Ελληνική Ιατρική

Helliniki Iatriki

34ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 4 – 6 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

ISSN 2241-8253

Τόμος 85, Συμπληρωματικό Τεύχος 2019 • Περιοδικό της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Volume 85, Supplement 2019 • Official Journal of the Thessaloniki Medical Society

Helliniki Iatriki Ελληνικη Ιατρικη

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 – Fith 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** Ε. Ροηλίδης
Γεν. Γραμματέας Γ. Τσουλφάς
Ταμίας Κ. Τζιόμαλος **Ειδ. Γραμματέας** Δ. Παπακώστα
Έφορος Στέγης Ι. Τσινόπουλος **Έφορος Βιβλιοθήκης** Γ. Κούρτογλου
Μέλη Τ. Βυζαντιάδης, Δ. Καπουκρανίδου, Λ. Κοβάτση
Αναπλ. Μέλη Θ. Βασιλειάδης, Κ. Καραπαναγιώτης, Αικ. Παπαγιάννη
Ελεγκτική Επιτροπή Κ. Καλλαράς, Χ. Κουμάρας, Ε. Μανδαλά

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης
Κ. Καλλαράς
Αναπλ. Διευθυντές Σύνταξης
Ε. Μανδαλά, Α. Καμπαρούδης
Μέλη
Μ. Αθανασίου-Μεταξά, Θ. Γερασιμίδης, Θ. Δαρδαβέσης, Δ. Δημητριάδης, Γ. Ηλονίδης, Δ. Καπουκρανίδου, Ν. Μαλισιόβας, Η. Ντεγιάννης, Π. Νικολαΐδης, Β. Παπανικολάου, Χ. Παπανικολάου, Α. Σαχινίδης, Π. Τέκκης, Μ. Χάιδιτς, Α. Χαριτάντη, Ε. Χολόγκιτας

Ιστοσελίδα: http://www.helliniki-iatriki.gr
Αλληλογραφία: info@helliniki-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 καλλίτερη 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 συγγραφείς 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 όμως 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 περίληψη 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 βιβλιογραφικές παραπομπές και τον τίτλο στην αγγλική. Τα ενημερωτικά άρθρα πρέπει να συνοδεύονται από περίληψη 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 περίληψη στα ελληνικά και αγγλικά και τη βιβλιογραφία. Η περίληψη 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 παρουσιάζονται 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 περίληψη 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", "Πρόοδοι στην Ιατρική" κ.τ.λ.).

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

Όλες οι εργασίες (μαζι με τις φωτογραφίες τους) που αποστέλλονται στο περιοδικό (ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας http://www.helliniki-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 αρμόδιους επιστημονικούς συμβούλους του περιοδικού.

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

Όταν η εργασία σελιδοποιηθεί ηλεκτρονικά αποστέλλεται στους συγγραφείς, 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.helliniki-iatriki.gr

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1928

34ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

με πανελλήνια συμμετοχή

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

4 – 6 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ GRAND HOTEL PALACE
Θ Ε Σ Σ Α Λ Ο Ν Ι Κ Η

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΤΟΥ 34ου ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Πρόεδρος	:	Α. Καραγιάννης
Α′ Αντιπρόεδρος	:	Δ. Σωτηριάδης
Β′ Αντιπρόεδρος	:	Ε. Ροηλίδης
Γεν. Γραμματέας	:	Γ. Τσουλφάς
Ταμίας	:	Κ. Τζιόμαλος
Ειδική Γραμματέας	:	Δ. Παπακώστα
Έφορος Στέγης	:	Ι. Τσινόπουλος
Έφορος Βιβλιοθήκης	:	Γ. Κούρτογλου
Μέλη	:	Τ. Βυζαντιάδης
		Δ. Καπουκρανίδου
		Λ. Κοβάτση
Αναπλ. Μέλη	:	Θ. Βασιλειάδης
		Κ. Καραπαναγιώτης
		Αικ. Παπαγιάννη

Γραμματέας Μαρία Δ. Νάτση

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με μεγάλη χαρά σας ανακοινώνω ότι η **Ιατρική Εταιρεία Θεσσαλονίκης** διοργανώνει εφέτος το **34ο Βορειοελλαδικό Ιατρικό Συνέδριο**, από τις 4 έως τις 6 Απριλίου 2019, στο ξενοδοχείο Grand Hotel Palace, στη Θεσσαλονίκη.

Στο Συνέδριο αυτό, το οποίο αποτελεί την κορυφαία επιστημονική εκδήλωση της Εταιρείας, συμμετέχουν ιατροί όλων των ειδικοτήτων, επιστήμονες από όλες τις Βιοϊατρικές Επιστήμες, όπως επίσης και προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές.

Θα ανακοινωθούν επιστημονικές εργασίες που αποτελούν καρπό της ερευνητικής προσπάθειας πολλών ετών. Επίσης, θα συζητηθούν από ειδικούς επιστήμονες οι τελευταίες εξελίξεις σε κάθε τομέα της Ιατρικής επιστήμης και θα αναλυθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση ποικίλων νοσημάτων. Κύριος στόχος του συνεδρίου είναι να ανανεώσει τις γνώσεις όλων των επιστημόνων υγείας, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον πάσχοντα συνάνθρωπο.

Με τιμή

Αστέριος Καραγιάννης
Πρόεδρος Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Καθηγητής Παθολογίας

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ 1

OR.01 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΛΜΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗΝ 24ΩΡΗ ΒΡΑΧΙΟΝΙΑ ΚΑΙ ΑΟΡΤΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ

Ε. Γεωργιανού[1], Π. Γεωργιανός[2], Ι. Ζωγράφου[1], Χ. Σαμπάνης[1], Κ. Μαρκάκης[1], Α. Καραγιάννης[1], Κ. Πετίδης[1]

[1]Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
[2]Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Παρότι η υψηλή αρτηριακή πίεση (ΑΠ) στην οξεία φάση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) σχετίζεται με υψηλή θνητότητα, το όφελος της αντιυπερτασικής θεραπείας και οι θεραπευτικοί στόχοι της ΑΠ παραμένουν ασαφείς.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της επίδρασης της νεμπιβολόλης και της ολμεσαρτάνης στην 24-ωρη ΑΠ ασθενών με υπέρταση στην οξεία φάση του ΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Στην παρούσα απλή-τυφλή μελέτη, 60 ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ και συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) στην κλινική 160-220 mmHg τυχαιοποιήθηκαν σε νεμπιβολόλη (5 mg/ημέρα), ολμεσαρτάνη (20 mg/ημέρα) ή μη-θεραπεία μεταξύ της 4^{ης} και της 7^{ης} ημέρας του ΑΕΕ. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24-ωρη καταγραφή της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Germany).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σημαντική μείωση της 24-ωρης βραχιόνιας ΑΠ κατά 12,2/4,8 mmHg και 8,3/2,6 mmHg σημειώθηκε στις ομάδες της νεμπιβολόλης και της ολμεσαρτάνης, αντίστοιχα. Στους ασθενείς που δεν έλαβαν θεραπεία, η 24-ωρη βραχιόνια ΑΠ μειώθηκε κατά 4,7/1,9 mmHg. Η νεμπιβολόλη ήταν ισχυρότερη της μη-θεραπείας στη μείωση της 24-ωρης βραχιόνιας ΣΑΠ (Μέση διαφορά: -7,8 mmHg, 95% CI: -15,6, -0,1), ενώ η επίδραση της νεμπιβολόλης δε διέφερε από αυτήν της ολμεσαρτάνης (Μέση διαφορά: -3,4 mmHg, 95% CI: -11,2, 4,3). Ομοίως, δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ των 2 φαρμάκων στη μεταβολή της 24-ωρης αορτικής ΣΑΠ (Μέση διαφορά: -1,9 mmHg, 95% CI: -10.1, 6.2). Τα δύο φάρμακα προκάλεσαν όμοιες μειώσεις στον 24-ωρο δείκτη ενίσχυσης και στην 24-ωρη ταχύτητα του σφυγμικού κύματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη δείχνει ότι η νεμπιβολόλη έχει όμοια επίδραση με την ολμεσαρτάνη στις κεντρικές αορτικές πιέσεις και στους δείκτες αρτηριακής σκληρίας ασθενών με υψηλή ΑΠ στην οξεία φάση του ΑΕΕ.

OR.02 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ι. Λινάρδου[2], Α. Δημοσιάρη[3], Α. Πυρπασοπούλου[1,2], Ε. Αγγελούδη[4], Χ. Κυδώνα[3], Ε. Γουρίδου[1], Κ. Δημητρακόπουλος[4], Ε. Ροηλίδης[1], Α. Καραγιάννης[2]

[1]Τμήμα Λοιμώξεων, [2]Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, [3]Δ΄ Παθολογική Κλινική, [4]Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η θεραπεία της πνευμονίας κοινότητας είναι κυρίως εμπειρική. Στόχος αυτής της αναδρομικής μελέτης είναι να καταγραφεί η επιδημιολογία και τα κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά των ασθενών με πνευμονία κοινότητας που χρειάστηκε να εισαχθούν για νοσηλεία, και να καταγραφεί η χορηγηθείσα αντιβιοτική αγωγή εξωτερικά και στη νοσηλεία.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν αναδρομικά ασθενείς με πνευμονία κοινότητας που νοσηλεύτηκαν από 1.1.2016 έως και τις 31.12.2017 σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Αποκλείστηκαν ασθενείς με πρόσφατη νοσηλεία, και ασθενείς με πιθανή πνευμονία εξ εισροφήσεως. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, τα ακτινολογικά χαρακτηριστικά της λοίμωξης και η αγωγή που χορηγήθηκε προ της εισαγωγής και στη νοσηλεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διακόσιοι εβδομήντα ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (50.7% άνδρες, 49.3% γυναίκες) με διάμεση ηλικία τα 80 έτη. Η εποχική κατανομή των περιστατικών ήταν η ακόλουθη. Το φθινόπωρο εισήχθησαν 21.9% των ασθενών, 46.8% στη διάρκεια των χειμερινών μηνών, 17.0% την άνοιξη, και 16.3% το καλοκαίρι. Οι 72 ασθενείς είχαν διάμεση πνευμονία, 120 λοβώδη και 78 είχαν ακτινολογικά διηθήματα σε περισσότερους του ενός λοβούς, με τη χειρότερη πρόγνωση. Το 22.8% των ασθενών είχε λάβει αντιβιοτική αγωγή προ της εισαγωγής, συχνότερα β-λακτάμη (27/61). Οι ασθενείς που χρειάστηκε να εισαχθούν έλαβαν συχνότερα κατά τη νοσηλεία αναπνευστική κινολόνη (μόνη ή σε συνδυασμό, 135/270). Μόνο 13 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν εμπειρικά και με αγωγή για MRSA.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πνευμονία αποτελεί σημαντικό αίτιο νοσηλείας με εποχικές διακυμάνσεις. Βάσει της ακτινολογικής εικόνας, ο πνευμονιόκοκκος αποτελεί ένα από τα κυριότερα παθογενετικά αίτιά τους. Η αναδρομική αυτή επιδημιολογική μελέτη δείχνει συμμόρφωση των ιατρών με τις κατευθυντήριες οδηγίες και αποτελεσματικότητα αυτών.

OR.03 ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΒΙΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΑΠΟ ΠΥΟΓΟΝΟ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟ

Μ. Καλογήρου[1], Π. Κωνσταντινίδης[2], Κ. Μπάνη[3], Χ. Ζάρρας[3], Χ. Παπαδόπουλος[2], Α. Πυρπασοπούλου[1], Κ. Πετίδης[1], Α. Καραγιάννης[1]

[1]Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, [2]Γ΄ Καρδιολογική Κλινική, [3]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μικροβιολογία της ενδοκαρδίτιδας χρηστών ΕΦ ουσιών περιλαμβάνει χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, πρασινίζοντες στρεπτοκόκκους και σπανιότερα, Gram (-) βακτήρια και μύκητες. Στόχος της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού ενδοκαρδίτιδας βιοπροσθετικής βαλβίδας από πυογόνο στρεπτόκοκκο σε χρήστη ΕΦ ουσιών.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής, 27 ετών, χρήστης ΕΦ ουσιών, με ιστορικό τριών επεισοδίων ενδοκαρδίτιδας, και βιοπροσθετική τριγλώχινα, προσήλθε σηπτικός, αιμοδυναμικά ασταθής, και βαριά θρομβοπενικός (15,000 PLTs/μl) με αιμορραγικό εξάνθημα στα δάκτυλα των κάτω άκρων. Ο ασθενής είχε ακουστό φύσημα στην εστία ακρόασης της τριγλώχινας. Από την απεικόνιση του θώρακος διαπιστώθηκαν συρρέοντα διηθητικά στοιχεία. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και έγινε εμπειρική έναρξη αμπικιλλίνης/σουλμπακτάμης και βανκομυκίνης. Από τις καλλιέργειες απομονώθηκε πυογόνος στρεπτόκοκκος. Διενεργήθηκε υπερηχογράφημα καρδιάς που ανέδειξε ευκίνητο μόρφωμα στην τριγλώχινα με διαστάσεις 0.3×0.9 cm. Η αγωγή τροποποιήθηκε σε κεφτριαξόνη/ γενταμικίνη με αντικατάσταση της γενταμικίνης από βανκομυκίνη λόγω υποτροπής του εμπυρέτου. Η αγωγή συνεχίστηκε ΕΦ για 4 εβδομάδες. Οι καλλιέργειες αίματος αρνητικοποιήθηκαν και ο ασθενής βελτιώθηκε γρήγορα κλινικά και εργαστηριακά. Νέο υπερηχογράφημα καρδιάς προ του εξιτηρίου δεν έδειξε μεταβολή των διαστάσεων του μορφώματος, αλλά ούτε και επιδείνωση της λειτουργικότητας της βαλβίδας. Ο ασθενής εξήλθε σε καλή κλινική κατάσταση με συνέχιση αντιβιοτικής αγωγής (αμοξυκιλλίνης κλινδαμυκίνης) από του στόματος και προγραμματισμό για επανεξέταση και διενέργεια νέου υπερηχογραφήματος καρδιάς σε 15 ημέρες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Ο πυογόνος στρεπτόκοκκος αποτελεί σπάνιο αίτιο διηθητικών λοιμώξεων όπως ενδοκαρδίτιδα ή μηνιγγίτιδα (0-5% των αναφερόμενων περιστατικών). Συνιστώμενη αντιμετώπιση ενδοκαρδίτιδας είναι υψηλές δόσεις ΕΦ πενικιλλίνης. Ο ασθενής του οποίου η περίπτωση περιγράφεται είχε ενδοκαρδίτιδα βιοπροσθετικής βαλβίδας η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με κεφτριαξόνη και βανκομυκίνη.

OR.04 ΚΟΡΤΙΚΟΑΝΘΕΚΤΙΚΟ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΥ ΠΡΟΗΓΗΘΗΚΕ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ HODGKIN: ΜΑΚΡΑ ΠΟΡΕΙΑ ΥΦΕΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΛΛΕΣ ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 2,5 ΕΤΗ

Η. Τούλια[1], Π. Καΐδου[1], Ν. Μπόσβελη[1], Ε. Παπακωνσταντίνου[2], Μ. Καλυμνιού[1], Ε. Μέμμος[3], Μ. Στάγκου[3], Κ. Κολλιός[1]

[1]Γ΄ Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο
[2]Παιδοογκολογικό Τμήμα Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο
[3]Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Εστιακή και τμηματική σπειραματοσκλήρυνση (FSGS) αποτελεί την κύρια αιτία κορτικοανθεκτικού νεφρωσικού συνδρόμου (Ν.Σ) στα παιδιά. Στις επιλογές σε μη απάντηση στα κορτικοστεροειδή περιλαμβάνονται οι αναστολείς καλσινευρίνης, η μυκοφαινολάτη μοφετίλη (MMF) και το μονοκλωνικό αντίσωμα Rituximab. Στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί λίγες περιπτώσεις λεμφώματος Hodgkin, που μπορεί να εκδηλωθεί ταυτόχρονα, να προηγείται ή να έπεται του Ν.Σ.

ΣΚΟΠΟΣ: Να περιγραφεί η πορεία κοριτσιού 15,5 ετών με Ν.Σ και ιστολογική διάγνωση FSGS, με τις παρακάτω επισημάνσεις: α) μη απάντηση στην αρχική θεραπεία (κορτιζόνη και ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης) και απάντηση στην αγωγή με κυκλοσπορίνη και Rituximab β) εμφάνιση λεμφώματος Hodgkin και πλήρης ύφεση για μια 8-ετία γ) πολλές υποτροπές τα τελευταία 2,5 έτη

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Κορίτσι διαγνώστηκε με κορτικοανθεκτικό Ν.Σ σε ηλικία 4,5 ετών και παρουσίασε ύφεση μετά από κυκλοσπορίνη και χορήγηση μίας δόσης Rituximab. Η βιοψία νεφρού έδειξε εστιακή και τμηματική σπειραματοσκλήρυνση. Μετά από 2,5 χρόνια εμφάνισε λέμφωμα Hodgkin που θεραπεύτηκε πλήρως κατόπιν αγωγής. Ενώ ήταν χωρίς αγωγή για το Ν.Σ και χωρίς υποτροπές, 6 έτη μετά τη διάγνωση του λεμφώματος εμφάνισε την πρώτη υποτροπή και ακολούθησαν άλλες 8 στα επόμενα 2.5 έτη. Με τις διάφορες θεραπευτικές αγωγές, σε μία από τις οποίες είχε προστεθεί Rituximab, το παιδί απαντούσε, ενώ οι τελευταίες υποτροπές συνοδεύτηκαν από οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Λόγω της ηλικίας του παιδιού, προ 4-μήνου έγινε μετάβαση της παρακολούθησης σε Νεφρολογική Κλινική ενηλίκων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: α) Η αντιμετώπιση του κορτικοανθεκτικού νεφρωσικού συνδρόμου μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για τον παιδονεφρολόγο και το νεφρολόγο β) Στις θεραπευτικές επιλογές μπορεί να περιληφθεί το μονοκλωνικό αντίσωμα Rituximab.

OR.05 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ ΣΤΗΝ ΠΚΜ

Α. Αδαμίδου, Γ. Δαδάκου, Ι. Παύλου, Χ. Σκουτζού, Ε. Καραγιάννης, Μ. Σιδηροπούλου

Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας τμήμα Δημόσιας Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ιός του Δυτικού Νείλου είναι RNA ιός ο οποίο μεταδίδεται στον άνθρωπο κυρίως με δήγμα μολυσμένου κουνουπιού. Ο χρόνος επώασης του ιού κυμαίνεται από 2-14 ημέρες. Πρόκειται για μια νόσο η οποία συνήθως αυτοπεριορίζεται αφού το 80% των ατόμων που έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό δεν εμφανίζει κανένα σύμπτωμα, ένα 20% μπορεί να εμφανίσει ήπια νόσηση με πυρετό, κακουχία, οστικά άλγη ενώ στο 1% από αυτό μπορεί να προσβληθεί το ΚΝΣ. Ο άνθρωπος και τα ιπποειδή αποτελούν αδιέξοδο ξενιστή για τον ιό, αφού δεν μπορούν να μεταδώσουν.

ΣΚΟΠΟΣ: Διερεύνηση των κρουσμάτων με λοίμωξη από τον ιό του Δυτικού Νείλου στον άνθρωπο και ο σχεδιασμός της παρέμβασης στην κοινότητα ως μέσο πρόληψης στην ΠΚΜ.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ Τα στοιχεία για τα ανθρώπινα κρούσματα με λοίμωξη του ιού του Δυτικού Νείλου για την ΠΚΜ από τα αρχείο του τμήματος Δημόσιας Υγείας και το ΚΕΕΛΠΝΟ. Η έγκαιρη ανίχνευση των κρουσμάτων μαζί με την αυξημένη περιβαλλοντική επιτήρηση, το πρόγραμμα καταπολέμησης κουνουπιών δια των ψεκασμών και η ανάπτυξη δράσεων ενημέρωσης του πληθυσμού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα στοιχεία προκύπτει ότι σοβαροί παράγοντες κινδύνου αποτελούν: η προχωρημένη ηλικία, η συνοσηρότητα, ο τόπος διαμονής τόσο για σοβαρή νόσηση όσο και για θανατηφόρο εξέλιξη της νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:. Η άμεση ενίσχυση των δράσεων της ΠΚΜ ως προς την ενημέρωση των ευπαθών ομάδων για τον τρόπο προφύλαξης τους από τα δήγματα των κουνουπιών, αλλά και τη διαχείριση του περιβάλλοντος χώρου ώστε να μη δημιουργούνται εστίες ανάπτυξης κουνουπιών στο οικιακό τους περιβάλλον θα συμβάλλουν σημαντικά στον περιορισμό της νόσου.

OR.06 ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΑΝΑΙΜΙΑ (Ht<21% ή Hb<7 g/dl): ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ (ΚΑΤΣ) ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΑΝ ΜΟΝΟ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

Π. Βουκελάτου, Γ. Εμμανουηλίδου, Κ. Δώδος, Δ. Κοντογεώργου, Γ. Σκοτσιμάρα, Κ. Γιαννέλη, Ι. Βρεττός, Α. Καλλιακμάνης

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι μελέτες για το όφελος των μεταγγίσεων σε ΚΑΤΣ έχουν δείξει ότι παρατείνουν την επιβίωση, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και ανακουφίζουν από τα συμπτώματα.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός των μεταβλητών που διέφεραν μεταξύ ΚΑΤΣ και ασθενών με άλλες διαγνώσεις που εισήχθησαν στο νοσοκομείο με σοβαρή αναιμία (Ht<21% ή Hb<7 g/dl) και έλαβαν μεταγγίσεις αίματος.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Εξετάστηκαν αναδρομικά οι φάκελοι ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο κατά τα τελευταία δύο έτη και εντοπίστηκαν 98 ασθενείς (59 γυναίκες, 60,2%) με σοβαρή αναιμία. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, το αίτιο της αναιμίας, συν-νοσηρότητες, ΗΚΓ αλλοιώσεις, τιμές αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης και ζωτικά σημεία εισαγωγής, διάρκεια νοσηλείας, έκβαση και αριθμός μεταγγίσεων. Παραμετρικές και μη παραμετρικές δοκιμασίες εφαρμόστηκαν προκειμένου να εντοπιστούν οι μεταβλητές που διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι 40/98 ασθενείς ήταν ΚΑΤΣ. Οι ΚΑΤΣ έλαβαν κατά μέσο όρο περισσότερες μονάδες αίματος (4±2,3 M±1SD vs 2,8±1,4 M±1SD μονάδες, U=779, p=0,005) και νοσηλεύτηκαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (15,1±8,4 M±1SD vs 10,8±7,6 M±1SD ημέρες, U=779, p=0,006) σε σχέση με ασθενείς με άλλες διαγνώσεις. Οι 17/40 ΚΑΤΣ (42,5%) απεβίωσαν κατά την νοσηλεία ενώ στους ασθενείς με λοιπές διαγνώσεις απεβίωσαν 9/58 (15,5%), (χ^2=8,843, p=0,005). Σε άλλες μεταβλητές δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ΚΑΤΣ έλαβαν περισσότερες μονάδες αίματος, νοσηλεύτηκαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και είχαν πιο συχνά δυσμενή έκβαση. Λόγω των περιορισμένων αποθεμάτων παραγώγων αίματος, ίσως πρέπει να τεθούν κριτήρια για το ποιοί ΚΑΤΣ αναμένεται να ωφεληθούν από τις μεταγγίσεις και για ποιούς η μετάγγιση αποτελεί την παράταση μιας προδιαγεγραμμένης πορείας με βέβαιη έκβαση.

OR.07 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS ΚΑΙ STREPTOCOCCUS INFANTARIUM

Γ. Εμμανουηλίδου, Π. Βουκελάτου, Κ. Δώδος, Δ. Κοντογεώργου, Γ. Σκοτσιμάρα, Κ. Γιαννέλη, Ι. Βρεττός, Α. Καλλιακμάνης

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Έχει αναφερθεί οτι στο 23% των ασθενών με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα η πιθανή πύλη εισόδου του μικροβίου ήταν το πεπτικό. Στους μισούς από αυτούς τους ασθενείς βρέθηκαν πολύποδες παχέους εντέρου και στο 14% αδενοκαρκινώματα. Στο 57% των ασθενών με πύλη εισόδου το πεπτικό απομονώθηκαν Streptococcus bovis spp.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού με μικροβιαιμία ταυτόχρονα από Streptococcus gallolyticus και Streptococcus infantarius.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Γυναίκα 88 ετών προσήλθε λόγω εμπυρέτου (έως $39{,}5^{o}C$) από 10ημέρου με συνοδό ρίγος, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα, για το οποίο είχε λάβει σιπροφλοξασίνη για 10 ημέρες. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται αρτηριακή υπέρταση και κολπική μαρμαρυγή. Κατά την εισαγωγή της δεν διαπιστώθηκαν κατά την κλινική εξέταση παθολογικά ευρήματα, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο: Hg=9,8 g/dl, Ht=30%, WBCs=12,630 K/μl και CRP=138 mg/l. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και τέθηκε σε εμπειρική αγωγή με πιπερακιλλίνη και τεϊκοπλανίνη. Υποβλήθηκε σε αξονικές τομογραφίες θώρακος και άνω κάτω κοιλίας οι οποίες δεν ανέδειξαν μείζονα παθολογικα ευρήματα. Από τις καλλιέργειες αίματος απομονώθηκαν Streptococcus gallolyticus και Streptococcus infantarius. Υποβλήθηκε αρχικά σε διαθωρακικό και στη συνέχεια σε διοισοφάγιο triplex από τα οποία δεν διαπιστώθηκε ύπαρξη εκβλαστήσεων. Στον ενδοσκοπικό έλεγχο του κατώτερου πεπτικού διαπιστώθηκε η ύπαρξη άμισχου πολύποδα στον πυθμένα του τυφλού διαμέτρου 2 εκ. Η ασθενής εξήλθε ολοκληρώνοντας την αγωγή της με από του στόματος χορήγηση αμοξικυλλίνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αν και στο παρόν περιστατικό δεν διαπιστώθηκε ύπαρξη νεοπλάσματος, η διενέργεια κολονοσκόπησης κρίνεται απαραίτητη σε όλους τους ασθενείς με μικροβιαίμια από Streptococcus bovis spp, καθώς μπορεί να διαπιστωθεί η παρουσία αδενοκαρκινώματος σε πρώιμο στάδιο.

OR.08 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΑΛΥΨΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ- ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΤΡΙΧΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΚΤΥΛΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ι. Γκουγκουρέλας[1], Α. Γεωργιάδου[2], Π. Μπούρα[3]

[1]Επιμελητής Β' ΓΝΘ «Άγιος Δημήτριος»
[2]Επιστ. Συνεργάτης Β' Παθολογική Κλινική ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»
[3]Ομότιμη Καθηγήτρια Α.Π.Θ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ανάπτυξη δακτυλικών ελκών (ΔΕ) ένεκα σοβαρής μικροαγγειοπάθειας στον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ) είναι εξαιρετικά σπάνια. Η υποκείμενη παθοφυσιολογία μπορεί να οφείλεται σε προθρωμβωτική κατάσταση λόγω αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου ή/και παρατεταμένου φαινόμενου Raynaud, όπως στο Συστηματικό Σκληρόδερμα (ΣΣ). Στη διαφοροδιάγνωση της μικροαγγειοπάθειας στα συστηματικά αυτοάνοσα αυξανόμενο ρόλο παίζει η τριχοειδοσκόπηση.

ΣΚΟΠΟΣ: Η τριχοειδοσκοπική προσέγγιση ιδιαίτερα ενδιαφερόντων ασθενών με μικροαγγειοπαθητικά δακτυλικά έλκη σε σχέση με τα ειδικά ανοσολογικά ευρήματα. Συσχέτηση τριχοειδοσκόπικης εικόνα και ειδικών διαγνωστικών ευρημάτων του ΣΕΛ και της ΣΣ. Αναφορά στο σύνδρομο επικάλυψης ΣΕΛ-ΣΣ.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσίαση 25χρονης ασθενούς με ΣΕΛ και Δακτυλικά έλκη διάρκειας 40 ημερών με το συνοδό παρακλινικό και τριχοειδοσκοπικό έλεγχο. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά τις ιδιαιτερότητες και θεραπευτικές προεκτάσεις σε σύγκριση με το ΣΣ. Συνοπτική παρουσίαση 4 ασθενών με ΣΕΛ και ΔΕ απο τη διεθνή βιβλιογραφία

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα δακτυλικά έλκη αποτελούν εκδήλωση μικροαγγειοπάθειας τόσο στη ΣΣ όσο και σπανιότερα στο ΣΕΛ. Στη διαφοροδιάγνωση εκτός του ανοσολογικού έλεγχου, συνεπικουρεί σημαντικά η ψηφιακή τριχοειδοσκόπιση.

OR.09 ΥΠΟΘΡΕΨΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Κ. Τζιόμαλος, Ε. Ζτρίβα, Γ. Πολυχρονόπουλος, Σ. Κωστάκη, Δ. Μυλωνάς, Σ. Βενέτη, Δ. Πιλάλας, Α. Σοφογιάννη, Σ. Σάτσογλου, Χ. Σαββόπουλος, Α. Ι. Χατζητόλιος

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υποθρεψία φαίνεται να σχετίζεται με δυσμενέστερη έκβαση του οξέος ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), αλλά η εκτίμησή της στην καθημερινή κλινική πράξη είναι δυσχερής.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της προγνωστικής αξίας της συγκέντρωσης λευκωματίνης στον ορό, ενός ευρέως διαθέσιμου δείκτη της υποθρεψίας, σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν προοπτικά 1107 διαδοχικοί ασθενείς που εισήχθησαν για οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ. Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Η έκβαση εκτιμήθηκε με την παρουσία λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (τροποποιημένη κλίμακα Rankin 2-5) και με την ενδονοσοκομειακή θνητότητα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που ήταν λειτουργικά εξαρτημένοι είχαν χαμηλότερη συγκέντρωση λευκωματίνης και ήταν πιο ηλικιωμένοι, πιο συχνά γυναίκες, είχαν πιο συχνά κολπική μαρμαρυγή, οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου και ιστορικό ΑΕΕ, και είχαν περισσότερες σφύξεις, υψηλότερη συγκέντρωση γλυκόζης, χαμηλότερο ρυθμό σπειραματικής διήθησης και υψηλότερη NIHSS κατά την εισαγωγή. Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για λειτουργική εξάρτηση ήταν η ηλικία, η NIHSS και η συγκέντρωση λευκωματίνης. Οι ασθενείς που απεβίωσαν είχαν χαμηλότερη συγκέντρωση λευκωματίνης και ήταν πιο ηλικιωμένοι, είχαν πιο συχνά κολπική μαρμαρυγή και είχαν υψηλότερη διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ), περισσότερες σφύξεις, υψηλότερη συγκέντρωση γλυκόζης και ουρικού οξέος, χαμηλότερη συγκέντρωση τριγλυκεριδίων και LDL χοληστερόλης και υψηλότερη NIHSS κατά την εισαγωγή. Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου ενδονοσοκομειακής θνητότητας ήταν η παρουσία κολπικής μαρμαρυγής, η ΔΑΠ και η NIHSS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ελαττωμένη συγκέντρωση λευκωματίνης, ένας εύκολα μετρήσιμος δείκτης υποθρεψίας, σχετίζεται ανεξάρτητα με δυσμενέστερη λειτουργική έκβαση σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

OR.10 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Κ. Τζιόμαλος, Α. Ερυθροπούλου-Καλτσίδου, Γ. Χατζόπουλος, Ε. Βαλανίκας, Ε. Μαργαρίτη, Γ. Παναγιώτου, Α. Κοντάνα, Μ. Βέργου, Δ.-Θ. Κωστούρου, Χ. Σαββόπουλος, Α.Ι. Χατζητόλιος

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χολερυθρίνη φαίνεται να ασκεί αντιοξειδωτικές δράσεις κι ενδεχομένως έχει ευνοϊκή επίδραση στην έκβαση του οξέος ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), που χαρακτηρίζεται από οξειδωτικό στρες.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της προγνωστικής αξίας της χολερυθρίνης σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν προοπτικά 1107 διαδοχικοί ασθενείς που εισήχθησαν για οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ. Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Η έκβαση εκτιμήθηκε με την παρουσία λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (τροποποιημένη κλίμακα Rankin 2-5) και με την ενδονοσοκομειακή θνητότητα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που ήταν λειτουργικά εξαρτημένοι είχαν υψηλότερη συγκέντρωση άμεσης χολερυθρίνης και ήταν πιο ηλικιωμένοι, πιο συχνά γυναίκες, είχαν πιο συχνά κολπική μαρμαρυγή, οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου και ιστορικό ΑΕΕ, και είχαν περισσότερες σφύξεις, υψηλότερη συγκέντρωση γλυκόζης, χαμηλότερο ρυθμό σπειραματικής διήθησης και υψηλότερη NIHSS στην εισαγωγή σε σύγκριση με τους ασθενείς που ήταν λειτουργικά ανεξάρτητοι. Η συγκέντρωση ολικής και έμμεσης χολερυθρίνης δε διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων. Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για λειτουργική εξάρτηση ήταν η ηλικία και η NIHSS. Οι ασθενείς που απεβίωσαν είχαν υψηλότερη συγκέντρωση ολικής, άμεσης και έμμεσης χολερυθρίνης και ήταν πιο ηλικιωμένοι, είχαν πιο συχνά κολπική μαρμαρυγή και είχαν υψηλότερη διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ), περισσότερες σφύξεις, υψηλότερη συγκέντρωση γλυκόζης και ουρικού οξέος, χαμηλότερη συγκέντρωση τριγλυκεριδίων και LDL χοληστερόλης και υψηλότερη NIHSS στην εισαγωγή. Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου ενδονοσοκομειακής θνητότητας ήταν η παρουσία κολπικής μαρμαρυγής, η ΔΑΠ και η NIHSS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χολερυθρίνη ενδεχομένως να ασκεί ευεργετική δράση σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

OR.11 ΠΟΡΦΥΡΑ HENOCH – SCHOENLEIN ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ: ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΖΑΘΕΙΟΠΡΙΝΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

Ν. Μπόζβελη[1], Η. Τούλια[1], Μ. Καλυμνιού[1], Ι. Ντότης[2], Ι. Ξυνιάς[1], Κ. Κολλιός[1]

[1]Γ΄ Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
[2]Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αζαθειοπρίνη (ΑΖΑ) είναι ανοσοκατασταλτικό φάρμακο, χημικά ανάλογο της πουρίνης (θειοπουρίνη). Ηπατοτοξικότητα από ΑΖΑ είναι γνωστή επιπλοκή και μπορεί να είναι δοσοεξαρτώμενη ή να σχετίζεται με μεταβολικά παράγωγα (6-methyl mercaptopurine) σε περίπτωση αυξημένης δράσης του ενζύμου μεθυλτρανσφεράση της θειοπουρίνης (TPMT).

ΣΚΟΠΟΣ: α) Να περιγραφεί η περίπτωση κοριτσιού με αλλεργική πορφύρα (ή πορφύρα Henoch-Shoenlein) και λευκωματουρία νεφρωσικού τύπου, που απάντησε σε θεραπεία με ΑΖΑ και β) να διερευνηθούν οι αιτίες της παροδικής ηπατοτοξικότητας που παρουσίασε.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Κορίτσι 9,5 χρονών διαγνώστηκε με αλλεργική πορφύρα και εμφάνισε μετά από 5 ημέρες λευκωματουρία. Λόγω επιδείνωσης της λευκωματουρίας (έως 6.0 gr/24ωρο), χορηγήθηκε αρχικά από του στόματος πρεδνιζολόνη και στη συνέχεια ενδοφλέβια 3 ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης. Η βιοψία νεφρού δεν έδειξε μηνοειδείς σχηματισμούς και γι' αυτό ως θεραπεία επιλέχθηκε η προσθήκη ΑΖΑ, σε ημερήσια δόση 50 mg. Η λευκωματουρία βελτιώθηκε σταδιακά και η δόση της ΑΖΑ αυξήθηκε σε ημερήσια δόση 75 mg μέσα σε 6 εβδομάδες από την έναρξή της. Η λευκωματουρία συνέχισε να υποχωρεί, όμως διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση των τρανσαμινασών (SGOT:1000 U/L, SGPT: 540 U/L), 2 εβδομάδες μετά την αύξηση της δόσης της ΑΖΑ. Με την διακοπή της ΑΖΑ, οι τιμές των τρανσαμινασών επανήλθαν στα φυσιολογικά επίπεδα, ενώ παρατηρήθηκε πλήρης ύφεση της λευκωματουρίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: α) Η ΑΖΑ αποτελεί καλή θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση της λευκωματουρίας από πορφύρα Henoch Schonlein β) στις αιτίες ηπατοτοξικότητας από ΑΖΑ θα πρέπει να περιλαμβάνονται η δοσοεξαρτώμενη ηπατοτοξικότητα, όπως πιθανολογείται στη δική μας περίπτωση, καθώς και η τοξικότητα που μπορεί να οφείλεται σε γενετικά καθορισμένη αυξημένη δράση του ενζύμου μεθυλτρανσφεράση της θειοπουρίνης (TPMT).

OR.12 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΩΝ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ: ΔΙΕΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΝΟΥ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Α.Π.Θ

Γ. Καλαμαράς, Δ. Ιωαννίδου, Κ. Πορπόδης, Ε. Φούκα, Ε. Αποστολίδου, Θ. Κοντακιώτης

Πνευμονολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών που παρακολουθούνται στο Ιατρείο Ύπνου της Πνευμονολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναδρομική μελέτη των δεδομένων των ασθενών που παρακολουθήθηκαν στο Ιατρείο Ύπνου της Πνευμονολογικής Κλινικής Α.Π.Θ κατά τα έτη 2017-2018.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, εξετάσθηκαν 101 άνδρες και 49 γυναίκες, μέσης ηλικίας 53,5 ± 12,48 στη διάρκεια των δυο τελευταίων ετών. Οι ασθενείς είχαν μέσο Δείκτη Μάζας Σώματος 31,82 ± 7,37 ενώ 44 (29,3%) ήταν καπνιστές. Όλοι οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της υπνηλίας (Κλίμακα Υπνηλίας Epworth) : 18 ασθενείς είχαν τιμές 0 έως 5 ενώ 57 είχαν τιμές 6 έως 10 και 75 είχαν παθολογικές τιμές μεγαλύτερες του 10. Η συχνότερη συννοσηρότητα ήταν η αρτηριακή υπέρταση (36%) και ακολουθούν η υπερλιπιδαιμία (20%), η κολπική μαρμαρυγή (18%) και ο υποθυρεοειδισμός (18%). Το 52% των ασθενών διαγνώστηκε με σοβαρού βαθμού σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο (ΣΑΑΥ) με δείκτη απνοιών – υποπνοιών (AHI) μεγαλύτερο από 30, το 37% με μέτριου βαθμού (AHI: 15-30) και το 11% με ήπιου βαθμού (AHI: 5-15). Ως προς τη θεραπεία, το 70% των ασθενών με μέτριο ή σοβαρό ΣΑΑΥ αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με καθημερινή εφαρμογή αναπνευστικής συσκευής τύπου C-PAP στον ύπνο, ενώ το 30% αρνήθηκε τη συσκευή. Τέλος, όλοι οι ασθενείς με ήπιο ΣΑΑΥ αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά (απώλεια βάρους, ενδοστοματικές προθέσεις, ΩΡΛ παρέμβαση).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ΣΑΑΥ αποτελεί ένα σύνδρομο που συσχετίζεται με τη παχυσαρκία και διάφορες συννοσηρότητες. Επιπλέον, η πλειονότητα των ασθενών με μέτριο ή σοβαρό ΣΑΑΥ συμμορφώνονται με τη θεραπεία πρώτης γραμμής που είναι η εφαρμογή συσκευής C-PAP.

OR.13 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΑΠΌ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΞΗΡΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ: ΥΠΟ-ΜΕΛΕΤΗ LUST

Χ. Λουτράδης[1], R. Ekart[2], Χ. Παπαδόπουλος[3], Β. Σαχπεκίδης[4], Μ.-Ε. Αλεξάνδρου[5], Ν. Πυργίδης[1], Ι. Μηνοπούλου[1], Δ. Παπαδοπούλου[5], G. London[6], C. Zoccali[7], Γ. Ευστρατιάδης[1], Α. Παπαγιάννη[1], Π. Σαραφίδης[1]

[1]Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
[2]University Clinical Centre Maribor, Clinic for Internal Medicine, Department of Dialysis, Maribor, Slovenia
[3]Γ' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
[4]Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
[5]Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
[6]Hospital and FCRIN INI-CRCTC, Manhes, France
[7]CNR-IFC Clinical Epidemiology of Renal Diseases and Hypertension, Reggio Calabria, Italy

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ: Ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης στους ασθενείς σε αιμοκάθαρση είναι >85%, αλλά <30% επιτυγχάνουν ικανοποιητικό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Η μείωση της υδατικής υπερφόρτωσης είναι θεμελιώδης για τον έλεγχο της ΑΠ, αλλά η κλινική αξιολόγηση του ξηρού βάρους (ΞΒ) είναι αναξιόπιστη. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την επίδραση της καθοδηγούμενης από υπερηχογραφικό έλεγχο των πνευμόνων μείωσης του ΞΒ στην περιπατητική ΑΠ σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με υπέρταση.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε αυτή την απλή-τυφλή τυχαιοποιημένη (single-blind randomized) μελέτη συμπεριλήφθηκαν 71 υπερτασικοί ($ΑΠ_{κατ'οίκον}$ ≥135/85 mmHg), κλινικά ευογκαιμικοί αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς. Αυτοί τυχαιοποιήθηκαν (αναλογία 1:1) στην ομάδα παρέμβασης (23 άντρες, 12 γυναίκες), που ακολουθήσε έναν αλγόριθμο μείωσης του ΞΒ καθοδηγούμενο από το άθροισμα US-B lines πριν από μία ενδιάμεση συνεδρία αιμοκάθαρσης, και την ομάδα ελέγχου (24 άντρες, 12 γυναίκες), που ακολούθησε την καθιερωμένη θεραπευτική στρατηγική. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 48ωρη ABPM με την συσκευή Mobil-O-Graph NG στην έναρξη και μετά από 8 εβδομάδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μείωση του ΞΒ πραγματοποιήθηκε σε περισσότερους ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης (54,3% vs 13,9%, p<0,001) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Η μεταβολή των US-B lines κατά την παρακολούθηση ήταν -5,3±12,5 vs 2,2±7,6 (p<0,001) και του ΞΒ -0,71±1,39 vs +0,51±0,98 kg (p<0,001) στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου αντίστοιχα. Η μείωσης της 48ωρης-ΣΑΠ (-6,61±9,57 vs -0,67±13,07, p=0,033) και 48ωρης-ΔΑΠ (-3,85±6,34 vs -0,55±8,28, p=0,031) ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης. Παρομοίως, η ενδοδιαλυτική ΑΠ (136,94±14,93 / 83,77±9,13 vs 129,26±15,48 / 80,13±11,25 mmHg, p=0,007 και p=0,014 για ΣΑΠ/ΔΑΠ), η 44ώρη-ΑΠ (136,11±15,21 / 80,31±10,19 vs 129,61±14,57 / 76,44±9,25, p<0,001 και ρ=0,001 για ΣΑΠ/ΔΑΠ) και η ημερήσια και νυχτερινή ΣΑΠ/ΔΑΠ των δύο μεσοδιαλυτικών ημερών μειώθηκαν σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης αλλά παρέμειναν αμετάβλητες στην ομάδα ελέγχου κατά την παρακολούθηση. Οι ασθενείς που εμφάνισαν ≥1 υποτασικό επεισόδιο στην αιμοκάθαρση ήταν οριακά λιγότεροι στην ομάδα παρέμβασης (34,3% vs 55,6%, p=0,072).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μείωση του ΞΒ καθοδηγούμενη από τον υπερηχογραφικό έλεγχο των πνευμόνων μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά και με ασφάλεια τα επίπεδα της περιπατητικής ΑΠ σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Η εφαρμογή αυτής της απλής τεχνικής στην κλινική πράξη μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση του ελέγχου της ΑΠ σε αυτόν τον πληθυσμό.

OR.14 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΆΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Χ. Μάντσιου, Ε. Χατζηαγόρου, Ι. Λιάλιας, Ε. Κουρούκλη, Λ. Νούσια, Β. Αβραμίδου, Ι. Τσανάκας

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα και Μονάδα Κυστικής Ίνωσης,
3η Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,
Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της επίδρασης των διαφορετικών τύπων βρογχικής λοίμωξης και των αναπνευστικών συμπτωμάτων στην έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ογδόντα εννέα παιδιά και ενήλικες με ΚΙ (μέση ηλικία (SD) 11.71 (6) έτη) πραγματοποίησαν 1340 μετρήσεις με Τεστ Έκπλυσης Πολλαπλών Αναπνοών (MBW) και 980 σπιρομετρήσεις σε διαδοχικές επισκέψεις σε περίοδο 5 ετών. Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων, καταγράφηκαν τα συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα καθώς και οι πνευμονικές εξάρσεις. Καταγράφηκαν επίσης η λοίμωξη από Pseudomonas Aeruginosa και Staphylococcus aureus, καθώς και διάφορα μικρόβια όπως aspergillus, candida, Achromobacter, Acinetobacter, Serratia and Stenotrophomonas Maltophilia που απομονώθηκαν σε καλλιέργεια πτυέλων ή φαρυγγικού επιχρίσματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι περισσότερες παράμετροι εκτίμησης της αναπνευστικής λειτουργίας έδειξαν σημαντική επιδείνωση με την ηλικία (FRC, LCI, Scond, M1/M0, M2/M0, FEV1% predicted, FEF50% predicted). Μεταξύ αυτών, ο δείκτης LCI μπορούσε να εκτιμήσει με τη μεγαλύτερη ευαισθησία τον τύπο της λοίμωξης ($p < 0.0001$). Η λοίμωξη από Pseudomonas aeruginosa και ο αποικισμός από Staphylococcus, Achromobacter και Stenotrophomonas maltophilia συσχετίστηκαν σημαντικά με την αύξηση του LCI, όπως επίσης και ο βήχας και οι πνευμονικές εξάρσεις. Ο αποικισμός από Pseudomonas aeruginosa-, Staphylococcus aureus –, και η επιδείνωση των αναπνευστικών συμπτωμάτων (βήχας, πτύελα) βρέθηκαν να προβλάπουν σημαντικά το δείκτη LCI, $p <0.001$, $R2 = 0.463$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο δείκτης LCI εκτιμά την εξέλιξη της πνευμονικής νόσου και εμφανίζει σημαντική μεταβολή σε επιδείνωση των αναπνευστικών συμπτωμάτων και σε εμφάνιση βακτηριακών λοιμώξεων σε παιδιά με ΚΙ. Αποτελεί συνεπώς ένα χρήσιμο εργαλείο εκτίμησης της νόσου και κατέχει σημαντικό ρόλο στην παρακολούθηση των ασθενών με ΚΙ.

OR.15 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΕΞΑΡΣΕΩΝ

Ε. Χατζηαγόρου, Χ. Μάντσιου, Ι. Λιάλιας, Ε. Κουρούκλη, Λ. Νούσια, Β. Αβραμίδου, Ι. Τσανάκας

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα και Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, 3η Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι πνευμονικές εξάρσεις σχετίζονται με ταχύτερο ρυθμό έκπτωσης της πνευμονικής λειτουργίας και ελάττωση της 5-ετούς επιβίωσης.

ΣΚΟΠΟΣ: 1)Να εκτιμηθούν οι μεταβολές των παραμέτρων που μετρούνται με τη δοκιμασία έκπλυσης Αζώτου με πολλαπλές αναπνοές MBW κατά τη διάρκεια των πνευμονικών εξάρσεων σε σύγκριση με μια πρόσφατη μέτρηση σε σταθερή κατάσταση 2) Να συγκριθεί ο δείκτης κάθαρσης πνευμόνων – LCI και οι αλλαγές στην πνευμονική λειτουργία σε πνευμονική έξαρση μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων ασθενών με κυστική ίνωση (KI).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πενήντα έξι ασθενείς με KI υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση και μέτρηση του LCI σε διαδοχικές επισκέψεις σε διάστημα 5 ετών. Καταγράψαμε 103 εξάρσεις και εκτιμήσαμε την έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας και της ανομοιογένειας αερισμού σε πνευμονική έξαρση (FVC, FEV1, FEF25-75) (Multiple Breath Washout indices: FRC, LCI, LCI5, M1/M0, M2/M0, Scond, Sacin)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκαν 103 εξάρσεις σε 56 ασθενείς με KI (μέση ηλικία (sd) 11.1 (2.57) έτη, 53% άρρενες). Το LCI αυξήθηκε σημαντικά στις εξάρσεις (ΔLCI= 2.28, p< 0.0001). Η πνευμονική λειτουργία περιορίστηκε σημαντικά (ΔFEV1%=-11.85, p< 0.0001; ΔFEF50=-16.14, p=0.0001). Η μέση μεταβολή των τιμών LCI, LCI5 και M2/M0 διέφερε σημαντικά μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Η ΔLCI ήταν μεγαλύτερη στους εφήβους (ΔLCI – 3.2, p< 0.0001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ομοιογένεια του αερισμού περιορίστηκε σε σημαντικότερο βαθμό μεταξύ των εφήβων, υποδεικνύοντας ότι οι πνευμονικές εξάρσεις είναι σοβαρότερες σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Επιπρόσθετες μελέτες χρειάζονται για να υποστηρίξουν αυτό το εύρημα.

