσαν κυρίως άνδρες, ηλικίας 60-70 ετών, κατοίκους αστικών περιοχών, και οφείλονταν κατά πλειοψηφία σε καρδιακές παθήσεις.

## ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ – ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ – ΒΑΣΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

PO.15

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Ι. Δημητροπούλου<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Ο βελονισμός είναι μια μέθοδος αναλγησίας που αρχικά εφαρμόστηκε από τους αρχαίους Κινέζους περίπου 3000 χρόνια πριν. Σήμερα όλο και περισσότερες έρευνες σχετικά με τα ευεγεργητικά οφέλη του βελονισμού είναι σε εξέλιξη και είναι σε ορισμένες περιπτώσεις αδιαμφορσβήτητη η αποτελεσματικότητα του.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη των νευροφυσιολογικών μηχανισμών μέσω των οποίων προκαλείται η αναλγητική δράση του βελονισμού.

**Υλικό και Μέθοδος:** Βιβλιογραφική έρευνα ιατρικών (Medscape, PubMed, JAMA, medical journals) και άλλων επιστημονικών πηγών (IEEE Society) πρόσφατης ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας. Οι πηγές έχουν διασταυρωθεί για την εγκυρότητα και την ισχύ τους.

**Αποτελέσματα:** Βελονισμός ίσως η αρχαιότερη επεμβατική θεραπευτική τεχνική. Οι Κινέζοι πίστευαν ότι ο βελονισμός εξισορροπεί τη ροή της ενέργειας στο σώμα, διαταραχή της οποίας προκαλεί ασθένεια, ερμηνεία συνυφασμένη με την Κινέζικη φιλοσοφία που όμως αποτελεί "ανεξήγητο μυστήριο" και όχι τεκμηριωμένη απάντηση για τη δυτική σύγχρονη ιατρική. Η διάδοσή του στη δύση (1970), έδωσε το ένασμα για τη διερεύνηση του μηχανισμού δράσης του βελονισμού. Με τη βοήθεια της τεχνολογίας, της φυσιολογίας και της νευροφυσιολογίας, έγινε γνωστός ο βιολογικός μηχανισμός μέσω του οποίου επιτυγχάνεται θεραπευτικό αποτέλεσμα. Με την ανάλυση των νευροφυσιολογικών μηχανισμών δράσης του, γίνεται αντιληπτός ο τρόπος συμβολής του, στην αναλγησία και η συμβολή του σε χρόνιους πόνους.

**Συμπεράσματα:** Ο Ιπποκράτης γνώριζε πως ασκώντας πίεση ή θερμότητα σε σημείο του σώματος, αναστέλλονται τα αλγεινά ερεθίσματα για όσο εφαρμόζεται η πίεση ή η θερμότητα. Τα ενδογενή οπιοειδή, η Θεωρία DNIC, η θεωρία της πύλης εισόδου, η δράση του ΑΝΣ κα είναι υπεύθυνα για την αναλγησία που προκαλείται με την εισαγωγή βελονών σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος και πως ο βελονισμός έχει θέση στη σύγχρονη ιατρική πράξη.

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΙΣΜΕΝΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

Α. Καραμίνη, Ε. Τασίκα

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα ιατρικής ΑΠΘ, «Ιατρική ερευνητική μεθοδολογία»

**Εισαγωγή:** Σύμφωνα με έρευνες το 3-5% του ενήλικου πληθυσμού στις δυτικές κοινωνίες πάσχει από οδοντιατρική φοβία, ενώ πάνω από το 40% έχει αναφέρει ότι φοβάται την οδοντιατρική θεραπεία. Κύρια ένδειξη του φόβου συνιστά ο μεγάλος αριθμός των συνεδριών που χάνονται ή ακυρώνονται, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της στοματικής υγείας.

**Σκοπός:** Η εργασία μας αποσκοπεί στο να πληροφορήσει για τις στρατηγικές διαχείρισης του φοβισμένου ασθενή στο οδοντιατρείο.

**Υλικά - Μέθοδοι:** Η ψυχολογική αντιμετώπιση με ή χωρίς αγχολυτικά φάρμακα είναι η τυπική παρέμβαση. Έμφαση δίνεται στην συμπεριφορική – γνωστική θεραπεία, στις επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρού, στη διαμόρφωση ενός κατάλληλου περιβάλλοντος ιατρείου, στην απόσπαση προσοχής και στις τεχνικές χαλάρωσης.

**Αποτελέσματα:** Οι περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις βασίζονται στην άρτια πληροφόρηση πριν τη θεραπεία, στην αξιοποίηση της φαντασίας, στη θετική ανατροφοδότηση, στην απευαισθητοποίηση στο φοβικό παράγοντα, στην μέθοδο «λέωδείχνω- κάνω», στην παροχή ελέγχου στον ασθενή, στην καθοδηγούμενη αναπνοή, στα διάφορα οπτικά μέσα ( πχ ταινίες ) και στη μουσικοθεραπεία. Οι συμπεριφορικές, γνωστικές και εκπαιδευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του φόβου στο οδοντιατρείο αποδεικύεται ότι αποδίδουν σημαντικά οφέλη στο θέμα αυτό, δημιουργούν σχέση εμπιστοσύνης ιατρού-ασθενή και ωθεί τους ασθενείς στην αναζήτηση οδοντιατρικής θεραπείας, κατάσταση που έχει διάρκεια.

**Συμπέρασμα:** Οι στρατηγικές διαχείρισης των φοβισμένων οδοντιατρικών ασθενών αποτελούν ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια του οδοντιάτρου.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΟΓΚΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΩΝ ΔΥΣΑΡΕΣΤΩΝ ΝΕΩΝ

Κ. Φιλιππάτος<sup>1</sup>, Σ. Στυλιανίδου<sup>1</sup>, Αικ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Π.-Θ. Μέμτσα<sup>2</sup>, Ι. Τζιτζίκας<sup>1</sup>

1 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, "ΑΧΕΠΑ"

2 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

**Εισαγωγή:** Ένα από τα δύσκολα καθήκοντα του γιατρού είναι η ανακοίνωση δυσάρεστων νέων στον ασθενή και τους συγγενείς τους. Τα δυσάρεστα νέα δεν αφορούν μόνο στη διάγνωση του καρκίνου ή κάποιας υποτροπής της νόσου, αλλά και την ανακοίνωση των οξέων και απώτερων παρενέργειών ως απόρροια της θεραπευτικής μεθόδου που θα πρέπει να εφαρμοστεί.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της μεθόδου ανακοίνωσης των πληροφοριών που αφορούν τη νόσο ή τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας.

**Υλικό -Μέθοδος:** Αναζητήθηκαν τα σχετικά άρθρα από τη βάση δεδομένων Medline χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά : Κοινωνικό μόρφωμα, Ανακοίνωση, Άσχημα νέα, Επαγγελματίες υγείας, Καρκινοπαθείς, Ακτινοθεραπεία, παρενέργειες, Bad news, Health care providers, Cancer patients, Radiotherapy, side effects.

**Αποτελέσματα:** Βρέθηκαν 65 άρθρα δημοσιευμένα το διάστημα από το 1984 έως και σήμερα (Μάιος 2016). Τα κύρια θέματα που αποτελούν <<δυσάρεστα νέα>> είναι: Μια σοβαρή απώλεια, όπως είναι η μείωση ή απώλεια της όρασης, η αλωτεκία, η ακτινική δερματίτιδα, δυσκαταποσία, ή ακόμη και προβλήματα στύσης και παλίνδρομη εκσπερμάτωση αποτελούν μείζονος σημασίας θέματα και αποτελούν για τον τομέα της Ακτινοθεραπείας το βασικότερο κομμάτι των <<δυσάρεστων νέων>>. Οι δημοσιευμένες επιστημονικές μελέτες αναδεικνύουν τη σημασία του κοινωνικού μορφώματος, τη σχέση ιατρού ασθενή και τα δικαιώματα των ασθενών στο αν και με ποιο τρόπο θα πρέπει να γίνεται η ανακοίνωση των <<δυσάρεστων νέων>>. Σημαντικό ρόλο στην ανακοίνωση ή μη των δυσάρεστων νέων θα πρέπει να παίζει ο ασθενής όπου στην τελική απόφαση για την ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της πληροφόρησης και θα πρέπει να εξατομικεύεται. Αυτό προϋποθέτει σωστή εκπαίδευση του προσωπικού, με μαθήματα επικοινωνίας στους ειδικευόμενους αλλά και ειδικευμένους γιατρούς, κάτι που έχει επισημανθεί, αλλά ακόμη δεν έχει αντιμετωπιστεί συστηματικά.

**Συμπεράσματα:** Ο τρόπος ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων του ακτινοθεραπευτή ογκολόγου στον ογκολογικό ασθενή και στο συγγενικό του περιβάλλον, προϋποθέτει εν μέρει αλλά κυρίως την καλλιέργεια και απόκτηση αυτής μέσα από συνεχή υποχρεωτική εκπαίδευση των ιατρών. Έτσι μέσα από σεμινάρια και προσωπική προσπάθεια ο ακτινοθεραπευτής ογκολόγος να πετύχει την παρουσίαση των δυσάρεστων νέων επικεντρώνοντας περισσότερο στα θετικά αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας, ίαση και βελτίωση ποιότητας ζωής, του ασθενή με καρκίνο και εξηγώντας με απλό τρόπο τις παρενέργειες και την αποτελεσματική αντιμετώπιση τους. Ο ακτινοθεραπευτής ογκολόγος μετέχει στην ίαση της νόσου αλλά και στην καλύτερη ψυχοσωματική στήριξη του ασθενή και των συνοδών του. Βελτιώνεται έτσι η επικοινωνία γιατρού ασθενή, συγγενών μελών, επιδρώντας θετικά στην επιπυχή ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας του ασθενή.

### Βιβλιογραφία:

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J (Clin Res Edn)1984; 288: 1597–1599.
2. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. "SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer." Oncologist, 2000; 5:302-11.
3. Quill TE, Townsend P. "Bad news: delivery, dialogue, and dilemmas." Arch Intern Med, 1991; 151(3):463-8.
4. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF et al. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. Ann Oncol2003; 14: 48–56.

**ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΥΣΦΟΡΙΑΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΟΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΙΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΩΝ ΕΤΩΝ 1945 – 2016**

Ν. Παπαδάκης<sup>1</sup>, Μ. Ζουμάκης<sup>1,2</sup>, Μ. Πρεβεζάνος<sup>1,2</sup>, Ε. Σμυρνάκης<sup>3</sup>, Ά. Μ. Χάιδης<sup>1</sup>, Θ. Δαρδαβέστης<sup>1</sup>, Α. Μπένος<sup>3</sup>

1 Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ.

2 Εργαστήριο Φυσικής Α.Τ.Ε.Ι.Θ.

3 Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Τα ακραία φαινόμενα θερμικής καταπόνησης στον ανθρώπινο οργανισμό είναι ένα σημαντικό είδος περιβαλλοντικής έκθεσης, το οποίο συνδέεται με αυξημένη συνολική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η αύξηση της συχνότητας εμφάνισης ισχυρών επεισοδίων καύσωνα και ο συνδυασμός υψηλών θερμοκρασιών, υγρασίας και ατμοσφαιρικής ρύπανσης αποτελούν τις σπουδαιότερες περιβαλλοντικές παραμέτρους, οι οποίες σχετίζονται με αυξημένους ρυθμούς θνησιμότητας στο κεντρικό πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη έχει επικεντρωθεί στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των συνθηκών δυσφορίας και των ρυθμών θνησιμότητας λόγω της θερμικής καταπόνησης του ανθρώπινου οργανισμού και της εμφάνισης ακραίων επεισοδίων καύσωνα κατά τη θερινή περίοδο των ετών 1945 – 2016 στο Δήμο Θεσσαλονίκης στις ευπαθείς ομάδες και στο γενικό πληθυσμό (κυρίως σε άτομα με καρδιαγγειακά και αναπνευστικά προβλήματα και άτομα με καρκίνο). Επίσης έγινε σύγκριση με τα αντίστοιχα στοιχεία ολόκληρης της Ελλάδας

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρωτογενής έρευνα πάνω στα πιστοποιητικά θανάτου του Κεντρικού Ληξιαρχείου Θεσσαλονίκης. Μετεωρολογικά δεδομένα για το Δήμο Θεσσαλονίκης. Ηλεκτρονική βάση δεδομένων EuroSTAT. Η στατιστική επεξεργασία περιλαμβάνει κυρίως ανάλυση σήματος χρονολογικών σειρών.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Από την ανάλυση και τη στατιστική επεξεργασία των δεικτών δυσφορίας και των χρονικών διακυμάνσεων των ακραίων επεισοδίων καύσωνα προκύπτει υψηλή θερμική και περιβαλλοντική επιβάρυνση στο Δήμο Θεσσαλονίκης, με σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία και σχετικά μεγάλη αύξηση των ρυθμών θνησιμότητας, ιδιαίτερα στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, κυρίως στα άτομα με προβλήματα υγείας (συνήθως με καρδιαγγειακά και αναπνευστικά προβλήματα) και στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

## ΡΟ.19

### ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΟΥΡΩΝ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν.Θ. «ΆΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

Α. Παπακωνσταντίνου, Σ. Γάτσος, Α. Παπαλάκης, Ε. Τυροθουλάκης, Ε. Μουρτζίλας  
Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος»

Να αξιολογηθεί η μικροβιακή αντοχή των ανιχνευόμενων μικροβίων σε καλλιέργειες ούρων σε νοσηλευόμενους ασθενείς στην Ουρολογική Κλινική στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημήτριος» το διάστημα από 1/1/2016 έως 31/12/2016).

Οι λοιμώξεις επιβεβαιώθηκαν με θετικές καλλιέργειες ούρων που πραγματοποιήθηκαν στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημήτριος», είτε σε εξωτερικό εργαστήριο.

Συμπεριελήφθησαν 40 ασθενείς, 17 άνδρες, με μέση ηλικία 69,24 έτη (14,21) και 23 γυναίκες με μέση ηλικία 56,24 έτη (20,82) που νοσηλεύτηκαν λόγω ουρολογικών παθήσεων (ηλικίας από 20 έως 87 ετών). Τα βακτήρια που απομονώθηκαν ήταν τοικίλα, κυρίως το *E.coli* (23 ασθενείς, ή 57,5%) και το επόμενο συχνότερο ήταν το *proteus mirabilis* (4 ασθενείς, ή 10%) και το *Acinetobacter baumanii* (3 ασθενείς ή 7,5%). Το *E.coli* εμφάνιζε ανθεκτικότητα στις κινολόνες (10 καλλιέργειες), στις πενικιλίνες (6 καλλιέργειες), στις κεφαλοσπορίνες (6 καλλιέργειες) ενώ εμφάνιζε ευαισθησία στο colistin (15 καλλιέργειες), στις αμινογλυκοσίδες (18 καλλιέργειες), και στις καρβαπενέμες (19 καλλιέργειες). Ο ανιχνευόμενος *Proteus mirabilis* ήταν πολυευαίσθητος και εμφάνιζε ευαισθησία στις πενικιλίνες, στις αμινογλυκοσίδες στις κινολόνες και στα γλυκοπεπτίδια. Ωστόσο εμφάνιζε ανθεκτικότητα στο colistin.

Παρατηρούμε ότι μεγαλώνει η αντοχή κοινών μικροβίων σε πολλά αντιβιοτικά. Χρειάζονται κατάλληλες και απαραίτητες δράσεις ώστε να μειωθεί η αντοχή και να εξασφαλιστεί η μέγιστη δράση των αντιβιοτικών. Αυτές είναι στοχευμένη αντιμικροβιακή θεραπεία, κατάλληλη διάρκεια θεραπείας (βραχείες θεραπείες και υψηλή δοσολογία), ορθολογική συνταγογράφηση αντιβιοτικών, έλεγχος λοιμώξεων, γνώση των ποσοστών αντοχής σε κάθε νοσοκομείο.

**ΤΟ ΧΡΩΜΑ ΚΟΚΚΙΝΟ ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΗΜΑΤΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ (ΕΝΓ): ΣΥΝΕΙΡΜΙΚΗ ΚΑΤΟΝΟΜΑΣΙΑ, ΑΝΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΑΠΟ ΠΡΟΘΕΣΗ**

Θ. Μάρτζος, Χ. Ακριτίδης, Χ. Πρώιου

Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής

Έρευνες έχουν δείξει ότι το χρώμα *Κόκκινο* επηρεάζει τόσο τη ψυχολογική λειτουργία (Andrew et al., 2007), όσο και τη ω κινητική απόδοση (Andrew & Henk, 2011; Blizzard et al., 2017). Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει την επίδραση του κόκκινου χρώματος στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα (ΕΝΓ). Συμμετέχοντες ήταν 29 υγιείς, δεξιόχειρες ενήλικες (7 άνδρες/22 γυναίκες) από τους οποίους οι 14 ήταν άτομα με προβλήματα ακοής, χρήστες της ΕΝΓ, ενώ οι υπόλοιποι 15 ήταν άτομα τυπικής ακοής, μαθητές ΕΝΓ. Δύο πειραματικές διαδικασίες εξέτασαν τη συνειρμική κατονομασία, την ανάγνωση και τη στερεότυπη επανάληψη από πρόθεση. Ο κάθε συμμετέχων, ατομικά, εκτιθόταν στο χρωματικό ερέθισμα (κόκκινο και γκρι), που προβαλλόταν στην οθόνη ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή ως εξής: **1<sup>ο</sup> πείραμα:** χρωματισμένο φόντο (ΧΦ) με μαύρη γραμματοσειρά, (9 Κωφοί / 10 ακούοντες εξετάστηκαν στην ανάγνωση και στερεότυπη επανάληψη). **2<sup>ο</sup> πείραμα:** χρωματισμένη γραμματοσειρά (ΧΓ) με λευκό φόντο, (5 Κωφοί / 5 ακούοντες εξετάστηκαν στην ανάγνωση και στερεότυπη επανάληψη). Στη συνειρμική κατονομασία όλοι οι συμμετέχοντες (29) εκτίθονταν σε χρωματισμένο φόντο. Τα αποτελέσματα των δύο πειραμάτων δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις επιδόσεις των συμμετεχόντων κατά την έκθεσή τους στο κόκκινο και στο γκρι χρώμα. **Συνειρμική κατονομασία:**  $p>.05$ , st.dev: κωφοί=4.48, ακούοντες=4.05, M.O.=368.5 λέξεις (κόκκινο) & 367 (γκρι). **Ανάγνωση** (ΧΦ):  $p>.05$ , κωφοί: st.dev: κωφοί=11.81, ακούοντες=12.25, M.O.=619 δευτερόλεπτα (κόκκινο) & 607 (γκρι). **Στερεότυπη επανάληψη** (ΧΦ):  $p>.05$ , stdev: κωφοί=5.87, ακούοντες=6.36, M.O.=285.75 επαναλήψεις (κόκκινο) & 289 (γκρι). **Ανάγνωση** (ΧΓ):  $p>.05$ , stdev: κωφοί=4.29, ακούοντες=4.80, M.O.=307 δευτερόλεπτα (κόκκινο) & 297.5 (γκρι). **Στερεότυπη επανάληψη** (ΧΓ):  $p>.05$ , stdev: κωφοί=4.19, ακούοντες = 4.23, M.O.=168.75 επαναλήψεις (κόκκινο) & 171 (γκρι).

**IN VITRO ΑΝΤΟΧΗ ΤΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ KLEBSIELLA PNEUMONIAE ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ**

Κ. Περιστεράκη, Π. Φυτάς, Χ. Μποτζιώρη, Α. Κούκου, Α. Κότελη  
Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»

**Σκοπός:** Ο έλεγχος ανθεκτικότητας των στελεχών *K. pneumoniae*, τα οποία απομονώθηκαν από δείγματα ασθενών της Μ.Ε.Θ. του Νοσοκομείου μας κατά την διάρκεια 1/1/2015-31/12/2015.

**Υλικό – Μέθοδος:** Το υλικό αποτέλεσαν 79 δείγματα καλλιεργειών από βιολογικά υλικά: αίμα 28, φλεβικός καθετήρας 24, βρογχικό έκπλυμα 19, ούρα 5, τραύμα 3. Η τυποποίηση και ο προσδιορισμός της ελάχιστης ανασταλτικής συγκέντρωσης (MICs) πραγματοποιήθηκε με το αυτόματο σύστημα VITEK 2 (Biomerieux, France) και με E-TEST (AB Biodisk, Sweden) σύμφωνα με τις οδηγίες του CLSI. Η φαινοτυπική ανίχνευση KPC ή/και MBL καρβαπενεμάστης βασίστηκε στο συνδυασμό δισκίων μεροπενέμης με την προσθήκη βορονικού οξέος ή/και EDTA, σύμφωνα με τις οδηγίες ελέγχου αντοχής του ΚΕΛΠΝΟ.

**Αποτελέσματα:** Τα ποσοστά αντοχής (%) στα αντιβιοτικά των στελεχών της *K. pneumoniae* ήταν: Gentamicin 0%, Amoxicillin/Clavulanic Acid 98,5%, Aztreonam 87,3%, Cefepime 79,5%, Cefoxitin 87,3%, Ceftazidime 82,3%, Imipenem 87,3%, Piperacillin/Tazobactam 91,1%, Fosfomycin 68,5%, Colistin 38%, Ciprofloxacin 84,8%, Tigecycline 61,6%, Trimethoprim/Sulfamethoxazole 26,6%. Από τα 79 στελέχη τα 77 ήταν KPC(+)–MBL(–) και τα 2 ήταν MBL(+)–KPC(–), τα οποία με την γονιδιακή τυποποίηση εξακριβώθηκε ότι ήταν NDM-1(+).

**Συμπεράσματα:** Η υψηλή αντοχή που εμφάνισαν τα στελέχη *K. pneumoniae* στις περισσότερες ομάδες αντιβιοτικών είναι ανησυχητική. Είναι σημαντικό να ελέγχεται η παραγωγή καρβαπενεμάστης σε στελέχη *Klebsiella pneumoniae*, ώστε να γίνεται σωστή επιλογή αντιβιοτικού και να προλαμβάνεται η διασπορά των ιδιαίτερα ανθεκτικών αυτών στελεχών με τη λήψη των κατάλληλων μέτρων.

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΩΝ ΑΠΟ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ  
ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΙΑΣ ΔΙΕΤΙΑΣ**

Χ. Μποτζιώρη, Α. Κούκου, Π. Φυτάς, Α. Κότελη  
Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ

**Σκοπός:** Η καταγραφή των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν από αιμοκαλλιέργειες ασθενών της ΜΕΘ του Νοσοκομείου μας σε μια διετία.

**Υλικό-Μέθοδος:** Από 01/01/2015 έως 31/12/2016 μελετήθηκαν συνολικά 734 αιμοκαλλιέργειες. Η τυποποίηση των μικροοργανισμών και ο έλεγχος ευαισθησίας αντιβιοτικών έγινε με το VITEC 2 System (bioMerieux, France), σύμφωνα με τα όρια ευαισθησίας του CLSI. Ο υπολογισμός των ποσοστών αντοχής έγινε με το πρόγραμμα διαχείρισης δεδομένων OBSERVA. Η ανίχνευση παραγωγής μέταλλο β-λακταμάσων MBL και καρβαπενεμάσων KPC έγινε φαινοτυπικά.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά απομονώσαμε 212 θετικές αιμοκαλλιέργειες. Η αιτία της βακτηριαιμίας στο 67% ήταν τα Gram(-) μικρόβια, στο 17% τα Gram(+) ενώ βλαστομύκητες ανευρέθηκαν σε ποσοστό 3% (*Candida parapsilosis* 2%, *Candida albicans* 1%). Από τα Gram(-) μικροβίων 39% ανήκει στα εντεροβακτηριακά ((*Klebsiella pneumoniae* 35%, *Escherichia coli* 10%, *Proteus mirabilis* 7%, *Enterobacter* 14%), 31% αφορά στελέχη *Pseudomonas aeruginosa* και 30% *Acinetobacter baumanii*. Από τα στελέχη *K. pneumoniae* το 42% παρήγαγε KPC καβραπενεμάσες και 20% MBL ενώ στην *P.aeruginosa* το ποσοστό MBL ήταν 61%. Στο σύνολο των Gram(+) μικροβίων υπερήχαν οι εντερόκοκκοι με 65% (54% *Enterococcus faecalis*, 11% *Enterococcus faecium*), κανένας από τους οποίους δεν βρέθηκε ανθεκτικός στην βανκομυκίνη. Από τους σταφυλοκόκκους απομονώθηκαν ο *Staphylococcus epidermidis* (21,6%) και ο *Staphylococcus aureus* (11%), ο οποίος εμφάνισε ανθεκτικότητα στη μεθικιλίνη σε ποσοστό 25%.

**Συμπεράσματα:** Στο σύνολο των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν επικράτησαν τα Gram(-) μικρόβια, σημαντικό ποσοστό των οποίων βρέθηκε ανθεκτικό στις καρβαπενέμες (*K.pneumoniae* 87%, *P.aeruginosa* 68%, *A.baumanii* 95%). Κανένα στέλεχος VRE δεν απομονώθηκε ενώ οι CoNs σταφυλόκοκκοι υπερτερούν έναντι των *S. aureus*.

## ΡΟ.23

### ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΟΥΣ HBV, HCV, HIV ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ

Χ. Στεφανίδου, Χ. Φραντζεσκάκης, Σ. Κλήμη, Α. Μάρκου, Α. Κότελη  
Ανοσολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ.ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ

**Σκοπός:** η καταγραφή των ασθενών με HCV και HIV λοίμωξη και φορέων του HBsAg που προσήλθαν στο Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος» ως εξωτερικοί ή εσωτερικοί ασθενείς, σε μία διετία (2014-2015) και η κατανομή τους στα δύο φύλα.

**Υλικό-Μέθοδος:** ελέγχθηκαν 8178 ασθενείς (6601 νοσηλευόμενοι και 1577 εξωτερικοί) για HBsAg, 6275 ασθενείς (4822 εσωτερικοί και 1453 εξωτερικοί) για anti-HCV και 5279 ασθενείς (4012 εσωτερικοί και 1267 εξωτερικοί) για HIV Ag-Ab, κατά το ανωτέρω χρονικό διάστημα. Εφαρμόστηκε η μέθοδος της χημειοφωταύγειας στον ανοσοβιοχημικό αναλυτή architect i2000, Abbott Laboratories, για τον πρωτογενή έλεγχο και η επιβεβαίωση έγινε για τους μεν θετικούς στον ίο HIV στο κέντρο αναφοράς AIDS με τη μέθοδο Western-Blot, ενώ για τις ηπατίτιδες B και C οι ασθενείς παραπέμφθηκαν σε ηπατολόγο για πιθανή διενέργεια μοριακού ελέγχου.

**Αποτελέσματα:** Σχετικά με το αυστραλιανό αντιγόνο (HBsAg) διαπιστώθηκαν 153 περιπτώσεις φορέων (1.87% του συνόλου των εξετασθέντων), εκ των οποίων οι 87 ήταν άνδρες και οι 66 σε γυναίκες. Αναφορικά με την ηπατίτιδα C, διαπιστώθηκαν 122 περιπτώσεις με anti-HCV θετικό (1.94% του συνόλου των εξετασθέντων), εκ των οποίων οι 82 ήταν άνδρες και οι 40 γυναίκες. Τέλος, σχετικά με τον HIV διαπιστώθηκαν 8 περιπτώσεις με HIV Ag-Ab θετικό (0,15%), 6 άνδρες και 2 γυναίκες.

**Συμπεράσματα:** Ο επιπολασμός της λοίμωξης από τους ιούς HBV, HCV, HIV κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα ενώ παρατηρήθηκε σαφής υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών. Είναι σημαντικό να ελέγχονται οι νοσηλευόμενοι ασθενείς για πιθανή προσβολή από αυτούς τους ιούς, ειδικά πριν τη διενέργεια χειρουργικών και άλλων επεμβάσεων.

**ΜΕΛΕΤΗ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΩΝ ΥΓΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΤΙΑ 2015-2016**

Σ. Κλήμη, Π. Φυτάς, Π. Κρητικού, Α. Κότελη  
Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ

**Εισαγωγή:** Η πλευριτική συλλογή είναι ένα σύνηθες κλινικό πρόβλημα, αναγνωρίζεται σε μια ποικιλία πνευμονικών και εξωπνευμονικών μηχανισμών και η ανάλυσή της έχει μεγάλη σημασία για την τελική διάγνωση του ασθενή.

**Σκοπός:** Η μελέτη και καταγραφή των πλευριτικών υγρών που εστάλησαν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο από τις κλινικές του Νοσοκομείου μας, ο διαχωρισμός τους σε διιδρώματα και εξιδρώματα σύμφωνα με τα κριτήρια του Light και ο συσχετισμός τους με την υποκείμενη νόσο και ο προσδιορισμός της συχνότητάς τους σε σχέση με την ηλικία και το φύλο.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήσαμε 56 δείγματα κατά τη διετία 2015-2016, ένα δείγμα ανά ασθενή. Η εξέταση περιελάμβανε τους φυσικούς χαρακτήρες του υγρού (όψη, χρώμα πριν και μετά τη φυγοκέντρηση), μέτρηση κυττάρων στον αιματολογικό αναλυτή και σε πλάκα Neubauer, τύπο κυττάρων από το ίζημα μετά από χρώση May Gruenwald-Giemsa, χρώση Gram, χρώση Ziehl-Neelsen και καλλιέργεια. Ο βιοχημικός έλεγχος περιελάμβανε μέτρηση σακχάρου, LDH, ολικού λευκώματος, αλβουμίνης και χοληστερόλης.

**Αποτελέσματα:** Από τα 56 δείγματα, τα 38 (67,86%) προέρχονταν από την Παθολογική Κλινική, 12 (21,43%) από την Καρδιολογική Κλινική και 6 (10,71%) από τη ΜΕΘ. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άντρες 35 (62,5%) και οι γυναίκες ήταν 21 (37,5%).Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν  $78,5 \pm 11,5$  έτη . Μετά την εξέταση διαπιστώθηκε ότι τα 27 δείγματα (48,21%) ήταν εξιδρώματα και τα 29 (51,79%) διιδρώματα. Από τα εξιδρώματα τα 21 (77,77%) ήταν φλεγμονώδους αιτιολογίας και τα 6 (22,22%) νεοπλασματικές φλεγμονώδους αιτιολογίας.

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΚΚΙΝΟΥ ΧΡΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΜΑΣ. ΈΡΕΥΝΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**

Φ. Δεργιανλή, Π. Τσατσού, Χ. Πρώιου  
Πανεπιστήμιο Μακεδονία

Το κόκκινο χρώμα καταλαμβάνει εξέχουσα θέση στις επιλογές μας από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα. Συμβολίζει την υπεροχή, την επιθετικότητα, την κατάκτηση, την απαγόρευση κ.α. Σκοπός της παρούσας έρευνας η οποία αφορμάται από δυο άρθρα των Hill & Barton, ήταν να ανακαλύψει το κατά πόσο το κόκκινο χρώμα επηρεάζει την κρίση των μαθητών στην επιλογή του νικητή αθλητή. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήσαμε δυο πλαστικοποιημένες φιγούρες αθλητών ( μια με μπλε και μια με κόκκινη φανέλα) και επτά ζεύγη φωτογραφιών νικητών αθλητών από τους Ολυμπιακούς αγώνες της Αθήνας (2004). Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για να συλλέξουμε τα δεδομένα μας από ένα δείγμα 24 παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και ειδικές ανάγκες ήταν η καταγραφή των απαντήσεων. Συγκεκριμένα δείχναμε στα παιδιά την εικόνα του εκάστοτε Ολυμπιονίκη με διαφορετικό χρώμα φανέλας και στην συνέχεια τους ζητούσαμε να μας πουν ή να μας δείξουν ( όλα τα παιδιά δεν είχαν προφορικό λόγο) με ποιο χρώμα φανέλας θα νικούσε. Από τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα. Τα παιδιά του Τμήματος Ένταξης σε ποσοστό 58,33% είπαν πως θα επικρατήσουν οι αθλητές με την κόκκινη φανέλα ενώ οι μαθητές του Ειδικού Σχολείου σε ποσοστό 75%. Από το t-test φάνηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των παιδιών των δύο ομάδων (  $p > 0.05$ ,  $p=0.45$ ). Έτσι επιβεβαιώθηκε ότι το κόκκινο χρώμα όντως επηρεάζει την κρίση των παιδιών στην επιλογή του νικητή.

**ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΒΙΟΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ**

Ε. Σταλίκα<sup>1</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>2</sup>

1 ΠΡΟ.ΜΕ.Σ.Ι.Π (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Πληροφορικής), Α.Π.Θ.

