



ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.)

29^ο Ετήσιο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός»

Αθήνα, 8-12 Απριλίου 2024

1884

1934

2014

ΤΟΜΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις Χορηγούς Εταιρείες

GSK

MAVROGENIS
Authorized Distributor
Medtronic

MILIMED

INTEGRIS
PHARMA

astellas

cardio
innovation

MSD

Pfizer

AMGEN

100
BIANEE
Bioscience Innovation Alliance

Spine Action

WinMedica

GE HealthCare

Germanos Medicals
since 1945

MEDIWAY
MEDICAL SUPPLIES

arriani
pharmaceuticals

GCP
Dedicated to healthcare.

ΥγαιοΔυναμική
ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΦΟΔΙΩΝ
ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ & ΕΜΠΟΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΦΟΔΙΩΝ

- Χορηγία Επιστημονικού Προγράμματος: **cardio innovation**
- Χορηγία Γεύματος Έναρξης Εργασιών Σεμιναρίου (Δευτέρα 08-04-24, ώρα 20:00): **MILIMED**
- Χορηγία Προγράμματος Καταγραφής Χρόνου Παρακολούθησης: **AMGEN**
- Χορηγία Διαλείμματος Καφέ (Τετάρτη 10-04-24, ώρα 14:50-15:15): **INTEGRIS PHARMA**
- Χορηγία Διαλείμματος Καφέ (Πέμπτη 11-04-24, ώρα 15:45-16:15): **WinMedica**
- Χορηγία Διαλείμματος Καφέ (Παρασκευή 12-04-24, ώρα 13:50-14:10): **Germanos Medicals** since 1945

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Η Ένωση Επιστημονικού Προσωπικού του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.), όπως κάθε χρόνο έτσι και φέτος εκδίδει σε ηλεκτρονική μορφή, τα Πρακτικά του Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.

Ευχαριστούμε θερμά όλα τα Μέλη της Εκδοτικής Γραμματείας και ιδιαίτερα την Πρόεδρο κα Ε. Μπελεσιώτου και την Αντιπρόεδρο κα Χ. Λιναρδή, για τις προσπάθειες που κατέβαλαν για την ορθή έκδοση των πρακτικών.

Επίσης, ευχαριστούμε όλους τους συγγραφείς-ομιλητές, που υπέβαλαν περίληψη της εισήγησής τους ή/και κατέθεσαν εργασίες, που εκπονήθηκαν στο Νοσοκομείο μας και όσες επελέγησαν, θα παρουσιαστούν ως Προφορικές ή Αναρτημένες Ανακοινώσεις.

Ευχόμαστε τα πρακτικά του Σεμιναρίου να είναι χρήσιμα για τη σφαιρική ενημέρωσή σας για την πρόοδο της Ιατρικής Επιστήμης σε διαφορετικά πεδία, δεδομένου ότι το Πρόγραμμα είναι πολυθεματικό, υψηλού επιστημονικού επιπέδου και ανταποκρινόμενο στις ανάγκες της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Θερμά συγχαρητήρια αξίζουν στην Επιστημονική Επιτροπή και ιδιαίτερα στην Πρόεδρο κα Α. Τσιρογιάννη και στις Αντιπροέδρους κ.κ. Ι. Σκράπαρη και Μ. Τζανέλα για τη συμβολή τους στην κατάρτιση του Επιστημονικού Προγράμματος.

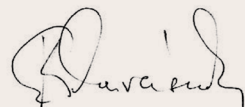
Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε δημόσια τα Μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής και ιδιαίτερα τους Αντιπροέδρους, κ.κ. Ι. Μπαλταδάκη και Γ. Μαρακομιχελάκη αλλά και όλα τα Μέλη-Συνεργάτες του Διοικητικού Συμβουλίου της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. για την πολύτιμη βοήθειά τους στην Οργάνωση του Σεμιναρίου.

Σίγουρα δεν μπορούμε, να μην αναφέρουμε τους Χορηγούς μας, **GLAXOSMITHKLINE, MAVROGENIS, MILIMED, INTEGRIS PHARMA, ASTELLAS, CARDIO INNOVATION, MERCK SHARP & DOHME, PFIZER, AMGEN, BIANEΞ, SPINE ACTION, WINMEDICA, GE HEALTHCARE, GERMANOS MEDICALS, MEDIWAY, ARRIANI PHARMACEUTICALS, ΓΕΝΙΚΗ ΧΗΜΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ, ΥΓΕΙΟΔΥΝΑΜΙΚΗ**, που χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και στήριξη, που μας προσέφεραν, δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση του 29ου Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός».

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στις κ.κ. Ξ. Τρυφέρη και Α. Παπαμαλή, που απαρτίζουν τη Γραμματεία της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. και όπως κάθε χρόνο, έτσι και φέτος, συνέβαλαν σημαντικά στην επιτυχημένη ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Με την ευχή και την ελπίδα το Σεμινάριο να ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας, το Δ.Σ. της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. σας ευχαριστεί για τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση



Dr. med. Καλλιόπη Αθανασιάδη
Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ε.Ε.Π.Ν.Ε.
και της Οργανωτικής Επιτροπής

29^ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΑΘΗΝΑ 8 - 12 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2024

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΤΟΥ Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.)