OR.16 ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΕΝΑ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ;

Σ. Γιαννακουλάκος[2], Ε. Χατζηαγόρου[1], Ε. Κουϊδή[2], Χ. Μάντσιου[1], Ε. Κουρούκλη[1], Λ. Νούσια[1], Α. Καμπούρας[1], Α. Δεληγιάννης[2], Ι. Τσανάκας[1]

[1]Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, 3η Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2]Εργαστήριο Αθλιατρικής, ΤΕΦΑΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: 1) Να εκτιμηθεί η καρδιακή μορφολογία και λειτουργία σε ασθενείς με κυστική ίνωση (ΚΙ) σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες 2) Να εκτιμηθεί η επίδραση ενός εξατομικευμένου προγράμματος άσκησης στην πνευμονική λειτουργία, την ικανότητα για άσκηση και την καρδιακή λειτουργία σε νεαρούς ασθενείς με ΚΙ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν δεκαπέντε ασθενείς με ΚΙ (ηλικίας 13.7±4 ετών, 44.4% αγόρια) χωρίς κάποια άλλη συστηματική νόσο και 15 υγιείς μάρτυρες ως ομάδα ελέγχου συγκρίσιμης ηλικίας. Η αναπνευστική λειτουργία εκτιμήθηκε με σπιρομέτρηση (FEV1) και Καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET, VO2peak) και διενεργήθηκε doppler-υπερηχοκαρδιογραφία. Ακολούθως, οι ασθενείς με ΚΙ συμμετείχαν σε ένα ετήσιο εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης. Έγινε επανεκτίμηση μετά από ένα χρόνο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην έναρξη της μελέτης, ο μέσος FEV1% predicted ήταν 92.4 % (±21), και το μέσο VO2peak% predicted ήταν 77.3 % (±18). Η υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση έδειξε σημαντική μείωση της συστολικής λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας όπως εκτιμήθηκε με τη συστολική μετατόπιση του τριγλωχινικού δακτυλίου (TAPSE) σε ποσοστό 19%, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Μετά την εφαρμογή του εξατομικευμένου προγράμματος άσκησης για ένα χρόνο, υπήρχε στατιστικά σημαντική βελτίωση στην ικανότητα για άσκηση (Δ VO2peak% = +13.7, p=0.009). Η αναπνευστική λειτουργία καθώς και η καρδιακή μορφολογία και λειτουργία παρέμειναν σταθερές (ΔFEV1%: 0.88, p= 0.722).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης διάρκειας ενός έτους μπορεί να βελτιώσει την καρδιοαναπνευστική επάρκεια σε ασθενείς με κυστική ίνωση χωρίς μεταβολή της καρδιακής μορφολογίας και λειτουργίας. Καθώς ο VO2peak είναι σημαντικός δείκτης πρόγνωσης στην ΚΙ, η συνδυασμένη φυσική δραστηριότητα φαίνεται να συμβάλλει αποτελεσματικά στη βελτίωση της επιβίωσης.

OR.17 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΗΤΕΣ: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ 12 ΕΤΩΝ

Α.-Μ. Μαρκαντωνάτου, Κ. Σαμαράς, Ε. Ζαρκάδα, Ε. Ζάχρου, Τ.-Α. Βυζαντιάδης

Α' Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι μουκορμύκητες (συνομοταξία Mucorales) είναι μύκητες ευρέως διαδεδομένοι στο περιβάλλον. Σπανίως, προκαλούν λοιμώξεις σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών (ανοσοκατεσταλμένοι, διαβητικοί, ασθενείς με βαθιά ή ρυπαρά τραύματα) οι οποίες συχνά μπορεί να είναι πολύ σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή.

ΣΚΟΠΟΣ: Να καταγραφούν τα περιστατικά μουκορμυκητιάσεων τα οποία διαγνώστηκαν μικροβιολογικά στο Εργαστήριό μας και να διακρίνουμε τυχόν χαρακτηριστικά των λοιμώξεων αυτών.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Ανασκόπηση των σχετικών περιστατικών τα οποία διαχειρίστηκε το Εργαστήριό μας τα τελευταία 12 έτη και καταγραφή των κυριότερων χαρακτηριστικών τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πρόκειται για 11 περιστατικά μουκορμύκωσης (7 άνδρες/4 γυναίκες). Οι μύκητες που απομονώθηκαν ήταν: 9 *Rhizopus arrhizus*, 1 *Mucor circinelloides* και 1 *Saksenaea vasiformis*. Ανοσοκατεσταλμένοι ήταν επτά από τους έντεκα ασθενείς, δύο είχαν αρρύθμιστο σακχαρώδη διαβήτη και δύο ήταν ανοσοϊκανοί με ρυπαρό ή βαθύ τραύμα. Πέντε από τα περιστατικά αφορούσαν παραπομπή προς το Εργαστήριό μας τρυβλίου μύκητα για ταυτοποίηση. Όσον αφορά στα υπόλοιπα έξι, η άμεση μικροσκόπηση του κλινικού δείγματος ήταν θετική σε όλα. Σε οκτώ περιπτώσεις έγινε έλεγχος ευαισθησίας και οι MICs για τα δύο κυρίως χρησιμοποιούμενα αντιμυκητιακά φάρμακα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα. Σε εννέα από τις έντεκα περιπτώσεις η λοίμωξη εμφανίστηκε άνοιξη ή φθινόπωρο, εποχές με ήπιες/μέτριες θερμοκρασίες και σχετικά αυξημένη υγρασία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν τουλάχιστον έναν από τους παράγοντες κινδύνου για μουκορμύκωση. Παρατηρήθηκε μια εποχική κατανομή η οποία έχει τονιστεί και από άλλους συγγραφείς στη διεθνή βιβλιογραφία. Η θετική άμεση μικροσκόπηση σε όλα τα κλινικά δείγματα προς καλλιέργεια καταδεικνύει την αξία της συγκεκριμένης διαδικασίας, η οποία παρέχει ταχέως πολύ χαρακτηριστικές εικόνες, γεγονός πολύ σημαντικό για την άμεση έναρξη θεραπείας η οποία μπορεί να είναι σωτήρια για τη ζωή του ασθενή.

		Αμφοτερικίνη Β (MIC μg/ml)	**Ποζακοναζόλη (MIC μg/ml)**
1	*Rhizopus arrhizus*	16	4
2	*Rhizopus arrhizus*	1	1,5
3	*Rhizopus arrhizus*	0,094	1,5
4	*Rhizopus arrhizus*	2	0,75
5	*Rhizopus arrhizus*	0,016	2
6	*Rhizopus arrhizus*	0,75	1,5
7	*Rhizopus arrhizus*	0,003	2
8	*Mucor circinelloides*	0,19	12

OR.18 TH2 ΚΑΙ TH17 ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΕΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ. Δόμβρη[1], Κ. Πορπόδης[1], Γ. Τζημαγιώργης[2], Φ. Χατζοπούλου[2], Θ. Κοντακιώτης[1], Γ. Κυριαζής[1], Ε. Φούκα[1], Δ. Παπακώστα[1]

[1]Πνευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»,
[2]Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Th-17 μονοπάτι της ανοσιακής απάντησης δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στους φαινοτύπους του άσθματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό να διερευνήσει τις κυτταροκίνες του μονοπατιού Th2 και Th17 σε ασθματικούς ασθενείς σε σχέση με φαινοτύπους του άσθματος καθώς και με δείκτες φλεγμονής.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 90 ασθματικοί ασθενείς, 51 με σοβαρό, 39 με ήπιο άσθμα και 30 υγιείς ως ομάδα ελέγχου, 49 ± 15.1, και 44± 16 έτη αντίστοιχα. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κλινική εκτίμηση, δερματικές δοκιμασίες, προσδιορισμό ηωσινοφίλων στο αίμα, ολικής IgE του ορού, και μέτρηση του εκπνεόμενου FeNO. Τα επίπεδα των IL-4, IL-5, IL-13, IL-6, IL-17A, IL-23 και TGFβ1 προσδιορίστηκαν με kit της AimPlex Biosciences με κυτταρομετρία ροής. Ο πολυμορφισμός (SNP) της IL-17A (rs17880588) προσδιορίστηκε με RT-PCR.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο γονότυπος της IL-17A ανευρέθηκε ίδιος και στις τρεις ομάδες. Τα επίπεδα των IL-4, IL-5, IL-13, IL-6, IL-17A και IL-23 στον ορό, βρέθηκαν υψηλότερα στον ασθματικό πληθυσμό σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($p<0.05$). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη βαρύτητα του άσθματος. Επίσης, στους ασθενείς με αλλεργικό άσθμα η IL-17A και η IL-4 βρέθηκαν αυξημένες με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p<0.05$). Τα επίπεδα των IL-4, IL-5, IL-13, και IL-23 βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς με αριθμό ηωσινοφίλων > 300 κύτταρα/μl.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη προσπάθεια έρευνας Th2 και Th17 κυτταροκινών σε Έλληνες ασθματικούς ασθενείς. Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν τη συμμετοχή των Th2 αλλά και των Th17 κυταροκινών στο σοβαρό, στο ηωσινοφιλικό καθώς και στο αλλεργικό άσθμα.

OR.19 ΠΙΘΑΝΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΧΑΛΚΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΩΝ PRION

Δ. Κιαφζέζη, Μ. Τσολάκη, Ό. Πάτση Ε. Κουτσουράκη

Α Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι νόσοι prion συναντώνται σε αυξημένα ποσοστά την τελευταία δεκαετία και φαίνεται να υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση με νέους παράγοντες κινδύνου.

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Η μελέτη της πιθανής σύνδεσης του μεταβολισμού του χαλκού με την εμφάνιση των νόσων prion.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναζητήθηκαν στην πρόσφατη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, στις βάσεις δεδομένων Google Scholar και PUBMED: άρθρα, επιστημονικές και κλινικές μελέτες που συσχετίζουν τον μεταβολισμό του χαλκού με την εμφάνιση των νόσων prion.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η φυσιολογική ισομορφή της prion πρωτεΐνης, PrP^c, είναι πρωτεΐνη δέσμευσης χαλκού. Το υψηλότερο επίπεδο έκφρασης PrP^c εντοπίζεται στις νευρωνικές συνάψεις, όπου πιθανόν συμμετέχει στη ρύθμιση των συγκεντρώσεων Cu. Η PrP^c, έχει από τέσσερις έως έξι θέσεις δέσμευσης ιόντων χαλκού και δημιουργεί το σύμπλοκο χαλκού-μεταλλοπρωτεΐνης που έχει αντιοξειδωτική δράση. Ταυτόχρονα, ενισχύει την επιβίωση των νευρώνων. Από την άλλη μεριά η PrP^{sc}, μολυσματική μορφή, προέρχεται από PrP^c σε μία αντίδραση μεταβολής δευτεροταγούς και συνεπώς τεταρτοταγούς δομής της πρωτεΐνης. Η νόσος prion ενδέχεται να διαταράσσει τη διατήρηση κατάλληλων επιπέδων χαλκού στον εγκέφαλο. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια αντιοξειδωτικής προστασίας και πιθανόν, είναι υπεύθυνη για νευροεκφυλισμό που παρατηρείται στις ασθένειες prion. Νέα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι in vitro καλλιεργημένα κύτταρα που μολύνθηκαν με PrP^{sc} είναι πιο ευαίσθητα στο οξειδωτικό στρες και παρουσιάζουν σημαντική μείωση στην ικανότητα δέσμευσης του χαλκού. Τα αποτελέσματα αυτά συνέχισαν να υπάρχουν ακόμα και σε ταυτόχρονη διατήρηση φυσιολογικών επιπέδων της PrP^c.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σύνδεση του χαλκού με την ενδογενή PrP^c αλλά και την PrP^{Sc} , οδηγεί σε μεταβολές οι οποίες συμβάλλουν σημαντικά στην παθογένεια των νόσων prion.

OR.20 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΥΡΙΓΓΟΜΥΕΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ GUILLAIN-BARRE, ΑΠΟΔΙΔΟΜΕΝΗ ΣΕ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑ, ΣΕ ΘΗΛΥ ΑΣΘΕΝΗ 6 ΕΤΩΝ

Ό. Βαμπερτζή, Ε. Δάλπα, Δ. Τράμμα, Α. Ευαγγελίου

Δ΄ Παιδιατρική Κλινική, Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Συριγγομυελία ορίζεται η παρουσία κυστικής κοιλότητας εντός του νωτιαίου μυελού. Κλινικά χαρακτηρίζεται τόσο από σταδιακή απώλεια αισθητικότητας κυρίως άνω άκρων όσο και από σταδιακή διαταραχή κινητικότητας και μυικής αδυναμίας που μπορεί να οδηγήσει έως και την παράλυση. Ως σύνδρομο Guillain-Barre ορίζεται η επίκτητη απομυελινωτική περιφερική νευροπάθεια με κλινική εικόνα αιφνίδιας προοδευτικής αδυναμίας του ασθενούς.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση συννοσηρότητας των δύο ξεχωριστών αυτών κλινικών οντοτήτων κάτι ιδιαίτερα σπάνιο στην διεθνή ιατρική βιβλιογραφία.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Παιδιατρική ασθενής 6 έτων η οποία νοσηλεύτηκε στην Δ΄ Π/Δ κλινική Γ.Ν.Παπαγεωργίου για διερεύνηση και περαιτέρω αντιμετώπιση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διάγνωση συγγενούς συριγγομυελίας με ταυτόχρονη διάγνωση συνδρόμου Guillain-Barre το οποίο αποδόθηκε σε προηγηθείσα λοίμωξη από Μυκόπλασμα Πνευμονίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαφορική διάγνωση των ασθενών πρέπει να βασίζεται κυρίως στην κλινική τους εικόνα και την σωστή λήψη ιστορικού. Η περαιτέρω εργαστηριακή και απεικονιστική διερεύνηση οφείλει να είναι η επιβεβαίωση της κλινικής μας υποψίας. Δεν πρέπει να ξεφεύγει της προσοχής μας η πιθανή συνύπαρξη διαφορετικών κλινικών νοσημάτων στον ίδιο ασθενή. Μόνο έτσι προκύπτει η έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών.

OR.21 ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ: ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΛΛΟΓΕΝΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Ε. Γαβριηλάκη, Ι. Σακελλάρη, Ι. Μπάτσης, Δ. Μαλλουρή, Ζ. Μπούσιου, Ά. Βαρδή, Α. Λαζαρίδου, Ε. Γιαννάκη, Β. Κωνσταντίνου, Α. Τσομπανάκου, Χ. Βαδικόλιου, Γ. Μπαμίχας, Α. Αναγνωστόπουλος

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το επιστημονικό ενδιαφέρον για τη θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια (TA-TMA) μετά μεταμόσχευση αλλογενών αιμοποιητικών κυττάρων (HCT) έχει αναζωπυρωθεί με τη χορήγηση αναστολέων συμπληρώματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Διερευνήσαμε τον επιπολασμό, τους προγνωστικούς παράγοντες, τη νοσηρότητα και θνητότητα σε ασθενείς με TA-TMA.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε διαδοχικούς ασθενείς μετά HCT (01/1990-09/2018). Η διάγνωση και αντιμετώπιση της TA-TMA βασίστηκε στα τρέχοντα διεθνή κριτήρια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από 798 ασθενείς, 121 (15.8%) διαγνώσθηκαν με TA-TMA. Μοναδικός προ-μεταμοσχευτικός παράγων που συσχετίστηκε με TA-TMA αποτέλεσε το σχήμα προετοιμασίας με ολόσωμη ακτινοβόληση (TBI). Μετά τη μεταμόσχευση, οι ασθενείς με TA-TMA εμφάνισαν σημαντικά αυξημένη συχνότητα ιογενών και μυκητιακών λοιμώξεων, σοβαρής οξείας και εκτεταμένης χρόνιας νόσου μοσχεύματος έναντι ξενιστή (GVHD). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, το σχήμα προετοιμασίας, οι ιογενείς λοιμώξεις, η οξεία και χρόνια GVHD αποτέλεσαν ανεξάρτητους προγνωστικούς δείκτες της TA-TMA.

Από το 2015, τέσσερεις ασθενείς ανθεκτικοί στην πρώτης γραμμής θεραπεία αντιμετωπίστηκαν με αναστολέα συμπληρώματος (eculizumab). Παρά τη βελτίωση των εργαστηριακών παραμέτρων της TA-TMA (αιμολυτική αναιμία, θρομβοπενία), τρεις ασθενείς απεβίωσαν λόγω θνητότητας σχετιζόμενης με τη μεταμόσχευση. Με διάμεση παρακολούθηση 23 (0,1-334) μηνών, η TA-TMA συσχετίστηκε με σημαντική μείωση της ολικής επιβίωσης και παρέμεινε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγων αυτής στο πολυπαραγοντικό μοντέλο, μαζί με την υποτροπή, οξεία και χρόνια GVHD. Ανάμεσα στους ασθενείς με TA-TMA, η εμφάνιση νευρολογικής συνδρομής συνετέλεσε σε σημαντικά μειωμένη ολική επιβίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η TA-TMA παραμένει μια συχνή επιπλοκή με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα ακόμα και στην εποχή των αναστολέων του συμπληρώματος. Περαιτέρω μελέτες είναι απαραίτητες με στόχο την έγκαιρη επιλογή ασθενών που μπορεί να ωφεληθούν από την άμεση χορήγηση αναστολέων του συμπληρώματος.

.

OR.22 ΟΓΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΘΗΛΩΜΑ ΡΙΝΟΣ – ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Α. Τσαπραντζή[1], Κ. Τσαπραντζή[2], Ζ. Τάτσιου[3], Δ. Παπαδοπούλου[1]

[1]Ω.Ρ.Λ. Κλινική Γ.Ν. Καβάλας
[2]Π.Ι.Φαναρίου Κιλκίς
[3]Παθολογοανατομικό Γ.Ν. Καβάλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: το ογκοκυτταρικό θήλωμα ρινός αποτελεί σπάνιο καλοήθη όγκο της ρινικής κοιλότητας και των παραρρινίων κόλπων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η συχνότητά του είναι 0.74 – 2.3 ανά 100.000 πληθυσμό. Σκοπός μας είναι η διερεύνηση της αιτιοπαθογένεσης, της κλινικής εικόνας, και της θεραπείας της νόσου. Διακρίνουμε τους εξής τύπους ρινικών θηλωμάτων: το ογκοκυτταρικό, το ανάστροφο και το εξωφυτικό. Το ογκοκυτταρικό θήλωμα ρινός δεν σχετίζεται με τον ιό ανθρωπίνων θηλωμάτων, όπως με το ανάστροφο θήλωμα. Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται η ηλικία 50 – 60 ετών, το κάπνισμα, το αλκοόλ, η αλλεργική ρινίτιδα, και η χρόνια ρινοκολπίτιδα. Επίσης χαρακτηρίζεται από μεταλλάξεις *KRAS*. Εντοπίζεται στο πλάγιο ρινικό τοίχωμα και στους παραρρίνιους κόλπους. Ο όγκος προκαλεί ρινική απόφραξη και ρινορραγίες. Ιστολογικά αποτελείται από κυλινδροειδή και κιονοειδή κύτταρα τα οποία διατάσσονται εξωφυτικά ή ενδοφυτικά. Εξαλλάσσεται σε καρκίνωμα σε ποσοστό περίπου 4 – 17%. Οι απεικονιστικές εξετάσεις περιλαμβάνουν την αξονική – μαγνητική τομογραφία.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσιάζουμε την περίπτωση γυναίκας 60 ετών που προσήλθε στην κλινική μας παραπονούμενη για αναπνευστική ρινική δυσχέρεια δεξιάς ρινικής θαλάμης. Η ενδοσκόπηση ρινός έδειξε πολυποειδές, μαλακό φαιόχρωμο μόρφωμα στο πλάγιο τοίχωμα της δεξιάς ρινικής θαλάμης. Ακολούθησε βιοψία της αλλοίωσης. Η ιστολογική απάντηση έδειξε ογκοκυτταρικό θήλωμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η θεραπεία περιλαμβάνει την χειρουργική αφαίρεση του όγκου είτε με εξωτερική προσπέλαση: πλάγια ρινοτομία και μέση άνω γναθοτομή, είτε με την λειτουργική ενδοσκοπική χειρουργική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι συχνές υποτροπές λόγω μη πλήρους αφαίρεσης του όγκου καθιστούν αναγκαία την συχνή παρακολούθηση του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία. Επίσης, απαιτείται ευρεία αφαίρεση του όγκου για την ελαχιστοποίηση των υποτροπών.

OR.23 Η ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΠΟΣΥΣΤΡΟΦΗ (manual detorsion) ΕΝΟΣ ΕΝΔΟΕΛΥΤΡΟΕΙΔΙΚΑ ΣΥΣΤΡΑΦΕΝΤΟΣ ΟΡΧΙ, ΣΕ ΠΡΟΕΦΗΒΟΥΣ

Ε. Κόγια, Α. Πέγιος, Μ. Μητρύδη, Ι. Βαλιούλης, Ι. Πατούλιας, Δ. Σφουγγάρης

Α' Κλινική χειρουργικής παίδων ΑΠΘ Γ.Ν.Γ. Γεννηματάς Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η αξιοποίηση της εξωτερικής αποσυστροφής ενός συστραφέντος όρχι, ώστε να περιορισθούν οι επιπτώσεις της ισχαιμίας, της επαναιμάτωσης και του διαμερισματικού συνδρόμου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: κατά το διάστημα 2017-8 αντιμετωπίσθηκαν χειρουγικά 16 αγόρια, ηλικίας 8-16 ετών (ΜΟ: 11,5 έτη) λόγω ενδοελυτροειδικής συστροφής όρχι (9 ΑΡ / 7 ΔΕ). Η διάγνωση τέθηκε με κλινικά κριτήρια: αιφνίδια έναρξη οσχεικού άλγους (16/16), ναυτία και έμετος (15/16), κοιλιακό άλγος (2/16), υψηλή θέση πάσχοντα όρχι (14/16), κατάργηση του αντανακλαστικού του κρεμμαστήρα (16/16), σκληρή σύσταση όρχι (14/16), αλλαγή άξονα ή προσανατολισμού (14/16) και επώδυνη ψηλάφηση (16/16). Σε 2/16 περιπτώσεις επρόκειτο για παραμελημένο όσχεο, χωρίς δυνατότητα αξιολόγησης των ενδοοσχεικών δομών. Ακολούθησε διενέργεια υπερηχογραφήματος και Doppler έγχρωμης ροής (απουσία αιμάτωσης, ανομοιογένεια παρεγχύματος και περιέλιξη του σπερματικού τόνου – Whirlpool sign).

Η ομάδα μελέτης περιελάμβανε 5/16 περιπτώσεις οι οποίες προσήλθαν στα ΤΕΠ 3-7 ώρες από την επέλευση της συστροφής. Με την κλινική υποψία ενδοελυτροειδικής συστροφής, διενεργήθηκε εξωτερική αποσυσυστροφή,το άλγος υποχώρησε θεαματικά ενώ μεταβλήθηκαν τα κλινικά δεδομένα του πάσχοντος ημιοσχέου. Η επιτυχής αποσυστροφή τεκμηριώθηκε υπερηχογραφικά. Ακολούθησε εκλεκτική ορχεοπηξία αμφοτερόπλευρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: οι ασθενείς είχαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθαν από το νοσοκομείο τη 2η μετεγχειρητική ημέρα σε καλή γενική κατάσταση. Έκτοτε παρακολουθούνται στα ΤΕΙ περιοδικά ανά εξάμηνο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ πιστεύουμε ότι η δεξιότητα εξωτερικής αποσυστροφής πρέπει να υπάρχει στη φαρέτρα κάθε ιατρού της πρωτοβάθμιας φροντίδας διότι είναι ασφαλής και εφαρμόσιμη. Αυτή η φιλοσοφία συμβάλει στον περιορισμό των επιπτώσεων της συστροφής, περιορίζοντας τον κρίσιμο χρόνο της ισχαιμίας και των παθοφυσιολογικών επιπτώσεων.

OR.24 ΚΑΘΟΛΙΚΗ – ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΧΙΣΤΙΩΝ

Ν. Κεχαγιάς, Α. Τσέκος, Κ. Βαχτσεβάνος

1ο Ελληνικό κέντρο σχιστιών – Τμήμα Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Κλινική Αγ. Λουκάς, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα παιδιά με σχιστία αντιμετωπίζονται διαχρονικά σε όλα τα προβλήματά τους σε κέντρα σχιστιών διεθνώς, αλλά και στην Ελλάδα. Η αντιμετώπιση αρχίζει πριν την γέννηση και συνεχίζει μέχρι και την ολοκλήρωση της ανάπτυξής τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας, είναι να παρουσιάσει τη θεραπευτική αντιμετώπιση χειρουργική ή συντηρητική όλων των προβλημάτων των παιδιών με σχιστίες, η οποία εξαρτάται από την κατάλληλη ηλικία των ιστών και όχι του ασθενή. Αναφορά των παθολογικών προσεγγίσεων και χειρουργικών τεχνικών σύγκλεισης των ιστών από ειδικούς ιατρούς, την κατάλληλη χρονική περίοδο με στόχο την λειτουργική και αισθητική βελτίωση.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται από μια ομάδα ειδικών ιατρών και οδοντιάτρων.

Εκτός των συντηρητικών παρεμβάσεων, ο χειρουργικός σχεδιασμός περιλαμβάνει από 4 έως 6 επεμβάσεις. Μεγάλη συμβολή έχουν ο σύμβουλος διατροφής του νεογνού, ο ψυχολόγος και ο λογοθεραπευτής. Ο καθορισμένος επανέλεγχος αποτελεί οδηγός για σωστή χρονικά παρέμβαση αλλά και αποφυγή λαθών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εξέλιξη στην ιατρική και των χειρουργικών τεχνικών σύγκλεισης έχουν βελτιώσει τη διατροφή, την αισθητική, την ψυχολογία, την ομιλία, τη μείωση των στοματορινικών συρυγγίων, την ελαχιστοποίηση φλεγμονών της ρινός, του φάρυγγα και των ώτων, καθώς και τη φυσιολογική θέση των δοντιών με συνέπεια την καλύτερη μάσηση και υγεία των δοντιών. Ως αποτέλεσμα της αντιμετώπισης σχιστιών σε ειδικά κέντρα έχουμε παιδιά χωρίς καμία ιδιαιτερότητα.

OR.25 Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟΥ ΕΠΩΔΥΝΟΥ ΟΣΧΕΟΥ

Ι. Πατουλιάς[1], Θ. Φειδάντσης[1], Ε. Κόγια[1], Α. Πέγιος[1], Π. Καμπουρίδου[2], Μ. Μητρούδη[1], Ι. Βαλιούλης[1], Δ. Σφουγγάρης[1]

[1]Α' Κλινική Χειρουργικής Παίδων ΑΠΘ, Γ.Ν.Ν. «Γ. Γεννηματάς» Θεσσαλονίκη
[2]Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν.Ν. «Γ. Γεννηματάς» Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ :Στο επώδυνο όσχεο υπάγονται παθήσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από άλγος, ερυθρότητα και διόγκωση του οσχέου. Σε αρκετές περιπτώσεις διαπιστώνεται καθυστερημένη προσέλευση των πασχόντων από ΕΟ, με συνέπεια η διαγνωστική αξιολόγηση να καθίσταται δυσχερής λόγω της έντονης τοπικής φλεγμονής αλλά και της αδυναμίας για συνεργασία των μικρών ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα μελέτη αναφερόμαστε στην δυνατότητα αξιοποίησης του σημείου Prehn ώστε να διαφοροδιαγιγνώσκεται η οξεία πρωτοπαθής επιδιδυμίτιδα από την φλεγμονώδη επινέμεση της επιδιδυμίδας απότοκο συστραφείσας εμβρυικής απόφυσης. Σαν θετικό σημείο Prehn ορίζεται η μείωση της έντασης του άλγους στο πάσχον ημιόσχεο ανυψώνοντας το σύστοιχο ημιόσχεο. Σαν αρνητικό σημείο Prehn ορίζεται η παραμονή της έντασης του άλγους ανυψώνοντας το πάσχον ημιόσχεο.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά την τελευταία τετραετία 36 άρρενες ασθενείς ηλικίας από 7-16 ετών (ΜΟ: 9,3 έτη), προσήλθαν στα ΤΕΠ μετά την παρέλευση των πρώτων 24 ωρών, από την έναρξη ενοχλημάτων επώδυνου οσχέου (16 δεξιά/ 20 αριστερά) και με σημειολογία εντονότατης τοπικής φλεγμονής (παραμελημένο επώδυνο όσχεο).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λόγω επισφαλούς διαγνωστικής προσπέλασης οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική διερεύνηση του πάσχοντος ημιοσχέου. Οι 16 έπασχαν από συστροφή εμβρυικής απόφυσης {10 ΑΡ- 6ΔΕ}(ομάδα Α) και οι 20 από επιδιδυμίτιδα {12 ΑΡ -8 ΔΕ}(ομάδα Β). Το σημείο Prehn ήταν θετικό στους ασθενείς της ομάδας Β (20/20) και αρνητικό σε 15/16 ασθενείς της ομάδας Α ενώ αυτή η παρατήρηση διασταυρώθηκε με τα εγχειρητικά ευρήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αξιοποίηση του σημείου Prehn ως επιπλέον διαγνωστικό κριτήριο πρωτοπαθούς επιδιδυμίτιδας, αγοριών σχολικής και προεφηβικής ηλικίας, πάσχοντα από παραμελημένο επώδυνο όσχεο πιστεύουμε ότι καθίσταται ουσιώδης.

OR.26 Η ΜΕΣΟΟΣΧΕΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΒΟΥΒΩΝΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΣΧΕΟΥ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ 35 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ι. Πατουλιάς, Θ. Φειδάντσης, Α. Πέγιος, Ε. Κόγια, Α. Πέγιος, Μ. Μητρούδη, Ι. Βαλιούλης, Δ. Σφουγγάρης

Α' Κλινική Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ., ΓΝ Γ. Γεννηματάς Θεσσαλονίκη

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η κατάθεση της εμπειρίας που αποκομίσαμε από την εφαρμογή της μεσοοσχεικής προσπέλασης σε μεγαλύτερο εύρος παθήσεων της βουβωνικής χώρας και του οσχέου , σχετικά με τις αναφερθείσες αυτές σε πρόσφατες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ (πίνακας)

Πάθηση	Αριθμός ασθενών (σύνολο: 35)	Επέμβαση
1. συστροφή σπερματικού τόνου	4	Αποσυστροφή, πρόληψη του ορχικού διαμερισματικού συνδρόμου και ορχεοπηξία αμφοτερόπλευρα.
2. συστροφή εμβρυικής απόφυσης	8	Αφαίρεση της νεκρωθείσας απόφυσης.
3. επικοινωνούσα υδροκήλη	4	Υψηλή απολίνωση του ελυτροπεριτοναικού πόρου.
4. υδροκήλη τύπου ενήλικα	2	Αναστροφή του περιτόνου πετάλου του ιδίου ελυτροειδή χιτώνα.
5. κάκωση οσχέου	1	Έλεγχος ενδοοσχεικών δομών, αντιμετώπιση αιμορραγίας και παροχέτευση του αιματώματος.
6. ανελκόμενοι όρχεις αμφοτερόπλευρα	11	Τεχνική Bianchi και καθήλωση των όρχεων στο μεσοοσχεικό διάφραγμα
7. μονόπλευρη εκτοπία όρχι	3	Ορχεοπηξία
8. τοποθέτηση ορχικού προθέματος	2	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς είχαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Το χρονικό διάστημα της παρακολούθησης κυμάνθηκε από 6 μήνες μέχρι 3 έτη, χωρίς να επισημανθεί χειρουργική επιπλοκή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πιστεύουμε ότι η μεσοοσχεική προσπέλαση αποτελεί αξιόποιστη επιλογή για την αντιμετώπιση παθήσεων της βουβωνικής χώρας και του οσχέου διότι:

1. Μπορεί να αντιμετωπισθεί μεγάλο εύρος παθήσεων που αφορούν τόσο τα δυο ημιόσχεα όσο τις βουβωνικές χώρες ταυτόχρονα, διασφαλίζοντας ι επαρκές χειρουργικό πλάνο και αποφεύγοντας την εκτεταμένη παρασκευή ιστών.
2. Καταλείπεται άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.
3. Εφαρμόζεται στα πλαίσια της φιλοσοφίας «day case child».
4. Για την ορχεοπηξία μπορεί να αξιοποιηθεί το ινοελαστικό μεσοοσχεικό διάφραγμα και τέλος.
5. Το είδος των διενεργούμενων επεμβάσεων μπορεί να διευρύνεται με την απόκτηση εμπειρίας της χειρουργικής ομάδας.

OR.27 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΟΥ ΣΧΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΑΚΡΟΛΙΜΟΥΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗΣ

Α. Ζολώτα, Γ. Μυσερλής, Φ. Σολωνάκη, Α. Παπαγιάννης, Ν. Αντωνιάδης, Ν. Σαλβερίδης, Ι. Φούζας
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο μεταμοσχευτικός σακχαρώδης διαβήτης (ΜΣΔ) αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της νεφρικής μεταμόσχευσης (ΝΜ) με δυσμενή επίπτωση κυρίως στην επιβίωση του νεφρικού μοσχεύματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση τροποποιήσιμων ή μη κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων καθώς επίσης και της πορείας ασθενών και μοσχευμάτων μεταξύ δύο ομάδων ληπτών ΝΜ με ΜΣΔ ανάλογα με την ανοσοκαταστολή συντήρησης βασισμένης είτε στην κυκλοσπορίνη Α (CsA, ομάδα Α) είτε στο τακρόλιμους (Tac, ομάδα Β).

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Καταγράφηκε και έγινε σύγκριση αναδρομικά των δεδομένων 66 ληπτών ΝΜ με ΜΣΔ και διερευνήθηκαν με πολλαπλές κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το x2 test, το student-T test και για την επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων η κατά Kaplan-Meier ανάλυση από το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0 for Windows.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την πλειονότητα των παραμέτρων που εξετάστηκαν. Η μέση τιμή (±SD) της ΣΑΠ βρέθηκε υψηλότερη στην ομάδα Α (CsA) συγκριτικά με την ομάδα Β (Tac) στους 6 μήνες και στο 1 έτος μετά τη ΝΜ [ΣΑΠ (M±SD, mmHg). Περισσότεροι ασθενείς στην Ομάδα Α (CsA) απ' ότι στην Ομάδα Β, (Tac) παρουσίασαν επεισόδιο οξείας απόρριψης. Τελικά καταγράφηκε και διαπιστώθηκε μεγαλύτερος ΧΨΙ (M±SD, min) στην Ομάδα Β (Tac) καθώς και στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την επιβίωση ασθενούς και του νεφρικού μοσχεύματος στα τέσσερα χρόνια μετά τη νεφρική μεταμόσχευση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ΜΣΔ σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος υπό ανοσοκαταστολή, βασισμένη στο τακρόλιμους,, απαιτεί την έγκαιρη ρύθμιση των τροποποιήσιμων κλινικών και μεταβολικών παραμέτρων και την υπό προϋποθέσεις αλλαγή του σχήματος από τακρόλιμους σε κυκλοσπορίνη.

OR.28 ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΤΕΤΡΑΛΟΓΙΑΣ FALLOT ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Ι.Α. Ζιώγας[1], Δ.Ι. Αθανασιάδης[2], Κ.Σ. Κασπαριάν[1], Ε. Σπάρταλης[3], Ν. Νικητέας[3], Δ. Σχίζας[4], Γ. Τσουλφάς[2], Β.Ν. Παπαδόπουλος[2], Δ. Αυγερινός[5], Κ.Σ. Μυλωνάς[3,4]

[1]Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
[2]Α' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
[3]Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα
[4]Α' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα
[5]Department of Cardiothoracic Surgery, Weill Cornell Medicine, NewYork Presbyterian, New York, NY, USA

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η τετραλογία Fallot αποτελεί τη συχνότερη κυανωτική συγγενή καρδιοπάθεια. Συναντάται πολλές φορές σε ασθενείς με γενετικές διαταραχές, γεγονός που σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα και θνητότητα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για το ρόλο των γενετικών διαταραχών στα χειρουργικά αποτελέσματα και την επιβίωση των ασθενών με τετραλογία Fallot.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των βάσεων PubMed και Cochrane και συλλογή των δεδομένων σύμφωνα με το PRISMA statement (ημερομηνία αναζήτησης: 7 Απριλίου 2018) από δύο ανεξάρτητους ερευνητές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την αναζήτηση προέκυψαν 968 μελέτες, ενώ τελικά συμπεριλήφθηκαν 11 μελέτες κοόρτης. Το σκορ από την αξιολόγηση των μελετών με βάση την κλίμακα Newcastle-Ottawa ήταν 5.7 ± 1.6, με 6 υψηλής και 5 ικανοποιητικής μεθοδολογικής ποιότητας μελέτες. Ο συνολικός αριθμός των ασθενών ήταν 3494 εκ των οποίων συμπεριλήφθηκαν 583 ασθενείς με γενικές διαταραχές, με αναλογία άρρεν:θήλυ 1.39:1 και μέση ηλικία 5.18 ± 2.83 μήνες ζωής. Οι συχνότερες γενετικές διαταραχές ήταν τρισωμία 21 (35.85%), 22q11.2 deletion syndrome (38.25%), μετάλλαξη στη φιμπριλίνη-1 (4.8%) και σύνδρομο VACTERL (2.23%). Καρδιακές εκδηλώσεις ήταν διάταση αορτής (92.9%), εφίππευση αορτής >50% (85.7%), MAPCA (major aorticopulmonary collateral artery) (67.9%), στένωση (51.4%) και ατρησία (32%) πνευμονικής βαλβίδας, ενώ 50% είχαν κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες και 25% μικροκεφαλία. 83.2% χειρουργήθηκαν αποκλειστικά, 8.7% σε στάδια και 8.1% μετά από ανακουφιστική θεραπεία, ενώ 61.2% έλαβαν transannular patch. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 9.14 ± 6.05 ημέρες και οι συχνότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές ήταν σήψη (33.3%), δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια (20%), λοίμωξη (13.6%), πνευμονική "υπερκυκλοφορία" (13.3%), αναπνευστικά προβλήματα (10.4%) και επανεγχείρηση (7.8%). Η συνολική επιβίωση ήταν 91.2%.

OR.29 ΟΙ ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΝΕΛΚΟΜΕΝΟΥ ΟΡΧΙ (ΣΧΕΔΙΑΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ)

Α. Πέγιος, Ι. Βαλιούλης, Ε. Κόγια, Θ. Φειδάντσης, Ό.- Ι. Σέμκογλου, Μ. Μητρούδη, Ι. Πατουλιάς, Δ. Σφουγγάρης

Α' Κλινική Χειρουργικής Παίδων ΑΠΘ Γ Ν Ν «Γ Γεννηματάς» Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ως ανελκόμενος ορίζεται ο κατελθών όρχις που εντοπίζεται εκτός του οσχέου λόγω υπερδραστηριότητας του κρεμαστήρα μυός. Επομένως εφόσον καταργείται τεχνητά αυτή η υπερδραστηριότητα, ό όρχις εξελκείται – χωρίς τάση – στη βάση του σύστοιχου ημιοσχέου. Αναδιφώντας διεξοδικά την σχετική βιβλιογραφία διαπιστώνει κανείς πως η κλασσική θεώρηση ότι ο ανελκόμενος όρχις αφορά παραλλαγή ενός φυσιολογικού όρχι, αρχίζει να αμφισβητείται από πολλούς συγγραφείς.

ΣΤΟΧΟΣ: Της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των λειτουργικών και ανατομικών ιδιαιτεροτήτων του ανελκόμενου όρχι.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Διαμόρφωση ενός ερευνητικού πρωτοκόλλου το οποίο θα απαρτίζεται από μια ομάδα μελέτης (ομάδα Α: 30 ασθενείς ηλικίας 4-12 ετών με ανελκόμενους όρχεις) και 2 ομάδες μαρτύρων (ομάδα Β: 30 ασθενείς ηλικίας 6 μηνών -7 ετών με κρυψορχία και ομάδα Γ: 30 ασθενείς ηλικίας 0-14 ετών, πάσχοντες από χειρουργική παθολογία συνέπεια βατότητας του ελυτροπεριτοναικού πόρου). Όλοι οι ασθενείς των ομάδων Β και Γ θα υποβληθούν στην ενδεδειγμένη χειρουργική αντιμετώπιση της κύριας νόσου ενώ οι ασθενείς της ομάδας Α θα πληρούν τα κριτήρια της εκλεκτικής ορχεοπηξίας. Θα ληφθούν ιστοτεμάχια του κρεμαστήρα μυός, του οίακα και του ελυτροπεριτοναικού πόρου και θα καταγραφούν οι υφιστάμενες ανωμαλίες πρόσφυσης της επιδιδυμίδας στο σύστοιχο όρχι. Τα δε ληφθέντα ιστοτεμάχια θα μελετηθούν ιστοχημικά και ανοσοιστοχημικά (πυκνότητα και σύσταση των μυικών και νευρικών ινών). Θα ακολουθήσει στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων ώστε να αναδειχθεί η σημαντικότητα αυτών.

ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ: Εφόσον προκύψουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, πιστεύουμε ότι η συμβολή της μελέτης θα είναι καταλυτική σχετικά με την αναθεώρηση ή όχι της κλασσικής προσέγγισης των ανελκόμενων όρχεων. Σε αυτό δε το σενάριο θα είναι προφανής η ένδειξη πρώιμης διενέργειας ορχεοπηξίας και όχι της αναμονής.

OR.30 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΜΕ ΑΤΥΠΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Α. Τσολακίδης, Ά. Μήτσας, Χ. Χρίστου, Β. Ποζίδης, Α. Τοουλιάς, Π. Ανυφαντή, Β.Ν. Παπαδόπουλος

Α' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού Νευροενδοκρινικού Όγκου Παγκρέατος με άτυπη κλινική εικόνα

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσίαση Περιστατικού

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Θήλυ 73 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναφερόμενα πολλαπλά επεισόδια εμέτων από 2 εβδομάδες. Παλαιότερη ενδοσκοπική διερεύνηση, στα πλαίσια χρονίου διαρροϊκού συνδρόμου, ανέδειξε στοιχεία χρόνιας φλεγμονής σε κατώτερο και ανώτερο πεπτικό. Με χορήγηση υγρών και PPIs, τα συμπτώματα των εμέτων και των διαρροιών υφέθησαν και η ασθενής έλαβε εξιτήριο. Κατόπιν επιδείνωσης, επανεισήχθη για περεταίρω διερεύνηση με εργαστηριακές, συνήθεις ορμονολογικές και απεικονιστικές εξετάσεις να μην συσχετίζουν την κλινική εικόνα με εμφανές και σαφές αίτιο. Μετά από χειρουργική εκτίμηση, λόγω έντονης κλινικής υποψίας, διενεργήθηκε προσδιορισμός επιπέδων γαστρίνης ορού, τα οποία βρεθηκαν αυξημενα. Σε νέα ενδοσκόπηση του ανωτέρου πεπτικού βρέθηκαν πολλαπλά έλκη σε οισοφάγο και δωδεκαδάκτυλο, αναμενόμενα στα πλαίσια συνδρόμου Zollinger-Ellison. Σε περαιτέρω διερεύνηση με CT και MRI δεν ανεδείχθη βλάβη, ενώ μετά τη διενέργεια Ενδοσκοπικού Υπερήχου(EUS) βρέθηκε εξωφυτική βλάβη στην κεφαλή του παγκρέατος. Η ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση, στην οποία η βλάβη εκπυρηνίστηκε. Κατόπιν ανεπίπλεκτης μετεγχειρητικής πορείας η ασθενής εξήλθε την 5^{η} ΜΤΧ ημέρα. Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε ιστολογικά και ανοσοϊστοχημικά ευρήματα συμβατά με νευροενδοκρινικό όγκο (NET G1). Η ασθενής βρίσκεται στον 6^{ο} μήνα μετεγχειρητικής παρακολούθησης, με την κλινική της εικόνα να παραμένει βελτιωμένη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι νευροενδοκρινικοί όγκοι του παγκρέατος δύνανται να μην είναι εμφανείς στις τυπικές απεικονιστικές εξετάσεις και να προκαλούν άτυπη κλινική εικόνα που καθιστά τη διάγνωση τους ιδιαίτερα απαιτητική. Απαιτείται ιδιαιτέρως αυξημένη κλινική υποψία κι εφόσον αυτοί διαγνωστούν η χειρουργική αντιμετώπισή τους αποτελεί τη θεραπευτική μέθοδο εκλογής.

OR.31 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΛΙΠΩΜΑΤΩΝ

Α. Τσαπραντζή[1], Κ. Τσαπραντζή[2], Ζ. Τάτσιου[3], Δ. Παπαδοπούλου

[1]Ω.Ρ.Λ. Κλινική Γ.Ν. Καβάλας
[2]Π.Ι.Φαναρίου Κιλκίς
[3]Παθολογοανατομικό Γ.Ν. Καβάλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: τα λιπώματα αποτελούν καλοήθεις όγκους. Εμφανίζονται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Τα πολλαπλά λιπώματα παρουσιάζονται σπάνια, περίπου 0,002%. Σκοπός μας είναι η διερεύνηση της αιτιοπαθογένεσης της νόσου.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: τα λιπώματα αποτελούν περιγεγραμμένους, μαλθακούς, ευκίνητους όγκους. Αποτελούνται από λιποκύτταρα και αναπτύσσονται κάτω από την επιδερμίδα. Η γενετική προδιάθεση και η κληρονομικότητα θεωρούνται αίτια εμφάνισης των πολλαπλών λιπωμάτων. Είναι μικρότερα από 3 εκατοστά. Παρουσιάζονται κυρίως σε ηλικία 40-60 ετών. Εντοπίζονται στον λαιμό, τους ώμους, την ράχη, την κοιλιά. Διακρίνουμε: το μονήρες λίπωμα, τα πολλαπλά λιπώματα, τα πολλαπλά συμμετρικά λιπώματα, την επώδυνη λιπωμάτωση. Η διάγνωση γίνεται με την ψηλάφηση, την αξονική – μαγνητική τομογραφία, το υπερηχογράφημα και τη βιοψία. Η θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου για αισθητικούς λόγους, όταν αυξάνονται σε μέγεθος ή προκαλούν πόνο και παρεμποδίζουν τις κινήσεις του σώματος ή έχουν επιμολυνθεί. Νεότερες μέθοδοι αποτελούν η λιποαναρρόφηση και το Laser. Υποτροπιάζουν με συχνότητα 2%. Δεν εξαλλάσσονται σε καρκίνωμα. Απαιτείται διαφοροδιάγνωση από το ινολίπωμα, αγγειολίπωμα, ιμπέρνωμα, εμβρυϊκό λίπωμα, τη συστηματική πολυεστιακή λιποβλάστωση, το λιποσάρκωμα.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε την περίπτωση άνδρα 53 ετών που προσήλθε στην κλινική μας για πλαγιοτραχηλική διόγκωση. Η αξονική τομογραφία τραχήλου αναφέρει «εικόνα λιπώματος με διαστάσεις 4.5-2.7 εκατοστά». Ακολούθησε χειρουργική αφαίρεση του όγκου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: η ιστολογική έκθεση έδειξε λίπωμα. Από το ιστορικό υπάρχουν και άλλα λιπώματα στα άνω άκρα και στον κορμό του. Συμπεραίνουμε ότι πρόκειται για περίπτωση πολλαπλών λιπωμάτων και απαιτείται χειρουργική αφαίρεση για αποκλεισμό λιποσαρκώματος. Επομένως, τα πολλαπλά λιπώματα παρόλο που αποτελούν καλοήθεις όγκους χρειάζονται παρακολούθηση και πολλές φορές χειρουργική θεραπεία.

OR.32 MULTIMODAL MANAGEMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT A GREEK TERTIARY REFERRAL CENTER

C. Christou[1] , A. Tsolakidis[1], A. Tooulias[1], V. Papayiannis[2], B. Pianetcki-Tsaintzi[3], G. Tsoulfas[1], V. N Papadopoulos[1]

[1]First General Surgery Department, Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki, Greece
[2]Radiology Department, Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki, Greece
[3]Anesthesiology Department, Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki, Greece

The treatment of hepatocellular carcinoma (HCC) in the era of individualized therapy is a challenge. The cornerstone of the treatment selection is the stage of the disease. Our study's aim is to record, analyze and evaluate the demographics, therapeutics and survival of patients with HCC. We conducted a retrospective analysis between 3/1/2010 and 12/31/2018 of patients with HCC admitted in our department. The study population was 64 patients (N=64). There were 51(79,7%) males. The mean age at diagnosis was 67.8±1.25 years. Thirty-two patients (50%) were treated with surgery and 29 patients(45.3%) with locoregional treatments. Out of the 32 surgical patients, 11 patients (34.3%) received locoregional treatments post-operatively for recurrence. In the locoregional group (N=29), 20 patients (68.9%) were treated with transarterial-chemoembolization (TACE), 6 patients (20.6%) with radiofrequency-ablation (RFA) and 3 patients (10.5%) with their combination. The 1year, 3years and 5years survival rates were 87.5%, 61.5% and 32.8% in the surgery group vs 79.3%, 41.1% and 0% in the locoregional group. In the surgery group, the mean survival of the patients treated with surgery alone was 19.01±3.33 months, compared with 47.54±6.39 months for the patients treated with surgery followed by locoregional therapy. In the locoregional group, the mean survival of the patients treated with TACE, RFA and their combination were found 14.49±2.92, 24.90±8.46 and 31.73±9.66 months respectively. Locoregional therapy following surgery, increases survival in a statistically significant manner compared with patients treated with surgery alone (p=0.01). The combined use of TACE and RFA appears to increase survival compared with patients treated with RFA or TACE alone, although this does not reach statistical significance.

OR.33 ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΦΑΙΟΧΡΩΜΟΚΥΤΤΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΞΩΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΚΗ ΕΣΤΙΑ

Χ. Χρίστου[1], Π. Σμυρνής[1], Α. Τσολακίδης[1], Θ. Προύσαλης[2], Φ. Αρουτσίδης[2], Α. Πιάχας[1], Α. Τοουλιάς[1], Π. Ανυφαντή[2], Γ. Τσουλφάς[1], Ε. Καλιαγκούση[2], Β. Παπαδόπουλος[1]

[1]Α' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2]Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Η υποτροπή του φαιοχρωμοκύττωματος αφορά μικρό ποσοστό ασθενών, στην πλειοψηφία πασχόντων από γενετικά σύνδρομα, και εκδηλώνεται συνήθως εντός λίγων ετών μετεγχειρητικά. Σκοπός είναι η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με καθυστερημένη υποτροπή φαιοχρωμοκυττώματος, με τοπική και εξωεπινεφριδική εστία ταυτόχρονα. Γυναίκα 58 ετών με ιστορικό δεξιάς επινεφριδεκτομής λόγω φαιοχρωμοκυττώματος προ 25ετίας υπεβλήθη σε CT κοιλίας λόγω αναιμίας. Ανέφερε αίσθημα παλμών και εμβοές ώτων από μηνών, ενώ διαπιστώθηκε αυξημένη αρτηριακή πίεση (155/70 mmHg) και σφύξεις (98/min). Από τη CT προέκυψε ογκόμορφη εξεργασία (4×4×2 εκ.) στην ανατομική περιοχή του δεξιού επινεφριδίου, με παρεκτόπιση του νεφρού και επέκταση πίσω από την κάτω κοίλη φλέβα και οπισθοπεριτοναϊκά, ευρήματα που συνηγορούσαν για υποτροπή του χειρουργηθέντος φαιοχρωμοκυττώματος. Ζητήθηκαν μετανεφρίνες (ανώτερα φυσιολογικά όρια) και βανιλλυλμανδελικό οξύ (αυξημένο) ούρων 24ώρου. Ο περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος με ^{123}I-MIBG σπινθηρογράφημα ανέδειξε ευρήματα συμβατά με υποτροπή φαιοχρωμοκυττώματος, χωρίς παρουσία απομακρυσμένων εντοπίσεων. Προς αποκλεισμό συνδρόμου πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας, ζητήθηκε προσδιορισμός παραθορμόνης-καλσιτονίνης ορού (φυσιολογικά). Μετά από κατάλληλη προετοιμασία με ενυδάτωση, μετάγγιση και χορήγηση α- και β-αποκλειστών, η τοπική υποτροπή αντιμετωπίστηκε χειρουργικά και επιβεβαιώθηκε με βιοψία. Στον μετεγχειρητικό έλεγχο, οι μετρήσεις αρτηριακής πίεσης-σφύξεων και μετανεφρινών ήταν φυσιολογικές, χωρίς ενδείξεις υποτροπής από την CT κοιλίας. Ωστόσο, 4 μήνες μετεγχειρητικά, η ασθενής προσήλθε εκ νέου λόγω υπερτασικής αιχμής (240/130 mmHg). Η επανάληψη του ^{123}I-MIBG σπινθηρογραφήματος ανέδειξε παρα-αορτικό παραγαγγλίωμα στην περιοχή του οργάνου του Zuckerkandl και η ασθενής προγραμματίστηκε προς χειρουργική εξαίρεση. Συμπερασματικά, μετά την αρχική διάγνωση και επιτυχή εξαίρεση του φαιοχρωμοκυττώματος, απαιτείται στενή και μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών καθώς το ενδεχόμενο υποτροπής είναι υπαρκτό ακόμα και σε πολύ μεταγενέστερο στάδιο.