2 Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Η επιστήμη της Βιοπληροφορικής προέκυψε από τη συνεργασία των επιστημών της μοριακής βιολογίας και της πληροφορικής. Αντιμετωπίζοντας τα βιολογικά δεδομένα ως ψηφιακή πληροφορία, εφαρμόζει ειδικούς αλγορίθμους για την επεξεργασία τους και την παραγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων με γρήγορο και αποδοτικό τρόπο. Η ανοσολογία είναι η επιστήμη που μελετά τους μηχανισμούς άμυνας ενός ζωντανού οργανισμού. Εφαρμογές της βιοπληροφορικής ευρέως χρησιμοποιούνται στην Ανοσολογία και αφορούν την δομική αλλά και λειτουργική μελέτη των αντιγονοειδικών υποδοχέων αλλά και μελέτες σηματοδότησης άνοσων απαντήσεων.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της συμβολής της Βιοπληροφορικής επιστήμης στην ανάλυση ανοσογενετικών δεδομένων.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα ιατρικών (PubMed, medical journals) πηγών. Οι πηγές έχουν διασταυρωθεί για την εγκυρότητα και την ισχύ τους.

**Αποτελέσματα:** Η Βιοπληροφορική χρησιμοποιώντας ειδικές μεθοδολογίες όπως αυτές της τεχνητής νοημοσύνης, της εξόρυξης δεδομένων και τον εξελικτικό υπολογισμό αναλύει και επεξεργάζεται δεδομένα με απώτερο σκοπό την μελέτη του γονιδιώματος αλλά και της λειτουργικής του έκφρασης που αποτελεί το πρωτέωμα, με σκοπό την δημιουργία φαρμάκων τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε ως ακριβή αναλυτικά και παρασκευαστικά εργαλεία, είτε σε πολλές διαγνωστικές εφαρμογές και θεραπείες στην καθημερινή κλινική πράξη.

**Συμπεράσματα:** Η βιοπληροφορική ανάλυση της αλληλουχίας ενός γονιδίου και της δομής μια πρωτεΐνης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την λειτουργικότητα της πρωτεΐνης. Αρχικά με την οπτικοποίηση των βιολογικών δομών γίνεται μία πρώτη προσέγγιση η οποία περιλαμβάνει συγκρίσεις και ομαδοποιήσεις, χρήσιμη στο να κατανοήσουμε το βιολογικό μηχανισμό της λειτουργίας της πρωτεΐνης, την ικανότητα πρόσδεσης του μορίου αλλά και το μηχανισμό λειτουργίας,. Όλα τα παραπάνω βρίσκουν πολλές εφαρμογές στο σχεδιασμό νέων φαρμάκων και στην εφαρμογή τους στην καθημερινή κλινική πράξη.

**PO.27**

**ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΚΟΚΚΙΝΟ ΧΡΩΜΑ: ΠΟΙΑ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ;**

Π. Κάτσινου, Χ. Πρώιου  
Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Σε πολλά πρωτεύοντα το χρώμα κόκκινο έχει βρεθεί να αποτελεί σήμα κατατεθέν της σεξουαλικής έλξης. Παρόμοιες έρευνες στο ανθρώπινο είδος καταδεικνύουν ότι γυναίκες που φορούν κόκκινα γίνονται πιο ποθητές στο ανδρικό κοινό. Πρόσφατα, το θέμα των χρωματικών επιλογών συνδέθηκε με τον εμμηνορροϊκό κύκλο και την ορμονική δραστηριότητα, με τους ερευνητές να διαπιστώνουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αναλογία οιστρογόνα προς προγεστερόνη και στην πιθανότητα οι γυναίκες να φορέσουν κόκκινα το δεδομένο χρονικό διάστημα.

Ανάγοντας τα παραπάνω ευρήματα στην περίοδο της κύησης, οι ερευνήτριες έθεσαν ως σκοπό της παρούσας έρευνας να βρεθεί εάν η αναλογία οιστρογόνα προς προγεστερόνη, η οποία αυξάνεται από την 16<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης κι έπειτα, καθόριζε και μια αυξημένη προτίμηση για το κόκκινο χρώμα τη συγκεκριμένη περίοδο.

Για τις ανάγκες της έρευνας κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο πρωθήθηκε διαδικτυακά. Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 695 κυοφορούσες γυναίκες.

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβλητή «εβδομάδες κύησης» και στις μεταβλητές που αφορούσαν το χρώμα. Σε όλες τις περιπτώσεις βρέθηκε ότι οι γυναίκες που ανήκαν στο 2<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> τρίμηνο επέλεγαν περισσότερο το χρώμα κόκκινο σε σύγκριση με εκείνες που βρίσκονταν στο 1<sup>ο</sup> τρίμηνο.

Ενισχύοντας παλαιότερα ευρήματα ερευνών που αφορούσαν στην περίοδο της ωορρηξίας, οι ερευνήτριες σημείωσαν τη σχέση οιστρογόνων προς προγεστερόνη ως ενδεχόμενα «υπεύθυνη» για τη στροφή των γυναικών στην επιλογή «κόκκινο» και συγχρόνως διαπίστωσαν ότι δεν υπάρχει θετική ή αρνητική συσχέτιση της επιλογής του κόκκινου χρώματος με την αύξηση των οιστρογόνων ή η τη μείωση της προγεστερόνης όταν αυτές συμβαίνουν ανεξάρτητα η μία της άλλης.

**ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΓΓΛΙΚΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΤΟΥ CENSIS – ΠΕΡΙΠΤΩΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΜΙΚΡΟΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΠΙΚΤΗΤΕΣ ΝΕΥΡΟΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Π. Γιαννέζη<sup>1</sup>, Ε.-Π. Κούκη<sup>2</sup>, Δ. Αρτέμης<sup>3</sup>, Β. Καππιτζόγλου<sup>4</sup>, Χ. Πρώιου<sup>1,5</sup>

1 Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

2 Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα

3 Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας “Αρωγή Euromedica”, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

4 Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

5 Κέντρο Αποθεραπείας - Αποκατάστασης “Η Αναγέννηση”, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Οι οικογένειές των ατόμων με επίκτητες νευροεπικοινωνιακές διαταραχές και οι ίδιοι βιώνουν απρόσμενα μια νέα κοινωνικολειτουργική αλλαγή σε όλη τη ζωή τους, που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των φροντιστών τους. Η ζωή των φροντιστών, συνδέεται με την εκ νέου νοσηλεία του ασθενή και με αυξημένο κόστος υγειονομικής περιθαλψης. Σύγχρονες προσεγγίσεις θεωρούν την πορεία της αποκατάστασης αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ ασθενή και περιβάλλοντος, καθώς επηρεάζονται οι διαπροσωπικές, οι συναισθηματικές και συζυγικές σχέσεις, καθορίζοντας την ποιότητα της φροντίδας και εν γένει την ποιότητα της ζωής του ασθενούς. Καλύτερη ενδοοικογενειακή λειτουργία συνδέεται με μακροπρόθεσμα αποτελέσματα αποκατάστασης και μεγαλύτερη ικανοποίηση του ασθενή. Σκοπός της παρούσας προσέγγισης είναι η διερεύνηση της σπουδαιότητας της ποιότητας της μικροσυστημικής – οικογενειακής και συζυγικής κοινωνικότητας στην αποκατάσταση ατόμων με νευροεπικοινωνιακές διαταραχές, ως σημαντικός παράγοντας επιτυχίας, μέσα από την εξέταση της συναισθηματικής επιβάρυνση των φροντιστών. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι μια Φροντιστής – Σύζυγος ενός 52χρονου άνδρα με Ισχαιμικό Εγκεφαλικό Επεισόδιο χωρίς έκδηλες αναπηρίες, αλλά με συμπτώματα, και μια Φροντιστής – Σύζυγος ενός 43χρονου άνδρα με Τετραπάρεση, συνέπεια Ισχαιμικής Εγκεφαλοπάθειας – Καρδιακής Ανακοπής με Κυστικές Διαταραχές, μέτριας αναπηρίας, με ανάγκη για καθημερινή υποστήριξη. Η μέθοδος έρευνας ήταν η Συνέντευξη – Συζήτηση με το φροντιστή, συμπλήρωση του προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου του CENSIS και η χρήση της Κλίμακας Zarit του ερωτηματολογίου για την επιβάρυνση των φροντιστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι δύο φροντιστές των ασθενών έχουν σημαντικό ποσοστό αρνητικών συναισθημάτων, η συχνότητα των οποίων ποικίλει και φαίνεται να μη σχετίζεται με τη σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή, αλλά περισσότερο με ενδοπροσωπικούς, διαπροσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

## ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ

ΡΟ.29

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΡΜΠΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΗΣ ΣΕΙΡΑΣ

Α. Μπίκος<sup>1</sup>, Χ. Λουτράδης<sup>2</sup>, Α. Καρπέτας<sup>3</sup>, Β. Ράπτης<sup>1</sup>, Α. Πιπερίδου<sup>2</sup>, Ρ. Καλαϊτζίδης<sup>4</sup>, Ε. Γινικοπούλου<sup>5</sup>, Σ. Παναγούτσος<sup>6</sup>, Π. Πασαδάκης<sup>6</sup>, Η. Μπαλάσκας<sup>7</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>2</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>7</sup>, Π. Α. Σαραφίδης<sup>2</sup>

1 Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη

2 Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

3 Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

4 Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

5 Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη

6 Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

7 Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης ΑΠ κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την αιμοκάθαρση αποτελεί παθολογική αιμοδυναμική απάντηση στην υπερδιήθηση και συμβαίνει στο 5-20% των ασθενών. Η ενδοδιαλυτική υπέρταση (intradialytic hypertension) συχνά υποδιαγιγνώσκεται και συνδέεται με δυσμενείς κλινικές εκβάσεις. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε την επίδραση νεμπιβολόλης και της ιρμπεσαρτάνης στην 24ωρη ΑΠ σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση.

**Μέθοδοι:** Πρόκειται για μια τυχαιοποιημένη πιλοτική μελέτη διασταυρούμενης σειράς (cross-over) σε 31 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (ηλικίας  $61,3 \pm 11,6$  ετών, άρρενες: 67,7%) χωρίς κλινικά σημεία υπερογκαιμίας. Ως υπέρταση κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης ορίστηκε η μέση άνοδος  $\geq 10$  mmHg στη συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) σε τουλάχιστον 4 από 6 συναπτές συνεδρίες. Μετά τη βασική αξιολόγηση, χορηγήθηκε τυχαία στους ασθενείς νεμπιβολόλη 5 mg και ακολούθως ιρμπεσαρτάνη 150mg ή αντίστροφα, είτε άπαξ 1 ώρα πριν την αιμοκάθαρση ( $n=16$ ), είτε για μια εβδομάδα ( $n=15$ ). Την έναρξη του δεύτερου φαρμάκου προηγήθηκε μια περίοδος χωρίς αγωγή διάρκειας 2 εβδομάδων. Στα αντίστοιχα σημεία της μελέτης πραγματοποιήθηκαν 3 24ώρες μετρήσεις της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Stolberg, Germany) κατά τη διάρκεια της ενδιάμεσης εβδομαδιαίας συνεδρίας και της ακόλουθης 20ωρης περιόδου μετά την αιμοκάθαρση.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, 15 (48,4%) των ασθενών έλαβαν αρχικά νεμπιβολόλη και 16 (51,6%) ιρμπεσαρτάνη. Οι ασθενείς που έλαβαν μία δόση νεμπιβολόλης ή ιρμπεσαρτάνης είχαν χαμηλότερη ΣΑΠ και ΔΑΠ μετά την αιμοκάθαρση [έναρξη:  $161,6 \pm 17,5 / 95,4 \pm 12,0$ , νεμπιβολόλη:  $146,3 \pm 21,7$  ( $p=0,004$ ) /  $86,1 \pm 12,2$  ( $p=0,001$ ), ιρμπεσαρτάνη:  $146,4 \pm 32,0$  ( $p=0,015$ ) /  $86,6 \pm 19,6$  ( $p=0,059$ ) mmHg, αντίστοιχα] και τάση προς χαμηλότερη 24ωρη ΣΑΠ και ΔΑΠ [έναρξη:  $148,8 \pm 19,6 / 86,9 \pm 11,8$ , νεμπιβολόλη:  $142,8 \pm 20,4$  ( $p=0,083$ ) /  $83,7 \pm 12,3$  ( $p=0,038$ ), ιρμπεσαρτάνη:  $144,1 \pm 22,8$  ( $p=0,144$ ) /  $84,2 \pm 13,9$  ( $p=0,174$ ) mmHg]. Οι ασθενείς που έλαβαν εβδομαδιαίως νεμπιβολόλη και ιρμπεσαρτάνη είχαν σημαντικά χαμηλότερη ΣΑΠ και ΔΑΠ μετά την αιμοκάθαρση [έναρξη:  $164,1 \pm 12,5 / 100,0 \pm 10,7$ , νεμπιβολόλη:  $142,7 \pm 16,0$  ( $p<0,001$ ) /  $89,5 \pm 12,5$  ( $p=0,004$ ), ιρμπεσαρτάνη:  $144,9 \pm 24,3$  ( $p=0,006$ ) /  $88,2 \pm 13,6$  ( $p=0,006$ ) mmHg], σημαντικά χαμηλότερη 24ωρη ΣΑΠ και ΔΑΠ [έναρξη:  $146,7 \pm 11,2 / 92,7 \pm 9,5$  νεμπιβολόλη:  $139,2 \pm 11,2$  ( $p=0,003$ ) /  $85,5 \pm 8,0$  ( $p=0,003$ ), ιρμπεσαρτάνη:  $142,0 \pm 16,6$  ( $p=0,332$ ) /  $86,3 \pm 10,4$  ( $p=0,042$ ) mmHg, αντίστοιχα] και σημαντικά χαμηλότερη ημερήσια και υυχτερινή περιπατητική ΣΑΠ και ΔΑΠ.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει ότι αμφότερες η νεμπιβολόλη και η ιρμπεσαρτάνη ελαττώνουν την μετά την αιμοκάθαρση καθώς και την 24ωρη ΑΠ σε ασθενείς με υπέρταση κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Η νεμπιβολόλη αποδεικνύεται αριθμητικά πιο ισχυρή από την ιρμπεσαρτάνη ενώ η μόνιμη χορήγηση αυτών των παραγόντων ενδέχεται να είναι περισσότερο αποτελεσματική από την χορήγηση μίας δόσης προ αιμοκάθαρσης.

**Η ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΑΥΞΑΝΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΗ ΗΜΕΡΑ ΤΗΣ ΜΕΣΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

A. Καρπέτας<sup>1</sup>, X. Λουτράδης<sup>2</sup>, A. Πιπερίδου<sup>2</sup>, A. Λαζαρίδης<sup>2</sup>, A. Μπίκος<sup>3</sup>, B. Ράπτης<sup>3</sup>, Γ. Τζάνης<sup>2</sup>, Γ. Κουτρούμπας<sup>4</sup>, K. Μαυροματίδης<sup>5</sup>, B. Λιακόπουλος<sup>6</sup>, Π. Ζεμπεκάκης<sup>6</sup>, Π. A. Σαραφίδης<sup>2</sup>

1 «Θεραπευτική» M.X.A., Θεσσαλονίκη

2 Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

3 Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Πιερίας, Κατερίνη

4 Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο, Βόλος

5 Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής

6 Α Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Οι ασθενείς με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο (XNN) υπό αιμοκάθαρση έχουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και εμφανίζουν σοβαρές διακυμάνσεις της ΑΠ κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης αλλά και στα μεσοδιαλυτικά διαστήματα. Η μεταβλητότητα (variability) της ΑΠ είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα και προκαταρκτικά δεδομένα καταδεικνύουν την αύξηση της μεταβλητότητας της ΑΠ με την πρόσοδο της XNN. Η παρούσα μελέτη εξέτασε τη μεταβλητότητα της ΑΠ κατά την αιμοκάθαρση και στο μεσοδιαλυτικό διάστημα.

**Μέθοδοι:** Σε σύνολο 160 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών πραγματοποιήθηκε 48ωρη μέτρηση της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-o-Graph κατά τη διάρκεια μίας τακτικής συνεδρίας αιμοκάθαρσης καθώς και του διαστήματος μεταξύ των συνεδριών. Η μεταβλητότητα της ΑΠ στη βραχιόνιο αρτηρία και την αορτή υπολογίστηκαν με καθιερωμένους τύπους και συγκρίθηκαν μεταξύ της Ημέρας 1 και Ημέρας 2 του μεσοδιαλυτικού διαστήματος (44 ώρες), Ημέρας 1 και Ημέρας 2 της συνολικής 48ωρης περιόδου (συμπεριλαμβανομένης της συνεδρίας αιμοκάθαρσης), και μεταξύ των δύο αντίστοιχων διαστημάτων μέρας και νύχτας.

**Αποτελέσματα:** Όλοι οι δείκτες μεταβλητότητας της ΣΑΠ στην βραχιόνιο αρτηρία [τυπική απόκλιση (SD):  $14,75 \pm 4,38$  έναντι  $15,91 \pm 4,41$ ,  $p=0,001$ , σταθμισμένη τυπική απόκλιση (wSD):  $13,80 \pm 4,00$  έναντι  $14,89 \pm 3,90$ ,  $p<0,001$ , συντελεστής μεταβλητότητας (CV):  $11,34 \pm 2,91$  έναντι  $11,93 \pm 2,94$ ,  $p=0,011$ , μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV):  $11,38 \pm 3,44$  έναντι  $12,32 \pm 3,65$ ,  $p<0,001$ ]] ήταν μικρότεροι την Ημέρα 1 έναντι της Ημέρας 2 της 44ωρης μεσοδιαλυτικής περιόδου. Ομοίως, όλοι οι δείκτες μεταβλητότητας της ΔΑΠ παρουσιάσαν σημαντική αύξηση την Ημέρα 2, με εξαίρεση τον CV. Οι δείκτες μεταβλητότητας της ΣΑΠ και ΔΑΠ στην αορτή είχαν παρόμοιες μεταβολές. Επιπρόσθετα, όλοι οι μελετώμενοι δείκτες για την βραχιόνιο αρτηρία ήταν ελαττωμένοι κατά τη διάρκεια της ημερήσιας περιόδου 1 συγκριτικά με την ημερήσια περίοδο 2 (συστολική ARV  $11,56 \pm 3,98$  έναντι  $12,44 \pm 4,03$ ,  $p=0,002$ ). Η συστολική ARV ήταν επίσης ελαττωμένη στη νυχτερινή περίοδο 1 συγκριτικά με τη νυχτερινή περίοδο 2 ( $11,20 \pm 5,09$  έναντι  $12,18 \pm 4,66$ ,  $p=0,045$ ). Στην ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης η ΣΑΠ προ της αιμοκάθαρσης, η ηλικία και ο σακχαρώδης διαβήτης εμφάνισαν ανεξάρτητη συσχέτιση με την αυξημένη ARV.

**Συμπεράσματα:** Η μεταβλητότητα της ΑΠ παρουσιάζει αύξηση στην Ημέρα 2 συγκριτικά με την Ημέρα 1 του μεσοδιαλυτικού διαστήματος, γεγονός που πιθανόν να αντικατοπτρίζει έναν ακόμη μηχανισμό της αυξημένης καρδιαγγειακής θνησιμότητας των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

**Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

Π. Α. Σαραφίδης<sup>1</sup>, Χ. Λουτράδης<sup>1</sup>, Α. Καρπέτας<sup>2</sup>, Γ. Τζάνης<sup>1</sup>, Α. Πιπερίδου<sup>1</sup>, Γ. Κουτρουμπάς<sup>3</sup>, Β. Ράπτης<sup>4</sup>, Α. Μπίκος<sup>4</sup>, Χ. Συργκάνης<sup>3</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>5</sup>, Γ. Ευστρατιάδης<sup>1</sup>, Α. Λαζαρίδης<sup>5</sup>

1 Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

2 Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

3 Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο, Βόλος

4 Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη

5 Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο διατρέχουν εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων και θνητότητας. Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) προ ή μετά την αιμοκάθαρση δεν εμφανίζει σχέση με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, σε αντίθεση με την περιπατητική ΑΠ. Η παρούσα μελέτη εξέτασε την προγνωστική αξία της περιπατητικής περιφερικής (στο ύψος της βραχιονίου) και κεντρικής ΑΠ σε αυτόν τον πληθυσμό.

**Μέθοδοι:** Στη συγκεκριμένη προοπτική μελέτη κοόρτης, 170 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 48ωρη μέτρηση της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG κατά τη διάρκεια μιας αιμοκάθαρσης και της τυπικής μεσοδιαλυτικής περιόδου και παρακολουθήθηκαν για μέσο διάστημα  $28,1 \pm 11,2$  μηνών. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν ένας συνδυασμός της συνολικής θνησιμότητας, και των περιπτώσεων μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου και μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν: (i) τη συνολική θνησιμότητα, (ii) την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, (iii) το συνδυασμό καρδιαγγειακού θανάτου, μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου, μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού, αναζωογόνησης μετά από καρδιακή ανακοπή και νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, 37 (21,8%) ασθενείς κατέληξαν και 46 (27,1%) παρουσίασαν καρδιαγγειακό σύμβαμα ή κατέληξαν από καρδιαγγειακά αίτια. Σε ανάλυση κατά Kaplan-Meier, η ελευθερία (cumulative freedom) από το πρωτεύων καταληκτικό σημείο δε διέφερε στα τεταρτημόρια της ΣΑΠ προ της αιμοκάθαρσης, της 48ωρης περιφερική ΣΑΠ [67,4%, 81,0%, 69,0%, 76,7% (logrank p=0,604)] και της 48ωρης κεντρικής ΣΑΠ [65,1%, 69,0%, 76,2%, 76,7% (logrank p=0,324)]. Ομοίως, ο σχετικός κίνδυνος (Hazard Ratio, HR) για τη συνολική θνησιμότητα, την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, και το σύνθετο καρδιαγγειακό τελικό σημείο δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των τεταρτημορίων της ΣΑΠ προ της αιμοκάθαρσης [HR:0,64, 95%CI:(0,3-1,37), HR:0,75 95%CI:(0,36-1,59), HR:0,47 95%CI:(0,21-1,07)], της 48ωρης περιφερικής ΣΑΠ [HR:0,55 95%CI:(0,23-1,31), HR:0,97 95%CI:(0,46-2,07), HR:1,07 95%CI:(0,5-2,28)] και της 48ωρης κεντρικής ΣΑΠ [HR:0,90 95%CI:(0,43-1,89), HR:0,73 95%CI:(0,33-1,63), HR:0,70 95%CI:(0,32-1,57)].

**Συμπεράσματα:** Στη μελέτη αυτή η περιφερική και κεντρική περιπατητική ΑΠ δεν εμφάνισαν ανεξάρτητη σχέση με το μελλοντικό κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων ή θανάτου σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

**ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΟΛΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

Π. Α. Σαραφίδης<sup>1</sup>, Χ. Λουτράδης<sup>1</sup>, Α. Καρπέτας<sup>2</sup>, Γ. Τζάνης<sup>1</sup>, Α. Πιπερίδου<sup>1</sup>, Γ. Κουτρουμπάς<sup>3</sup>, Β. Ράπτης<sup>4</sup>, Α. Μπίκος<sup>4</sup>, Χ. Συργκάνης<sup>3</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>5</sup>, Γ. Ευστρατιάδης<sup>1</sup>, Α. Λαζαρίδης<sup>5</sup>

1 Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

2 Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

3 Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο, Βόλος

4 Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη

5 Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο διατρέχουν εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων και θνητότητας. Η ταχύτητα σφυγμικού κύματος (Pulse Wave Velocity, PWV) και ο δείκτης ενίσχυσης (augmentation index, AI) υπολογιζόμενοι σε συνθήκες ιατρείου αποτελούν γνωστούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Η παρούσα μελέτη εξέτασε την προγνωστική αξία της 48ωρης PWV και του 48ωρου AI προσαρμοσμένο για τον καρδιακό ρυθμό (AIx75) σε αυτόν τον πληθυσμό.

**Μέθοδοι:** Σε προοπτική μελέτη κοόρτης, 170 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 48ωρη μέτρηση της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG κατά τη διάρκεια μιας αιμοκάθαρσης και της τυπικής μεσοδιαλυτικής περιόδου και παρακολουθήθηκαν για μέσο διάστημα  $28,1 \pm 11,2$  μηνών. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν ένας συνδυασμός της συνολικής θνησιμότητας, και των περιπτώσεων μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου και μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν: (i) τη συνολική θνησιμότητα, (ii) την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, (iii) το συνδυασμό καρδιαγγειακού θανάτου, μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου, μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού, αναζωογόνησης μετά από καρδιακή ανακοπή και νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, 37 (21,8%) ασθενείς κατέληξαν και 46 (27,1%) παρουσίασαν καρδιαγγειακό σύμβαμα ή κατέληξαν από καρδιαγγειακά αίτια. Σε ανάλυση κατά Kaplan-Meier, η ελευθερία (cumulative freedom) από το πρωτεύων καταληκτικό σημείο ήταν προοδευτικά μικρότερη καθώς αυξανόταν η 48ωρη πίεση πταλμού [83,7%, 71,4%, 69,0% και 62,8% για τα τεταρτημόρια 1 εως 4 (logrank p=0,024)], η 48ωρη PWV [93,0%, 81,0%, 57,1% και 55,8% για τα τεταρτημόρια 1 εως 4 (logrank p<0,001)] και ο 48ωρος AIx75 (88,4%, 66,7%, 69,0% και 62,8% for quartiles 1 to 4 (logrank p=0,014)]. Ομοίως, ο σχετικός κίνδυνος (Hazard Ratio) για τη συνολική θνησιμότητα, την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, και το σύνθετο καρδιαγγειακό τελικό σημείο έβαινε προοδευτικά αυξανόμενος στα υψηλότερα τεταρτημόρια PWV και Aix75. Σε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης η 48ωρη PWV ήταν η μοναδική αγγειακή παράμετρος ανεξάρτητα συσχετιζόμενη με την εμφάνιση του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου (HR: 1,575, 95%CI: 1,183-2,095, ανά m/s αύξηση).

**Συμπεράσματα:** Η περιπατητική ταχύτητα του σφυγμικού κύματος και ο περιπατητικός δείκτης AIx75 σχετίζονται ανεξάρτητα με τον κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων και θνησιμότητας σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Τα παραπάνω ευρήματα ενισχύουν τα στοιχεία που δείχνουν ότι η αρτηριακή σκληρία είναι ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου στην αιμοκάθαρση.

**ΠΝΕΥΜΟΝΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C**

Θ. Κουλουκουργιώτου<sup>1</sup>, Μ. Στάγκου<sup>1</sup>, Ι. Γουλής<sup>2</sup>, Ε. Σαμπάνη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>, Π. Γιαμαλής<sup>1</sup>, Α. Παντζάκη<sup>3</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Γ. Ευστρατιάδης<sup>1</sup>

1 Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

2 Δ' Παθολογική κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

3 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η νεφρική προσβολή σε HCV λοίμωξη σχετίζεται συνήθως με κρυοσφαιριναιμία τύπου II, και οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν πρωτεΐνουρία, μικροσκοπική αιματουρία και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία. Το συνηθέστερο παθολογοανατομικό εύρημα ακολουθεί το πρότυπο της Μεμβρανοπαραγωγικής σπειραματονεφρίτιδας τύπου I.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιστατικού πνευμονονεφρικού συνδρόμου σε ασθενή με ηπατίτιδα C.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πρόκειται για γυναίκα ασθενή, 55 ετών, η οποία παραπέμφθηκε λόγω μακροσκοπικής αιματουρίας, λευκωματουρίας, ήπιας επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας και αναιμίας. Στο ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε αγγειιτιδικό εξάνθημα κάτω άκρων προ διετίας, καθώς και γνωστή από 8ετίας HCV λοίμωξη, για την οποία δεν είχε λάβει θεραπεία.

Την επόμενη ημέρα εμφάνισε διάχυτη ενδοκυψελιδική αιμορραγία, διασωληνώθηκε και διακομίσθηκε στη ΜΕΘ, όπου και με την πιθανή διάγνωση αγγειίτιδας, ξεκίνησε θεραπεία με κορτικοστερεοειδή, κυκλοφωσφαμίδη και πλασμαφαίρεση. Σε διάστημα μίας εβδομάδας, εμφάνισε σημαντική βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας και αποσωληνώθηκε. Στη νεφρική βιοψία που ακολούθησε διαπιστώθηκε μεμβρανοπαραγωγική σπειραματονεφρίτιδα τύπου I.

Μετά τη σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας, σε συνεργασία με τους ηπατολόγους, και σε συνδυασμό με την ανοσοκατασταλτική αγωγή, η ασθενής τέθηκε σεδιπλό αντιικό σχήμα για την ηπατίτιδα C, ombitasvir/paritaprevir/ritonavir και Ribavirin για 3 μήνες, με αποτέλεσμα την αρνητικοποίηση του RNAτου ιού.

Ακολούθησε 2<sup>η</sup> βιοψία νεφρού μετά από ένα χρόνο παρακολούθησης, η οποία έδειξε βελτίωση αλλά όχι πλήρη εξάλειψη των ιστολογικών αλλοιώσεων.

**Συμπεράσματα:** Πρόκειται για την πρώτη ασθενή στην Ελλάδα με μεμβρανοπαραγωγική σπειραματονεφρίτιδα τύπου I λόγω ηπατίτιδας C, η οποία αντιμετωπίστηκε με τα νεότερα αντιικά φάρμακα της ηπατίτιδας C. Φάνηκε ότι ο συνδυασμός αντιικής και ανοσοκατασταλτικής αγωγής είχε ως αποτέλεσμα αρνητικοποίηση του ιού, αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας και ύφεση της νεφρικής βλάβης.

### **ΣΥΝΔΡΟΜΟ GOODPASTURE ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΚΟΚΑΙΝΗΣ**

Ε. Δεσλή<sup>1</sup>, Β. Στεργιακούλη<sup>1</sup>, Σ. Φωτιάδου<sup>1</sup>, Δ. Δαϊκίδου<sup>1</sup>, Μ. Σκουλαροπούλου<sup>2</sup>, Χ. Κατσίνας<sup>2</sup>, Μ. Στάγκου<sup>1</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Γ. Ευστρατιάδης<sup>1</sup>

1 Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

2 Νεφρολογική Κλινική, Μποδοσάκειο Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας

**Σκοπός:** Το σύνδρομο Goodpasture αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα η οποία χαρακτηρίζεται από πνευμονονεφρικό σύνδρομο και κυκλοφορούντα αντισώματα έναντι της βασικής μεμβράνης των σπειραμάτων (anti-GBM). Η νόσος αντιμετωπίζεται με ανοσοκατασταλτική αγωγή και πλασμαφαίρεση, η πρόγνωση είναι φτωχή, ενώ οι υποτροπές είναι σπάνιες.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Παρουσιάζεται περίπτωση νεαρής ασθενούς, 16 ετών, η οποία προσήλθε λόγω γαστρεντερικών ενοχλημάτων, εμπυρέτου και ολιγουρίας από τριημέρου, μετά από χρήση κοκαΐνης.

**Αποτελέσματα:** Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αναιμία, λευκοκυττάρωση, θρομβοκυττάρωση, επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (ουρία=132mg/dl), κρεατινίνη ορού=5,38mg/dl), λευκωματουρία και ενεργό ίζημα ούρων. Στην αξονική τομογραφία θώρακα διαπιστώθηκε ενδοκυψελιδική αιμορραγία με εικόνα δίκην ανθισμένου δέντρου και θολής υάλου. Λόγω ταχείας έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοστεροειδών και τέθηκε σε εξωνεφρική κάθαρση με τεχνητό νεφρό. Αμέσως μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού, στην οποία διαπιστώθηκε εστιακή νεκρωτική σπειραματονεφρίτιδα με μηνοειδείς σχηματισμούς και γραμμοειδείς εναποθέσεις IgG ανοσοσφαιρίνης κατά μήκος της βασικής μεμβράνης. Τα ευρήματα της βιοψίας, σε συνδυασμό με τα θετικά anti-GBM αντισώματα έθεσαν της διάγνωση τη νόσου Goodpasture. Στην αγωγή της προστέθηκε κυκλοφωσφαμίδη και ξεκίνησε συνεδρίες πλασμαφαίρεσης. Η ασθενής εμφάνισε βελτίωση της νεφρικής (κρεατινίνη ορού=2,5mg/dl) και αναπνευστικής λειτουργίας και εξήλθε μετά από 30 ημέρες νοσηλείας. Τρεις μήνες μετά προσήλθε με επιδείνωση της κλινικής εικόνας και αύξηση του τίτλου των αντισώματων, μετά από χρήση κοκαΐνης, όπως μας ανέφερε. Αντιμετωπίστηκε ως υποτροπή και εμφάνισε εκ νέου μερική ύφεση της νόσου.

**Συμπεράσματα:** Πρόκειται για εμφάνιση και υποτροπή της νόσου Goodpasture σε νεαρή ασθενή, μετά από χρήση κοκαΐνης, η οποία αντιμετωπίστηκε ικανοποιητικά με χορήγηση ανοσοκατασταλτικών και εφαρμογή πλασμαφαίρεσης.