Πρόεδρος: Κ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ
Αντιπρόεδρος: Μ. ΧΡΟΝΗ
Γενικός Γραμματέας: Δ. ΤΟΜΑΗΣ
Ταμίας: Ε. ΚΟΝΤΟΥ
Μέλη: Χ. ΒΟΥΛΓΑΡΗ
Ε. ΓΕΛΑΔΑΡΗ
Ε. ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ
Σ. ΔΟΥΛΟΥ
Π. ΠΕΤΑΛΟΥΔΗΣ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Κ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ
Αντιπρόεδρος: Ι. ΜΠΑΛΤΑΔΑΚΗΣ
Αντιπρόεδρος: Γ. ΜΑΡΑΚΟΜΙΧΕΛΑΚΗΣ
Ταμίας: Ε. ΚΟΝΤΟΥ
Μέλος: Ν. ΒΙΑΖΗΣ
Ε. ΓΕΛΑΔΑΡΗ
Π. ΔΕΔΕΗΛΙΑΣ
Ν. ΔΡΙΜΑΛΑΣ
Σ. ΚΑΠΙΡΗΣ
Π. ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ
Γ. ΚΑΤΣΙΚΑΣ
Δ. ΤΟΜΑΗΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Α. ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ
Αντιπρόεδρος: Ι. ΣΚΡΑΠΑΡΗ
Αντιπρόεδρος: Μ. ΤΖΑΝΕΛΑ

Μέλη:

Ν. ΑΛΕΒΙΖΟΠΟΥΛΟΣ	Γ. ΚΑΝΕΛΛΗΣ	Ι. ΣΙΓΑΛΑ
Ε. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ	Σ. ΚΟΡΦΙΑΣ	Σ. ΣΤΟΥΡΑΪΤΟΥ
Δ. ΒΑΣΙΛΑΚΟΣ	Κ. ΚΟΤΣΙΦΑΣ	Ι. ΤΣΩΝΗΣ
Χ. ΒΟΥΛΓΑΡΗ	Ε. ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ	Δ. ΧΑΣΙΩΤΗΣ
Α. ΖΑΧΑΡΟΥΛΗΣ	Σ. ΜΕΝΤΖΕΛΟΠΟΥΛΟΣ	Μ. ΧΡΟΝΗ
Ι. ΚΑΚΚΑΣ	Ε. ΠΕΡΙΒΟΛΙΩΤΗ	

ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Πρόεδρος: Ε. ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ

Αντιπρόεδρος: Χ. ΛΙΝΑΡΔΗ

Μέλη:

Δ. ΑΝΤΑΡΑΚΗ	Σ. ΔΡΙΤΣΑΣ
Ε. ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ	Κ. ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ
Δ. ΓΑΖΗ	Π. ΠΕΤΑΛΟΥΔΗΣ
Ε. ΓΕΛΑΔΑΡΗ	Ν. ΠΕΤΡΙΔΗΣ
Ε. ΓΙΑΧΑΪ	Α. ΣΙΑΚΑΣ
Π. ΓΟΥΝΟΠΟΥΛΟΣ	Μ. ΣΙΜΟΥ
Ε. ΔΗΜΑ	Δ. ΤΖΑΛΑΣ
Ν. ΔΗΜΗΤΡΟΚΑΛΛΗΣ	Κ.-Δ. ΤΟΜΑΗ
Σ. ΔΟΥΛΟΥ	Α. ΤΣΟΜΠΑΝΕΛΛΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Πρόεδρος: Κ. ΡΩΜΑΝΑ

Μέλη: Ε. ΜΑΥΡΟΚΕΦΑΛΟΥ

Δ. ΣΤΑΛΙΚΑΣ
Θ. ΣΤΡΑΤΗΓΟΥ
Μ. ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ	Δ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ	Ε. ΠΑΝΤΙΚΙΔΗ
Ν. ΑΛΕΒΙΖΟΠΟΥΛΟΣ	Π. ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ	Β. ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Ε. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ	Σ. ΚΟΛΙΑΣ	Ε. ΠΕΡΙΒΟΛΙΩΤΗ
Δ. ΒΑΣΙΛΑΚΟΣ	Θ. ΚΟΝΤΟΠΟΥΛΟΥ	Μ. ΠΟΛΙΤΗ
Ι. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ	Σ. ΚΟΡΦΙΑΣ	Ε. ΠΡΑΠΠΑ
Μ. ΒΑΣΣΑΜΑΤΖΗΣ	Κ. ΚΟΤΣΙΦΑΣ	Φ. ΡΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ
Ν. ΒΙΑΖΗΣ	Ν. ΚΟΧΥΛΑΣ	Χ. ΡΟΥΤΣΗ
Β. ΒΟΥΓΑΣ	Θ. ΚΡΑΤΗΜΕΝΟΣ	Κ. ΡΩΜΑΝΑ
Χ. ΓΑΡΝΑΒΟΣ	Δ. ΜΑΓΓΑΝΑΣ	Β. ΣΕΒΑΣΤΙΑΝΟΣ
Χ. ΓΙΑΤΡΑ	Ε. ΜΑΓΕΙΡΑ	Ι. ΣΙΓΑΛΑ
Ν. ΔΗΜΗΤΡΟΚΑΛΛΗΣ	Β. ΜΑΡΚΑΚΗ	Δ. ΣΤΑΛΙΚΑΣ
Ι. ΕΥΘΥΜΙΟΥ	Σ. ΜΕΝΤΖΕΛΟΠΟΥΛΟΣ	Α. ΣΩΤΗΡΙΟΥ
Α. ΚΑΛΛΙΤΣΗΣ	Ι. ΜΠΑΛΤΑΔΑΚΗΣ	Δ. ΤΟΜΑΗΣ
Ι. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ	Ε. ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ	Μ. ΤΖΑΝΕΛΑ
Γ. ΚΑΝΕΛΛΗΣ	Ε. ΜΥΛΩΝΑ	Δ. ΤΖΟΥΜΗ
Σ. ΚΑΠΙΡΗΣ	Σ. ΝΑΝΑΣ	Α. ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ
		Μ. ΧΡΟΝΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΩΝ

ΑΝΟΣΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ..... 16

Βασιλική Κίτσιου

ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ..... 17

Κλειώ Αμπελακιώτου

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΕΣ ΜΥΟΠΑΘΕΙΕΣ..... 18

Ελισάβετ Κόντου

Η ΕΠΙΓΕΝΕΤΙΚΗ ΣΤΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ..... 19

Αικατερίνη Ταράση

ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ

..... 20

Ευσταθία Περιβολιώτη

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ 21

Ζωή Ψαρουδάκη

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ *C. DIFFICILE* ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ..... 22