OR.34 ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΝΑΝΟΫΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑΚΗΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ ANTI-VEGF – ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΦΛΕΒΑΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Ε. Γούναρη[1,2,3], Σ. Νανάκη[4], Δ. Μπικιάρης[4], Β. Καραμπατάκης[3], Γ. Κολιάκος[1,2]

[1]Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ
[2]Εταιρεία Βιοτεχνολογίας "BIOHELLENIKA", Θεσσαλονίκη
[3]Εργαστήριο Πειραματικής Οφθαλμολογίας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ
[4]Εργαστήριο Πολυμερών Χημείας και Τεχνολογίας, Τμήμα Χημείας, ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Πρόσφατα, οι αντι-αγγειογενετικοί θεραπευτικοί παράγοντες (anti-VEGF) έχουν συμβάλει ενεργά στην αντιμετώπιση απόφραξης φλέβας του αμφιβληστροειδούς (RVO) κυρίως επιβραδύνοντας την εξέλιξη της νεοαγγείωσης, αν και επαναλαμβανόμενες ενδουαλοειδικές χορηγήσεις συχνά οδηγούν σε σοβαρές επιπλοκές. Οι πρόσφατες εξελίξεις στη διαμεσολαβούμενη από νανοσωματίδια μεταφορά φαρμάκων δίνει τη δυνατότητα βελτίωσης της βιοδραστικότητας και παράτασης της βιοδιαθεσιμότητας τους (Krysten M Farjo et al, 2010). Την ίδια στιγμή, οι θεραπείες με μεσεγχυματικά πολυδύναμα κύτταρα(MSCs) που βασίζονται στην παρακρινή τους δράση, προστατεύουν τα γαγγλιακά κύτταρα, αναγεννώντας τους νευράξονες στο οπτικό νεύρο περιορίζοντας τον εκφυλισμό του οφθαλμού (Garcia JM et al, 2015).

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ενθυλάκωση anti-VEGF σε νανοσωματίδια τροποποιημένης με υδροθειαιθανικό οξύ χιτοζάνης και ο προσδιορισμός του δυναμικού σταδιακής αποδέσμευσης φαρμάκου παρουσία MSCs λιπώδους ιστού, ως προτεινόμενο μοντέλο συνδυαστικής θεραπείας για την αντιμετώπιση της RVO.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε παρασκευή νανοσωματιδίων καθαρής και τροποποιημένης μέσω ενεργοποιητή EDC χιτοζάνης και νανοενθυλάκωση του anti-VEGF μέσω ιοντικής ζελατινοποίησης. MSCs απομονώθηκαν κατόπιν λιπεκτομής, καλλιεργήθηκαν, χαρακτηρίστηκαν και εκτέθηκαν σε διάφορες συγκεντρώσεις νανοσωματιδίων. Η κυτταροτοξική τους επίδραση ελέγχθηκε με δοκιμασία MTT, προσδιορίστηκε η χρονοελεγχόμενη αποδέσμευση φαρμάκου μέσω ELISA ενώ έγιναν και έλεγχοι διατήρησης της λειτουργικότητας των MSCs.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα παρασκευασθέντα νανοσωματίδια δεν παρουσίασαν κυτταροτοξική δράση ακόμη και σε μεγάλες συγκεντρώσεις ενώ η αποδέσμευση του φαρμάκου έγινε με σταθερό ρυθμό. Η διατήρηση του πολλαπλασιαστικού δυναμικού και πλαστικότητας των MSCs επιβεβαιώθηκε μέσω θετικών χρώσεων επιτυχούς τριφασικής διαφοροποίησης των κυττάρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά,προτείνουμε μία μορφή κυτταρικής θεραπείας με βλαστοκύτταρα, συνοδευόμενη από διαρκή και χρονοελεγχόμενη αποδέσμευση anti-VEGF με στόχο τον συνδυασμό της παρακρινούς δράσης των MSCs και του σταδιακού περιορισμού της νεοαγγείωσης.

«Το έργο συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση», στο πλαίσιο της Πράξης «Ενίσχυση του ανθρώπινου ερευνητικού δυναμικού μέσω της υλοποίησης διδακτορικής έρευνας» (MIS-5000432), που υλοποιεί το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών (ΙΚΥ)»

Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΕΣΠΑ 2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

OR.35 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΚΑΙ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΗΠΑΤΕΚΤΟΜΗΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Ι.Α. Ζιώγας[1], Δ.Ι. Αθανασιάδης[2], Π. Χερουβείμ[3], Α.Π. Ευαγγελίου[1], Κ.Σ. Μυλωνάς[4], Γ. Τσουλφάς[2], Β.Ν. Παπαδόπουλος[2]

[1]Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
[2]Α' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
[3]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα
[4]Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εφαρμογή των ελάχιστα επεμβατικών μεθόδων στη χειρουργική ήπατος έγινε ευρεία μετά τη συμφωνία του Louisville (2008). Παρότι είναι ισότιμες σε ασφάλεια και αποτελεσματικότητα συγκριτικά με την ανοιχτή μέθοδο, η διαφορά στο οικονομικό κόστος δεν έχει αποσαφηνισθεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Σύγκριση οικονομικού κόστους ανοιχτής και ελάχιστα επεμβατικής ηπατεκτομής.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των βάσεων PubMed και Cochrane και συλλογή των δεδομένων σύμφωνα με το PRISMA statement (ημερομηνία αναζήτησης: 11/11/2018) από δύο ανεξάρτητους ερευνητές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Προέκυψαν 604 μελέτες, ενώ τελικά συμπεριλήφθηκαν 25 μελέτες (2 τυχαιοποιημένες και 23 μη τυχαιοποιημένες). Το σκορ από την αξιολόγηση των τυχαιοποιημένων (τροποποιημένη κλίμακα Jadad) και μη (κλίμακα Newcastle-Ottawa) μελετών ήταν 4.5±2.1 και 7.8±0.7, αντίστοιχα. Ο συνολικός αριθμός των ασθενών ήταν 2158 εκ των οποίων σε ανοιχτή, λαπαροσκοπική και ρομποτική ηπατεκτομή υποβλήθηκαν 1019, 935 και 204, αντίστοιχα, με αναλογία άρρεν:θήλυ 1.12:1, 0.87:1 και 0.89:1, αντίστοιχα. Η μέση ηλικία στις αντίστοιχες ομάδες ήταν 58.22±9.56, 57.74±10.98 και 53.86±13.96 έτη ζωής. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ανά τεχνική ήταν 6.1±4, 5.2±3.2, και 5.6±3.6 μέρες, αντίστοιχα. Μετάγγιση πραγματοποιήθηκε 78, 42, και 22 φορές, αντίστοιχα, ενώ νοσηλεία στη ΜΕΘ χρειάστηκαν 102 (23.9%), 65 (18%) και 70 (74.5%) ασθενείς, αντίστοιχα. Οι θάνατοι που σημειώθηκαν ήταν 8 (0.78%), 4 (0.42%), και 0 (0%), αντίστοιχα. Στη σύγκριση ανοιχτής και λαπαροσκοπικής ηπατεκτομής, το κόστος του χειρουργείου ήταν 6427±1143$ έναντι 7665±1734$, της νοσηλείας 9000±11410$ έναντι 8185±13053$, ενώ το συνολικό κόστος 21331±9264$ έναντι 17711±7558$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λαπαροσκοπική ηπατεκτομή δεν σχετίζεται με αυξημένο συνολικό οικονομικό κόστος σε σύγκριση με την ανοιχτή. Δεν υπήρχαν επαρκή οικονομικά δεδομένα για τη ρομποτική τεχνική.

OR.36 ΔΙΠΛΟΕΙΔΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΚΥΣΤΗ ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΨΕΥΔΟΜΥΞΩΜΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Χ. Κοσμίδης[1], Δ. Γιαννακίδης[1], Σ. Μανταλόβας[1], Σ. Λάσκου[1], Ν. Ττεραλλή[1], Α. Παράσχου[1], Ν. Μιχαλόπουλος[1], Σ. Ατματζίδης[1], Χ. Κουλούρης[1], Α. Κατσαούνης[1], Ά. Νταβίδι[2], Ε. Γαλίδης[3], Α. Παπαευθυμίου-Παπακωνσταντίνου[2], Κ. Κούσκουρας[2], Π. Χυτίρογλου[3], Ά. Καλογερά-Φούντζηλα[2], Κ. Σαπαλίδης[1], Ι. Κεσίσογλου[1]

[1]Γ' Χειρουργική Κλινική, ''ΑΧΕΠΑ'' Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιατρική Σχολή, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

[2]Ακτινολογικό Εργαστήριο, ''ΑΧΕΠΑ'' Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιατρική Σχολή, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

[3]Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιατρική Σχολή, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι διπλοειδείς εντερικές κύστες αποτελούν συγγενείς δυσπλασίες που οφείλονται σε αναδιπλασιασμό του τοιχώματος του εντέρου. Στην πλειονότητά τους διαγιγνώσκονται στην παιδική ηλικία.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά περιστατικού ενήλικου ασθενούς με διπλοειδή εντερική κύστη του τελικού ειλεού καθώς και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Γυναίκα ασθενής ηλικίας 53 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, προσήλθε στα επείγοντα με επιδεινούμενο οξύ κοιλιακό άλγος από 24ώρου. Η ασθενής ανέφερε αναστολή κοπράνων από 3ημέρου χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα, χρόνια δυσκοιλιότητα καθώς και παρόμοιο επεισόδιο προ 2μήνου. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε μείωση των εντερικών ήχων, έντονη ευαισθησία και ψηλαφητή μάζα στην ομφαλική και αριστερή πλάγια κοιλιακή χώρα με λευκοκυττάρωση. Στον απεικονιστικό έλεγχο ανευρέθηκε ένα ευμεγέθες μόρφωμα με στοιχεία ψευδομυξώματος του περιτοναίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία με εκτομή του μορφώματος και εντερεκτομή 20 εκ. του τελικού ειλεού και της σκωληκοειδούς απόφυσης με τα οποία συμφύονταν καθώς και μερική εκτομή του μείζονος επιπλόου. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε την 10η ημέρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε ένα ευμεγέθες σφαιροειδές μόρφωμα βάρους 3 κιλών και διαστάσεων 26x20x15 εκ. με τμήμα εντερικού τοιχώματος και εικόνα αποστήματος σε φάση οργάνωσης απότοκη επιπλακείσας διπλοειδούς κύστης λεπτού εντέρου χωρίς στοιχεία κακοήθειας. Το ευρύ φάσμα των συμπτωμάτων με τα οποία εκδηλώνονται οι κύστες αυτές, με συχνότερα το οξύ ή χρόνιο κοιλιακό άλγος, αποτελεί διαγνωστική πρόκληση. Η διάγνωση τίθεται με πολλαπλές απεικονιστικές μεθόδους και την ιστολογική εξέταση. Η θεραπευτική αντιμετώπισή τους συνίσταται στην χειρουργική τους εκτομή.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Κοιλιακό Άλγος, Λεπτό Έντερο, Τελικός Ειλεός, Διπλοειδής Κύστη, Ψευδομύξωμα Περιτοναίου

OR.37 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟΥ ΛΙΠΟΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΧΩΡΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Α. Τσολακίδης, Χ. Χρίστου, Ι. Κένταρχος, Α. Πιάχας, Α. Τοουλιας, Γ. Τσουλφάς, Β.Ν. Παπαδόπουλος

Α' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού γιγαντιαίου λιποσαρκώματος βαθμού κακοήθειας ΙΙ.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσίαση Περιστατικού

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Ασθενής 42 ετών που προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω σταδιακής αύξησης της περιφέρειας της κοιλίας και αισθήματος βάρους. Κατά την εισαγωγή του προσκομίζει Υπερηχογράφημα και Αξονική Τομογραφία ΑΚΚΟ που αναδεικνύουν ευμεγέθη μάζα διαμέτρου 33×25×11 εκ. σημαντικά παρεκτοπίζουσα τα όργανα της Δεξιάς κοιλία. Στα πλαίσια περαιτέρω διερεύνησης υποβάλλεται σε νέα Αξονική και Μαγνητική Τομογραφία ΑΚΚΟ με ευρήματα συμβατά με λιποσάρκωμα. Λαμβάνοντας υπόψιν την πιθανότητα κακοήθειας ο ασθενής οδηγείται σε προγραμματισμένη χειρουργικη εκτομή. Καθώς ο όγκος βρέθηκε να περιβρογχίζει την πύλη του Δε νεφρού και λόγω αυξημένης υποψίας διήθησης του διενεργήθηκε δεξιά νεφρεκτομή. Κατόπιν ανεπίπλεκτης μετεγχειρητικής πορείας ο ασθενής εξήλθε την 7^{η} ΜΤΧ ημέρα. Η παθολογοανατομική εξέταση επιβεβαίωσε την ακτινολογική εικόνα κι ανέδειξε ευρήματα συμβατά με λιποσάρκωμα βαθμού κακοήθειας ΙΙ με εστία αποδιαφοροποίησης σε έκταση 5%. Ο ασθενής βρίσκεται στον 6^{ο} μήνα μετεγχειρητικής παρακολούθησησς και κατά τον επανέλεγχο στον 1 μήνα με Αξονική Τομογραφία ΑΚΚΟ δεν ανεδείχθησαν εστίες υποτροπής ή νεότερα παθολογικά ευρήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χειρουργική εξαίρεση των γιγαντιαίων λιποσαρκομάτων μέσου βαθμού κακοήθειας, σε εξειδικευμένα κέντρα δύναται να αποτελέσει θεραπευτική μέθοδο εκλογής. Σε υποψία διήθησης γειτονικών οργάνων, η εκτομή αυτών πρέπει να αποφασίζεται κατόπιν συνυπολογισμού της πιθανότητας διήθησης και της επίδρασης που η εκτομή τους θα έχει στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Λόγω των αυξημένων ποσοστών τοπικής υποτροπής απαιτείται η εφ΄ όρου ζωής παρακολούθηση.

OR.38 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑΣ CASTLEMAN ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΧΩΡΟΥ

Α. Τσολακίδης, Χ. Χρίστου, Π. Λουφόπουλος, Α. Κοκολάκης, Ι. Κένταρχος, Α. Τοουλιάς, Δ. Γιακουστίδης, Γ. Τσουλφάς, Ν. Σαρατζής, Βασίλειος Ν. Παπαδόπουλος

Α' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ευμεγέθους καλοήθους οπισθοπεριτοναικού όγκου (Τύπου Λεμφαδενοπάθειας Castleman).

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσίαση Περιστατικού

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Ασθενής θήλυ 24 ετών εισήχθη προγραμματισμένα λόγω ψηλαφητού μορφώματος στη ΔΕ πλάγια κοιλία κι αιτιώμενη άτυπες ενοχλήσεις και υποκειμενική σταδιακή αύξηση του μεγέθους του. Διενεργήθηκε εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος με Αξονική Τομογραφία κι εξετάσεις Πυρηνικής Ιατρικής που ανέδειξαν ογκόμορφη οπισθοπεριτοναική βλάβη, μεγέθους 11×9×10 εκ, μεταβολικά ενεργή, στενά συσχετιζόμενη και μετατοπίζουσα αγγειακά στελέχη, με ασαφή διαφορική διάγνωση μεταξύ Φαιοχρωμοκυττώματος, Παραγαγγλιώματος και κακοήθειας. Κατόπιν χειρουργικής εκτίμησης, αποφασίστηκε η χειρουργική εκτομή του όγκου, η οποία λόγω της θέσης και των ανατομικών του σχέσεων απεδείχθη ιδιαιτέρως απαιτητική. Κατόπιν 2ημέρου νοσηλείας στη ΜΕΘ κι ανεπίπλεκτης μετεγχειρητικής πορείας, η ασθενής εξήλθε την 6^{η} ΜΤΧ ημέρα. Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε ευρήματα συμβατά με λεμφαδενοπάθεια Castleman υάλινου-αγγειακού τύπου. Η ασθενής βρίσκεται στον 5^{ο} μήνα ΜΤΧ παρακολούθησης με την CT επανελέγχου στους 4 μήνες να μην έχει αναδείξει νεότερα παθολογικά ευρήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λεμφαδενοπάθεια Castleman του οπισθοπεριτοναικού χώρου και ιδιαίτερα οι ευμεγέθεις όγκοι, αποτελούν σπάνιες καλοήθεις εξεργασίες, με απαιτητική διάγνωση κι αντιμετώπιση. Η μη σαφής απεικονιστική διάκριση της από κακοήθεια, επιβάλει την χειρουργική αντιμετώπισή της σε εξειδικευμένα κέντρα.

OR.39 ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕ ΕΚΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ANACONDA®. Η 11ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΑ ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ 337 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Κ. Γιαννιός, Κ. Σταυρίδης, Κ. Τιγκιρόπουλος, Ν. Ζαχαρόπουλος, Ι. Λαζαρίδης, Δ. Καραμάνος, Ν.Μελάς, Ν. Σαρατζής

Α' Χειρουργική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Anaconda® της Vascutek®-Terumo® είναι ένα ενδομόσχευμα τριών τμημάτων που χρησιμοποιείται στην ενδαγγειακή αποκατάσταση υπονεφρικών ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής για πάνω από 15 έτη. Η 2η γενιά (CE4/2005) φέρει άγκιστρα στο ύψος του αυχένα, για καλύτερη καθήλωση της υπονεφρικής στήριξής του, ένα χωρίς σκελετό κεντρικό τμήμα, για γωνίες αυχένα μέχρι 90°, μηχανισμό πλήρους επανατοποθέτησης του σώματος και ένα πατενταρισμένο σύστημα καθετηριασμού του ετερόπλευρου σκέλους με μαγνήτη, για ευκολότερο και ταχύτερο καθετηριασμό. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά το καθιστούν ιδιαίτερα ανταγωνιστικό σε συγκεκριμένες ανατομίες ανευρυσμάτων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της κλινικής εμπειρίας και των μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων από την χρήση του ενδομοσχεύματος, στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Το διάστημα Μάρτιος 2006 έως Δεκέμβριος 2016, 337 ασθενείς, συνολικά, με υπονεφρικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, υποβλήθηκαν στην Κλινική μας σε αποκατάσταση, με χρήση του ενδομοσχεύματος Anaconda®. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση περιελάμβανε έλεγχο με CT αγγειογραφία σε 1-3, 9-12 μήνες μετά την επέμβαση και ανά έτος αρχικά και ανά διετία μετά την τετραετία. 306 ασθενείς(90,8%) τήρησαν την παρακολούθηση που διήρκησε 24-153 μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 71,5 έτη (43-89). 28 ανευρύσματα ήταν ραγέντα και 278 προγραμματισμένα. Η τεχνική επιτυχία ήταν 100%. Διαπιστώθηκαν 27 πρώιμες επιπλοκές, με σπουδαιότερες 3 θρομβώσεις σκέλους και 4 ενδοδιαφυγές. Οι όψιμες επιλοκές (>30ημερών) ήταν 55, με σημαντικότερες 16 θρομβώσεις σκέλους, συνολικά 30 ενδοδιαφυγές, εκ των οποίων οι 14 τύπου ΙΙ, 5 μεταναστεύσεις μοσχεύματος και 1 αορτοεντερικό συρίγγιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μόσχευμα Anaconda® αποτελεί μία αξιόπιστη επιλογή στην ενδαγγειακή αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων, όπως αποδεικνύεται από το μεγάλο αριθμό περιστατικών και τη μακρά διάρκεια παρακολούθησης.

OR.40 ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ PEUTZ-JEGHERS: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Α. Κοκολάκης[1], Π.-Δ. Λουφόπουλος[1], Κ. Γιαννιός[1], Α. Τοουλιάς[1], Β. Κατσάνος[1], Γ. Τσουλφάς[1], Γ. Φούντζηλας[2], Β. Παπαδόπουλος[1].

[1]Α' Χειρουργική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

[2]Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο Peutz-Jeghers, γνωστό ως κληρονομικό σύνδρομο εντερικής πολυποδίασης, είναι ένα αυτοσωματικό κυρίαρχο γενετικό νόσημα, το οποίο χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη καλόηθων αμαρτωματώδων πολυπόδων στο γαστρεντερικό σωλήνα και αμαρτωματώδων κηλίδων στα χείλη και το βλεννογόνο του στόματος. Η συχνότητά του ανέρχεται περίπου σε 1 στις 25.000 έως 300.000 γεννήσεις.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: η παρουσίαση ενός περιστατικού με σύνδρομο Peutz–Jeghers, που εμφάνισε εγκολεασμό λεπτού εντέρου και αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα, ενώ παράλληλα πραγματοποιείται μια ανασκόπηση στη βιβλιογραφία.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Το περιστατικό μας αφορά άνδρα 34 ετών, με σύνδρομο Peutz – Jeghers, ο οποίος εμφάνισε εγκολεασμό λεπτού εντέρου και αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, λόγω εγκολεασμού λεπτού εντέρου, όπου υπεβλήθη σε εντερεκτομή ειλεού και τελικοτελική αναστόμωση. Ο ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και πήρε εξιτήριο την 8η μετεγχειρητική ημέρα. Παράλληλα, ο ασθενής στα πλαίσια παρακολούθησης του συνδρόμου υπεβλήθη σε έλεγχο με αξονική τομογραφία, όπου παρατηρήθηκε ενδοπνευμονική βλάβη μέσου λοβού, με απεικονιστικούς χαρακτήρες ενδεικτικούς νεοπλασίας. Ακολούθησε βιοψία υπό καθοδήγηση αξονικού τομογράφου. Το αποτέλεσμα της ιστοπαθολογικής εξέτασης ανέδειξε αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα μέσης διαφοροποίησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι περισσότεροι ασθενείς με σύνδρομο Peutz – Jeghers θα αναπτύξουν μελανωτικές κηλίδες στο δέρμα, ειδικά στα χείλη και το βλεννογόνο του στόματος, κατά το πρώτο έτος της ζωής, ενώ το πρώτο επεισόδιο εντερικής απόφραξης οφειλόμενο σε εγκολεασμό εμφανίζεται συνήθως μεταξύ των ηλικιών 6 έως 18 ετών. Ενώ οι ίδιοι οι αμαρτωματώδεις πολύποδες έχουν μόνο ένα μικρό ποσοστό κακοήθους εξαλλαγής, οι ασθενείς έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκινωμάτων του παγκρέατος, του ήπατος, των πνευμόνων και άλλων οργάνων.

OR.41 Η U/S-GUIDED ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ INFUSE-A-PORT ΔΙΑ ΤΗΣ ΕΣΩ ΣΦΑΓΙΤΙΔΑΣ ΦΛΕΒΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΕΚΛΟΓΗΣ

Κ. Γιαννιός[1], Π.-Δ. Λουφόπουλος[1], Α. Κοκολάκης[1], Γ. Μαυροματίδου[1], Β. Ποζίδης[1], Σ. Ζαγαλιώτη-Χρυσοβαλάντου[2], Β. Παπαδόπουλος[1]

[1]Ά Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ ΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

[2]Τμήμα Γενικής Ιατρικής ΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: μέχρι τον Δεκέμβριο του 2017 η τοποθέτηση infuse-a-port σε ογκολογικούς ασθενείς στην κλινική μας γινόταν κατά κύριο λόγο με την τεχνική cut-down ή με τυφλή παρακέντηση της υποκλειδίου φλέβας κατά Seldinger. Έκτοτε αντικαταστάθηκε με την τεχνική της u/s καθοδηγούμενης προσπέλασης δια της έσω σφαγίτιδας φλέβας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης: η καταγραφή της συχνότητας των επιπλοκών από την τοποθέτηση infuse-a-port με την τεχνική προσπέλασης δια της έσω σφαγίτιδας φλέβας υπό u/s καθοδήγηση.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: μελετήθηκαν οι φάκελοι των ασθενών (πρακτικά χειρουργείου, μετεγχειρητικές ακτινογραφίες και πορεία νόσου) και καταγράφηκαν οι διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: από την υιοθέτηση της τοποθέτησης infuse-a-port αποκλειστικά με u/s καθοδηγούμενη προσπέλαση της έσω σφαγίτιδας φλέβας, δεν έχει παρατηρηθεί καμία επιπλοκή (πρώτοι 70 περίπου ασθενείς).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: η u/s καθοδηγούμενη παρακέντηση της έσω σφαγίτιδας φλέβας αποτελεί ασφαλή μέθοδο προσπέλασης για την τοποθέτηση infuse-a-port σε ογκολογικούς ασθενείς.

OR.42 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 10ΕΤΟΥΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣ

Κ. Γιαννιός[1], Α. Κοκολάκης[1], Π.-Δ. Λουφόπουλος[1], Σ. Μηλιαράς[1], Β. Παπαδόπουλος[1]

[1]Ά Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ ΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: οι παθήσεις του θυρεοειδούς αδένα αποτελούν ένα από τα συχνότερα θέματα ενδοκρινικής χειρουργικής τις τελευταίες δεκαετίες. Η επιλογή της καταλληλότερης χειρουργικής προσέγγισης αποτελεί σημείο μεγάλων συζητήσεων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης: η παρουσίαση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του κέντρου μας στην αντιμετώπιση των παθήσεων του θυρεοειδούς αδένα.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση του θυρεοειδούς αδένα στην Α' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ. του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, από τον Ιανουάριο του 2009 έως τον Δεκέμβριο του 2018. Καταγράφηκαν ο τύπος της θυρεοειδεκτομής, η έκθεση της ιστοπαθολογικής εξέτασης, καθώς και οι εκάστοτε μετεγχειρητικές επιπλοκές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: από τους περίπου 400 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση, στην πλειοψηφία τους επιλέχθηκε η ολική θυρεοειδεκτομή, ενώ συχνότερη μετεγχειρητική επιπλοκή ήταν ο υποπαραθυρεοειδισμός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: η ολική θυρεοειδεκτομή φαίνεται να αποτελεί ασφαλή επέμβαση ακλογής στην αντιμετώπιση των παθήσεων του θυρεοειδούς αδένα.

OR.43 ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΟΣΤΩΝ: ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ ΑΝΑΣΚΑΦΗΣ ΑΠΟ ΙΕΡΑ ΜΟΝΗ ΑΓΙΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΛΥΤΡΙΑΣ

Κ. Ζησόπουλος, Π. Κωνσταντινίδου, Δ. Ανεστάκης, Β. Σιώκος, Ι. Ελεμηνιάδης
Π. Βούλτσος

Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας, Α.Π.Θ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Δικαστική ανθρωπολογία ονομάζεται ο επιστημονικός κλάδος που ασχολείται με την εξέταση ανθρώπινου σκελετικού υλικού σε περιπτώσεις θανάτων αδιευκρίνιστης αιτίας. Η διαδικασία πραγματοποιείται μέσω μεθόδων συλλογής δεδομένων και ανάλυσης δεδομένων. Οι μέθοδοι της συλλογής δεδομένων αφορά την απλή επισκόπηση των μορφολογικών γνωρισμάτων του σκελετού και ιστολογικά παρασκευάσματα δοντιών, συνήθως για τον προσδιορισμό της ηλικίας. Αντιθέτως οι μέθοδοι της ανάλυσης δεδομένων χρησιμοποιούνται για την συστηματική μελέτη των διαθέσιμων δεδομένων.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ταυτοποίηση του αριθμού των ατόμων από δείγματα σκελετικού υλικού που ανευρέθηκαν στη Ιερά Μονή Αγίας Αναστασίας Φαρμακολύτριας (Βασιλικά Θεσ/νίκης) και μεταφέρθηκαν, κατόπιν προσκλήσεως του ηγουμένου, στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας του Α.Π.Θ..

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Τα δείγματα που παραδόθηκαν στο εργαστήριο ήταν τα εξής:

- Οστά τυλιγμένα σε λευκό ύφασμα, τοποθετημένα σε χάρτινο κιβώτιο
- Οστά μέσα σε πήλινη μικρή λεκάνη
- Οστά και δύο κεραμίδες τυλιγμένα σε λευκό ύφασμα μέσα σε πλεκτό καλάθι
- Οστά τυλιγμένα σε λευκό ύφασμα μέσα σε δύο πήλινες λεκάνες
- Πλεκτό καλάθι, καθώς και πήλινο σκεύος εντός αυτού με διάσπαρτα οστά

Τα παραπάνω εξετάστηκαν μορφολογικά καθώς και ιστολογικά, στις περιπτώσεις που υπήρχε δείγμα δοντιού, για τον προσδιορισμό της ηλικίας και του φύλου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από όλα τα παραπάνω συνάγουμε πως από το σύνολο των οστικών ευρημάτων που μελετήσαμε, τα οστικά υπολείμματα αποδίδονται σε 6 τουλάχιστον ενήλικες (3 τουλάχιστον άρρενες) με πιθανότητα να φτάνουν τους 10 και σε 3 παιδιά (στην παιδική ηλικία είναι αδύνατος ο προσδιορισμός του φύλου σύμφωνα με τα υπάρχοντα τεχνολογικά δεδομένα και τις επιστημονικές γνώσεις).

OR.44 ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΥΤΟ-ΣΤΡΑΓΓΑΛΙΣΜΟΥ ΔΙΑ ΒΡΟΓΧΟΥ ΜΕ ΑΥΤΟΣΧΕΔΙΟ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟ ΤΥΠΟΥ WINDLASS

Β. Σιώκας[1], Λ.-Κ. Κοβάτση[1], Μ. Τζατζαράκης[2], Έ. Βακονάκη[2], Α. Τσατσάκης[2], Α. Κανάκη[2]

[1]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2]Εργαστήριο Ιατροδικαστικών Επιστημών & Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο στραγγαλισμός δια βρόγχου αφορά σε μηχανισμό θανάτου κατά τον οποίο ένας βρόγχος συσφίγγει τον τράχηλο, προκαλώντας διαταραχή της αιματικής ροής προς τον εγκέφαλο και ανοξία.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός είναι η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού που αφορά σε άνδρα ο οποίος αυτοκτόνησε δια στραγγαλισμού δια βρόγχου, χρησιμοποιώντας έναν αυτοσχέδιο μηχανισμό τύπου Spanish Windlass.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσιάζονται τα ευρήματα της αυτοψίας, της νεκροψίας και της νεκροτομής και γίνεται ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πρόκειται για ένα σπάνιο περιστατικό αυτοκτονίας, όπου ο αυτόχειρας κατασκεύασε έναν αυτοσχέδιο μηχανισμό αποτελούμενο από συρματόσχοινο και μία μεταλλική ράβδο. Τον περιέλιξε γύρω από τον τράχηλο, με τρόπο τέτοιο ώστε η μεταλλική ράβδος με περιστροφή να προκαλεί σταδιακή σύσφιξη του βρόγχου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Περιγράφεται ένα σπάνιο περιστατικό αυτοκτονίας δια στραγγαλισμού δια βρόγχου, όπου το μέσο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένας αυτοσχέδιος μηχανισμός τύπου Spanish Windlass. Εξ' όσων γνωρίζουμε το περιστατικό αυτό είναι μοναδικό και δεν έχει προηγουμένως αναφερθεί στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία.

OR.45 ΣΠΑΝΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΝΕΑ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ

Β. Σιώκας[1], Λ.-Κ. Κοβάτση[1]

[1]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα δήγματα από άνθρωπο μπορεί να είναι είτε επιθετικής φύσης (και συνήθως προκαλούνται στα πλαίσια προσβολής της γενετήσιας αξιοπρέπειας), είτε αμυντικής φύσης. Τα δήγματα αυτά σπάνια εντοπίζονται στο πρόσωπο. Συχνότερα απαντώνται στον κορμό και στα άκρα. Σύμφωνα με τη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία, έχει συντεθεί μία νέα ψυχοδραστική ουσία, η μεθυλενο-διοξυ-πυροβαλερόνη [MDPV]) η οποία κυκλοφορεί στις αγορές με το όνομα «μαϊμουδόσκονη» και της οποίας η χρήση συνδέεται με αναίτιες επιθέσεις των χρηστών στο πρόσωπο των θυμάτων, προκαλώντας δήγματα. Η διάδοση της βασίζεται στην ευκολία παραγωγής της σε περιβάλλον οικίας, αλλά και στο πολύ χαμηλό κόστος της.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός είναι η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού σωματικής βλάβης (ανθρώπινο δήγμα στο πρόσωπο) την οποία υπέστη μια γυναίκα, η οποία ανέφερε ότι δέχθηκε επίθεση από τον σύζυγό της. Κατά την ιατροδικαστική εξέταση, κατέθεσε ότι η επίθεση ήταν απρόκλητη, ενώ δεν απέκλεισε το ενδεχόμενο ο θύτης να βρισκόταν υπό την επήρεια ψυχοδραστικής ουσίας.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού σωματικής βλάβης και ανασκόπηση της διεθνούς επιστημονικής βιβλιογραφίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πρόκειται για ένα σπάνιο περιστατικό σωματικής βλάβης όπου η κάκωση (ανθρώπινο δήγμα) εντοπίζεται στο πρόσωπο, κάτι το οποίο δεν είναι σύνηθες. Εξετάζεται η πιθανή συσχέτιση της συγκεκριμένης επίθεσης με την χρήση νέας ψυχοδραστικής ουσίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ιατροδικαστής οφείλει να παρακολουθεί τις εξελίξεις σχετικά με τις νέες ψυχοδραστικές ουσίες, διότι πολλές φορές αυτές εμπλέκονται σε περιστατικά ιατροδικαστικού ενδιαφέροντος.

OR.46 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΜΕ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Β. Σιώκας[1], Λ.-Κ. Κοβάτση[1], Δ. Ανεστάκης[1], Ε. Μάσσα[2], Ι. Αλευρούδης[2], Ε. Μουλούδη[2]

[1]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μετφορμίνη είναι ένα από τα πλέον συνταγογραφούμενα φάρμακα για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ. Παρ' όλα αυτά, έχουν αναφερθεί περιστατικά θανατηφόρα από υπερδοσολογία.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού θανάτου από υπερδοσολογία μετφορμίνης στα πλαίσια αυτοχειρίας.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ:Παρουσιάζεται η κλινική πορεία του περιστατικού, καθώς και τα ιατροδικαστικά ευρήματα και γίνεται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με παρόμοια περιστατικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρά τις προσπάθειες ανάταξης της γαλακτικής οξέωσης και ρύθμισης της ασθενούς, η κλινική εικόνα επιδεινώθηκε και η ασθενής κατέληξε λόγω κοιλιακής μαρμαρυγής. Κατά την νεκροτομή τα κύρια ευρήματα ήταν το εγκεφαλικό και πνευμονικό οίδημα, καθώς και η ισχαιμία του μυοκαρδίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:Παρουσιάζεται η πλήρης κλινική εξέλιξη ενός περιστατικού δηλητηρίασης από μετφορμίνη, καθώς και τα ευρήματα της ιατροδικαστικής και παθολογοανατομικής διερεύνησης.

Σε συμφωνία με την υπάρχουσα επιστημονική βιβλιογραφία, η δηλητηρίαση από μετφορμίνη εκδηλώνεται κυρίως με γαλακτική οξέωση. Παρά τις προσπάθειες των θεραπόντων ιατρών και την χορήγηση ενεργού άνθρακα, η ασθενής κατέληξε λόγω κοιλιακής μαρμαρυγής.

OR.47 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 1991-2011

Μ. Πρεβεζάνος, Α. Ανέστης, Δ. Αναστασιλάκης, Ά. Διάφας, Π.-Μ. Ζαμάνης,
Γ. Πουμπουλίδης, Ν. Ζουμάκης, Ν. Παπαδάκης

Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής – Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα στοιχεία θνησιμότητας περιγράφουν το ρυθμό και τις αιτίες θανάτων προσφέροντας μια δυναμική απεικόνιση της κατάσταση υγείας σε ένα πληθυσμό. Τέτοιου είδους στοιχεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών περιοχών, χωρών ή χρονικών περιόδων, λαμβανομένων υπόψιν παραγόντων που συμβάλλουν στην εξέλιξη και διαφοροποίησή της θνησιμότητας, όπως οι κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες, καθώς επίσης η κατάσταση στον τομέα της υγείας, η ποιότητα και επάρκεια των σχετικών υπηρεσιών κλπ. Τέτοιου είδους παράγοντες επηρεάζουν, πιθανά σε σημαντικό βαθμό, την ένταση και σχετική ισχύ των διαφόρων παραγόντων κινδύνου που προάγουν τη θνησιμότητα, μεταξύ των οποίων, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., συγκαταλέγονται η υπέρταση, το κάπνισμα, η υπερλιπιδαιμία και η καθιστική ζωή.

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη της διακύμανσης των ρυθμών θνησιμότητας ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα στις περιφερειακές ενότητες της Ελλάδας για τα έτη 1991-2011.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Η στατιστική επεξεργασία περιλαμβάνει κυρίως τη σύγκριση των ρυθμών θνησιμότητας μεταξύ των πληθυσμών στις περιφέρειες της Ελλάδας με την εφαρμογή της μεθόδου της έμμεσης προτύπωσης. Τα δεδομένα γενικής θνησιμότητας, ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, ανακτήθηκαν από τη βάση δεδομένων της ΕΛΣΤΑΤ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων περιλαμβάνει κυρίως τον υπολογισμό του προτυποποιημένου πηλίκου θνησιμότητας (Standardized Mortality Ratio) για τη σύγκριση των ρυθμών θνησιμότητας μεταξύ των περιφερειών της Ελλάδας για τη χρονική περίοδο 1991-2011.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την ανάλυση και τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της διακύμανσης των ρυθμών θνησιμότητας ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα στις περιφέρειες της Ελλάδας για την περίοδο των ετών 1991-2011 προκύπτει ότι οι υψηλότεροι ρυθμοί θνησιμότητας εμφανίζονται κυρίως στην Θράκη και στην Ανατολική Μακεδονία.

OR.48 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Κ. Γούλας[1], Α. Ανέστης[1], Ν. Παπαδάκης[1]

Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Alzheimer (AD), η πιο κοινή μορφή άνοιας, αποτελεί μια προοδευτική νευροεκφυλιστική νόσο. Ως πολυπαραγοντική νόσος, πέραν από τα γενετικά αίτια, εμφανίζεται να σχετίζονται με την παθογένειά της και διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως τα βαρέα μέταλλα (Al, Pb, Hg), τα παρασιτοκτόνα, η μόλυνση από ιούς, η ατμοσφαιρική ρύπανση, κατάγματα του κρανίου. Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται και η έλλειψη σωματικής άσκησης-παχυσαρκία, καθώς και η διατροφή.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα έρευνα, πραγματοποιήθηκε με στόχο να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των σημαντικότερων περιβαλλοντικών παραγόντων και της εμφάνισης της AD. Επίσης, επιχείρησε τη διερεύνηση ορισμένων παραγόντων και τεχνικών, που πιθανόν να σχετίζονται με την μείωση του κινδύνου εμφάνισης AD.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναζητήθηκαν πληροφορίες από ηλεκτρονικές πηγές, όπως Medline, Scopus, Embase, Cochrane Library καθώς και σε βιβλιογραφικές αναφορές των δημοσιεύσεων που ανακτήθηκαν. Στη συνέχεια ορίστηκαν τα παρακάτω κριτήρια εισαγωγής των εργασιών **:** α) οι μελέτες να έχουν διεξαχθεί κυρίως σε ανθρώπους, β) ο αριθμός των ατόμων, γ) πρόσφατες μελέτες (2010-2019) καθώς και παλαιότερες με μεγάλο αριθμό πασχόντων, δ) η διάρκεια των μελετών. Εντοπίστηκαν δεδομένα όπως ηλικία, φύλο, διάρκεια νόσου-βαρύτητα και γεωγραφική τοποθεσία και τα αριθμητικά δεδομένα επεξεργάστηκαν μέσω εργαλείων μετα-ανάλυσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με βάση την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, από το σύνολο των 620 ερευνών που βρέθηκαν, κρίθηκαν κατάλληλες οι 63 για εισαγωγή στην παρούσα συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση. Συμπερασματικά, αποδεικνύεται η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των περιβαλλοντικών παραγόντων και της εμφάνισης της AD. Τελικώς, το σύνολο των περιβαλλοντικών παραγόντων που επιδρά μαζί, σε ένα άτομο, οδηγεί στην εμφάνιση της AD παρά το γονιδιακό του προφίλ.

OR.49 ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΝΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΔΙΑΣΩΣΤΗ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΕΙ ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

Α. Δεληλίγκα, Φ. Χατζηνικολάου, Δ. Κουτσούκης, Ι. Χρυσοβέργης, Π. Βούλτσος

Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ορθή εφαρμογή της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ) είναι σωτήρια της ζωής πράξη ακόμη και όταν εκτελείται από παρευρισκόμενους στο συμβάν. Ωστόσο, οι παρευρισκόμενοι μπορεί να αποφεύγουν την εκτέλεση ΚΑΡΠΑ εξαιτίας του φόβου των νομικών ευθυνών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η συμβολή στη δημιουργία Κατευθυντηρίων Αρχών (Guidelines) που θα ορίζουν εάν κάποιες κακώσεις που σχετίζονται με τη διεξαγωγή της ΚΑΡΠΑ είναι αναπόφευκτες ή όχι.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνδυασμός ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας και αναδρομικής μελέτης παρατήρησης βασισμένης σε αρχείο νεκροτομικών ευρημάτων του Εργαστηρίου Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας ΑΠΘ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα του Εργαστηρίου μας συμφωνούν με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας ως προς τη συχνότητα και την κατανομή των οστικών βλαβών του θώρακα σε περίπτωση διεξαγωγής ΚΑΡΠΑ. Από τις 88 περιπτώσεις νεκροτομών που αφορούσαν περιστατικά όπου είχε εφαρμοστεί ΚΑΡΠΑ μόνο σε ποσοστό 26.7% και 17.4% υπήρχαν κατάγματα πλευρών και στέρνου, αντίστοιχα. Το 85.7% των καταγμάτων του στέρνου εντοπίζονταν στο σώμα και το 14.3% στη λαβή του οστού. Η σχέση καταγμάτων στέρνου-πλευρών ήταν η αναφερόμενη στη διεθνή βιβλιογραφία (2:3 περίπου).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Με βάση τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας και λαμβάνοντας υπόψη τα δικά μας ευρήματα, διατυπώνεται πρόταση η οποία φιλοδοξεί να συμβάλλει στη διατύπωση Κατευθυντηρίων Αρχών όπου θα καθορίζεται ποια κατάγματα του θωρακικού τοιχώματος μπορεί να θεωρούνται αναπόφευκτες βλάβες κατά τη διεξαγωγή της ΚΑΡΠΑ.

OR.50 ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Γ. Γεωργαντής[1], Γ. Τσουλφάς[1], Ν. Νικητάκος[2], Ι. Δάγκινης[2], Δ. Παπαχρήστος[3], Ι. Συρρής[2] Π. Μπαγγέας[1], Α. Κοκολάκης[1], Β. Παπαδόπουλος[1]

[1]Α' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου
[2]Τμήμα Ναυτιλίας Πανεπιστήμιο Αιγαίου
[3]Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην καθημερινή χειρουργική πρακτική, σε ένα ολοένα πιο απαιτητικό σύγχρονο περιβάλλον, με την ταυτόχρονη εφαρμογή νέων μεθόδων και πρακτικών, ο χειρουργός καλείται να λάβει σημαντικές αποφάσεις σε σύντομο χρονικό διάστημα, τόσο κατά το αρχικό στάδιο της απόφασης, όσο και κατά την πραγματοποίηση μιας χειρουργικής πράξης. Απαραίτητη, επομένως, κρίνεται η εκπαίδευσή του εις τρόπον ώστε να μπορεί να ανταπεξέρχεται στην αυξημένη ευθύνη και συγχρόνως να διαχειρίζεται κατάλληλα τα μέλη των ομάδων που συνεργάζονται, αξιοποιώντας το μέγιστο των δεξιοτήτων τους με σκοπό την ολοκλήρωση των διαδικασιών για το βέλτιστο αποτέλεσμα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εμβάθυνση στον τομέα της ηγεσίας (Leadership), με στόχο την επαύξηση των διαχειριστικών-ηγετικών δυνατοτήτων του χειρουργού, ενισχύει τις δεξιότητές του στη διαχείριση συνεργατών αλλά και τεχνολογιών.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Στο πλαίσιο αυτό παρουσιάζεται η θεωρητική και πρακτική προσέγγιση της ηγεσίας και το πώς η εφαρμογή της δίνει τη δυνατότητα στο χειρουργό να διαχειριστεί ανάλογα τις συνθήκες που παρουσιάζονται, ώστε να προσδιορίζονται και να αξιοποιούνται οι δεξιότητες κάθε μέλους σε μια χειρουργική ομάδα και να ανατίθενται τα αντίστοιχα καθήκοντα σε κάθε μέλος αναλόγως των δεξιοτήτων, με σκοπό αυτές να αξιοποιούνται στο μέγιστο δυνατό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μετάβαση από τον τρόπο διοίκησης μέσω εντολών και ελέγχου στην ομαδική προσέγγιση έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας, την αποτελεσματικότερη διαχείριση του χρόνου, καθώς και την απρόσκοπτη επίλυση των αναφυομένων διαφορών.

OR.51 Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΑΛΛΑΓΩΝ

Γ. Γεωργαντής[1], Γ. Τσουλφάς[1], Ν. Νικητάκος[2], Ι. Δάγκινης[2], Δ. Παπαχρήστος[3], Ι. Συρρής[2], Π. Μπαγγέας[1], Α. Κοκολάκης[1], Β. Παπαδόπουλος[1]

[1]Α' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου
[2]Τμήμα Ναυτιλίας Πανεπιστήμιο Αιγαίου
[3]Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στα πλαίσια της διεπιστημονικής προσέγγισης της χειρουργικής καθίσταται αναγκαία η χρήση νέων εργαλείων και μεθοδολογιών. Δύο τέτοια εργαλεία είναι η ανάλυση κινδύνων (Risk Assessment) και διαχείριση αλλαγών (Change Management).
ΣΚΟΠΟΣ: Η εφαρμογή της ανάλυσης κινδύνων και της διαχείρισης αλλαγών στη χειρουργική πράξη αποτελεί νέο πεδίο ιδιαίτερης έρευνας, διότι παρέχει δυνατότητες μείωσης της πιθανότητας ιατρικής αστοχίας και εφαρμογής πρωτοποριακών στρατηγικών στις χειρουργικές μεθόδους.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Παρουσιάζονται: Α) Η ανάλυση κινδύνων, η οποία αποτελεί συνδυασμένη προσπάθεια προσδιορισμού και διερεύνησης πιθανών (μελλοντικών) γεγονότων, που μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο σε άτομα ή πληθυσμιακές ομάδες, και επιτρέπει τη διαμόρφωση κρίσης ως προς τα περιθώρια αποδοχής του κινδύνου βάσει ανάλυσής του, λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες που τον επηρεάζουν. Β) Ως διαχείριση αλλαγών προσδιορίζεται η διαδικασία προετοιμασίας, σχεδιασμού, εφαρμογής και διατήρησης των στόχων και διαδικασιών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με την ανάλυση κινδύνων αξιολογείται η πιθανότητα να συμβούν ανεπιθύμητα γεγονότα, τυχόν συνέπειες αυτών και κατά πόσο είναι ανεκτός ο προσδιορισμένος κίνδυνος, ο οποίος μπορεί να αναλυθεί ποσοτικά ή ποιοτικά. Με το εργαλείο αυτό μπορούν να ληφθούν προληπτικά μέτρα για την εξάλειψη ή τη μείωση πιθανών συνεπειών που απορρέουν από τον κίνδυνο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αναγνώριση των κινδύνων και η βελτίωση των αλλαγών που εφαρμόζονται στη χειρουργική πρακτική οδηγεί στη σημαντική αναβάθμιση της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών. Στόχος της διαχείρισης αλλαγών είναι η εφαρμογή νέων αποτελεσματικότερων και ασφαλέστερων μεθόδων βοηθώντας παράλληλα το χειρουργό να προσαρμοστεί ανάλογα στις αλλαγές αυτές.

OR.52 ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΜΕΝΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ. ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ.

Η. Τσάκος, Ν. Τσάγιας, Α. Τολίκας, Μ. Καλλιντζή, Τ. Χασσίδη, Ε. Κασάπη

EmbryoClinic, Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ιατρικός τουρισμός γονιμότητας έχει παρουσιάσει μεγάλη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια και οφείλεται κυρίως σε παράγοντες που αφορούν στην πρόσβαση σε ένα ευρύτερο φάσμα θεραπειών, στην υψηλότερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών, στο κόστος θεραπείας, σε νομικούς περιορισμούς στη χώρα προέλευσης, στη φήμη της χώρας προορισμού καθώς επίσης και σε παράγοντες ιδιωτικότητας και κουλτούρας.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των επιστημονικών, νομικών και οργανωτικών διαδικασιών που απαιτούνται για την πραγματοποίηση της ασφαλούς διασυνοριακής διακίνησης γεννητικού υλικού. Επιπλέον, αναλύεται και η ηθική διάσταση του θέματος.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε εκτενής μελέτη της επιστημονικής βιβλιογραφίας.

Επιπλέον, μελετήθηκαν οι διαδικαστικές ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με την εφαρμογή θεραπειών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με τη χρήση κρυοσυντηρημένου γεννητικού υλικού γενικά και ειδικότερα προερχόμενου από διασυνοριακή διακίνηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ευρεία κλινική εφαρμογή της κρυοσυντήρησης ωαρίων με τη μέθοδο της υαλοποίησης έχει πλέον αποδειχθεί εξίσου αποτελεσματική και ασφαλής με τη χρήση ωαρίων από φρέσκο κύκλο θεραπείας, γεγονός που αποτυπώνεται στην επιστημονική βιβλιογραφία.

Η διασυνοριακή διακίνηση γεννητικού υλικού τόσο εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) όσο και εκτός ΕΕ, είναι μεν δυνατή αλλά συναντά αρκετές επιστημονικές και διαδικαστικές προκλήσεις.