## ΡΟ.35

### Ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ Β ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ (BAFF) ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ-17 (IL-17) ΣΤΗΝ ΕΣΤΙΑΚΗ ΤΜΗΜΑΤΙΚΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ (ΕΤΝΣΝ)

Μ. Στάγκου, Θ. Κουλουκουργιώτου, Χ. Δημητριάδης, Ι.-Θ. Λαμπροπούλου, Ε. Σαμπάνη, Δ. Δαϊκίδου, Αικ. Παπαγιάννη, Γ. Ευστρατιάδης

Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Ο BAFF και η IL-17 επιδρούν στον πολλαπλασιασμό των Β λεμφοκυττάρων, όπως και σπειραματικών κυττάρων και ρυθμίζουν ποικίλες ανοσολογικές αντιδράσεις.

**Σκοπός:** της μελέτης ήταν ο έλεγχος του ρόλου τους στις ιστολογικές αλλοιώσεις και στη νεφρική λειτουργία ασθενών με ΕΤΝΣΝ.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Τα επίπεδα BAFF και IL-17 εκτιμήθηκαν στον ορό 60 ασθενών με ΕΤΝΣΝ (Α/Γ 27/33, ηλικίας 57,7χρόνια(25-80) κατά την ημέρα της βιοψίας, πριν από οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση. Τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν με ιστολογικά, και εργαστηριακά ευρήματα κατά τη διάγνωση όπως και με την έκβαση της νόσου.

**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα BAFF και IL-17 στον ορό ήταν σημαντικά αυξημένα στους ασθενείς με ΕΤΝΣΝ, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η συγκέντρωση του BAFF ήταν αυξημένη στους ασθενείς με θετικά MPO-ANCA ( $1672,5 \pm 1,1 \text{mg/dl}$ ) και PR3-ANCA ( $1657,15 \pm 1,4 \text{mg/dl}$ ) σε σχέση με τους ασθενείς με αρνητικά ANCA ( $1073,8 \pm 521,8 \text{mg/dl}$ ), ενώ τα επίπεδα της IL-17 ήταν αυξημένα στους ασθενείς με MPO-ANCA ( $34,9 \pm 45,1 \text{mg/dl}$ ) σε σχέση με τους ασθενείς με PR3-ANCA και με αρνητικά ANCA ( $16,7 \pm 4,8 \text{mg/dl}$  και  $15,2 \pm 2,8 \text{mg/dl}$ , αντίστοιχα). Ασθενείς οι οποίοι εμφάνιζαν προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα BAFF σε σχέση με τους υπόλοιπους,  $2005,6 \pm 1,8$  vs.  $1360,2 \pm 804,7 \text{mg/dl}$ ,  $p=0,05$ . Τα επίπεδα του BAFF σχετίζονταν με την IL-17 ( $p=0,05$ ) το ποσοστό κυτταρικών μηνοειδών σχηματισμών ( $p=0,03$ ) και το βαθμό φλεγμονώδους διήθησης ( $p=0,04$ ), ενώ τα επίπεδα της IL-17 με την ίνωση του διάμεσο-σωληναριακού χώρου ( $p=0,04$ ).

**Συμπεράσματα:** Διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση BAFF και IL-17 στον ορό ασθενών με ΕΤΝΣΝ και θετικά ANCA. Η συσχέτισή τους με τα ιστολογικά ευρήματα και τη βαρύτητα της νεφρικής λειτουργίας υποδηλώνει πιθανή συμμετοχή τους στην παθογένεια και εξέλιξη της νόσου.

## ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ

ΡΟ.36

### ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Αικ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Π.-Θ. Μέμτσα<sup>2</sup>, Σ. Στυλιανίδου<sup>1</sup>, Ι. Τζιτζίκας<sup>1</sup>

1 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Ιατρική Σχολή

2Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης απεικονίζει με επιτυχία το συσχετισμό καρκίνου και γήρατος. Με την αύξηση της ηλικίας, αυξάνει ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου κύστης υψηλότερου σταδίου και βαθμού κακοίθειας. Αν και η διατήρηση της ουροδόχου κύστης έχει μελετηθεί καλά για πάνω από 3 δεκαετίες, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που αφορούν τους ηλικιωμένους βασίζονται σε αναδρομικές μελετες.

**Μέθοδος- Υλικό:** Αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων του PubMed μελετών που αφορούν τη συμβολή της ακτινοθεραπείας στη διατήρηση της ουροδόχου κύστης σε ηλικιωμένους ασθενείς.

**Αποτελέσματα:** Μελέτες της RTOG που αφορούν τη διατήρηση της ουροδόχου κύστης εστιάζονται κυρίως σε ασθενείς κατάλληλους για κυστεκτομή. Η μέγιστη διουριθρική αφαίρεση του όγκου ακολουθείται από ακτινοχημειοθεραπεία. Μετά από κυστεοσκοπική εκτίμηση της ανταπόκρισης οι ασθενείς με πλήρη ανταπόκριση συνεχίζουν τη θεραπεία με διατήρηση του οργάνου, ενώ άμεση κυστεκτομή εφαρμόζεται στους μη ανταποκρινόμενους. Τα αποτελέσματα 6 μελετών της RTOG δημοσιεύμένα από τον Mak με 468 ασθενείς με διάμεση επιβίωση 7,8 έτη και με ποσοστό συνολικής 5ετούς και 10ετούς επιβίωσης 57% και 36% αντίστοιχα αποδεικνύουν ότι η συγκεκριμένη προσέγγιση προσφέρει επιβίωση παρόμοια με αυτή της ριζικής κυστεκτομής. Τέσσερις από τις παραπάνω μελέτες της RTOG που αφορούσαν την τοξικότητα έχουν δείξει άριστη λειτουργία της ουροδόχου κύστης και καλή ποιότητα ζωής. Στις μελέτες συμμετείχαν 166 ασθενείς ηλικίας άνω των 70 (80 ασθενείς άνω των 75 ετών). Φαίνεται, ότι η ηλικία δεν σχετίζεται με την πλήρη ανταπόκριση, το ελευθέρου νόσου διάστημα και την απώτερη τοξικότητα. Η αδυναμία εκτέλεσης κυστεκτομής σε πολλούς ηλικιωμένους ασθενείς, η αδυναμία ταυτόχρονης χορήγησης σισπλατίνης λόγω έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας ή δυσλειτουργίας της ακοής καθώς και η αδυναμία εφαρμογής δύο συνεδριών ακτινοθεραπειάς ημερησίως λόγω προβλημάτων μεταφοράς τους, οδήγησε στη αναζήτηση εναλλακτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ο James και οι συνεργάτες του σε πρόσφατη μελέτη τυχαιοποίήσαν 360 ασθενείς με ριζική ακτινοθεραπεία έναντι ακτινοθεραπείας με ταυτόχρονη μιτομυκίνη C και 5-φθοριοουρακίλη. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 72 έτη, και η διάμεση παρακολούθηση 69,9 μήνες. Είχαν ποσοστό συνολικής 5ετούς επιβίωσης 48%, ποσοστό κυστεκτομής 11% και απώτερης τοξικότητας 17% στο σκέλος που αφορούσε την ακτινοχημειοθεραπεία. Μόνο 4 ασθενείς (1%) υπεβλήθησαν σε κυστεκτομή λόγω ακτινοθεραπευτικών παρενεργειών. Η μελέτη έδειξε 5-ετή συνολική επιβίωση 35% και διετή επιβίωση ελεύθερου νόσου 54% στο σκέλος που αφορούσε την ακτινοθεραπεία ως μόνη θεραπεία. Έτσι η ακτινοθεραπεία μπορεί από μόνη της να αποτελεί θεραπευτική επιλογή για τους ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι αδυνατούν να ανεχθούν τη χειρουργική επέμβαση ή χημειοθεραπεία.

**Συμπεράσματα:** Η ακτινοθεραπεία αποτελεί εξαιρετική επιλογή διατήρησης της ουροδόχου κύστης στους ηλικιωμένους ασθενείς ως μόνη θεραπεία ή σε συνδιασμό με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

### Βιβλιογραφία:

1. Treatment of bladder cancer in the elderly. Erlich A, Zlotta AR. Investig Clin Urol. 2016 Jun;57; 1:S26-35.
2. Bladder cancer in the elderly patient: challenges and solutions. Guancial EA et al. Clin Interv Aging. 2015 Jun 10;10:939-49.

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗΣ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑΣ ΜΕ ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Θ. «ΆΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»**

Σ. Γάτσος, Ά. Παπακωνσταντίνου, Χ. Γεροσίμου, Α. Παπαλάκης, Ε. Τυροθουλάκης, Ε. Μουρτζίλας  
Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος»

Αιματουρία είναι η παρουσία περισσότερων από πέντε ερυθρών αιμοσφαιρίων κατ' οπτικό πεδίο στα ούρα. Ένα σύνολο από ποικίλες καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν μικροσκοπική ή μακροσκοπική αιματουρία, συμπεριλαμβανομένου των λοιμώξεων του ουροποιητικού, της λιθίασης, της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη και του καρκίνου του ουροποιητικού.

Να διερευνηθούν τα αίτια της πρωτοεμφανιζόμενης αιματουρίας σε ασθενείς με κυστεοσκόπηση στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία της Ουρολογικής Κλινικής του Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημήτριος» μεταξύ 1/1/2016 και 31/12/2016.

129 ασθενείς υπεβλήθησαν σε κυστεοσκόπηση λόγω αιματουρίας στο Ενδοσκοπικό τμήμα της Ουρολογικής Κλινικής του Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημήτριος».

Κατά το χρονικό διάστημα 1/1/2016 εώς 31/12/2016 κυστεοσκοπήθηκαν συνολικά 129 ασθενείς 103 άνδρες (79,8%), μέσης ηλικίας 73,3 έτη (8,23) και 26 γυναίκες (20,2%), μέσης ηλικίας 66,19 έτη (12,08). Η πλειοψηφία των ασθενών (119 ασθενείς, 92,2%) διερευνήθηκε λόγω μακροσκοπικής αιματουρίας, ενώ μόλις εννέα (9) ασθενείς είχαν μικροσκοπική αιματουρία. Στην κυστεοσκόπηση ενεργή αιματουρία είχαν πέντε ασθενείς (3,9%). Προέκυψαν ευρήματα σε 94 ασθενείς (72,9%), ενώ σε εννέα (9) περιπτώσεις (7%) το αποτέλεσμα ήταν ασαφές, και οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε επανέλεγχο με κυστεοσκόπηση. Σε γυναικολογικά αίτια αποδόθηκε η αιματουρία σε δύο ασθενείς (1,6%). Από τους ασθενείς με ευρήματα στην κυστεοσκόπηση, όγκος της ουροδόχου κύστεως αναδείχτηκε στους 43 ασθενείς (33,3%), λίθος της ουροδόχου κύστεως στους πέντε (3,9%), ενώ στον προστάτη αποδόθηκε η αιματουρία στους 39 ασθενείς (30,2%).

Η αιματουρία είναι ένα σύμπτωμα το οποίο απαιτεί επειγόυσα ιατρική διερεύνηση. Ο καρκίνος της κύστης και του νεφρού μπορούν να προκαλέσουν αίμα στα ούρα, οπότε είναι σημαντικό να τονίσουμε την αξία αυτού του συμπτώματος.

# ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

ΡΟ.38

## Η ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Π.-Θ. Μέμτσα<sup>1</sup>, Αικ. Παπαδοπούλου<sup>2</sup>, Σ. Στυλιανίδου<sup>2</sup>, Ι. Τζιτζίκας<sup>2</sup>

1 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

2 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ. Ιατρική Σχολή

**Εισαγωγή:** Η πολυφαρμακία είναι ένα πολύ διαδεδομένο πρόβλημα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, και είναι εξαιρετικά δύσκολο να αξιολογηθεί και να βελτιωθεί λόγω των διακυμάνσεων στους ορισμούς του προβλήματος και των ετερογενών μεθόδων ελέγχου των φαρμάκων για τη μείωση της χορηγούμενης δόσης. Η πολυφαρμακία δεν έχει αξιολογηθεί συστηματικά ως προγνωστικός δείκτης των αρνητικών αποτελεσμάτων σε ασθενείς με καρκίνο με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη ανάγκη για τη δημιουργία τυποποιημένων παρεμβάσεων για τη βελτίωση της πολυφαρμακίας στη γηριατρική, και ιδιαίτερα στη γηριατρική ογκολογία.

**Μέθοδος- Υλικά:** Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και των ηλεκτρονικών βάσεων όπως το pubmed για εντοπισμό νέων κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση της πολυφαρμακίας.

**Αποτελέσματα:** Η πολυφαρμακία είναι συχνή στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο και συνδέεται με έναν αριθμό δυσμενών επιδράσεων, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης πιθανότητας εμφάνισης τοξικότητας που σχετίζεται με τη ακτινοχημειοθεραπεία. Τα δεδομένα από κλινικές δοκιμές είναι περιορισμένα και είναι δύσκολο να συμπεράνουμε ποιες μέθοδοι είναι καλύτερες για την ορθή χρήση των φαρμάκων και την βελτίωση των αποτελεσμάτων σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με καρκίνο.

Η σοβαρότητα της πολυφαρμακίας έγκειται στην επίδρασή της στα προβλήματα συμμόρφωσης των ασθενών που προκύπτουν από την χορήγηση πολλών χαπιών, τα πολύπλοκα σχήματα, θέματα κόστους, τον αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, τον αυξημένο κίνδυνο πτώσεων και καταγμάτων, γνωστική δυσλειτουργία και παραλήρημα. Η διαχείριση των συμπτωμάτων περιπλέκεται ακόμα παραπάνω από τα παράπονα του ασθενούς τα οποία μπορεί να αποδοθούν στον καρκίνο ή στην θεραπευτική του αντιμετώπιση ενώ μπορεί στην πραγματικότητα να είναι μια τοξικότητα που προκύπτει από τα άλλα φάρμακα. Τα ενημερωμένα κριτήρια του Beers χωρίζουν την φαρμακευτική αγωγή σε τρείς κλινικά σχετικές κατηγορίες : κατηγορίες φαρμάκων για αποφυγή, κατηγορίες φαρμάκων για αποφυγή από ορισμένες ασθένειες και σύνδρομα που τα φάρμακα μπορούν να επιδεινώσουν, και φάρμακα πρέπει να χρησιμοποιούνται με ιδιαίτερη σύνεση.

Για τον γενικό πληθυσμό υπάρχουν διαδικασίες που στοχεύουν στη μείωση των φαρμάκων για τα οποία η πραγματική δυνητική βλάβη αντισταθμίζει το όφελος, και υπάρχουν πολλές μέθοδοι για να καθορίσει ποια φάρμακα είναι υποψήφια για κάπι τέτοιο. Ωστόσο, αυτές οι προσεγγίσεις δεν έχουν αξιολογηθεί σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο. Οι μέθοδοι για τον περιορισμό της πολυφαρμακίας θα πρέπει να ορίζονται με σαφήνεια και να είναι επικυρωμένες, και οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της χρήσης φαρμάκων θα πρέπει να βασίζονται σε σαφώς καθορισμένες και τυποποιημένες μεθόδους.

**Συμπεράσματα:** Μεγάλα βήματα πρέπει να γίνουν στον τομέα της πολυφαρμακίας και της επίδρασής της στους γηριατρικούς ογκολογικούς ασθενείς. Ο σκοπός των νέων μελετών θα πρέπει να είναι να συνοψίσουν τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τον επιπολασμό και την επίπτωση της πολυφαρμακίας σε ασθενείς γηριατρικής ογκολογίας και να παραθέσουν συστάσεις για την αξιολόγηση και τη διαχείριση της.

### Βιβλιογραφία:

1. Jorgensen TL, Herrstedt J, Friis S, et al. Polypharmacy and drug use in elderly Danish cancer patients during 1996 to 2006. J Geriatr Oncol 2012;3:33-40.
2. Puts MT, Costa-Lima B, Monette J, et al. Medication problems in older newly diagnosed cancer patients in canad. How common are they? A prospective pilot study. Drugs Aging 2009;26:519-536.

**ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ (ΚΜ) ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΕΜΕΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΑΡΞΗΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ**

Π. Βουκελάτου, Ι. Βρεττός, Π. Παντελίδης, Α. Ράγκου, Α. Μπιτσικώου, Α. Κατσώρας, Α. Διδασκάλου, Α. Καλλιακμάνης

Β' Παθολογική Κλινική ΓΟΝΚ "Οι Άγιοι Ανάργυροι", Αθήνα

**Εισαγωγή:** Με τον όρο ΚΜ αναφερόμαστε στη διασπορά νεοπλασματικών κυττάρων στον υπαραχνοειδή χώρο. Όταν τίθεται υπόνοια της νόσου ο ασθενής πρέπει να υποβάλλεται σε ΟΝΠ. Οριστική διάγνωση γίνεται με την ανεύρεση νεοπλασματικών κυττάρων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Η συχνότητά της σε ασθενείς με καρκίνο μαστού είναι 2-3%.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περίπτωσης καρκινωματώδους μηνιγγίτιδας σε ασθενή πάσχουσα από καρκίνο μαστού με εγκεφαλικές μεταστάσεις.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Γυναίκα 53 ετών διακομίστηκε λόγω εμέτων και κακουχίας από ημερών. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται πορογενές διηθητικό καρκίνωμα μαστού 4<sup>ου</sup> σταδίου με οστικές μεταστάσεις για το οποίο έλαβε χημειοθεραπεία (7 κύκλους) με Adriamycin/Cyclophosphamide. Από την νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκαν: αυχενική δυσκαρμφία και διαταραχές περιεχομένου συνείδησης. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: CRP<3.27 mg/l , TKE=2 mm/h και WBC=21.760 K/μl. Υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό η οποία ανέδειξε εγκεφαλικές μεταστάσεις και ήπια διάταση του κοιλιακού συστήματος του εγκεφάλου, χωρίς διεύρυνση των περιφερικών υπαραχνοειδών χώρων. Έγινε οσφυονωτιαία παρακέντηση, η οποία ανέδειξε: 6 κύτταρα, Glu=25 mg/dl, LDH: 504 U/l και λεύκωμα: 250mg/dl. Από την κυτταρολογική διαπιστώθηκε παρουσία νεοπλασματικών κυττάρων στο ENY. Χορηγήθηκε δεξαμεθαζόνη (8mg x 3 iv) με ταχεία βελτίωση της κλινικής της εικόνας και παραπέμφθηκε στον ογκολόγο της για περαιτέρω αντιμετώπιση.

**Συμπεράσματα:** Η καρκινωματώδης μηνιγγίτιδα, αν και σπάνια, πρέπει να τίθεται στην διαφορική διάγνωση ασθενών με συμπαγή νεοπλάσματα που παρουσιάζουν νευρολογική σημειολογία. Αν και η πρόγνωση είναι κακή, η ορθή διάγνωση επιτρέπει την εξειδικευμένη θεραπεία για ανακούφιση από τα συμπτώματα και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών.

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Π. Βασιλειάδης, Γ. Μαυρίδης, Μ. Μελά, Δ. Γκαμπράνης, Α. Βουδούρη, Χ. Χαραλάμπους  
Οργανική μονάδα Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, Παθολογική Κλινική ΓΝΘ Γ.  
Παπανικολάου – ΨΝΘ

**Εισαγωγή:** Η Παθολογική Κλινική του ΨΝΘ νοσηλεύει ασθενείς που ζουν εντός και εκτός του νοσοκομείου.

**Σκοπός της μελέτης:** Η παρουσίαση του προφίλ των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη κλινική σε διάστημα περίπου 4 ετών.

**Υλικό και μέθοδος:** Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 4 ομάδες: Η Ομάδα Α με ασθενείς που ζουν στο ΨΝΘ, η Ομάδα Β με ασθενείς από εξωτερικές δομές, η Ομάδα Γ με ασθενείς που ζουν μόνοι τους και η Ομάδα Δ με ασθενείς με εθισμό στο αλκοόλ.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά πρόκειται για 674 εισαγωγές. Η ομάδα Α περιελάμβανε 193(28,6%), η ομάδα Β 81(12%), η ομάδα Γ 285(42,3%) και η ομάδα Δ 115(17,1%) εισαγωγές. Τα επιδημιολογικά δεδομένα των ομάδων ήταν τα εξής: Ομάδα Α: μ.ο. ηλικίας 65,2, άνδρες 65%, γυναίκες 35%, μ.ο. ημερών νοσηλείας 15, καπνιστές 68%, παντρεμένοι 31%, αναλφάβητοι 21% και μ.ο. BMI 24,7kg/m<sup>2</sup>. Ομάδα Β: μ.ο. ηλικίας 66, άνδρες 59%, γυναίκες 41%, μ.ο. ημερών νοσηλείας 15, καπνιστές 52%, παντρεμένοι 32%, αναλφάβητοι 17% και μ.ο. BMI 28,5kg/m<sup>2</sup>. Ομάδα Γ: μ.ο. ηλικίας 56, άνδρες 56%, γυναίκες 44%, μ.ο. ημερών νοσηλείας 14,2, καπνιστές 56%, παντρεμένοι 45%, αναλφάβητοι 8% και μ.ο. BMI 28kg/m<sup>2</sup>. Ομάδα Δ: μ.ο. ηλικίας 48,2, άνδρες 86%, γυναίκες 14%, μ.ο. ημερών νοσηλείας 18,7, καπνιστές 83%, παντρεμένοι 50%, αναλφάβητοι 5,6% και μ.ο. BMI 24,7kg/m<sup>2</sup>.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς που ζουν υπό την εποπτεία του ΨΝΘ ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία, λιγότεροι είχαν οικογένεια ενώ παρουσίαζαν μεγαλύτερο ποσοστό αναλφαβητισμού. Οι ομάδες μεταξύ τους δεν διέφεραν ως προς την επικράτηση του άρρενος φύλου, στις ημέρες νοσηλείας τους, στο κάπνισμα ή τη παχυσαρκία.

## ΡΟ.41

### Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΑΥΞΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Π.-Θ. Μέμτσα<sup>1</sup>, Αικ. Παπαδοπούλου<sup>2</sup>, Σ. Στυλιανίδου<sup>2</sup>, Κ. Φιλιππάτος<sup>2</sup>, Ι. Τζιτζίκας<sup>2</sup>

1 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

2 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης, Α.Π.Θ. Ιατρική Σχολή

**Εισαγωγή:** Η εμφάνιση ουδετεροπενίας αποτελεί μία από τις συχνότερες παρενέργειες που παρατηρείται σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Η σπουδαιότητά της έγκειται στο ότι εκτός από τον κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων, συνήθως προκαλεί μη προγραμματισμένη διακοπή της ακτινοθεραπείας, γεγονός που σχετίζεται με μειωμένο τοπικό έλεγχο της νόσου. Η ουδετεροπενία κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση αυξητικών παραγόντων οι οποίοι αποτελούν ένα πολύ σημαντικό όπλο στα χέρια των ογκολόγων διευκολύνοντας την περάτωση του χημειοακτινοθεραπευτικού σχήματος, μειώνοντας τις παρενέργειες και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών.

**Μέθοδος- Υλικό:** Αναζήτηση της ηλεκτρονικής βιβλιοθήκης του rubmed και ανασκόπηση των τελευταίων μελετών με στόχο την ανάδειξη των νεότερων δεδομένων στην χορήγηση αυξητικών παραγόντων κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας.

**Αποτελέσματα:** Η ανασυνδυασμένη ανθρώπινη ερυθροποιητίνη (rHuEPO), εμφανίστηκε στο προσκήνιο το 1983 με την ανακάλυψη του γονιδίου της ενδογενούς ερυθροποιητίνης (EPO). Είναι διαθέσιμη στο εμπόριο σε δύο ισομορφές, την α και την β και έχει ως ένδειξη χορήγησης τη θεραπεία της αναιμίας που προέρχεται από την αντικαρκινική θεραπεία. Σαν ανταπόκριση στη χορήγηση των ερυθροποιητικών παραγόντων θεωρείται η αύξηση της τιμής της  $Hb \geq 2g/dl$  που αντιστοιχεί σε αύξηση του  $Ht$  κατά 6 μονάδες με ταυτόχρονη έλλειψη ανάγκης για μεταγγίσεις. Σε πολλές κλινικές μελέτες διαπιστώνεται ότι οι rHuEPO α και β χορηγούμενες σε τρισεβδομαδιαία (tiw) βάση αυξάνουν τα επίπεδα της  $Hb$  σε καρκινοπαθείς με αναιμία που προκλήθηκε από την ακτινοχημειοθεραπεία. Σε μια μελέτη με 2.019 ασθενείς με συμπαγείς όγκους που έλαβαν EPOα 150 IU/kg tiw, η μέση αύξηση της  $Hb$  ήταν 1,8 g/dl σε διάστημα 4 μηνών. Σε μια πιο πρόσφατη τυχαιοποιημένη διπλή τυφλή μελέτη σε 375 αναιμικούς καρκινοπαθείς που έλαβαν ακτινοχημειοθεραπεία χωρίς πλατίνα έγινε σύγκριση της χορήγησης EPOα 150 IU/kg tiw με χορήγηση placebo. Οι ασθενείς που έλαβαν EPOα συγκρινόμενοι με αυτούς που έλαβαν placebo, παρουσίασαν μια σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση της  $Hb$  (2,2 έναντι 0,5 g/dl,  $p < 0,001$ ), ενώ ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών της ομάδας της EPOα ικανοποίησε τα κριτήρια ανταπόκρισης για αύξηση της  $Hb$  πάνω από τα 2 g/dl χωρίς χορήγηση μεταγγίσεων ερυθρών αιμοσφαιρίων σε σύγκριση με την ομάδα του placebo (70,5% έναντι 19,1%,  $p < 0,0001$ ). Παρόμοια αποτελέσματα υπάρχουν και για τη χορήγηση EPOβ από ποικίλες τυχαιοποιημένες διπλές τυφλές μελέτες. Η μετα-ανάλυση 8 τυχαιοποιημένων μελετών από τους Quirt et al. ανέδειξε τη μείωση της ανάγκης μεταγγίσεων στους αναιμικούς καρκινοπαθείς που βρίσκονται υπό θεραπεία με rHuEPO.

**Συμπερασματα:** Τα αποτελέσματα των περισσότερων μέχρι σήμερα δημοσιευμένων μελετών επιβεβαιώνουν ότι η χορήγηση αυξητικών παραγόντων αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία της ουδετεροπενίας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, μειώνοντας σημαντικά το σύνολο των μη προγραμματισμένων διαλειμμάτων της θεραπείας.

#### Βιβλιογραφία:

1. Abraham J, Allegra C, Gulley J. Infectious complications in oncology. Handbook of Clinical Oncology, 2<sup>nd</sup> Edition 2005: 481-497
2. Smith TJ, Khatcheressian J, Lyman GH et al. 2006 update of recommendations for use of white blood cell growth factors: An evidence based clinical practice guideline. J Clin Oncol 2006;24(19):3187-3205

**ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΩΝ ΦΛΕΒΩΔΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΝΕΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΕΛΑΜΒΑΝΕ**

X. Ζήσης<sup>1</sup>, X. Μπάλλα<sup>2</sup>, Δ. Βασδέκη<sup>1</sup>, Δ. Μαρίτσα<sup>1</sup>, E. Θεοδωρούλα<sup>1</sup>, A. Κόγιας<sup>1</sup>, Φ. Μαλακούδη<sup>1</sup>, E. Πετρουλάκη<sup>1</sup>, Δ. Οικονόμου<sup>1</sup>, N. Αγγελής<sup>1</sup>, S. Μυλωνάς<sup>1</sup>

1 Β' Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Τρικάλων

2 Ιδιώτης νευρολόγος, Τρίκαλα

**Εισαγωγή:** Η θρόμβωση των φλεβώδων κόλπων του εγκεφάλου εμφανίζεται με μια συχνότητα 0,22/100.000 και παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι οι εξής: λοιμώξεις μέσου ωτός και παραρρίνων-μετωπιάων κόλπων, εγκυμοσύνη-λοχεία, λήψη αντισυλληπτικών, κακοήθειες, διαταραχές πηκτικού μηχανισμού, μηνιγγικές αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες και οσφυονωτιαία παρακέντηση.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού νέας ασθενούς που υπό λήψη αντισυλληπτικών εμφάνισε κεφαλαλγία ημικρανιακού τύπου, η οποία εν τέλει οφειλόταν σε θρόμβωση των φλεβώδων κόλπων του εγκεφάλου.

**Υλικό και μέθοδος:** Ασθενής 20 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων αναφερόμενη έντονη κεφαλαλγία μετωπο-κροταφο-βρεγματικής περιοχής από 5ημέρου ανθεκτική στη χρήση παυσίπονων (παρακεταμόλης και μη στεροειδών αντιφλεγμονώδων φαρμάκων), με σύνοδο οπισθο-κογχικό άλγος, φωτοφοβία και εμέτους. Λόγω ιστορικού πολυκυστικών ωθηκών βρισκόταν υπό αντισυλληπτικά δισκία από διμήνου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν ήπια αυξημένες τιμές δ-διμερών και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη δίχως λευκοκυττάρωση. Εξαιτίας της πρωτεμφανισθείσας κεφαλαλγίας διενεργήθηκε απεικονιστικός έλεγχος (παρόλο που η νευρολογική εξέταση δεν ανέδειξε σαφή σημειολογία και η κλινική εικόνα παρέπεμπε σε ημικρανία).

**Αποτελέσματα:** Στην αξονική τομογραφία εγκεφάλου διαπιστώθηκε υπόπτυκη αλλοίωση του δεξιού ινιακού λοβού ως πιθανό ισχαιμικό έμφρακτο. Την επομένη ημέρα διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία που ανέδειξε μεγάλης έκτασης αλλοίωση του δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου (κροταφο-ινιακά) με αιμορραγικά στοιχεία δίχως αγγειακή κατανομή. Άκολούθησε μαγνητική φλεβογραφία όπου ανεδείχθη θρόμβωση δεξιού εγκάρσιου και σιγμοειδούς φλεβώδους κόλπου, επεκτεινόμενη στο σφαγιτιδικό βολβό και την σφαγίτιδα φλέβα παραπέμποντας έτσι σε πιθανό φλεβικό έμφρακτο.

**Συμπέρασμα:** Στην ιατρική επιστήμη το σύνηθες δεν αποτελεί πάντα και το σωστό. Είναι αναγκαία η επαγρύπνηση και συνεκτίμηση όλων των παραγόντων του ασθενούς για την έγκαιρη και σωστή διάγνωση σπάνιων περιστατικών.

**ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ LDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΤΟΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

Χ. Άντζα<sup>1</sup>, Ι. Δουνδουλάκης<sup>1</sup>, Σ. Σταμπουλή<sup>2</sup>, Β. Κώτσης<sup>1</sup>

**1 Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιατρείο Υπέρτασης-24ωρης Καταγραφής της Αρτηριακής Πίεσης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη**

**2 Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, ΑΠΘ, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη**

**Εισαγωγή:** Η υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία σχετίζονται με βλάβη σε όργανα στόχο, αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η ανεύρεση αυτών των ασθενών και η αποτελεσματική θεραπεία τους πρέπει να αποτελούν στόχο των ιατρών.

**Σκοπός:** Η ανεύρεση του ποσοστού υψηλών επιπέδων LDL σε υπερτασικό πληθυσμό.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Τρείς μετρήσεις ΑΠ ιατρείου λήφθηκαν με τη χρήση υδραργυρικού σφυγμομανομέτρου. Όλοι οι εθελοντές υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ σε μία τυπική εργάσιμη ημέρα. Ασθενείς με φυσιολογικές ή παθολογικές τιμές ΑΠ τόσο στην 24ωρη καταγραφή όσο και στο ιατρείο χαρακτηρίστηκαν ως νορμοτασικοί ή αληθώς υπερτασικοί αντιστοίχως. Παθολογικές τιμές ΑΠ ιατρείου και φυσιολογικές στην 24ωρη καταγραφή χαρακτηρίστηκαν ως υπέρταση λευκής μπλούζας (WCH). Οι εθελοντές δεν είχαν λάβει αγωγή για τα λιπίδια και για την υπέρταση προηγουμένως. Όλοι οι εθελοντές ελέγχθηκαν για τα επίπεδα LDL.

**Αποτελέσματα:** 610 άτομα (48% άνδρες), με μέση ηλικία  $48.2 \pm 22.6$  έτη συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Τα επίπεδα LDL ήταν  $109.5 \pm 2.5$  mg/dl στους νορμοτασικούς,  $123.1 \pm 3.4$  mg/dl στους WCH και  $131.0 \pm 3.3$  mg/dl στους υπερτασικούς. Η διαφορά μεταξύ υπερτασικών και νορμοτασικών, καθώς επίσης WCH και νορμοτασικών ήταν στατιστικά σημαντική ( $P < 0.05$ ) μετά από προσαρμογή Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις. 23.35% των νορμοτασικών, 40.98% των WCH και 49.88% των υπερτασικών εμφάνιζε επίπεδα  $LDL \geq 130$  mg/dl.

**Συμπεράσματα:** Ο υπερτασικός πληθυσμός εμφανίζει μη ελεγχόμενα επίπεδα LDL, συνθέτοντας έναν πληθυσμό ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου.