*Σοφία Κωστούρου, Χρυσούλα Κολοκοτρώνη, Ελένη Μυλωνά,
Βασίλειος Παπασταμόπουλος, Ελένη Μπελεσιώτου*

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ 23

Ελένη Μυλωνά

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ

ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ..... 24

Γεώργιος-Ιωάννης Πούπουζας, Κωνσταντίνος Κότσιφας, Ευάγγελος Μπαλής

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

ΤΟ ΦΟΡΤΙΟ ΤΟΥ RSV ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΣ 25

Νικόλαος Αθανασίου

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ 26

Νικολέττα Τυροβολά

ΕΙΝΑΙ Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ? 27

Ηλίας Σαμιώτης

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΙΣ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ 28

Δημήτριος Ν. Τομαής

ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ 29

Λουκία Αλεξοπούλου-Προυριά, Βασίλης Πάτρης, Μιχαήλ Αργυρίου

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ)

F.A.S.T 30

Χριστίνα-Ιφιγένεια Σιέρρου

TRIPLEX ΚΑΡΔΙΑΣ 31

Αγγελική Νικ. Μπαλαδήμα

ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ 32

Ευριπίδης Ανδρέας Καρτσωνάκης

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΑΥΧΕΝΙΚΗ ΜΥΕΛΟΠΑΘΕΙΑ

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 33

Ελένη Λαζαρίδου

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ 34

Βασιλική Α. Γκουρμπαλή

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 35

Μιχαήλ Πολυχρονιάδης

ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ 36

Στέφανος Κορφιάς, Δημήτριος Δημόπουλος, Λυκούργος Αναστασόπουλος, Αλέξανδρος Κόσσυβας

ΦΥΣΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ 37

Παντελής Κουργιαντάκης

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ 38

Γεώργιος Χατζηπαναγιώτου

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ 39

Δημήτριος Βασιλάκος

ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ 40

Αικατερίνη Καζιάνη

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

«MOLECULAR TUMOR BOARD»

Η ΝΕΑ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΙΔΙΚΩΝ

Η ΜΟΡΙΑΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ. ΛΥΣΗ Η ΑΔΙΕΞΟΔΟ 41

Βάιος Ωραιόπουλος, Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος

Ο ΚΡΙΣΙΜΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΤΟ MOLECULAR TUMOR BOARD 42

Χρήστος Μασσαούτης

Ο ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΖΕΥΓΜΕΝΩΝ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ (ADCS)
ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ. Η ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ 43

Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος, Βάιος Ωραιόπουλος

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΚΩΝ

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΝΔΕΙΞΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ -

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΠΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΤΥΧΑΙΩΜΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ 45

Μαρία Σωτηροπούλου

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟΣ 46

Σταύρος Σταυρόπουλος

ΦΑΙΟΧΡΩΜΟΚΥΤΤΩΜΑ/ΠΑΡΑΓΑΓΓΛΙΩΜΑ 47

Παναγιώτης Μουχτούρης

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΦΛΟΙΟΥ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ 48

Νικόλαος Κατεχάκης

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΥΠΝΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ - ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗ CPAP 49

Ελένη Περράκη

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ):

«ΛΑΘΗ - ΠΛΑΝΕΣ - ΠΑΡΑΛΗΨΕΙΣ - ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ» 50

Αλέξανδρος Σκούρτης

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Ο ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΩΝ ΑΣΘΕΝΗΣ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ)

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ
(ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ) 51

Θεοφάνη Ρίμπα

ΒΑΣΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ
ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ 52

Ελευθερία Μίτζη

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ 53

Χαράλαμπος Γιαννόπουλος

ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΗΝ ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΤΗΡΑΓΝΩΣΤΙΚΣ: ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΟΓΚΩΝ 54

Νικολέτα Πιάνου

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ 55

Αθηνά Φωθιαδάκη

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ

ESR1 ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ: ΕΝΑΣ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ
ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ 56

Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος, Βάϊος Ωραιόπουλος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ

Η ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

ΥΠΕΡ - ΚΑΤΑ 57

Ευθύμιος Γκότσης, Κωνσταντίνος Φωλήνας, Θεόδωρος Τέγος

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΕ ΚΟΛΟΟΡΘΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ 58

Σπυρίδων Δρίτσας

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΤΡΑΧΗΛΙΚΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ

ΩΡΛ ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ 59

Ματθίλδη Χρόνη

ΚΑΤΙΟΥΣΑ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΤΙΔΑ 60

Καλλιόπη Αθανασιάδη

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΤΕΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΣΤΗ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ 61

Καλλιόπη Αθανασιάδη

ΣΤΗΝ ΩΡΛ 62

Ματθίλδη Χρόνη

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ

ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΜΕ ΠΤΩΧΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ 63

Σπυρίδων Μεντζελόπουλος

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ 64

*Αθηνά Μπατσούλη, Ευφροσύνη Δήμα, Αναστασία Άνθη,
Αθανάσιος Τρίκας, Σωτήριος Ξυδώνας*

ΧΡΟΝΙΑ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ 65

*Παναγιώτα-Ναταλία Ζιμπουνούμη-Κεράτσα, Ευσταθία Πράππα,
Ευφροσύνη Δήμα, Αναστασία Άνθη, Αθανάσιος Τρίκας*

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ) 66

Ευφροσύνη Δήμα

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ 2: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΟΛΥΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ	67
<i>Θεοδώρα Στρατηγού</i>	
ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ	68
<i>Γεώργιος Μαρακομιχελάκης</i>	
ΟΦΘΑΛΜΟΠΑΘΕΙΑ	69
<i>Μαρία Τσακρή-Παϊζή, Χρήστος Κουτσίδης</i>	
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	70
<i>Παναγιώτα Κατσάνου</i>	

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ: ΣΕ ΠΟΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ;

Γεώργιος Κανέλλης

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕ ΚΟΙΝΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