Η μεταφορά γεννητικού υλικού με διάφορα μέσα μεταφοράς πχ αυτοκίνητο, αεροπλάνο φαίνεται να μην επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διασυνοριακή διακίνηση κρυοσυντηρημένου γεννητικού υλικού είναι εφικτή, αποτελεσματική και ασφαλής δεδομένου ότι πραγματοποιείται σύμφωνα με τις αυστηρότερες επιστημονικές, νομικές, ηθικές και οργανωτικές προϋποθέσεις.

Επιπλέον επιστημονικές μελέτες απαιτούνται ιδιαίτερα σχετικά με αεροπορικές διακινήσεις μεγάλης διάρκειας π.χ. υπερατλαντικές πτήσεις.

Με την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας και τη νομική και διαδικαστική ευθυγράμμιση μεγάλου αριθμού κρατών παγκοσμίως, οι υπογόνιμοι ασθενείς δυνητικά θα μπορούσαν να ωφεληθούν από την ύπαρξη μίας επιπλέον επιλογής / δυνατότητας θεραπείας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στον τόπο της μόνιμης κατοικίας τους.

OR.53 ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ. ΠΟΙΟ ΤΟ ΟΦΕΛΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ;

Ε.-Ά. Χρυσοχόου, Φ. Κυρβασίλης, Ε. Χατζηαγόρου, Ι. Τσανάκας

Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμήσει το κόστος για το Σύστημα Υγείας από τα παιδιά υποστηριζόμενα με τεχνολογικό εξοπλισμό, που εντάχθηκαν σε πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας (ΚΟΝ).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Παιδιά υποστηριζόμενα με τεχνολογικό εξοπλισμό συμμετείχαν στο πρόγραμμα. 2 Νοσηλεύτριες και 2 φυσικοθεραπεύτριες επισκέπτονταν κατ' οίκον τα παιδιά σε εβδομαδιαία βάση και είχαν ως κέντρο αναφοράς τη Γ' Παιδιατρική του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Υπολογίσθηκαν το κόστος, οι ημέρες νοσηλείας, οι προγραμματισμένες επισκέψεις, οι έκτακτες εισαγωγές στη Μονάδα Εντατικής Παίδων ένα χρόνο πριν και ένα χρόνο μετά την ένταξή τους στο Πρόγραμμα της (ΚΟΝ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 40 παιδιά συμμετείχαν στη μελέτη. Μέση ηλικία ήταν 6, 07 έτη (20/40 με γαστροστομία, 18/40 με τραχειοστομία και 14/40 με μηχανική υποστήριξη). Η μέση τιμή στις προγραμματισμένες επισκέψεις ήταν 2. 67 πριν και 3.15 μετά(p= 0,153). Μέση τιμή στις έκακτες επισκέψεις ήταν 1. 67 πριν και 0.97 μετά (p= 0,011). Μέση τιμή στις ημέρες νοσηλείεας ήταν 42.25 ένα χρόνο πριν και 11.35 ένα χρόνο μετά (p<0,001). Μέση τιμή στις ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν 19.7 πριν και 2.10 μετά (p <0,001). Η μέση τιμή κόστους για το Σύστημα Υγείας ήταν 14,344 Euros πριν και 7,938 Euros μετά από ένα χρόνο (p< 0,001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η εφαρμογή του προγράμματος της Κατ' Οίκον Νοσηλείας μείωσε σημαντικά τις ημέρες Νοσηλείας των ασθενών και σχεδόν υποδιπλασίασε το Κόστος για το Σύστημα Υγείας.

OR.54 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΕΠΟΧΙΚΟΥ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σπανός Εμμανουήλ, Ραχιώτης Γεώργιος, Νίκου Όλγα, Χατζηχριστοδούλου Χρήστος

Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι επαγγελματίες υγείας συγκαταλέγονται από όλους τους διεθνείς οργανισμούς υγείας στις ομάδες υψηλού κινδύνου και προτεραιότητας για προληπτικούς εμβολιασμούς.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση των στάσεων και των πρακτικών σχετικά με τον εμβολιασμό της εποχικής γρίπης μεταξύ επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στη περιοχή της Κεντρικής Μακεδονίας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με χρήση ερωτηματολογίου που έχει επινοηθεί από το Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Π.Θ μεταξύ 1005 επαγγελματιών υγείας (ποσοστό ανταπόκρισης 76,3%). Εφαρμόστηκε η μέθοδος βολικής δειγματοληψίας σε δύο δημόσια νοσοκομεία και έναν ιδιωτικό όμιλο υγείας. Το 33,6% των συμμετεχόντων ήταν ιατροί, το 43,6% νοσηλευτές, και οι υπόλοιποι παραϊατρικό προσωπικό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι εργαζόμενοι παρουσίασαν ποσοστό εμβολιασμού 27,3% (247/1005) για την εποχική γρίπη, ενώ ο κύριος λόγος άρνησης του εμβολιασμού ήταν η πεποίθηση των ερωτηθέντων ότι δεν κινδύνευαν να αρρωστήσουν σοβαρά εάν προσβάλλονταν από εποχική γρίπη. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p<0,001$) αναφορικά με τα ποσοστά εμβολιασμού μεταξύ της διάρκειας απασχόλησης RR=0,902(0,853-0,954), την ηλικία RR=0,887(0,838-0,93), τη σημασία των εμβολιασμών RR=0,409(0,228-0,736), τη πηγή ενημέρωσης (υψηλότερο επίπεδο αποδοχής με χρήση ως πηγή το ΚΕΕΛΠΝΟ RR=0,899(0,851-0,950), την Επιτροπή Λοιμώξεων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων RR=0,769(0,724-0,817), και χαμηλότερη αποδοχή με ραδιοφώνου-τηλεόρασης (RR=1,187(1,068-1,319)). Σύμφωνα με την πολυπαραγοντική ανάλυση σημαντική στατιστική διαφορά παρατηρήθηκε αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης OR=1.802(1.210-2.683) και τη προσωπική άποψη για τους εμβολιασμούς OR=6.120(2.782-13.462).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εποχική γρίπη παρουσιάζει χαμηλό ποσοστό εμβολιασμού μεταξύ των εργαζομένων στο σύστημα υγείας και πρέπει να ληφθούν σημαντικά μέτρα για τη μείωση του κινδύνου για τη δημόσια υγεία.

OR.55 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ISO 9001/EN 15224: ΕΠΙΘΕΩΡΟΥΜΕΝΟΣ VS ΕΠΙΘΕΩΡΗΤΗΣ

Σ. Μιχαηλίδου[1], Γ. Μελεχροινός[2]
[1]Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
[2]TUV Hellas

Σύμφωνα με τους αναθεωρημένους οργανισμούς των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας μας, τα Αυτοτελή Τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης υπάγονται απευθείας στο Διοικητή με σκοπό την προώθηση και παρακολούθηση της υλοποίησης της Πολιτικής Ποιότητας, όπως αυτή έχει καθορισθεί από την Διοίκηση του Νοσοκομείου σε ένα ολοκληρωμένο Σύστημα Ποιότητας. Στόχος του είναι η ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας του Νοσοκομείου και η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, με την συμμετοχή του σε προληπτικές δράσεις και διορθωτικές ενέργειες για συνεχή βελτίωση της ποιότητας σε οικονομίες κλίμακας.

Επιπλέον του νομικοκανονιστικού πλαισίου ωστόσο, ένας από τους βασικούς τρόπους απόδειξης του ενδιαφέροντος ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας για την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών είναι η επιλογή της πιστοποίησης του συστήματος διαχείρισης ποιότητας που διαθέτει από αντίστοιχο φορέα πιστοποίησης. Αυτός είναι και ο λόγος που τελικά έρχεται η μέρα που συναντιούνται οι επιθεωρητές του φορέα πιστοποίησης με τους επιθεωρούμενους σε έναν οργανισμό περνώντας μαζί ώρες εντοπισμού τεκμηρίων συμμόρφωσης ως προς τις προϋποθέσεις που ορίζει ένα πρότυπο και ανταλλάσσοντας επιχειρήματα για τις αλλαγές των διαδικασιών που αποτελούν βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Είναι γνωστό πως τα πρότυπα ποιότητας διέπονται από τις αρχές ολικής ποιότητας και ως εκ τούτου οι προϋποθέσεις συμμόρφωσης με αυτά απορρέουν από αυτές. Συνεπώς, σε αδρές γραμμές, ο επιθεωρητής αναζητά δέσμευση της Διοίκησης για τις πρωτοβουλίες υπέρ της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό, ετοιμοπόλεμο εξοπλισμό, παρακολούθηση δεικτών ποιότητας και αποδείξεις συνεχούς βελτίωσης. Ειδικότερα ως προς το πρότυπο EN 15224, ο επιθεωρητής πρέπει να πεισθεί πως ο οργανισμός έχει αξιολογήσει τον κλινικό κίνδυνο (clinical risk assesment), έχει εντοπίσει εκείνα τα πιθανά σημεία στις διαδικασίες του, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν ζημία ή βλάβη στον εξυπηρετούμενο ασθενή και έχει ήδη λάβει τα μέτρα του για την αποφυγή δυσμενών περιστατικών. Ο επιθεωρούμενος από την μεριά του, βρίσκεται συχνά μπροστά σε πρωτόγνωρη εμπειρία. Δεν είναι τόσο η διαδικασία της ίδιας της επιθεώρησης με την οποία ίσως και να είναι εξοικειωμένος, είναι το ίδιο πρίσμα της ποιότητας μέσα από το οποίο φωτίζονται οι καθημερινές διαδικασίες που ο ίδιος κινεί. Ο νοσηλευτής μπορεί να γνωρίζει πολύ καλά τις αρμοδιότητές του και τις καθημερινές νοσηλευτικές πράξεις που υλοποιεί, ο γιατρός μπορεί να είναι ο καλύτερος κλινικός γιατρός, αλλά τόσο όταν σχεδιάζεται το σύστημα διαχείρισης ποιότητας όσο και όταν επιθεωρείται, κάθε εργαζόμενος συνειδητοποιεί τη δική του συμβολή στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Αρχίζει να βλέπει το δάσος και όχι μόνο το δικό του δέντρο. Σε κάθε περίπτωση, κοινός τόπος για τον επιθεωρητή και τον επιθεωρούμενο παραμένει η τοποθέτηση των ίδιων των ασθενών στο επίκεντρο της καθημερινής λειτουργίας του οργανισμού και κοινός στόχος τους θα πρέπει να είναι μέσα από την αλληλεπίδρασή τους η συνεχής βελτίωση προς όφελος των ασθενών.

STUDENTS' CORNER

SC.01 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Άννα Βαταλάχου, Ευαγγελία Βλάχου, Κωνσταντίνος Ιμπριάλος, Αναστασία Κατσούλα, Ιωάννα Λινάρδου, Νικόλαος Γραμματικός, Αχιλλέας Τσιμπέριδης, Όλγα Γιουλέμε, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αυτοάνοση ηπατίτιδα αποτελεί μια σπάνια, χρόνια φλεγμονώδη βλάβη του ηπατικού παρεγχύματος, αγνώστου αιτιολογίας, με μεγάλη ετερογένεια στην κλινική εικόνα· από υποκλινική μη προϊούσα νόσο έως κεραυνοβόλο ηπατική ανεπάρκεια. Το παρόν περιστατικό αφορά ασθενή με ίκτερο και οιδήματα κάτω άκρων που τελικά διεγνώσθη με αυτοάνοση ηπατίτιδα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής, θήλυ, 45 ετών προσήλθε στο Τ.Ε.Π με ίκτερο και οιδήματα κάτω άκρων από δύο μηνών, σταδιακά επιδεινούμενα. Πρόκειται για ασθενή με πρόσφατα διαγνωσμένη και ασκητική συλλογή σε εξωτερικό υπερηχογραφικό έλεγχο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε πανκυτταροπενία, παράταση χρόνων πήξης, αύξηση ηπατικών ενζύμων, υπολευκωματιναιμία, ευρήματα που υποδηλώνουν οξεία ηπατική ανεπάρκεια. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με φουροσεμίδη, σπειρονολακτόνη per os, και αναστολείς αντλίας πρωτονίων. Στα πλαίσια διερεύνησης της αιτιολογίας της νόσου, έγινε ιολογικός έλεγχος (αρνητικός) καθώς και έλεγχος καρκινικών δεικτών (αρνητικός), προσδιορισμός σερουλοπλασμίνης (αρνητικός) και ανοσοσφαιρινών. Από τον έλεγχο αναδείχθηκε πολυκλωνικής υπεργαμμασφαιριναιμίας, η οποία σε συνδυασμό με τα λοιπά κλινικά ευρήματα όσο και τα προηγούμενα ευρήματα έθεσαν την υπόνοια αυτοάνοσης ηπατίτιδας. Πραγματοποιήθηκε έναρξη αγωγής με και πρεζολόνης εν αναμονή των αυτοαντισωμάτων. Έπειτα πραγματοποιήθηκε κατευθυνόμενης αξονική βιοψία ήπατος η οποία ήταν ενδεικτική αυτοάνοσης ηπατίτιδα. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο 6 ημέρες μετά έχοντας ανταποκριθεί θεαματικά στη θεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Καθώς η αυτοάνοση ηπατίτιδα δεν εμφανίζει σταθερές κλινικές εκδηλώσεις, ένας μεγάλος αριθμός περιπτώσεων περνάει αδιάγνωστος. Καθίσταται, λοιπόν, ζωτικής σημασίας η συνεχής επαγρύπνηση των ιατρών. Τόσο η έγκαιρη διάγνωση όσο και η αποτελεσματική θεραπεία αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους για την αποτροπή των καταστρεπτικών συνεπειών της νόσου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

SC.02 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

Βαΐα Τσαπάρα, Στυλιανή Μιχαηλίδου, Τατιανή - Σουλτάνα Ηλία, Κωνσταντίνος Χρήστου, Κωνσταντίνος Ιμπριάλος, Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος, Μιχαήλ Δούμας, Ιωάννα Ζωγράφου, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Επιπλεγμένη θεωρείται η ουρολοίμωξη που αναπτύσσεται σε έδαφος ανατομικής ή λειτουργικής πάθησης του ουροποιητικού, που μειώνει την αποτελεσματικότητα της αντιμικροβιακής αγωγής, όπως επίσης και σε έδαφος μειωμένης αντίστασης του ανοσοποιητικού συστήματος. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με επιπλεγμένη ουρολοίμωξη.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Θήλυ 53 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του Ιπποκράτειου Γ.Ν.Θ, αιτιώμενη εμπύρετο με συνοδό ρίγος, διάχυτες μυαλγίες, καταβολή και πολλαπλά επεισόδια εμέτου από 48ώρου. Στον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκαν παθολογικά αυξημένη CRP, γλυκόζη ορού και ουρία, ενώ στη γενική εξέταση ούρων, αυξημένο ΕΒ, σάκχαρο, θετική οξόνη και ερυθρά αιμοσφαίρια. Οι απλές ακτινογραφίες θώρακος και κοιλίας δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Ελήφθησαν καλλιέργειες αίματος και ούρων και έγινε έναρξη αντιβιοτικής και αντι-ιικής αγωγής (για κάλυψη πιθανής ιογενούς συνδρομής). Στην αντιμετώπιση της ασθενούς συμπεριλήφθησαν επίσης ενδοφλέβια ενυδάτωση, εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας και αντιυπερτασική, αντιαιμοπεταλιακή και αντιεμετική αγωγή. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας, η οποία έθεσε τη διάγνωση πυελονεφρίτιδας. Στις 72 ώρες νοσηλείας η ασθενής απυρέτησε και οι έμετοι υφέθηκαν. Οι καλλιέργειες αίματος και ούρων ήταν αρνητικές ενώ παρατηρήθηκε πτώση των δεικτών φλεγμονής. Ολοκληρώθηκαν συνολικά 14 ημέρες αντιβιοτικής αγωγής. Η ασθενής εξήλθε με αγωγή για ΣΔ και σύσταση για παρακολούθηση στο διαβητολογικό ΕΙ, για έναρξη ροσουβαστατίνης και για επανεξέταση θυρεοειδικής λειτουργίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με επιπλεγμένη ουρολοίμωξη χρήζει εξατομίκευσης. Είναι σημαντικό να εντοπίζεται έγκαιρα ο παράγοντας που προδιαθέτει σε επιπλεγμένη ουρολοίμωξη και να αντιμετωπίζεται κατάλληλα.

SC.03 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΜΕΓΑΛΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Ευαγγελίνα Βλάχου, Άννα Βαταλάχου, Αλίκη Ηλιάδου, Κωνσταντίνος Ιμπριάλος, Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος, Αλεξάνδρα Κατσιμάρδου, Κωνσταντίνος Χρήστου, Ιωάννα Ζωγράφου, Μιχαήλ Δούμας, Βασίλειος Άθυρος, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το παρόν περιστατικό αφορά ασθενή με αδυναμία, καταβολή και απώλεια σωματικού βάρους τον τελευταίο μήνα, με ιστορικό αναιμίας, που προσήλθε για διερεύνηση της αναιμίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Ασθενής άρρεν 78 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενος αδυναμία, καταβολή, καθώς και απώλεια σωματικού βάρους, 12 kg, σε διάστημα μηνός. Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής, υπερθυρεοειδισμού και δυσλιπιδαιμίας. Από την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε επισκοπικά ωχρότητα με λεμονόχροη χροιά δέρματος, με τη λοιπή κλινική εξέταση να είναι φυσιολογική. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοπενία, θρομβοπενία και αναιμία με πτώση των τιμών της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη, με μεγαλοβλαστικούς δείκτες. Επιπλέον, από το βιοχημικό έλεγχο, παρατηρήθηκε έμμεση υπερχολερυθριναιμία και αύξηση της τιμής της γαλακτικής δεϋδρογονάσης. Η άμεση και έμμεση Coombs ήταν αρνητικές, ενώ η τιμή της TSH χαμηλή. Ακολούθησε μελέτη επιχρίσματος περιφερικού αίματος, στην οποία παρατηρήθηκαν ποικιλοκυττάρωση, ανισοκυττάρωση, μακροκύτταρα και πολυκατάτμητα πολυμορφοπύρηνα, ενώ εστάλη δείγμα για προσδιορισμό B12/φυλλικού οξέος. Επιπλέον, διεκόπη η χορήγηση καρβιμαζόλης. Διενεργήθηκε μυελόγραμμα, στο οποίο διαπιστώθηκαν χαρακτηριστικά συμβατά μεγαλοβλαστικής αναιμίας. Κατόπιν, χορηγήθηκαν στον ασθενή υδροξυκοβαλαμίνη και φυλλικό οξύ. Διενεργήθηκε γαστροσκόπηση, κατά την οποία διαπιστώθηκαν ευρήματα ατροφικής γαστρίτιδας και ελήφθησαν βιοψίες, ενώ ο έλεγχος για ύπαρξη αυτοαντισωμάτων έναντι του ενδογενή παράγοντα ήταν αρνητικός. Η βιοψία στομάχου ανέδειξε στοιχεία ατροφικής γαστρίτιδας. Από το 5^{ο} 24ωρο νοσηλείας παρατηρήθηκε αύξηση όλων των κυτταρικών σειρών και πτώση της γαλακτικής δεϋδρογονάσης. Ο ασθενής εξήλθε με οδηγίες για αγωγή με B12 και φυλλικό οξύ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η ευαισθητοποίηση και η διερεύνηση ασθενών με αναιμία για τη διαπίστωση της αιτίας αυτής , καθώς και την εντόπιση διαφόρων ευρημάτων που μπορεί να καταδεικνύουν αυτοάνοσο υπόβαθρο, όπως στην περίπτωση της κακοήθους αναιμίας.

SC.04 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΝΟΣΟ FARBER ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Τατιανή - Σουλτάνα Ηλία, Βαΐα Τσαπάρα, Στυλιανή Μιχαηλίδου, Κωνσταντίνος Χρήστου, Κωνσταντίνος Ιμπριάλος, Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος, Μιχαήλ Δούμας, Ιωάννα Ζωγράφου, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νόσος Farber αποτελεί σπάνιο λυσσοσωμικό νόσημα. Η κλινική εικόνα ασθενούς με νόσο Farber περιλαμβάνει την κλασική τριάδα συμπτωμάτων διόγκωση αρθρώσεων, υποδόρια οζίδια και βράγχος φωνής καθώς και πλειάδα άλλων συμπτωμάτων λόγω προσβολής της καρδιάς, των πνευμόνων, του ήπατος, του σπληνός, του νεφρού και του λεμφικού συστήματος.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Θήλυ 19 ετών, με διαγνωσμένη νόσο Farber, προσήλθε στο ΤΕΠ του Ιπποκρατείου Γ.Ν.Θ. αιτιώμενη δύσπνοιας και αισθήματος δυσφορίας στην κοιλιακή χώρα. Από το ατομικό αναμνηστικό, αναφέρεται ετερόζυγος β- μεσογειακή αναιμία και σιδηροπενική αναιμία. Η κλινική εξέταση ανέδειξε οίδημα ανά σάρκα με διατεταμένες σφαγίτιδες, ταχύπνοια και ήπιους εκπνευστικούς συρίττοντες στις βάσεις των πνευμόνων, καθώς και επώδυνο ψηλαφητό ήπαρ. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα και η απλή ακτινογραφία θώρακος συνηγόρησαν σε σοβαρού βαθμού διάταση δεξιάς κοιλίας, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα επιβεβαίωσε σοβαρού βαθμού συστολική ανεπάρκεια δεξιάς κοιλίας, με ήπια συστολική ανεπάρκεια αριστεράς κοιλίας τα οποία αποδίδονται σε πνευμονική υπέρταση στο πλαίσιο της νόσου. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε επιπλέον ινωδοατελεκτατικά στοιχεία στον δεξιό πνεύμονα και παρουσία πλευριτικής συλλογής δεξιά. Η κλινική εικόνα και η συνεκτίμηση των παρακλινικών εξετάσεων συνηγορούν προς οξεία απορρύθμιση χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας στα πλαίσια πιθανής λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού. Η ασθενής τέθηκε σε φουροσεμίδη, διγοξίνη και αντιβιοτική αγωγή με αμοξικιλλίνη- κλαβουλανικό. Κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο η κατάσταση της ασθενούς ήταν βελτιωμένη, ενώ έγιναν συστάσεις για επαναληπτικό καρδιολογικό έλεγχο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Κρίνεται απαραίτητη η επαγρύπνηση του γιατρού απέναντι σε περιστατικά με σπάνια κληρονομικά νοσήματα, όπως οι λυσσοσωματικές διαταραχές ώστε να αντιμετωπίζονται εγκαίρως πιθανές επιπλοκές της νόσου.

SC.05 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΜΕΙΚΤΗ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Νικόλαος Βλαχόπουλος, Άγγελος-Χρήστος Γεωργακόπουλος, Γεώργιος Κοντογιάννης, Κωνσταντίνος Ντόσκας, Δήμητρα Μπακαλούδη, Κωνσταντίνος Χρήστου, Κωνσταντίνος Ιμπριάλος, Χρήστος Σαμπάνης, Ιωάννα Ζωγράφου, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διαβητική κετοξέωση (ΔΚΟ) και η υπερωσμωτική υπεργλυκαιμική κατάσταση (ΥΥΚ) αποτελούν τις δύο σοβαρότατες οξείες επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη. Το παρόν περιστατικό αφορά ασθενή που προσήλθε με στοιχεία και των δύο καταστάσεων ταυτόχρονα, τα οποία αποδόθηκαν σε παγκρεατίτιδα οφειλόμενη σε χρήση βιλνταγλιπτίνης ή/και σε πιθανή ενσφήνωση λίθου στο φύμα του Vater.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Θήλυ ασθενής, 83 ετών, προσκομίστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω έκπτωσης επιπέδου συνείδησης και πτώση στο έδαφος υπό αδιευκρίνιστες συνθήκες. Από το ατομικό της αναμνηστικό αναφέρεται σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και στεφανιαία νόσος. Η ασθενής είχε όψη πάσχοντος και αναιμική χροιά, ενώ στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν υπόταση, βραδυκαρδία, ελαττωμένος κορεσμός αίματος και υποθερμία. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε ήπια μεταβολική οξέωση με αυξημένο χάσμα ανιόντων, ήπια αναιμία, αφυδάτωση, σοβαρή υπεργλυκαιμία με γλυκοζουρία, επηρεασμένη νεφρική λειτουργία, υπονατριαιμία και υψηλές τιμές LDH, CPK, CRP και αμυλάσης ορού (9 φορές πάνω από το φυσιολογικό). Από την αξονική τομογραφία κοιλίας παρατηρήθηκαν υπόπυκνες γραμμοειδείς αλλοιώσεις στην κεφαλή του παγκρέατος και μικρές συλλογές υγρού περιπαγκρεατικά. Στην ασθενή χορηγήθηκε επιθετική θεραπεία με χορήγηση ενδοφλέβιων φυσιολογικών ορών και ινσουλίνης, αναπλήρωση ηλεκτρολυτών, προφυλακτική αντιβίωση για Gram (-) και αναερόβια μικρόβια (σιπροφλοξασίνη, μετρονιδαζόλη) και υποβοήθηση αναπνευστικής λειτουργίας (βουδεσονίδη, ιπρατρόπιο). Ως αποτέλεσμα, η νεφρική λειτουργία σταδιακά αποκαταστάθηκε, ενώ η ήπια οξέωση, η εκτεταμένη υπεργλυκαιμία και η παγκρεατίτιδα υποχώρησαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των συνδρόμων διαβητικής κετοξέωσης και υπερωσμωτικής υπεργλυκαιμικής κατάστασης παρατηρείται στο 1/3 των περιπτώσεων. Τα επίπεδα της αμυλάσης και της λιπάσης του ορού είναι συχνά αυξημένα σε ασθενείς με ΔΚΟ χωρίς απαραίτητα να υπάρχουν κλινικά ή ακτινολογικά ευρήματα παγκρεατίτιδας. Ωστόσο, η οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να προδιαθέτει ή να επιπλέκει ΔΚΟ, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην προσέγγιση ανάλογων περιστατικών.

SC.06 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΗΠΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Χρήστος Μήτας, Γεώργιος Λαλές, Γεώργιος Κερπινιώτης, Σοφία Μπουλούκου, Αλέξανδρος Μανάφης, Αναστασία Σκάλκου, Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος, Μαρία Τουμπουρλέκα, Σουζάνα Ξυδά, Θεοδοσία Παπαδοπούλου, Σοφία Χισσάν, Σοφία Βακαλοπούλου, Βασιλεία Γαρυπίδου, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σηπτική αρθρίτιδα θεωρείται επείγουσα ορθοπαιδική νόσος οφειλόμενη συνήθως σε σταφυλοκοκκική ή στρεπτοκοκικκή λοίμωξη.Η εγκατάστασή της γίνεται αιματογενώς, με επέκταση από γειτονική περιοχή ή απο τραύμα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση μίας ενδιαφέρουσας περίπτωσης ενός ασθενούς με ιστορικό αιμορροφιλίας Β, HIV και HCV, ο οποίος παρουσίασε λοίμωξη από S.aureus, με αποτέλεσμα την εμφάνιση σηπτικής αρθρίτιδας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής άρρεν 67 ετών, προσήλθε με άλγος της αριστερής κατά γόνυ άρθρωσης και συνοδό εμπύρετο έως 40° C από 24ώρου. Από το ατομικό του αναμνηστικό αναφέρεται αιμορροφιλία Β, νόσηση από HIV και HCV καθώς και επεισόδιο σηπτικής αρθρίτιδας της ΑΡ ποδοκνημικής άρθρωσης το 2012. Ο ασθενής λαμβάνει φαινοφιβράτη και φοσινοπρίλη λόγω αναφερόμενης δυσλιπιδαιμίας και ΑΥ, αντίτστοιχα, καθώς και συμπλήρωμα ασβεστίου-D3 . Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε φλεγμαίνουσα ΑΡ κατά γόνυ άρθρωση και εμπύρετο 39° C. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένοι C-αντιδρώσα πρωτεΐνης και ταχύτητας καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων, ενώ τα επίπεδα παράγοντα IX ήταν 25.7. Το υπερηχογράφημα της αριστερής κατά γόνυ άρρθωσης ανέδειξε υποηχοϊκή συλλογή με έμμορφα στοιχεία. Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική και χορηγήθηκε αντιβιωτική αγωγή με ταζομπακτάμη/πιπερακιλίνη, αμικασίνη και τεϊκοπλανίνη για 2 ημέρες. Στην καλλιέργια αίματος εντοπίστηκε S.aureus, ενώ το αντιβιόγραμμα ανέδειξε ευαισθησία στην κλοξακιλλίνη. Η κλινική εικόνα του ασθενούς βελτιώθηκε ενώ παρατηρήθηκε βελτίωση των εργαστηριακών ευρημάτων και σταδιακή υποχώρηση των κλινικών και υπερηχογραφικών στοιχείων αρθρίτιδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά τη διαγνωστική προσπέλαση ασθενούς με σημεία αρθρίτιδας είναι απαραίτητα η διενέργεια απεικονιστικών και εργαστηριακών εξετάσεων. Ο κίνδυνος ενδοαρθρικής αιμορραγίας είναι ακόμη μεγαλύτερος σε ασθενείς με διαταραχές της αιμόστασης και χρήζει τακτικότερης παρακολούθησης.

SC.07 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ GUILLAIN-BARRE

Γεώργιος Κοντογιάννης, Άγγελος-Χρήστος Γεωργακόπουλος, Νικόλαος Βλαχόπουλος, Κωνσταντίνος Ντόσκας, Κωνσταντίνος Χαραλαμπίδης, Αλεξία Πιπερίδου, Μαρία Καλογήρου, Κωνσταντίνος Δακής, Σοφία Χατζημιχαηλίδου, Ελισάβετ Σιμουλίδου, Αθηνά Πυρπασοπούλου, Κωνσταντίνος Πετίδης, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο Guillian Barre (GBS) είναι αυτοάνοσο νόσημα με συχνή εμφάνιση μετά από βακτηριακή ή ιογενή λοίμωξη του αναπνευστικού ή γαστρεντερικού συστήματος ή κατόπιν εμβολιασμού και παρουσιάζεται σε οποιαδήποτε ηλικία και αφορά τόσο το γυναικείο όσο και το ανδρικό φύλο.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άρρεν ασθενής 88 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενος αδυναμία ορθόστασης, διαταραχή της αισθητικότητας στα άνω άκρα καθώς και προοδευτική αδυναμία αρχώμενη προ 2 ημέρου. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου από όπου διαπιστώθηκε εγκεφαλική ατροφία σε συνδυασμό με υπόπυκνες αρτηριοσκληρυντικου τύπου βλάβες στην λευκή ουσία περικοιλιακά, ενώ η αξονική αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης ήταν φυσιολογική. Η νευρολογική εξέταση φανέρωσε χαλαρή τετραπληγία άνω-κάτω άκρων χωρίς αισθητικές διαταραχές ή πυραμιδική συνδρομή ο οποίος και έθεσε την οξεία φλεγμονώδη απομυελινωτική πολυριζονευροπάθεια ως πιθανή διάγνωση. Διενεργήθηκε τοξικολογική εξέταση ούρων για βαρέα μέταλλα (As,Pb,Hg) η οποία ήταν αρνητική ,ενώ τα ευρήματα από το ηλεκτρομυογράφημα ήταν συμβατό με περιφερική νευροπάθεια αξονικού τύπου δίχως όμως να είναι δυνατή η επιβεβαίωση του GBS (λόγω αδυναμίας ηλεκτρομυογραφικής καταγραφής των κάτω άκρων). Η οσφυονωτιαία παρακέντηση ανέδειξε αύξηση του λευκώματος στο ΕΝΥ, ενώ από τον περαιτέρω εργαστηριακό έλεγχο (ανοσολογικός, θυρεοειδικός, Β12, φυλλικό οξύ) ανευρέθηκαν χαμηλές τιμές φυλλικού οξέος. Ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια χορήγηση ανοσοσφαιρίνης γάμμα και φυλλικού οξέως (400mg/kg/day για 5 ημέρες), καθώς και αναπνευστική και κινητική φυσικοθεραπεία. Κατά την διάρκεια νοσηλείας ο ασθενής παρέμενε αιμοδυναμικά σταθερός με συνεχή ανάγκη για οξυγονοθεραπεία και σαφή νευρολογική βελτίωση από την τρίτη ημέρα νοσηλείας έως και την ημέρα του εξιτηρίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Παρά την σπανιότητά του συνδρόμου, ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να βρίσκεται σε επαγρύπνηση για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση του δυνητικά θανατηφόρου αυτού συνδρόμου.

SC.08 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ OSLER-WEBER-RENDU

Κωνσταντίνος Ντόσκας, Νικόλαος Βλαχόπουλος, Άγγελος-Χρήστος Γεωργακόπουλος, Γεώργιος Κοντογιάννης, Κωνσταντίνος Χρήστου, Κωνσταντίνος Ιμπριάλος, Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος, Μιχαήλ Δούμας, Ιωάννα Ζωγράφου, Βασίλειος Άθυρος, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κληρονομική αιμορραγική τηλεαγγειεκτασία (σύνδρομο Osler-Weber-Rendu, OWR) αποτελεί αυτοσωματικό επικρατές νόσημα, με παγκόσμια επίπτωση 1 περίπτωση ανά 5000 άτομα πληθυσμού. Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με διαγνωσμένο σύνδρομο OWR, η οποία παρουσίασε κλινική εικόνα μη αντιρροπούμενης Καρδιακής Ανεπάρκειας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής θήλυ 74 ετών καπνίστρια, προσήλθε στα ΤΕΠ αιτιώμενη προοδευτικά επιδεινούμενη καταβολή και δύσπνοια στην κόπωση. Από το ατομικό της αναμνηστικό αναφέρεται σύνδρομο OWR με συχνές επιστάξεις, αποφρακτική πνευμονοπάθεια , καρδιακή ανεπάρκεια και καρδιογενής κίρρωση ήπατος. Κατά τη φυσική εξέταση, διαπιστώθηκε ωχρότητα βλεννογόνων και δέρματος, ορθόπνοια και ταχύπνοια, οίδημα σφυρών άμφω και διάταση σφαγίτιδων φλεβών. Κατά την ακρόαση του αναπνευστικού, διαπιστώθηκαν υποτρίζοντες ήχοι βάσεων άμφω. Παράλληλα, ψηλαφήθηκε διογκωμένο και ευαίσθητο ήπαρ. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε μικροκυτταρική υπόχρωμη αναιμία και αύξηση της ουρίας. Από την εξέταση αερίων αίματος, παρατηρήθηκε οξέωση, αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου 2 με αποκορεσμό και αυξημένες τιμές γαλακτικού οξέος. Διενεργήθηκε υπέρηχογράφημα καρδιάς το οποίο ανέδειξε ανέδειξε διάταση όλων των κοιλοτήτων, πνευμονική υπέρταση και αυξημένο κλάσμα εξώθησης (high-output heart failure). Από την αξονική τομογραφία θώρακος , διαπιστώθηκαν αρτηριοφλεβικά shunts στον πνεύμονα και στο σπλήνα. Η ασθενείς μεταγγίστκε με μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών και τέθηκε αγωγή με ενδοφλέβια φουροσεμίδη. Επιπροσθέτως, για το πνευμονικό αρτηριοφλεβικό shunt, προγραμματίστηκε η σύγκλεισή του με αγγειογραφία. Τέλος, η παρόξυνση της πνευμονοπάθειας αντιμετωπίστηκε με οξυγονοθεραπεία, εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά και αντιβίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Για την εξασφάλιση ευνοϊκότερης πρόγνωσης στους ασθενείς με σύνδρομο OWR είναι απαραίτητο να υπάρχει υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας, καθώς και άμεση θεραπευτική παρέμβαση στις ενδεχόμενες επιπλοκές.

SC.09 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΥΠΕΡΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ

Γεώργιος Κερπινιώτης, Σοφία Μπουλούκου, Γεώργιος Λαλές, Χρήστος Μήτας, Αλέξανδρος Μανάφης, Κωνσταντίνος Χρήστου, Κωνσταντίνος Ιμπριάλος, Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος, Μιχαήλ Δούμας, Ιωάννα Ζωγράφου, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Υπερνατριαιμία ορίζεται η συγκέντρωση νατρίου αίματος μεγαλύτερη από 145 mmol/L και αντιπροσωπεύει την κατάσταση σχετικής ή απόλυτης έλλειψης ύδατος σε σχέση με το ολικό νάτριο σώματος. Το παρόν περιστατικό παρουσιάζει ηλικιωμένη ασθενή με υπερνατριαιμία και παρουσιάζεται η διαγνωστική και θεραπευτική πορεία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Θήλυ ασθενής 92 ετών διεκομίσθη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών της Β Προπαιδευτικής Παθολογικής κλινικής σε κωματώδη κατάσταση. Ο συνοδός αναφέρει υπνηλία από ωρών και μειωμένη πρόσληψη ύδατος και τροφής. Στο ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο με δεξιά ημιπληγία, καρδιακή ανεπάρκεια, υποθυρεοειδισμό, και άνοια για τα οποία λάμβανε κατ' οίκον φαρμακευτική αγωγή. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε κλίμακα Γλασκώβης 7, ολιγουρία, ήπιοι τρίζοντες ήχοι στις βάσεις των πνευμόνων άμφω και κόρες ελάχιστα αντιδρώσες στο φως σε μυδρίαση. Στην απλή ακτινογραφία θώρακος αναδεικνύεται διάχυτα πυκνωτικά στοιχεία άμφω. Από τα εργαστηριακά διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση με ουδετεροφιλία και λεμφοκυττάρωση, αυξημένες τιμές αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη, ουρίας, κρεατινίνης, CRP και νατρίου ορού. Η γενική εξέταση ούρων παρατηρήθηκαν αυξημένα πυοσφαίρια και νιτρικά ενώ η καλλιέργεια ούρων είναι θετική για Proteus mirabilis. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν ανέδειξε νέο εγκεφαλικό επεισόδιο. Η υπερνατριαιμάι της ασθενούς αποδόθηκε σε αφυδάτωση. Η ασθενής τέθηκε σε χορήγηση Ο2, ενυδάτωση και αντιβιοτική αγωγή αντιβίωση, ενώ παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση του επιπέδπυ συνείδησης μετά την ενδοφλέβια ενυδάτωση της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η υπερνατριαιμία είναι συχνότερη σε ηλικιωμένους ασθενείς, για αυτό οι ιατροί πρέπει να είναι υποψιασμένοι σε ασθενείς με έκπτωση του επιπέδου συνείδησης. Η χρόνια υπερνατριαιμία δεν πρέπει να ανατάσσεται γρήγορα, ενώ σε υποογκαιμική υπερνατριαιμία η θεραπεία στοχεύει αρχικά στην γρήγορη διόρθωση της υποογκαιμίας και έπειτα σταδιακά της υπερνατριαιμιας.

SC.10 ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΜΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Στυλιανή Μιχαηλίδου, Τατιανή - Σουλτάνα Ηλία, Βαΐα Τσαπάρα, Αλίκη Ηλιάδου, Δήμητρα Μπακαλούδη, Κωνσταντίνος Χρήστου, Κωνσταντίνος Ιμπριάλος, Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος, Αλεξάνδρα Κατσιμάρδου, Χρήστος Σαμπάνης, Μιχαήλ Δούμας, Ιωάννα Ζωγράφου, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υπογλυκαιμία αποτελεί ένα συχνό συμβάν το οποίο καλείται να αντιμετωπίσει ο κλινικός ιατρός στην καθημερινή πράξη κυρίως ως ανεπιθύμητη ενέργεια θεραπείας σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Το παρόν αφορά σε ενδιαφέρον περιστατικό ασθενή με υπογλυκαιμία όπως εμφανίστηκε στην κλινική μας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής, θήλυ 38 ετών με ΣΔ σε εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενη υπογλυκαιμικού επεισοδίου. Πρόκειται για το τελευταίο μια σειράς επαναλαμβανόμενων επεισοδίων που οδήγησαν σε αναφερόμενη διακοπή της ινσουλινοθεραπείας από δεκαημέρου χωρίς όμως να αποτραπεί η συνεχιζόμενη εμφάνιση τους. Αναφέρεται, επιπλέον, ιστορικό κατάθλιψης.

Ο κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός, ενώ επιβεβαιώθηκε η υπογλυκαιμία (44 mg/dl). Μετά την εισαγωγή στην κλινική και παρά τη φυσιολογική διατροφή συνεχίστηκαν εργαστηριακά επιβεβαιωμένα υπογλυκαιμικά επεισόδια, με εμφάνιση νευρογλυκοπενικών και νευρογενών συμπτωμάτων, τα οποία υφέθηκαν άμεσα με τη λήψη γλυκόζης

Μετά από αποκλεισμό άλλων αιτίων υπογλυκαιμιας, όπως λήψη φαρμάκων, οξείες καταστάσεις (σήψη, ηπατική/νεφρική/καρδιακή ανεπάρκεια), παθήσεις σχετικές με τις ανταγωνιστικές ορμόνες της ινσουλίνης, διεξήχθη 72ωρη δοκιμασία νηστείας - οριακά θετική για υπογλυκαιμική υπερινσουλιναιμία - προσανατολίζοντας τη διάγνωση σε σύνδρομα ενδογενούς υπερέκκρισης ινσουλίνης. Οι αυτοάνοσες παθήσεις στο πλαίσιο της τελευταίας κατηγορίας αποκλείστηκαν εξαιτίας αρνητικών αντισωμάτων έναντι υποδοχέων ινσουλίνης, ινσουλίνης και σουλφονυλουριών, ενώ το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα παγκρέατος και ο υπόλοιπος απεικονιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε κάποια νεοπλασία. Οι υπογλυκαιμίες ελέγχθηκαν συντηρητικά με διατροφικό πρόγραμμα μικρών και συχνών γευμάτων.

Η ασθενής επανήλθε στην κλινική λόγω σοβαρής υπογλυκαιμίας κατά την οποία οι εργαστηριακές εξετάσεις ανέδειξαν εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης. Ζητήθηκε άμεσα ψυχιατρική εκτίμηση, ενώ τέθηκε η διάγνωση του συνδρόμου Münchausen (Ακατανόητα Προσποιητή Διαταραχή).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαταραχές ψυχιατρικής φύσεως μπορούν να υποβόσκουν σε ανεξήγητα και επαναλαμβανόμενα επεισόδια, καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη αυξημένης κλινικής υποψίας του θεράποντα ιατρού.

SC.11 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΥΠΟΜΑΓΝΗΣΙΑΙΜΙΑ

Σοφία Μπουλούκου, Γεώργιος Κερπινιώτης, Αλίκη Ηλιάδου, Γεώργιος Λαλές, Χρήστος Μήτας, Αλέξανδρος Μανάφης, Κωνσταντίνος Χρήστου, Κωνσταντίνος Ιμπριάλος, Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος, Αλεξάνδρα κατσιμάρδου, Μιχαήλ Δούμας, Ιωάννα Ζωγράφου, Βασίλειος Άθυρος, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υπομαγνησιαιμία αποτελεί μια μεταβολική διαταραχή κυρίως νεφρικής ή γαστρεντερικής αιτιολογίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση μίας ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με υπομαγνησιαιμία λόγω συνδυασμένης φαρμακευτικής αγωγής με υδροχλωροθειαζίδη, μετφορμίνη και ομεπραζόλη.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής θήλυ 63 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενη ζάλη, ναυτία, εμέτους, εφίδρωση, κράμπες και περιφερικές αιμωδίες άκρων από εβδομάδας. Ακόμη ανέφερε διαρροϊκές κενώσεις και κράμπες από έτους. Το ατομικό αναμνηστικό της περιλαμβάνει ΣΔ τύπου 2 από δεκαετίας, αρτηριακή υπέρταση και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση από 40ετίας. Η ασθενής λάμβανε λοσαρτάνη, μετφορμίνη, βιλδαγλιπτίνη, γλυμεπιρίδη, ομεπραζόλη και περιστασιακά μαγνήσιο. Κατά τη γενική επισκόπηση παρατηρήθηκε έντονη εφίδρωση, ενώ η κλινική εξέταση κατά συστήματα ήταν φυσιολογική, με εξαίρεση μια ήπια ταχύπνοια (22 αναπνοές/λεπτό). Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ήπια αναιμία, υπασβεστιαιμία, υπομαγνησιαιμία και αύξηση φωσφορικών και CPK. Ο έλεγχος της παραθορμόνης έδειξε υποπαραθυρεοειδισμό. Υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση χωρίς αξιοσημείωτα ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα. Η συλλογή ούρων 24ώρου έδειξε ελαφρά μαγνησιουρία. Στην ασθενή χορηγήθηκαν ασβέστιο και μαγνήσιο για διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και διεκόπη η χορήγηση μετφορμίνης και υδροχλωροθειαζίδης. Στη συνέχεια προστέθηκε στην αγωγή μαγνήσιο per os κ έγινε αντικατάσταση της ομεπραζόλης με ρανιτιδίνη και αντιόξινα. Η κλινική εικόνα της ασθενούς αποδόθηκε στην υπομαγνησιαιμία, για την οποία ενοχοποιήθηκε η φαρμακευτική αγωγή την οποία ελάμβανε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά τη διαγνωστική προσπέλαση ασθενούς με υπομαγνησιαιμία είναι απαραίτητος ο συνδυασμός σωστής λήψης ιστορικού και παρακλινικών εξετάσεων για την ανεύρεση και άρση του αιτίου της υπομαγνησιαιμίας. Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει πάντα να ελέγχεται καθώς πιθανές αλληλεπιδράσεις ή/και προσθετικές ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση υπομαγνησιαιμίας.

SC.12 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ

Αλίκη Ηλιάδου, Σοφία Μπουλούκου, Γεώργιος Κερπινιώτης, Άννα Βαταλάχου, Ευαγγελίνα Βλάχου, Κωνσταντίνος Χαραλαμπίδης, Αλεξία Πιπερίδου, Μαρία Καλογήρου, Κωνσταντίνος Δακής, Σοφία Χατζημιχαηλίδου, Ελισάβετ Σιμουλίδου, Αθηνά Πυρπασοπούλου, Κωνσταντίνος Πετίδης, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ: Η υπονατριαιμία αποτελεί μια σοβαρή ηλεκτρολυτική διαταραχή, με τιμές νατρίου ορού κάτω των 135 mEq/lt. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενούς με ευογκαιμική υπονατριαιμία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Θήλυ ασθενής 63 ετών παρουσιάστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενη εμπύρετο από διημέρου, συνοδό παραγωγικό βήχα, ραχιαλγία και ήπιο διάχυτο κοιλιακό άλγος. Παράλληλα αναφέρει πρόσφατη λοίμωξη του αναπνευστικού. Από το ατομικό της αναμνηστικό αναφέρεται κατάθλιψη για την οποία λαμβάνει μιρταζαπίνη. Η κλινική εξέταση ανέδειξε μόνο λεπτούς τρίζοντες ήχους στη βάση των πνευμόνων. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκαν σημαντική υπονατριαιμία, χαμηλή ωσμωτικότητα ορού και υποσθενουρία.. Οι τιμές αποβολής Na^+ και K^+ στα ούρα ήταν φυσιολογικές, ενώ δεν παρατηρήθηκαν άλλα ευρήματα σε λοιπές εξετάσεις που υποβλήθηκε. Κατά τη νοσηλεία της ασθενούς παρατηρήθηκε αυξημένη πρόσληψη ύδατος. Κατόπιν μη εύρεσης άλλου αιτίου και ακολούθως ψυχιατρικής εκτίμησης, η υπονατριαιμία αποδόθηκε στη λήψη μιρταζαπίνης και την επαγόμενη ψυχογενή πολυδιψία που περιγράφεται ως ανεπιθύμητη ενέργεια του φαρμάκου. Η ασθενής τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή λόγω λοίμωξης αναπνευστικού και ενδοφλέβια χορήγηση υπέρτονων διαλυμάτων με αποτέλεσμα τη σταδιακή αποκατάσταση της συγκέντρωσης νατρίου και έπειτα σε περιορισμό λήψης ύδατος. λοίμωξη του αναπνευστικού και χορήγηση κατάλληλου διαλύματος για την υπονατριαιμία, διακοπή της μιρταζαπίνης και περιορισμό της λήψης ύδατος τη $2^η$ μέρα της νοσηλείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Καθίσταται σαφές ότι θα πρέπει να είναι άμεση και σταδιακή η αντιμετώπιση της υπονατριαιμίας. Παράλληλα, κρίνεται αναγκαία η ενδελεχής εξέταση του ασθενούς και πλήρης καταγραφή του ιστορικού και των φαρμάκων που λαμβάνει, ώστε να είναι ευκολότερη η διάγνωση.