**ΟΡΘΟΣΤΑΤΙΚΗ ΥΠΟΤΑΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΣΥΓΚΟΠΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Χ. Ζήσης<sup>1</sup>, Χ. Μπάλλα<sup>2</sup>, Α. Νταμάγκας<sup>3</sup>, Δ. Βασδέκη<sup>1</sup>, Δ. Μαρίτσα<sup>1</sup>, Α. Κόγιας<sup>1</sup>, Ε. Θεοδωρούλα<sup>1</sup>, Φ. Μαλακούδη<sup>1</sup>, Ε. Πετρουλάκη<sup>1</sup>, Σ. Μυλωνάς<sup>1</sup>

1 Β' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείο Τρικάλων

2 Ιδιώτης νευρολόγος, Τρίκαλα

3 Ιδιώτης καρδιολόγος, Τρίκαλα

**Εισαγωγή:** Ορθοστατική υπόταση ορίζουμε τη πτώση της συστολικής αρτηριακής πίεσης(ΣΑΠ)>20mmHg ή/και της διαστολικής(ΔΑΠ)>10mmHg, κατά την μετάβαση από ύππια σε όρθια θέση ή κατά την παρατεταμένη ορθοστασία.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού με συγκοπικά επεισόδια οφειλόμενα σε ορθοστατική υπόταση σε έδαφος δυσλειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

**Υλικό και μέθοδος:** Ασθενής 78 ετών προσήλθε στα τακτικά ιατρεία της Παθολογικής κλινικής αιτιώμενος επαναλαμβανόμενα συγκοπικά επεισόδια, αδιευκρίνιστης αιτιολογίας από προηγούμενες νοσηλείες. Κατά τη λήψη του ιστορικού αναφέρθηκαν δυσφαγία και δυσχέρεια ούρησης καθώς και δυσκοιλιότητα και δυσλειτουργία στύσης διάρκειας μηνών και ετών αντίστοιχα, έχοντας στο ατομικό αναμνηστικό μόνο ιστορικό κατάθλιψης. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε σοβαρή ορθοστατική υπόταση με συνοδά συμπτώματα ζάλης-ναυτίας, αδυναμίας, λιποθυμικής τάσης, θόλωση όρασης και πνευματικής σύγχυσης. Ακολούθως ο ασθενής υποβλήθηκε σε εκτεταμένο εργαστηριακό έλεγχος συμπερι-λαμβανομένων των: γενικής αίματος, βιοχημικών εξετάσεων, HbA1c, B12, TSH, FT4, ρενίνης/αλδοστερόνης (ύππια-όρθια θέση), ACTH/κορτιζόλης ορού-ούρων 24ωρου, αντι-επινεφριδιακών αντισωμάτων, Holter ρυθμού, US (καρδιάς-θυρεοειδούς-άνω κοιλίας), triplex (φλεβών κάτω άκρων, καρωτίδων-σπονδυλικών αρτηριών, κοιλιακής αορτής, νεφρικών αρτηριών), MRI επινεφριδίων και γαστροσκόπησης χωρίς παθολογικά ευρήματα. Το US κάτω κοιλίας και η κολονοσκόπηση έδειξαν υπερτροφία προστάτη και 3 πολύποδες αντίστοιχα. Στην CT-MRI εγκέφαλου ανεδείχθησαν ήπια φλοιώδης ατροφία και μικροαγγειοπάθεια, ενώ στην ηλεκτροφυσιολογική μελέτη αισθητική πολυνευροπάθεια των τεσσάρων άκρων, δίνως των κάτω. Έγινε αποκλεισμός νευροεκφυλιστικού νοσήματος με σπινθηρογράφημα εγκεφάλου μετά τη χορήγηση DaTSCAN(ιοφλουπανιο-123I).

**Αποτέλεσμα:** Η συμπτωματολογία του ασθενούς αποδόθηκε σε νευρογενή υπόταση λόγω δυσλειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος, έπειτα από αποκλεισμό των λοιπών αιτιών στα πλαίσια της διαφορικής διάγνωσης.

**Συμπέρασμα:** Η σωστή λήψη του ιστορικού και η κλινική εξέταση αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο, οδηγώντας την σκέψη του κάθε κλινικού ιατρού προς την σωστή κατεύθυνση της διάγνωσης.

**PO.45**

**ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑ, ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΚΑΙ ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ (ΣΛ)**

I. Βρεττός, Π. Βουκελάτου, Π. Παντελίδης, Δ. Θεοτοκά, Α. Κατσώρας, Α. Μπιτσικώου, Α. Ράγκου, Α. Καλλιακάμνης

B' Παθολογική Κλινική ΓΟΝΚ "Οι Άγιοι Ανάργυροι", Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η ανίχνευση μονοκλωνικής γαμμαπάθειας είναι σπάνια σε ασθενείς με ΣΛ. Υπάρχουν αναφορές περιστατικών με ΣΛ που είχαν αρχικά διαγνωστεί ως πολλαπλούν μυέλωμα, μικτή κρυσφαιριναιμία και λέμφωμα.

**Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού με μονοκλωνική γαμμαπάθεια, δευτεροπαθή αμυλοείδωση και πλασματοκυτταρική διήθηση του μυελού σε ασθενή με ΣΛ.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άνδρας 80 ετών εισήχθη για διερεύνηση απώλειας βάρους (πάνω από 15 kg το τελευταίο έτος) και δεκατικής πυρετικής κίνησης από μηνών. Προ 8μήνου είχε διαγνωστεί δευτεροπαθής αμυλοείδωση IgG-λ παραπρωτειναιμία και διήθηση του μυελού από πλασματοκύτταρα σε ποσοστό 5-7%. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε έκδηλη καχεξία. Από τη γενική αίματος πτώση όλων των κυτταρικών σειρών, TKE=68 mm/h και από το υπερηχογράφημα κοιλίας σπληνομεγαλία (15 cm). Υποβλήθηκε εκ νέου σε μυελόγραμμα από το οποίο αναδείχθηκε διήθηση του μυελού από πλασματοκύτταρα σε ποσοστό 10-15%. Από τον έλεγχο για ειδικές λοιμώξεις διαπιστώθηκαν θετικά αντιλεισμανιακά αντισώματα (1/160) και η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με μοριακό έλεγχο (θετική PCR στο αίμα). Έλαβε αγωγή με λιποσωμιακή αμφοτερική B (1<sup>η</sup> έως 5<sup>η</sup>, 11<sup>η</sup> και 21<sup>η</sup> ημέρα). Ο ασθενής κατέστη απύρετος, η γενική του κατάσταση βελτιώθηκε, οι κυτταρικές σειρές παρουσίασαν αύξηση και η TKE πτώση. Μετά από 2 μήνες το σωματικό του βάρος και οι τιμές των εργαστηριακών του εξετάσεων αποκαταστάθηκαν.

**Συμπεράσματα:** Η ΣΛ πρέπει να περιλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση του εμπύρετου με σπληνομεγαλία ακόμα και αν συνυπάρχει μονοκλωνική γαμμαπάθεια και πλασματοκυτταρική διήθηση του μυελού.

# ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

ΡΟ.46

## ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΑΚΑΝΘΟΛΥΤΙΚΩΝ ΑΚΑΝΘΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΜΥΡΜΗΚΙΩΔΟΥΣ ΔΥΣΚΕΡΑΤΩΜΑΤΟΣ: ΕΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Α. Χέβα<sup>1</sup>, Α. Μπαλιάκα<sup>1</sup>, Μ. Κλυμπασάνη<sup>1</sup>, Σ. Παπαδοπούλου<sup>2</sup>, Ν. Παστέλλη<sup>1</sup>, Σ. Παπαεμμανουήλ<sup>1</sup>

1 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Θ. “Γ. Παπανικολάου”

2 Τμήμα Εγκαυμάτων, Πλαστικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Χειρός, Γ. Ν. Θ. “Γ. Παπανικολάου”

**Εισαγωγή – Σκοπός:** Η παρουσίαση του περιστατικού μίας ασθενούς, 55 ετών, η οποία προσήλθε με πολλαπλές, μικροθηλώδεις δερματικές βλάβες σε όλο το σώμα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Για ιστολογική εξέταση εστάλησαν δύο ατρακτοειδή τεμάχια δέρματος από την εξωτερική επιφάνεια του δεξιού μηρού, διαστάσεων 12x3 εκ. και 0,7x0,3 εκ. αντίστοιχα, επί των οποίων αναγνωρίστηκαν συνολικά έξι δερματικές εξεργασίες, λευκόφαιης χροιάς, με μικροθηλώδη επιφάνεια, μεγίστης διαμέτρου 0,2 έως 0,3 εκ. Μελετήθηκαν τομές αιματοξυλίνης-εωσίνης από το αποσταλλέν υλικό.

**Αποτελέσματα:** Μικροσκοπικά αναγνωρίζονται δύο εστίες με θηλωματώδη υπερπλασία της επιδερμίδας, υπερκεράτωση και ακανθόλυση, μορφολογία ως επί αλλοιώσεων ακανθολυτικού ακανθώματος. Η τρίτη εξεργασία εμφάνιζε κατάδυση της επιδερμίδας, πληρούμενη από άφθονα πτετάλια κερατίνης, παρουσία θηλόμορφων σχηματισμών και ακανθολυτικής δυσκεράτωσης του επιθηλίου, ευρήματα που χαρακτηρίζουν το ακροχορδονώδες/ μυρμηκιώδες δυσκεράτωμα. Οι υπόλοιπες τρεις βλάβες αφορούσαν σε αλλοιώσεις αρχόμενης σμηγματορροϊκής κερατίασης.

**Συμπεράσματα:** Το ακανθολυτικό ακάνθωμα είναι μια σπάνια καλοήθης εξεργασία της επιδερμίδας, συνήθως μονήρης. Η ταυτόχρονη παρουσία περισσότερων βλαβών έχει συσχετισθεί με την ανοσοκαταστολή, αν και σαφής μηχανισμός δεν έχει περιγραφεί.

Το ακροχορδονώδες/ μυρμηκιώδες δυσκεράτωμα υπάγεται επίσης στην οικογένεια των ακανθωμάτων, με χαρακτηριστική την ενδοφυτική κατάδυση του πλακώδους επιθηλίου, την ακανθόλυση και τη δυσκεράτωση.

Και στις δύο περιπτώσεις αναγνωρίζονται συχνά δύο κατηγορίες χαρακτηριστικών κυττάρων. Τα *corps rond* κύτταρα έχουν έναν πυκνωτικό πυρήνα, περιβαλλόμενο από διαυγή άλω ή πυκνό ηωσινόφιλο υλικό. Τα *grain* κύτταρα ομοιάζουν με στρόγγυλους παρακερατωτικούς πυρήνες.

Οι εν λόγω οντότητες είναι συνήθως ασυμπτωματικές κλινικά και η εικόνα τους δεν διαφέρει ιδιαίτερα από άλλες κερατωσικές βλάβες, γι'αυτό και συχνά διαφεύγουν της διάγνωσης.

**ΟΓΚΟΣ ΚΟΕΝΕΝ: ΕΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ ΆΛΛΑ ΣΠΑΝΙΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ**

Μ. Κιλμπασάνη<sup>1</sup>, Α. Μπαλιάκα<sup>1</sup>, Ν. Σαμαράς<sup>2</sup>, Ι. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Ι. Καραφουλίδου<sup>1</sup>, Α. Χέβα<sup>1</sup>

1 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Θ. "Γ. Παπανικολάου"

2 Τμήμα Εγκαυμάτων, Πλαστικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Χειρός, Γ. Ν. Θ. "Γ. Παπανικολάου"

**Εισαγωγή – Σκοπός:** Η παρουσίαση του περιστατικού μίας ασθενούς, 35 ετών, η οποία προσήλθε με ένα λαχνωτό μόρφωμα, εξορμώμενο από το παρωνύχιο του μεγάλου δακτύλου του αριστερού άκρου ποδός.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ακολούθησε η χειρουργική εξαίρεση του μορφώματος, το οποίο εστάλη για ιστολογική εξέταση εντός διαλύματος φορμόλης 10%. Μακροσκοπικά εμφάνιζε λευκωπή χροιά και συμπαγή σύσταση, ενώ οι διαστάσεις του ήταν  $1,3 \times 0,7 \times 0,4$  εκ. Το υλικό εγκλείσθηκε σε κύβους παραφίνης και ελήφθησαν ιστικές τομές αιματοξυλίνης-εωσίνης.

**Αποτελέσματα:** Μικροσκοπικά το μόρφωμα είχε πολυτποειδή/ οξύαιχμη διαμόρφωση με εντονότατη υπερπλασία της κερατίνης στιβάδας και άφθονες εναποθέσεις κερατίνης πέριξ αυτού. Η παρακείμενη επιδερμίδα εμφάνιζε επίσης υπερπλασία με λεπτές καταδύσεις εντός του υποκείμενου στρώματος (χορίου). Συνυπήρχε έντονη κολλαγονοποίηση του τελευταίου με αρκετά μικρά αγγεία, ινοβλάστες και σχεδόν απουσία κυττάρων φλεγμονής. Τα εν λόγω μακροσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα ήταν συμβατά με δακτυλικό ινοκεράτωμα, αλλιώς γνωστό ως όγκος Koenen (digital fibrokeratoma ή periungual fibroma).

**Συμπεράσματα:** Ο όγκος Koenen ή δακτυλικό ινοκεράτωμα είναι ένας καλοήθης ινώδης όγκος, συχνά με συνυπάρχουσα υπερπλασία της επιδερμίδας. Συνήθως πρόκειται για ασυμπτωματικούς μονήρεις όγκους με μέγιστη διάμετρο 3 έως 5 χιλιοστά. Η κλινική του σημασία έγκειται στο γεγονός ότι μπορεί να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα του συνδρόμου της οζώδους σκλήρυνσης, το οποίο προσβάλει συχνότερα τον εγκέφαλο, το δέρμα, τον πνεύμονα, τους νεφρούς και την καρδιά, με παρουσία πολλαπλών αμαρτωμάτων ή καλοήθων όγκων.

Μετά από προσεκτική λήψη ιστορικού και εξέταση της συγκεκριμένης ασθενούς δεν διαπιστώθηκαν περαιτέρω κλινικά συμπτώματα ή συνοδοί ασυμπτωματικοί όγκοι.

**WT-1: ΕΝΑΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΔΕΣΜΟΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ**

Α. Χέβα<sup>1</sup>, Μ. Κιλμπασάνη<sup>1</sup>, Α. Μπαλιάκα<sup>1</sup>, Φ. Δεμερτζής<sup>2</sup>, Ν. Σαμαράς<sup>2</sup>, Σ. Παπαεμμανουήλ<sup>1</sup>

1 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Θ. “Γ. Παπανικολάου”

2 Τμήμα Εγκαυμάτων, Πλαστικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Χειρός, Γ. Ν. Θ. “Γ. Παπανικολάου”

**Εισαγωγή – Σκοπός:** Η παρουσίαση του περιστατικού ενός ασθενούς, 86 ετών, ο οποίος εμφάνιζε δερματικό μόρφωμα στη δεξιά κροταφική χώρα.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ακολούθησε η χειρουργική εξαίρεση του μορφώματος. Αφαιρέθηκε υποστρόγγυλο τεμάχιο δέρματος, διαστάσεων 2,5x2,3 εκ. και πάχους υποδορίου ιστού έως 1 εκ., στην επιφάνεια του οποίου ανευρίσκεται ελαφρώς επηρμένη και εξελκωμένη εξεργασία, λευκόφαις χροιάς, μεγίστης διαμέτρου 1,5 εκ.

**Αποτελέσματα:** Κατά την ιστολογική εξέταση διαπιστώθηκε η ανάπτυξη κακοήθους εξεργασίας, αποτελούμενης από πλειόμορφα και ατρακτόμορφα κύτταρα εντός έντονα κολλαγονοποιημένου υποστρώματος, με εμφανές, ηωσινόφιλο κεντρικό πυρήνιο. Το νεόπλασμα επεκτείνοταν από την υπερκείμενη, εξελκωμένη επιδερμίδα, έως εντός του υποκείμενου υποδορίου λιπώδους ιστού, με διήθηση νευρικών στελεχών και εστιακή διήθηση του υποκείμενου σκελετικού μυός.

Ο αριθμός των πυρηνοκινησιών ήταν αυξημένος (4-5/10 ΟΠΙΜΜ). Διαπιστώθηκε ο κάτωθι ανοσοφαινότυπος: S-100 +, WT-1 + (κυτταροπλασματικά), Melan-A -, HMB-45 -, Ck 8/18 -.

Ετέθη η διάγνωση δεσμοπλαστικού/νευροτρόπου μελανώματος, ανατομικού επιπέδου διήθησης V κατά Clark, με βάθος ανάπτυξης 16 χιλιοστά.

**Συμπεράσματα:** Το δεσμοπλαστικό μελάνωμα είναι ένας σπάνιος τύπος ατρακτοκυτταρικού μελανώματος με παρουσία κολλαγονοποιημένου ινώδους υποστρώματος. Οι περιπτώσεις όπου παρατηρείται νευροτροπισμός (περίπου 30%) ορίζονται ως δεσμοπλαστικό νευροτρόπο μελάνωμα.

Η μη ειδική κλινική του εικόνα, η ποικιλομορφία των μορφολογικών ευρημάτων, το γεγονός ότι είναι συχνά αμελανωτικό, καθώς επίσης η συνήθως αρνητική έκφραση των κλασικών μελανοκυτταρικών δεικτών Melan-A και HMB-45 καθιστούν τη διάγνωση ενός δεσμοπλαστικού μελανώματος μια πρόκληση, τόσο για τον κλινικό ιατρό, όσο και τον παθολογοανατόμο. Βοηθητικό ρόλο κατέχει η θετική έκφραση του δείκτη S-100, σε συνδυασμό με την ιστολογική εικόνα, και σύμφωνα με τις τελευταίες βιβλιογραφικές αναφορές, η θετική έκφραση στον δείκτη WT-1.

# ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ

ΡΟ.49

## ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σ. Στυλιανίδου<sup>1</sup>, Κ. Φιλιππάτος<sup>1</sup>, Π.-Θ. Μέμτσα<sup>2</sup>, Αικ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Ι. Τζιτζίκας<sup>1</sup>

1 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης “ΑΧΕΠΑ”, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Σχολή Ιατρικής

2 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο και στα δύο φύλα. Η πλειοψηφία των ασθενών ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Το 60% των πρωτοδιαγνωσμένων ασθενών με ΚΠ είναι άνω των 65 ετών και το 30% άνω των 70, Τόσο η επίπτωση όσο και η θνησιμότητα του ΚΠ αυξάνει και η μεγαλύτερη επίπτωση της της διάγνωσης του ΚΠ είναι στην ηλικία των 75-80 ετών. Η περαιτέρω αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, οδηγεί σε αύξηση της εμφάνισης του ΚΠ σε ηλικία άνω των 65 ετών. Οι ασθενείς αυτοί έχουν ιδιαιτερότητες που καθιστούν τη διάγνωση, τη σταδιοποίηση και τη θεραπεία δυσχερή και χρήζουν εξειδικευμένη αντιμετώπιση.

**Σκοπός:** Επισήμανση των διαφορών των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα όσον αφορά στη θεραπευτική τους προσέγγιση.

**Υλικό- Μέθοδος:** Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στην Αγγλική γλώσσα με τη χρήση της πλατφόρμας δεδομένων του PubMed και Ovid Medline, χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά:geriatric, age, elderly, aging, lung cancer.

**Αποτελέσματα:** Για το NSCLC σταδίου I,II και επιλεκτικά σταδίου III, χειρουργική αφαίρεση είναι η θεραπεία εκλογής. Στους ασθενείς άνω των 70 ετών το ποσοστό της μετεγχειρητικής θνησιμότητας είναι υψηλότερο σε σχέση μ' εκείνο των νεότερων ατόμων. Σήμερα, λόγω της βελτίωσης των χειρουργικών τεχνικών και της σωστής προεγχειρητικής προετοιμασίας αυτών, το ποσοστό των επιπλοκών, και της μετεγχειρητικής θνησιμότητας είναι ελαττωμένο. Η πνευμονεκτομή καλό είναι ν αποφεύγεται στους ηλικιωμένους αφού έχει διπλάσια θνησιμότητα απ' ότι η λοβεκτομή και τριπλάσια απ' ότι η τμηματεκτομή. Η ακτινοθεραπεία έχει αρχίσει να εφαρμόζεται ακόμη και σε περιπτώσεις χειρουργήσιμου NSCLC, όπου οι ηλικιωμένοι ήταν διατεθειμένοι, ή δεν μπορούσαν για αντικειμενικούς λόγους να υποβληθούν σε χειρουργική θεραπεία. Συχνά η συμμόρφωση των ηλικιωμένων ασθενών στις ιατρικές οδηγίες κατά τις συνεδρίες των ακτινοβολιών καθίσταται δύσκολη εξαιτίας συνυπαρχόντων νοσημάτων, όπως η νόσος Parkinson, ή η γεροντική άνοια και άλλα. Η ακτινοθεραπεία είναι αποτελεσματική έως και 80% σε ασθενείς με SCLC καθώς και στην ανακουφιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΚΠ. Πρόσφατες κλινικές μελέτες αποδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς με ΚΠ με ECOG Performance Status C2, μπορούν να ανεχθούν την ενδεδειγμένη κυππαροστατική αγωγή. Στον NSCLC μια πιο ήπια προσέγγιση των ηλικιωμένων ασθενών είναι η εφαρμογή μονοθεραπείας χημειοθεραπείας χωρίς πλατάνια. Μεταξύ των νεότερων παραγόντων, η γεμισταμπίνη παρουσιάζεται ως πλέον αποτελεσματική και χωρίς ιδιαίτερη τοξικότητα σε μελέτες φάσης II/III, αν και έχουν δοκιμαστεί με ικανοποιητική αποτελεσματικότητα και η βινορελμπίνη και οι ταξάνες.

**Συμπεράσματα:** Η ηλικία δεν θα πρέπει να αποτελεί το ισχυρό κριτήριο για τη θεραπεία ενός ηλικιωμένου ασθενή με ΚΠ, αλλά, η γενική κατάσταση του ασθενή και η συνύπαρξη ή όχι και άλλων νοσημάτων. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με ΚΠ χρειάζονται εξειδικευμένα και άλλα οργανωμένα κέντρα, και με τη συμμετοχή ιατρών από πολλές ειδικότητες. Θα πρέπει να προτρέπονται οι γιατροί να συμπεριλαμβάνουν τους ασθενείς τους σε πολυκεντρικές κλινικές μελέτες, ειδικά σχεδιασμένες για ηλικιωμένους ασθενείς με ΚΠ. Έτσι, με περισσότερα πλέον ερευνητικά αποτελέσματα θα μπορέσουμε να προσφέρουμε την καλύτερη δυνατή θεραπεία στην ιδιαίτερη αυτή ομάδα ασθενών.

### Βιβλιογραφία:

- Berghmans T, Tragas G, Sculier JP. Age and treatment of non-small cell lung cancer: a database analysis in the elderly patients. Lung Cancer 2002;10:619-623.
- Jack CI, Lye M, Lesley F, Wilson G, Donnelly RJ, Hind CR. Surgery for lung cancer: age alone is not a contraindication. Int. 51;423-426.
- Gaunder SJ, Tripcony L. The curative treatment by radiation therapy alone of stage I non-small lung cancer in geriatric population. Lung Cancer 2001;32(1):71-79.

**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗΣ ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Σ.-Χ. Κωτούλας<sup>1</sup>, Ε. Φούκα<sup>2</sup>, Β. Κιμισκίδης<sup>3</sup>, Χ. Ευθυμίου<sup>2</sup>, Ι. Οργατζής<sup>2</sup>, Γ. Σπυρόπουλος<sup>4</sup>, Γ. Άρσος<sup>5</sup>, Κ. Πορπόδης<sup>2</sup>, Δ. Παπακώστα<sup>2</sup>

1 Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Π.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

2 Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική κλινική, Γ.Π.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

3 Β' Νευρολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

4 424 Γ.Σ.Ν.Ε.

5 Τμήμα πυρηνικής Ιατρικής Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η σαρκοείδωση είναι μια κοκκιωματώδης νόσος, με ευρήματα από τους πνεύμονες και τους λεμφαδένες στο 90% των περιπτώσεων και συχνές εξωπνευμονικές εντοπίσεις.

**Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού σαρκοείδωσης με συμμετοχή του ΚΝΣ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Γυναίκα 37 ετών προσήλθε για διερεύνηση βήχα, εμπυρέτου και διαλείπουσας νευρολογικής συμπτωματολογίας (φωταψίες, κεφαλαλγία, παροδική παράλυση δεξιού ημιμορίου του προσώπου, αστάθεια βάδισης, αιμωδίες κάτω άκρων και διαταραχές κατάποσης) από τετραμήνου.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη φυσική εξέταση των πνευμόνων και τη νευρολογική εξέταση η ασθενής δεν παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα, ωστόσο η παρουσία λεμφαδενοπάθειας μεσοθωρακίου με συνοδά οζίδια, υποϋπεζωκοτικά και κατά μήκος του βρογχαγγειακού δεματίου κατά τον απεικονιστικό έλεγχο των πνευμόνων με HRCT και τα υψηλά επίπεδα ACE στον ορό (225 IU/L) έθεσαν την υπόνοια της πνευμονικής σαρκοείδωσης. Από τη βρογχοσκόπηση διαπιστώθηκε λεμφοκυττάρωση (32%) στο BAL, με αυξημένο λόγο CD4+/CD8+=15,5, ενώ η παθολογοανατομική εξέταση του υλικού της διαβρογικής βιοψίας δεν ανέδειξε κοκκιώματα. Στην MRI εγκεφάλου απεικονίστηκαν εστίες παθολογικού εμπλουτισμού στη λευκή ουσία μετωποβρεγματικά, χωρίς ωστόσο επιβεβαίωση των ευρημάτων στην PET-CT εγκεφάλου, όμως τα παθολογικά επίπεδα πρωτεΐνης στο ENY κατά την οσφυονωτιαία παρακέντηση και η διαπίστωση οπτικής νευρίτιδας κατά την εξέταση οφθαλμικών προκλητών δυναμικών υπέδειξαν προσβολή του ΚΝΣ. Η διάγνωση της Νευροσαρκοείδωσης ετέθη με συνδυασμό των κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων με βάση τα κριτήρια του Zajicek και ακολούθησε έναρξη αγωγής με μεθυλπρεδνιζολόνη (1mg/Kg/ημέρα), με προοδευτική βελτίωση των κλινικής εικόνας της ασθενούς κατά τον αρχικό επανέλεγχο.

**Συμπεράσματα:** Η υπόνοια της νευροσαρκοείδωσης θα πρέπει να περιλαμβάνεται πάντοτε στη διαφορική διάγνωση ασθενών με πνευμονική σαρκοείδωση που εμφανίζουν συμβατή κλινική συμπτωματολογία από το ΚΝΣ.

## ΡΟ.51

### ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΠΝΟΙΩΝ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ ΜΕ ΤΙΣ ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Μ. Μανίδου<sup>1</sup>, Μ. Αντωνιάδου<sup>1</sup>, Ε. Νένα<sup>2</sup>, Μ. Ξανθουδάκη<sup>1</sup>, Α. Βούλγαρης<sup>1</sup>, Ρ. Σωτηροπούλου<sup>1</sup>, Π. Στειρόπουλος<sup>1</sup>

1 Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Ιατρική του Ύπνου", Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

2 Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των γνωσιακών λειτουργιών των ασθενών με Σύνδρομο Αποφρακτικών Απνοιών Ύπνου (ΣΑΑΥ) και η συσχέτισή τους με τη βαρύτητα του ΣΑΑΥ.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** 105 διαδοχικά άτομα μελετήθηκαν προοπτικά με πολυυπνογραφία λόγω υποψίας ΣΑΑΥ. Όλοι υποβλήθηκαν σε δύο νευροψυχολογικές δοκιμασίες [Δοκιμασία Οπτικο-Νοητικής Ιχνηλάτισης (Μέρος Α και Β) και Δοκιμασία Λεκτικής Ευχέρειας (σημασιολογική και φωνολογική)] για την ανεύρεση πιθανών γνωσιακών ελλειμμάτων.

**Αποτελέσματα:** Τα άτομα είχαν μέση ηλικία τα  $54.3 \pm 12.1$  έτη και το 81% αυτών ήταν άνδρες. Το 52.4% ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 25.7% τριτοβάθμιας και το 21.9% δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ανάλογα με τη βαρύτητα του συνδρόμου, όπως αυτή εκτιμήθηκε με το δείκτη απνοιών υποπνοιών (Apnea-Hypopnea Index - AHI), τα άτομα χωρίστηκαν σε 4 ομάδες: ομάδα ελέγχου ( $n=9$ ), ήπιο ΣΑΑΥ ( $n=22$ ), μέτριο ΣΑΑΥ ( $n=27$ ) και σοβαρό ΣΑΑΥ ( $n=47$ ). Δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στη συνολική βαθμολογία των δοκιμασιών μεταξύ των 4 ομάδων μετά από προσαρμογή στο επίπεδο εκπαίδευσης. Η μέση τιμή  $SpO_2$  κατά τη διάρκεια του ύπνου παρουσίασε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με το χρόνο ολοκλήρωσης του μέρους Α της πρώτης δοκιμασίας ( $r=-0.215$ ,  $p=0.030$ ) και με μία κατηγορία του σημασιολογικού μέρους της δεύτερης δοκιμασίας ( $r=-0.216$ ,  $p=0.029$ ).

**Συμπεράσματα:** Η βαρύτητα του ΣΑΑΥ δε φαίνεται να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα γνωσιακών ελλειμμάτων. Η υποξία κατά τη διάρκεια του ύπνου φαίνεται να είναι ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά τις γνωσιακές λειτουργίες των ασθενών με ΣΑΑΥ.

**ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗΣ ΜΕ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ:  
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Δ. Ιωαννίδου<sup>2</sup>, Δ. Σπυράτος<sup>2</sup>, Ι. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Σ. Κωσταντά<sup>2</sup>, Θ. Κοντακιώτης<sup>2</sup>, Δ. Παπακώστα<sup>2</sup>

1 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Θ. “Γ. Παπανικολάου”

2 Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

**Σκοπός:** Η Σαρκοείδωση είναι μια πολυσυστηματική κοκκιωματώδης νόσος αγνώστου αιτιολογίας. Προσβάλλει ενήλικες νεαρής ή μέσης ηλικίας και εκδηλώνεται με αμφοτερόπλευρη πυλαία λεμφαδενοπάθεια, πνευμονικές διηθήσεις και παθολογικά ευρήματα από τους οφθαλμούς και το δέρμα. Το ήπαρ, ο σπλήνας, οι εξωθωρακικοί λεμφαδένες, οι σιελογόνοι αδένες, η καρδιά, το νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα μπορεί να προσβληθούν. Η συμμετοχή του υπεζωκότα είναι σπάνια (5%).

**Περιγραφή περιστατικού:** Παρουσιάζουμε τη περίπτωση ενός άνδρα, 50 ετών, πρώην καπνιστή με ελεύθερο ατομικό ιστορικό που εισήχθη στη Κλινική μας λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε εξάλειψη του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στο κατώτερο ήμισυ του ΔΕ ημιθωρακίου. Η ακτινογραφία και η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξαν εκτεταμένη υπεζωκοτική συλλογή δεξιά με συνοδό ατελεκτασία από πίεση του δεξιού κάτω λοβού χωρίς λεμφαδενοπάθεια. Διαπιστώθηκε ότι το υπεζωκοτικό υγρό ήταν εξιδρωματικό, με αρνητική κυτταρολογική εξέταση για κακοήθεια (3 δείγματα) ενώ η δερμοαντίδραση Mantoux, η χρώση και η καλλιέργεια για Μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης του υγρού απέβησαν αρνητικές. Υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση που δεν ήταν αποκαλυπτική ενώ η κλειστή, τυφλή βιοψία του υπεζωκότα ανέδειξε μη τυροειδοποιημένα επιθηλιοειδή κοκκιώματα. Κατά τον επανέλεγχο διαπιστώθηκε υποτροπή της συλλογής και η λήψη τοιχωματικού υπεζωκότα μετά από θωρακοσκόπηση υπό τοπική αναισθησία επιβεβαίωσε την ιστολογική διάγνωση. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κορτικοστεροειδή με ικανοποιητική ανταπόκριση και σταδιακή βελτίωση της κλινικής εικόνας.

**Συμπέρασμα:** Η συμμετοχή του υπεζωκότα στη Σαρκοείδωση είναι σπάνια ενώ η διάγνωση τίθεται όταν υπάρχουν συμβατά κλινικοακτινολογικά ευρήματα, έχουν αποκλειστεί άλλα κοκκιωματώδη νοσήματα και ανακαλύπτονται μη τυροειδοποιημένα επιθηλιοειδή κοκκιώματα σε βιοπτικό υλικό.

**ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ANTI-INΩΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΝΩΣΗ (ΙΠΙ)**

I. Οργαντζής, Ε. Φούκα, Χ. Ευθυμίου, Γ. Πίτσιου, I. Στανόπουλος, Γ. Σπυρόπουλος, Θ. Κοντακιώτης, Δ. Παππακώστα

Ιατρείο Διαμέσων Πνευμονοπαθειών Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου»

**Σκοπός:** Εκτίμηση των χαρακτηριστικών και της εξέλιξης της νόσου ασθενών με ΙΠΙ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη ασθενών με ΙΠΙ που παρακολουθούνται στο Ιατρείο Διαμέσων Πνευμονοπαθειών.

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν 16 γυναίκες και 40 άνδρες, μέσης ηλικίας  $69,51 \pm 7,32$  ετών (45-84), με μέση διάρκεια νόσου από τη διάγνωση  $25,58 \pm 21,19$  μήνες και ήπια περιοριστικού τύπου διαταραχή στις λειτουργικές δοκιμασίες των πνευμόνων ( $FEV_1=82,21 \pm 17,05\%$ ,  $FVC=74,66 \pm 17,30\%$ ,  $FEV_1/FVC=84,39 \pm 7,68$  και  $TLCO_{SB}=45,79 \pm 14,60\%$ ). Εμφύσημα στην HRCT παρουσίαζαν 17 και υπερηχογραφικά υπολογισμένη  $RVSP > 35 \text{ mmHg}$ , 12 από τους 23 ασθενείς που ελέγχηκαν. Σε δοκιμασία βάσισης 6 λεπτών υπεβλήθησαν 37 ασθενείς, οι οποίοι διάνυσαν  $345 \pm 148 \text{ m}$ , με  $SpO_2$  κατά την έναρξη και μετά το τέλος της δοκιμασίας  $93 \pm 2,86\%$  και  $84 \pm 7,94\%$ , αντίστοιχα. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν με βάση το δείκτη πρόγνωσης θνητότητας GAP ως κατηγορία I ( $0-1=4$ , II ( $2-3=13$ , III ( $4-5=28$  και IV ( $>5=5$  ασθενείς. Από τους 37 ασθενείς που παρακολουθήθηκαν για 12 μήνες μετά από τη διάγνωση, οι 25 ελάμβαναν θεραπεία με πιρφενιδόνη και 2 ασθενείς με nintedanib. Οι μεταβολές στις λειτουργικές παραμέτρους των ασθενών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1:

<b>Πίνακας 1</b>					
<b>Ασθενείς που δεν έλαβαν θεραπεία</b>					
<b>FVC% προ</b>	<b>FVC% μετά</b>	<b>p</b>	<b>TLCO<sub>SB</sub> προ</b>	<b>TLCO<sub>SB</sub> μετά</b>	<b>p</b>
83,14±11,54	82,18±14,22	0,87	49,77±15,41	50,10±23,47	0,903
mean of differences: -0,96 95% CI: -11.97-13.89			mean of differences: -0,789 95% CI: -13.74-15.32		
<b>Ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με πιρφενιδόνη</b>					
<b>FVC% προ</b>	<b>FVC% μετά</b>	<b>p</b>	<b>TLCO<sub>SB</sub> προ</b>	<b>TLCO<sub>SB</sub> μετά</b>	<b>p</b>
76,89±18,92	72,64±18,37	0,012	44,79±12,18	36,49±13,76	p<0.0001
mean of differences: -4,26 95% CI: 1,03-7,48			mean of differences: -8,30 95% CI: -4,992-11,61		

**Συμπεράσματα:** 59% των ασθενών παρουσίαζε κατά τη διάγνωση αυξημένο δείκτη GAP, γεγονός που ενδεχομένως ευθύνεται για τη λειτουργική τους επιδείνωση παρά τη θεραπεία.

## ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΡΟ.54

### ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΒΑΡΕΙΑΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΑ ΑΠΟ ΟΡΟΘΕΤΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Π. Αθανασίου, Αικ. Τζαναβάρη, Δ. Παντελίδης, Α. Σπυρίδης  
Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

**Εισαγωγή:** Στη σύγχρονη εποχή παρατηρείται επιδημία ή και πανδημία αυτοανόσων νοσημάτων. Πολλές φορές τα νοσήματα αυτά συνυπάρχουν μεταξύ τους, καθώς φαίνεται ότι η αυτοάνοση εξεργασία επεκτείνεται και σε άλλα όργανα στόχους.

**Σκοπός:** Σκοπός ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με οροθετική ρευματοειδή αρθρίτιδα (PA) που εμφάνισε βαρεία μυασθένεια.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Ασθενής, άνδρας ηλικίας 78 ετών έπασχε από οροθετική PA για την οποία ήταν υπό αγωγή με χαμηλή δόση κορτικοστεροειδών και σουλφασαλαζίνη. Ο ασθενής έπασχε επίσης από ελκώδη κολίτιδα και ήταν υπό αγωγή. Ο ασθενής εμφάνισε δυσκαταποσία, βράγχος φωνής και πτώση δεξιού βλεφάρου. Εγινε οισοφαγοσκόπηση και δοκιμασία κατάποσης. Η οισοφαγοσκόπηση δεν έδειξε χωροκατακτητική εξεργασία και απέδειξε αδυναμία της βάσης της γλώσσας για πλήρη προώθηση των βλωμών, μη ειδική κινητική διαταραχή του οισοφάγου και εκκόλπωμα ανωτέρου οισοφάγου. Παρά την έναρξη διατροφής με υδατοδιαλυτές ουσίες παρατηρήθηκε μη υποχώρηση των συμπτωμάτων. CT θώρακος έδειξε απουσία χωροκατακτητικής εξεργασίας από το μεσοθωράκιο. MRI εγκεφάλου έδειξε πτολυάριθμες αλλοιώσεις ισχαιμικού τύπου και απουσία χωροκατακτητικής εξεργασίας. Η δοκιμασία Tensilon για τη διάγνωση της βαρείας μυασθένειας απέβη θετική και ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με πυριδοστιγμίνη και μεθυλπρεδνίζολόνη με σταδιακή βελτίωση των συμπτωμάτων.

**Συμπέρασμα:** Συμπερασματικά, περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με οροθετική PA που στην πτορεία της νόσου εμφάνισε βαρεία μυασθένεια. Φαίνεται ότι στην πτορεία της νόσου τα άτομα με συστηματικά αυτοάνοσα φλεγμονώδη νοσήματα όπως είναι η PA μπορεί να εμφανίσουν και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, ως αποτέλεσμα εμφάνισης αυτοάνοσης αντίδρασης έναντι άλλων οργάνων στόχων. Η συστηματική παρακολούθηση των πασχόντων από συστηματικά αυτοάνοσα φλεγμονώδη νοσήματα για την εμφάνιση και άλλων αυτοανόσων νοσημάτων μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία τους.

**ΟΡΟΘΕΤΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ**

Π. Αθανασίου, Δ. Παντελίδης, Αικ. Τζαναβάρη, Χ. Γεροδήμος  
Ρευματολογική Κλινική, ΓΝ Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

**Εισαγωγή:** Στη σύγχρονη επιδημία ή πανδημία αυτοανόσων νοσημάτων ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η εμφάνιση και άλλων μορφών αυτοανόσων η φλεγμονώδης νοσημάτων σε πάσχοντες από συστηματικά φλεγμονώδη αυτοάνοσα νοσήματα.

**Σκοπός:** Σκοπός ήταν η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς που έπασχε από εντοπισμένο σκληρόδερμα και εμφάνισε οροθετική ρευματοειδή αρθρίτιδα (PA).

**Περιγραφή περίπτωσης:** Ασθενής, γυναίκα ηλικίας 44 ετών, προσήλθε με αρθρίτιδα ΜΚΦ άμφω, ευαισθησία στις ΠΔΚ και ΜΤΦ άμφω, πρωινή δυσκαμψία, DAS28 4.9, χωρίς ευρήματα από πνεύμονες, καρδιά και λεμφαδένες. Η ασθενής έπασχε από οροθετική PA, RF (+), antiCCP (+) διαγνωσμένη από 3ετίας και εντοπισμένο σκληρόδερμα, επιβεβαιωμένο με βιοψία από 7ετίας, με εντόπιση στους βραχίονες άμφω και στην έσω επιφάνεια του αριστερού μηρού. Ήταν σε αγωγή με μεθοτρεξάτη sc και σουλφασαλαζίνη. Η ασθενής έπασχε επίσης από πολλαπλή σκλήρυνση διαγνωσμένη από 18ετίας και υποθυρεοειδισμό υπό αγωγή με θυροξίνη. Από τη νευρολογική εκτίμηση παρουσιάζει αντανακλάσεις συμμετρικές άμφω, πέλματα καμπτικά άμφω, μυϊκή ισχύ συμμετρική άμφω, λεπτό οριζόντιο νυσταγμό άμφω και δυσδιαδοχοκινησία άνω και κάτω άκρων άμφω. Παρουσίαζε επίσης διαταραχές επιτηδευμένης βάδισης. Θεραπευτικά συζητήθηκε η χορήγηση ριτουξιμάπτης, καθώς η χορήγηση αντι-TNF<sub>α</sub> παραγόντων αντενδείκνυται λόγω της προσβολής KN3 από την πολλαπλή σκλήρυνση.

**Συμπέρασμα:** Συμπερασματικά, περιγράφεται η περίπτωση νέας γυναίκας με πολλαπλά αυτοάνοσα νοσήματα. Η εμφάνιση PA σε ασθενή με εντοπισμένο σκληρόδερμα είναι ιδιαίτερα σπάνια. Η περιγραφόμενη περίπτωση καταδεικνύει ότι κατά την παρακολούθηση ασθενών με συστηματικά αυτοάνοσα φλεγμονώδη νοσήματα απαιτείται επαγρύπνηση για την πιθανή εμφάνιση και άλλων νοσημάτων αυτοανόσου αρχής και ιδιαίτερη προσοχή κατά τη χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, καθώς τα σύγχρονα φάρμακα έχουν μεν ιδιαίτερα σημαντική επωφελή επίδραση για τους πάσχοντες, αλλά μπορεί να εμφανίζουν και ανεπιθύμητες δράσεις.

## ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΡΟ.56

### ΧΟΝΔΡΟΕΙΔΕΣ ΧΩΡΙΣΤΩΜΑ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

I. Καλαϊτσίδου<sup>1</sup>, Κ. Βαχτσεβάνος<sup>1</sup>, Ν. Κουκόλης<sup>1</sup>, Ε. Σταθάκης<sup>2</sup>, Μ. Κιλμπασάνη<sup>2</sup>, Κ. Αντωνιάδης<sup>1</sup>

1 Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

2 Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

**Εισαγωγή:** Με τον όρο χωρίστωμα περιγράφονται δυσπλαστικής αιτιολογίας όγκοι, στους οποίους παρατηρείται ανάπτυξη φυσιολογικού ιστού σε έκτοπη θέση. Στην περιοχή κεφαλής-τραχήλου οι βλάβες αυτές εντοπίζονται κυρίως ενδοστοματικά (γλώσσα, υπερώα, παρειά, αμυγδαλή) και εξωστοματικά (τράχηλος, έξω ακουστικός πόρος, γεφυροπαρεγκεφαλιδική γωνία καθώς και στην παρωτίδα και στον περιπαρωτιδικό χώρο). Πιστεύεται ότι προέρχεται από τις καταβολές του 1<sup>ου</sup> ή 2<sup>ου</sup> φαρυγγικού τόξου (χόνδρος του Meckel ή Reichert). Στην διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται μόνο 4 περιστατικά με χονδροειδές χωρίστωμα της παρωτίδας.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης με χονδροειδές χωρίστωμα της δεξιάς παρωτίδας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Περιγράφουμε την περίπτωση γυναίκας 48 χρονών με μόρφωμα στον παραφαρυγγικό χώρο δεξιά που προερχόταν από τον εν τω βάθει λοβό της παρωτίδας. Αποτέλεσε τυχαίο εύρημα στον απεικονιστικό έλεγχο κατά την διερεύνηση του λιποθυμικού επεισοδίου της ασθενούς. Το ιστορικό της ήταν ελεύθερο και συστήθηκε ολική βιοψία-εξαίρεση. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Για λόγους προσπέλασης έγινε διπλή οστεοτομία της κάτω γνάθου και ολική παρωτιδεκτομή με διατήρηση του προσωπικού νεύρου.

**Αποτελέσματα:** Ιστοπαθολογικά επρόκειτο για νεόπλασμα της παρωτίδας, αποτελούμενο από υαλοειδή χόνδρο με μέτριας κυτταροβρίθειας περιοχές χονδροκυττάρων, με ελάχιστη ατυπία και μυξοειδή εκφύλιση. Τα ευρήματα αυτά ήταν συμβατά με χονδροειδές χωρίστωμα (χόνδρωμα) της παρωτίδας. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή και τέσσερις μήνες μετά δεν παρατηρείται υποτροπή.

**Συμπεράσματα:** Το χονδροειδές χωρίστωμα της παρωτίδας είναι εξαιρετικά σπάνιος καλοήθης όγκος που αποτελείται από ώριμα χονδροκύτταρα χωρίς την παρουσία επιθηλιακών ή μυοεπιθηλιακών στοιχείων. Θεραπεία εκλογής αποτελεί η ολική χειρουργική εξαίρεση, ενώ δεν έχουν αναφερθεί περιπτώσεις υποτροπών.

**ΠΛΑΚΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΕ ΒΡΑΓΧΙΑΚΗ ΚΥΣΤΗ : ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ Η ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ**

I. Τηλαβερίδης, M. Βαφειάδου, A. Χέβα, B. Κόγιας, I. Καλαϊτσίδου, K. Αντωνιάδης  
Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. “Γ. Παπανικολάου”  
Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. “Γ. Παπανικολάου”

**Εισαγωγή – Σκοπός:** Άντρας 48 ετών προσήλθε στην κλινική μας με ανώδυνη σκληροελαστική διόγκωση στον τράχηλο αριστερά από δμήνου. Από την κλινική εξέταση τέθηκε η διάγνωση κύστης βραγχιακού τόξου, ενώ από τον απεικονιστικό έλεγχο τέθηκε το ζήτημα της διαφορικής διάγνωσης μεταξύ μιας κύστης βραγχιακού τόξου και μιας κυστικής εξωφυτικής βλάβης της αριστερής παρωτίδας. Ακολούθησε η χειρουργική εκτομή της βλάβης.

Κατά την ιστολογική εξέταση διαπιστώθηκε η παρουσία καρκινώματος από πλακώδες επιθήλιο και τέθηκε εκ νέου, ζήτημα διαφορικής διάγνωσης μεταξύ ενός πρωτοπαθούς καρκινώματος σε έδαφος προϋπάρχουσας βραγχιακής κύστης ή ενός μεταστατικού καρκινώματος επίσης αναπτυγμένο επί εδάφους της εν λόγω κύστης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Παρουσιάζονται η χειρουργική επέμβαση και όλοι οι απεικονιστικοί έλεγχοι στους οποίους υποβλήθηκε ο ασθενής, τόσο προεγχειρητικά όσο και μετά το πόρισμα της ιστολογικής εξέτασης που έθεσε την ανάγκη ανεύρεσης πιθανής πρωτοπαθούς εστίας, σταδιοποίησης και θεραπείας. Μεταξύ αυτών ήταν η διενέργεια ενδοσκόπησης, MRI και PET-CT SCAN. Αποδείχθηκε πως ο ασθενής έφερε ύποπτη βλάβη στην αριστερή αμυγδαλή, οπότε και προτάθηκε η λήψη βιοψίας, προκειμένου να διερευνηθεί η πιθανότητα ενός πρωτοπαθούς πλακώδους καρκινώματος της αμυγδαλής.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Τελικά, το νεόπλασμα θεωρήθηκε μεταστατικό κα αποκλείστηκε το ενδεχόμενο καρκινώματος που αναπτύσσεται σε έδαφος προϋπάρχουσας βραγχιακής κύστης. Το τελευταίο αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως ιδιαίτερα σπάνιο και η διάγνωσή του μπορεί να τεθεί μόνο δια αποκλεισμού.

**ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΥΠΕΡΩΑΣ ΩΣ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΡΙΝΙΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

I. Τηλαβερίδης, I. Καλαϊτσίδου, I. – S. Αστρείδης, B.–Aik. Αλεξούδη, K. Αντωνιάδης  
Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

**Εισαγωγή:** Η χειρουργική επέμβαση πλαστικής αποκατάστασης ρινικού διαφράγματος είναι μια από τις πιο συχνές επεμβάσεις που πραγματοποιείται από τους ωτορινολαρυγγολόγους ή πλαστικούς χειρουργούς. Ο πρωταρχικός στόχος της είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Σε γενικές γραμμές είναι ασφαλής, παρ' όλα αυτά μπορεί να εμφανιστούν κάποιες επιπλοκές.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση μιας σπάνιας επιπλοκής, της διάτρησης υπερώας, σε ασθενή που υποβλήθηκε σε πλαστική αποκατάσταση σκολίωσης ρινικού διαφράγματος.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήσαμε την περίπτωση άνδρα ηλικίας 46 χρονών, ο οποίος παραπέμφθηκε στην κλινική μας με διάτρηση σκληράς υπερώας και στοματοκολπική επικοινωνία μετά από την πλαστική αποκατάσταση σκολίωσης ρινικού διαφράγματος, 3 μέρες μετά την επέμβαση. Από την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε παρεκτόπιση οστικού τμήματος της υπερώας διαμέτρου περίπου 1 cm με ταυτόχρονη διάσχιση του βλεννογόνου της υπερώας. Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

**Αποτελέσματα:** Υπό τοπική αναισθησία έγινε ανάταξη του κατεαγότος τμήματος της σκληρής υπερώας και συρραφή του βλεννογόνου. Μετεγχειρητικά χορηγήθηκε αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη (αμοξυκιλίνη/ κλαβουλανικό). Η επούλωση του τραύματος εξελίχθηκε ομαλά χωρίς επιπλοκές.

**Συμπεράσματα:** Η χειρουργική αντιμετώπιση του ρινικού διαφράγματος διενεργείται ευρέως και ενίστε συνοδεύεται από κάποιες επιπλοκές, η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί επανεπέμβαση σε σημαντικό αριθμό ασθενών. Η άριστη χειρουργική τεχνική και εμπειρία του χειρουργού, ο προεγχειρητικός σχεδιασμός και προετοιμασία έχουν καθοριστική σημασία για την πρόληψη των επιπλοκών.

**ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΩΝ ΕΚΦΟΡΗΤΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΤΩΝ ΕΛΑΣΣΟΝΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ  
ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΩΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

I. Καλαϊτσίδου<sup>1</sup>, I. -Σ. Αστρείδης<sup>1</sup>, B. -Αικ. Αλεξούδη<sup>1</sup>, N. Παστέλλη<sup>2</sup>, N. Κεχαγιάς<sup>1</sup>, K. Αντωνιάδης<sup>1</sup>

Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

1 Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

2 Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

**Εισαγωγή:** Οι όγκοι που εντοπίζονται στους ελάσσονες σιελογόνους αδένες αντιπροσωπεύουν το 22% του συνόλου των νεοπλασμάτων των σιελογόνων αδένων. Στην πλειοψηφία τους είναι κακοήθεις όγκοι.

Το καρκίνωμα των εκφορητικών πόρων είναι μία σπάνια μορφή κακοήθειας των σιελογόνων αδένων. Έλαβε την ονομασία του εξαιτίας της ιστολογικής ομοιότητάς του με το πορογενές καρκίνωμα του μαστού.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης με καρκίνωμα των εκφορητικών πόρων υπερώας από ελάσσονες σιελογόνους αδένες.

**Υλικό και Μέθοδος:** Τον Ιούνιο του 2015 προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας 35χρονη γυναίκα με ευμεγέθης διόγκωση στην υπερώα δεξιά. Υπήρχε σημαντική ευσειστότητα των οδόντων αντίστοιχα προς την βλάβη. Η αξονική τομογραφία σπλαγχνικού κρανίου κατέδειξε λυτική βλάβη της άνω γνάθου με συνοδό μάζα μαλακών μορίων με επέκταση προς το ιγμόρειο και την δεξιά ρινική θαλάμη. Η λήψη βιοψίας έδειξε ότι επρόκειτο για καρκίνωμα των εκφορητικών πόρων από ελάσσονες σιελογόνους αδένες.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση κατά την οποία διενεργήθηκε χαμηλή ημιγναθεκτομή. Η αρχική διάγνωση επιβεβαιώθηκε ιστοπαθολογικά. Η μετεγχειρητική πορεία της ήταν ομαλή. Η ασθενής υποβλήθηκε σε μετεγχειρητική ακτινοβολία και 20 μήνες αργότερα είναι ελεύθερη νόσου.

**Συμπεράσματα:** Το καρκίνωμα των εκφορητικών πόρων στο 85% των περιπτώσεων εμφανίζεται στην παρωτίδα, ενώ η συχνότητα προσβολής των ελασσόνων σιελογόνων αδένων είναι μικρότερη των 2%. Εκδηλώνεται τρεις φορές συχνότερα στους άρρενες και η μέγιστη επίπτωση της νόσου παρουσιάζεται μεταξύ 6ης και 7ης δεκαετίας της ζωής. Η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εξαίρεση της βλάβης σε συνδυασμό με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Αποτελεί υψηλής κακοήθειας νόσο και έχει δυσμενή πρόγνωση.

**ΔΙΠΛΗ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΩΣ ΟΔΟΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΒΔΟΜΥΟΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΠΤΕΡΥΓΟΕΙΔΟΥΣ ΒΟΘΡΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙ 6 ΕΤΩΝ**

I. Καλαϊτσίδου<sup>1</sup>, M. Βαφειάδου<sup>1</sup>, K. Παρασκευόπουλος<sup>1</sup>, A. Μεγαλόπουλος<sup>2</sup>, K. Αντωνιάδης<sup>1</sup>  
1 Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»  
2 Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

**Εισαγωγή:** Τα νεοπλάσματα του παραφαρυγγικού χώρου αποτελούν το 0,5% των όγκων της κεφαλής και τραχήλου. Η αφαίρεση των όγκων αυτών προϋποθέτει την ασφαλή και ευχερή χειρουργική προσπέλαση. Η διπλή οστεοτομία της κάτω γνάθου σαν μέθοδος προσπέλασης εφαρμόζεται ευρέως στην κλινική μας.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης με ραβδομυοσάρκωμα πτερυγοειδούς βόθρου σε παιδί 6 χρονών και η περιγραφή χειρουργικής προσπέλασης για την εκτομή του νεοπλάσματος.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Κορίτσι 6 ετών παραπέμφθηκε στην κλινική μας με διάγνωση ραβδομυοσαρκώματος εμβρυϊκού τύπου. Κατά την αρχική διάγνωση η ασθενής εμφάνισε κλινική εικόνα συνδρόμου υπερκόγχιου σχίσματος και στον απεικονιστικό έλεγχο η νεοεξεργασία καταλάμβανε την υποκροτάφια χώρα και τους πτερυγοειδείς μύες με ενδοκράνια επέκταση προς τον δεξιό σηραγγώδη κόλπο. Μετά από τους 7 κύκλους χημειοθεραπείας, παρατηρήθηκε συρρίκνωση του όγκου απεικονιστικά και συστήθηκε χειρουργική εκτομή αυτού. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

**Αποτελέσματα:** Με εξωστοματική προσπέλαση, δια της υπογνάθιας τραχηλικής τομής, έγινε διπλή οστεοτομία της κάτω γνάθου δεξιά (κάθετη οστεοτομία στον κλάδο της κάτω γνάθου και εγγύς του γενειακού τρήματος) και εκτομή της εξεργασίας με διατήρηση των ευγενών δομών. Η ακινητοποίηση της κάτω γνάθου μετά την επαναφορά της στην αρχική θέση έγινε με 2 πλάκες οστεοσύνθεσης. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή, χωρίς επιπλοκές.

**Συμπεράσματα:** Η διπλή οστεοτομία της κάτω γνάθου αποτελεί μια ασφαλή μέθοδο προσπέλασης των όγκων του παραφαρυγγικού χώρου καθώς παρέχει καλύτερο χειρουργικό πεδίο και άνεση χειρισμών.

**Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΩΠΙΑΙΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Β.-Αικ. Αλεξούδη, Ν. Κουκόλης, Ι.-Σ. Αστρειδης, Ι. Καλαϊτσίδου, Γ. Βενέτης

Παν/μιακή Κλινική Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ΓΝ «Γ. Παπανικολάου»

**Εισαγωγή:** Η αντιμετώπιση των καταγμάτων των μετωπιαίων κόλπων γίνεται με κρανιοποίηση ή ερήμωση του μετωπιαίου κόλπου ή με καθετηριασμό του μετωπορρινικού πόρου. Η επιλογή της τεχνικής εξαρτάται από τη συμμετοχή του προσθίου ή του οπισθίου τοιχώματος του κόλπου, την συνύπαρξη ή όχι εγκεφαλικού τραύματος καθώς και την εμπλοκή του μετωπορρινικού πόρου.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση τριών περιστατικών με κατάγματα μετωπιαίου κόλπου και σύγχρονο εγκεφαλικό τραύμα που αντιμετωπίστηκαν με επαναδημιουργία του μετωπορρινικού πόρου χωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές.

**Υλικό/Μέθοδος:** Τα τρία διαδοχικά περιστατικά είναι:

- 1) άρρεν 24 ετών, με πολλαπλά κατάγματα σπλαγχνικού κρανίου, εγκεφαλονωτιαία ρινόρροια και πνευμεγκέφαλο.
- 2) θήλυ 52 ετών με ρινόρροια, εγκεφαλική θλάση μετωπιαία, κάταγματα μετωπιαίων και οροφής κόγχων άμφω , τύφλωση αριστερά.
- 3) άρρεν 22 ετών με ρινόρροια, εγκεφαλικές θλάσεις, μετωπορινοκογχικά κατάγματα.

Όλα τα περιστατικά διακομίστηκαν από ΜΕΘ ή/και ΝΡΧ κλινικές. Αντιμετωπίστηκαν, μετά από νευροχειρουργική συνεκτίμηση, με ανοικτή οστεοσύνθεση και επαναδημιουργία του μετωπορρινικού πόρου με πρόσθια ηθμοειδοτομία και καθετηριασμό για τρεις εβδομάδες, παρά τη συνύπαρξη νευροχειρουργικού τραύματος.

Η ρινόρροια αντιμετωπίστηκε συντηρητικά και σε δύο περιστατικά χρειάστηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση για να διατηρηθεί η πίεση του ENY σε χαμηλά επίπεδα.

**Αποτελέσματα:** Μέση νοσηλεία: 2 εβδομάδες. Εξιτήριο υπό αντιμικροβιακή και τοπική αποσυμφορητική αγωγή για μία εβδομάδα. Παρακολούθηση 1,5-2,5 χρόνων: χωρίς υποτροπή ρινόρροιας, χωρίς σημεία μηνιγγίτισμού, χωρίς παραρρινοκολπίτιδα. Ικανοποιητικός αερισμός μετωπιαίων απεικονιστικά.

**Συμπεροφορματα:** Η επαναλειτουργία των μετωπιαίων κόλπων θα μπορούσε, υπό προήτοθέσεις, να είναι θεραπευτική επιλογή ακόμη και επί συνύπαρξης εγκεφαλικού τραύματος.

**ΝΕΥΡΙΝΩΜΑ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ΑΝΤΡΟΥ- ΕΝΑΣ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΟΣ ΟΓΚΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

I. Καλαϊτσίδου<sup>1</sup>, K. Βαχτσεβάνος<sup>1</sup>, Π. Σακελλαρίου<sup>2</sup>, M. Καράμπουγα<sup>2</sup>, B. Κόγιας<sup>1</sup>, N. Παστέλλη<sup>3</sup>, K. Αντωνιάδης<sup>1</sup>

1 Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

2 Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

3 Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

**Εισαγωγή:** Τα νευρινώματα είναι καλοήθεις όγκοι προέρχονται από τα κύτταρα των νευρικών ελύτρων. Στο 25% των περιπτώσεων εμφανίζεται στην περιοχή κεφαλής –τραχήλου, και μόνο το 4% των όγκων αυτών εντοπίζονται στην περιοχή της ρινός και των παραρρινίων κόλπων, ενώ η εντόπισή τους στο ιγμόρειο άντρο το είναι εξαιρετικά σπάνια. Μόνο λίγα περιστατικά έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης με νευρίνωμα ιγμορείου άντρου και η ανάδειξη της δυνατότητας συνεργασίας Στοματικών Γναθοπροσωπικών χειρουργών και Νευροχειρουργών για την αντιμετώπιση ευμεγέθους αυτού όγκου άνω γνάθου με επέκταση στο ενδοκράνιο.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Περιγράφουμε την περίπτωση γυναίκας 56 χρονών που παραπέμφθηκε στην κλινική μας με διόγκωση παρειάς από διετίας. Η αξονική τομογραφία έδειξε ευμεγέθης εξεργασία καταλαμβάνουσα το αριστερό ιγμόρειο άντρο με επέκταση στο ενδοκράνιο και διάβρωση του εδάφους του μέσου κρανιακού βόθρου. Επίσης επεκτεινόταν προς το έδαφος του οφθαλμικού κόγχου. Ακολούθησε λήψη ιστοτεμαχίου για βιοψία και τα ευρήματα της ιστολογικής και ανοσοϊστοχημικής εξέτασης συνηγορούσαν υπέρ της παρουσίας νερινώματος.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Διενεργήθηκε πλήρης χειρουργική εξαίρεση του όγκου με την τροποποιημένη Weber – Fergusson προσπέλαση και τμηματική εκτομή της γνάθου. Μετεγχειρητικά η ασθενής εμφάνισε πάρεση προσωπικού III βαθμού κατά House- Brackmann που αποδόθηκε σε εγχειρητικούς χειρισμούς και οίδημα. Η επιπλοκή αυτή υποχώρησε σε 20 μέρες μετά το χειρουργείο.

**Συμπεράσματα:** Το νευρίνωμα του ιγμόρειου άντρου είναι ένας ασυνήθης καλοήθης όγκος με ιδιαίτερα απεικονιστικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά, ο οποίος θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των όγκων της άνω γνάθου.

## ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ

ΡΟ.63

### ΕΚΚΡΙΝΕΣ ΠΟΡΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΤΕΡΥΓΙΟΥ ΤΟΥ ΩΤΟΣ –ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Η. Μιχαλάκης, Α. Καλαμπαλίκα, Ε. Ιωσηφίδου, Φ. Αλ-Νόφαλ  
Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

**Εισαγωγή:** Το εκκρινές ποροκαρκίνωμα είναι ένας σπάνιος κακοήθης όγκος των ιδρωτοποιών αδένων. Παρουσιάζουμε περιστατικό με εντόπιση στο πτερύγιο που υποτροπίασε παρά την αρχική αφαίρεση του όγκου σε υγιείς ιστούς.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άνδρας 85 ετών προσήλθε λόγω εξωφυτικής ανθοκραμβοειδούς βλάβης μεγαλύτερης διαμέτρου 33 mm στο αριστερό πτερύγιο του ωτός. Υποβλήθηκε σε σφηνοειδή εκτομή του πτερυγίου και η ιστολογική διερεύνηση κατέδειξε εκκρινές ποροκαρκίνωμα. Τα χειρουργικά χείλη εκτομής ήταν ελεύθερα. Ο ασθενής ετέθη σε παρακολούθηση και σε λιγότερο από ένα μήνα μετά την επέμβαση παρουσίασε εκτεταμένη υποτροπή, οπότε και παρεπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για συνδυασμένη αντιμετώπιση.

**Συζήτηση:** Το εκκρινές ποροκαρκίνωμα είναι ένα σπάνιο νεόπλασμα, καθώς αποτελεί μόλις 1 στις 20.000 περιπτώσεις καρκίνων του δέρματος. Εντοπίζεται συνηθέστερα στα κάτω άκρα, ενώ στο 24% των περιπτώσεων στην κεφαλή και τον τράχηλο. Κλινικά εμφανίζει ποικιλομορφία, αν και συνήθως απαντάται ως οζώδης πολυποειδής μάζα. Περισσότερα από 50 έτη από την πρώτη περιγραφή του, δεν υπάρχουν ακόμη σήμερα οδηγίες τόσο για τη σταδιοποίηση όσο και για τη θεραπεία της νόσου. Φαίνεται πως η ευρεία χειρουργική εκτομή είναι απαραίτητη, ενώ στις μεταστάσεις και τις υποτροπές θέση έχουν τόσο η ακτινοθεραπεία, όσο και η χημειοθεραπεία.

**Συμπέρασμα:** Στην περίπτωσή μας, η άμεση εμφάνιση υποτροπής τοπικά, παρά την αφαίρεση του όγκου σε ελεύθερα χειρουργικά χείλη, υποδεικνύει πιθανόν την ανάγκη ευρύτερης εκτομής από ότι στις περιπτώσεις των συνήθων δερματικών κακοηθειών (βασικοκυτταρικού και ακανθοκυτταρικού καρκινώματος)

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΠΟΥ ΙΝΟΞΑΝΘΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ**

Η. Μιχαλάκης, Α . Καλαμπαλίκα, Ε . Ιωσηφίδου, Φ. Αλ-Νόφαλ  
Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Σκοπός μας είναι να παρουσιάσουμε 2 περιστατικά άτυπου ινοξανθώματος, ενός ασύνηθους νεοπλάσματος του δέρματος, που εμφανίζεται ως μονήρης εξελκωμένος όζος στην κεφαλή και τον τράχηλο ηλικιωμένων ασθενών.