ΣΥΝΔΡΟΜΟ VEXAS	72
----------------------	----

Ναταλί Ελ Γκότσι

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΕΙΩΝ

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ: ΠΩΣ ΦΤΑΣΑΜΕ ΑΠΟ ΤΑ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ Τ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ	73
--	----

Χαρά Γιατρά

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΜΠΑΓΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ	74
---	----

Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος, Βάιος Ωραιόπουλος

CAR-T CELLS ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ	76
--	----

Ιφιγένεια Α. Τζάννου

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

ΟΞΕΙΑ ΒΑΡΙΑ ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	77
--	----

Αγγελική Χρηστίδου

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΕΣ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	78
--	----

Χαράλαμπος Κυπραίος

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Η ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ..... 79

Καλλιόπη Ματαράγκα

Η ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ..... 80

Ματθίλδη Χρόνη

Η ΒΙΝΤΕΟΦΘΟΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ..... 81

Παναγιώτα Δημητροπούλου, Ιωάννης Καλογερόπουλος

ΔΙΑΛΕΞΗ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ ΕΝΤΕΡΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΕ ΑΥΤΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ..... 82

Βασίλειος Α. Σεβαστιανός

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ..... 83

Γεωργία Σαρρή

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΒΡΑΒΕΥΘΕΙΣΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΛΥΤΕΡΩΝ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ..... 84-90

ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ..... 91-125

ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ..... 126-177

GLUBRAN²

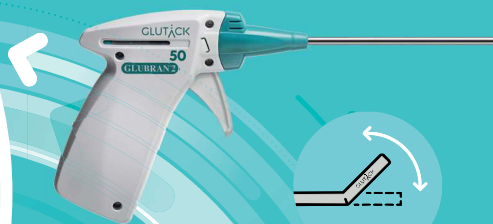
SYNTHETIC SURGICAL GLUE

GLUTÄCK[®]

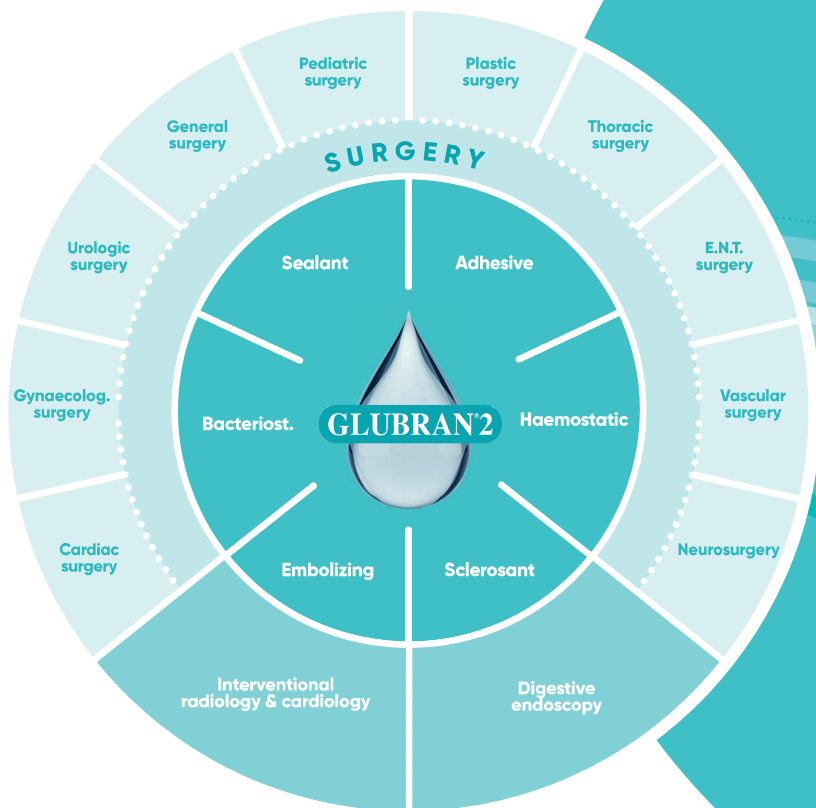
for **GLUBRAN²**

The best solution from every angle.

Laparoscopic hernia mesh fastening system



- ATRAUMATIC
- STRONG
- FAST
- PRECISE



SIX specialties in ONE product,
for more than 85 surgical indications.

Drop by drop applicators



Thin layer applicator



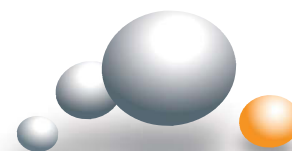
Drop by drop laparoscopic applicators



Nebulizers for Laparoscopy



Nebulizers for laparotomy



Spine Action

SPINE ACTION Ltd
Medical equipment & implants supplier

73, Vriliou str., 11476, Athens - Greece
T +30 210 6008 920, F +30 210 6090 898

www.spineaction.gr

GEM SOLUTION
COMES FROM
EVOLUTION

ΧΡΟΝΙΑ ΈΛΚΗ ΜΕ ΥΔΑΡΕΙΣ ΝΕΚΡΩΣΕΙΣ



ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗ

ΑΝΑΚΑΛΥΨΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΔΙΑΔΟΧΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ!

UrgoClean

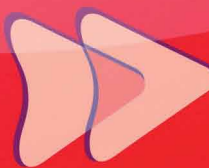
1



ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ

UrgoStart

2



ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗ



1

UrgoClean

Ο ΕΙΔΙΚΟΣ ΣΤΙΣ ΥΔΑΡΕΙΣ ΝΕΚΡΩΣΕΙΣ

+50% πιο αποτελεσματικό έναντι
του υδροϊνώδους επιθέματος αναφοράς

2

UrgoStart

Ο ΤΑΧΥΤΕΡΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ

επουλώνει στο μισό χρόνο
σε σχέση με ένα αφρώδες επίθεμα



Διαδοχική θεραπεία

UrgoClean



UrgoStart

GCP

Dedicated to healthcare.