SC.13 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΦΑΙΟΧΡΩΜΟΚΥΤΤΩΜΑ

Άγγελος-Χρήστος Γεωργακόπουλος, Νικόλαος Βλαχόπουλος, Γεώργιος Κοντογιάννης, Κωνσταντίνος Ντόσκας, Χρήστος Μήτας, Κωνσταντίνος Ιμπριάλος, Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος, Αλεξάνδρα Κατσιμάρδου, Κωνσταντίνος Πετίδης, Μιχαήλ Δούμας, Αστέριος Καραγιάννης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το φαιοχρωμοκύττωμα αποτελεί σπάνια αιτία δευτεροπαθούς υπέρτασης με τύπικη κλινική εικόνα που θέτει την υπόνοια παρουσίας της νόσου. Το παρόν περιστατικό αφορά ασθενή με φαιοχρωμοκύττωμα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 42 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία λόγω παροξυσμικής αρτηριακής υπέρτασης. Ο ασθενής ανέφερε αίσθημα παλμών και κεφαλαλγία. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε τιμές αρτηριακής πίεσης 140/88, ενώ η εξέταση των συστημάτων δεν ανέδειξε κάποιο παθολογικό εύρημα. Ακολούθησε εργαστηριακή διερεύνηση από την οποία διαπιστώθηκε φυσιολογική θυρεοειδική λειτουργία και φυσιολογικός λόγος αλδοστερόνης/δραστικότητα ρενίνης πλάσματος. Πραγματοποιήθηκε 24ωρη καταγραφή της περιπατητικής αρτηριακής πίεσης από όπου διαπιστώθηκαν δύο υπερτασικές αιχμές. Τα παραπάνω ευρήματα έθεσαν την υπόνοια φαιοχρωμοκυττώματος. Ως εκ τούτου δόθηκε εντολή διακοπής των φαρμάκων που επηρεάζουν τις κατεχολαμίνες. Ακολούθησε μέτρηση των κατεχολαμίνων ούρων 24ώρου που ανέδειξε αυξημένη τιμή αυτών. Η εντόπιση του φαιοχρωμοκυττώματος προσδιορίστηκε με τη βοήθεια αξονικής τομογραφίας και η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με σπινθηρογράφημα με I-MIBG. Ο γενετικός έλεγχος ήταν αρνητικός για σύνδρομα σχετιζίμενα με φαιοχρωμοκυττώματα, οπότε τέθηκε η διάγγνωση του σποραδικού φαιοχρωμοκυττώματος. Η προεγχειρητική προετοιμασία περιελάμβανε τη χορήγηση α-αδρενεργικών. Η χειρουργική εκτομή διενεργήθηκε με επιτυχία. Ένα μήνα μετά ο ασθενής ήταν ελεύθερος συμπτωμάτων, σημείων και εργαστηριακών ευρημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάγνωση του φαιοχρωμοκυττώματος απαιτεί ικανή γνώση του διαγνωστικού αλγορίθμου, που εκτός από τη διάγνωση βοηθά και στη συγκρότηση της θεραπευτικής στρατηγικής.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΡΟ.01 ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ 24ΩΡΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Ε. Γεωργιανού[1], Π. Γεωργιανός[2], Ι. Ζωγράφου[1], Χ. Σαμπάνης[1], Κ. Μαρκάκης[1], Α. Καραγιάννης[1], Κ. Πετίδης[1]

[1]Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
[2]Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οξεία άνοδος της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) είναι συχνή εκδήλωση στους ασθενείς με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Η παθοφυσιολογία της υπερτασικής ανταπόκρισης και η φυσική πορεία της ΑΠ μετά από ισχαιμικό ΑΕΕ παραμένουν μη επαρκώς διευκρινισμένοι.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση των μεταβολών της 24ωρης αορτικής πίεσης, του σταθμισμένου για τον καρδιακό ρυθμό δείκτη ενίσχυσης (AIx(75)) και της ταχύτητας σφυγμικού κύματος (PWV) ασθενών με άνοδο της ΑΠ μετά από ισχαιμικό ΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Germany) υποβλήθηκαν 20 ασθενείς με υπερτασική ανταπόκριση (συστολική ΑΠ 160-220 mmHg) την 3^{η} και 7^{η} ημέρα νοσηλείας για ισχαιμικό ΑΕΕ. Βάση των κατευθυντήριων οδηγιών, η προϋπάρχουσα αντιυπερτασική θεραπεία διακόπηκε κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο και οι ασθενείς δεν έλαβαν αγωγή έως την 7^{η} ημέρα νοσηλείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η 24ωρη βραχιόνιος ΑΠ μειώθηκε κατά 4,7/2,1 mmHg μεταξύ της 3^{ης} και 7^{ης} ημέρας. Ομοίως, μείωση κατά 5,2/1,0 mmHg παρατηρήθηκε στην 24ωρη αορτική πίεση. Μη στατιστικά σημαντική μείωση κατά 1,2% παρατηρήθηκε στον 24ωρο AIx(75) (34,1±7,5% vs. 32,9±10,0%, P=0,40). Η μείωση της 24ωρης ΑΠ συνοδεύτηκε και από μικρή βελτίωση της 24ωρης PWV κατά 0,5 m/sec (12,7±2.0 vs. 12,2±2,4 m/sec, P=0,10).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη αυτή δείχνει ότι η φυσική πορεία των κεντρικών αιμοδυναμικών παραμέτρων στην οξεία φάση του ισχαιμικού ΑΕΕ χαρακτηρίζεται από μείωση της 24ωρης αορτικής πίεσης κατά 5,2/1,0 mmHg και από βελτίωση της αρτηριακής σκληρίας κατά 0,5 m/sec. Προοπτικές μελέτες απαιτούνται ώστε να αξιολογηθεί η προγνωστική σημασία αυτών των αιμοδυναμικών μεταβολών σε ασθενείς με υπερτασική ανταπόκριση μετά από ισχαιμικό ΑΕΕ.

PO.02 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Ε. Σαχπατσίδου, Α. Κοτταράς, Σ. Κοτταράς, Σ. Μαυρομούστακος

Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Λαμβάνοντας υπόψιν την συλλογιστική και τα συμπεράσματα των σύγχρονων ερευνών, υποθέτουμε, ότι είναι δυνατή η ύπαρξη αμφίδρομης σχέσης μεταξύ του αναπνευστικού διαφράγματος και διαφόρων συστημάτων του οργανισμού.

ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος της εργασίας είναι, να διερευνηθεί η λειτουργικότητα του θωρακικού διαφράγματος και η σχέση του με ιστούς, δομές και λειτουργίες του ανθρωπίνου σώματος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η παρούσα μελέτη είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, με αναζήτηση άρθρων της τελευταίας δεκαπενταετίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Medline με τις λέξεις-κλειδιά: «διάφραγμα», «ανατομικές συνδέσεις», «λειτουργικές συνδέσεις», «κεντρική σταθερότητα», «πυελικό έδαφος», «χρόνιος οσφυϊκός πόνος», «Μέθοδος PNF». Επίσης αναζητήσαμε χειροκίνητα τις βιβλιογραφικές αναφορές των μελετών που συμπεριελήφθησαν από το πρώτο στάδιο. Η τελευταία αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις 18.12.2018.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανασκόπηση της τρέχουσας γνώσης συγκλίνει στην άποψη, ότι το διάφραγμα, πέρα από την αναπνευστική λειτουργία, παίζει σημαντικό ρόλο σε λειτουργίες και δομές που σχετίζονται με την παραγωγή υψηλής ενδοκοιλιακής πίεσης ή/και με την κίνηση του μυός. Είναι πιθανόν, επίσης, να συμμετέχει σε αιτίες άλγους, όπου παρατηρούνται εμβιομηχανικές αλλαγές στην σπονδυλική στήλη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εύρρυθμη διαφραγματική λειτουργία είναι σημαντική, εκτός από την αναπνοή, και για άλλες λειτουργίες του οργανισμού, όπως αυτήν του κυκλοφορικού και του λεμφικού συστήματος. Ακόμη, το διάφραγμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τον έλεγχο της οσφυπυελικής περιοχής. Η διαφραγματική αναπνοή προάγει, επίσης, την χαλάρωση του νευρικού συστήματος και μειώνει την αντίληψη του άλγους. Η επανεκπαίδευση και η εξάσκηση του διαφράγματος είναι ίσως χρήσιμο, να περιλαμβάνεται σε πολλά κλινικά σενάρια.

PO.03 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ CRISPR/CAS9 ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗΣ

Γ. Καρπόνη[1], Σ. Κ. Κρήτας[1], Ε. Παπανικολάου[2], Ε. Πετρίδου[1]

[1]Εργαστήριο Μικροβιολογίας και Λοιμωδών Νοσημάτων, Τμήμα Κτηνιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2]Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η βρουκέλλωση συγκαταλέγεται ανάμεσα στις σοβαρότερες ζωοανθρωπονόσους. Προκαλείται από το βακτήριο *B.melitensis*, που προσβάλλει μηρυκαστικά, θέτοντας σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία.

ΣΚΟΠΟΣ: Εφόσον η εφαρμογή του προγράμματος εκρίζωσης της βρουκέλλωσης δεν έχει αποδώσει στην Ελλάδα, η εξυγίανση του ζωικού κεφαλαίου καθίσταται απαραίτητη. Η γονιδιακή θεραπεία, μέσω χρήσης ιικών φορέων που θα μπορούν να αδρανοποιούν στοχευμένα τη βρουκέλλα εντός των μακροφάγων κυττάρων του αίματος όπου διαχειμάζει, θα μπορούσε να αποτελέσει μια μέθοδο για την καταπολέμηση της βρουκέλλωσης στα ζώα, με απώτερο στόχο την εφαρμογή της και σε άλλες λοιμώδεις νόσους που προσβάλλουν τον άνθρωπο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Δημιουργήσαμε ένα *in vitro* μοντέλο προσομοίωσης της ενδοκυττάριας μόλυνσης βρουκέλλας σε μακροφάγα κύτταρα προβάτου και εκθέσαμε τα μολυσμένα με βρουκέλλα μακροφάγα σε συμβατικό φορέα που εκφράζει την πράσινη φθορίζουσα πρωτεΐνη (GFP) ή σε θεραπευτικό CRISPR/Cas9 φορέα, ο οποίος στοχεύει τη βακτηριακή RNA πολυμεράση (RpolA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συγκαλλιέργεια των μολυσμένων μακροφάγων με τον φορέα RpolA με πολλαπλότητα μεταγωγής 60 οδήγησε σε σημαντική μείωση του βακτηριακού τίτλου σε δύο χρονικά στιγμιότυπα μετά τη μεταγωγή (Brucella+GFP Hμ1 vs Brucella+RpolA Hμ1: 404,94±126,51 vs 163,57±56,65, p=0,03 και Brucella+GFP Hμ4 vs Brucella+RpolA Hμ4: 184,85±29,26 vs 106,6±51,21, p=0,04). Ο αριθμός των ενδοκυτταρωμένων βρουκελλών ανά κύτταρο σε μακροφάγα που εκτέθηκαν στον GFP φορέα, συγκρινόμενος με μολυσμένα μακροφάγα που δεν υποβλήθηκαν σε μεταγωγή παρέμεινε αναλλοίωτος, στοιχείο που υπογραμμίζει τη βακτηριοκτόνο δράση του φορέα RpolA.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα αυτά, έπειτα από *in vivo* επαλήθευση, μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμα όχι μόνο για τη θεραπεία της βρουκέλλωσης του ανθρώπου, αλλά και για άλλες μολυσματικές ασθένειες.

PO.04 ΤΟ ΑΚΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

Κ. Σαραφίδου, Π. Χατζηδάμος, Ν. Κυριακάκης

[1]Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου του Αννοβέρου, Ειδικός Προσθετολόγος της γερμανικής Εταιρείας Προσθετικής και Βιοϋλικών
[2]Προπτυχιακός φοιτητής Ιατρικής ΑΠΘ
[3]Ειδικός Στοματοχειρουργός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι η πιο συχνή κακοήθης και η πιο επιθετική μορφή καρκίνου του στόματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας ανακοίνωσης είναι η παρουσίαση των μέσων θεραπείας αλλά και των μεθόδων αποκατάστασης των ανατομικών δομών που αφαιρούνται χειρουργικά, ώστε να επανακτήσει ο ασθενής τη λειτουργικότητα στην περιοχή της στοματικής κοιλότητας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Έγινε έρευνα της πρόσφατης βιβλιογραφίας τόσο σε ιατρικά (δερματολογικά, ωτορινολαρυγγολογικά και γναθοχειρουργικά), αλλά και σε οδοντιατρικά έγκριτα περιοδικά και βιβλία. Το πρωτόκολλο αποκατάστασης στις μεταμοσχευμένες περιοχές και το φωτογραφικό υλικό, προέρχονται από το προσωπικό αρχείο ασθενών της συγγραφέως Κ. Σαραφίδου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου και των παρακείμενων ιστών συνοδευόμενη συνήθως από ολική λεμφαδενεκτομή. Ανάλογα με την έκταση και τη θέση του όγκου, μπορεί να χρειαστεί γλωσσεκτομή και αφαίρεση τμήματος της κάτω γνάθου. Ακολουθεί χημειοθεραπεία και ακτινοβολία. Η επανόρθωση των βλαβών γίνεται με πλαστική των μαλακών ιστών, μοσχεύματα και εμφυτεύματα. Η κάλυψη της βλάβης του βλεννογόνου του στόματος γίνεται με μόσχευμα από τον μείζων θωρακικό, τον πλατύ ραχιαίο ή από τον πρόσθιο οδοντωτό μυ. Η αποκατάσταση της κάτω γνάθου γίνεται με αυτόλογο μόσχευμα από το λαγόνιο οστό ή την περόνη, ενώ δέρμα από την περιοχή του λαιμού και της πλάτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πλαστική στο πρόσωπο. Δόντια που χάνονται αντικαθίστανται από οδοντικά εμφυτεύματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μεγαλύτερη πρόκληση στη θεραπεία του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του στόματος εντοπίζεται στην αποκαταστατική χειρουργική, εφόσον προσβάλλει υψηλής λειτουργικότητας ανατομικές δομές, βασικές για τη μάσηση, κατάποση, ομιλία και αναπνοή.

ΡΟ.05 ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟ ΣΑΡΚΩΜΑ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ 10 ΕΤΩΝ ΠΑΙΔΙ

Γ. Σαπουρίδης, Ά. Μπαλτατζίδης, Ν. Ζαρμπάλη, Μ. Καραγκούνης, Θ. Φασαχουντίδης, Μ. Κούρτη*, Ε. Παπακωνσταντίνου*, Α. Αναστασίου

*Τμήμα Μαγνητικού Τομογράφου, Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης, Παιδοογκολογικό Τμήμα
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το αδιαφοροποίητο εμβρυϊκό σαρκώμα του ήπατος είναι ένα σπάνιο, εξαιρετικά κακόηθες νεόπλασμα του ήπατος, που συναντάται συνηθέστερα στον παιδιατρικό πληθυσμό.

Εκδηλώνεται συνήθως ως ψηλαφητή μάζα, κοιλιακό άλγος ή δυσφορία. Πρόσθετα κλινικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν πυρετό, απώλεια βάρους, λήθαργο και αναπνευστική δυσχέρεια.

Τα επίπεδα τρανσαμινασών εμφανίζονται ελαφρώς αυξημένα, ενώ η άλφα-φετοπρωτεΐνη και ο CA-125 είναι φυσιολογικά.

Ο όγκος εντοπίζεται κυρίως στον δεξιό ηπατικό λοβό (75%), ενώ αναπτύσσεται σπάνια στον αριστερό λοβό του ήπατος. Οι μεταστάσεις, όταν παρατηρούνται, εντοπίζονται συχνότερα στους πνεύμονες, τον υπεζωκότα, το περιτόναιο και τα οστά.

Παρόλο που η πρόγνωση του αδιαφοροποίητου εμβρυϊκού σαρκώματος υπήρξε κάποτε φτωχή, με τη βοήθεια των σύγχρονων χειρουργικών επεμβάσεων και της χημειοθεραπείας αυξήθηκαν τα επίπεδα επιβίωσης. Η διάγνωση του απαιτεί συνδυασμό ιστορικού, κλινικής εξέτασης και απεικόνισης.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των απεικονιστικών χαρακτηριστικών στην Αξονική και Μαγνητική Τομογραφία σπάνιας περίπτωσης αδιαφοροποίητου σαρκώματος του ήπατος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Αγόρι 10 ετών παραπέμφθηκε για διενέργεια ΑΤ και ΜΤ λόγω κοιλιακού άλγους και ψηλαφητής μάζας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ΑΤ και η ΜΤ ανέδειξε ευμεγέθης βλάβη με κυστικούς κυρίως χαρακτήρες, πολλαπλά διαφραγμάτια και εμπλουτιζόμενα συμπαγή στοιχεία όπως και αιμορραγικά, που καταλαμβάνει τη μεσότητα της άνω κοιλιακής χώρας, ενώ επαίρεται του ήπατος, παρεκτοπίζοντας τις υπόλοιπες δομές της άνω κοιλιάς. Στην ΑΤ θώρακος απεικονίστηκαν οζώδεις βλάβες πνευμόνων, αποδιδόμενες σε δευτεροπαθείς εντοπίσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Μελέτες με παιδιατρικούς ασθενείς δείχνουν 71% επιβίωση σε 20 χρόνια. Η έγκαιρη διάγνωση με τη βοήθεια της απεικόνισης και η άμεση θεραπεία είναι επομένως σημαντικές για να αυξάνουν τις πιθανότητες μακροχρόνιας επιβίωσης.

ΡΟ.06 ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΠΕΟΥΣ ΣΕ 44 ΕΤΩΝ ΑΝΔΡΑ

Γ. Σαπουρίδης, Σ. Παπαδόπουλος, Ά. Μπαλτατζίδης, Ν. Ζαρμπάλη, Ε. Μουρατίδου, Μ. Καραγκούνης, Ρ. Χιονίδου, Α. Αναστασίου

Τμήμα Μαγνητικού Τομογράφου, Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το κάταγμα πέους είναι μία ασυνήθιστη επείγουσα ουρολογική πάθηση. Πρόκειται για ρήξη του ινώδους χιτώνα που περιβάλλει τα σηραγγώδη σώματα του πέους συνήθως κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης, ενώ εξαιρετικά σπάνια συμβαίνει αμφοτερόπλευρα. Σε ποσοστό 20-38% συνοδεύεται και από ρήξη της ουρήθρας.

Τα συνήθη συμπτώματα είναι: χαρακτηριστικός ήχος κατάγματος, οξύ άλγος, οίδημα πέους. Σε περίπτωση ρήξης της ουρήθρας εμφανίζεται αιματουρία μέχρι και επίσχεση ούρων.

Η διάγνωση τίθεται από το ιστορικό και την κλινική εικόνα του ασθενή. Με τον απεικονιστικό έλεγχο επιβεβαιώνεται ή αποκλείεται η κάκωση στον ινώδη χιτώνα, ενώ μπορούμε να επισημάνουμε το επίπεδο και την βαρύτητα της ρήξης.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των απεικονιστικών χαρακτηριστικών στη Μαγνητική Τομογραφία (ΜΤ), σπάνιας περίπτωσης αμφοτερόπλευρου κατάγματος πέους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας 44 ετών παραπέμφθηκε για διενέργεια ΜΤ λόγω έντονου άλγους και αναφερόμενου ήχου κατάγματος στο πέος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ΜΤ ανέδειξε διακοπή της συνέχειας του ινώδους χιτώνα στην κάτω επιφάνεια της μεσότητας των σηραγγωδών σωμάτων άμφω, περισσότερο δεξιά, συμβατή με ρήξη. Παρουσία αιμορραγικού υλικού κάτωθεν και δεξιά της βλάβης καθώς και πλησίον της ουρήθρας δημιουργώντας αιμάτωμα-οίδημα στην περιοχή. Στις καθυστερήμένες λήψεις μέτα τη χορήγηση ενδοφλέβιου σκιαστικού παρατηρείται εξαγγείωση του σκιαστικού εντός του αιματώματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η αντιμετώπιση εξαρτάται από τη σοβαρότητα του τραυματισμού. Σε περίπτωση ρήξης του ινώδους χιτώνα η θεραπεία εκλογής είναι η άμεση χειρουργική αποκατάσταση, η οποία εξασφαλίζει καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από τη συντηρητική θεραπεία.

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών κρίνεται απαραίτητη για την πρόληψη απώτερων επιπλοκών.

ΡΟ.07 ΣΥΝΔΡΟΜΟ NUTCRACKER ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ WILKIE ΣΕ 39 ΕΤΩΝ ΑΝΔΡΑ

Γ. Σαπουρίδης, Σ. Παπαδόπουλος, Ά. Μπαλτατζίδης, Ν. Ζαρμπάλη, Μ.ς Καραγκούνης, Μ. Μαραντίδης, Β. Τσιλίδα, Α. Αναστασίου

Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο Nutcracker είναι μια διαταραχή που αναφέρεται στη συμπίεση της αριστερής νεφρικής φλέβας από την άνω μεσεντέρια αρτηρία (ΑΜΑ) και την αορτή. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική φλεβική υπέρταση, με αποτέλεσμα αιματουρία.

Το σύνδρομο Nutcracker μπορεί να συσχετιστεί και με το σύνδρομο της άνω μεσεντέριας αρτηρίας (σύνδρομο Wilkie), όπου συμπιέζεται η τρίτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου από την ΑΜΑ.

Η βαρύτητα του συνδρόμου ποικίλλουν από ασυμπτωματική μικροαιματουρία έως σοβαρή πυελική συμφόρηση. Η αιματουρία είναι το συνηθέστερο σύμπτωμα και ακολουθούν το άλγος, η απώλεια βάρους και η πρωτεϊνουρία.

Η Αξονική Τομογραφία - αγγειογραφία παίζει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των απεικονιστικών χαρακτηριστικών στη Αξονική Τομογραφία (ΑΤ) - αγγειογραφία σπάνιας περίπτωσης συνδρόμου nutcracker με συνύπαρξη συνδρόμου wilkie.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας 39 ετών παραπέμφθηκε για διενέργεια ΑΤ - αγγειογραφίας, λόγω αναφερόμενου κοιλιακού άλγους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ΑΤ - αγγειογραφία ανέδειξε την ΑΜΑ να πορεύεται σε μικρή κλίση με την κοιλιακή αορτή (περίπου 15° και σε απόσταση 0,6 cm) και να ασκεί πιεστικά φαινόμενα στην αριστερή νεφρική φλέβα και στην τρίτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η θεραπεία του συνδρόμου Nutcracker προσδιορίζεται με βάση τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Η συντηρητική αντιμετώπιση χρησιμοποιείται όταν ο ασθενής είναι παιδί και η αιματουρία είναι ήπια. Αντίθετα, μέθοδοι χειρουργικής θεραπείας εφαρμόζονται σε πιο σοβαρά συμπτώματα όπως η μειωμένη νεφρική λειτουργία, το έντονο άλγος και η αναιμία.

Τα ασαφή κλινικά συμπτώματα καθιστούν τη διάγνωση του συνδρόμου nutcracker δύσκολη, ενώ σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα αιματουρία θα πρέπει να βρίσκεται στη διαφοροδιάγνωσή μας.

ΡΟ.08 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Γ. Σαπουρίδης, Α. Μάρκου*, Ά. Μπαλτατζίδης, Ν. Ζάρμπαλη, Μ. Καραγκούνης, Ε. Παπακωνσταντίνου**, Α. Αναστασίου.

*Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης Γ.Ν.Φλώρινας
**Τμήμα Μαγνητικού Τομογράφου Ιατρικής Απεικόνισης, Παιδοογκολογικό Τμήμα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο οπίσθιας αναστρέψιμης εγκεφαλοπάθειας (PRES) ή οξεία υπερτασική εγκεφαλοπάθεια περιγράφηκε πρώτη φορά το 1996 από τον J. Hinchey et al και αποτελεί μία κλινική -απεικονιστική οντότητα, όπου εμφανίζει οξεία νευρολογική συνδρομή με χαρακτηριστικά απεικονιστικά ευρήματα στη μαγνητική τομογραφία (ΜΤ) του εγκεφάλου.

Σχετίζεται με ποικίλους εκλυτικούς παράγοντες, όπως υπέρταση, θεραπευτικά σχήματα για λευχαιμία (μεθοτρεξάτη, κυκλοσπορίνη) και υποκείμενη λοίμωξη. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει κεφαλαλγία, διαταραχές της όρασης, επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης και επιληπτικούς σπασμούς, ενώ απεικονιστικά συχνά διαπιστώνονται ευρήματα συμβατά με αγγειογενές οίδημα. Αν και εξ ορισμού χαρακτηρίζεται ως αναστρέψιμο, έχουν περιγραφεί σπανιότερα επιπλεγμένες περιπτώσεις.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός μας είναι να παρουσιάσουμε τα ευρήματα της ΜΤ στο σύνδρομο οπίσθιας αναστρέψιμης εγκεφαλοπάθειας σε παιδιά που νοσούν από λευχαιμία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν οι φάκελοι 3 παιδιών που πάσχουν από λευχαιμία. Η μελέτη μας περιλαμβάνει 2 κορίτσια και 1 αγόρι, τα οποία παραπέμφθηκαν για ΜΤ εγκεφάλου λόγω νευρολογικής συμπτωματολογίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ΜΤ ανέδειξε βλάβες με αυξημένο MR σήμα στις T2 και FLAIR ακολουθίες με φλοιώδη-υποφλοιώδη εντόπιση, κυρίως στους βρεγματικούς και ινιακούς λοβούς και λιγότερο στο υπόλοιπο εγκεφαλικό παρέγχυμα, ενώ στη DWI ακολουθία εμφανίζουν αυξημένο MR σήμα. Τα ανωτέρω ευρήματα έθεσαν τη διάγνωση του PRES, ενώ σε επανέλεγχο εντός ολίγων εβδομάδων και μετά από θεραπευτική αγωγή υποχώρησαν σημαντικά απ' όλα τα παιδιά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Με την έγκαιρη κλινική υποψία, τα χαρακτηριστικά απεικονιστικά ευρήματα στη ΜΤ εγκεφάλου, η οποία αποτελεί εξέταση εκλογής καθιστούν εφικτή την άμεση διάγνωση και επομένως την αντιμετώπιση του PRES σε παιδιά που νοσούν από λευχαιμία, για αποτροπή μη αναστρέψιμων βλαβών (κυτταροτοξικό οίδημα).

ΡΟ.09 ΑΝΑΦΟΡΑ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΛΟΓΩ ΔΙΑΤΡΗΣΗΣ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΝ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ε. Μιχαηλίδου[1], Φ. Αποστολίδου Κιούτη [1], Γ. Τσαβδάρης [1], Γ. Αντώνογλου [1], Μ. Τηλκερίδου[1], Θ. Τσιγγελίδης [2], Ν. Κρόκος[1]

[1]Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ Άγιος Παύλος
[2]Παθολογοανατομικό εργαστήριο, ΓΝΘ Άγιος Παύλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα πολλαπλά εκκολπώματα του λεπτού εντέρου αποτελούν κλινική οντότητα με μη ειδική συμπτωματολογία. Διαγιγνώσκονται συχνά κατά την αντιμετώπιση των επιπλοκών τους (διάτρηση, αιμορραγία).

ΥΛΙΚΟ: Γυναίκα, 74 ετών, διεκομίσθη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με έντονο κοιλιακό άλγος από τετραημέρου. Κλινικά παρουσίαζε σανιδώδη κοιλία, απουσία εντερικών ήχων και θερμοκρασία 38 oC. Αυξημένοι δείκτες φλεγμονής κατά τον εργαστηριακό έλεγχο και εικόνα ειλεού λεπτού εντέρου στην απλή ακτινογραφία κοιλίας. Διενέργεια επείγουσας αξονικής τομογραφίας κοιλίας όπου βρέθηκε ελεύθερος αέρας υποδιαφραγματικά.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο για επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά μήκος της νήστιδας ανευρέθηκαν πολλαπλά εκκολπώματα, δύο εκ των οποίων παρουσίαζαν διάτρηση. Η ασθενής υπεβλήθη σε εκτομή τμήματος νήστιδος μετά πολλαπλών εκκολπωμάτων, μήκους 50εκ. και πλαγιοπλάγια αναστόμωση. Μεταφέρθηκε στην μονάδα εντατικής θεραπείας για μετεγχειρητική υποστήριξη και διεκομίσθη στην χειρουργική κλινική την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε μετά δεκαημέρου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάτρηση εκκολπωμάτων του λεπτού εντέρου θα πρέπει να μπαίνει στην διαφορική διάγνωση της οξείας κολίας σε ηλικιωμένους ασθενείς παρ' όλο που η εκκολπωμάτωση του λεπτού εντέρου αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα. Η διάγνωσή της μέσω των επιπλοκών της αποτελεί πρόκληση για τον χειρουργό.

ΡΟ.10 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΡΥΠΑΝΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Ε. Γιαννούλα[1], Ι. Ιακώβου[1], Ι. Κατσικαβέλας[2], Γ. Γιαννούλα[3]

[1]Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

[2]Τμήμα ηλεκτρολόγων μηχανικών και μηχανικών υπολογιστών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[3]Faculty of General Medicine, Comenius University, Bratislava, Slovakia

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο καρκίνος του θυρεοειδούς (ΚΘ) παρουσιάζει συνεχώς αυξανόμενη επίπτωση. Η θνησιμότητα παραμένει σταθερή και συγκριτικά χαμηλή. Η έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία και η υπερδιάγνωση είναι ορισμένοι μόνο από τους παράγοντες που δύνανται να εξηγήσουν αυτή την επιδημιολογική τάση. Η μελέτη περιβαλλοντικών παραγόντων, που δυνητικά επηρεάζουν την εκδήλωση και την πρόγνωση του ΚΘ, όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση συνιστά ένα ερευνητικό πεδίο με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, με δεδομένη την καρκινογόνο δράση της.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του ρόλου της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στην επίπτωση και τη θνησιμότητα από ΚΘ στις 27 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) για τα έτη 1992,2002,2012.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Πραγματοποιήθηκε αναλυτική, οικολογική μελέτη παρατήρησης: συλλογή δεδομένων από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (InternationalAgencyforResearchonCanceroftheWorldHealthOrganization-WHO, EuropeanCancer-EUCAN), στατιστική επεξεργασία και ανάλυση τους. Ελέγχθηκαν οι τροποποιημένοι ως προς την ηλικία δείκτες θνησιμότητας και επίπτωσης του ΚΘ σε σχέση με τη μάζα αέριων ρύπων και η συγχυτική επίδραση κοινωνικοικονομικών παραγόντων της ΕΕ για τα έτη 1992,2002,2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Προέκυψε θετική συσχέτιση της επίπτωσης και της θνησιμότητας του ΚΘ με τα επίπεδα του benzo(k)fluoranthene[βένζο(k)φθοροανθένιο] και του Hg(υδραργύρου) της ατμόσφαιρας αντίστοιχα. Προκειμένου να μην προκύψει οικολογική πλάνη, αφενός τονίζεται ότι τα συμπεράσματα της μελέτης περιορίζονται και αφορούν τις χώρες και τα έτη που εξετάστηκαν και αφετέρου ελέγχεται η συγχυτική επίδραση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στη συσχέτιση που διαπιστώθηκε. Το υψηλό βιοτικό επίπεδο σχετίζεται θετικά με τους αυξημένους επιδημιολογικούς συντελεστές της νόσου, ωστόσο δεν διαφαίνεται συγχυτική επίπτωση στη σχέση του ΚΘ με την ατμοσφαιρική ρύπανση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αναδεικνύεται ο ρόλος αερίων ρύπων στην επίπτωση και τη θνησιμότητα από ΚΘ στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα έτη 1992,2002,2012.

PO.11 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ (M HEALTH APPLICATION) ΑΠΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ

Ε. Γιάννουλα[1], Ι. Ιακώβου[1], Ι. Κατσίκαβελας[2], Π. Αντωνίου[3], Β. Χατζηπαυλίδου[4], Π. Μπαμίδης[3]

[1]Γ΄ Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Αριστοτελείου Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης. Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

[2] Τμήμα ηλεκτρολόγων μηχανικών και μηχανικών υπολογιστών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

[3] Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[4] Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κατά πλειοψηφία ευνοϊκή πρόγνωση του θυρεοειδικού καρκίνου (ΘΚ), συχνά οδηγεί τους θεράποντες στο να παραβλέπουν τη διαχείριση ζητημάτων ποιότητας ζωής (QualityofLife,QoL) των ασθενών. Η παρατήρηση αυτή σε συνδυασμό με την ευρεία χρήση ηλεκτρονικώνεφαρμογών απευθυνόμενων σε ασθενείς, υπήρξαν το κίνητρο για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη της ηλεκτρονικήςεφαρμογής “DTC” (εκ του Differentiated Thyroid Cancer, Διαφοροποιημένος ΘΚ), η οποία απευθύνεται σε ασθενείς με ΘΚ.

ΣΤΟΧΟΣ: Σχεδιασμός,ανάπτυξη και εξέλιξη της ηλεκτρονικής εφαρμογής “DTC” και διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της χρήσης της στην QoL των ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Κατόπιν ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, δημιουργήσαμε πλατφόρμα πληροφόρησης για τον ΘΚ. Επίσης, σχεδιάστηκε πλατφόρμα καταχώρησης δημογραφικών, κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων ώστε να δημιουργηθεί ένας ολοκληρωμένος ιατρικός φάκελος, προσβάσιμος,από τη φορητή συσκευή του χρήστη. Τέλος, σχεδιάσαμε πλατφόρμα ειδοποίησης/ενημέρωσης για τα προσεχή ραντεβού με τους ιατρούς του, για τη λήψη αγωγής ή και τη διακοπή αυτής στα πλαίσια προετοιμασίας για διαγνωστικές ή θεραπευτικές διαδικασίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διεξαγωγή πιλοτικής, οιονεί πειραματικής μελέτης παρέμβασης. Καταχώρηση ~40ασθενών με ΘΚ, διαχωρισμένων σε ομάδα παρέμβασης ή ελέγχου. Οι ασθενείς και των δύο σκελών υποβάλλονται στην ενδεδειγμένη για κάθε περίπτωση διαγνωστική και θεραπευτική διαχείριση και παρακολούθηση,ενώ οι ασθενείς στους οποίους πραγματοποιείται η παρέμβαση, έλαβαν και χρησιμοποιούν την εφαρμογή “DTC”. Η αποτελεσματικότητα της χρήσης του DTCapp ελέγχεται μέσω της εκτίμησης της QoL των ασθενών με τη χρήση των EORTCQLQ-THY34 και EORTCQLQ-C30 ερωτηματολογίων, τα οποία συνιστούν τα μόνα διαθέσιμα όργανα εκτίμησης QoL, εξειδικευμένα για ασθενείς με ΘΚ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τόσο η νόσος όσο και οι διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες στις οποίες υποβάλλονται οι ασθενείς με ΘΚ μπορούν να έχουν σημαντικές επιδράσεις στην QoL τους. Στόχος μας με το σχεδιασμό και την ανάπτυξη της ηλεκτρονικής εφαρμογής ”DTC” είναι να συμβάλλουμε αποτελεσματικά στην QoL της ομάδας αυτής των ασθενών.

ΡΟ.12 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΜΒΟΛΗΣ ΑΠΟ ΑΜΝΙΑΚΟ ΥΓΡΟ

Ε. Ρεντζεπέρη[1], Σ. Πέγιου[1], Γ. Πολυχρονίδου[1], Π. Παυλίδης[2], Δ. Ανεστάκης[1]

[1]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας ΑΠΘ
[2]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής ΔΠΘ

ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ: Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας ΑΠΘ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εμβολή αμνιακού υγρού αποτελεί σπάνια μαιευτική επιπλοκή κατά την οποία εμβρυϊκά αντιγόνα εισέρχονται στην μητρική αιματική κυκλοφορία και, πυροδοτώντας μια αντίδραση ομοιάζουσα της αναφυλακτικής, προκαλούν καρδιοαναπνευστική κατάρρευση και διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζεται σπάνιο περιστατικό εμβολής από αμνιακό υγρό και διεξάγεται ανάλυση των μακροσκοπικών και μικροσκοπικών ευρημάτων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Το εν λόγω περιστατικό αφορά γυναίκα 40 ετών με φυσιολογική κύηση 40 εβδομάδων και 7 ημερών η οποία, καθώς υπεβλήθη σε πρόκληση τοκετού, εμφάνισε αιφνίδια πτώση της αρτηριακής πίεσης, δύσπνοια, κυάνωση, απώλεια συνείδησης, υποτονία, σπασμούς, ταχυσφυγμία και κώμα. Ελήφθησαν ιστοτεμάχια εγκεφάλου, μυοκαρδίου, πνεύμονα, ήπατος, παγκρέατος, νεφρού, επινεφριδίου καθώς και μήτρα με τα εξαρτήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη των ιστοτεμαχίων κατέδειξε την ύπαρξη στο σύνολο αυτών αιμορραγικών διηθήσεων καθώς και πλήθος φλεγμονωδών κυττάρων και συμφορημένων αγγείων. Παρούσες ήταν αλλοιώσεις ισχαιμικού τύπου στο μυοκάρδιο αλλά και αιμορραγικών εκδηλώσεων στη μήτρα. Τα ιστοτεμάχια του πνεύμονα έφεραν χαρακτηριστικές ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις δίκην εμβολής από αμνιακό υγρό. Πρόκειται για εξαιρετικά σπάνια αλλά και σοβαρή μαιευτική επιπλοκή, αφού το ποσοστό θνησιμότητας αυτής αγγίζει το 20-40% ενώ διαφορετικά μπορεί να προκαλέσει και μόνιμες σωματικές βλάβες. Καθίσταται συνεπώς ύψιστης σημασίας η γνώση των παραγόντων κινδύνου καθώς και της κλινικής και παθολογοανατομικής εικόνας για την σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση των μελλοντικών περιστατικών με σκοπό την μείωση του ποσοστού θνησιμότητας και σοβαρών μόνιμων βλαβών.

ΡΟ.13 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟΥ ΛΟΓΩ ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ ΣΟΚ

Σ. Πέγιου[1], Γ. Πολυχρονίδου[1], Ε. Ρεντζεπέρη[1], Ρ. Λεονταρή[2], Δ. Ανεστάκης[1]

[1]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας ΑΠΘ
[2]Ιατροδικαστική Υπηρεσία Λάρισας

ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ: Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας ΑΠΘ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Αναφυλαξία είναι μια αλλεργική αντίδραση με αιφνίδια έναρξη που μπορεί να προκαλέσει θάνατο. Επιδημιολογικά αφορά 1 στους 50 Αμερικανούς πολίτες.

ΣΚΟΠΟΣ: Διερεύνηση αιτίας θανάτου.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Εντός πλαστικού δοχείου με φορμόλη παραλήφθηκαν: ιστοτεμάχιο εγκεφάλου, λαρυγγικής συσκευής, καρδιάς, πνεύμονα, ήπατος και νεφρού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Α. Στο ιστοτεμάχιο εγκεφάλου παρατηρήθηκαν: οίδημα, κύτταρα με ηωσινόφιλο κυτταρόπλασμα και στοιχεία αυτόλυσης, φελγμονώδη κύτταρα και κατά θέσεις αιμορραγικές διηθήσεις.

Β. Στη λαρυγγική συσκευή παρατηρήθηκαν οίδημα, αιμορραγικές διηθήσεις και φλεγμονώδη κύτταρα. Στο τμήμα γλώσσας παρατηρήθηκαν φλεγμονώδεις αθροίσεις, φαγοκύτταρα, κοκκία αιμοσιδηρίνης και αγγεία ποικίλως συμφορημένα.

Γ. Στο μυοκάρδιο παρατηρήθηκαν διάμεσο οίδημα, ενδομυοκαρδιακά διάμεση ίνωση με παρουσία ινώδους συνδετικού ιστού και αταξία στη διάταξη των μυοκαρδιακών ινών, στοιχεία αυτόλυσης και αιμορραγικής διήθησης, παρουσία φλεγμονωδών κυττάρων και πεπαχυσμένων ποικίλως συμφορημένων αρτηριδίων. Παρουσία στένωσης του αυλού στεφανιαίων αγγείων.

Δ. Στο ιστοτεμάχιο πνεύμονα παρατηρήθηκαν οίδημα, ηωσινοφιλικό υλικό, αιμορραγικές διηθήσεις, ίνωση στοιχεία αυτόλυσης, καταστροφή κυψελιδών. Παρουσία σχηματισμών και άμορφου υλικού ως από παρουσία μικροβίων, φλεγμονωδών αθροίσεων και αρτηριδίων ποικίλως συμφορημένων με πεπαχυσμένο τοίχωμα.

Ε. Στο ιστοτεμάχιο ήπατος παρατηρήθηκαν διατεταμένα κολποειδή, στοιχεία αυτόλυσης, φλεγμονής, αιμορραγικές διηθήσεις και συμφορημένα αγγεία.

Ζ. Στο ιστοτεμάχιο νεφρικού παρεγχύματος παρατηρήθηκαν ηωσινόφιλο περιεχόμενο στα νεφρικά σπειράματα, στοιχεία αυτόλυσης και αιμορραγικής διήθησης, φαγοκύτταρα και συμφορημένα αγγεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Λαρυγγική συσκευή με οίδημα, αιμορραγικές διηθήσεις και παρουσία ιστιοκυττάρων. Μυοκάρδιο με πρόσφατες ισχαιμικές αλλοιώσεις. Οίδημα, αιμορραγικές διηθήσεις και στοιχεία διάμεσης ίνωσης στον πνεύμονα. Η παρουσία ιστιοκυττάρων στην λαρυγγική συσκευή σε συνδυασμό με μη ειδικές πολυοργανικές αλλοιώσεις (που σύμφωνα με το ιστορικό συμβαδίζουν με εκείνες από αναφυλακτικό σοκ) συμπεραίνουν θάνατο ως αποτέλεσμα αναφυλακτικού/αλλεργικού σοκ.

PO.14 STEREOTACTIC BODY RADIOTHERAPY FOR BONE & SOFT TISSUE SARCOMA

Stylianidou St[1], Memtsa P[2], Theodoridou Al[1], Papadopoulou Aik[3], Takou Chr[1]

[1]Department of radiation oncology of University General Hospital of Thessaloniki AHEPA
[2]Department of radiation oncology, Anticancer Hospital of Thessaloniki THEAGENIO
[3]Department of radiation oncology, Special Anticancer Hospital of Pireus METAXA

AIM: sarcomas are considered radioresistand &surgery has remain the primary treatment. Adjuvant radiation in pre- & post- operative setting has been shown to improve local control. Stereotactic Body Radiotherapy (SBRT) could be a useful treatment modality.

MATERIAL & METHODS: electronic data base, literature, Pubmed. Keywords: soft tissue sarcoma, radioresistand, stereotactic radiotherapy.

RESULTS: bone & soft tissue sarcoma is historically considered a “radioresistand” tumor because conventionally fractionated radiation treatments have not been shown to be effective as primary treatment. SBRT may have a role in inoperable tumors,small tumors following surgery with gross or microscopic residual disease where adjuvant radiotherapy is limited by normaltissue toxicity of critical structures, recurrent sarcoma, metastatic, chordoma, chondrosarcoma, osteosarcoma.

SBRT allows the delivery of high Biologically Equivalent Dose (BED) in excess of 65Gy to paraspinal, spinal and other unserectablesarcomas, to be hypofractionated. In this way, can be redused the normal tissue toxicity, single fractionation stereotactic radiosurgery with marginal doses of 14-18Gy achieving 50-80% 5-10year control rates have been reported for primary and recurrent chordomas & chondrosarcomas. More limited short term outcomes with fractionated SBRT in spinal sarcomas havealso been recently reported. Many SBRT systems utilize fiducial markers for respiratory & motion tracking.

CONCLUSIONS: patients with histologically or radiologically confirmed sarcoma which are unresectable, recurrent or oligometastatic with lessions in difficult locations precluding high dose conventionally fractionated radiation are candidates for SBRT. Systematic study on prospective studies are warranted to assess comparative effectiveness, toxicity, cost benefit and quality of life benefits. Better understanding of dose fractionation and radiobiology will help define definitive role for SBRT for sarcomas.

ΡΟ.15 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΟΣΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Σ. Στυλιανίδου[1], Α. Παπαδοπούλου[2], Π. Μέμτσα[3], Α. Θεοδωρίδου[1], Χ. Τάκου[1]

[1]Τμήμα ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
[2]Τμήμα ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας Ε.Α.Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ
[3]Τμήμα ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας Α.Ν.Θ. ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ

ΣΚΟΠΟΣ: Προσδιορισμός του ρόλου της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση των οστικών μεταστάσεων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναζήτηση στην ηλεκτρονική βιβλιοθήκη του Pubmed τυχαιοποιημένων μελετών που αφορούν στην αποτελεσματικότητα των ακτινοθεραπευτικών χειρισμών στην αντιμετώπιση των οστικών μεταστάσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 50% των ασθενών με καρκίνο έχουν οστικές μεταστάσεις. Περίπου 60% - 90% των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο εμφανίζουν οστικό άλγος, από τους οποίους σχεδόν το 30% υποφέρουν από συνεχές έντονο άλγος. Το άλγος οφείλεται στη δράση του όγκου στο περιόστεο, στα νεύρα ή στο ενδόστεο. Η ακτινοθεραπεία (RT) είναι ένας συχνά χρησιμοποιούμενος & αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης του καρκινικού άλγους λόγω οστικών μεταστάσεων. Η RTOG ανέφερε ότι 80% -90% των ασθενών που έλαβαν RT για οστικές μεταστάσεις παρουσίασαν μερική εώς πλήρη ανακούφιση από τον πόνο, εντός 10-14 ημερών από την έναρξη της. Μελέτη ανασκόπησης δείχνει ότι η EBRT, χορηγούμενη εφάπαξ ή σε πολλαπλά κλάσματα, προσφέρει 50% αναλγησία στο 41% των ασθενών και πλήρη ύφεση του άλγους σε ένα μήνα στο 24% των ασθενών. Προοπτική μελέτη 91 ασθενών με επώδυνες οστικές μεταστάσεις που υποβλήθηκαν σε RT με μέση συνολική δόση 46Gy παρουσίασαν πλήρη και μερική ανταπόκριση σε ποσοστό 49% και 91% αντίστοιχα. Δεν υπάρχει διαφορά στον βαθμό ανακούφισης του άλγους ανάλογα με τα κλάσματα της RT. Αυτό αποδεικνύεται από τη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών, οι οποίες έδειξαν ότι RT με 8Gy εφάπαξ είναι εξίσου αποτελεσματική για την ανακούφιση του πόνου με πολλαπλά κλάσματα όπως 4Gy x 5 συνεδρείες σε 1 εβδομάδα, 3Gy x 10 συνεδρείες σε 2 εβδομάδες. Ωστόσο τα πιο αποδεκτά σχήματα κλασματοποίησης είναι 8 Gy εφάπαξ και 30 Gy x 10 συνεδρείες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ακτινοθεραπεία αποτελεί αποτελεσματική θεραπεία των οστικών μεταστάσεων προσφέροντας ανακούφιση από τον πόνο, πρόληψη επαπειλουμένων καταγμάτων και επούλωση παθολογικών καταγμάτων.

ΡΟ.16 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΟΥΡΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ ΚΑΛΥΚΩΝ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟ-ΟΥΡΗΤΗΡΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΆΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

Ά. Παπακωνσταντίνου[1], Α. Παπαλάκης[1], Ν. Καλογεράς[1], Σ. Γάτσος[1], Α. Παπαδόπουλος[1], Κ. Χατζημπούσιος[1], Χ. Τσομπανίδου [2], Ε. Τυροθουλάκης[1]

[1]Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος»
[2]Εργαστήριο Παθολογοανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος»

Τα ουροθηλιακά καρκινώματα είναι ο 4ος πιο συχνός καρκίνος, μπορούν να ανευρίσκονται είτε στο κατώτερο (ουροδόχος κύστη, ουρήθρα), είτε στο ανώτερο ουροποιητικό σύστημα (νεφρική πύελος και ουρητήρας), έχουν υψηλότερη επίπτωση σε άτομα ηλικίας 70-90 ετών και είναι 3 φορές πιο συχνά στους άντρες. Κατά τη διάγνωση, στο 60% των ουροθηλιακών καρκινωμάτων του ανώτερου ουροποιητικού είναι διηθητικά.

Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού ευμεγέθους ουροθηλιακού καρκινώματος που καταλάμβανε ολόκληρη την αριστερή νεφρική πύελο και τους κάλυκες με συνοδό στένωση της πυελο-ουρητηρικής συμβολής.

Άνδρας 53 ετών προσήλθε στα επείγοντα με ανώδυνη μακροσκοπική αιματουρία και κατά τον ενδελεχή έλεγχο (κυστεοσκόπηση, υπέρηχος, CT ΑΚΟ, νεφρόγραμμα) ανεδείχθη ο αριστερός νεφρός ως υδρονεφρωτικός σάκος με διάταση της πυέλου, υπέρπυκνο υλικό εντός αυτής και στένωση πυελουρητηρικής συμβολής, GFR αριστερού νεφρού 4,8 ml/min (6%) με ολικό GFR νεφρών 76,8 ml/min, χωρίς μεταστάσεις στον περαιτέρω έλεγχο με CT θώρακα.

Ο ασθενής υπεβλήθη σε ριζική νεφρουρητηρεκτομή αριστερά και ανένηψε ομαλά, απύρετος, χωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Ο ασθενής παραμένει σε παρακολούθηση.

PO.17 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΠΗΚΤΑΣΗ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΩΝ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΕΪΚΟΠΛΑΝΙΝΗ ΑΠΟ ΑΙΜΟΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑ

Χ. Ζάρρας[1], Α. Πυρπασοπούλου[2], Χ. Μιχαηλίδου[1], Ι. Ρωμιόπουλος[2], Π. Σουκιούρογλου[1], Η. Ιωσηφίδης[2], Κ. Μπάνη[1], Ε. Γουρίδου[2], Χ. Ανταχόπουλος[2], Ι. Στεφανίδου, Ε. Ροηλίδης[2], Ε. Βαγδατλή[1]

[1]Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
[2]Τμήμα Λοιμώξεων, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι πηκτάση αρνητικοί σταφυλόκοκκοι (CoNS) αναγνωρίζονται ως η δεύτερη πιο συχνή αιτία ενδοκαρδίτιδας προσθετικής βαλβίδας μετά από τον *Staphylococcus aureus* και μία από τις πιο κοινές αιτίες βακτηριαιμίας σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Τα γλυκοπεπτίδια είναι φάρμακα επιλογής για την αγωγή λοιμώξεων CoNS ανθεκτικούς στη μεθικιλλίνη αλλά η παρατεταμένη χρήση γλυκοπεπτιδίων είναι ένας πιθανός παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης αντοχής στην τεϊκοπλανίνη.

ΣΤΟΧΟΣ: Η περιγραφή της επιδημιολογίας και η ανάλυση της ευαισθησίας των CoNS που απομονώθηκαν από αιμοκαλλιέργειες σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο κατά το χρονικό διάστημα 2015-2018.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα στελέχη CONS από καλλιέργειες αίματος στο Ιπποκράτειο ΝΘ. Καταγράφηκαν τα είδη που απομονώθηκαν και προσδιορίστηκε το ποσοστό απομόνωσής τους. Προσδιορίστηκε η αντοχή τους στην τεϊκοπλανίνη με Vitek2 σύμφωνα με τα όρια ευαισθησίας όπως ορίζονται από το *CLSI* (ευαίσθητα στελέχη καθορίστηκαν με MIC≤8 mg/l και ανθεκτικά με MIC≥16 mg/l).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 990 CONS, 592 (59,8%) ήταν *Staphylococcus epidermidis,* 205 (20,7%) *Staphylococcus hominis* ,117 (11.8%) *Staphylococcus haemolyticus* και 76 (7,7%) άλλα είδη. Αντοχή στην τεϊκοπλανίνη εμφάνισαν συνολικά 157 στελέχη (15.9%). Από το σύνολο των ανθεκτικών στελεχών 94% ήταν στελέχη *Staphylococcus epidermidis.* Η αντοχή ανάμεσα στα στελέχη του *Staphylococcus epidermidis* διαμορφώθηκε σε 21,8% το 2015, 18,2% το 2016, 9,1% το 2017 και 25,5% το 2018 με μέσο όρο αντοχής τετραετίας 18,7%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επικράτηση του *Staphylococcus epidermidis* στους CONS και η υψηλή αντοχή τους στην τεϊκοπλανίνη, προβληματίζει για τη χημειοπροφύλαξη κατά την τοποθέτηση μόνιμων ξένων υλικών, ή την εμπειρική θεραπεία για την αντιμετώπιση μικροβιαιμιών σε ασθενείς με μόνιμες αγγειακές προσπελάσεις ή επιμολύνσεις ξένων σωμάτων.

ΡΟ.18 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΤΡΟΠΟΥ ΟΡΜΟΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΣΕ ΠΡΟ- ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Μ. Μπανταδάκη, Α.-Μ. Μαρκαντωνάτου, Α. Παπαβασιλείου, Μ. Μακρή, Α. Δάρδας, Α. Γιαννακού

Ανοσολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Θ. 'Παπαγεωργίου'

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μέτρηση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH), σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, ενδείκνυται σε γυναίκες ηλικίας 40-45 ετών με εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα αλλά και σε γυναίκες κάτω των 40 ετών όταν υπάρχει υποψία πρώιμης εμμηνόπαυσης.