**Παρουσίαση περιστατικών:** Παρουσιάζουμε 2 περιστατικά: Γυναίκα 82 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία ΩΡΛ λόγω οζώδους βλάβης διαμέτρου 1 εκατοστού, στην αριστερή παρειά από πενταμήνου. Άνδρας 83 ετών προσήλθε λόγω παρόμοιας βλάβης διαμέτρου 0,5 cm στη ράχη της ρινός. Αμφότεροι υποβλήθηκαν σε εκτομή της βλάβης υπό τοπική αναισθησία. Η ιστολογική έκθεση στις δύο περιπτώσεις έδειξε νεοπλασματική εξεργασία περιορισμένη στο χόριο που αναγνωρίστηκε ως άτυπο ινοξάνθωμα. Ανισοίστοχημικά, τα κύτταρα ήταν αρνητικά στα: Melan A, S-100, HMB-45, CD 34και θετικά στο CD 10. Και στις δύο περιπτώσεις η εξαίρεση ήταν πλήρης και τα χειρουργικά χείλη εκτομής ελεύθερα. Οι ασθενείς είναι υπό παρακολούθηση για 6 και 10 μήνες αντίστοιχα, χωρίς να έχουν εμφανίσει υποτροπή.

**Συζήτηση-Συμπεράσματα:** Το άτυπο ινοξάνθωμα είναι ένα νεόπλασμα του δέρματος που εμφανίζεται συνήθως σε ηλικιωμένους. Εντοπίζεται κυρίως στην κεφαλή και τον τράχηλο, λόγω της μεγαλύτερης έκθεσης των περιοχών αυτών στην ηλιακή ακτινοβολία. Μεταλλάξεις στο γονίδιο p53 φαίνεται να ευθύνονται για την νόσο. Σε αυτές συντελούν η υπεριώδης ακτινοβολία, η ακτινοθεραπεία και τα εγκαύματα. Ενδιαφέρον είναι, πως παρότι το άτυπο ινοξάνθωμα θεωρείται καλόθες νεόπλασμα, παρουσιάζει ιστολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά κακοήθειας. Θεραπευτικά κρίνεται απαραίτητη η πλήρης χειρουργική εξαίρεση και η παρακολούθηση, καθώς στη βιβλιογραφία αναφέρονται ποσοστά υποτροπής ως και 20%.

## Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

ΑΙΚ. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Π.-Θ. Μέμτσα<sup>2</sup>, Σ. Στυλιανίδου<sup>1</sup>, Ι. Τζιτζίκας<sup>1</sup>

1 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης “ΑΧΕΠΑ”, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Σχολή Ιατρικής

2 Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου από πλακώδες επιθήλιο είναι η έκτη πιο συχνή μορφή καρκίνου πταγκοσμίως και η πλειοψηφία των ασθενών διαγνωνίσκονται με προχωρημένο στάδιο της νόσου. Περίπου 25% των ασθενών είναι ηλικίας άνω των 70 ετών. Η περιορισμένη συμμετοχή του γηριατρικού πληθυσμού σε κλινικές μελέτες δυσχεραίνει την αποτελεσματική εφαρμογή νέων φαρμάκων και την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών διαχείρισης των ηλικιωμένων ασθενών. Έτσι όλες οι συστάσεις για τη διαχείριση των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου βασίζονται σε αναδρομικές μελέτες.

**Μέθοδος- Υλικό:** Αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων του PubMed μελετών που αφορούν τη ακτινοθεραπευτική αντιμετώπιση των γηριατρικών ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου.

**Αποτελέσματα:** Η ηλικία δεν αποτελεί περιοριστικό παράγοντα ακτινοβόλησης σύμφωνα με άρθρο του Pignon και των συνεργατών του με τίτλο "Δεν υπάρχει όριο ηλικίας για τη ριζική ακτινοθεραπεία των όγκων κεφαλής και τραχήλου". Ή μετά- ανάλυση πέντε μελετών EORTC με τη συμμετοχή 1.589 ασθενείς (26% άνω των 65 ετών) ανέλυσε την επιβίωση και την τοξικότητα σε επτά ηλικιακές κατηγορίες, τρεις εκ των οποίων αφορούσαν τον ηλικιωμένο πληθυσμό (65-69, 70-75, > 75). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη συνολική επιβίωση, τον τοπικοπεριοχικό έλεγχο της νόσου και τις οξείες και απώτερες παρενέργειες των βλεννογόνων. Ωστόσο, η ανοχή της οξείας τοξικότητας ήταν μικρότερη στους ηλικιωμένους ασθενείς από ότι στους νεότερους. Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα αφορά τα σχήματα κλασματοποίησης. Σύμφωνα με μεγάλη μετά-ανάλυση 15 μελετών με 6.515 ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, η υπερκλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία εξασφαλίζει μεγαλύτερο όφελος στον τοποπεριοχικό έλεγχο και την επιβίωση. Όμως, η ευεργετική επίδραση της ελαττώνεται με την πάροδο της ηλικίας και τη κακή γενική κατάσταση, η οποία οφείλεται εν μέρει στην αύξηση του ποσοστού θανάτων που δεν σχετίζονται με τον καρκίνο στους ηλικιωμένους. Έτσι, η συμβατική κλασματοποίηση (1.8-2 Gy ανά κλάσμα για 5-7 εβδομάδες) παραμένει η θεραπεία εκλογής. Λιγότερο εντατικά σχήματα μπορούν να εκπληρώσουν το ρόλο μιας αποτελεσματικής στρατηγικής για την ανακούφιση συμπτωμάτων, όταν η ίαση δεν είναι εφικτή. Αρκετά υποκλασματοποιημένα ακτινοθεραπευτικά σχήματα έχουν προταθεί όπως 14 Gy σε 4 κλάσματα, 30 Gy σε 5 κλάσματα, 50 Gy σε 16 κλάσματα, 24 Gy σε 3 κλάσματα, ή 48 Gy σε 12 κλάσματα. Σύμφωνα με αναδρομική μελέτη ασθενείς άνω των 65 ετών που αδυνατούν να ανεχτούν τη κλασσική ακτινοθεραπεία κρίνονται κατάλληλοι για επιταχυνόμενη υποκλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία με δόση 60-72 Gy σε 20-24 κλάσματα. Επιπλέον, η στρεοτακτική ακτινοθεραπεία μπορεί να αντιπροσωπεύει μια πολλά υποσχόμενη εναλλακτική λύση με παρηγορητικό χαρακτήρα στον γηριατρικό πληθυσμό.

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας ως μόνιμης θεραπείας ή συνδυασμένη με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι ασφαλής και αποτελεσματική σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Για τη θεραπευτική προσέγγιση των γηριατρικών ασθενών είναι απαραίτητη η μεγαλύτερη συμμετοχή τους στις κλινικές μελέτες, ώστε να λάβουν τη μέγιστη αφέλεια.

### Βιβλιογραφία:

1. Treatment of Elderly Patients with Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. Szturz P, Vermorken JB. Front Oncol. 2016 Aug 31;6:199.
2. Treatment approaches in elderly patients with head and neck cancer. Perri F1, Ionna F, Pavone E, Longo F, Caponigro F. Anticancer Agents Med Chem. 2013 Nov;13(9):1383-90.

## **STUDENTS' CORNER**

## S.C.01

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟ

Χ. Μήτας, Σ. Μπουλούκου, Α. Μανάφης, Γ. Κερπινιώτης, Γ. Λαλές, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Πετίδης, Μ. Δούμας, Α. Καραγιάννης  
Υπερτασιολογικό Ιατρείο, Β' Προπαïδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η αρτηριακή υπέρταση είναι ένα μείζων πρόβλημα υγείας του δυτικού κόσμου με τον επιπτολασμό της να κυμαίνεται μεταξύ 24-38%. Ο πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός αποτελεί το συχνότερο αίτιο δευτεροπαθούς υπέρτασης και οφείλεται για την παρουσία υπέρτασης στο 1-2% των υπερτασικών ασθενών. Το παρόν περιστατικό αφορά ασθενή με αρρύθμιστη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) που τελικά διεγνώσθη με πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό.

**Περίληψη:** Ασθενής θήλυ 54 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω αναφερόμενης μυϊκής αδυναμίας των κάτω άκρων από εικοσιτετραώρου. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ΑΠ 230/150 mmHg. Πρόκειται για έναν ασθενή ετεροζυγώτη β-θαλασσαιμίας με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης προ δεκαετίας για την οποία ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή με φελοδιπίνη, μετοπρολόλη και τελμισαρτάνη. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε υποκαλιαιμία ( $K^+$  ορού 2,6 mmol/l) και μεταβολική αλκάλωση (pH 7,48,  $HCO_3^-$  29.1 mmol/l, ABE 6,5 mmol/l). Ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια ενυδάτωση με συμπληρώματα καλίου και σε αγωγή με αμλοδιπίνη και δοξαζοσίνη. Από τη συλλογή ούρων 24ώρου διαπιστώθηκε μεύκωμα 1338.2 mg/24h,  $K^+$  132 mmol/24h και  $Na^+$  135 mmol/24h. Πραγματοποιήθηκε εικοσιτετράωρη καταγραφή της περιπατητικής ΑΠ, από την οποία διαπιστώθηκαν αυξημένοι μέσοι όροι τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής ΑΠ (160/105 mmHg). Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλιάς από την οποία διαπιστώθηκε παρουσία όζου στο αριστερό επινεφρίδιο. Κατόπιν ρύθμισης της ΑΠ με τη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, η ασθενής εξέρχεται και πραγματοποιήθηκε προσδιορισμός ρενίνης αλδοστερόνης σε ύππια θέση και μετά από φόρτωση με δύο λίτρα φυσιολογικού ορού, δύο εβδομάδες μετά το εξιτήριο. Οι τιμές των ορμονών ήταν ενδεικτικές πρωτοπαθούς αλδοστερονισμού. και η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με σπειρολακτόνη 400mg και αμλοδιπίνη 10mg ημερησίως.

**Συμπέρασμα:** Καθίσταται, λοιπόν, ζωτικής σημασίας η επαγρύπνηση και η διερεύνηση των ασθενών με αρτηριακή υπέρταση για την πιθανή ύπαρξη του υπεραλδοστερονισμού ως αιτιολογικού παράγοντα, ειδικά σε περιπτώσεις που αυτή συνυπάρχει με υποκαλιαιμία.

## S.C.02

### ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ: ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ Η ΑΞΙΑ ΤΟΥΣ

Γ. Λαλές, Μ. Χρήστος, Γ. Κερπινιώτης, Α. Μανάφης, Σ. Μπουλούκου, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Πετίδης, Μ. Δούμας, Α. Καραγιάννης

Υπερτασιολογικό Ιατρείο, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί ένα από τα συχνότερα προβλήματα υγείας με ποσοστά που αγγίζουν το 35% επί του γενικού πληθυσμού. Στο 90-95% των περιπτώσεων δεν ανευρίσκεται συγκεκριμένη αιτία (πρωτοπαθής υπέρταση). Ωστόσο, στο 5-10% των περιπτώσεων η εκδήλωση της υπέρτασης υποκρύπτει άλλη παθολογία, η αντιμετώπιση της οποίας επαναφέρει της αρτηριακή πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης αποτελεί η περιγραφή των μεθόδων διαφοροδιάγνωσης των αιτιών δευτεροπαθούς υπέρτασης, με ιδιαίτερη έμφαση στον πρωτοπαθή αλδοστερονισμό που αποτελεί και τη συχνότερη αιτία δευτεροπαθούς νόσου.

**Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων MEDLINE/PubMed και EMBASE με τη χρήση διαφόρων όρων σχετικών με τις αιτίες και τη διάγνωση της δευτεροπαθούς υπέρτασης.

**Αποτελέσματα:** Στις συχνότερες και πιο αξιόπιστες μεθόδους αναζήτησης αιτιών δευτεροπαθούς υπέρτασης περιλαμβάνονται απεικονιστικές μέθοδοι όπως η μαγνητική και η αξονική τομογραφία, το υπερηχογράφημα με τη χρήση έγχρωμου Doppler (στένωση νεφρικής αρτηρίας), η μελέτη του ασθενούς κατά τη διάρκεια του ύπνου (υπνική άπνοια) και ο προσδιορισμός ορμονών στο αίμα ή στα ούρα (κατεχολαμίνες ούρων 24ώρου, κορτιζόλη ορού πριν και μετά από δοκιμασίες καταστολής κ.α.). Όσο αναφορά στη διαφορική διάγνωση του πρωτοπαθούς αλδοστερονισμού, καίριας σημασίας είναι ο προσδιορισμός σε ύππια θέση των επιπέδων δραστικότητας ρενίνης και αλδοστερόνης πλάσματος με σκοπό τόσο την αξιολόγηση των τιμών τους όσο και τον προσδιορισμό του λόγου αλδοστερόνης προς ρενίνη. Επιπλέον, η χρήση μεθόδων καταστολής (φόρτωση με 2 λίτρα φυσιολογικού ορού, χορήγηση φθοριοκορτιζόνης, καπποπρίλης ή χλωριούχου νατρίου από του στόματος) ή διέγερσης (δοκιμασία handgrip, χορήγηση ACTH) του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης βρίσκοται στο επίκεντρο του επιστημονικού ενδιαφέροντος με ορισμένες από αυτές να αποτελούν τις προτεινόμενες μεθόδους από τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση του πρωτοπαθούς αλδοστερονισμού.

**Συμπέρασμα:** Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με υπέρταση πάσχει από μία ίασιμη νόσο, εκδήλωση της οποίας είναι η αρτηριακή υπέρταση. Η έγκαιρη διάγνωση της υποκείμενης αιτίας δύναται να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο εκδήλωσης επιπλοκών από τη νόσο.

## S.C.03

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ CMV ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Γ. Παπαροϊδάμης, Δ. Χατζής, Σ. Ζαφειρόπουλος, Α. Βαρουκτσή, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Δ. Ταραμπουλούς, Κ. Τσιώγκας, Α. Μπίνας, Α. Τσιμπερίδης, Ν. Γραμματικός, Ο. Γιουλεμέ, Α. Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό (CMV) αποτελεί σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή σε ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται υπό ανοσοκαταστολή. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση μίας ενδιαφέρουσας περίπτωσης ενός ασθενούς με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας υπό αγωγή, ο οποίος παρουσίασε λοίμωξη από CMV, με αποτέλεσμα την εμφάνιση CMV κολίτιδας.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής 35 ετών, διεκομίσθη λόγω εμφάνισης εμπυρέτου από 24ώρου, με συνοδά επεισόδια διαρροϊκών κενώσεων και συνοδό κοιλιακό άλγος κατά τη διάρκεια της αφόδευσης. Από το ατομικό της αναμνηστικό αναφέρεται ελκώδης κολίτιδα, διεγνωσμένη προ διετίας. Η ασθενής λάμβανε ανοσοτροποποιητική αγωγή με καλή ανταπόκριση, ωστόσο από εξαμήνου παρατηρήθηκε αυξημένος αριθμός διαρροϊκών επεισοδίων, ενώ από 2-3 μηνών υπήρχε περαιτέρω επιδείνωση με περισσότερες από 10 κενώσεις την ημέρα. Η ασθενής ελάμβανε μεθυλπρεδνιζολόνη, σιπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη. Κατά την αντικειμενική εξέταση της κοιλιακής χώρας παρατηρήθηκαν αυξημένοι εντερικοί ήχοι, ενώ στη δακτυλική εξέταση παρατηρήθηκαν υδαρά κόπρανα με ήπια πρόσμιξη αίματος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ήπια αναιμία, αυξημένος αριθμός αιμοπεταλίων και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Κατά τον ενδοσκοπικό έλεγχο παρατηρήθηκε εικόνα κολίτιδας, ενώ έγινε λήψη πολλαπλών βιοψιών για ιστολογικό έλεγχο. Στην παθολογοανατομική έκθεση αναφέρονται ιστολογικά ευρήματα CMV κολίτιδας σε έδαφος ενεργού ελκώδους κολίτιδας. Στην αγωγή της ασθενούς προστέθηκε αντιική αγωγή και διεκόπη η χορήγηση ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων. Η κλινική εικόνα της ασθενούς βελτιώθηκε ενώ παρατηρήθηκε βελτίωση των ενδοσκοπικών ευρημάτων.

**Συμπεράσματα:** Κατά τη διαγνωστική προσπέλαση ασθενούς με ενεργό φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και επιδείνωση της κλινικής του εικόνας είναι απαραίτητες όλες οι παρακλινικές εξετάσεις προκειμένου να αποκλειστούν πιθανές λοιμώδεις αιτίες.

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΔΗΓΜΑ ΟΦΕΟΣ**

Β. Καραγκιόζογλου, Ε. Αμπατζιάδη, Ι. Παπαγιουβάννη, Κ. Σταυρόπουλος, Ι. Λινάρδου, Α. Σκάλκου, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Πετίδης, Β. Άθυρος, Α. Καραγιάννης  
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Το δείγμα όφεως αποτελεί ένα επείγον περιστατικό, το οποίο χρήζει σωστής αντιμετώπισης. Το παρόν περιστατικό αφόρα ασθενή με δείγμα οχιάς και εμφάνιση ποικίλων επιπλοκών.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Άρρεν 60 ετών διακομίσθηκε από το KY Μαδήτου ύστερα από δίξη όφεως (οχιά) στο δεξιό αντίχειρα, με εκδήλωση οιδήματος στο σύστοιχο άνω άκρο. Πρόκειται για ασθενή με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, στον οποίο είχαν ήδη χορηγηθεί κορτικοστεροειδή και αντισταμινικά. Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε οιδήμα στο δεξιό άνω άκρο με αυτόματο άλγος, επιδεινούμενο με τις κινήσεις, περιορισμό κινητικότητας των αρθρώσεων του άκρους, ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις, φλεβοκομβική ταχυκαρδία και χαμηλό κορεσμό οξυγόνου αίματος. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε γαλακτική οξέωση, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, λευκοκυττάρωση, επιδεινωμένη νεφρική λειτουργία, ενώ η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε επίταση του διάμεσου αγγειακού πνευμονικού δικτύου. Μετά την ταχεία χορήγηση υγρών, τη χορήγηση οξυγόνου, φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος, κορτικοστεροειδών, αντισταμινικών, αντιβιοτικών, αντιτετανικού ορού και αντιοφικού ορού η κλινική εικόνα του ασθενούς βελτιώθηκε και παρέμεινε αιμοδυναμικά και αερομετρικά σταθερός, με σταδιακή βελτίωση του οιδήματος και του άλγους. Την τέταρτη ημέρα νοσηλείας ο ασθενής εμφάνισε εμπύρετο ( $38,5^{\circ}\text{C}$ ) με ρίγος, ταχυκαρδία, πτώση του κορεσμού του οξυγόνου αίματος, ρεγχάζοντες ήχους κατά την ακρόαση των πνευμόνων, επίταση της λευκοκυττάρωσης και επηρεασμένη ηπατική λειτουργία και αντιμετωπίσθηκε με εμπειρική χορήγηση αντιβιοτικών. Ο ασθενής βελτιώθηκε αλλά παρουσίασε εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση την  $19^{\text{η}}$  ημέρα νοσηλείας και πνευμονική εμβολή την  $24^{\text{η}}$  ημέρα νοσηλείας όπως διαπιστώθηκε από τις απεικονιστικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Ο ασθενής τέθηκε σε αντιπηκτική αγωγή προς αντιμετώπιση των προαναφερθέντων καταστάσεων. Έπειτα από ένα μήνα νοσηλείας ο ασθενής εξήλθε της κλινικής, απύρετος, με υποχώρηση των δεικτών φλεγμονής, βελτιωμένες εργαστηριακές εξετάσεις, και υπό θεραπεία με ασενοκουμαρόλη και οδηγίες για τακτικό έλεγχο του INR.

**Συμπέρασμα:** Το δείγμα όφεως μπορεί να αποτελέσει μια απειλητική κατάσταση για τη ζωή του ασθενούς, με εμφάνιση ποικίλων επιπλοκών.

### **ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΚΑΙ ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ**

Α. Βαταλάχου, Ε. Βλάχου, Β. Θεοδοσίου, Κ. Σταυρόπουλος, Α. Πυρπασοπούλου, Ε. Σιμουλίδου, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Πετίδης, Β. Άθυρος, Α. Καραγιάννης  
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η πνευμονική εμβολή παραμένει ένα μείζον ιατρικό πρόβλημα αγγίζοντας με υψηλή θνητότητα, παρά τη σημαντική πρόοδο που επιτεύχθηκε τα τελευταία έτη στη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρωτογενή πρόληψη της νόσου. Αν και περίπου το 80% των περιπτώσεων εκδηλώνονται με δύσπνοια, η πνευμονική εμβολή δεν έχει ειδικά κλινικά συμπτώματα. Το παρόν περιστατικό αφορά ασθενή με δύσπνοια και αιμόπτυση που τελικά διεγνώσθη με πνευμονική εμβολή.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής άρρεν 69 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αναφερόμενα δύσπνοια, ζάλη, βήχα και δύο επεισόδια αιμόπτυσης. Πρόκειται για έναν ασθενή με χειρουργηθείσα νεοπλασία παχέος εντέρου από διετίας, διαφραγματοκίλη, χολοκυστεκτομή προ 10ετίας καθώς και αρτηριακή υπέρταση για την οποία ελάμβανε ολμεσαρτάνη και νευπιβολόλη. Έγινε εισαγωγή στη Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε ταχύπνοια, υποτρίζοντες βάσεων αμφοτερόπλευρα και οίδημα μηρού και γόνατος αριστερά. Οι παρακλινικές εξετάσεις ανέδειξαν υποξυγοναιμία, υποκαπνία και αναπνευστική αλκάλωση. Επιπροσθέτως, βρέθηκαν S1Q3T3 στο ΗΚΓ και αυξημένα d-dimmers, θέτοντας την υπόνοια παρουσίας πνευμονικής εμβολής. Δεδομένων των παραπάνω, στον ασθενή χορηγήθηκε N/S ενδοφλεβίως, οξυγόνο, φονταπαρινόξη υποδορίως και από του στόματος νευπιβολόλη και ομετραζόλη. Η αξονική τομογραφία θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας καθώς και τα υπερηχογραφήματα καρδιάς, μηριαίας χώρας και αριστερού γονάτου που διενεργήθηκαν στην συνέχεια, επιβεβαίωσαν τη υποψία παρουσίας πνευμονικής εμβολής σε έδαφος εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης. Για το λόγο αυτό στη φαρμακευτική αγωγή προστέθηκε ασενοκουμαρόλη. Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο μια εβδομάδα μετά την εισαγωγή του με σύσταση επιπλέον διενέργειας μαγνητικής τομογραφίας και ακτινογραφίας άνω και κάνω κοιλίας αλλά και χρήσης ελαστικών καλτσών.

**Συμπέρασμα:** Καθώς η πνευμονική εμβολή δεν εμφανίζει σταθερές κλινικές εκδηλώσεις, ένας μεγάλος αριθμός περιπτώσεων παραμένει αδιάγνωστος. Καθίσταται, λοιπόν, ζωτικής σημασίας η επαγρύπνηση των ιατρών και η διερεύνηση όλων των ασθενών που φέρουν παράγοντες κινδύνου προκειμένου να επιτευχθεί μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας της νόσου.

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΚΝΣ**

Ε. Βλάχου, Β. Θεοδοσίου, Α. Βαταλάχου, Κ. Σταυρόπουλος, Ι. Ζωγράφου, Ε. Σπέντζου, Α. Κατσιμάρδου, Κ. Ιμπριάλος, Μ. Δούμας, Β. Άθυρος, Α. Καραγιάννης  
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η βακτηριακή μηνιγγίτιδα παραμένει μία σοβαρή νόσος σε παγκόσμιο επίπεδο, με συχνότερα παθογόνα αίτια το στρεπτόκοκκο της πνευμονίας, το μηνιγγιτιδόκοκκο και τον αιμόφιλο της ινφλουέντζας, που ενοχοποιούνται για το 80% των περιπτώσεων. Το παρόν περιστατικό αφορά ασθενή με αιφνίδια έκπτωση επιπέδου συνείδησης σε έδαφος εμπυρέτου που τελικά διεγνώσθη με βακτηριακή μηνιγγίτιδα.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής άρρεν 54 ετών διεκομίσθη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω αιφνίδιας έκπτωσης επιπέδου συνείδησης με συνοδό σημειολογία γριπώδους συνδρομής και ωταλγίας. Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό μέσης ατίτιδας, αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπό αγωγή με νεμπιβολόλη και βιλδαγλιπτίνη/μεταφορμίνη. Η κλινική εξέταση ανέδειξε αυχενική δυσκαμψία, αυξημένη αρτηριακή πίεση, αυξημένο καρδιακό ρυθμό, καθώς και εμπύρετο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αυξημένος αριθμός λευκών με επικράτηση πολυμορφοπύρηνων αλλά και αυξημένα επίπεδα των πρωτεΐνων οξείας φάσης. Ακολούθησε εμπειρική χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής και στη συνέχεια διενεργήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου στην οποία εντοπίσθηκε υπέρτυκνο υλικό στο μέσο ους και διάβρωση των οστικών οσταρίων και της οροφής του τυμπάνου, ευρήματα που έθεσαν την υπόνοια χολοστεατώματος. Στη συνέχεια, λόγω εμφάνισης αναπνευστικής ανεπάρκειας, ο ασθενής διασωληνώθηκε. Η καλλιέργεια αίματος και εγκεφαλονωτιάσιου υγρού βρέθηκε θετική για πνευμονιόκοκκο, ενώ από την εξέταση δείγματος περιφερικού αίματος διαπιστώθηκε αυξημένος τίτλος πνευμονιοκοκκικού αντιγόνου. Μετά την αερομετρική και αιμοδυναμική σταθεροποίησή του, ο ασθενής αποσωληνώθηκε, η αντιβιοτική αγωγή συνεχίστηκε και συστήθηκε έναρξη κινησιοθεραπείας και αναπνευστικής φυσιοθεραπείας. Κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο η κατάσταση του ασθενούς είχε αποκατασταθεί πλήρως, ενώ έγινε σύσταση για διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας εγκεφάλου, εμβολιασμού για πνευμονιόκοκκο, επανεκτίμηση από ωτορινολαρυγγολόγο και συνέχιση κινησιοθεραπείας.

**Συμπέρασμα:** Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η ευαισθητοποίηση και η διερεύνηση ασθενών με εμπύρετο και συνοδό νευρολογική σημειολογία για τη διαπίστωση λοίμωξης του κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και την εντόπιση διαφόρων πιεστικών ή διαβρωτικών μορφωμάτων που μπορεί να σχετίζονται με τη λοίμωξη, όπως χολοστεατώματος.

**S.C.07**

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN**

Σ. Ζαφειρόπουλος, Γ. Παπαροϊδάμης, Δ. Χατζής, Α. Βαρουκτσή, Κ. Ιμπριάλος, Ε. Γεωργιανού, Χ. Μπουτάρη, Θ. Παπαδοπούλου, Κ. Σταυρόπουλος, Μ. Δούμας, Χ. Σαμπάνης, Α. Καραγιάννης  
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας αποτελεί μία μεγάλη διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση για κάθε γιατρό, λόγω του ευρέος φάσματος της διαφορικής διάγνωσης αλλά και της σοβαρότητας ορισμένων από τις αιτίες του πυρετού. Αποτελεί περίπου το 3% των εισαγωγών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο και συνήθως οφείλεται σε λοιμώξεις, νεοπλασίες ή αυτοάνοσα νοσήματα. Η παρουσία επώδυνων στοματικών άφθεων μπορεί να οδηγήσει τη διαφοδοδιαγνωστική σκέψη σε λανθασμένη κατεύθυνση. Το παρόν περιστατικό αφορά ασθενή με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας και επώδυνες άφθες που τελικά διεγνώσθη με νόσο Crohn.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής άρρεν 21 ετών, με ιστορικό χειρουργημένου ορθοπρωκτικού συριγγίου, παρουσίασε επώδυνες άφθες στοματικής κοιλότητας και εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας από μηνός, για την αντιμετώπιση του οποίου έλαβε αντιβιοτική αγωγή αρχικά με κλαριθρομυκίνη, έπειτα αμοξικυλίνη/κλαβουλονικό οξύ και ακολούθως μοξιφλοξασίνη. Λόγω επιμονής της συμπτωματολογίας εισήχθη στη Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική για περαιτέρω διερεύνηση. Υποβλήθηκε σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο όπου βρέθηκε ήπια αναιμία και θετική καλλιέργεια ούρων βάσει της οποίας χορηγήθηκε τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη χωρίς όμως σημαντική ύφεση των συμπτωμάτων. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε λεμφαδενοπάθεια και οίδημα-πάχυνση σιγμοειδούς. Βάσει του ιστορικού και των ευρημάτων της αξονικής τομογραφίας, αποφασίσθηκε η διενέργεια κολονοσκόπησης από την οποία προέκυψε εικόνα συμβατή με νόσο Crohn που επιβεβαιώθηκε από την ιστολογική εξέταση. Ο ασθενής εξήλθε απύρετος και υπό αγωγή με μεσαλαζίνη. Συστήθηκε τακτική παρακολούθηση του ασθενή από γαστρεντερολόγο.

**Συμπέρασμα:** Καθίσταται, λοιπόν, μεγάλης σημασίας σε νεαρό ασθενή με ιστορικό ορθοπρωκτικού συριγγίου και στοματικές άφθες, να τεθεί υποψία για την παρουσία ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου.

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ι. Παπαγιουβάνη, Β. Καραγκιόζογλου, Ε. Αμπατζιάδη, Τ. Ριζοπούλου, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριάλος, Φ. Μπουτζίκου, Α. Σαχινίδης, Μ. Δούμας, Κ. Πετίδης, Α. Καραγιάννης  
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Το φαιοχρωμοκύτωμα είναι όγκος της μυελώδους μοίρας των επινεφριδίων που εκκρίνει κατεχολαμίνες, ενώ στο 10% των περιπτώσεων εντοπίζεται εξωεπινεφριδιακά και εξορμάται από τα συμπαθητικά ή παρασυμπαθητικά γάγγλια. Αποτελεί αιτία δευτεροπαθούς αρτηριακής υπέρτασης, η οποία είναι σπάνια (<0,5%) αλλά ιάσιμη.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής άρρεν 65 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αναφερόμενη κεφαλαλγία, αίσθημα παλμών, ανησυχία και εφίδρωση. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε υψηλή αρτηριακή πίεση (230/110 mmHg) και ταχυκαρδία (98bpm) ενώ η γενική εξέταση αίματος και ο βιοχημικός έλεγχος δεν ανέδειξαν κάποια παθολογία. Δεδομένου ότι παρόμοια παροξυσμικά επεισόδια συνέβησαν αρκετές φορές στο παρελθόν, ο ασθενής εισήχθη στη Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική για περαιτέρω διερεύνηση. Ακολουθήθηκε 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης, μέτρηση των μετανεφρινών ούρων (οι τιμές των οποίων βρέθηκαν αυξημένες) και αξονική τομογραφία όπου απεικονίστηκε όγκος αριστερού επινεφριδίου, επιβεβαιώνοντας έτσι την υποψία παρουσίας φαιοχρωμοκυττώματος. Ξεκίνησε άμεσα η χορήγηση αμπλοδιπίνης, κλονιδίνης και τεραζοσίνης ενώ την 5<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας προστέθηκε και προπανολόλη. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε σπινθηρογράφημα με ραδιενέργο ιώδιο προκειμένου να αποκλειστεί η ύπαρξη παραγαγγλιωμάτων. Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου πραγματοποιήθηκε την 15<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας. Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο μετά από 5 ημέρες υπό αγωγή με αμλοδιπίνη, ατενολόλη και τεραζοσίνη.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με παροξυσμική αρτηριακή υπέρταση, κεφαλαλγία, ταχυκαρδία και εφίδρωση είναι απαραίτητο να τίθεται η υποψία παρουσίας φαιοχρωμοκυττώματος. Η έγκαιρη διάγνωση είναι σημαντική καθώς οι αδιάγνωστοι όγκοι είναι δυνητικά θανατηφόροι.