Αυγής 60, Κηφισιά Τηλ: 210 6203000
Γραμμή χωρίς χρέωση: 800 500 5150
info@gcp.gr, www.gcp.gr

URGO
MEDICAL
HEALING PEOPLE®










MOOD

Minivacuum Only One Device

Wound healing made simple: Efficacy, wearability, and tailored therapy—all in one with MOOD. A powerful and disposable NPWT device with an integrated and replaceable canister.



VERSATILE OPERATIONAL MODES

	- 80	Continuous mode: -80 mmHg
	- 120	Continuous mode: -120 mmHg
	+ 	Intermittent mode: 0 mmHg to -80 mmHg
	+ 	Intermittent mode: 0 mmHg to -120 mmHg
		Oscillatory mode: -80 mmHg to -120 mmHg

PAJUNK®
Trust Tradition. Experience Innovation.

With Pajunk's Continuous Wound Infiltration System

InfiltraLong

- Precise 360° microperforations for consistent homogeneous flow
- More effective pain relief while reducing opioid consumption
- Kink protection hub and stainless steel helical coil for better catheter stability
- Including accessories like introducer needles and filters



FuserPump

- Sturdy 350ml hard shell pump
- Flexible flow rates: 3, 5, 8ml/h
- Spring Scale indicates remaining amount of anaesthetic (accessory)

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ

ΑΝΟΣΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

Βασιλική Κίτσιου

M.D., Ph.D. Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η κοιλιοκάκη αποτελεί μία χρόνια ανοσολογικά επαγόμενη διαταραχή που οφείλεται σε δυσανεξία στη γλουτένη και τις σχετιζόμενες με αυτή προλαμίνες των σιτηρών και εμφανίζεται σε άτομα με γενετική προδιάθεση. Στους ασθενείς η κατανάλωση γλουτένης οδηγεί στην εμφάνιση χρόνιας φλεγμονής του λεπτού εντέρου με ατροφία των λαχνών, υπερπλασία των κρυπτών και λεμφοκυτταρική διήθηση του βλεννογόνου, με αποτέλεσμα τη δυσαπορρόφηση θρεπτικών συστατικών. Η κλινική της εικόνα είναι ετερογενής, καθώς τα συμπτώματα ποικίλουν εξαιρετικά και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την έκταση και τη σοβαρότητα της βλάβης του λεπτού εντέρου. Είναι ένα πολυπαραγοντικό νόσημα, η εκδήλωση του οποίου εξαρτάται από τον συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Το HLA ή MHC γενετικό σύστημα και συγκεκριμένα τα HLA-DQA1 και -DQB1 τάξης II γονίδια έχουν ταυτοποιηθεί ως ο κύριος γενετικός παράγοντας επιδεκτικότητας. Πρακτικά, όλοι οι ασθενείς με κοιλιοκάκη φέρουν γονίδια που κωδικοποιούν για HLA-DQ2 και/ή -DQ8 μόρια. Η εμφάνιση του νοσήματος επί απουσίας αυτών των αντιγόνων είναι ιδιαίτερα σπάνια (<1%). Περίπου το 90% των ασθενών εκφράζει το HLA-DQ2.5 ετεροδιμερές, που κωδικοποιείται από τα -DQA1*05 και -DQB1*02 αλληλία (κληρονομούνται μαζί στο ίδιο ή χωριστά σε δύο ομόλογα χρωμοσώματα - cis/trans configuration). Οι υπόλοιποι ασθενείς εκφράζουν είτε το HLA-DQ2.2 (κωδικοποιείται από τα -DQA1*02:01-DQB1*02:02 αλληλία) είτε το HLA-DQ8 (κωδικοποιείται από τα -DQA1*03-DQB1*03:02 αλληλία). Μεγάλος αριθμός μελετών έχουν επιβεβαιώσει ότι ομοζυγωτία για το HLA-DQ2 συνήθως σχετίζεται με πολύ υψηλό κίνδυνο και πιο επιθετικές μορφές της κοιλιοκάκης. Λειτουργικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα HLA-DQ2 και σε μικρότερο βαθμό τα HLA-DQ8 μόρια έχουν υψηλή συγγένεια με τα πεπτίδια γλουτένης και ότι τα αντιδρώντα στη γλουτένη T λεμφοκύτταρα από τον βλεννογόνο του λεπτού εντέρου των ασθενών επιλεκτικά αναγνωρίζουν πεπτίδια γλουτένης όταν αυτά τους παρουσιάζονται από τα HLA-DQ2 ή HLA-DQ8 αντιγόνα.

Αν και η παρουσία των HLA-DQ2/DQ8 θεωρείται αναγκαία για την ανάπτυξη της κοιλιοκάκης, δεν είναι από μόνη της ικανή. Η πρόσφατη ανάπτυξη των GWAS (genome wide association studies) οδήγησε στην ανακάλυψη πολλών επιπρόσθετων γονιδίων επιδεκτικότητας. Έχει ταυτοποιηθεί ένας μεγάλος αριθμός SNPs (single nucleotide polymorphisms), τα οποία εδράζονται σε πάνω από 40 non-HLA γονίδια, πολλά από τα οποία εμπλέκονται σε διάφορα στάδια της ανοσιακής απάντησης. Ωστόσο, μέχρι στιγμής, ο HLA-DQ γονότυπος αποτελεί τον ισχυρότερο γενετικό παράγοντα για την κοιλιοκάκη και ένα σημαντικό κριτήριο στον διαγνωστικό αλγόριθμο της νόσου.