ΣΚΟΠΟΣ: Προσπάθεια συσχέτισης των επιπέδων της FSH με την ηλικία, σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και σε γυναίκες με πιθανή πρώιμη εμμηνόπαυση.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη στην οποία ελέγχθηκαν τυχαίοι οροί γυναικών ηλικίας 34-51 ετών (n=120), οι οποίες προσήλθαν ως εξωτερικοί ασθενείς στο νοσοκομείο μας κατά το 1^{ο} τρίμηνο του 2017. Προσδιορίστηκε ποσοτικά η FSH με τη μέθοδο της χημειοφωταύγειας (Advia Centaur XP/Siemens). Ελέγχθηκαν 3 ηλικιακές ομάδες γυναικών: Α=34-39 (n=40), Β=40-45 (n=40) και Γ=46-51 ετών (n=40) οι οποίες δεν είχαν υποστεί ορμονική παρέμβαση. Ο υπολογισμός των συσχετίσεων έγινε με τη χρήση προγράμματος IBM® SPSS® Statistics version 24.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση με τον συντελεστή συσχέτισης Pearson έδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ FSH και ηλικίας και είναι στατιστικά σημαντική ($r=0,453$ $p=<0,05$). Περαιτέρω ανάλυση με γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι η σχέση τους είναι σημαντική ($\beta=2,12$, $p=<0,05$) και ότι η στατιστική σχέση που συνδέει τις μεταβλητές είναι η αύξηση της FSH κατά 2,12 μονάδες για κάθε ένα έτος της ηλικίας. Στην ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) βρέθηκε ότι η διαφορά που υπάρχει στις τιμές της FSH μεταξύ των ομάδων Α και Γ καθώς και μεταξύ των ομάδων Β και Γ είναι στατιστικά σημαντική ($p <0,05$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ηλικίες 34-39 και 40-45. Ο προσδιορισμός των επιπέδων της FSH σε συνδυασμό με επιπλέον κλινικοεργαστηριακά δεδομένα μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο στην εκτίμηση των γυναικών σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες.

ΡΟ.19 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΙΤΡΙΝΩΝ ΟΝΥΧΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δ. Ιωαννίδου, Ε. Φούκα, Ε. Φανιάδου, Κ. Πορπόδης, Θ. Κοντακιώτης, Δ. Παπακώστα

Πνευμονολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο κίτρινων ονύχων είναι μια σπάνια νόσος αγνώστου αιτιολογίας που εκδηλώνεται με κίτρινη χροιά των νυχιών, εκδηλώσεις από το αναπνευστικό σύστημα (υποτροπιάζουσες υπεζωκοτικές συλλογές, βρογχεκτασίες ή παραρινοκολπίτιδα) και λεμφοίδημα. Έχει επίσης συσχετιστεί με διάφορες κακοήθειες (λέμφωμα, Ca μαστού) και ανοσοανεπάρκειες.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Παρουσιάζουμε τη περίπτωση μιας γυναίκας, 64 ετών, μη καπνίστριας με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό που προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία λόγω χρόνιου παραγωγικού βήχα. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε κίτρινη χροιά των νυχιών και οιδήματα των κάτω άκρων και κατά την ακρόαση διαπιστώθηκε εξάλειψη του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στο κατώτερο ήμισυ του δεξιού ημιθωρακίου. Ο αιματολογικός, βιοχημικός και ανοσολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε δεξιά υπεζωκοτική συλλογή και βρογχεκτασίες στους κάτω λοβούς αμφοτερόπλευρα ενώ το triplex φλεβών κάτω άκρων απέκλεισε τη φλεβική θρόμβωση. Το υπεζωκοτικό υγρό ήταν γαλακτώδες, εξιδρωματικό, με χαρακτηριστικά χυλοθώρακα (τριγλυκερίδια: 540 mg/dl) και αρνητική κυτταρολογική εξέταση για κακοήθεια. Η κλινική εικόνα έθεσε την διάγνωση του συνδρόμου κίτρινων ονύχων και η ασθενής αντιμετωπίστηκε συμπτωματικά με κάλτσες διαβαθμισμένης συμπίεσης και βιταμίνη Ε τοπικά για τις αλλοιώσεις των νυχιών. Επιπλέον, λόγω ταχείας αναπαραγωγής του υπεζωκοτικού υγρού και ανάγκης συχνών παρακεντήσεων, υπεβλήθη σε χημική πλευρόδεση με ομαλή πορεία κατά τον επανέλεγχο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:Το σύνδρομο κίτρινων ονύχων είναι μια σπάνια νόσος. Η διάγνωση μπορεί να τεθεί με βάση την κλινική εικόνα όταν συνυπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις από το αναπνευστικό, χαρακτηριστικές αλλοιώσεις των νυχιών και λεμφοίδημα. Η έκβαση της νόσου είναι συνήθως καλή και η τρέχουσα θεραπεία στοχεύει στον έλεγχο των διαφόρων εκδηλώσεων της νόσου.

ΡΟ.20 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΦΥΛΛΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Α.-Μ. Μαρκαντωνάτου, Α. Παπαβασιλείου, Μ. Μπανταδάκη, Μ.-Ε. Μπεσίνα,
Α. Δάρδας, Α.Γιαννακού

Ανοσολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το φυλλικό οξύ ή βιταμίνη Β9 προσλαμβάνεται μέσω της διατροφής και βρίσκεται τόσο σε ζωικές όσο και σε φυτικές τροφές (φυλλώδη λαχανικά, όσπρια, ξηροί καρποί). Μαζί με τη βιταμίνη Β12 αποτελούν πολύ βασικά στοιχεία για το μεταβολισμό του θειούχου αμινοξέος ομοκυστεϊνη. Επίσης διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο κατά την ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου. Είναι εξέταση η οποία ζητείται συχνά από τα εργαστήρια σε διάφορες ομάδες ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή και εκτίμηση των τιμών του φυλλικού οξέος στον ελληνικό πληθυσμό σε φαινομενικά υγιή ενήλικα άτομα, καθώς και η καταγραφή συνοδών παραμέτρων και η εκτίμηση της συσχέτισής του με αυτές.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Το δείγμα μας αποτελείται από 120 άνδρες και 120 γυναίκες, 18-65 ετών οι οποίοι εξετάστηκαν την τελευταία διετία στο νοσοκομείο μας ως εξωτερικοί–όχι νοσηλευόμενοι «ασθενείς». Απαραίτητη προϋπόθεση για την ένταξη στο δείγμα ήταν να μην εμφανίζουν εργαστηριακές ενδείξεις οξέος ή χρόνιου νοσήματος, αναιμίας, ανεπάρκειας Β12, υπερομοκυστεϊναιμίας ή υποκατάστασης με Β12 ή φυλλικό. Ο προσδιορισμός των τιμών έγινε με τη μεθοδολογία CMIA (Chemiluminescent Microparticle Immunoassay) στον αναλυτή ARCHITECT i2000 SR (Abbott). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου IBM SPSS και τη χρήση των μη παραμετρικών δοκιμασιών Mann-Whitney Utest και Spearman's rho.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι άνδρες που εξετάστηκαν παρουσίασαν εύρος τιμών από 2,3 έως 16,7 ng/mL, διάμεση τιμή 5,3 και το κεντρικό 95% της κατανομής τους περιελάμβανε τις τιμές 2,7-10,3. Οι γυναίκες παρουσίασαν εύρος τιμών 2-15,7 ng/mL, διάμεση τιμή 6,1 και το κεντρικό 95% της κατανομής τους περιελάμβανε τις τιμές 2,3-14,1. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές μεταξύ ανδρών και γυναικών με p=0.049. Επίσης δε φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των εξεταζόμενων και των τιμών του φυλλικού (p=0,179).

ΡΟ.21 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12 ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Α.-Μ. Μαρκαντωνάτου, Μ. Μπανταδάκη, Α. Παπαβασιλείου, Β. Ζιώγα, Α.Σ. Δάρδας, Α. Γιαννακού
Ανοσολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η βιταμίνη Β12 ή κοβαλαμίνη είναι μια υδατοδιαλυτή βιταμίνη η οποία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη φυσιολογική λειτουργία του νευρικού συστήματος καθώς και στην ωρίμανση των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η πρόσληψή της γίνεται μέσω της κατανάλωσης κρέατος, γάλακτος, αυγών και ψαριών. Το εργαστήριο καλείται συχνά να προσδιορίσει τα επίπεδά της στον ορό, καθώς η έλλειψή της μπορεί να προκαλέσει εκτός από αιματολογικές και σοβαρές νευρολογικές διαταραχές.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή και εκτίμηση των τιμών της βιταμίνης Β12 στον ελληνικό πληθυσμό, σε φαινομενικά υγιή ενήλικα άτομα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Το δείγμα μας αποτελείται από 115 άνδρες και 116 γυναίκες, ηλικίας 18-65 ετών οι οποίοι εξετάστηκαν την τελευταία διετία στο νοσοκομείο μας ως εξωτερικοί–όχι νοσηλευόμενοι «ασθενείς». Απαραίτητη προϋπόθεση για την ένταξη στο δείγμα ήταν να μην εμφανίζουν εργαστηριακές ενδείξεις οξέος ή χρόνιου νοσήματος, αναιμίας, υπερομοκυστεϊναιμίας ή υποκατάστασης με Β12 ή φυλλικό. Ο προσδιορισμός των τιμών έγινε με τη μεθοδολογία CMIA (Chemiluminescent Microparticle Immunoassay) στον αναλυτή ARCHITECT i 2000 SR (Abbott). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου IBM SPSS και τη χρήση των μη παραμετρικών δοκιμασιών Mann-Whitney U test και Spearman's rho.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι άνδρες που εξετάστηκαν παρουσίασαν εύρος τιμών 178-719 pg/mL, διάμεση τιμή 341 και το κεντρικό 95% της κατανομής τους περιελάμβανε τις τιμές 198-575. Οι γυναίκες παρουσίασαν εύρος τιμών 180-854 pg/mL, διάμεση τιμή 331,5 και το κεντρικό 95% της κατανομής τους περιελάμβανε τις τιμές 194-564. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές μεταξύ ανδρών και γυναικών (p=0,679). Επίσης δε φάνηκε να υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των εξεταζόμενων και των τιμών της Β12 (p=0.063).

ΡΟ.22 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΙΜΟΣΤΑΤΙΚΩΝ ΓΑΖΩΝ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (CASE REPORT)

Γ. Χατζηαποστόλου, Μ. Λαμπρόπουλος, Ρ. Τσινέκε, Σ. Παπαδόπουλος, Α. Πανά, Κ. Γιαννούλα, Ι. Μπέλεση, Α.Κυριακίδου, Δ. Αλ Νάκας, Π. Βλαχοκώστας

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείου «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ - ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού που επεβλήθη σε κοιλιακή ολική υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων. Έγινε χρήση αιμοστατικών γαζών διεγχειρητικά και παρουσιάστηκαν επιπλοκές μετεγχειρητικά που δημιούργησαν πολλά διαφοροδιαγνωστικά διλλήματα.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Γίνεται αναφορά στις αιμοστατικές γάζες, τον τρόπο δράσης τους, τα είδη των γαζών, στις επιπλοκές της ολικής υστερεκτομίας, στη διαφοροδιάγνωση και βιβλιογραφική ανασκόπηση

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενής ηλικίας 49 ετών, υπεβλήθη προγραμματισμένα σε κοιλιακή ολική υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων λόγω ινομυωματώδους μήτρας (ινομύωμα > 12 cm). Διερχειρητικά χρησιμοποιήθηκαν αιμοστατικές γάζες κατά την σύγκλειση και συρραφή της κυστεομητρικής μετά του κολοβώματος. Τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα παρουσίασε επίμονη πυρετική κίνηση και άλγος στο υπογάστριο. Αιμοδυναμικά η ασθενής παρέμενε σταθερή, χωρίς διακύμανση της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη. Έγινε CT κάτω κοιλίας και διαπιστώθηκε ευμεγέθης συλλογή διατάσεων 10 cm x 6 cm. Ανέκυψαν διαφοροδιαγνωστικά διλλήματα, αλλά και διλλήματα ως αναφορά τον τρόπο αντιμετώπισης. Η κατευθυνόμενη παρακέντηση και η χειρουργική αντιμετώπιση τέθηκαν ως θεραπευτικές επιλογές από τους χειρουργούς. Η ασθενής αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά. Εξήλθε σε άριστη κατάσταση μετα από 7 ημέρες. Χορηγήθηκε αγωγή και κατ' οίκον και συνεστήθη παρακολούθηση και επανάληψη της CT σε ένα μήνα

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Έγινε επανάληψη της CT κάτω κοιλίας μετά από 30 ημέρες. Η δεύτερη αξονική δεν παρουσίαζε καμία συλλογή. Οι αιμοστατικές γάζες είναι ένα πολύ αξιόλογο όπλο στη φαρέτρα των χειρουργών. Υπάρχουν όμως φορές που μπορεί να μας δημιουργήσουν διλλήματα και ερωτήματα, όπως στο αναφερόμενο περιστατικό.

ΡΟ.23 ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΤΩΣΗ ΕΞ΄ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΗΒΙΚΗΣ ΣΥΜΦΥΣΗΣ

Α. Παπαδόπουλος, Ε. Μουρτζίλας, Α. Παπαλάκης, Ν. Καλογεράς, Ά. Παπακωνσταντίνου, Σ. Γάτσος, Κ. Χατζημπούσιος, Ε. Τυροθουλάκης

ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Ν.Θ.''Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ''

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι τραυματικές ρήξεις της ουροδόχου κύστης κατηγοριοποιούνται σε ιατρογενείς (γυναικολογικές επεμβάσεις,TUR-P, TUR-BT κ.α.) και μη-ιατρογενείς (πτώσεις, κατάγματα πυέλου με οστικές παρασχίδες κλπ.). Σημαντικός ο διαχωρισμός σε εξωπεριτοναϊκή ή ενδοπεριτοναϊκή ρήξη. Στην πρώτη περίπτωση η αντιμετώπιση είναι συντηρητική με τοποθέτηση Folley για 20-30 μέρες, σε αντίθεση με την ενδοπεριτοναϊκή ρήξη όπου η αντιμετώπιση είναι χειρουργική με αναγνώριση και συρραφή του ραγέντος τμήματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή ενός ενδιαφέροντος και σπάνιου περιστατικού τραυματικής ρήξης ουροδόχου κύστης μετά από πτώση εξ΄ ιδίου ύψους με συνοδό διάσταση της ηβικής σύμφυσης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενής 71 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω πτώσης εξ' ιδίου ύψους και συνοδής κάκωσης πυέλου. Κατά τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο ανευρίσκεται διάσταση ηβικής σύμφυσης με συνοδό μικροσκοπική αιματουρία. Άμεση διενέργεια ανιούσας κυστεογραφίας μετά απο τοποθέτηση ουροκαθετήρα Folley, η οποία αναδεικνύει μικρή (<2 cm) εξωπεριτοναϊκή ρήξη ουροδόχου κύστης. Σύσταση για παραμονή ουροκαθετήρα και ορθοπαιδική αντιμετώπιση. Τοποθέτηση εσωτερική οστεοσύνθεσης από τους ορθοπαιδικούς για την αποκατάσταση της διάστασης ηβικής σύμφυσης. Μετεγχειρητική διαφυγή ούρων από το ορθοπαιδικό τραύμα, η οποία χρήζει ερευνητικής λαπαροτομίας. Κατά την 2η χειρουργική παρέμβαση έγινε μερική αφαίρεση ορθοπαιδικών ήλων και συρραφή τοιχώματος κύστης σε έδαφος ιατρογενούς ρήξης. Μετεγχειρητική παραμονή διαφυγής ούρων από το τραύμα και απόφαση για σύγχρονη χειρουργική αποκατάσταση (ουρολογική-ορθοπαιδική) με αφαίρεση εσωτερικών ήλων, τοποθέτηση εξωτερικής οστεοσύνθεσης και συρραφή τοιχώματος ουροδόχου κύστης σε υγιές πλέον χειρουργικό πεδίο, όπως και διενεργήθηκε. Παραμονή Folley και υπερηβικού Pezzer με ευρύ αυλό.

Ομαλή μετεγχειρητική πορεία ασθενούς, αιμοδυναμικά σταθερή και απύρετη, κινητοποίηση βάση των ορθοπαιδικών οδηγιών και σταδιακή βελτίωση στεγανότητας του τοιχώματος ουροδόχου κύστης (παρακολούθηση αποβαλλόμενων ούρων από Folley και Pezzer). Αφαίρεση αρχικά ουροκαθετήρα και εν συνεχεία υπερηβικού Pezzer με πλήρη αποκατάσταση της ούρηση της ασθενούς σε διάστημα 30 ημερών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, οι κακώσεις της ουροδόχου κύστης είναι σπάνιες, στην πλειοψηφία τους είναι είτε ιατρογενείς είτε συνοδεύονται από κατάγματα πυέλου, ενώ η αντιμετώπιση τους πρέπει να είναι συντηρητική με καθετηριασμό της κύστης, εκτός αν πρόκειται για μεγάλες ρήξεις (>2 cm) και ιδίως αν συνυπάρχει ενδοπεριτοναϊκή διαφυγή ούρων, όπου η αντιμετώπιση πρέπει να είναι χειρουργική.

ΡΟ.24 ΟΞΥ ΑΛΓΟΣ ΤΟΥ ΟΡΧΕΟΣ ΚΑΙ Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ

Α. Παπαδόπουλος, Ε. Μουρτζίλας, Σ. Γάτσος, Α. Παπαλάκης, Ν. Καλογεράς, Ά. Παπακωνσταντίνου, Γ. Κρητικός, Κ. Χατζημπούσιος, Ε. Τυροθουλάκης

ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Ν.Θ.''Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ''

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Το οξύ άλγος του όρχεως αποτελεί επείγουσα ουρολογική πάθηση και πολλοί ασθενείς υποβάλλονται τελικά σε χειρουργική διερεύνηση οσχέου λόγω δυσκολίας στη διαφορική διάγνωση. Ο ρόλος του υπερηχογραφήματος οσχέου στην εκτίμηση των ασθενών αυτών είναι καλά αναγνωρισμένος, ωστόσο η περιορισμένη διαθεσιμότητά του και η προκύπτουσα καθυστέρηση στη διάγνωση, κάνουν πολλές φορές τη χρήση του μη πρακτική. Σκοπός της μελέτης είναι η ανασκόπηση της πρακτικής μας όσον αφορά τη διερεύνηση οσχέου και τα συμπεράσματά μας για μελλοντικές βελτιώσεις.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε αναδρομικά 309 ασθενείς που προσήλθαν στα επείγοντα εφημερεύοντα ιατρεία μας με αναφερόμενο άλγος όρχεος τη χρονική περίοδο Νοέμβριος 2017- Φεβρουάριος 2019.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 7 ασθενείς (2,26%) είχαν συστροφή όρχεος, 14 ασθενείς (4,53%) είχαν συστροφή αποφύσεως όρχεος (υδατίδα Morgagni), 110 ασθενείς (35,59%) είχαν ορχεοεπιδιδυμίτιδα, 10 ασθενείς (3,24%) είχαν τραύμα όρχεως και σε 122 ασθενείς (39,48%) δεν βρέθηκε καμία παθολογία. Το υπερηχογράφημα οσχέου πραγματοποιήθηκε σε 30 ασθενεις και είχε 100% ευαισθησία και 63,63% ειδικότητα στην διάγνωση συστροφής όρχεως (7 ασθενείς). Παρατηρήθηκε διχογνωμία μεταξύ των διεγχειρητικών και υπερηχογραφικών ευρημάτων σε 5 ασθενείς οι οποίοι τελικά διαγνώστηκαν με άλλες παθήσεις του οσχέου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πολλοί ασθενείς που υποβάλλονται σε διερεύνηση οσχέου έχουν παθολογία που δεν απαιτεί άμεση χειρουργική επέμβαση. Το υπερηχογράφημα οσχέου μπορεί να αποτρέπει μη απαραίτητες χειρουργικές επεμβάσεις, αποκλείοντας τη συστροφή όρχεως σε περιπτώσεις ειδικά όταν το άλγος είναι μακράς διάρκειας (π.χ. >12 ώρες) και η κλινική εικόνα δεν είναι συμβατή με συστροφή όρχεως.

ΡΟ.25 ΜΑΖΕΣ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ι. Φιλίππου[1], Θ. Καραΐσκος[2], Ν. Παστέλη[3], Α. Μπαλιάκα[3], Δ. Σπυράτος[1], Θ. Κοντακιώτης[1]

[1]Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»
[2]Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»
[3]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διερεύνηση των μαζών του πρόσθιου μεσοθωρακίου αποτελεί πρόκληση λόγω των μη ειδικών σημείων/συμπτωμάτων καθώς και της ευρείας διαφορικής διάγνωσης (θύμωμα, germ cell tumors, λεμφώματα, καταδυόμενη βρογχοκήλη, νεοπλάσματα θυρεοειδούς/παραθυρεοειδών, μεσεγχυματικοί όγκοι και κήλη Morgagni).

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή δύο περιπτώσεων ασθενών με μάζες πρόσθιου μεσοθωρακίου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενείς (θήλεα) ηλικίας 39 και 35 ετών αντιστοίχως προσήλθαν στην ίδια γενική εφημερία αιτιώμενες δύσπνοιας από μηνός, προοδευτικά επιδεινούμενης καθώς και ασαφούς αισθήματος θωρακικού άλγους. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε στη δεύτερη ασθενή κλινική εικόνα συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας (διόγκωση τραχήλου και σφαγιτίδων καθώς και επίφλεβο στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα).

Οι ακτινογραφίες θώρακα ανέδειξαν διαπλάτυνση του μεσοθωρακίου και στην αξονική τομογραφία παρατηρήθηκαν ευμεγέθεις πολυλοβωτές μάζες πρόσθιου μεσοθωρακίου, με συνοδό μεγάλη περικαρδιακή συλλογή στην πρώτη ασθενή και σημαντική αμφοτερόπλευρη πλευριτική συλλογή με ηπιότερη περικαρδιακή συλλογή στη δεύτερη. Ο εργαστηριακός έλεγχος για δείκτες germ cell tumors (AFP, β-hCG, CEA) απέβη αρνητικός σε αμφότερες ενώ η εξέταση του πλευριτικού υγρού στη δεύτερη ανέδειξε χυλοθώρακα (τριγλυκερίδια πλευριτικού υγρού: 378 mg/dL). Ακολούθως παραπέμφθηκαν στο θωρακοχειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου για διενέργεια μεσαυλιοσκόπησης και λήψη βιοψιών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ιστοπαθολογική εξέταση των χειρουργικών παρασκευασμάτων συνηγορεί υπέρ πρωτοπαθούς λεμφώματος από Β-κύτταρα για την πρώτη ασθενή και υπέρ ενός κλασικού λεμφώματος Hodgkin του τύπου της οζώδους σκλήρυνσης για τη δεύτερη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ετερογένεια των νοσημάτων που προσβάλλουν το πρόσθιο μεσοθωράκιο απαιτεί συνδυασμό κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων για τη διερεύνηση τους, ενώ τις περισσότερες φορές η λήψη ιστοτεμαχίων είτε χειρουργικά είτε με ακτινολογικά καθοδηγούμενο τρόπο είναι αυτή που θέτει την οριστική διάγνωση.

ΡΟ.26 ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ

Αθανάσιος Φωτόπουλος[1], Βασιλική Μπαλάσκα[1], Μαρία Χόρτη[2], Κων/νος Σαπουνάς[2], Μαρία Δαιμονάκου[2], Νικόλαος Οικονόμου

[2]Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, Α΄ Χειρουργική Κλινική[1], Παθολογοανατομικό Εργαστήριο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα εκκολπώματα της σκωληκοειδούς απόφυσης είναι μια εξαιρετικά σπάνια νόσος που ανευρίσκεται στο 0,004% έως 2,1% των σκωληκοειδεκτομών Το ποσοστό αυτό συμφωνεί με το ποσοστό στην κλινική μας που είναι περίπου 0,29% (μελέτη 345 περιστατικών που προσήλθαν με οξεία σκωληκοειδίτιδα και χειρουργήθηκαν την πενταετία 2013-2017).

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού με οξεία εκκολπωματίτιδα μιμούμενη οξεία σκωληκοειδίτιδα.

ΥΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Γυναίκα 40 ετών προσέρχεται στα επείγοντα αιτιώμενη άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου και ανορεξία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο η ασθενής είχε λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρήνωση (WBC: 11,220, 90% πολυμορφοπύρηνα) και αυξημένη CRP: 40.8. Έγινε υπερηχογράφημα δεξιού λαγονίου βόθρου που ανέδειξε ευρήματα συμβατά με οξεία σκωληκοειδίτιδα. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου ανευρέθη μακροσκοπικά εικόνα φλεγμονής της απόφυσης και έγινε σκωληκοειδεκτομή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε ικανού βαθμού αλλοιώσεις οξείας σκωληκοειδίτιδος και περισκωληκοειδίτιδος σε έδαφος εκκολπωμάτωσης - εκκολπωματίτιδος.

Η εκκολπωμάτωση της σκωληκοειδούς, γνωστή από το 1893 και η φλεγμονή αυτών προκαλεί συμπτώματα που μπορεί να διαρκέσουν έως και δύο εβδομάδες και ο εργαστηριακός έλεγχος τείνει να υποδεικνύει μια πιο χρόνια φλεγμονή. Ενώ η σκωληκοειδεκτομή είναι θεραπευτική και για τις δύο, είναι σημαντικό να γίνει διάκριση της εκκολπωματίτιδας από την σκωληκοειδίτιδα, καθώς υπάρχει τετραπλάσια πιθανότητα διάτρησης και επίσης μπορεί να αποτελεί ένδειξη υποκείμενου νεοπλάσματος. Η CT άνω και κάτω κοιλίας και η υπερηχογραφία μπορεί να βοηθήσουν στη διάγνωση, αλλά η χρησιμότητά τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τεχνικό και τον ακτινολόγο. Δεδομένων αυτών των παραγόντων, η εκκολπωμάτωση της σκωληκοειδούς παραμένει ένα περιστασιακό εύρημα χωρίς σαφή διαγνωστικό αλγόριθμο.

ΡΟ.27 ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΟΞΥΟΥΡΟΙ

Β. Μπαλάσκα[1], Α. Φωτόπουλος[1], Α. Στόφας[2], Ε. Λογοθέτη[2], Μ. Δαιμονάκου[2], Ν. Οικονόμου[1]
Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, Α΄ Χειρουργική Κλινική[1], Παθολογοανατομικό Εργαστήριο[2]

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οξεία σκωληκοειδίτιδα οφειλόμενη στον Enterobius vermicularis είναι πολύ σπάνια και αφορά κυρίως τα παιδιά. Ακόμα και σήμερα δεν είναι επαρκώς ξεκάθαρο εάν η παρουσία οξύουρων εντός του αυλού αποτελεί το αίτιο της φλεγμονής της σκωληκοειδούς.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση ασθενών με ανεύρεση E. vermicularis στην ιστολογική εξέταση μετά από σκωληκοειδεκτομή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Αφορά δυο ασθενείς που προσήλθαν στα ΤΕΠ με κλινική και εργαστηριακή εικόνα οξείας σκωληκοειδίτιδας. Ο πρώτος, άνδρας 31ετών προσήλθε αιτιώμενος άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου από ωρών χωρίς λευκοκυττάρωση και δείκτες φλεγμονής, αλλά με θετικό υπερηχογράφημα. Ο δεύτερος, άνδρας 38 ετών, προσήλθε επίσης με άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου, WBC: 12,440 με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, CRP:38,8 και επίσης θετικό υπερηχογράφημα. Και οι δύο ασθενείς υπεβλήθησαν σε σκωληκοειδεκτομή με μακροσκοπικά ευρήματα οξείας σκωληκοειδίτιδος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ιστολογική εξέταση του πρώτου ασθενή ανέδειξε αλλοιώσεις οξείας αποστηματώδους σκωληκοειδίτιδας με συνοδό ενδοαυλική παρουσία εγκλείστου οξύουρου. Η ιστολογική εξέταση του δεύτερου ασθενή ανέδειξε επίσης αλλοιώσεις οξείας αποστηματώδους σκωληκοειδίτιδος και μεσεντεριδίτιδος, με παρουσία παρασιτικών εγκλείστων E. vermicularis.

Ο ρόλος του E. vermicularis ως αίτιο της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι αμφιλεγόμενος. Βιβλιογραφικά η συχνότητα εμφάνισης του σε ασθενείς με συμπτώματα σκωληκοειδίτιδας κυμαίνεται από 0,2% έως 41,8%. Το ποσοστό αυτό συμβαδίζει με το ανευρεθέν στην δική μας μελέτη (0,58% περίπου, που προκύπτει από την ιστολογική εξέταση 345 ασθενών που υπεβλήθησαν σε σκωληκοειδεκτομή την πενταετία 2013-2017). Κνησμός του δακτυλίου, κολικοειδή άλγη δεξιού λαγονίου βόθρου, συνοδευόμενα από ηωσινοφιλία πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν στην διαφορική διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας και οξυουρίασης του πεπτικού.

ΡΟ.28 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΙΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ LANGERHANS: ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΩΣ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ε. Αποστολίδου[1], Ε. Φούκα[1], Μ. Χατζημίτροβα[1], Α. Ζαχαρίας[1], Κ. Δόμβρη[2], Κ. Πορπόδης[1], Δ. Παπακώστα[1]

[1] Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ "ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ" [2] Φοιτήτρια Ιατρικής ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Πνευμονική Ιστιοκυττάρωση Langerhans (Pulmonary Langerhans cell histiocytosis - PLCH) αποτελεί μία σπάνια διαταραχή των πνευμόνων, που χαρακτηρίζεται από διήθηση και καταστροφή των άπω βρογχιολίων από παθολογικά κύτταρα Langerhans. Εμφανίζεται συχνότερα σε νεαρούς ενήλικες και σχεδόν αποκλειστικά σε καπνιστές. Οι θεραπευτικές επιλογές περιορισμένες και η μεταμόσχευση πνεύμονα επιφυλάσσεται για ασθενείς με προχωρημένη νόσο.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Παρουσιάζεται η περίπτωση άνδρα 34 ετών, ο οποίος προσήλθε για διερεύνηση προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας από 4 μήνες. Ο ασθενής ήταν ενεργός καπνιστής (15 πακέτα-έτη), με επιπλέον μεγάλη παθητική έκθεση στο χώρο εργασίας, ενώ το λοιπό ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Κατά τον λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής αναδείχθηκε μικτό αποφρακτικό και περιοριστικό πρότυπο, ενώ η HRCT θώρακα αποκάλυψε πολυάριθμες κύστεις με παχύ τοίχωμα και ανώμαλο περίγραμμα, με επικράτηση στους άνω λοβούς. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της κοιλιάς ήταν αρνητικός, όπως και ο έλεγχος για ανεπάρκεια α1-αντιθρυψίνης και για μεταλλάξεις του γονιδίου CFTR για κυστική ίνωση. Τα κλινικοεργαστηριακά και απεικονιστικά δεδομένα, σε συνδυασμό με το καπνισματικό ιστορικό έθεσαν τη διάγνωση της PLCH, ενώ στον ασθενή χορηγήθηκαν βρογχοδιασταλτικά και συνεστήθη διακοπή του καπνίσματος. Σε επανέλεγχο δύο χρόνια αργότερα και ενώ ο ασθενής συνέχιζε το κάπνισμα παρατηρήθηκε επιδείνωση των σπιρομετρικών και απεικονιστικών ευρημάτων. Ο ασθενής επανεξετάστηκε μετά από έξι μήνες πλήρους αποχής από έκθεση σε καπνό και ανέφερε πλήρη υποχώρηση της δύσπνοιας, που συνοδεύονταν από σημαντική ακτινολογική και σπιρομετρική βελτίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί την πιο σημαντική θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με PLCH, η οποία μπορεί να επιφέρει υποχώρηση της νόσου σε ασθενείς στα αρχικά στάδια.

PO.29 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΒΙΟΔΙΑΣΠΩΜΕΝΩΝ ΝΑΝΟΣΥΝΘΕΤΩΝ ΜΕΜΒΡΑΝΩΝ ΑΜΥΛΟΥ ΓΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Μαρία Ζουμάκη[1], Νικόλαος Παπαδάκης[2], Μιχαήλ Πρεβεζάνος[2,3], Ανδρέας Ανέστης[2], Γκάμπριελ Μανσούρ[1]

[1]Τμήμα Μηχανολόγων Μηχανικών, Εργαστήριο Εργαλειομηχανών και Διαμορφωτικής Μηχανολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[2]Τμήμα Ιατρικής, Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

[3]Τμήμα Τεχνολογίας Τροφίμων, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Σίνδος – Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα νανοσύνθετα υλικά από άμυλο αποτελούν μια πιθανή λύση στη διαχείριση των αποβλήτων από συμβατικά πλαστικά και στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κλιματικής αλλαγής, γιατί είναι μια φθηνή βιοδιασπώμενη πρώτη ύλη με σημαντικές εφαρμογές στον περιβαλλοντικό και βιομηχανικό σχεδιασμό.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παραγωγή νανοσύνθετων μεμβρανών αμύλου με βελτιωμένες φυσικοχημικές και μηχανικές ιδιότητες και η διερεύνηση της δυνατότητας να αντικαταστήσουν υλικά που προέρχονται από συνθετικά πολυμερή σε εφαρμογές στην ιατρική βιομηχανία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ζελατινοποίηση και κατεργασία φυσικού αμύλου καλαμποκιού με πλαστικοποιητές, ενσωμάτωση νανοσωματιδίων στην πολυμερική μήτρα και ενίσχυση με ίνες μεταξιού και κυτταρίνης για τη βελτίωση των φυσικοχημικών και μηχανικών ιδιοτήτων του.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον χαρακτηρισμό των νανοσύνθετων μεμβρανών με ανάλυση XRD και ηλεκτρονική μικροσκοπία σάρωσης (SEM) και από τον έλεγχο των φυσικών ιδιοτήτων τους, διαπιστώθηκε υψηλή αντοχή στον εφελκυσμό, μειωμένη διαπερατότητα στην υγρασία, αυξημένη θερμική αντοχή και βιοαποικοδομησιμότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Επειδή οι βιοδιασπώμενες μεμβράνες αμύλου είναι συμβατές με τον οργανισμό και διαθέτουν βελτιωμένες φυσικοχημικές και μηχανικές ιδιότητες, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε διάφορες εφαρμογές στην ιατρική βιομηχανία, όπως στην αποκατάσταση ιστών και στην απορρόφηση φαρμάκων από τον οργανισμό, σε οικολογικές συσκευασίες, καθώς και στον σχεδιασμό κελυφών για υγειονομικές εφαρμογές και ελαφριές αρχιτεκτονικές κατασκευές.

ΡΟ.30 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Π. Γραμμένος[1], Δ. Πλεξίδας[1], Α. Ανέστης[1,2], Ν. Παπαδάκης[1]

[1]Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Τομέας Β.Ε.Π.Ι., Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σχέση μεταξύ διατροφικών παραγόντων και συνηθειών και της εμφάνισης διαφόρων τύπων καρκίνου του πεπτικού συστήματος εμφανίζει συχνά ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά που εγείρουν την ανάγκη για περαιτέρω σχετική διερεύνηση. Για παράδειγμα, ο καρκίνος του στομάχου, τέταρτος συχνότερος καρκίνος παγκοσμίως, εμφανίζει ανομοιόμορφη γεωγραφική κατανομή σε παγκόσμιο επίπεδο, με το 50% των κρουσμάτων να εντοπίζεται στην Ανατολική Ασία, γεγονός σχετιζόμενο με τις διατροφικές συνήθειες της περιοχής. Επιπλέον, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, τρίτος συχνότερος παγκοσμίως, φαίνεται πως συνοδεύεται από μία αλλαγή στη σύνθεση και τη λειτουργία του μικροβιώματος, χαρακτηριστικά που συνδέονται με περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η διατροφή.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας υπήρξε η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ παραγόντων διατροφής και εμφάνισης των παραπάνω τύπων καρκίνου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Οι πληροφορίες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα προέκυψαν μέσα από τη διαθέσιμη επιστημονική βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, αν και το βακτήριο *Helicobacter pylori* παραμένει κύριος αιτιώδης παράγοντας για την εμφάνιση καρκίνου του στομάχου, σημαντική είναι επίσης η συνεισφορά των διατροφικών συνηθειών, η διαφορά στις οποίες μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών φαίνεται πως σχετίζεται με τη γεωγραφική διαφοροποίηση της συχνότητας εμφάνισης του συγκεκριμένου είδους καρκίνου. Αναφορικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, προκύπτει πως το είδος της διατροφής έχει σημαντική επίδραση στις βιοχημικές λειτουργίες του μικροβιώματος, προάγοντας ή αναστέλλοντας την παραγωγή μεταβολιτών, οι οποίοι συνδέονται με την καρκινογένεση.

ΡΟ.31 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Μ. Τίρτα[1], Χ. Μπαλαπανίδης[1], Δ. Μπίσμπος[1], Ι. Ζαρίφης[1], Β. Τζάμου[1], Δ. Σιδηροπούλου[1], Σ. Μπιτζίκα[1]

[1] Γ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τον πιο θανατηφόρο καρκίνο τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες, παρότι κατέχει την δεύτερη θέση συχνότητας και στα δύο φύλα. Η πρόληψη σε πρωτογενή και δευτερογενή βαθμό είναι απαραίτητη. Βασικός παράγοντας μελέτης της πρωτογενούς πρόληψης είναι το κάπνισμα. Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των καπνιστικών συνηθειών των φοιτητών ιατρικής για τις ιατρικές σχολές της Ελλάδος, καθώς και οι απόψεις αυτών για την εφαρμογή των αντικαπνιστικών νόμων, που οδηγούν στην ανάδειξη της ανάγκης για ευαισθητοποίηση και εφαρμογή αυστηρότερων μέτρων για τον περιορισμό του καπνίσματος, τόσο του ενεργητικού όσο και του παθητικού. Για την ανάδειξη των συγκεκριμένων παραγόντων και στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του 2013 για την εφαρμογή του νόμου για την προστασία του κοινού από το παθητικό κάπνισμα του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών. Το ερωτηματολόγιο κλήθηκαν να συμπληρώσουν ηλεκτρονικά φοιτητές από τις επτά ιατρικές σχολές της χώρας. Οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν αναλύθηκαν σε διαγραμματική μορφή προκειμένου να επιτευχθεί η κατανόηση του επιπέδου ευαισθητοποίησης των μελλοντικών γιατρών για την προστασία του κοινού από τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος, με κυριότερη αυτήν του καρκίνου πνεύμονα. Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων είναι υπό ολοκλήρωση και τα τελικά συμπεράσματα θα ανακοινωθούν στο συνέδριο.

ΡΟ.32 ΒΛΕΝΝΩΔΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΩΣ ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Φοροζίδου[1], Α. Κουτσόπουλος[1], Ν. Τσερλικάκης[2], Ε. Κούρτης[1], Ε. Ιορδανίδη[1], Ι. Μανωλίτσης[1], Ε. Καράλλας[3] , Κ. Κουτσόπουλος [4]

[1]Ειδικευόμενος/η, Β΄ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου»

[2]Ειδικευόμενος, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου»

[3]Χειρουργός-Διευθυντής Ε.Σ.Υ, Β΄ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου»

[4]Συντονιστής Διευθυντής- Διευθυντής Χειρουργικού Τομέα, Β΄ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το βλεννώδες κυσταδένωμα της σκωληκοειδούς απόφυσης είναι μα σπάνια κλινική οντότητα, η συχνότητα της οποίας κυμαίνεται μεταξύ 0,2-0,3%. Λόγω της σπανιότητας της νόσου και της έλλειψης ειδικών συμπτωμάτων συνήθως διαφεύγει της διαφοροδιάγνωσης.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση περιστατικού με βλεννώδες κυσταδένωμα της σκωληκοειδούς απόφυσης το. Η ανεύρεση αποτέλεσε τυχαίο εύρημα ύστερα απο προεγχειρητικό έλεγχο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας ηλικίας 64 ετών, ο οποίος προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω επίμονου διάχυτου κοιλιακού άλγους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Άνδρας ηλικίας 64 ετών, με ιστορικό εκκολπωματικής νόσου, υπεβλήθη σε προεγχειρητικό έλεγχο με αξονική τομογραφία άνω κάτω κοιλίας για προγραμματισμένη ολική προστακεκτομή λόγω καρκίνου προστάτου. Απο την αξονική τομογραφία ανευρέθηκε κατά την μεσότητα του δεξιού πλάγιου της κοιλίας, αλλαντοειδές μόρφωμα διαστάσεων 8χ4εκ. με κυστικά ακτινομορφολογικά χαρακτηριστικά και πεπαχυσμένα τοιχώματα, το οποίο δεν διερευνήθηκε περαιτέρω. Δύο χρόνια αργότερα ο ασθενής προσέρχεται στο νοσοκομείο με επίμονο διάχυτο κοιλιακό άλγος για το οποίο υποβάλεται σε πλήρη αιμοτολογικό και απεικονιστικό έλεγχο. Απο την αξονική τομογραφία κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό αναδείχθηκε σωληνοειδής λεπτοτοιχωματική δομή διαστάσεων 86χ55χ37mm σε επαφή με το τυφλό. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα σκωληκοειδεκτομή. Κατα τη διερεύνηση της περιτοναϊκης κοιλότητας οι σπλαχνικές επιφάνειες εμφανίστηκαν ελέυθερες βλέννης, περιορίζοντας αυτήν εντός της περιτοναϊκης κοιλότητας. Απο την παθολοανατομική εξέταση τέθηκε η διάγνωση υπέρ χαμηλής κακοήθειας βλεννώδους νεοπλάσματος της σκωληκοειδους (LAMN).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Θεραπεία εκλογής του βλεννώδους κυσταδενώματος αποτελεί η απλή σκωληκοειδεκτομή. Επί ρήξης σκωληκοειδούς ή ψευδομύξωμα του περιτοναίου πρέπει να ακολουθεί επιμελής εξαίρεση των εμφυτεύσεων. Η ενδοπεριτοναϊκή διασπορά των νεοπλασματικών κυττάρων οδηγεί σε σχηματισμό ψευδομυξώματος του περιτοναίου, το οποίο αποτελεί βαρύτατη επιπλοκή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1.Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND. WHO Classification of Tumours of the Digestive System. Tumours of the appendix. 4th ed. Lyon, 2010: 120-125.

2.McCusker ME, Coté TR, Clegg LX, Sobin LH. Primary malignant neoplasms of the appendix: A population-based study from the Surveillance, Epidemiology and End Results program, 1973-1998. Cancer. 2002; 94: 3307-3312.

3.Appendiceal mucocele: A diagnostic dilemma in differentiating malignant from benign lesions with CT. Wang H, Chen YQ, Wei R, Wang QB, Song B, Wang CY, Zhang B. AJR Am J Roentgenol. 2013; 201(4): W590.

ΡΟ.33 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

M. HadjiMitrova[1], Κ. Μανίκα[1], Κ. Τασιοπούλου[2], Π. Χινέλης[1], Χ. Παππάς[3], Α. Γαλατάς[4], Ι. Κιουμής[1]

[1]Μονάδα Αναπνευστικών Λοιμώξεων, Πνευμονολογική-Φυματιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

[2]Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

[3] Τμήμα Αξονικού και Μαγνητικού Τομογράφου, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

[4]Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίου Φυματίωσης Β. Ελλάδας, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

Παρουσιάζεται η ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενή με παραμελημένη, εκτεταμένη εξωπνευμονική φυματίωση, που εμφάνισε πολλαπλές ανεπιθύμητες ενέργειες από τα αντιφυματικά φάρμακα.

Ασθενής 47 ετών, ουκρανικής καταγωγής, HCV θετικός, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω αδυναμίας βάδισης και οσφυαλγίας. Σε MRI ΘΜΣΣ αναδείχθηκε παθολογικό κάταγμα Θ11 με πιεστικά φαινόμενα στο νωτιαίο μυελό. Λόγω ατελούς παραπληγίας υποβλήθηκε επειγόντως σε σπονδυλοδεσία. Η βιοψία δεν ήταν διαγνωστική. Κατά τη νοσηλεία του διαπιστώθηκε νεφρική ανεπάρκεια και στο πλαίσιο του ελέγχου διενεργήθηκε υπερηχογράφημα νεφρών, που έδειξε αύξηση των διαστάσεων του δεξιού νεφρού και πολλαπλά αποστήματα άμφω. Τέθηκε υπόνοια φυματίωσης ουροποιητικού η οποία επιβεβαιώθηκε με μοριακό έλεγχο (Xpert-MTB/RIF) στα ούρα. Ο ασθενής έλαβε κλασική τετραπλή αντιφυματική αγωγή με σταδιακή βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας.

Δύο εβδομάδες αργότερα ο ασθενής εμφάνισε φαρμακευτική ηπατίτιδα με συνέπεια τη διακοπή της αντιφυματικής αγωγής και τη σταδιακή επανέναρξη των φαρμάκων. Η πυραζιναμίδη δεν επαναχορηγήθηκε και ο ασθενής ανέχθηκε καλά την τριπλή αγωγή. Τρεις εβδομάδες αργότερα ο ασθενής εμφάνισε εξάνθημα, εμπύρετο και εωσινοφιλία, τα οποία υποχώρησαν μετά την εκ νέου διακοπή της αντιφυματικής αγωγής. Με τη σταδιακή επαναχορήγηση της αγωγής τα ευρήματα αποδόθηκαν στη ριφαμπκίνη, η οποία διακόπηκε οριστικά. Τελικά ο ασθενής τέθηκε σε ισονιαζίδη, εθαμβουτόλη, λεβοφλοξασίνη και λινεζολίδη, τα οποία ανέχεται καλά μέχρι σήμερα. Η καλλιέργεια ούρων ήταν θετική για *M. tuberculosis* και το στέλεχος ευαίσθητο σε πρωτεύοντα και δευτερεύοντα φάρμακα.

Η φυματίωση μπορεί να εμφανιστεί με ασυνήθιστες εκδηλώσεις από κάθε σύστημα του οργανισμού, ενώ η διαχείριση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τα αντιφυματικά φάρμακα είναι συχνά χρονοβόρα και δύσκολη.

ΡΟ.34 ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Π. Χινέλης[1], Κ. Μανίκα[1], Μ. Χατζημίτροβα[1], Ε. Καϊμακάμης[2], Π. Κοντού[2], Λ. Λουτζίδου[3], Θ. Φαχουρίδης[3], Ν. Αντωνίου[3], Β. Βουτσάς[2], Ι. Κιουμής[1]

[1]Μονάδα Αναπνευστικών Λοιμώξεων, Πνευμονολογική - Φυματιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

[2] Α΄ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

[3] Δ΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενή με εκτεταμένη φυματίωση περιτοναίου και μακρά διάρκεια συμπτωμάτων.

Πρόσφυγας, 29 ετών από τη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό διακομίσθηκε στα ΤΕΠ αιτιώμενος κοιλιακό άλγος από μηνός, διάταση κοιλιακής χώρας, καταβολή, απώλεια βάρους 10 Kg και δυσκοιλιότητα. Ο ασθενής ανέφερε παρόμοια επεισόδια τους τελευταίους 8 μήνες, για τα οποία εκτιμήθηκε επανειλημμένα από γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Λόγω εικόνας οξείας κοιλίας και σηπτικής κατάστασης πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας που ανέδειξε νεκρωτική λεμφαδενοπάθεια και ενδοπεριτοναϊκή φλεγμονή. Στη συνέχεια υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία κατά την οποία έγιναν περιτοναϊκές πλύσεις και τοποθέτηση συστήματος αρνητικής πίεσης, λόγω αδυναμίας σύγκλεισης του κοιλιακού τοιχώματος. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε δύο χειρουργικές επεμβάσεις με αποτέλεσμα τη σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος. Οι βιοψίες των περιτοναϊκών εμφυτεύσεων ανέδειξαν νεκρωτική κοκκιωματώδη φλεγμονή με πιθανότερη διάγνωση τη φυματίωση και ο ασθενής τέθηκε σε αντιφυματική αγωγή. Ο ασθενής παρέμεινε νοσηλευόμενος για 6 εβδομάδες, αρχικά στην Α' Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, μετά στη Δ' Χειρουργική Κλινική και στη συνέχεια στην Πνευμονολογική-Φυματιολογική Κλινική ΑΠΘ. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση (λόγω περιορισμένης εικόνας tree-in-bud σε αξονική τομογραφία θώρακα) και σε κολονοσκόπηση, που δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Όλες οι καλλιέργειες ήταν αρνητικές για *M. tuberculosis*, ωστόσο ο ασθενής εμφάνισε σημαντική κλινική βελτίωση με αύξηση σωματικού βάρους και υποχώρηση των συμπτωμάτων. Στον επανέλεγχο η αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε σημαντική βελτίωση των παθολογικών ευρημάτων.

Η φυματιώδης περιτονίτιδα είναι μια σπάνια μορφή φυματίωσης, η διάγνωση είναι δύσκολη και συχνά καθυστερεί, καθώς τα συμπτώματα είναι μη ειδικά. Η κλινική υπόνοια της εξωπνευμονικής φυματίωσης καλό είναι να τίθεται, ιδιαίτερα στις ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες.