**S.C.09****ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ PNEUMOCYSTIS JIROVECI**

Δ. Χατζής, Κ. Κολοκάθης, Ι. Λουφόπουλος, Σ. Ζαφειρόπουλος, Γ. Παπαροϊδάμης, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Μ. Δούμας, Β. Άθυρος, Α. Καραγιάννης  
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η πνευμονία από *Pneumocystis Jiroveci* (PCP) αποτελεί τη συχνότερη ευκαιριακή λοίμωξη σε ασθενείς με σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας. Το παρόν περιστατικό αφορά ασθενή με κλινική εικόνα οξείας πνευμονίας και δερματική βλάβη στη μεσοπλάτια χώρα που τελικά διεγνώσθη με PCP σε έδαφος HIV ανοσοανεπάρκειας.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής άρρεν 44 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω εμπυρέτου από εβδομάδας ως 38,5°C με συνοδό ρίγος, εφίδρωση, παραγωγικό βήχα, θωρακαλγία και δερματική βλάβη στη μεσοπλάτια χώρα. Κατά τη κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ταχυπαλμία (114bpm) και μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα άμφω, ενώ τα εργαστηριακά και ακτινολογικά ευρήματα ήταν συμβατά με οξεία πνευμονία. Ο αιματολογικός, ουρολογικός και ιολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Η δερμοαντίδραση Mantoux ήταν επίσης αρνητική, ενώ δεν ανιχνεύτηκε αντιγόνο λεγιονέλλας στα ούρα. Κατά τη πορεία νοσηλείας ο ασθενής παρουσία δύσπνοια και αποκορεσμό και τέθηκε σε χορήγηση ρινικό οξυγόνου και βρογχοδιασταλτικών. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος η οποία ανέδειξε ευρήματα συμβατά ευκαιριακής λοίμωξης. Ο έλεγχος για HIV ήταν θετικός και ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με τριμεθοπρίμη /σουλφαμεθοξαζόλη, μεθυλπρεδνιζολόνη και φλουκοναζόλη. Δύο ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας παρατηρήθηκε βελτίωση της μερικής πίεσης του οξυγόνου στα αέρια αίματος και μικρού βαθμού βελτίωση των απεικονιστικών ευρημάτων. Τέλος, τη 5<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας, ο ασθενής διεκομίσθη στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του ΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ».

**Συμπέρασμα:** Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς με κλινική και εργαστηριακή εικόνα λοίμωξης ανώτερου αναπνευστικού, καθώς και εικόνα θολής υάλου στην αξονική τομογραφία θώρακος, θα πρέπει να τίθεται η κλινική υποψία παρουσίας λοίμωξης από *pneumonocystis carinii*.

## S.C.10

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Β. Θεοδοσίου, Α. Βαταλάχου, Ε. Βλάχου, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριάλος, Χ. Μπουτάρη, Ε. Γεωργιανού, Α. Παπαγεωργίου, Μ. Δούμας, Β. Άθυρος, Α. Καραγάννης  
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η πνευμονία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας και παραμένει μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως, παρά την ύπαρξη ισχυρών αντιμικροβιακών φαρμάκων. Η θνητότητα των ασθενών που θα χρειαστούν νοσηλεία κυμαίνεται από 2-30%. Η πνευμονία της κοινότητας, η οποία αφορά τα άτομα που διαβιούν σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον, συνιστά το συχνότερο είδος πνευμονίας. Το παρόν περιστατικό αφορά ασθενή που προσήλθε με συμπτώματα πνευμονίας και τελικά διεγνώσθη με πνευμονία της κοινότητας οφειλόμενη σε *Legionella pneumophila*.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Άρρεν ασθενής 55 ετών εισήχθη στη Β' Προπαιδευτική Παθολογική κλινική αιτιώμενος εμπύρετο μέχρι 39,5°C με ρίγος από τετραμέρου που υφίεται με κοινά αναλγητικά. Πρόκειται για ασθενή με ετερόζυγο β-θαλασσαιμία και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, για τον οποίο ελάμβανε μεταφορμήν. Από την κλινική εξέταση του ασθενούς διαπιστώνεται ταχύπνοια, τρίζοντες και ελάττωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος αριστερά και λόξυγκας, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει υποξυγοναιμία, αναπνευστική αλκάλωση, πολυμορφωπρήνωση με φυιολογικό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων, θρομβοπενία, αυξημένους δείκτες φλεγμονής, υπονατραιαμία, μακροαλβουμινουρία και μικροσκοπική αιματουρία. Με την απλή ακτινογραφία θώρακος αναδεικνύεται πτυκνωτική εστία στο αριστερό πνευμονικό πεδίο. Από την αξονική τομογραφία θώρακος που ακολούθησε παρατηρήθηκε εικόνα αεροβρογχογράμματος, με συνοδές εκτεταμένες πνευμονικές διηθήσεις και υπεζωκοτική συλλογή αριστερά. Στη συνέχεια διενεργήθηκαν καλλιέργειες αίματος και πτυέλων για την διερεύνηση παρουσίας *legionella* (θετικές καλλιέργειες), ενώ διαπιστώθηκε υψηλός τίτλος του αντιγόνου του βακτηριδίου στα ούρα (*L. Pneumophila*, ορότυπος 1). Τα ανωτέρω ευρήματα είναι συμβατά με τη διάγνωση της πνευμονίας της κοινότητας από *L. Pneumophila*. Ο ασθενής τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή και έλαβε εξιτήριο μετά από 8 ημέρες νοσηλείας απύρετος και αιμοδυναμικά σταθερός, υπό αγωγή με μοξιφλοξασίνη και σύσταση για διενέργεια νέας ακτινογραφίας θώρακος μετά το τέλος της θεραπείας.

**Συμπέρασμα:** Η *L. Pneumophila* είναι υπεύθυνη για ένα σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων πνευμονίας της κοινότητας. Το γεγονός αυτό καθιστά αναγκαία την ευαισθητοποίηση της ιατρικής κοινότητας για τη διερεύνηση λοίμωξης από το μικροοργανισμό σε ασθενείς με εικόνα συμβατή με πνευμονία από *L. Pneumophila*.

## S.C.11

### ΕΝΣΦΗΝΩΣΗ ΒΛΩΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΥΣΤΡΟΦΙΚΗ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΟΛΥΣΗ

Ε. Αμπαγιουβάνη, Ι. Παπαγιουβάνη, Β. Καραγκιόζογλου, Σ. Νείρος, Χ. Μπουτάρη, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Ν. Γραμματικός, Α. Τσιμπερίδης, Ο. Γιουλεμέ, Α.Καραγιάννης Β' Προπαιαδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΘ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η δυστροφική πομφολυγώδης επιδερμόλυση είναι μία σπάνια γενετική δερματοπάθεια που χαρακτηρίζεται από φυσαλίδες-πομφόλυγες του δέρματος και των βλεννογόνων.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής θήλυ, 48 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω ενσφήνωσης βλωμού από τριώρου, μετά από ανεπιτυχή διενέργεια γαστροσκόπησης από ιδιώτη γαστρεντερολόγο. Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό δυστροφικής πομφολυγώδης επιδερμόλυσης με επανειλημμένα επεισόδια ενσφήνωσης βλωμών και αναιμία. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκαν φυσαλίδες-πομφόλυγες άνω και κάτω άκρων, απουσία ονύχων και έλκος βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία (Ht: 22%, Hb: 6,9 g/dl, MCV 52,1 fl, MCH 15,9 pg). Κατά την εισαγωγή σημειώθηκε αυτόματη απενσφήνωση του βλωμού και την επόμενη ημέρα έγινε προστάθεια για διενέργεια γαστροσκόπησης η οποία ήταν ανεπιτυχής. Περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε παθολογικές τιμές φερριτίνης (2,7 ng/ml) και φυλλικού οξέος (3,8 ng/ml). Από τις αξονικές τομογραφίες τραχήλου, θώρακα, άνω και κάτω κοιλίας παρατηρήθηκε διάταση της τελικής μοίρας του οισοφάγου και μικρή πάχυνση του τοιχώματος του. Ακολούθησε αξονική τομογραφία μετά από χορήγηση σκιαγραφικού, αλλά δεν κατέστη δυνατή η σκιαγράφηση του οισοφάγου σε όλο το μήκος του. Η διενέργεια δεύτερης γαστροσκόπησης παρουσία αναισθησιολόγου ανέδειξε την παρουσία ινώδους δακτυλίου στο άνω στόμιο του οισοφάγου που στενεύει τον αυλό. Μετά από διαστολές με μπαλόνι κατέστη ευχερής η διέλευση του ενδοσκοπίου και ελήφθησαν βιοψίες από τέσσερα σημεία, οι οποίες δεν ανέδειξαν κάποια παθολογία.

**Συμπέρασμα:** Η δυστροφική επιδερμόλυση αποτελεί ένα σπάνιο σύνδρομο με δερματικές εκδηλώσεις που στις σοβαρές της μορφές σχετίζεται με βλάβες και στους βλεννογόνους. Μάλιστα, ο βλεννογόνος του οισοφάγου αποτελεί το συχνότερο σημείο βλεννογόνιας προσβολής από το γαστρεντερικό σύστημα. Η έγκαιρη αντιμετώπιση των εκδηλώσεων της νόσου μπορεί να συμβάλλει στην αποφυγή δυνητικά επικίνδυνων για τη ζωή καταστάσεων.

## S.C.12

### ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΡΕΝΙΝΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ-ΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΗΣ ΣΤΗ ΡΥΘΥΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΤΗ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Σ. Μπουλούκου, Γ. Κερπινιώτης, Α. Μανάφης, Γ. Λαλές, Χ. Μήτας, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Πετίδης, Μ. Δούμας, Α. Καραγιάννης

Υπερτασιολογικό Ιατρείο, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας καθώς προσβάλει περίπου 1 δισεκατομμύριο άτομα παγκοσμίως. Η αρτηριακή υπέρταση είναι μια πολυταραγοντική νόσος που στο 90% περίπου των περιπτώσεων είναι αγνώστου αιτιολογίας και χαρακτηρίζεται ως ιδιοπαθής ή πρωτοπαθής υπέρταση. Ο ανθρώπινος οργανισμός διαθέτει μια σειρά από ρυθμιστικούς μηχανισμούς οι οποίοι με την δράση τους αποσκοπούν στην διατήρηση της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα. Το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους ρυθμιστικούς μηχανισμούς για την διατήρηση της αρτηριακής πίεσης μέσω της ρύθμισης του ισοζυγίου του ύδατος και του νατρίου. Η πτώση της πίεσης στο προσαγωγό αρτηρίδιο των νεφρώνων οδηγεί σε διέγερση του συστήματος με αποτέλεσμα την διάσπαση της προρενίνης των κυττάρων της πυκνής κηλίδας σε ρενίνη η οποία απελευθερώνεται στην συστηματική κυκλοφορία. Εκεί μέσω της επίδρασης του αγγειοτενσινογόνου σχηματίζεται η αγγειοτενσίνη-Ι η οποία είναι μια ηπίως αγγειοσπαστική ουσία με χρόνο ημίσειας ζωής μερικών δευτερολέπτων. Ακολούθως, η αγγειοτενσίνη-Ι μέσω της επίδρασης του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, που συντίθεται στα ενδοθηλιακά κύτταρα της πνευμονικής κυκλοφορίας, σχηματίζει την αγγειοτενσίνη-ΙΙ που αποτελεί μια ισχυρή αγγειοσυσπαστική ουσία. Στο φλοιό των επινεφριδίων, η αγγειοτενσίνη-ΙΙ με τη συνδρομή της συνθετάσης της αλδοστερόνης και της χοληστερόλης σχηματίζει μια στεροειδή ορμόνη την αλδοστερόνη. Η αλδοστερόνη με την επίδρασή της στο άπω εσπειραμένο και αθροιστικό σωληνάριο του νεφρικού σπειράματος προκαλεί επαναρρόφηση ύδατος και νατρίου και απέκκριση καλίου και υδρογονοκατιόντων. Σκοπός της συγκεκριμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παρουσίαση της λειτουργίας του σημαντικού αυτού ρυθμιστικού μηχανισμού στην ομοιοστασία της αρτηριακής πίεσης, των παραγόντων που επιδρούν στην λειτουργία του, καθώς και στις μεταβολές που επισυμβαίνουν στην ιδιοπαθή υπέρταση.

## ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

Μαριάννα Μπούλκου

Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής

**Εισαγωγή:** Η ανατομική οργάνωση των δομών του ανθρώπινου σώματος δεν είναι σε καμία περίπτωση τυχαία, αλλά θα μπορούσαμε να πούμε «στρατηγικά» σχεδιασμένη προκειμένου να εξυπηρετείται στον καλύτερο δυνατό βαθμό η φυσιολογία του οργανισμού. Ως μία από τις πιο αξιοσημείωτες δομές, από αυτήν την άποψη, κρίνεται το πνευμονογαστρικό νεύρο.

**Σκοπός:** Μελέτη και παρουσίαση της εμβρυολογικής προέλευσης και της χειρουργικής ανατομίας του πνευμονογαστρικού νεύρου με έμφαση στα νευρικά πλέγματα του τραχήλου και του θώρακα.

**Υλικά και Μεθοδος:** Πηγές από την ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία με βάση ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως η PubMed.

**Αποτελέσματα:** Το πνευμονογαστρικό νεύρο αποτελεί το κύριο νεύρο του παρασυμπαθητικού συστήματος και είναι ένα μεικτό νεύρο, αποτελούμενο κυρίως από κινητικές και αισθητικές αλλά και από αισθητήριες, γευστικές και παρασυμπαθητικές ίνες. Η κινητική του εννεύρωση (πυρήνες προμήκους) προέρχεται εμβρυολογικά από την νευρική πλάκα του προμήκους μυελού, ενώ η αισθητική του εννεύρωση (άνω και κάτω γάγγλιο) προέρχεται από την κρανιακή νευρική ακρολοφία. Δίνει κλάδους, οι οποίοι διακρίνονται ανάλογα με τη μοίρα του νεύρου από την οποία εκφύονται σε κλάδους κεφαλικής, αυχενικής, θωρακικής και κοιλιακής μοίρας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανατομική του σχέση αλλά και η λειτουργία του σε διάφορες δομές του τραχήλου και του θώρακα όπως η καρδιά, τα μείζονα αγγεία, ο λάρυγγας, η τραχεία, οι βρόγχοι και πνεύμονες, ενώ έχει συνδεθεί και με αντανακλαστικά όπως αυτό του βήχα.

**Συμπεράσματα:** Το πνευμονογαστρικό νεύρο συνιστά το μακρύτερο κρανιακό νεύρο παρέχοντας κινητική κι αισθητική εννεύρωση σ' ένα μεγάλο αριθμό οργάνων του θώρακα και της κοιλιάς και γι' αυτόν το λόγο είναι εμφανής η σπουδαιότητά του. Η άρτια, λοιπόν, γνώση της εμβρυολογίας και χειρουργικής ανατομίας του αποτελεί αδιαμφισβήτητα πολύτιμο εργαλείο και οδηγό για την διάγνωση και την κλινική πράξη.

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ**

Γ. Καλιδώνης, Ε. Λυμπεράτου, Μ. Μπούλκου, Σ. Πολίτης, Χ. Τσαγκάρης, Ν. Χριστοδούλιδης  
Πανεπιστήμιο Κρήτης, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής

**Εισαγωγή:** Η μέριμνα για τη διατροφή φαίνεται να μην τυγχάνει της δέουσας προσοχής από τον ιατρικό κόσμο. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αναδείξει τη συμβολή της διατροφικής παρέμβασης ως μέρους της αγωγής ασθενούς με σύνθετα προβλήματα υγείας.

**Υλικά & Μέθοδος-Παρουσίαση Περιστατικού:** Ο κος. Ε.Ν. έχει νοσηλευθεί επανειλημμένα στη Γατρεντερολογική κλινική του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου λόγω χολαγγείτιδας. Έχει υποβληθεί επίσης σε επευμβάσεις για την αφαίρεση καλούθους όγκου του πεπτικού (GIST). Στα πρόβλημα αυτά προστίθεται και ένα επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής, που αντιμερωπίστηκε με χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής. Πέραν της φαρμακευτικής συστήνεται από τους θεράποντες άλιπη δίαιτα – πράγμα που αποστερεί τον ασθενή από βασικές ομάδες τροφίμων (κρέας, γαλακτοκομικά).

**Αποτελέσματα:** Στο πλαίσιο του προπτυχιακού μαθήματος της «Διατροφής», ομάδα φοιτητών επισκέπτεται τον ασθενή, λαμβάνει ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό, σωματομετρήσεις καθώς και δεδομένα που αφορούν στα τρόφιμα που καταναλώνει. Η επεξεργασία μέσω med diet score και ανάλυσης θρεπτικών συστατικών υποδεικνύει κίνδυνο για καρδιοπάθεια της τάξεως του 10% σε συνδυασμό με έλλειψη των προαναφερθέντων θρεπτικών συστατικών. Συστήνεται αναπλήρωση των συστατικών από τις επιτρεπόμενες διατροφικές πηγές, φυσική άσκηση και προγραμματισμός των γευμάτων με ενεργότερη συμμετοχή του οικογενειακού περιβάλλοντος. Δίνεται έμφαση στη χορήγηση αντιπηκτικών νεότερης γενιάς (dabigatran – eliquis) με παράλληλη πρόσληψη τροφών πλούσιων σε βιταμίνη K.

**Συμπέρασμα:** Η διατροφική παρέμβαση εμφανίζεται ως απαραίτητο συμπλήρωμα της αγωγής που δίνεται σε ασθενείς με πολλαπλά νοσήματα. Βασιζόμενη μάλιστα σε στοιχεία κοινωνικού ιστορικού μπορεί να ενισχύσει τόσο την πρωτογενή όσο και την τριτογενή πρόληψη για τα υφιστάμενα νοσήματα.

### S.C.15

## ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Δ. Δεσσέ, Ε. Λυμπεράτου, Σ. Πολίτης, Χ. Τσαγκάρης  
Πανεπιστήμιο Κρήτης, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα

**Εισαγωγή:** Η ανατομική οργάνωση των δομών του ανθρώπινου οργανισμού είναι απαραίτητος οδηγός στη χαρτογράφηση της φυσιολογίας και παθοφυσιολογίας του. Οι πνευμονικές αρτηρίες και φλέβες εξετάζονται υπό το πρίσμα αυτό.

**Σκοπός:** Ο σκοπός αυτής της εργασίας γίνεται αντιληπτός στο πλαίσιο της λειτουργικής/κλινικής ανατομικής. Επαναφέρουμε στο προσκήνιο τη φυσιολογική πορεία και κατανομή των αγγείων προκειμένου να διερευνήσουμε ανατομικές παραλλαγές και διαμαρτίες.

**Υλικά/Μέθοδος:** Έγινε ανασκόπηση σε ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία.

**Αποτελέσματα:** Το πνευμονικό αγγειακό δίκτυο είναι μοναδικό στον ανθρώπινο οργανισμό επειδή αφενός μεταφέρει το σύνολο της αιματικής κυκλοφορίας στους πνεύμονες και αφετέρου επειδή μεταφέρει μη οξυγονωμένο αίμα στο αρτηριακό του σκέλος και οξυγονωμένο στο φλεβικό. Το στέλεχος της πνευμονικής αρτηρίας εκφυόμενο από τον δεξιό κόλπο εισέρχεται στο πνευμονικό παρέγχυμα σε στενή σχέση με τους βρόγχους. Υποδιαιρείται αντίστοιχα προς το βρογχικό δένδρο ενώ μετά την ανταλλαγή αερίων 87% του αίματος κατευθύνεται στις πνευμονικές φλέβες και επιστρέφει στον αριστερό κόλπο.

Παρατηρούνται παραλλαγές και διαμαρτίες. Οι παραλλαγές – σε διαφορετικά ποσοστά – συναντώνται κυρίως σε τμηματικές και υποτμηματικές διαιρέσεις των αγγείων ενώ διαμαρτίες όπως η αγενεσία πνευμονικής αρτηρίας ή η αρτηρίτιδα Takayasu εντοπίζονται στους μεγάλους κλάδους των αγγείων. Στις πνευμονικές φλέβες εντοπίζονται παραλλαγές σε σχέση με τον αριθμό (4 φυσιολογικά) και την αποχέτευση τους και διαμαρτίες που οφείλονται στην ανώμαλη εκβολή τους.

**Συμπέρασμα:** Σε αντίθεση με τις παραλλαγές οι διαμαρτίες υποθάλπουν παθολογίες. Κατανοούμε ότι η εντόπιση της «παραλλαγής» καθορίζει το αν αυτή οδηγεί στην ανάπτυξη παθολογίας ή μη. Κατανοούμε επίσης ότι το ανατομικό υπόβαθρο μιας παθολογίας αποτελεί στέρεο έδαφος για την κατανόηση της σοβαρότητας και του μηχανισμού της.

## S.C.16

### Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ LUGOL ΣΤΗ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ

Α. Χόρτη, Θ. Παπαβραμίδης, Ι. Πλιάκος, Σ. Πανίδης, Χ. Ταρενίδου, Σ. Αποστολίδης, Δ. Παραμυθιώτης, Β. Παπαδόπουλος, Α. Μιχαλόπουλος

Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Μια από τις χρήσεις του διαλύματος Lugol είναι η χορήγηση του προεγχειρητικά σε ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό που πρόκειται να υποβληθούν σε θυρεοειδεκτομή. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι: η διερεύνηση της επίπτωσης της προεγχειρητικής χορήγησης διαλύματος Lugol στην διεγχειρητική αιμορραγία σε ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη σε 40 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή λόγω υπερθυρεοειδισμού. Τα περιστατικά χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες: Ομάδα A που έλαβε Lugol ( $n=20$ ) και ομάδα B που δεν έλαβε Lugol ( $n=20$ ). Μελετήθηκαν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ομάδων, η αιματική ροή στην άνω θυρεοειδική αρτηρία, fT3, fT4, TSH, ο όγκος του θυρεοειδή αδένα, η διεγχειρητική απώλεια αίματος.

**Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδας όσον αφορά στα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, στα βιοχημικά χαρακτηριστικά και στην ογκομετρία του αδένα. Η μέση αιματική ροή στην άνω θυρεοειδική αρτηρία ήταν μικρότερη στην ομάδα A από ότι στην ομάδα B ( $p=0.039$ ). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση το Lugol ήταν ο μόνος ανεξάρτητος παράγοντας που επηρέαζε την διεγχειρητική απώλεια αίματος ( $p=0.001$ ).

**Συμπεράσματα:** Η προεγχειρητική χρήση Lugol στις τοξικές βρογχοκήλες είναι σημαντικός ανεξάρτητος παράγοντας μειωμένης διεγχειρητικής αιμορραγίας κατά την ολική θυρεοειδεκτομή, κυρίως λόγω της μείωσης της αιματικής ροής στις θυρεοειδικές αρτηρίες.

**MORIACKH      BΙΟΛΟΓΙΑ      TOY      KAPKINOY      TOY      PNEΥΜΟΝΑ**  
**Δ. Μωυσίδης**  
**Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.**

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μία μάστιγα για τον σύγχρονο δυτικό κόσμο. Πολλές εργασίες και μελέτες έχουν διενεργηθεί σχετικά με τη μακροσκοπική του εικόνα, την ογκολογική και χειρουργική αντιμετώπιση. Ωστόσο τα μοριακά αίτια, είτε είναι περιβαλοντολογικά, είτε γενετικά, μας είναι εν πολλοίς άγνωστα σε σχέση με άλλες μορφές καρκίνου. Ιδιαίτερη βάση δίνεται πλέον από τους επιστήμονες στο πως τα μοριακά χημικά καρκινογόνα προκαλούν τον καρκίνο του πνεύμονα.

**Σκοπός:** Σκοπός της βιβλιογραφικής αυτής εργασίας είναι η παρουσίαση λίγων εκ των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν σε αυτή τη μορφή καρκίνου, με ιδιαίτερη έμφαση σε μεταλλάξεις και μοριακά μονοπάτια.  
**Αποτελέσματα :** Η εργασία βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα ιατρικών πηγών κυρίως ξένης βιβλιογραφίας (PubMed, medlook κ.λ.π), η οποία διασταύρωθηκε με βιβλία βιολογίας και βιοχημείας που διατίθενται στους φοιτητές Ιατρικής των ελληνικών ιατρικών σχολών.

Πάμπολλοι περιβαλοντολογικοί παράγοντες με κύριο αίτιο τις περίπου 70 καρκινογόνες χημικές ουσίες του τσιγάρου, συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα. Οι χημικές αυτές ουσίες, όπως το βενζοπυρένιο και οι νιτροζαμίνες προκαλούν διάφορες βλάβες σε ποικίλους μεταβολικούς δρόμους στα κύτταρα. Ακόμη, άλλοι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη καρκίνου, όπως πολυμορφισμοί σε ένυμα που μεταβολίζουν χημικές ουσίες που εισέρχονται στον οργανισμό, καθώς και η κληρονομηση ελαττωματικών ογκοκατασταλτικών γονιδίων.

**Συμπεράσματα:** Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί ένα σύνθετο πολυπαραγοντικό νόσημα, οφειλόμενο σε περιβαλλοντολογικά, αλλά και σε γενετικά - κληρονομικά αίτια. Αυτές οι δύο σινιστώσες, όμως, είναι αλληλένδετες για την ανάπτυξη του καρκίνου. Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι και οι δύο επιδρούν με πολυσύνθετους μηχανισμούς στο γονιδίωμα και σε βιολογικά ενεργά μόρια του οργανισμού.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ  
TaTME (TRANSANAL TOTAL MESORECTAL EXCISION)- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ VIDEO**

Α. Χόρτη, Θ. Παπαβραμίδης, Ι. Πλιάκος, Σ. Πανίδης, Δ. Παραμυθιώτης, Σ. Αποστολίδης, Α. Μιχαλόπουλος  
Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή- Σκοπός:** Η χαμηλή πρόσθια εκτομή για τον καρκίνο ορθού μπορεί να διενεργηθεί είτε με ανοιχτή μέθοδο είτε με την λαπαροσκοπική τεχνική TaTME. Έως σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί παγκοσμίως 700 επεμβάσεις με τη συγκεκριμένη τεχνική. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού TaTME η οποία πραγματοποιήθηκε στην Κλινική μας για πρώτη φορά στην Ελλάδα.

**Υλικά – Μέθοδος:** Παρουσίαση περιστατικού.

**Αποτελέσματα:** Ασθενής 55 ετών εισήχθη στην Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΧΕΠΑ με διεγνωσμένο καρκίνο ορθού στα 7cm από τον πρωκτικό δακτύλιο, σύμφωνα με το πόρισμα της κολονοσκόπησης. Ακολούθησε MRI ορθού για σταδιοποίηση της νόσου, η οποία έδειξε στάδιο T3N0. Αποφασίσθηκε η διενέργεια χαμηλής πρόσθιας εκτομής με την τεχνική TaTME, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν δύο λαπαροσκόπια. Το πρώτο λαπαροσκόπιο χρησιμοποιήθηκε για τους κοιλιακούς χρόνους, όπου πραγματοποιήθηκε παρασκευή του σιγμοειδούς έως το άνω ορθό. Το δεύτερο λαπαροσκόπιο χρησιμοποιήθηκε για τους περινεϊκούς χρόνους, όπου παρασκευάσθηκε το ορθό έως το άνω τμήμα του καθώς επίσης και το μεσοορθό. Οι χρόνοι αυτοί σε ένα μεγάλο τμήμα της επέμβασης πραγματοποιούνταν ταυτόχρονα έως ότου οι δύο χειρουργοί συναντήθηκαν με τη μέθοδο του ραντεβού στο άνω ορθό. Έπειτα ακολούθησε τομή Pfannenstiel για την έξοδο του παρασκευάσματος, που λόγω μεγέθους δεν ήταν δυνατή η έξοδος από τον πρωκτό. Στη συνέχεια έγινε τελικοτελική αναστόμωση με τη χρήση κυκλικού αναστόμωσης. Η ασθενής παρέμεινε στην Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας της Κλινικής μας για 3 ημέρες και έπειτα μεταφέρθηκε στην κλινική με ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

**Συμπεράσματα:** Η τεχνική TaTME πλεονεκτεί στους ασθενείς που απαιτείται η διενέργεια χαμηλής πρόσθιας εκτομής. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα της είναι η δυνατότητα της παρασκευής του μεσοορθού υπό άμεση όραση.

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ (ΣΤΕΝΩΣΗ ΙΣΘΜΟΥ ΑΟΡΤΗΣ) ΣΕ ΑΓΟΡΙ ΗΛΙΚΙΑΣ 14 ΧΡΟΝΩΝ**

Δ. Παπανικολάου<sup>1</sup>, Β. Μεντεσίδου<sup>1</sup>, Α. Μυλωνά<sup>1</sup>, Γ. Κωνσταντινάκου<sup>1</sup>, Κ. Παρασκευά<sup>1</sup>, Α. Γιαννόπουλος<sup>2</sup>

1 Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

2 Β' Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η στένωση ισθμού αορτής είναι μη κυανωτική συγγενής καρδιοπάθεια που αν διαφύγει της διάγνωσης μπορεί να οδηγήσει σε συγκοπικά επεισόδια ακόμη και σε αιφνίδιο θάνατο ειδικά κατά την άσκηση. Είναι πιο συχνή στα αγόρια και ανατομικά ο συχνότερος τύπος είναι η στένωση της καπιούσας αορτής μετά την έκφυση της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας.

**Σκοπός:** Είναι η περιγραφή περίπτωσης καθυστερημένης διάγνωσης συγγενούς καρδιοπάθειας και συγκεκριμένα στένωσης ισθμού αορτής, μιας δυνητικά επικίνδυνης καρδιοπάθειας ειδικά σε αθλούμενα παιδιά.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Αγόρι 14 χρονών με ελεύθερο ατομικό και αναμνηστικό ιστορικό εισήχθη στο νοσοκομείο για έλεγχο και αντιμετώπιση εμπύρετης λεμφαδενίτιδας. Λόγω ακουστού ήπιου συστολικού καρδιακού φυσήματος παραπέμφθηκε για παιδοκαρδιολογική εκτίμηση.

**Αποτελέσματα:** Από τον καρδιολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε ήσυχο προκάρδιο με καλούς καρδιακούς τόνους T1 και T2 και φύσημα ήπιο συστολικό περίπου 2/6 στο άνω αριστερό χείλος του στέρνου. Μηριαίες μόλις ασθενώς ψηλαφητές και αρτηριακή πίεση στο δεξιό άνω άκρο= 125/85 mmHg ενώ στο δεξιό κάτω άκρο 85/55 mmHg. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν φυσιολογικό. Ακολούθησε υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ο οποίος ανέδειξε μετρίου βαθμού στένωση του ισθμού της αορτής με κλίση πίεσης στην περιοχή προ και μετά τη στένωση, 60 mmHg. Συνιστώμενη αντιμετώπιση στις ηλικίες αυτές αποτελεί η αγγειοπλαστική με ενδαγγειακό νάρθηκα (stent).

**Συμπεράσματα:** Η στένωση ισθμού αορτής αποτελεί μία από τις λίγες συγγενείς καρδιοπάθειες στις οποίες μπορεί να καθυστερήσει η διάγνωση, ενώ συγχρόνως είναι επικίνδυνη για τη ζωή του παιδιού. Όμως με μία καλή κλινική εξέταση που θα περιλαμβάνει εκτός από την ακρόαση του ήπιου καρδιακού φυσήματος και την ψηλάφηση μηριαίων αρτηριών και τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στα άνω και κάτω άκρα, μπορεί να τεθεί η διάγνωση της πάθησης.



ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1928

# 32<sup>ο</sup> ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΑ

30 ΜΑΡΤΙΟΥ – 1 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2017  
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ GRAND HOTEL PALACE  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

(Οι αριθμοί παραπέμπουν στον αύξοντα αριθμό των εργασιών)

### A

AGARWAL R. OR.44

### B

BALIOS M. OR.45, OR.46

### D

DIETRICH E.-V. OR.14

### A

ΑΓΓΕΛΗΣ Ν. ΡΟ.42

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ. ΟΡ.56

ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ Α. ΟΡ.54, ΟΡ.55

ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ Α. ΟΡ.43

ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Π. ΡΟ.12, ΡΟ.13, ΡΟ.54,  
ΡΟ.55

ΑΘΥΡΟΣ Β. ΟΡ.61, S.C.04, S.C.05, S.C.06,  
S.C.09, S.C.10

ΑΚΡΙΒΙΑΔΗΣ Ε. ΡΟ.07

ΑΚΡΙΤΙΔΗΣ Χ. ΡΟ.20

ΑΛ ΝΟΦΑΛ Φ. ΡΟ.63, ΡΟ.64

ΑΛΕΞΟΥΔΗ Β.-ΑΙΚ. ΟΡ.23, ΡΟ.58, ΡΟ.59,  
ΡΟ.61

ΑΜΠΑΤΖΙΑΔΗ Ε. S.C.04, S.C.08, S.C.11

ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Α. ΟΡ.43

ΑΝΕΣΤΑΚΗΣ Δ. ΟΡ.18, ΡΟ.14

ΑΝΕΣΤΗΣ Α. ΟΡ.11, ΟΡ.12, ΟΡ.13

ANTZA X. ΡΟ.57, ΡΟ.43

ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Κ. ΟΡ.24, ΡΟ.56, ΡΟ.57,  
ΡΟ.58, ΡΟ.59, ΡΟ.60, ΡΟ.62

ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ Μ. ΡΟ.51

ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Σ. S.C.16, S.C.18

ΑΡΑΠΙΔΟΥ Μ. ΟΡ.24

ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ Μ. ΟΡ.41

ΑΡΣΟΣ Γ. ΡΟ.50

ΑΡΤΕΜΗΣ Δ. ΡΟ.28

ΑΣΤΡΕΙΔΗΣ Ι.-Σ. ΡΟ.58, ΡΟ.59, ΡΟ.61

### B

ΒΑΪΟΣ Β. ΟΡ.45, ΟΡ.46

ΒΑΪΤΣΗ Κ. ΡΟ.07, ΡΟ.09

ΒΑΛΣΑΜΙΔΟΥ Δ. ΡΟ.02

ΒΑΡΔΗ Α. ΟΡ.43

ΒΑΡΜΑΖΗ Μ. ΟΡ.30

ΒΑΡΟΥΚΤΣΗ Α. S.C.03, S.C.07

ΒΑΣΔΕΚΗ Δ. ΡΟ.01, ΡΟ.42, ΡΟ.44

ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ Π. ΟΡ.63, ΟΡ.64, ΡΟ.40

ΒΑΤΑΛΑΧΟΥ Α. S.C.05, S.C.06, S.C.10

ΒΑΦΕΙΑΔΟΥ Μ. ΟΡ.24, ΡΟ.57, ΡΟ.60

ΒΑΧΤΣΕΒΑΝΟΣ Κ. ΡΟ.56, ΡΟ.62

ΒΕΝΕΤΗΣ Γ. ΟΡ.23, ΡΟ.61

ΒΕΤΤΑΣ Χ. ΡΟ.07

ΒΛΑΧΟΔΗΜΟΣ Α. ΟΡ.03

ΒΛΑΧΟΥ Μ. ΡΟ.08, ΡΟ.09

ΒΛΑΧΟΥ Ε. S.C.05, S.C.06, S.C.10

ΒΟΣΒΟΤΕΚΑΣ Γ. ΟΡ.66

ΒΟΥΔΟΥΡΗ Α. ΟΡ.63, ΟΡ.64, ΡΟ.40

ΒΟΥΔΟΥΡΗ Ε. ΡΟ.07, ΡΟ.08

ΒΟΥΚΕΛΑΤΟΥ Π. ΟΡ.50, ΟΡ.51, ΡΟ.39,  
ΡΟ.45

ΒΟΥΛΓΑΡΗΣ Α. ΡΟ.51

ΒΟΥΜΒΟΥΡΑΚΗ Α. ΟΡ.65, ΟΡ.66

ΒΡΕΤΤΟΣ Ι. ΟΡ.50, ΟΡ.51, ΡΟ.39, ΡΟ.45

### Γ

ΓΑΒΡΙΗΛΑΚΗ Ε. ΟΡ.43

ΓΑΛΗ Μ.-Α. ΟΡ.17

ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΣ Α. ΡΟ.07, ΡΟ.08, ΡΟ.10

ΓΑΤΣΑ Ε. ΡΟ.01

ΓΑΤΣΟΣ Σ. ΡΟ.19, ΡΟ.37

ΓΕΡΜΑΝΙΔΗΣ Γ. ΟΡ.47, ΟΡ.48, ΟΡ.65,  
ΟΡ.66

ΓΕΡΜΕΝΗΣ Α.-Ε. ΟΡ.47

ΓΕΡΟΔΗΜΟΣ Χ. ΡΟ.55

ΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ΟΡ.46

ΓΕΡΟΣΙΜΟΥ Χ. ΡΟ.37

ΓΕΩΡΓΙΑΝΟΣ Π.-Ι. ΟΡ.44, ΟΡ.45, ΟΡ.46

ΓΕΩΡΓΙΑΝΟΥ Ε. ΟΡ.52, ΟΡ.61, S.C.07,  
S.C.10

ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ΟΡ.28

ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Ο. ΟΡ.47

ΓΙΑΜΑΛΗΣ Π. ΡΟ.33

ΓΙΑΜΠΑΤΖΗΣ Β. ΟΡ.56

ΓΙΑΝΝΑΚΗ Ε. ΟΡ.43

ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑΣ Γ. ΡΟ.08, ΡΟ.09

ΓΙΑΝΝΕΖΗΣ Π. ΡΟ.28

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Α. S.C.19

ΓΙΝΙΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ΡΟ.29

ΓΙΟΥΛΕΜΕ Ο. S.C.03, S.C.11

ΓΚΟΣΕΒΣΚΑ Ι. PO.06  
ΓΚΟΥΓΚΟΥΡΕΛΑΣ Ι. OR.53  
ΓΟΥΛΑ Χ. OR.25  
ΓΟΥΛΗΣ Ι. PO.07, PO.08, PO.09, PO.10,  
PO.33  
ΓΟΥΡΙΔΟΥ Ε. OR.62  
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΣ Ν. S.C.03, S.C.11

## Δ

ΔΑΪΚΙΔΟΥ Δ. PO.34, PO.35  
ΔΑΛΑΚΑ Σ. OR.42  
ΔΑΛΕΡΑΣ Ν. OR.05, OR.06, OR.07, OR.08  
ΔΑΝΙΗΛΙΔΗΣ Μ. OR.49  
ΔΑΡΔΑΒΕΣΗΣ Θ. PO.18  
ΔΑΡΔΑΣ Α. OR.17  
ΔΑΣΚΑΛΟΥ Δ. OR.41  
ΔΕΜΕΡΤΖΗΣ Φ. PO.48  
ΔΕΜΙΡΗ Ε. OR.25  
ΔΕΜΙΡΤΖΗ Π. OR.46  
ΔΕΡΓΙΑΝΗ Φ. PO.25  
ΔΕΣΛΗ Ε. PO.34  
ΔΕΣΣΕ Δ. S.C.15  
ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Κ. OR.62  
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Π. OR.54, OR.55  
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Χ. PO.35  
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Ι. PO.47, PO.52  
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ Ε. PO.01  
ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Ι. PO.15  
ΔΗΜΟΥΛΑΣ Α. OR.07, OR.09, OR.10  
ΔΙΑΒΑΣΤΗ Μ. PO.07, PO.09  
ΔΙΔΑΣΚΑΛΟΥ Α. OR.51, PO.39  
ΔΟΥΓΑΛΗΣ Α. PO.10  
ΔΟΥΛΓΕΡΗΣ Ι. PO.07, PO.09, PO.10  
ΔΟΥΜΑΣ Μ. OR.61, S.C.01, S.C.02, S.C.06,  
S.C.07, S.C.08, S.C.09, S.C.10, S.C.12  
ΔΟΥΜΤΣΗΣ Π. PO.07, PO.10  
ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗΣ Ι. OR.57, PO.43

## Ε

ΕΥΘΥΜΙΟΥ Χ. PO.50, PO.53  
ΕΥΣΤΡΑΤΙΑΔΗΣ Γ. PO.31, PO.32, PO.33,  
PO.34, PO.35

## Ζ

ΖΑΓΓΕΛΙΔΟΥ Ε. OR.18, PO.14  
ΖΑΚΑΛΚΑ Μ. OR.49  
ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ Σ. S.C.03, S.C.07, S.C.09  
ΖΕΜΠΕΚΑΚΗΣ Π. OR.45, OR.46, OR.47,  
OR.48, OR.65, OR.66, PO.30

ΖΗΣΗΣ Χ. PO.01, PO.42, PO.44  
ΖΟΥΜΑΚΗΣ Μ. PO.18  
ΖΩΓΡΑΦΟΥ Ι. OR.52, OR.59, S.C.06

## Θ

ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ Β. S.C.05, S.C.06, S.C.10  
ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Α. OR.01, OR.02,  
OR.04, PO.04  
ΘΕΟΔΩΡΟΥΛΑ Ε. PO.01, PO.42, PO.44  
ΘΕΟΤΟΚΑ Δ. OR.50, OR.51, PO.45  
ΘΕΟΧΑΡΙΔΗΣ Κ. PO.06

## Ι

ΙΜΠΡΙΑΛΟΣ Κ. S.C.01, S.C.02, S.C.03, S.C.04,  
S.C.05, S.C.06, S.C.07, S.C.08, S.C.09,  
S.C.10, S.C.11, S.C.12  
ΙΣΟΥΑ-ΚΑΡΑΔΕΔΟΥ Ι.-Λ. OR.12  
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ρ. OR.26, OR.27  
ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Δ. PO.52  
ΙΩΣΗΦΙΔΟΥ Ε. PO.63, PO.64

## Κ

ΚΑΒΑΚΙΩΤΗΣ Ι. OR.38  
ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ Ρ. PO.29  
ΚΑΛΑΪΤΣΙΔΟΥ Ι. OR.23, OR.24, PO.56, PO.57,  
PO.58, PO.59, PO.60, PO.61, PO.62  
ΚΑΛΑΜΠΑΛΙΚΑ Α. PO.63, PO.64  
ΚΑΛΙΔΩΝΗΣ Γ. S.C.14  
ΚΑΛΛΙΑΚΜΑΝΗΣ Α. OR.50, OR.51, PO.39,  
PO.45  
ΚΑΜΠΕΡΗΣ Δ. OR.14  
ΚΑΝΑΚΗ Δ. OR.42  
ΚΑΠΙΤΖΟΓΛΟΥ Β. PO.28  
ΚΑΠΟΥΚΡΑΝΙΔΟΥ Δ. OR.16, OR.29, OR.30,  
OR.31, OR.32, OR.33, OR.34, OR.35,  
OR.36, OR.37, OR.38, OR.39, PO.15,  
PO.26

ΚΑΠΡΑΝΗΣ Δ. OR.63, OR.64, PO.40  
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ Α. S.C.01, S.C.02, S.C.03,  
S.C.04, S.C.05, S.C.06, S.C.07, S.C.08,  
S.C.09, S.C.10, S.C.11, S.C.12  
ΚΑΡΑΓΚΙΟΖΟΓΛΟΥ Β. S.C.04, S.C.08, S.C.11  
ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗΣ Κ. OR.62, PO.02  
ΚΑΡΑΚΩΤΑ Μ. OR.49  
ΚΑΡΑΜΑΝΟΣ Δ. OR.22  
ΚΑΡΑΜΙΝΗ Α. PO.16  
ΚΑΡΑΜΠΟΥΓΑ Μ. PO.62  
ΚΑΡΑΣΜΑΝΗ Α. PO.07, PO.08, PO.09, PO.10  
ΚΑΡΑΦΟΥΛΙΔΟΥ Ι. PO.47

ΚΑΡΑΧΡΥΣΑΦΗ Σ. OR.14  
ΚΑΡΠΕΤΑΣ Α. OR.46, PO.29, PO.30, PO.31,  
PO.32  
ΚΑΤΡΙΒΕΣΗΣ Α. OR.62  
ΚΑΤΣΙΚΑ Ε. OR.28  
ΚΑΤΣΙΜΑΡΔΟΥ Α. S.C.06  
ΚΑΤΣΙΝΑΣ Χ. PO.34  
ΚΑΤΣΙΝΟΥ Π. PO.27  
ΚΑΤΣΩΡΑΣ Α. OR.50, PO.39, PO.45  
ΚΑΤΩΔΡΥΤΟΥ Ε. PO.02  
ΚΑΦΦΕ Κ. OR.12  
ΚΕΡΠΙΝΙΩΤΗΣ Γ. S.C.01, S.C.02, S.C.12  
ΚΕΧΑΓΙΑΣ Ν. PO.59  
ΚΗΡΥΤΤΟΠΟΥΛΟΣ Π. OR.54, OR.55  
ΚΙΛΜΠΑΣΑΝΗ Μ. PO.46, PO.47, PO.48,  
PO.56  
ΚΙΜΙΣΚΙΔΗΣ Β. PO.50  
ΚΛΗΜΗ Σ. PO.23, PO.24  
ΚΟΒΑΤΣΗ Λ. OR.19, OR.20  
ΚΟΓΙΑΣ Α. PO.01, PO.42, PO.44  
ΚΟΓΙΑΣ Β. PO.57, PO.62  
ΚΟΛΙΑΚΟΣ Γ. OR.49  
ΚΟΛΟΚΑΘΗΣ Κ. S.C.09  
ΚΟΛΟΤΣΙΟΥ Κ. PO.07, PO.08, PO.09, PO.10  
ΚΟΝΤΑΚΙΩΤΗΣ Θ. PO.52, PO.53  
ΚΟΡΑΒΟΥ Ε.-Ε. OR.43  
ΚΟΡΩΝΑΣ Ν. OR.13  
ΚΟΣΜΙΔΟΥ ΑΙΚ. OR.11  
ΚΟΤΕΛΗ Α. PO.21, PO.22, PO.23, PO.24  
ΚΟΤΡΩΝΗΣ Γ. OR.62, PO.02  
ΚΟΥΒΑΤΣΗ Α. OR.17  
ΚΟΥΚΗ Ε.-Π. PO.28  
ΚΟΥΚΟΛΗΣ Ν. OR.23, OR.24, PO.56, PO.61  
ΚΟΥΚΟΥ Α. PO.21, PO.22  
ΚΟΥΛΟΥΚΟΥΡΙΩΤΟΥ Θ. PO.33, PO.35  
ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΑΣ Γ. PO.30, PO.31, PO.32  
ΚΟΥΤΣΙΑΣ Γ. PO.14  
ΚΟΥΤΣΟΥΡΑΚΗ Ε. OR.41  
ΚΡΗΤΙΚΟΥ Π. PO.24  
ΚΥΡΙΑΚΟΥ Α. OR.45, OR.46  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑΚΟΥ Γ. S.C.19  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Π. OR.21  
ΚΩΣΤΑΚΗ Σ. OR.56  
ΚΩΣΤΑΝΤΑ Σ. PO.52  
ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ-ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Ι. PO.12, PO.13  
ΚΩΤΟΥΛΑΣ Σ.-Χ. PO.50  
ΚΩΤΣΗΣ Β. OR.57, OR.60, PO.43

**Λ**  
ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Α. PO.30  
ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Α. PO.31, PO.32  
ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Ι. OR.37  
ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Ι. OR.22  
ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Ν. OR.48  
ΛΑΛΕΣ Γ. S.C.01, S.C.02, S.C.12  
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. OR.17  
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ Ι.-Θ. PO.35  
ΛΕΛΕΓΙΑΝΝΗ Μ. OR.01, OR.09, OR.10  
ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Β. OR.45, OR.46, PO.29,  
PO.30, PO.31, PO.32  
ΛΙΑΜΠΑΣ Ι. OR.45, OR.46  
ΛΙΛΙΟΣ Χ. OR.62, PO.02  
ΛΙΝΑΡΔΟΥ Ι. OR.58, OR.59, S.C.04  
ΛΟΥΚΑ Φ. OR.18  
ΛΟΥΤΡΑΔΗΣ Χ. PO.29, PO.30, PO.31, PO.32  
ΛΟΥΦΟΠΟΥΛΟΣ Ι. S.C.09  
ΛΥΜΠΕΡΑΤΟΥ Ε. S.C.14, S.C.15  
ΛΩΛΗ Γ. OR.47

**Μ**  
ΜΑΛΑΚΟΥΔΗ Φ. PO.01, PO.42, PO.44  
ΜΑΛΚΟΤΣΗ Τ. OR.05, OR.06, OR.07, OR.08  
ΜΑΛΛΟΥΡΗ Δ. OR.43  
ΜΑΝΑΒΗ Κ. OR.01, OR.02, PO.04  
ΜΑΝΑΦΗΣ Α. S.C.01, S.C.02, S.C.12  
ΜΑΝΔΑΛΑ Ε. PO.10  
ΜΑΝΙΔΟΥ Μ. PO.51  
ΜΑΝΤΣΙΟΥ Χ. PO.07, PO.08  
ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ Α. OR.20  
ΜΑΡΙΤΣΑ Δ. PO.01, PO.42, PO.44  
ΜΑΡΚΑΚΗΣ Κ. OR.52  
ΜΑΡΚΟΥ Α. PO.23  
ΜΑΡΤΖΟΣ Θ. PO.20  
ΜΑΡΤΙΝΗ Θ. OR.11  
ΜΑΥΡΙΔΗΣ Γ. OR.63, OR.64, PO.40  
ΜΑΥΡΙΔΟΥ Χ. OR.05, OR.06, OR.07, OR.08  
ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ Κ. PO.30  
ΜΑΥΡΟΜΗΤΡΟΥ Ε. OR.32  
ΜΑΧΑΙΡΑ Κ. OR.62, PO.02  
ΜΕΓΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Α. PO.60  
ΜΕΛΑ Μ. OR.63, OR.64, PO.40  
ΜΕΜΤΣΑ Π.-Θ. OR.15, PO.03, PO.05, PO.11,  
PO.17, PO.36, PO.38, PO.41, PO.49,  
PO.65  
ΜΕΝΤΕΣΙΔΟΥ Β. S.C.19  
ΜΕΤΑΛΛΙΔΗΣ Σ. OR.47, OR.48  
ΜΗΤΑΣ Χ. S.C.01, S.C.12

ΜΙΓΓΟΣ Ζ. OR.54  
ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ Θ. OR.54, OR.55  
ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ Α. OR.29  
ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Σ. PO.07, PO.08, PO.09, PO.10  
ΜΙΧΑΗΛΟΓΛΟΥ Ε. OR.31  
ΜΙΧΑΛΑΚΗΣ Η. PO.63, PO.64  
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Α. S.C.16, S.C.18  
ΜΙΧΜΙΖΟΣ Δ. OR.41  
ΜΟΛΥΒΔΑΣ Α. OR.47, OR.48  
ΜΟΡΙΧΟΒΙΤΟΥ Α. OR.01  
ΜΟΡΦΕΣΗΣ Π. OR.47  
ΜΟΥΡΒΕΤΙΔΗΣ Π. OR.54  
ΜΟΥΡΝΟΥ Α. OR.11  
ΜΟΥΡΤΖΙΛΑΣ Ε. PO.19, PO.37  
ΜΠΑΛΑΣΚΑΣ Η. OR.45, OR.46, PO.29  
ΜΠΑΛΙΑΚΑ Α. PO.46, PO.47, PO.48  
ΜΠΑΛΛΑ Χ. PO.42, PO.44  
ΜΠΑΤΣΗΣ Ι. OR.43  
ΜΠΕΚΤΣΗΣ Τ. OR.55  
ΜΠΕΝΟΣ Α. PO.18  
ΜΠΙΚΟΣ Α. PO.29, PO.30, PO.31, PO.32  
ΜΠΙΝΑΣ Α. S.C.03  
ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ Α. OR.09, OR.10  
ΜΠΙΤΚΙΝΙΔΟΥ Ε. OR.62, PO.02  
ΜΠΙΤΣΙΚΩΚΟΥ Α. OR.50, OR.51, PO.39,  
PO.45  
ΜΠΛΙΑΜΠΛΙΑΣ Δ. OR.22  
ΜΠΟΤΖΙΩΡΗ Χ. PO.21, PO.22  
ΜΠΟΥΖΙΑΝΑ Σ. OR.56  
ΜΠΟΥΛΚΟΥ Μ. S.C.13, S.C.14  
ΜΠΟΥΛΟΥΚΟΥ Σ. S.C.01, S.C.02, S.C.12  
ΜΠΟΥΡΑ Π. OR.53  
ΜΠΟΥΤΑΡΗ Χ. OR.52, OR.59, OR.61, S.C.07,  
S.C.10, S.C.11  
ΜΠΟΥΤΖΙΚΟΥ Φ. S.C.08  
ΜΠΡΑΤΖΟΥ Χ. OR.28  
ΜΥΛΩΝΑ Α. S.C.19  
ΜΥΛΩΝΑΣ Σ. PO.01, PO.42, PO.44  
ΜΥΤΙΛΙΝΑΙΟΥ Μ. OR.53  
ΜΩΥΣΙΔΗΣ Δ. S.C.17

## N

NANOΥΔΗΣ Σ. OR.65, OR.66  
ΝΕΙΡΟΣ Σ. S.C.11  
ΝΕΝΑ Ε. PO.51  
ΝΤΑΚΑΚΗΣ Γ. OR.36  
ΝΤΑΜΑΓΚΑΣ Α. PO.44

## Ξ

ΞΑΝΘΑΚΟΥ Ε. PO.12, PO.13  
ΞΑΝΘΟΥΔΑΚΗ Μ. PO.51

## Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Θ. PO.07, PO.08, PO.10  
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Δ. PO.42  
ΟΡΓΑΝΤΖΗΣ Ι. PO.50, PO.53

## Π

ΠΑΛΕΤΑ Α. OR.43  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ Θ. PO.08, PO.09  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΟΥ Δ. OR.02, OR.03, OR.04,  
OR.05, OR.06, OR.07, OR.08, PO.04  
ΠΑΝΑΓΟΥΤΣΟΣ Σ. PO.29  
ΠΑΝΙΔΗΣ Σ. S.C.16, S.C.18  
ΠΑΝΤΑΖΗ Γ. OR.24  
ΠΑΝΤΕΛΙΔΗΣ Π. OR.50, OR.51, PO.39,  
PO.45  
ΠΑΝΤΕΛΙΔΗΣ Δ. PO.54, PO.55  
ΠΑΝΤΖΑΚΗ Α. PO.33  
ΠΑΠΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Θ. S.C.16, S.C.18  
ΠΑΠΑΒΡΑΜΙΔΟΥ Ν. OR.21  
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Α. S.C.10  
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ ΑΙΚ. PO.29, PO.33, PO.34,  
PO.35  
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ Β. OR.03, OR.04  
ΠΑΠΑΓΙΟΥΒΑΝΗ Ι. S.C.04, S.C.08, S.C.11  
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ν. OR.11, OR.12, OR.13,  
PO.18  
ΠΑΠΑΔΕΡΑΚΗΣ Γ. OR.01, OR.02, OR.03,  
OR.04, OR.09, OR.10, PO.04  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α. OR.55  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Β. S.C.16  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Κ. OR.12  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚ. OR.15, PO.03, PO.05,  
PO.11, PO.17, PO.36, PO.38, PO.41,  
PO.49, PO.65  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Α. OR.43  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Σ. PO.46  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Θ. S.C.07  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ-ΑΛΑΤΑΚΗ Ε. OR.17  
ΠΑΠΑΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Σ. PO.46, PO.48  
ΠΑΠΑΚΑΤΣΙΚΑ Σ. OR.60  
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Α. PO.19, PO.37  
ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ Δ. PO.50, PO.52, PO.53  
ΠΑΠΑΛΑΚΗΣ Α. PO.19, PO.37  
ΠΑΠΑΛΕΞΑΝΔΡΗ Α. OR.43  
ΠΑΠΑΜΗΤΣΟΥ Θ. OR.14

- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Δ. S.C.19  
 ΠΑΠΑΡΟΪΔΑΜΗΣ Γ. S.C.03, S.C.07, S.C.09  
 ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Α. OR.14  
 ΠΑΠΠΑΣ Π. OR.61  
 ΠΑΠΧΙΑΝΟΥ Ε. OR.54, OR.55  
 ΠΑΡΑΜΥΘΙΩΤΗΣ Δ. S.C.16, S.C.18  
 ΠΑΡΑΣΚΕΥΑ Κ. S.C.19  
 ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ Κ. PO.60  
 ΠΑΣΑΔΑΚΗΣ Π. PO.29  
 ΠΑΣΤΕΛΛΗ Ν. PO.46, PO.59, PO.62  
 ΠΑΤΑΚΙΟΥΤΑ Φ. PO.06  
 ΠΑΤΟΥΛΙΑΣ Δ. OR.54  
 ΠΑΥΛΙΔΗΣ Π. PO.14  
 ΠΑΥΛΙΔΗΣ Λ. OR.25  
 ΠΕΓΙΟΥ Σ. PO.14  
 ΠΕΡΙΣΤΕΡΑΚΗ Κ. PO.21  
 ΠΕΤΙΔΗΣ Κ. OR.52, OR.58, S.C.01, S.C.02,  
     S.C.04, S.C.05, S.C.08, S.C.12  
 ΠΕΤΜΕΖΑΡΗΣ Ι. OR.02, OR.03, OR.04,  
     OR.05, OR.06, OR.07, OR.08, PO.04  
 ΠΕΤΡΟΥΛΑΚΗ Ε. PO.01, PO.42, PO.44  
 ΠΙΠΕΡΙΔΟΥ Α. PO.29, PO.30, PO.31, PO.32  
 ΠΙΤΣΙΑΒΑ Σ. OR.25  
 ΠΙΤΣΙΟΣ Δ. OR.42  
 ΠΙΤΣΙΟΥ Γ. PO.53  
 ΠΛΙΑΚΟΣ Ι. S.C.16, S.C.18  
 ΠΛΩΜΑΡΙΤΗ Χ. OR.33  
 ΠΟΛΙΤΗΣ Σ. S.C.14, S.C.15  
 ΠΟΡΠΟΔΗΣ Κ. PO.50  
 ΠΡΕΒΕΖΑΝΟΣ Μ. PO.18  
 ΠΡΩΪΟΥ Χ. OR.42, PO.20, PO.25, PO.27,  
     PO.28  
 ΠΥΡΠΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Α. OR.52, OR.58, OR.59,  
     S.C.05
- Ρ**
- ΡΑΓΚΟΥ Α. OR.50, OR.51, PO.39, PO.45  
 ΡΑΪΚΟΣ Ν. OR.18, PO.14  
 ΡΑΠΤΗΣ Β. OR.45, PO.29, PO.30, PO.31,  
     PO.32  
 ΡΙΖΟΠΟΥΛΟΥ Τ. S.C.08
- Σ**
- ΣΑΒΒΙΔΗΣ Ν. OR.45, OR.46  
 ΣΑΒΒΙΔΟΥ Γ. OR.39  
 ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ. OR.56  
 ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ Ι. OR.43  
 ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Π. PO.62
- ΣΑΜΑΡΑΣ Β. PO.13  
 ΣΑΜΑΡΑΣ Ν. PO.47, PO.48  
 ΣΑΜΠΑΝΗ Ε. PO.33, PO.35  
 ΣΑΜΠΑΝΗΣ Χ. OR.59, S.C.07  
 ΣΑΡΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Α. OR.53  
 ΣΑΡΑΤΖΗΣ Ν. OR.22  
 ΣΑΡΑΦΗΣ Φ. OR.05, OR.06, OR.08, OR.09,  
     OR.10  
 ΣΑΡΑΦΗΣ Α. OR.25  
 ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ Π.-Α. PO.29, PO.30, PO.31,  
     PO.32, PO.33  
 ΣΑΧΙΝΙΔΗΣ Α. OR.58, OR.59, S.C.08  
 ΣΕΤΤΑΣ Λ. OR.49  
 ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Κ. OR.22  
 ΣΙΕΡΡΑΣ Β. OR.12  
 ΣΙΜΟΥΛΙΔΟΥ Ε. OR.58, S.C.05  
 ΣΙΟΓΚΑ Α. OR.14  
 ΣΙΟΥΛΗΣ Α. OR.45, OR.46  
 ΣΙΩΚΑΣ Β. OR.19  
 ΣΚΑΛΚΟΥ Α. OR.59, S.C.04  
 ΣΚΕΥΟΥΔΗ Σ. PO.06  
 ΣΚΟΥΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ. PO.34  
 ΣΚΟΥΡΟΥΜΟΥΝΗ Γ. OR.01, OR.02, OR.03,  
     OR.04, PO.04  
 ΣΜΙΑΣ Χ. OR.43  
 ΣΜΥΡΝΑΚΗΣ Ε. PO.18  
 ΣΟΥΛΑΪΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ. PO.08, PO.09, PO.10  
 ΣΠΑΝΟΥ Μ. OR.56, OR.62, PO.02  
 ΣΠΕΛΕΤΑΣ Μ. OR.47, OR.48  
 ΣΠΕΝΤΖΟΥ Ε. S.C.06  
 ΣΠΥΡΑΤΟΣ Δ. PO.52  
 ΣΠΥΡΙΔΗΣ Α. PO.54  
 ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Γ. PO.50, PO.53  
 ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. PO.12, PO.13  
 ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. OR.25  
 ΣΤΑΓΚΟΥ Μ. PO.33, PO.34, PO.35  
 ΣΤΑΘΑΚΗΣ Ε. PO.56  
 ΣΤΑΛΙΚΑ Ε. PO.26  
 ΣΤΑΜΚΟΠΟΥΛΟΥ Π. OR.27  
 ΣΤΑΜΠΟΥΛΗ Σ. OR.57, PO.43  
 ΣΤΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Ι. PO.53  
 ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ. S.C.01, S.C.02, S.C.03,  
     S.C.04, S.C.05, S.C.06, S.C.07, S.C.08,  
     S.C.09, S.C.10, S.C.11, S.C.12  
 ΣΤΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. PO.51  
 ΣΤΕΡΓΙΑΚΟΥΛΗ Β. PO.34  
 ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ Χ. PO.23  
 ΣΤΕΦΑΝΟΥ Γ. OR.35

ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΟΥ Σ. OR.15, PO.03, PO.05,  
PO.11, PO.17, PO.36, PO.38, PO.41,  
PO.49, PO.65

ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ Χ. PO.31, PO.32  
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Ρ. PO.51

## Τ

ΤΑΡΑΜΠΟΥΛΟΥΣ Δ. S.C.03  
ΤΑΡΕΝΙΔΟΥ Χ. S.C.16  
ΤΑΣΙΚΑ Ε. PO.16  
ΤΖΑΝΑΒΑΡΗ ΑΙΚ. PO.54, PO.55  
ΤΖΑΝΗΣ Γ. PO.30, PO.31, PO.32  
ΤΖΗΜΑ Μ. OR.28  
ΤΖΙΛΒΕΣ Δ. PO.06  
ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ Κ. OR.53, OR.56, OR.61  
ΤΖΙΤΖΙΚΑΣ Ι. OR.15, PO.03, PO.05, PO.11,  
PO.17, PO.36, PO.38, PO.41, PO.49,  
PO.65  
ΤΖΟΥΜΑΡΗ Θ. PO.07, PO.08, PO.09, PO.10  
ΤΗΛΑΒΕΡΙΔΗΣ Ι. OR.24, PO.57, PO.58  
ΤΙΡΤΑ Μ. OR.11  
ΤΟΝΤΙΚΔΗ Χ. PO.07, PO.08, PO.09  
ΤΟΣΚΑΣ Α. OR.14  
ΤΣΑΒΔΑΡΗΣ Ρ. OR.18  
ΤΣΑΒΕ Ο. OR.16  
ΤΣΑΓΚΑΡΗΣ Χ. S.C.14, S.C.15  
ΤΣΑΠΡΑΝΤΖΗ Α. OR.26, OR.27  
ΤΣΑΠΡΑΝΤΖΗ Κ. OR.26, OR.27  
ΤΣΑΤΣΟΥ Π. PO.25  
ΤΣΑΧΟΥΡΙΔΟΥ Ο. OR.47  
ΤΣΕΠΑ Α. OR.18, PO.14  
ΤΣΙΜΠΕΡΙΔΗΣ Α. S.C.03, S.C.11  
ΤΣΙΜΠΩΝΗΣ Α. OR.25  
ΤΣΙΤΟΥΡΙΔΗΣ Ι. OR.09, OR.10  
ΤΣΙΩΓΚΑΣ Κ. S.C.03  
ΤΣΙΩΝΗ Κ. PO.10  
ΤΥΡΟΘΟΥΛΑΚΗΣ Ε. PO.19, PO.37

## Φ

ΦΙΛΙΠΠΑΤΟΣ Κ. OR.15, PO.05, PO.11, PO.17,  
PO.41, PO.49  
ΦΟΥΚΑ Ε. PO.50, PO.53  
ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ Σ. OR.62  
ΦΡΑΓΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ. PO.06  
ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΑΚΗΣ Χ. PO.23  
ΦΥΤΑΣ Π. PO.21, PO.22, PO.24  
ΦΩΤΙΑΔΟΥ Σ. OR.14, PO.34  
ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Δ. OR.34

## Χ

ΧΑΪΔΙΤΣ Α.-Μ. PO.18  
ΧΑΛΑΛΗΣ Γ. PO.06  
ΧΑΛΟΥΔΗΣ Π. OR.65  
ΧΑΜΠΗΛΟΜΑΤΗ Δ. PO.02  
ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΗΣ Μ. OR.54, OR.55  
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Χ. OR.63, OR.64, PO.40  
ΧΑΤΖΗΛΕΟΝΤΙΑΔΟΥ Σ. OR.65  
ΧΑΤΖΗΣ Δ. S.C.03, S.C.07, S.C.09  
ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α.-Ι. OR.56  
ΧΕΒΑ Α. PO.46, PO.47, PO.48, PO.57  
ΧΟΛΟΓΚΙΤΑΣ Ε. PO.07, PO.08, PO.09, PO.10  
ΧΟΡΤΗ Α. S.C.16, S.C.18  
ΧΡΗΣΤΟΣ Μ. S.C.02  
ΧΡΗΣΤΟΥ Κ. OR.56  
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΗΣ Ν. S.C.14  
ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΟΥ Α. OR.01, OR.07, OR.09,  
OR.10  
ΧΡΥΣΑΝΘΙΔΗΣ Θ. OR.48  
ΧΥΤΙΡΟΓΛΟΥ Π. OR.48

## Ω

ΩΡΟΛΟΓΑΣ Α. OR.41