Η διάγνωση της κοιλιοκάκης βασίζεται στην ιστολογική ανάλυση βιοψιών του λεπτού εντέρου, ωστόσο η ανεύρεση ειδικών αυτοαντισωμάτων υποστηρίζει ισχυρά τη διάγνωση αυτή, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου η βιοψία δεν οδηγεί σε συμπέρασμα. Τρεις ορολογικοί βιοδείκτες βοηθούν στη διαγνωστική προσέγγιση: τα IgA αντισώματα έναντι ιστικής τρανσγλουταμινάσης (anti-tTG), τα αντισώματα έναντι ενδομυΐου (-EmA) και τα αντισώματα έναντι απαμινωμένης γλιαδίνης (anti-DGP). Τη μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα εμφανίζουν τα anti-tTG, ο τίτλος των οποίων έχει συσχετιστεί με τον βαθμό ατροφίας των λαχνών. Τα έναντι-EmA παράγονται ως αντίδραση στη βλάβη του εντερικού βλεννογόνου και ανιχνεύονται θετικά σχεδόν σε όλους τους ασθενείς. Αντίθετα, μόνο στο 80% των ασθενών θα προσδιοριστούν θετικά anti-DGP. Επιπλέον, τα ειδικά αυτά αυτοαντισώματα χρησιμοποιούνται στην παρακολούθηση των ασθενών, καθώς τα επίπεδά τους μειώνονται ή και αρνητικοποιούνται μετά από 6 έως 24 μήνες δίαιτας ελεύθερης γλουτένης.

Λέξεις κλειδιά: Κοιλιοκάκη, αυτοαντισώματα, ανοσογενετική.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6986488412

E-mail: vkitsiou@yahoo.gr

ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ

Κλειώ Αμπελακιώτου

Βιολόγος, Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τα Συστηματικά Αυτοάνοσα Ρευματικά Νοσήματα (ΣΑΡΝ) αποτελούν μια ετερογενή ομάδα πολυσυστηματικών νοσημάτων με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις. Προσβάλλουν περίπου το 1.1% των ενηλίκων παγκόσμια, γεγονός που καθιστά την αναζήτηση και αξιολόγηση των ανοσολογικών παραμέτρων τους μείζονος σημασίας αναφορικά με την κατάταξη, έγκαιρη διαγνωστική προσέγγιση, πρόγνωση, παρακολούθηση πορείας της νόσου, καθώς και την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής.

Τα αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA) αποτελούν μια ομάδα αντισωμάτων έναντι πολλαπλών αντιγονικών επιτόπων του πυρήνα των κυττάρων, ανιχνεύονται δε στο 30-100% τόσο των συστηματικών, όσο και των οργανοειδικών νοσημάτων. Για τον λόγο αυτό, αποτελούν πρώτης γραμμής δείκτη (screening test) στην προσέγγιση ή στον αποκλεισμό των ΣΑΡΝ. Οι ειδικότητες όμως των ANA αποτελούν βιοδείκτες νόσου. Η παρουσία των έναντι διπλής έλικας DNA αντισωμάτων (anti-dsDNAabs) εμφανίζεται στο 80% των ασθενών με νεφρίτιδα του Συστηματικού Ερυθηματώδους Λύκου (ΣΕΛ) και η ποσοτική εκτίμηση τους αποτελεί δείκτη παρακολούθησης της πορείας της νόσου. Στον ΣΕΛ επίσης ανιχνεύονται ειδικότερα αντισώματα έναντι των εκχυλίσμων αντιγόνων του πυρήνα (ENA), όπως τα έναντι Smith (anti-Sm) στο 30% των περιπτώσεων περίπου, με υψηλή ειδικότητα. Τα anti-RNP αντισώματα ανιχνεύονται και χαρακτηρίζουν τη Μικτή Νόσο Συνδετικού Ιστού (ΜΝΣΙ), τα anti-Ro και anti-La κυρίως στο σύνδρομο Sjögren, ενώ τα anti-Scl70 και anti-Jo1 αποτελούν ειδικούς δείκτες για το συστηματικό σκληρόδερμα και την δερματομυοσίτιδα/πολυμυοσίτιδα, αντίστοιχα.

Στη νόσο CREST (περιορισμένο σκληρόδερμα) παρατηρείται αντικεντρομεριδιακός τύπος φθορισμού στον προσδιορισμό των ANA (αντικεντρομεριδιακά abs -ACA) στο 50-90% των ασθενών, τα οποία αποτελούν και παθολογνολογικό δείκτη, ενώ ο προσδιορισμός των RF και anti-CCP αντισωμάτων στους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (ΡΑ) αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο και πρώιμο δείκτη για την πρόγνωση, ακόμα και με παρουσία μόνο άτυπων κλινικών συμπτωμάτων. Επίσης, στο πλαίσιο της διαγνωστικής προσέγγισης των ασθενών με ANCA σχετιζόμενες αγγειίτιδες, η διερεύνηση των τύπου Ρ και C -ANCA abs, αλλά και των αντίστοιχων ειδικοτήτων τους αντι-MPO και αντι-PR3 αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στην καθ' ημέρα πρακτική.

Σε κάθε περίπτωση, η αναζήτηση και η αξιολόγηση των προαναφερθέντων δεικτών και βιοδεικτών θα πρέπει να γίνεται με ορθολογική χρήση και τεκμηριωμένα, στη βάση κλινικών ενδείξεων και στο πλαίσιο διαφορικής διάγνωσης σύμφωνα με τους διαμορφωμένους αλγορίθμους και τις προτεινόμενες οδηγίες, με στόχο πάντα την ταχύτερη και ασφαλέστερη προσέγγιση του επιθυμητού αποτελέσματος για τον ασθενή και τον θεράποντα ιατρό.