ΡΟ.35 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΦΥΣΑΛΛΙΔΩΔΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

Α. Χατζή[1], Ι. Λιάλιας[1], Χ. Νικολαΐδου[2], Ε. Ροηλίδης[1]

[1]Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
[2]Παθολογοανατομικό Εργαστήριο , Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εμφάνιση φυσαλλίδων και πομφόλυγων στο δέρμα του νεογνού αποτελεί συχνά την πρώτη εκδήλωση διαφόρων νοσημάτων , όπως είναι οι λοιμώξεις του δέρματος (μολυσματικό κηρίο, SSSS, λοίμωξη από HSV-1 και Varicella- Zoster, Group B streptococcus, Listeria monocytogenes), οι γενετικές δερματικές παθήσεις (πομφολυγώδης επιδερμόλυση, επιδερμολυτική υπερκεράτωση, εντεροπαθητική ακροδερματίτιδα) και τα αυτοάνοσα πομφολυγώδη νοσήματα (πέμφιγα, πομφολυγώδες πεμφιγοειδές).
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση σπάνιας γενετικής ασθένειας (1:50.000) που χαρακτηρίζεται από ευθραυστότητα του δέρματος και των βλεννογόνων και εκδηλώνεται με τη δημιουργία φυσαλλίδων και πομφόλυγων αυτομάτως ή έπειτα από ελάχιστο τραύμα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Νεογνό θήλυ, τελειόμηνο, που γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό από δευτεροτόκο μητέρα, με ικανοποιητική θρέψη και σε καλή γενική κατάσταση, παρουσιάζει από τη γέννηση δερματικές βλάβες με φυσαλλίδες και πομφόλυγες οι οποίες ρύγνυνται καταλείποντας διαβρωτικές βλάβες με ορορροή και απολέπιση. Εντοπίζονται κυρίως στα σημεία πίεσης, όπως το υπερκείμενο δέρμα της ωμοπλατιαίας άκανθας, καθώς και στις καμπτικές επιφάνειες των άνω και κάτω άκρων. Συνυπάρχει φυσαλλίδα στη σκληρά υπερώα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο έλεγχος για συγγενείς και νεογνικές λοιμώξεις απέβη αρνητικός. Το αποτέλεσμα της βιοψίας δέρματος ήταν συμβατό με πομφολυγώδη επιδερμόλυση. Ο μοριακός γενετικός έλεγχος ανέδειξε μεταλλάξεις στο γονίδιο COL7A1 που κωδικοποιεί το κολλαγόνο VII, βασικό συστατικό των ινιδίων-άγκυρες. Τα ινίδια αυτά συμμετέχουν στη σύνδεση του πυκνού πετάλου της βασικής μεμβράνης στο χόριο, και επομένως της επιδερμίδας με το δέρμα. Οι συγκεκριμένες μεταλλάξεις σχετίζονται με την Δυστροφική Πομφολυγώδης Επιδερμόλυση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που οι φυσαλλίδες στο δέρμα είναι παρούσες στη γέννηση, πέρα από τις συγγενείς λοιμώξεις, τα γενετικά δερματικά νοσήματα πρέπει να εισέρχονται στη διαγνωστική σκέψη.

ΡΟ.36 Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΚΟΠΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Π. Βούλτσος, Π. Κωνσταντινίδου, Δ. Ανεστάκης, Ν. Ραϊκος

Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα δικαιώματα του ασθενή, συνιστούν ολοένα και περισσότερο, τα τελευταία έτη, σημαντικό πεδίο ανάπτυξης νομοθετικών πρωτοβουλιών σε πολλές χώρες. Η εφαρμογή τους, συνδέεται άμεσα, με την διασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας και την μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των χρηστών, που απευθύνονται στις υπηρεσίες αυτές. Εμπνεόμενα από πανανθρώπινες αξίες και ιδανικά, συμπορεύονται με τις σύγχρονες απαιτήσεις του ασθενή, ο οποίος στις μέρες μας, είναι πιο ενημερωμένος και συχνά πιο κατηγορηματικός, σε αποφάσεις που άπτονται της υγειονομικής του φροντίδας

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αντίληψη του νοσηλευτικού προσωπικού για την ενημέρωση συναίνεσης των ασθενών και η διαδικασία που ακολουθείται με τα σύγχρονα δεδομένα της Ελλάδος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Για την διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία κλήθηκαν να απαντήσουν νοσηλευτικό προσωπικό των Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης. Τα ερωτηματολόγια είχαν βασικές ερωτήσεις για την ενημέρωση συναίνεσης ασθενών και των τρόπο διεξαγωγής της διαδικασίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα μετά την συλλογή των ερωτηματολογίων καταδεικνύουν ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες αναφέρουν μη διεξαγωγή της διαδικασίας σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. Επίσης αναφέρεται συχνά πως την ευθύνη για την ενημέρωση έχει ο γιατρός, ο οποίος δεν πρέπει να αμελεί την ορθή ενημέρωση και την κατηγορηματική συναίνεση τους ασθενούς.

ΡΟ.37 ΜΕΛΕΤΗ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ 5ΕΤΙΑΣ

Γ. Χατζηαποστόλου, Μ. Λαμπρόπουλος, Ρ. Τσινέκε, Ι. Μπέλεση, Σ. Παπαδόπουλος, Α. Πανά, Χ. Γιαννούλα, Ά. Κυριακίδου, Δ. Νάκας, Π. Βλαχοκώστας

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείο «Γ.Γεννηματάς - Ο Άγιος Δημήτριος» Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Η διαγνωστική αξία της απόξεσης του ενδομητρίου σε ασθενείς στην ιδιαίτερη φάση της μετεμμηνοπαυσιακής περιόδου της ζωής τους. Γίνεται αναφορά στίς ενδείξεις, στα ιστοπαθολογικά ευρήματα και στην αξία της διαγνωστικής απόξεσης στη διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 467 ασθενείς ηλικίας από 48-82 ετών για την πενταετία από 2013-2018. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε διαγνωστική απόξεση με κύρια ένδειξη αιμόρροια μετά από εμμηνόπαυση, όπως επίσης και για πεπαχυμένο ενδομήτριο, πολύποδα τραχήλου, υγρό στην ενδομήτρια κοιλότητα.

Αιμόρροια μετά εμμηνόπαυση	43,2%
Πεπαχυμένο ενδομήτριο	40,2%
Πολύποδας τραχήλου	10,7%
Υγρό στην ενδομήτρια κοιλότητα	5,7%

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα ιστοπαθολογικά ευρήματα προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα

Ατροφικού τύπου ενδομήτριο	36,6%
Πολύποδας ενδομητρίου	34,2%
Πολύποδας ενδοτραχήλου	10,7%
Απλή υπερπλασία του ενδομητρίου	6,4%
Ανώμαλη ορμονική επίδραση	5,5%
Σύνθετη υπερπλασία του ενδομητρίου	2,7%
Αδενοκαρκίνωμα υψηλής διαφοροποίησης	2,1%
Αδενοκαρκίνωμα χαμηλής διαφοροποίησης	1,4%

Το ατροφικό ενδομήτριο και ο πολύποδας του ενδομητρίου και του ενδοτραχήλου αποτέλεσαν το 80% των ιστοπαθολογικών πορισμάτων. Αξιοσημείωτο αποτελεί το 3,4% του καρκίνου του ενδομητρίου το οποίο διαπιστώθηκε με το 2,1% να αποτελεί υψηλής διαφοροποίησης.

ΡΟ.38 ΜΕΛΕΤΗ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ 2013-2018

Ι. Μπέλεση, Μ. Λαμπρόπουλος, Ρ. Τσινέκε, Γ. Χατζηαποστόλου, Σ. Παπαδόπουλος, Α. Πανά, Χ. Γιαννούλα, Ά. Κυριακίδου, Δ. Νάκας, Π.Σ. Βλαχοκώστας

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική - Νοσοκομείο «Γ.Γεννηματάς – Ο Άγιος Δημήτριος» Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Η διαγνωστική αξία της απόξεσης για ασθενείς στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδα. Γίνεται αναφορά στις ενδείξεις, στα ιστοπαθολογικά ευρήματα και στην αξία της στην πρωιμη διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου στην περίοδο αυτή της γυναίκας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 308 ασθενείς ηλικίας από 34-51 ετών για την πενταετία 2013-2018. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε διαγνωστική απόξεση με ένδειξη μηνορραγία, μητρορραγία, μηνομητρορραγία, πολύποδας τραχήλου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα ιστοπαθολογικά ευρήματα προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα

Έντονη οιστρογονική επίδραση	34,4%
Πολύποδας τραχήλου	15,5%
Πολύποδας ενδομητρίου	15,2%
Απλή υπερπλασία του ενδομητρίου	13,6%
Πολύποδας ενδοτραχήλου	9,0%
Ατροφικού τύπου ενδομήτριο	6,8%
Σύνθετη υπερπλασία του ενδομητρίου	2,5%
Αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου	1,6%
Πολύποδας τραχήλου με στοιχεία υπερπλασίας	0,9%

Η έντονη οιστρογονική επίδραση ετέθη ως διάγνωση βάσει των ιστοπαθολογικών πορισμάτων στο ένα τρίτο των ασθενών. Αξιοσημείωτο είναι στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με διαταραχές της εμμήνου ρύσεως το 1,6% του αδενοκαρκινώματος του ενδομητρίου που διαγνώσθηκε και της σύνθετης υπερπλασίας του ενδομητρίου με 2,5%.

ΡΟ.39 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΤΟΧΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΣΤΑΤΙΝΗ

Γ.-Χ. Πασκαλής, Μ.Παυλίδου, Χ.-Χ. Θεοχαρίδου, Κ. Γκόγκος

Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Παρά την ευρεία χρήση στατινών, παρατηρούνται ορισμένες περιπτώσεις δυσανεξίας με αποτέλεσμα τη διακοπή τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζουμε τέσσερις περιπτώσεις ασθενών που εντοπίστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία να έχουν διακόψει θεραπεία με στατίνη, χωρίς τελικά να αποδείχθηκε δυσανεξία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρας 72 ετών διέκοψε ατορβαστατίνη 10mg που λάμβανε από διετίας, λόγω μυαλγίας και έντονου άλγους αυχένα και ωμικής ζώνης. Καθώς επέμεναν τα συμπτώματα παρά τη διακοπή, επανελέγχθηκε και διαγνώστηκε ρευματική πολυμυαλγία, η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς.

Άνδρας 64 ετών που λάμβανε σιμβαστατίνη 20mg από τριετίας, διέκοψε την αγωγή λόγω αύξησης CPK και τρανσαμινασών, χωρίς όμως βελτίωση των αποτελεσμάτων. Ένα μήνα μετά διαγνώστηκε με υποθυρεοειδισμό.

Γυναίκα 58 ετών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ διέκοψε την αγωγή με πιταβαστατίνη που λάμβανε από μηνός, λόγω αύξησης CPK και τρανσαμινασών. Διαπιστώθηκε όμως σε επόμενη επίσκεψη ότι είχε ξεχάσει να αναφέρει την εξαήμερη ενδομυϊκή αγωγή με δικλοφενάκη και σύμπλεγμα βιταμινών που είχε λάβει πριν τη μέτρηση των ενζύμων.

Γυναίκα 68 ετών διέκοψε την αγωγή με στατίνη ένα μήνα μετά την έναρξή της λόγω μυαλγιών και αύξησης CPK, χωρίς να αναφέρει ότι από 3ημέρου είχε έντονη σωματική καταπόνηση λόγω μετακόμισης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στους όλους τους παραπάνω ασθενείς έγινε επανέναρξη της θεραπείας με στατίνη χωρίς επιπλοκές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δεδομένης της αποδεδειγμένης ωφέλειας της αντιμετώπισης της δυσλιπιδαιμίας και της αποτελεσματικότητας των στατινών, απαιτείται μεγάλη προσοχή στη διάγνωση δυσανεξίας και την απόφαση για οριστική διακοπή του φαρμάκου. Λεπτομερές ιστορικό, πλήρης εργαστηριακός έλεγχος και δοκιμή μικρών δόσεων ή άλλου φαρμάκου της ίδιας κατηγορίας μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να μη στερηθεί μια αποτελεσματική αγωγή.

ΡΟ.40 ΣΥΝΔΡΟΜΟ OPALSKI: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σ. Μελισσανίδης, Χ. Χριστοφορίδης, Ζ. Νοβάκης, Κ. Φωτιάδου, Ε. Λαζαρίδου, Ξ. Μαυροπούλου, Ε. Ψωμά, Ά.Καλογερά-Φούντζηλα

Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ – Ακτινολογικό Εργαστήριο – Τμήμα Αξονικού Τομογράφου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το κλινικό σύνδρομο Opalski ή υποπρομηκικό σύνδρομο, αποτελεί σπάνια παραλλαγή του πλάγιου προμηκικού συνδρόμου Wallenberg.

Πρόκειται για σπάνιο τύπο ισχαιμικού εμφράκτου που καταλαμβάνει ιδίως το ραχιαίο πλάγιο του προμήκη μυελού, με χαμηλότερη ωστόσο εντόπιση συγκριτικά με το σύνδρομο Wallenberg. Οφείλεται συχνότερα σε απόφραξη του ενδοκράνιου τμήματος της σπονδυλικής αρτηρίας (V4).

Κλινικά εκδηλώνεται όπως το σύνδρομο Wallenberg, δηλαδή με προμηκική επαλλάσσουσα συνδρομή, υπαισθησία προσώπου, δυσκαταποσία και σύνδρομο Horner με επιπρόσθετη σύστοιχη ημιπληγία και σημείο Babinski (συμμετοχή της φλοιονωτιαίας οδού κάτωθεν του χιασμού των πυραμίδων).

ΣΚΟΠΟΣ: Απεικονιστική προσέγγιση ενδιαφέροντος περιστατικού με σύνδρομο Opalski.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενής ηλικίας 72 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ αιτιώμενος προοδευτικά επιδεινούμενη δυσαρθρία, αριστερή ημιπάρεση και δεξιά ημιυπαισθησία.

Έγινε απεικονιστικός έλεγχος αρχικά με CT-CTA και στη συνέχεια με MRI με τα εξής ευρήματα:

CT-CTA: Υπόνοια μικρής υπόπυκνης εστίας στο ΑΡ οπίσθιο τμήμα του προμήκη μυελού.

Λέπτυνση του V1, V2, V3 και απουσία σκιαγράφησης του V4 τμήματος της ΑΡ σπονδυλικής αρτηρίας.

Τυχαίο εύρημα η εκσεσημασμένη λιπωμάτωση του ΑΡ παραπληρωματικού χώρου.

MRI : Εστία με αυξημένο MR σήμα στο οπίσθιο τμήμα του προμήκη (ακολουθίες T2 και FLAIR) με περιορισμό της διάχυσης, χωρίς χαμηλό σήμα ADC και απουσία εμπλουτισμού αυτής (ευρήματα συμβατά με ισχαιμικό έμφρακτο σε υποξεία προς χρόνια φάση).

Μη σκιαγράφηση του V4 τμήματος της ΑΡ σπονδυλικής αρτηρίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η απεικόνιση με CT-CTA και ιδιαίτερα με MR-MRA, με τη χρήση συγκεκριμένων ακολουθιών, συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση του συνδρόμου Opalski.

ΡΟ.41 ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ, ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΧΥΤΟΥ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΑ Β ΚΥΤΤΑΡΑ

Α. Μπαρμπούτη, Α. Δημοσιάρη, Κ. Κύρκα, Κ. Λαφάρα, Κ. Τσιώνη, Ε. Μανδαλά[1]

Δ' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο συχνότερος τύπος non-Hodgkin λεμφώματος είναι το διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα Β κύτταρα (DLBCL). Η λεμφωμάτωση (lymphomatosis) του περιτοναίου, δηλ. η ενδοπεριτοναϊκή διασπορά λεμφώματος, μορφή εξωλεμφαδενικού λεμφώματος, είναι εξαιρετικά σπάνια, μπορεί να μιμηθεί την περιτοναϊκή καρκινωμάτωση ή σαρκομάτωση, και πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην μεταξύ τους διαφορική διάγνωση. Η δευτεροπαθής αιματοφαγοκυτταρική λεμφοϊστιοκύττωση (HLH) που σχετίζεται με λέμφωμα είναι εξαιρετικά σπάνια, αλλά με υψηλή θνησιμότητα. ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή εξαιρετικά σπάνιας περίπτωσης DLBCL που πρωτοεμφανίστηκε ως περιτοναϊκή λεμφωμάτωση και είχε επιπλακεί με HLH.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Γυναίκα, 64 ετών προσήλθε λόγω νυκτερινού πυρετού με εφιδρώσεις, κοιλιακού άλγους, απώλειας βάρους και καταβολής από διμήνου. Εργαστηριακά: αναιμία, ουδετεροπενία, αυξημένη ΤΚΕ, ηπατική ανεπάρκεια, υψηλή LDH, παράταση PT, aPTT και αρνητικός ιολογικός έλεγχος. Η αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε μεγάλες οζώδεις μάζες με εκτεταμένες περιτοναϊκές εμφυτεύσεις και ηπατοσπληνομεγαλία με διήθηση ήπατος και σπληνός. Φυσιολογική αξονική τομογραφία θώρακος, υπερηχογράφημα θυρεοειδούς και σπινθηρογράφημα οστών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροσκόπηση και η βιοψία των μαζών έδειξε DLBCL. Παράλληλα, η ασθενής πληρούσε τα HLH-2004 κριτήρια για αιματοφαγοκυτταρική λεμφοϊστιοκυττάρωση. Έλαβε ανοσοχημειοθεραπεία με rituximab και bendamustine, παράγοντες σχετικά ασφαλείς για ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια. Αν και αρχικά εμφάνισε παροδική βελτίωση όλων των κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων, σε ένα μήνα υποτροπίασε και κατέληξε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το DLBCL που εμφανίζεται ως περιτοναϊκή λεμφωμάτωση είναι εξαιρετικά σπάνιο, με πολύ κακή πρόγνωση και ανάγκη επιθετικής και άμεσης θεραπείας. Ωστόσο, πρέπει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση και απαιτεί ενδελεχή απεικονιστικό έλεγχο και ιστολογικές εξετάσεις.

ΡΟ.42 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΕ ΣΤΕΛΕΧΗ ΧΡΥΣΙΖΟΝΤΑ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ

Β. Δραγανούδης, Φ. Νέτσικα, Ε. Κανδυλιώτου, Ε. Πρωτονοταρίου, Π. Μαντζάνα, Ό. Βασιλάκη, Γ. Καγκάλου, Λ. Σκούρα

Εργαστήριο Μικροβιολογίας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο *Staphylococus aureus* αποτελεί κύριο αίτιο λοιμώξεων του δέρματος και μαλακών μορίων εώς και απειλητικών για τη ζωή τόσο στο νοσοκομείο όσο και την κοινότητα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναδρομική μελέτη της επιδημιολογίας και ευαισθησίας στελεχών MSSA και MRSA και που απομονώθηκαν από ασθενείς του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ κατά το έτος 2018.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Από 1/2018 έως 12/2018 απομονώθηκαν συνολικά 217 στελέχη *S. aureus από* σε ασθενείς του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος της ευαισθησίας στα αντιμικροβιακά έγιναν με το Vitek2 ενώ η ερμηνεία των αποτελεσμάτων έγινε με βάση το CLSI.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 217 στελέχη S*. aureus* που απομονώθηκαν, τα 103 ήταν MSSA (47,4%) και τα 114 MRSA (52,5%). Για τους MSSA τα συχνότερα υλικά απομόνωσης ήταν το αίμα (30%), τραύμα (16,5%), ρινικό έκκριμα (9,7%) και πύον (7,7%). Για τους MRSA, το αίμα αφορούσε το (29,8%) των περιστατικών, τα τραύματα (20,1%), πύον (21%) και βρογχικές εκκρίσεις (6,1%). Όσον αφορά τους MSSA, το 100% των στελεχών ήταν ευαίσθητα στην βανκομυκίνη, την κεφταρολίνη, την τεϊκοπλανίνη, την δαπτομυκίνη και τη λινεζολίδη. Το 99% ήταν ευαίσθητα στην γενταμυκίνη, το 87% στην κλινδαμυκίνη, το 97% στην σιπροφλοξασίνη. Στους MRSA, το 100% των στελεχών ήταν ευαίσθητα στην κεφταρολίνη, τη δαπτομυκίνη,την λινεζολίδη, την τεϊκοπλανίνη και τη βανκομυκίνη. Το 96% ήταν ευαίσθητο στη γενταμυκίνη, το 18% στην κλινδαμυκίνη και στην σιπροφλοξασίνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ: Τα κλινικά στελέχη *S. aureus* στο Νοσοκομείο μας εμφάνισαν ένα πολύ καλό προφίλ αντιμικροβιακής ευαισθησίας. Ωστόσο αναγκαία παραμένει η επιτήρηση της αντοχής, με σκοπό την πρόληψη της μετάδοσης τους στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

ΡΟ.43 ΔΟΜΙΚΟΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΌΣ ΣΥΜΠΛΟΚΩΝ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΜΥΛΟΥ ΜΕ ΙΒΟΥΠΡΟΦΑΙΝΗ

Ά. Μαρινοπούλου, Σ. Ραφαηλίδης

Τμήμα Τεχνολογίας Τροφίμων, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στη φαρμακευτική βιομηχανία χρησιμοποιούνται διάφορα συστήματα μεταφοράς και αποδέσμευσης φαρμακευτικών ουσιών όπως είναι τα συστήματα μήτρας και τα σύμπλοκα εγκλεισμού με κυκλοδεξτρίνες. Ωστόσο, η βιοδιαθεσιμότητα των φαρμακευτικών ουσιών με τις παραπάνω τεχνικές ποικίλει. Τα σύμπλοκα μοριακού εγκλεισμού αμύλου θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την αύξηση της βιοδιαθεσιμότητας των ουσιών αυτών. Η αμυλόζη, το γραμμικό πολυμερές του αμύλου, έχει τη μοναδική ιδιότητα μεταξύ των βιοπολυμερών να αντιδρά με διάφορες ενώσεις σχηματίζοντας σύμπλοκα μοριακού εγκλεισμού, συμβάλλοντας στην προστασία και ασφαλή μεταφορά των εγκλεισμένων ουσιών στον ανθρώπινο οργανισμό.

ΣΚΟΠΟΣ: Δομικός και μορφολογικός χαρακτηρισμός συμπλόκων μοριακού εγκλεισμού αμύλου με υψηλό ποσοστό σε αμυλόζη (~70%) με ιβουπροφαίνη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Τα δομικά χαρακτηριστικά (δομή, βαθμός κρυσταλλικότητας, μέγεθος κρυστάλλων) των συμπλόκων εξετάσθηκαν με τις τεχνικές της *Περίθλασης ακτίνων Χ (XRD)*, ενώ τα μορφολογικά χαρακτηριστικά των συμπλόκων εξετάσθηκαν με τις τεχνικές της *Οπτικής Μικροσκοπίας*, της *Συνεστιακής Μικροσκοπίας Σάρωσης με δέσμη Laser (CLSM)* και της *Ηλεκτρονικής Μικροσκοπίας σάρωσης (SEM).*

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα φάσματα περίθλασης ακτίνων Χ επιβεβαίωσαν τον επιτυχή σχηματισμό των συμπλόκων αμύλου-ιβουπροφαίνης. Οι μικροφωτογραφίες των συμπλόκων κατέδειξαν μια ομοιόμορφη κατανομή του φαρμάκου σε όλη τη μήτρα του αμύλου, γεγονός που αποτελεί ένδειξη επιτυχούς αλληλεπίδρασης της αμυλόζης με την ιβουπροφαίνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα σύμπλοκα μοριακού εγκλεισμού αμυλόζης μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως συστήματα μεταφοράς και αποδέσμευσης φαρμακευτικών ουσιών.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΕΙΣ
Η Μεταδιδακτορική Έρευνα πραγματοποιήθηκε με υποτροφία του ΙΚΥ που χρηματοδοτήθηκε από την πράξη «ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΜΕΤΑΔΙΔΑΚΤΟΡΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ/ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΩΝ» *Υπότροφος:* Δρ. Άννα Μαρινοπούλου

ΡΟ.44 ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Κ. Δημουλάς, Θ. Παπαδημητρίου, Ε. Δημουλάς, Έ. Βέλλιου, Κ.Τέλιου, Δ. Μπαρμπάκας, Λ. Ταμπακάς, Ε. Ιωσηφίδου, Ι. Κωνσταντινίδης, Χ. Πατσιώρα, Σ.Θηβαίου, Δ. Λιόβας

Διεπιστημονική Ομάδα Εργασίας Ψυχοβιοαναλυτικής Έρευνας « κ τ ν στέρων»

Άγνωστο, αν πόσο εύκολο ή δύσκολο να καταλάβουμε, επακριβώς, το συναίσθημα μικρού παιδιού, από την έκφρασή του, όταν, μάλιστα, πάσχει από χρόνιο νόσημα. Σκοπός, να δειχτεί η «έξοδος» του συναισθήματος στο πρόσωπο, του παιδιού, ακόμα και όταν δεν πάσχει από χρόνιο νόσημα, με σκοπό να βγάλουμε, κατ' αναλογία, συμπεράσματα, για τα παιδιά με αυτό. Σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 144 παιδιών (6, 9 και 11 ετών, ισάριθμων αγοριών και κοριτσιών, σε κάθε ομάδα), μαγνητοσκοπήθηκε η διαδικασία έκφρασης της συγκίνησης, που θα επροκαλείτο από την ακρόαση μουσικών κομματιών, με, από ένα σημείο και μετά, τεχνητή (αηδιαστική νοητική εικόνα) εμπλοκή της ανέλιξης της προβλεπόμενης να 'βγεί, στην έκφραση, συγκίνησης. Στο τέλος κάθε φάσης, το υποκείμενο κατέγραφε (1 έως 7) ό,τι αισθάνθηκε. Την βιντεοταινία είδαν 4 κριτές (δύο άντρες, δύο γυναίκες) και αποτύπωσαν (1 έως 7) την συναισθηματική έκφραση των υποκειμένων. Βρέθηκε (κριτήριο το «περισσότερο» ή «λιγότερο», μεταξύ φάσεων), για όλα τα άτομα (ενδοϋποκειμενικό πείραμα, Wilcoxon και Whitney Mann tests, επίπεδα σημαντικότητας: 0,05, 0,005, 0,0005), αύξηση της εκφραστικής δυνατότητας κυρίως των παιδιών 9 ετών. Η βίωση, κυρίως της λύπης, είναι μεγαλύτερη της έκφρασης. Τα μικρότερα παιδιά δυσκολεύονται να εκφραστούν, λόγω της μη εισέτι νευρομυϊκής ωρίμανσης του προσώπου των. Τα μεγαλύτερα παιδιά αποφεύγουν την συγκινησιακή έκφρασή τους, για ψυχοκοινωνικούς, κύρια, λόγους. Οι θεράποντες (γιατροί, νοσηλευτές) παιδιών με χρόνιο νόσημα πρέπει να γνωρίζουν, ότι, τουλάχιστον, η λύπη, ιδίως των πολύ μικρών παιδιών, αλλά και των της προεφηβικής ηλικίας, είναι πολύ μεγαλύτερη, απ' όσο νομίζουν, καθώς αυτό συμβαίνει ακόμα και στα παιδιά των αντίστοιχων ηλικιών χωρίς τέτοιο νόσημα.

Λέξεις – κλειδιά: συγκίνηση, συναίσθημα, έκφραση, πρόσωπο, επικοινωνία

ΡΟ.45 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΡΙΝΙΤΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΙΠΛΟΠΟΙΟΥΣ

Α. Παρασκευα δου, Κ. Πορπόδης, Θ. Κοντακιώτης, Ι. Κιουμής, Δ. Σπυράτος, Δ. Παπακώστα
Πνευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η καταγραφή του επαγγελματικού άσθματος-ρινίτιδας είναι πολύ πτωχή στην Ελλάδα.

Σκοπός είναι η ανίχνευση άσθματος και ρινίτιδας σε επιπλοποιούς και η συσχέτιση του κινδύνου αυτού ανάλογά με τη θέση εργασίας τους.

ΜΕΘΟΔΟΙ: 83 εργαζόμενοι, 35 εκτεθειμένοι σε χημικές ουσίες (ομάδα χημικών-ΟΧ), 23 σε σκόνη ξύλου (ομάδα ξύλων-ΟΞ) και 25 εργαζόμενοι γραφείου (ομάδα κοντρόλ-ΟΚ) συγκρίθηκαν με σταθμισμένο ερωτηματολόγιο για το άσθμα (ECRHS), για τις συνθήκες εργασίας και των Μέσων Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ) που χρησιμοποιούσαν. Υποβλήθηκαν στις παρακάτω εξετάσεις: κλινική αξιολόγηση με σπιρομέτρηση πριν και μετά από βρογχοδιαστολή, μετρήσεις Μέγιστης Εκπνευτικής Ροής (PEFR) χρησιμοποιώντας το ηλεκτρονικό πρόγραμμα «Occupational Asthma System Score - OASYS-2», μετρήσεις εκπνεόμενου μονοξειδίου του αζώτου (FeNO), δερματικές δοκιμασίες δια νυγμού, μετρήσεις ρινομανομετρίας και τεστ μεταχολίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι συχνότητες άσθματος και ρινίτιδας ήταν υψηλότερες μεταξύ της ΟΧ και ΟΞ σε σύγκριση με ΟΚ ($p = 0.004$). Σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων παρατηρήθηκαν στις ερωτήσεις «καλύτερο Σαββατοκύριακο» ($p < 0.034$) και «βελτίωση στις διακοπές» ($p < 0,000$), στο σκορ OASYS-2 ($p < 0,000$) στο τεστ μεταχολίνης ($p < 0,022$). Η ρινομανομετρία, το FeNO, η σπιρομέτρηση πριν και μετά από βρογχοδιαστολή δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Τέλος οι συνθήκες εργασίας και τα ΜΑΠ δεν αποκάλυψαν σημαντικές διαφορές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το άσθμα και η ρινίτιδα είναι σημαντικά συχνές στην ΟΧ. Τα ΜΑΠ που χρησιμοποιήθηκαν δεν ήταν επαρκή για την πρόληψη του άσθματος και της ρινίτιδας που σχετίζεται με την εργασία. Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη και τον έλεγχο των ασθενειών.

ΡΟ.46 ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΕΞΩΜΥΕΛΙΚΑ ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΩΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΣ, ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΣΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟ-ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝ ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ

Α. Μπαρμπούτη, Κ. Κύρκα, Κ. Λαφάρα, Μ. Σιδηροπούλου[1], Κ. Τσιώνη, Ε. Μανδαλά

Δ' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, [1]Ακτινολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το πλασματοκύττωμα είναι όγκος πλασματοκυττάρων, είτε σε μαλακούς ιστούς, είτε στο σκελετό. Εάν η βλάβη αναπτυχθεί εκτός οστού, ονομάζεται εξωμυελικό πλασματοκύττωμα (ΕΜΠ). Είναι πρωτοπαθές, ως μεμονωμένη, σποραδική αλλοίωση ή δευτεροπαθές σε προϋπάρχον μυέλωμα.

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με ανθεκτικό-υποτροπιάζον ΠΜ, με πολλαπλά εξωμυελικά πλασματοκυττώματα κοιλίας. Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα, 79 ετών, διαγνώστηκε με ΠΜ, λ ελαφρών αλύσων, υψηλού κινδύνου, το 2012. Αρχικά έλαβε PAD (Bortezomib-Λιποσωμική Δοξορουμπικίνη-Δεξαμεθαζόνη) και, στη συνέχεια, επί τετραετίας, συντήρηση με Λεναλιδομίδη-Δεξαμεθαζόνη. Λόγω διαφυγής της νόσου, αλλαγή σε Πομαλιδομίδη-Δεξαμεθαζόνη και, στη συνέχεια, λόγω δυσανεξίας, το αντι-CD38 μονοκλωνικό αντίσωμα Daratumomab, με Bortezomib-Δεξαμεθαζόνη, επί ενάμιση έτος. Παρά την VGPR, η ασθενής εμφάνισε επιθετική υποτροπή με πλασματοκυτταρική λευχαιμία και καρυότυπο με πολλαπλές αριθμητικές και δομικές ανωμαλίες. Λόγω κοιλιακού άλγους, διαρροϊκών κενώσεων και ψηλαφητών όζων κοιλίας, έγινε CT, που ανέδειξε ευμεγέθη μάζα οπισθοπεριτοναϊκά, στους μύες της ράχης, στο σύστοιχο λαγονοψοΐτη μυ και τη γλουτιαία χώρα, με διάβρωση του λαγόνιου οστού. Ακόμη, πολλαπλές μάζες ενδοπεριτονα κά και έξωπεριτονα κά, στον υποδόριο ιστό του κοιλιακού τοιχώματος. Κατευθυνόμενη βιοψία επιβεβαίωσε τη διάγνωση ΕΜΠ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δόθηκαν θεραπευτικοί συνδυασμοί που περιελάμβαναν νεότερους παράγοντες, όπως αναστολέα πρωτεασώματος Ixazomib και αποακετυλάση ιστονών Panobinostat. Παρά την προσωρινή βελτίωση, η ασθενής κατέληξε λόγω σοβαρής λοίμωξης αναπνευστικού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Επισημαίνεται η ασυνήθιστη και εξαιρετικά επιθετική συμπεριφορά του ΠΜ, σε ασθενή που είχε λάβει σχεδόν όλες τις μέχρι σήμερα διαθέσιμες θεραπείες, πιθανώς, λόγω επικράτησης των πιο ανθεκτικών κλώνων. Με την παράταση της επιβίωσης που επιτυγχάνεται με τους νέους παράγοντες, είναι πιθανό, στο μέλλον, τέτοιες εικόνες να γίνουν πιο συχνές.

ΡΟ.47 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ KLEBSIELLA PNEUMONIAE ΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΕΣ ΣΤΟ ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Φ. Νέτσικα, Β. Δραγανούδης, Μ. Κυριακοπούλου, Ε. Πρωτονοταρίου, Π. Μαντζάνα, Ό.Βασιλάκη, Γ. Καγκάλου, Λ. Σκούρα

Εργαστήριο Μικροβιολογίας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διασπορά των ανθεκτικών στις καρβαπενέμες στελεχών *Klebsiella pneumoniae (*carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae, CRKP*) στα νοσοκομεία αποτελεί σημαντική απειλή για την δημόσια υγεία δεδομένου των περιορισμένων θεραπευτικών επιλόγων και την υψηλή θνητότητα των σχετικών λοιμώξεων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της επιδημιολογίας και της αντιμικροβιακής αντοχής των στελεχών CRKP που απομονώθηκαν από νοσηλευόμενους ασθενείς στο ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ τα έτη 2017 και 2018.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Από 1/2017 έως 12/2018 απομονώθηκαν συνολικά 864 CRKP στελέχη. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος της ευαισθησίας στα αντιμικροβιακά έγιναν με το VITEK2 ενώ η ερμηνεία των αποτελεσμάτων έγινε με βάση το CLSI**.**

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 2017 απομονώθηκαν 483 ενώ το 2018 381 στελέχη CRKP. Η κατανομή αυτών στις κλινικές διαμορφώθηκε για το 2017/2018 αντίστοιχα ως εξής: Παθολογικές (171/148), Χειρουργικές (129/99), ΜΕΘ (135/103), Παιδιατρική (34/19), Εξωτερικά Ιατρεία (14/12). Όσον αφορά το 2017 το 53% των CRKP ήταν ευαίσθητα στην γενταμυκίνη, το 71% στη φωσφομυκίνη, το 82% στην κολιστίνη, το 71% στην τυγεκυκλίνη και το 31% στην τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη. Παράλληλά εμφάνισαν υψηλή αντοχή στα β-λακταμικά αντιβιοτικά, στις κινολόνες και στην πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη. Το 2018 το 44% των CRKP ήταν ευαίσθητα στη γενταμυκίνη, το 46% στη φωσφομυκίνη, το 84% στην κολιστίνη, το 70% στην τυγεκυκλίνη και το 28% στην τριμεθοπρίμη/σουλφομεθοξαζόλη και εμφάνισαν ίδιο φαινότυπο αντοχής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ: Το 2018 ο αριθμός των CRKP στελεχών μειώθηκε κατά 21% σε σχέση με το 2017 ενώ και για τα 2 έτη τα περισσότερα στελέχη CRKP απομονώθηκαν στις παθολογικές κλινικές. Την καλύτερη δραστικότητα έναντι των στελεχών εμφάνισαν η κολιστίνη η φωσφομυκίνη και η τυγεκυκλίνη

ΡΟ.48 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΜΕΘΑΔΟΝΗ

Α. Ζαχαρίας, Ι. Κιουμής, Α. Μανίκα, Ι. Τσιούπρου

Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ. Ν. Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Περιγράφεται η περίπτωση ενός άνδρα 32 ετών που προσέρχεται λόγω αιμόπτυσης. *Ιστορικό* ***HCV(+) και HIV(+),*** πρώην χρήστης ηρωίνης και κοκαΐνης, υπό θεραπεία απεξάρτησης με μεθαδόνη. Η αντιρετροϊική αγωγή διακόπηκε από τον ίδιο μια εβδομάδα πριν την προσέλευσή του λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών (επίμονη επιγαστραλγία).

Ακτινολογική εικόνα συμβατή με ενεργό φυματίωση και μικροβιολογική επιβεβαίωση της νόσου, χωρίς αρχική ανίχνευση μικροβιακής αντοχής (**TB Xpert**)

Αρχική χορήγηση 4πλης αντιφυματικής αγωγής με χορήγηση *ριφαμπουτίνης αντί της ριφαμπικίνης* εξ αιτίας της ενδεχόμενης αλληλεπίδρασης με τα αντιρετροϊικά φάρμακα. Η δόση της μεθαδόνης αυξήθηκε εξ αιτίας της ριφαμπουτίνης. ***Παρουσίασε γενικευμένο εξάνθημα με κνησμό***, οπότε έγινε διακοπή της θεραπείας.

Μετά την υποχώρηση του εξανθήματος σταδιακή επανέναρξη της θεραπείας όπου διαπιστώθηκε η υπευθυνότητα της εθαμβουτόλης. Διακοπή του φαρμάκου όμως ο ασθενής εμφάνισε ***αύξηση των τρανσαμινασών*** (SGOT 295, SGPT 456) και κοιλιακό άλγος. Νέα διακοπή της αγωγής.

Σταδιακή επανέναρξη της αγωγής με **ριφαμπουτίνη**, **αμικασίνη**, **λεβοφλοξασίνη** και **κυκλοσερίνη**. Η συνολική διάρκεια νοσηλείας του ασθενή ήταν 43 ημέρες με αρνητικοποίηση της άμεσης χρώσης πτυέλων. Τρείς μήνες μετά την αρχική θεραπεία διακόπηκε η κυκλοσερίνη λόγω διαπίστωσης μικροβιακής αντοχής και ελαττώθηκε η δόση της αμικασίνης (δύο φορές εβδομαδιαία)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Ο ασθενής έδειξε εξαιρετική συμμόρφωση και παρουσίασε προοδευτικά κλινική κι απεικονιστική βελτίωση. Η καλλιέργεια πτυέλων είναι αρνητική (4ος μήνας θεραπείας).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η θεραπεία ασθενών με TB και παράγοντες που ευνοούν την φαρμακευτική τοξικότητα απαιτεί ειδική εμπειρία και πολύπλοκους θεραπευτικούς χειρισμούς

ΡΟ.49 Η ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΟ ΠΟΛΕΟΔΟΜΙΚΟ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Ελένη Τασίκα[1], Χαράλαμπος Ανταχόπουλος[2], Εμμανουήλ Ροηλίδης[3], Ευαγγελία Φαρμάκη[4]

[1]Ειδικευόμενη Παιδιατρικής, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική

[2]Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής Λοιμωξιολογίας, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική

[3]Καθηγητής Παιδιατρικής Λοιμωξιολογίας, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική

[4]Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής – Παιδιατρικής Ανοσολογίας, , Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Α΄ Παιδιατρική Κλινική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω οικονομικής κρίσης, η αθρόα εισροή προσφύγων και η συνεχώς αυξανόμενη μερίδα γονέων που εκφράζει αμφιβολίες για τη σκοπιμότητα των εμβολιασμών έχουν πιθανώς επηρεάσει την εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών της χώρας μας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της συμμόρφωσης στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών παιδιών προσχολικής ηλικίας που φοιτούν σε παιδικούς σταθμούς στους επτά δήμους του πολεοδομικού συγκροτήματος Θεσσαλονίκης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν τα βιβλιάρια υγείας από δείγμα 20-25 νηπίων, με ημερομηνία γέννησης από 1/1/2014 έως 30/9/2015, από κάθε παιδικό σταθμό, επιλέγοντας τυχαία ένα σταθμό (δημοτικό ή ιδιωτικό) για κάθε δέκα σταθμούς κάθε δήμου (δημοτικούς ή ιδιωτικούς αντίστοιχα).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν 432 νήπια. Υψηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης (>90%) παρατηρήθηκαν για τα εμβόλια έναντι τετάνου, διφθερίτιδας, κοκκύτη, ηπατίτιδας Β, αιμόφιλου της ινφλουέντζας, πολιομυελίτιδας, ιλαράς και ανεμευλογιάς. Μέτρια ήταν η συμμόρφωση για τα εμβόλια του πνευμονιόκκοκου και του μηνιγγιτιδόκοκκου C, ενώ μόνο 39% των παιδιών είχαν ολοκληρώσει τον εμβολιασμό για ηπατίτιδα Α. Παρατηρήθηκαν σημαντικά ποσοστά καθυστέρησης (≥2 μηνών) στη χορήγηση των δόσεων για όλα τα εμβόλια. Στην περιοχή του Δενδροποτάμου σημειώθηκε χαμηλότερη συμμόρφωση σχεδόν για όλα τα εμβόλια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με εξαίρεση τα εμβόλια έναντι του πνευμονιόκοκκου και της ηπατίτιδας Α, το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών προσχολικής ηλικίας της Θεσσαλονίκης με βάση το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών παραμένει ικανοποιητικό. Σημαντική χρονική καθυστέρηση παρατηρήθηκε ωστόσο στη χορήγηση των δόσεων των εμβολίων, αυξάνοντας τον κίνδυνο να νοσήσουν ευπαθείς ηλικιακές ομάδες, γεγονός που οφείλει να επισημανθεί στους παιδιάτρους της περιοχής με σκοπό την έγκαιρη πραγματοποίηση των εμβολιασμών.

ΡΟ.50 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΚΩΣΗΣ ΤΟΥ ΟΥΡΗΤΗΡΑ ΜΕ ΑΠΩΤΕΡΗ ΠΛΗΡΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ ΟΥΡΗΤΗΡΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ά. Παπακωνσταντίνου, Α. Παπαλάκης, Ε. Μουρτζίλας, Ν. Καλογεράς, Σ. Γάτσος, Γ. Κρητικός, Κ. Χατζημπούσιος, Ε. Τυροθουλάκης

Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος»

Το γυναικολογικό χειρουργείο, η υστερεκτομή συγκεκριμένα, αποτελεί την πιο συχνή πηγή μη-ουρολογικών ιατρογενών κακώσεων του ουροποιητικού συστήματος. Η ιατρογενής κάκωση κατά την υστερεκτομή έχει σοβαρή πιθανότητα σημαντικής νοσηρότητας, συμπεριλαμβανομένου καθυστερημένης ανάρρωσης, επανεπέμβασης και αυξημένο κόστος νοσηλείας. Η συχνότητα κάκωσης του ουρητήρα κατά το γυναικολογικό χειρουργείο κυμαίνεται μεταξύ 0,083-2,25% στη διεθνή βιβλιογραφία και είναι πιο συχνή κατά τα ογκολογικά χειρουργεία, με ποικίλους μηχανισμούς κάκωσης (θερμική βλάβη, διατομή, συστροφή).

Σκοπός είναι η παρουσίαση σπάνιας επιπλοκής απώτερης μετεγχειρητικής απόφραξης του δεξιού ουρητήρα μετά από κοιλιακή υστερεκτομή μετ' εξαρτημάτων για καρκίνο του ενδομητρίου το 2011.

Η γυναίκα προσήλθε λόγω αισθήματος βάρους στο δεξιό νεφρό. Υπεβλήθη σε απεικονιστικό έλεγχο (υπέρηχος, CTAKO) και τοποθέτηση νεφροστομίας δεξιά. Στη συνέχεια διενεργήθηκε διερευνητική ουρητηροσκόπηση, όπου κατέστη αδύνατη η προσπέλαση του δεξιού ουρητήρα.

Η ασθενής υπεβλήθη σε μετεμφύτευση του δεξιού ουρητήρα περιφερικά του δεξιού ουρητηρικού στομίου.

Στην πιο πρόσφατη βιβλιογραφία αναφέρεται 1,45% συνοδός βλάβη ουρογεννητικού συστήματος (ουρητήρα, ουροδόχος κύστη) κατά την υστερεκτομή για μη ογκολογικό χειρουργείο (κοιλιακή, κολπική, ελάχιστα επεμβατική – λαπαροσκοπική/ ρομποτική)(1).

1. Benson CR, Thompson S, Li G, Asafu-Adjei D, Brandes SB. Bladder and ureteral injuries during benign hysterectomy: an observational cohort analysis in New York State.

ΡΟ.51 ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ;

Κ. Κουτσαμπασόπουλος[1], Κ. Ιμπριάλος[1], Α. Κατσιμάρδου[1], Κ. Σταυρόπουλος[1], Δ. Πατουλιάς[1], Ι. Λινάρδου[1], Μ. Τουμπουρλέκα [1], Β. Άθυρος[1], Μ. Δούμας[1], Α. Καραγιάννης[1]

[1]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σχέση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) και της καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) είναι καλά τεκμηριωμένη. Επιπλέον η αύξηση της αρτηριακής πίεσης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για νοσήματα όπως η στεφανιαία νόσος, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης ιατρείου (ΣΑΠ, ΔΑΠ) με τον αριθμό των νοσηλειών σε ασθενείς με ΚΑ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενείς με κλινική διάγνωση ΚΑ συμμετείχαν σε μία συγχρονική μελέτη. Καταγράφηκαν οι τιμές της ΣΑΠ και της ΔΑΠ ιατρείου, καθώς και το προηγούμενο ιστορικό ΑΥ. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν ο αριθμός των νοσηλειών λόγω ΚΑ τους τελευταίους έξι και δώδεκα μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 306 διαδοχικοί ασθενείς με ΚΑ συμμετείχαν στη μελέτη. Οι 239 (78,1%) είχαν ιστορικό ΑΥ και οι 207 (90,8%) ανέφεραν επαρκή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Η ΣΑΠ συσχετίστηκε αρνητικά με τον αριθμό των νοσηλειών στους τελευταίους έξι και δώδεκα μήνες ($r=-0,159$, $p=0,006$ και $r=-0,163$, $p=0,005$, αντίστοιχα). Η ΔΑΠ συσχετίστηκε αρνητικά μόνο με τον αριθμό των νοσηλειών στους προηγούμενους δώδεκα μήνες ($r=-0,142$, $p=0,015$). Ο αριθμός των νοσηλειών παρουσίασε θετική συσχέτιση με τον αριθμό των ετών από τη διάγνωση της ΚΑ ($r=0,197$, $p=0,001$ για τους έξι μήνες και $r=0,244$, $p<0,001$ για τους δώδεκα μήνες, αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΑΥ παρουσιάζεται με μεγάλη συχνότητα σε άτομα με ΚΑ, ενώ χαμηλότερες τιμές ΣΑΠ και/ή ΔΑΠ συσχετίστηκαν με περισσότερες νοσηλείες. Το εύρημα αυτό αποδεικνύει πως η προσεκτική τιτλοποίηση της δοσολογίας των αντιυπερτασικών φαρμάκων, όπως προτείνεται και από τις κατευθυντήριες οδηγίες για την ΚΑ, μπορεί να είναι ωφέλιμη.

ΡΟ.52 ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΎΟ ΦΥΛΩΝ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος[1], Κ. Σταυρόπουλος[1], Κ. Ιμπριάλος[1], Κ. Χαραλαμπίδης[1], Μ. Τουμπουρλέκα[1], Ι. Λινάρδου[1], Α. Μπίνας[1], Β. Άθυρος[1], Μ. Δούμας[1], Α. Καραγιάννης[1]

[1]*Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν πως η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) εμφανίζεται συχνότερα σε άνδρες από ότι σε γυναίκες στο γενικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, δεν είναι σαφές αν ισχύουν τα ίδια επιδημιολογικά δεδομένα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός της επίπτωσης της ΑΥ σε άνδρες και γυναίκες ασθενείς με ΚΑ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενείς με ΚΑ συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή της συστολικής και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ, ΔΑΠ) ιατρείου, καθώς και το ιστορικό ΑΥ. Επιπλέον, αξιολογήθηκε η λήψη και το είδος της αντιυπερτασικής αγωγής μεταξύ των δύο φύλων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 205 άνδρες και 111 γυναίκες με ΚΑ συμπεριλήφθησαν στη μελέτη. Οι γυναίκες ασθενελις παρουσίαζαν πιο συχνά ΑΥ σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό της μελέτης (87,6% vs 73,1%, p=0,004). Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά στα επίπεδα της ΣΑΠ και της ΔΑΠ (p=0,279 και p=0,728, αντίστοιχα). Οι άνδρες υπερτασικοί ασθενείς ελάμβαναν σε μεγαλύτερο ποσοστό ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης ΙΙ και ανταγωνιστές των αλατοκορτικοειδών (p=0,029 και p=0,004, αντίστοιχα), ενώ η χρήση αποκλειστών διαύλων ασβεστίου ήταν συχνότερη στα θύλεα παρά στα άρρενα άτομα της μελέτης (p=0,027).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επίπτωση της ΑΥ είναι ιδιαίτερα υψηλή σε ασθενείς με ΚΑ, κυρίως στις γυναίκες. Παρατηρούνται διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς τη χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων, που πιθανώς να οφείλεται στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά στην αιτιολογία της ΚΑ.

ΡΟ.53 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΜΕΣΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ: ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ;

Κωνσταντίνος Κουτσαμπασόπουλος[1], Αλεξάνδρα Κατσιμάρδου[1], Κωνσταντίνος Ιμπριάλος[1], Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος[1], Αναστασία Κατσούλα[1], Κωνσταντίνος Χρήστου[1], Αλεξία Πιπερίδου[1], Μιχαήλ Δούμας[1], Βασίλειος Άθυρος[1], Αστέριος Καραγιάννης[1]

[1]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

[2]Γ' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

[3]Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Παρότι η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί έναν κλασικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) και οι περισσότεροι ασθενείς με ΚΑ παρουσιάζουν ΑΥ, τα δεδομένα είναι ελάχιστα όσο αναφορά τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της ΑΥ σε ασθενείς με ΚΑ με μέσου εύρους κλάσμα εξώθησης (Heart Failure with mid-range Ejection Fraction-HFmrEF).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενείς με ΚΑ συμπεριλήφθησαν στη μελέτη. Σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε καταγραφή της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ, ΔΑΠ) ιατρείου, ελήφθησαν πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό της ΑΥ και τον έλεγχο των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης σε όλες τις υποκατηγορίες ασθενών με ΚΑ, ήτοι ασθενείς με διατηρημένο (HFpEF), μειωμένο (HFrEF) ή μέσου εύρους κλάσμα εξώθησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπεριλήφθησαν στη μελέτη 306 διαδοχικοί ασθενείς με ΚΑ. Εξ αυτών, οι 239 (78,1%) είχαν ιστορικό ΑΥ και οι 207 (90.8%) ανέφεραν ικανοποιητικό έλεγχο των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των υποκατηγοριών ασθενών με ΚΑ όσον αφορά το ιστορικό ΑΥ και τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης. Οι τιμές της ΣΑΠ και της ΔΑΠ ήταν μεγαλύτερες σε ασθενείς με HFmrEF έναντι ασθενών με HFrEF ($p<0,0001$ και $p=0,015$, αντίστοιχα) και σε ασθενείς με HFpEF σε σχέση με ασθενείς με HFrEF ($p<0,0001$ and $p<0,0001$, αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης στις διαφορετικές υποκατηγορίες ΚΑ. Υψηλότερα επίπεδα ΑΠ παρατηρούνται σε ασθενείς με ΚΑ και διατηρημένο ή μέσου εύρους κλάσμα εξώθησης και πιθανώς να χρήζουν εντατικότερης φαρμακευτικής αντιμετώπισης.