Λέξεις κλειδιά: Ανοσολογικές παράμετροι, συστηματικά ρευματικά νοσήματα, ορθολογική χρήση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132043176, 6932333292

E-mail: k.ampelakiotou@gmail.com

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΕΣ ΜΥΟΠΑΘΕΙΕΣ

Ελισάβετ Κόντου

Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Με τον όρο Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις μυοπάθειες (ΙΦΜ) αναφερόμαστε σε μία ετερογενή ομάδα σπάνιων αυτοάνοσων νοσημάτων που προσβάλλουν κυρίως τους μύες και ποικίλλουν με βάση τις κλινικές εκδηλώσεις, τη θεραπευτική απάντηση και πρόγνωση. Χαρακτηρίζονται από μυϊκή αδυναμία κυρίως κεντρομελικών μυών, παρουσία φλεγμονής στη βιοψία και αύξηση μυϊκών ενζύμων, ενώ ενίοτε προσβάλλονται και άλλα συστήματα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια βασίζονταν στο παρελθόν σε κλινικά και ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά, σήμερα δε, διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες: δερματομυοσίτιδα (DM), πολυμυοσίτιδα (PM), αυτοάνοση νεκρωτική μυοπάθεια (IMNM), μυοσίτιδα εγκλείστων σωματίων (IBM), καθώς και την αλληλεπικαλυπτόμενη με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα μυοσίτιδα (OM).

Σε όλες τις αυτοάνοσες μυοπάθειες φαίνεται ότι για την παθογένεση συμμετέχουν γενετικοί παράγοντες, τόσο HLA όσο και μη HLA τόποι, αλλά και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως λοιμώξεις, χημικά, κάπνισμα, φάρμακα που μπορεί να είναι και κοινής χρήσης, όπως κορτικοειδή, στατίνες, ανθελονοσιακά, αντιρετροϊκά κ.α.

Στην παθογένεια συμμετέχουν ανοσολογικοί μηχανισμοί, όπως αυτοαντισώματα, T- και B-λεμφοκύτταρα, κυτταροκίνες, δένδριτικά, μακροφάγα όσο και μη ανοσολογικοί, όπως είναι η υποξία, η αυτοφαγία κ.τ.λ.

Στους ανοσοπαθογενετικούς μηχανισμούς συμμετέχει η χυμική ανοσιακή απόκριση, κατά την οποία παράγονται δύο είδη αντισωμάτων, τα σχετιζόμενα με μυοσίτιδα (MAA), που ανευρίσκονται κυρίως σε αλληλεπικαλυπτόμενα σύνδρομα και τα ειδικά αντισώματα (MSA) που ανιχνεύονται αποκλειστικά στις μυοσίτιδες.

Η ανίχνευση των αυτοαντισωμάτων αυτών αναγνωρί-

ζεται όλο και περισσότερο ως πολύτιμο εργαλείο για τη διάγνωση, την ταξινόμηση και πρόγνωση της ΙΦΜ. Για παράδειγμα, το σύνδρομο αντισυνθετασών σχετίζεται εκτός από την παρουσία των αντισωμάτων έναντι Jo1 και έναντι άλλων αμινοακυλ-συνθετασών (PL-7, PL-12, -EJ, -OJ κ.α.), η IMNM με anti-SRP και anti-HMGCR, η IBM με την αντι-κυτταροσολική νουκλεοτιδάση 1A (cN1A) και η DM με anti-Mi-2, anti-MDA-5, anti-TIF-1γ, anti-NXP-2 και anti-SAE. Επιπλέον, η παρουσία anti-MDA-5 σχετίζεται με αμυοπαθητική μυοσίτιδα που συνδυάζεται με διάμεση πνευμονοπάθεια, ενώ τα αντι-TIF-1γ και αντι-NXP-2 μπορεί να ανιχνευθούν σε ασθενείς με κακοήθεια. Έτσι, σε κάθε κλινική οντότητα δυνητικά προσδιορίζονται ειδικοί βιοδείκτες που βοηθούν στη διαγνωστική προσέγγιση των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Μυοπαθειών.

Η πρόοδος στη γνώση των MSA και των μεθόδων ανίχνευσής τους οδηγεί σε αναθεώρηση των κριτηρίων διαγνωστικής προσέγγισης των ΙΦΜ. Έτσι, επί έντονης κλινικής υποψίας ο προσδιορισμός ειδικών αντισωμάτων έναντι πολλαπλών αντιγονικών επιτόπων με νεότερες τεχνικές, όπως είναι η ανοσοαποτύπωση, έρχεται να συμβάλει στον διαγνωστικό αλγόριθμο, στην περαιτέρω διερεύνηση και στην πιθανή εκτίμηση των κλινικών εκδηλώσεων και της βαρύτητας της νόσου.

Λέξεις κλειδιά: Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις μυοπάθειες, ανοσοπαθογένεια, ειδικά αντισώματα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132043175, 6937437043

E-mail: kontolisa@gmail.com

Η ΕΠΙΓΕΝΕΤΙΚΗ ΣΤΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Αικατερίνη Ταράση