ΡΟ.54 ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Κωνσταντίνος Κουτσαμπασόπουλος[1], Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος[1], Κωνσταντίνος Ιμπριάλος[1], Κωνσταντίνος Αβρανάς[1], Μαρία Καλογήρου, Κωνσταντίνος Δακής, Παύλος Δελικάρης, Μιχαήλ Δούμας[1], Βασίλειος Άθυρος[1], Αστέριος Καραγιάννης[1]

[1]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διαστολική λειτουργία της δεξιάς κοιλίας είναι συχνά επηρεασμένη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), και ακόμη και αν δεν έχει μελετηθεί ευρέως, η δυσλειτουργία αυτής φαίνεται πως συσχετίζεται με δυσμενή πρόγνωση και αυξημένη θνητότητα μεταξύ των ασθενών με εγκατεστημένη ΚΑ. Συγχρόνως, η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με ΚΑ έχουν ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ), παρόλα αυτά δεν είναι γνωστό αν η συστολική και η διαστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ, ΔΑΠ, αντίστοιχα) συσχετίζονται με διαστολική δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας σε αυτούς τους ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πρόκειται για μία μελέτη χρονικής στιγμής (cross-sectional), στην οποία αξιολογήθηκαν ασθενείς με κλινική διάγνωση ΚΑ. Κατεγράφησαν το ιστορικό ΑΥ, καθώς και οι τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ στο ιατρείο. Στη συνέχεια διενεργήθηκε κλασσική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη με την επιπρόσθετη χρήση του ιστικού Doppler προς διερεύνηση της διαστολικής δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας, με αξιολόγηση των κάτωθι παραμέτρων: πρώιμη διαστολική ταχύτητα πλήρωσης διά της τριγλώχινας (Et), όψιμη διαστολική ταχύτητα πλήρωσης διά της τριγλώχινας (At), πρώιμη διαστολική ταχύτητα τριγλωχινικού δακτυλίου (e't), όψιμη διαστολική ταχύτητα τριγλωχινικού δακτυλίου (a't), καθώς και η διάμετρος της κάτω κοίλης φλέβας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν συνολικά 306 ασθενείς με ΚΑ. Τεκμηριώθηκε η παρουσία αρνητικής συσχέτισης μεταξύ ΔΑΠ και του λόγου Et/E't (r=-0,520, p=0,003), καθώς και θετικής συσχέτισης μεταξύ ΔΑΠ και του λόγου e't/a't (r=0,373, p=0,030). Αναδείχθηκε επίσης θετική συσχέτιση μεταξύ της διαμέτρου της κάτω κοίλης φλέβας με τη ΔΑΠ (r=0,390, p=0,037), καθώς επίσης και με το λόγο e't/a't ratio (r= 0,336, p=0,016). Αντιθέτως, δεν αναδείχθηκε συσχέτιση μεταξύ ΣΑΠ και διαστολικής δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο έλεγχος της ΔΑΠ σε ασθενείς με ΚΑ και διαστολική δυσλειτουργία ης δεξιάς κοιλίας πιθανόν να συντελέσει στη βελτίωση αυτής, με τη σύγχρονη βελτίωση της συμπτωματολογίας, αλλά και της συνολικής πρόγνωσης της ΚΑ.

ΡΟ.55 ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κωνσταντίνος Κουτσαμπασόπουλος[1], Κωνσταντίνος Ιμπριάλος[1], Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος[1], Δημήτριος Πατούλιας[1], Αλέξανδρος Σαχινίδης[1], Κωνσταντίνος Χαραλαμπίδης[1], Κωνσταντίνος Χρήστου[1], Βασίλειος Άθυρος[1], Μιχαήλ Δούμας[1], Αστέριος Καραγιάννης[1]

[1]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας συνιστά σημαντικό προγνωστικό δείκτη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Επιπρόσθετα, η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με ΚΑ πάσχουν συγχρόνως από αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ). Παρόλα αυτά, δεν είναι ευρέως γνωστό σε ποιο βαθμό η συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ, ΔΑΠ) συσχετίζονται με δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας σε ασθενείς με ΚΑ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στην παρούσα μελέτη χρονικής στιγμής (cross-sectional) εντάχθηκαν ασθενείς με κλινική διάγνωση ΚΑ. Μετρήθηκαν οι τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ στο ιατρείο, ενώ κατεγράφη το προηγούμενο ιστορικό ΑΥ. Στη συνέχεια οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε δισδιάστατη υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη, με την επιπρόσθετη χρήση του ιστικού Doppler, προς αξιολόγηση των κάτωθι παραμέτρων συστολικής λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας: συστολική μετατόπιση του τριγλωχινικού δακτυλίου στον επιμήκη άξονα (TAPSE), μέγιστη συστολική ταχύτητα τριγλωχινικού δακτυλίου στον επιμήκη άξονα (TDSV), ο λόγος TDSV προς τη συστολική πίεση στην πνευμονική αρτηρία (PASP), καθώς και ο μυοκαρδιακός δείκτης απόδοσης της δεξιάς κοιλίας (MPI-TEI index).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν συνολικά 306 ασθενείς. Οι γυναίκες ασθενείς έπασχαν συχνότερα από ΑΥ συγκριτικά με τους άνδρες (87,6% vs 73,1%, p=0.004). Συνολικά, 239 ασθενείς (78,1%) με ΚΑ είχαν επίσης ιστορικό ΑΥ, ενώ τεκμηριώθηκε πως ο ικανοποιητικός έλεγχος της ΑΥ συσχετίζεται με καλύτερη TDSV (p=0.029), και συνεπώς με καλύτερη συστολική λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας. Δεν καταδείχθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ΣΑΠ και των μετρούμενων υπερηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη προσφέρει νεότερα δεδομένα σχετικά με τον επιπολασμό της συστολικής δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας, καθώς και τη συσχέτιση της με την ΑΥ. Τα αποτελέσματα της μελέτης ίσως αποδειχτούν χρήσιμα για μία περισσότερη προσεκτική αξιολόγηση της ΑΥ μεταξύ ασθενών με ΚΑ και συστολική δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας, το οποίο μεταφράζεται στην εφαρμογή ενός περισσότερο αποτελεσματικού και στοχευμένου θεραπευτικού πλάνου σε αυτήν την κατηγορία ασθενών.

ΡΟ.56 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κωνσταντίνος Κουτσαμπασόπουλος[1], Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος[1], Κωνσταντίνος Ιμπριάλος[1], Μαρία Καλογήρου[1], Αλεξία Πιπερίδου[1], Αναστασία Κατσούλα[1], Αθανάσιος Μπίνας[1], Βασίλειος Άθυρος[1], Μιχαήλ Δούμας[1], Αστέριος Καραγιάννης[1]

[1]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σεξουαλική υγεία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινότητα των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Επιπρόσθετα, η συσχέτιση μεταξύ ΚΑ και αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) είναι καλά τεκμηριωμένη. Παρόλα αυτά, η συσχέτιση της ΑΥ με τη σεξουαλική δυσλειτουργία σε ασθενείς με ΚΑ δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Άνδρες ασθενείς με κλινική διάγνωση ΚΑ αξιολογήθηκαν σε αυτή τη μελέτη χρονικής στιγμής (cross-sectional). Η στυτική λειτουργία αξιολογήθηκε με τη χρήση του Διεθνούς Δείκτη Στυτικής Λειτουργίας (International Index of Erectile Function, IIEF). Κατεγράφησαν επίσης οι τιμές συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο (ΣΑΠ, ΔΑΠ), η χρονική διάρκεια από την αρχική διάγνωση της ΑΥ, καθώς και η επάρκεια του ελέγχου αυτής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά μελετήθηκαν 201 ασθενείς. Δεν αναδείχθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών ΣΑΠ και ΔΑΠ με τον IIEF. Παρόλα αυτά, τεκμηριώθηκε η παρουσία αρνητικής συσχέτισης της διάρκειας της ΑΥ με τον IIEF, άρα και με χειρότερη στυτική λειτουργία ($r=-0,373$, $p\leq0,001$). Οι τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ δε διέφεραν μεταξύ των ασθενών με ή χωρίς στυτική δυσλειτουργία. Η επάρκεια του ελέγχου της ΑΥ επίσης δε διέφερε μεταξύ των ασθενών με ή χωρίς στυτική δυσλειτουργία. Τέλος, αναδείχθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του IIEF και των ετών από τη διάγνωση της ΚΑ ($r=-0,171$, $p=0,016$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη παρέχει νέα δεδομένα όσον αφορά στη συσχέτιση μεταξύ στυτικής δυσλειτουργίας και αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο, καθώς επίσης και στη συσχέτιση αυτής με την επάρκεια του ελέγχου της ΑΥ και τη διάρκεια αυτής, σε άνδρες ασθενείς με ΚΑ. Η διάρκεια της ΑΥ συσχετίζεται με χειρότερη στυτική λειτουργία, πιθανόν λόγω εγκατάστασης και προόδου ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας, μία διεργασία που συνεπάγεται χρονιότητα.

ΡΟ.57 ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κωνσταντίνος Κουτσαμπασόπουλος[1], Αλεξάνδρα Κατσιμάρδου[1], Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος[1], Κωνσταντίνος Ιμπριάλος[1], Αλέξανδρος Σαχινίδης[1], Παύλος Δελικάρης[1], Σοφία Αλατάκη[1], Μιχαήλ Δούμας[1] Βασίλειος Άθυρος[1], Αστέριος Καραγιάννης[1]

[1]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σχέση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) με την καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) είναι σαφώς ορισμένη. Επιπλέον, η ΚΑ συνδέεται με υψηλή επίπτωση σεξουαλικής δυσλειτουργίας (ΣΔ) τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Απεναντίας, σε υπερτασικούς ασθενείς η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) σχετίστηκε με τη στυτική δυσλειτουργία, όχι όμως σαφώς και με τη γυναικεία ΣΔ. Στη παρούσα μελέτη σκοπός είναι η διερεύνηση της σχέσης της ΑΥ με τη γυναικεία ΣΔ σε ασθενείς με ΚΑ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Γυναίκες ασθενείς με κλινική διάγνωση ΚΑ εκτιμήθηκαν σε μία συγχρονική μελέτη. Η συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) και η διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ) ιατρείου καταγράφηκαν, όπως επίσης και τα έτη από τη διάγνωση της ΑΥ. Η σεξουαλική λειτουργία στις γυναίκες εκτιμήθηκε με τη χρήση του Δείκτη Σεξουαλικής Λειτουργικότητας στις γυναίκες (FSFI).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 105 διαδοχικές γυναίκες ασθενείς με ΚΑ συμμετείχαν στη μελέτη. Η ΣΑΠ και η ΔΑΠ δε συσχετίστηκαν με το FSFI και δε διέφεραν ανάμεσα στις ασθενείς με ή χωρίς ΣΔ. Η καλή ρύθμιση της ΑΠ επίσης δεν διέφερε ανάμεσα στις ασθενείς με ή χωρίς σεξουαλική δυσλειτουργία. Η διάρκεια της ΑΥ σε έτη από την πρώτη διάγνωση δε συσχετίστηκε με τη γυναικεία ΣΔ ($r=-0,120$, $p=0,170$). Αντιθέτως, οι γυναίκες με ιστορικό ΑΥ ανέφεραν πιο συχνά ΣΔ σε σχέση με της μη-υπερτασικές γυναίκες ($p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη τονίζει τη σημασία της ΑΥ στην εμφάνιση της γυναικείας ΣΔ. Παρότι οι τιμές της ΣΑΠ και της ΔΑΠ δε συσχετίστηκαν με τη ΣΔ στις γυναίκες, το ιστορικό ΑΥ σχετίστηκε με τη γυναικεία ΣΔ, πιθανόν λόγω δυσλειτουργίας του ενδοθηλίου.

ΡΟ.58 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κωνσταντίνος Κουτσαμπασόπουλος[1], Κωνσταντίνος Ιμπριάλος[1], Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος[1], Δημήτριος Πατούλιας[1], Σοφία Αλατάκη[1], Κωνσταντίνος Χρήστου[1], Κωνσταντίνος Χαραλαμπίδης[1], Ιωάννα Ζωγράφου[1], Μιχαήλ Δούμας[1], Αστέριος Καραγιάννης[1]

[1]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σεξουαλική δυσλειτουργία παρουσιάζει υψηλή επίπτωση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Επιπλέον, τόσο η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) όσο και ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) προκαλούν σεξουαλική δυσλειτουργία. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης του ΣΔ σε σεξουαλική λειτουργία ασθενών με ΑΥ και ΚΑ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενείς με ΑΥ και ΚΑ κατηγοριοποιήθηκαν σε 2 ομάδες, μία με ΣΔ και μία ομάδα ελέγχου. Η σεξουαλική λειτουργία προσδιορίστηκε με τη χρήση του Διεθνή Δείκτη Στυτικής Λειτουργίας (International Index of Erectile Function-IIEF) σε άρρενες και με το Δείκτη Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας (Female Sexual Functioning Index-FSFI) σε γυναίκες. Η παρουσία ΣΔ, τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) ιατρείου, η διάρκεια του ΣΔ, καθώς και ο επαρκής γλυκαιμικός έλεγχος αξιολογήθηκαν σε όλους τους ασθενείς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο συμπεριλήφθησαν στη μελέτη 239 διαδοχικοί ασθενείς με ΚΑ. Από αυτούς, 96 είχαν ΣΔ και 143 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Ασθενείς με ΣΔ παρουσίαζαν πιο συχνά στυτική δυσλειτουργία σε σχέση με ασθενείς χωρίς ΣΔ ($p=0,006$). Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκε σχέση μεταξύ του ΣΔ και της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Η διάρκεια από τη διάγνωση του ΣΔ (σε έτη) δεν συσχετίσθηκε με τα σκορ κατά IIEF και FSFI ($p=0,815$ και $p=0,236$, αντίστοιχα). Επιπλέον, ο επαρκής γλυκαιμικός έλεγχος δεν συσχετίσθηκε με την παρουσία σεξουαλικής δυσλειτουργίας, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:. Η παρουσία ΣΔ φαίνεται να επιδεινώνει τη στυτική λειτουργία σε ασθενείς με ΣΔ και ΚΑ, πιθανώς λόγω δομικής και λειτουργικής αγγειακής βλάβης.

ΡΟ.59 ΣΧΕΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κωνσταντίνος Κουτσαμπασόπουλος[1], Κωνσταντίνος Σταυρόπουλος[1], Κωνσταντίνος Ιμπριάλος[1], Αλεξάνδρα Κατσιμάρδου[1], Σουζάνα Ξυδά[1], Μαρία Καλογήρου[1], Αλεξία Πιπερίδου[1], Μιχαήλ Δούμας[1], Βασίλειος Άθυρος[1], Αστέριος Καραγιάννης[1]

[1]Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σεξουαλική δυσλειτουργία (ΣΔ) είναι συχνή σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) στην ΚΑ είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, ενώ αποτελεί κύριο προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ). Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης της ΚΜ και της ΣΔ σε υπερτασικούς ασθενείς με ΚΑ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ασθενείς με ΑΥ και ΚΑ χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: μία με ΚΜ και στην ομάδα ελέγχου. Για την εκτίμηση της σεξουαλικής λειτουργικότητας στους άνδρες χρησιμοποιήθηκε ο Διεθνής Δείκτης Στυτικής Λειτουργικότητας (IIEF), ενώ στις γυναίκες ο Δείκτης Σεξουαλικής Λειτουργικότητας στις Γυναίκες (FSFI). Πραγματοποιήθηκε καταγραφή της ΚΜ (παρουσία, τύπος), της αρτηριακής πίεσης, της διάρκειας της ΑΥ σε έτη και της ρύθμισης αυτής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 239 διαδοχικοί υπερτασικοί ασθενείς (147 άνδρες, 92 γυναίκες) με ΚΑ συμμετείχαν στη μελέτη. Οι 105 είχαν ιστορικό ΚΜ (16-6.7% εμμένουσα, 46-19,2% μόνιμη και 43-18% παροξυσμική). Οι ασθενείς με ΚΜ είχαν μεγαλύτερη διάρκεια ΑΥ (p=0,003), ενώ η παρουσία στυτικής δυσλειτουργίας ήταν συχνότερη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (p=0,003). Παρόμοια συσχέτιση δεν υπήρξε για τη γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία. Επιπλέον, ο IIEF ήταν χαμηλότερος στην ομάδα της ΚΜ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (p=0,006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΚΜ σχετίζεται με την αντρική αλλά όχι με τη γυναικεία ΣΔ σε υπερτασικούς ασθενείς με ΚΑ. Συμπερασματικά, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στη σεξουαλική λειτουργία υπερτασικών ασθενών με ΚΑ και ΚΜ, ειδικά όσον αφορά τους άντρες ασθενείς.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1928

34ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

με πανελλήνια συμμετοχή

ΕΥΡΕΤΗΡΙΑ

4 – 6 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ GRAND HOTEL PALACE
Θ Ε Σ Σ Α Λ Ο Ν Ι Κ Η

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

(Οι αριθμοί παραπέμπουν στον αύξοντα αριθμό των εργασιών)

C
CHRISTOU C. OR.32

E
EKART R. OR.13

H
HADJIMITROVA M. PO.33

L
LONDON G. OR.13

M
MEMTSA P. PO.14

P
PAPADOPOULOS V. OR.32
PAPADOPOULOU AIK. PO.14
PAPAYANNIS V. OR.32
PIANETCKI-TSAINTZI B. OR.32

S
STYLIANIDOU ST. PO.14

T
TAKOU CHR. PO.14
THEODORIDOU AL. PO.14
TOOULIAS A. OR.32
TSOLAKIDIS A. OR.32
TSOULFAS G. OR.32

Z
ZOCCALI C. OR.13

Α
ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ Β. OR.14, OR.15
ΑΒΡΑΝΑΣ Κ. PO.54
ΑΓΓΕΛΟΥΔΗ Ε. OR.02
ΑΔΑΜΙΔΟΥ Α. OR.05
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ Δ. OR.28, OR.35
ΑΘΥΡΟΣ Β. SC.03, SC.08, SC.11, PO.51, PO.52, PO.53, PO.54, PO.55, PO.56, PO.57, PO.59
ΑΛΑΤΑΚΗ Σ. PO.57, PO.58
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ Μ.-Ε. OR.13
ΑΛΕΥΡΟΥΔΗΣ Ι. OR.46
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Α. OR.21
ΑΝΑΣΤΑΣΙΛΑΚΗΣ Δ. OR.47
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Α. PO.05, PO.06, PO.07, PO.08
ΑΝΕΣΤΑΚΗΣ Δ. OR.43, OR.46, PO.12, PO.13, PO.36
ΑΝΕΣΤΗΣ Α. OR.47, OR.48, PO.29, PO.30
ΑΝΤΑΧΟΠΟΥΛΟΣ Χ. PO.17, PO.49
ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Ν. OR.27
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Ν. PO.34
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Π. PO.11
ΑΝΤΩΝΟΓΛΟΥ Γ. PO.09
ΑΝΥΦΑΝΤΗ Π. OR.30, OR.33
ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΟΥ Ε. OR.12, PO.28
ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΟΥ-ΚΙΟΥΤΗ Φ. PO.09
ΑΡΟΥΤΣΙΔΗΣ Φ. OR.33
ΑΤΜΑΤΖΙΔΗΣ Σ. OR.36
ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ Δ. OR.28

Β
ΒΑΓΔΑΤΛΗ Ε. PO.17
ΒΑΔΙΚΟΛΙΟΥ Χ. OR.21
ΒΑΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ. SC.06
ΒΑΚΟΝΑΚΗ Ε. OR.44
ΒΑΛΑΝΙΚΑΣ Ε. OR.10
ΒΑΛΙΟΥΛΗΣ Ι. OR.23, OR.25, OR.26, OR.29
ΒΑΜΠΕΡΤΖΗ Ο. OR.20
ΒΑΡΔΗ Α. OR.21
ΒΑΣΙΛΑΚΗ Ο. PO.42, PO.47
ΒΑΤΑΛΑΧΟΥ Α. SC.01, SC.03, SC.12
ΒΑΧΤΣΕΒΑΝΟΣ Κ. OR.24
ΒΕΛΛΙΟΥ Ε. PO.44
ΒΕΝΕΤΗ Σ. OR.09
ΒΕΡΓΟΥ Μ. OR.10
ΒΛΑΧΟΚΩΣΤΑΣ Π. PO.22, PO.37, PO.38
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΣ Ν. SC.05, SC.07, SC.08, SC.13
ΒΛΑΧΟΥ Ε. SC.01, SC.03, SC.12
ΒΟΥΚΕΛΑΤΟΥ Π. OR.06, OR.07
ΒΟΥΛΤΣΟΣ Π. OR.43, OR.49, PO.36
ΒΟΥΤΣΑΣ Β. PO.34
ΒΡΕΤΤΟΣ Ι. OR.06, OR.07
ΒΥΖΑΝΤΙΑΔΗΣ Τ.-Α. OR.17

Γ
ΓΑΒΡΙΗΛΑΚΗ Ε. OR.21
ΓΑΛΑΤΑΣ Α. PO.33

ΓΑΛΙΔΗΣ Ε. OR.36
ΓΑΡΥΠΙΔΟΥ Β. SC.06
ΓΑΤΣΟΣ Σ. PO.16, PO.23, PO.24, PO.50
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Α.-Χ. SC.05, SC.07, SC.08, SC.13
ΓΕΩΡΓΑΝΤΗΣ Γ. OR.50, OR.51
ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ Α. OR.08
ΓΕΩΡΓΙΑΝΟΣ Π. OR.01, PO.01
ΓΕΩΡΓΙΑΝΟΥ Ε. OR.01, PO.01
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥ Α. PO.18, PO.20, PO.21
ΓΙΑΚΟΥΣΤΙΔΗΣ Δ. OR.38
ΓΙΑΝΝΑΚΗ Ε. OR.21
ΓΙΑΝΝΑΚΙΔΗΣ Δ. OR.36
ΓΙΑΝΝΕΛΗ Κ. OR.06, OR.07
ΓΙΑΝΝΙΟΣ Κ. OR.39, OR.40, OR.41, OR.42
ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ Γ. PO.10
ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ Ε. PO.10, PO.11
ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ Κ. PO.22
ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ Χ. PO.37, PO.38
ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΚΟΣ Σ. OR.16
ΓΙΟΥΛΕΜΕ Ο. SC.01
ΓΚΟΓΚΟΣ Κ. PO.39
ΓΚΟΥΓΚΟΥΡΕΛΑΣ Ι. OR.08
ΓΟΥΛΑΣ Κ. OR.48
ΓΟΥΝΑΡΗ Ε. OR.34
ΓΟΥΡΙΔΟΥ Ε. OR.02, PO.17
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΣ Ν. SC.01
ΓΡΑΜΜΕΝΟΣ Π. PO.30

Δ
ΔΑΓΚΙΝΗΣ Ι. OR.50, OR.51
ΔΑΔΑΚΟΥ Γ. OR.05
ΔΑΙΜΟΝΑΚΟΥ Μ. PO.26, PO.27
ΔΑΚΗΣ Κ. SC.07, SC.12, PO.54
ΔΑΛΠΑ Ε. OR.20
ΔΑΡΔΑΣ Α. PO.18, PO.20, PO.21
ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ Α. OR.16
ΔΕΛΗΛΙΓΚΑ Α. OR.49
ΔΕΛΙΚΑΡΗΣ Π. PO.54, PO.57
ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Κ. OR.02
ΔΗΜΟΣΙΑΡΗ Α. OR.02, PO.41
ΔΗΜΟΥΛΑΣ Ε. PO.44
ΔΗΜΟΥΛΑΣ Κ. PO.44
ΔΙΑΦΑΣ Α. OR.47
ΔΟΜΒΡΗ Κ. OR.18, PO.28
ΔΟΥΜΑΣ Μ. SC.02, SC.03, SC.04, SC.08, SC.09, SC.10, SC.11, SC.13, PO.51, PO.52, PO.53, PO.54, PO.55, PO.56, PO.57, PO.58, PO.59
ΔΡΑΓΑΝΟΥΔΗΣ Β. PO.42, PO.47
ΔΩΔΟΣ Κ. OR.06, OR.07

Ε
ΕΛΕΜΗΝΙΑΔΗΣ Ι. OR.43
ΕΜΜΑΝΟΥΗΛΙΔΟΥ Γ. OR.06, OR.07
ΕΡΥΘΡΟΠΟΥΛΟΥ-ΚΑΛΤΣΙΔΟΥ Α. OR.10
ΕΥΑΓΓΕΛΙΟΥ Α. OR.20, OR.35
ΕΥΣΤΡΑΤΙΑΔΗΣ Γ. OR.13

Ζ
ΖΑΓΑΛΙΩΤΗ-ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΟΥ Σ. OR.41
ΖΑΜΑΝΗΣ Π. OR.47
ΖΑΡΙΦΗΣ Ι. PO.31
ΖΑΡΚΑΔΑ Ε. OR.17
ΖΑΡΜΠΑΛΗ Ν. PO.05, PO.06, PO.07, PO.08
ΖΑΡΡΑΣ Χ. OR.03, PO.17
ΖΑΧΑΡΙΑΣ Α. PO.28, PO.48
ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Ν. OR.39
ΖΑΧΡΟΥ Ε. OR.17
ΖΗΣΟΠΟΥΛΟΣ Κ. OR.43
ΖΙΩΓΑ Β. PO.21
ΖΙΩΓΑΣ Ι. OR.28, OR.35
ΖΟΛΩΤΑ Α. OR.27
ΖΟΥΜΑΚΗ Μ. PO.29
ΖΟΥΜΑΚΗΣ Ν. OR.47
ΖΤΡΙΒΑ Ε. OR.09
ΖΩΓΡΑΦΟΥ Ι. OR.01, SC.02, SC.03, SC.04, SC.05, SC.08, SC.09, SC.10, SC.11, PO.01, PO.58

Η
ΗΛΙΑ Τ.- Σ. SC.02, SC.04, SC.10
ΗΛΙΑΔΟΥ Α. SC.03, SC.10, SC.11, SC.12

Θ
ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Α. PO.15
ΘΕΟΧΑΡΙΔΟΥ Χ.-Χ. PO.39
ΘΗΒΑΙΟΥ Σ. PO.44

Ι
ΙΑΚΩΒΟΥ Ι. PO.10, PO.11
ΙΜΠΡΙΑΛΟΣ Κ. SC.01, SC.02, SC.03, SC.04, SC.05, SC.08, SC.09, SC.10, SC.11, SC.13, PO.51, PO.52, PO.53, PO.54, PO.55, PO.56, PO.57, PO.58, PO.59
ΙΟΡΔΑΝΙΔΗ Ε. PO.32
ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Δ. OR.12, PO.19
ΙΩΣΗΦΙΔΗΣ Η. PO.17
ΙΩΣΗΦΙΔΟΥ Ε. PO.44

Κ
ΚΑΓΚΑΛΟΥ Γ. PO.42, PO.47
ΚΑΪΔΟΥ Π. OR.04

ΚΑΪΜΑΚΑΜΗΣ Ε. PO.34
ΚΑΛΑΜΑΡΑΣ Γ. OR.12
ΚΑΛΙΑΓΚΟΥΣΗ Β. OR.33
ΚΑΛΛΙΑΚΜΑΝΗΣ Α. OR.06, OR.07
ΚΑΛΛΙΝΤΖΗ Μ. OR.52
ΚΑΛΟΓΕΡΑ- ΦΟΥΝΤΖΗΛΑ Α. OR.36, PO.40
ΚΑΛΟΓΕΡΑΣ Ν. PO.16, PO.23, PO.24, PO.50
ΚΑΛΟΓΗΡΟΥ Μ. OR.03, SC.07, SC.12, PO.54, PO.56, PO.59
ΚΑΛΥΜΝΙΟΥ Μ. OR.04, OR.11
ΚΑΜΠΟΥΡΑΣ Α. OR.16
ΚΑΜΠΟΥΡΙΔΟΥ Π. OR.25
ΚΑΝΑΚΗ Α. OR.44
ΚΑΝΔΥΛΙΩΤΟΥ Ε. PO.42
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ Α. OR.01, OR.02, OR.03, SC.01, SC.02, SC.03, SC.04, SC.05, SC.06, SC.07, SC.08, SC.09, SC.10, SC.11, SC.12, SC.13, PO.01, PO.51, PO.52, PO.53, PO.54, PO.55, PO.56, PO.57, PO.58, PO.59
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ Ε. OR.05
ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗΣ Μ. PO.05, PO.06, PO.07, PO.08
ΚΑΡΑΪΣΚΟΣ Θ. PO.25
ΚΑΡΑΛΛΑΣ Ε. PO.32
ΚΑΡΑΜΑΝΟΣ Δ. OR.39
ΚΑΡΑΜΠΑΤΑΚΗΣ Β. OR.34
ΚΑΡΠΟΝΗ Γ. PO.03
ΚΑΣΑΠΗ Κ. OR.52
ΚΑΣΠΑΡΙΑΝ Κ. OR.28
ΚΑΤΣΑΝΟΣ Β. OR.40
ΚΑΤΣΑΟΥΝΗΣ Α. OR.36
ΚΑΤΣΙΚΑΒΕΛΑΣ Ι. PO.10, PO.11
ΚΑΤΣΙΜΑΡΔΟΥ Α. SC.03, SC.10, SC.11, SC.13, PO.51, PO.53, PO.57, PO.59
ΚΑΤΣΟΥΛΑ Α. SC.01, PO.53, PO.56
ΚΕΝΤΑΡΧΟΣ Ι. OR.37, OR.38
ΚΕΡΠΙΝΙΩΤΗΣ Γ. SC.06, SC.09, SC.11, SC.12
ΚΕΣΙΣΟΓΛΟΥ Ι. OR.36
ΚΕΧΑΓΙΑΣ Ν. OR.24
ΚΙΑΦΖΕΖΗ Δ. OR.19
ΚΙΟΥΜΗΣ Ι. PO.33, PO.34, PO.45, PO.48
ΚΟΒΑΤΣΗ Λ. OR.44, OR.45, OR.46
ΚΟΓΙΑ Ε. OR.23, OR.25, OR.26, OR.29
ΚΟΚΟΛΑΚΗΣ Α. OR.38, OR.40, OR.41, OR.42, OR.50, OR.51
ΚΟΛΙΑΚΟΣ Γ. OR.34
ΚΟΛΛΙΟΣ Κ. OR.04, OR.11
ΚΟΝΤΑΚΙΩΤΗΣ Θ. OR.12, OR.18, PO.19, PO.25, PO.45
ΚΟΝΤΑΝΑ Α. OR.10
ΚΟΝΤΟΓΕΩΡΓΟΥ Δ. OR.06, OR.07
ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Γ. SC.05, SC.07, SC.08, SC.13
ΚΟΝΤΟΥ Π. PO.34
ΚΟΣΜΙΔΗΣ Χ. OR.36
ΚΟΤΤΑΡΑΣ Α. PO.02
ΚΟΤΤΑΡΑΣ Σ. PO.02
ΚΟΥΪΔΗ Ε. OR.16
ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ Χ. OR.36
ΚΟΥΡΟΥΚΛΗ Ε. OR.14, OR.15, OR.16
ΚΟΥΡΤΗ Μ. PO.05
ΚΟΥΡΤΗΣ Ε. PO.32
ΚΟΥΣΚΟΥΡΑΣ Κ. OR.36
ΚΟΥΤΣΑΜΠΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Κ. PO.51, PO.52, PO.53, PO.54, PO.55, PO.56, PO.57, PO.58, PO.59
ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Α. PO.32
ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Κ. PO.32
ΚΟΥΤΣΟΥΚΗΣ Δ. OR.49
ΚΟΥΤΣΟΥΡΑΚΗ Ε. OR.19
ΚΡΗΤΑΣ Σ. PO.03
ΚΡΗΤΙΚΟΣ Γ. PO.24, PO.50
ΚΡΟΚΟΣ Ν. PO.09
ΚΥΔΩΝΑ Χ. OR.02
ΚΥΡΒΑΣΙΛΗΣ Φ. OR.53
ΚΥΡΙΑΖΗΣ Γ. OR.18
ΚΥΡΙΑΚΑΚΗΣ Ν. PO.04
ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Α. PO.37, PO.38
ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ. PO.47
ΚΥΡΚΑ Κ. PO.41, PO.46
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Ι. PO.44
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Π. OR.03
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Π. OR.43, PO.36
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Β. OR.21
ΚΩΣΤΑΚΗ Σ. OR.09
ΚΩΣΤΟΥΡΟΥ Δ.-Θ. OR.10

Λ

ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Ι. OR.39
ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ Α. OR.21
ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ Ε. PO.40
ΛΑΛΕΣ Γ. SC.06, SC.09, SC.11
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Μ. PO.22, PO.37, PO.38
ΛΑΣΚΟΥ Σ. OR.36
ΛΑΦΑΡΑ Κ. PO.41, PO.46
ΛΕΟΝΤΑΡΗ Ρ. PO.13
ΛΙΑΛΙΑΣ Ι. OR.14, OR.15, PO.35
ΛΙΝΑΡΔΟΥ Ι. OR.02, SC.01, PO.51, PO.52
ΛΙΟΒΑΣ Δ. PO.44
ΛΟΓΟΘΕΤΗ Ε. PO.27
ΛΟΥΤΖΙΔΟΥ Λ. PO.34

ΛΟΥΤΡΑΔΗΣ Χ. OR.13
ΛΟΥΦΟΠΟΥΛΟΣ Π. OR.38, OR.40, OR.41, OR.42

Μ
ΜΑΚΡΗ Μ. PO.18
ΜΑΛΛΟΥΡΗ Δ. OR.21
ΜΑΝΑΦΗΣ Α. SC.06, SC.09, SC.11
ΜΑΝΔΑΛΑ Ε. PO.41, PO.46
ΜΑΝΙΚΑ Κ. PO.33, PO.34, PO.48
ΜΑΝΣΟΥΡ Γ. PO.29
ΜΑΝΤΑΛΟΒΑΣ Σ. OR.36
ΜΑΝΤΖΑΝΑ Π. PO.42, PO.47
ΜΑΝΤΣΙΟΥ Χ. OR.14, OR.15, OR.16
ΜΑΝΩΛΙΤΣΗΣ Ι. PO.32
ΜΑΡΑΝΤΙΔΗΣ Μ. PO.07
ΜΑΡΓΑΡΙΤΗ Ε. OR.10
ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Α. PO.43
ΜΑΡΚΑΚΗΣ Κ. OR.01, PO.01
ΜΑΡΚΑΝΤΩΝΑΤΟΥ Α.-Μ. OR.17, PO.18, PO.20, PO.21
ΜΑΡΚΟΥ Α. PO.08
ΜΑΣΣΑ Ε. OR.46
ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΟΥ Γ. OR.41
ΜΑΥΡΟΜΟΥΣΤΑΚΟΣ Σ. PO.02
ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Ξ. PO.40
ΜΕΛΑΣ Ν. OR.39
ΜΕΛΑΧΡΟΙΝΟΣ Γ. OR.55
ΜΕΛΙΣΣΑΝΙΔΗΣ Σ. PO.40
ΜΕΜΜΟΣ Ε. OR.04
ΜΕΜΤΣΑ Π. PO.15
ΜΗΛΙΑΡΑΣ Σ. OR.42
ΜΗΝΟΠΟΥΛΟΥ Ι. OR.13
ΜΗΤΑΣ Χ. SC.06, SC.09, SC.11, SC.13
ΜΗΤΡΟΥΔΗ Μ. OR.23, OR.25, OR.26, OR.29
ΜΗΤΣΑΣ Α. OR.30
ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Ε. PO.09
ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Σ. OR.55
ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ ΣΤ. SC.02, SC.04, SC.10
ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Χ. PO.17
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Ν. OR.36
ΜΟΥΛΟΥΔΗ Ε. OR.46
ΜΟΥΡΑΤΙΔΟΥ Ε. PO.06
ΜΟΥΡΤΖΙΛΑΣ Ε. PO.23, PO.24, PO.50
ΜΠΑΓΓΕΑΣ Π. OR.50, OR.51
ΜΠΑΚΑΛΟΥΔΗ Δ. SC.05, SC.10
ΜΠΑΛΑΠΑΝΙΔΗΣ Χ. PO.31
ΜΠΑΛΑΣΚΑ Β. PO.26, PO.27
ΜΠΑΛΙΑΚΑ Α. PO.25
ΜΠΑΛΤΑΤΖΙΔΗΣ Α. PO.05, PO.06, PO.07, PO.08
ΜΠΑΜΙΔΗΣ Π. PO.11
ΜΠΑΜΙΧΑΣ Γ. OR.21
ΜΠΑΝΗ Κ. OR.03, PO.17
ΜΠΑΝΤΑΔΑΚΗ Μ. PO.18, PO.20, PO.21
ΜΠΑΡΜΠΑΚΑΣ Δ. PO.44
ΜΠΑΡΜΠΟΥΤΗ Α. PO.41, PO.46
ΜΠΑΤΣΗΣ Ι. OR.21
ΜΠΕΛΕΣΗ Ι. PO.22, PO.37, PO.38
ΜΠΕΣΙΝΑ Μ.-Ε. PO.20
ΜΠΙΚΙΑΡΗΣ Δ. OR.34
ΜΠΙΝΑΣ Α. PO.52, PO.56
ΜΠΙΣΜΠΟΣ Δ. PO.31
ΜΠΙΤΖΙΚΑ Σ. PO.31
ΜΠΟΣΒΕΛΗ Ν. OR.04, OR.11
ΜΠΟΥΛΟΥΚΟΥ Σ. SC.06, SC.09, SC.11, SC.12
ΜΠΟΥΡΑ Π. OR.08
ΜΠΟΥΣΙΟΥ Ζ. OR.21
ΜΥΛΩΝΑΣ Δ. OR.09
ΜΥΛΩΝΑΣ Κ. OR.28, OR.35
ΜΥΣΕΡΛΗΣ Γ. OR.27

Ν
ΝΑΚΑΣ Δ. PO.22, PO.37, PO.38
ΝΑΝΑΚΗ Σ. OR.34
ΝΕΤΣΙΚΑ Φ. PO.42, PO.47
ΝΙΚΗΤΑΚΟΣ Ν. OR.50, OR.51
ΝΙΚΗΤΕΑΣ Ν. OR.28
ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ Χ. PO.35
ΝΙΚΟΥ Ο. OR.54
ΝΟΒΑΚΗΣ Ζ. PO.40
ΝΟΥΣΙΑ Λ. OR.14, OR.15, OR.16
ΝΤΑΒΙΔΗ Α. OR.36
ΝΤΟΣΚΑΣ Κ. SC.05, SC.07, SC.08, SC.13
ΝΤΟΤΗΣ Ι. OR.11

Ξ
ΞΥΔΑ Σ. SC.06, PO.59
ΞΥΝΙΑΣ Ι. OR.11

Ο
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ν. PO.26, PO.27

Π
ΠΑΝΑ Α. PO.22, PO.37, PO.38
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Γ. OR.10
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Α. PO.18, PO.20, PO.21
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ Α. OR.13
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ Α. OR.27
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ν. OR.47, OR.48, PO.29, PO.30
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Θ. PO.44

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α. PO.16, PO.23, PO.24
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Β. OR.28, OR.30, OR.33, OR.35, OR.37, OR.38, OR.40, OR.41, OR.42, OR.50, OR.51
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ. PO.06, PO.07, PO.22, PO.37, PO.38
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Χ. OR.03, OR.13
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Δ. OR.13, OR.22, OR.31
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Θ. SC.06
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚ. PO.15
ΠΑΠΑΕΥΘΥΜΙΟΥ-ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Α. OR.36
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Α. PO.16, PO.23, PO.24, PO.50
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ε. OR.04, PO.05, PO.08
ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ Δ. OR.18, PO.19, PO.28, PO.45
ΠΑΠΑΛΑΚΗΣ Α. PO.16, PO.23, PO.24, PO.50
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ε. PO.03
ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ Δ. OR.50, OR.51
ΠΑΠΠΑΣ Χ. PO.33
ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΪΔΟΥ Α. PO.45
ΠΑΡΑΣΧΟΥ Α. OR.36
ΠΑΣΚΑΛΗΣ Γ.-Χ. PO.39
ΠΑΣΤΕΛΗ Ν. PO.25
ΠΑΤΟΥΛΙΑΣ Ι. OR.23, OR.25, OR.26, OR.29, PO.51, PO.55, PO.58
ΠΑΤΣΗ Ο. OR.19
ΠΑΤΣΙΩΡΑ Χ. PO.44
ΠΑΥΛΙΔΗΣ Π. PO.12
ΠΑΥΛΙΔΟΥ Μ. PO.39
ΠΑΥΛΟΥ Ι. OR.05
ΠΕΓΙΟΣ Α. OR.23, OR.25, OR.26, OR.29
ΠΕΓΙΟΥ Σ. PO.12, PO.13
ΠΕΤΙΔΗΣ Κ. OR.01, OR.03, SC.07, SC.12, SC.13, PO.01
ΠΕΤΡΙΔΟΥ Ε. PO.03
ΠΙΑΧΑΣ Α. OR.33, OR.37
ΠΙΛΑΛΑΣ Δ. OR.09
ΠΙΠΕΡΙΔΟΥ Α. SC.07, SC.12, PO.53, PO.56, PO.59
ΠΛΕΞΙΔΑΣ Δ. PO.30
ΠΟΖΙΔΗΣ Β. OR.30, OR.41
ΠΟΛΥΧΡΟΝΙΔΟΥ Γ. PO.12, PO.13
ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ. OR.09
ΠΟΡΠΟΔΗΣ Κ. OR.12, OR.18, PO.19, PO.28, PO.45
ΠΟΥΜΠΟΥΛΙΔΗΣ Γ. OR.47
ΠΡΕΒΕΖΑΝΟΣ Μ. OR.47, PO.29
ΠΡΟΥΣΑΛΗΣ Θ. OR.33
ΠΡΩΤΟΝΟΤΑΡΙΟΥ Ε. PO.42, PO.47
ΠΥΡΓΙΔΗΣ Ν. OR.13
ΠΥΡΠΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Α. OR.02, OR.03, SC.07, SC.12, PO.17

Ρ

ΡΑΪΚΟΣ Ν. PO.36
ΡΑΦΑΗΛΙΔΗΣ Σ. PO.43
ΡΑΧΙΩΤΗΣ Γ. OR.54
ΡΕΤΖΕΠΕΡΗ Ε. PO.12, PO.13
ΡΟΗΛΙΔΗΣ ΕΜΜ. OR.02, PO.17, PO.35, PO.49
ΡΩΜΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι. PO.17

Σ

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ. OR.09, OR.10
ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ Ι. OR.21
ΣΑΛΒΕΡΙΔΗΣ Ν. OR.27
ΣΑΜΑΡΑΣ Κ. OR.17
ΣΑΜΠΑΝΗΣ Χ. OR.01, SC.05, SC.10, PO.01
ΣΑΠΑΛΙΔΗΣ Κ. OR.36
ΣΑΠΟΥΝΑΣ Κ. PO.26
ΣΑΠΟΥΡΙΔΗΣ Γ. PO.05, PO.06, PO.07, PO.08
ΣΑΡΑΤΖΗΣ Ν. OR.38, OR.39
ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ Π. OR.13
ΣΑΡΑΦΙΔΟΥ Κ. PO.04
ΣΑΤΣΟΓΛΟΥ Σ. OR.09
ΣΑΧΙΝΙΔΗΣ Α. PO.55, PO.57
ΣΑΧΠΑΤΣΙΔΟΥ Ε. PO.02
ΣΑΧΠΕΚΙΔΗΣ Β. OR.13
ΣΕΜΚΟΓΛΟΥ Ο.-Ι. OR.29
ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Δ. PO.31
ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ. OR.05, PO.46
ΣΙΜΟΥΛΙΔΟΥ Ε. SC.07, SC.12
ΣΙΩΚΑΣ Β. OR.43, OR.44, OR.45, OR.46
ΣΚΑΛΚΟΥ Α. SC.06
ΣΚΟΤΣΙΜΑΡΑ Γ. OR.06, OR.07
ΣΚΟΥΡΑ Λ. PO.42, PO.47
ΣΚΟΥΤΖΟΥ Χ. OR.05
ΣΜΥΡΝΗΣ Π. OR.33
ΣΟΛΩΝΑΚΗ Φ. OR.27
ΣΟΥΚΙΟΥΡΟΓΛΟΥ Π. PO.17
ΣΟΦΟΓΙΑΝΝΗ Α. OR.09
ΣΠΑΝΟΣ Ε. OR.54
ΣΠΑΡΤΑΛΗΣ Ε. OR.28
ΣΠΥΡΑΤΟΣ Δ. PO.25, PO.45
ΣΤΑΓΚΟΥ Μ. OR.04
ΣΤΑΥΡΙΔΗΣ Κ. OR.39
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ. SC.02, SC.03, SC.04, SC.06, SC.08, SC.09, SC.10, SC.11, SC.13, PO.51, PO.52, PO.53, PO.54, PO.55, PO.56, PO.57, PO.58, PO.59
ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ Ι. PO.17

ΣΤΟΦΑΣ Α. PO.27
ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΟΥ Σ. PO.15
ΣΥΡΡΗΣ Ι. OR.50, OR.51
ΣΦΟΥΓΓΑΡΗΣ Δ. OR.23, OR.25, OR.26, OR.29
ΣΧΙΖΑΣ Δ. OR.28

Τ
ΤΑΚΟΥ Χ. PO.15
ΤΑΜΠΑΚΑΣ Λ. PO.44
ΤΑΣΙΚΑ Ε. PO.49
ΤΑΣΙΟΠΟΥΛΟΥ Κ. PO.33
ΤΑΤΣΙΟΥ Ζ. OR.22, OR.31
ΤΕΛΙΟΥ Κ. PO.44
ΤΖΑΜΟΥ Β. PO.31
ΤΖΑΤΖΑΡΑΚΗΣ Μ. OR.44
ΤΖΗΜΑΓΙΩΡΓΗΣ Γ. OR.18
ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ Κ. OR.09, OR.10
ΤΗΛΚΕΡΙΔΟΥ Μ. PO.09
ΤΙΓΚΙΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ. OR.39
ΤΙΡΤΑ Μ. PO.31
ΤΟΛΙΚΑΣ Α. OR.52
ΤΟΟΥΛΙΑΣ Α. OR.30, OR.33, OR.37, OR.38, OR.40
ΤΟΥΛΙΑ Η. OR.04, OR.11
ΤΟΥΜΠΟΥΡΛΕΚΑ Μ. SC.06, PO.51, PO.52
ΤΡΑΜΜΑ Δ. OR.20
ΤΣΑΒΔΑΡΗΣ Γ. PO.09
ΤΣΑΓΙΑΣ Ν. OR.52
ΤΣΑΚΟΣ Η. OR.52
ΤΣΑΝΑΚΑΣ Ι. OR.14, OR.15, OR.16, OR.53
ΤΣΑΠΑΡΑ Β. SC.02, SC.04, SC.10
ΤΣΑΠΡΑΝΤΖΗ Α. OR.22, OR.31
ΤΣΑΠΡΑΝΤΖΗ Κ. OR.22, OR.31
ΤΣΑΤΣΑΝΑΚΗΣ Α. OR.44
ΤΣΕΚΟΣ Α. OR.24
ΤΣΕΡΛΙΚΑΚΗΣ Ν. PO.32
ΤΣΙΓΓΕΛΙΔΗΣ Θ. PO.09
ΤΣΙΛΙΔΑ Β. PO.07
ΤΣΙΜΠΕΡΙΔΗΣ Α. SC.01
ΤΣΙΝΕΚΕ Ρ. PO.22, PO.37, PO.38
ΤΣΙΟΥΠΡΟΥ Ι. PO.48
ΤΣΙΩΝΗ Κ. PO.41, PO.46
ΤΣΟΛΑΚΗ Μ. OR.19
ΤΣΟΛΑΚΙΔΗΣ Α. OR.30, OR.33, OR.37, OR.38
ΤΣΟΜΠΑΝΑΚΟΥ Α. OR.21
ΤΣΟΜΠΑΝΙΔΟΥ Χ. PO.16
ΤΣΟΥΛΦΑΣ Γ. OR.28, OR.33, OR.35, OR.37, OR.38, OR.40, OR.50, OR.51
ΤΤΕΡΑΛΛΗ Ν. OR.36
ΤΥΡΟΘΟΥΛΑΚΗΣ Ε. PO.16, PO.23, PO.24, PO.50

Φ
ΦΑΝΙΑΔΟΥ Ε. PO.19
ΦΑΡΜΑΚΗ Ε. PO.49
ΦΑΣΑΧΟΥΝΤΙΔΗΣ Θ. PO.05
ΦΑΧΟΥΡΙΔΗΣ Θ. PO.34
ΦΕΙΔΑΝΤΣΗΣ Θ. OR.25, OR.26, OR.29
ΦΙΛΙΠΠΟΥ Ι. PO.25
ΦΟΡΟΖΙΔΟΥ Ε. PO.32
ΦΟΥΖΑΣ Ι. OR.27
ΦΟΥΚΑ Ε. OR.12, OR.18, PO.19, PO.28
ΦΟΥΝΤΖΗΛΑΣ Γ. OR.40
ΦΩΤΙΑΔΟΥ Κ. PO.40
ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Α. PO.26, PO.27

Χ
ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΗΣ Κ. SC.07, SC.12, PO.52, PO.55, PO.58
ΧΑΣΣΙΔΗ Τ. OR.52
ΧΑΤΖΗ Α. PO.35
ΧΑΤΖΗΑΓΟΡΟΥ Ε. OR.14, OR.15, OR.16, OR.53
ΧΑΤΖΗΑΠΟΣΤΟΛΟΥ Γ. PO.22, PO.37, PO.38
ΧΑΤΖΗΔΑΜΟΣ Π. PO.04
ΧΑΤΖΗΜΙΤΡΟΒΑ Μ. PO.28, PO.34
ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Σ. SC.07, SC.12
ΧΑΤΖΗΜΠΟΥΣΙΟΣ Κ. PO.16, PO.23, PO.24, PO.50
ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ Φ. OR.49
ΧΑΤΖΗΠΑΥΛΙΔΟΥ Β. PO.11
ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α.Ι. OR.09, OR.10
ΧΑΤΖΗΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Χ. OR.54
ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ Γ. OR.10
ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥ Φ. OR.18
ΧΕΡΟΥΒΕΙΜ Π. OR.35
ΧΙΝΕΛΗΣ Π. PO.33, PO.34
ΧΙΟΝΙΔΟΥ Ρ. PO.06
ΧΙΣΣΑΝ Σ. SC.06
ΧΟΡΤΗ Μ. PO.26
ΧΡΗΣΤΟΥ Κ. SC.02, SC.03, SC.04, SC.05, SC.08, SC.09, SC.10, SC.11, PO.53, PO.55, PO.58
ΧΡΙΣΤΟΥ Χ. OR.30, OR.33, OR.37, OR.38
ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ Χ. PO.40
ΧΡΥΣΟΒΕΡΓΗΣ Ι. OR.49
ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ Ε. OR.53
ΧΥΤΙΡΟΓΛΟΥ Π. OR.36

Ψ
ΨΩΜΑ Ε. PO.40