M.D., Ph.D., Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η επιγενετική αντιπροσωπεύει μία δυναμική, κληρονομήσιμη και αναστρέψιμη διαδικασία τροποποίησης της έκφρασης των γονιδίων. Μελετά τις αλλαγές στη λειτουργία των γονιδίων και αφορά όλες τις κληρονομήσιμες αλλαγές στην έκφραση των γονιδίων και στην οργάνωση της χρωματίνης, οι οποίες είναι ανεξάρτητες από την αλληλουχία των βάσεων του DNA και συσχετίζονται με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι επιγενετικοί μηχανισμοί καθορίζουν τον φαινότυπο χωρίς να προκαλούν αλλαγές στον γονότυπο, επηρεάζονται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και συμμετέχουν σε φυσιολογικές διαδικασίες (κυτταρική διαφοροποίηση, μορφογένεση, γονιδιακή σταθερότητα, ποικιλότητα και προσαρμοστικότητα του οργανισμού). Ποικίλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες (διατροφή, κάπνισμα, μόλυνση του περιβάλλοντος, λοιμώξεις, τοξίνες, stress, θόρυβος) συσχετίζονται με την επιγενετική διαδικασία. Η επιγενετική προσπαθεί να εξηγήσει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονιδιώματος και διατροφής, στην υγεία και τη νόσο. Επιδημιολογικές μελέτες αλλά και μοντέλα πειραματόζων υποδεικνύουν ότι η διατροφή της μητέρας στη διάρκεια της κύησης μπορεί να «προγραμματίσει» μοντέλα γονιδιακής έκφρασης στο έμβρυο, τα οποία παραμένουν στην ενήλικη ζωή και συμβάλλουν στην εκδήλωση μεταβολικών νοσημάτων (π.χ. παχυσαρκία). Επιπλέον, οι επιγενετικές αλλαγές πιθανόν αποτελούν τους υποκείμενους μηχανισμούς δράσης των ορμονών του φύλου, που ευθύνονται για τη διαφορετική επιδεκτικότητα των φύλων στα διάφορα νοσήματα (π.χ. αυτοάνοσα). Η επιγενετική αποκαλύπτει την ύπαρξη ενός δεύτερου γενετικού κώδικα (επιγονιδίωμα-*epigenome*). Μετά την ολοκλήρωση της μελέτης του ανθρώπινου γονιδιώματος έχει ξεκινήσει ένα νέο φιλόδοξο πρόγραμμα: το πρόγραμμα μελέτης του ανθρώπινου επιγονιδιώματος. Οι μηχανισμοί επιγενετικών αλλαγών περιλαμβάνουν: 1) μεθυλίωση του DNA, 2) μετα-μεταφραστικές τροποποιήσεις των ιστονών και 3) απενεργοποίηση γονιδίων μέσω των non-coding RNAs (miRNAs). Η διαταραχή των κύριων επιγενετικών μηχανισμών οδηγεί σε καταστολή (*silencing*) ή υπερέκφραση γονιδίων με συνέπεια την εκδήλωση «επιγενετικών» νοσημάτων (καρκίνος, αυτοάνοσα και νευροεκφυλιστικά νοσήματα, διαταραχές συμπεριφοράς, καρδιαγγειακά και μεταβολικά νοσήματα).

Οι επιγενετικοί μηχανισμοί συμπληρώνουν το κενό μεταξύ γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην ερμηνεία της παθογένειας των αυτοάνοσων νοσημάτων. Διαταραχή της ρύθμισης των επιγενετικών μηχανισμών στα ανοσιακά κύτταρα (Τ βοηθητικά λεμφοκύτταρα) αποτελεί ερέθισμα για την απώλεια της ανοσιακής ανοχής και ιστική καταστροφή (μέσω απομεθυλίωσης των γονιδίων ή καταστολής της μεταγραφής). Πειραματικά μοντέλα *in vivo* και *in vitro* δείχνουν ότι οι επιγενετικοί μηχανισμοί οδηγούν στην έναρξη της έκφρασης αυτοαντιδρώντων Τ κυτταρικών κλώνων.

Μολονότι υπάρχουν ενδείξεις για τη συμμετοχή επιγενετικών αλλαγών στην έναρξη και εξέλιξη των αυτοάνοσων νοσημάτων, ορισμένα παθογενετικά δεδομένα παραμένουν ασαφή. Η κατανόηση σε βάθος των επιγενετικών μηχανισμών θα βοηθήσει στον έλεγχο ή την πρόληψη των αυτοάνοσων νοσημάτων, με θεραπευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στους επιγενετικούς μηχανισμούς (*DNMT&HDAC inhibitors*). Παράλληλα, είναι δυνατή η χρήση βιοδεικτών που σχετίζονται με την επιγενετική, με σκοπό την παρακολούθηση του πολύπλοκου πλαισίου των νοσημάτων αυτών.

Συμπερασματικά, η βαθύτερη κατανόηση των επιγενετικών μηχανισμών στην υγεία και τη νόσο, η συσχέτισή τους με περιβαλλοντικές επιδράσεις και ο τρόπος που συσχετίζονται με τον φαινότυπο της νόσου μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη νέων βιοδεικτών (*biomarkers*) και νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Για να επιτευχθούν, όμως, όλα αυτά απαιτείται: ανάπτυξη νέων μεθόδων για τη χαρτογράφηση του επιγενετικού προφίλ σε όλο το γονιδίωμα, νέες στρατηγικές για την ανάλυση των λαμβανομένων δεδομένων και κατάλληλες επιδημιολογικές μελέτες, προκειμένου να κατανοήσουμε πώς οι επιγενετικές αλλαγές ενός ατόμου οδηγούν στη νόσο.

Λέξεις κλειδιά: Επιγενετική, αυτοάνοσα νοσήματα, DNA μεθυλίωση, επιγονιδίωμα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945385192

E-mail: katerinatarassi@gmail.com

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ

Ευσταθία Περιβολιώτη

Βιοπαθολόγος, Κλινικός Μικροβιολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η βακτηριακή αντοχή αποτελεί μία «κρυφή πανδημία», εμφανίζεται όταν ένας μικροοργανισμός επιβιώνει παρά την έκθεσή του στα αντιμικροβιακά που έχουν σχεδιαστεί για να αναστείλουν την ανάπτυξη του ή/και να τον θανατώσουν.

Η βακτηριακή αντοχή αποτελεί σημαντική αιτία θανάτου παγκοσμίως, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) αναφέρει ότι προκαλεί 33.000 θανάτους ετησίως στην Ευρωπαϊκή Ένωση, κυρίως λόγω λοιμώξεων σε Νοσοκομεία και άλλους χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Η υπερβολική και λανθασμένη χρήση αντιμικροβιακών αποτελούν τους κύριους παράγοντες για την ανάπτυξη της βακτηριακής αντοχής. Η πανδημία COVID-19 επιτάχυνε το πρόβλημα της βακτηριακής αντοχής λόγω κατάχρησης των αντιβιοτικών και παρατεταμένης παραμονής στα Νοσοκομεία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και το ECDC έχουν θέσει τους άξονες για την καταπολέμηση της βακτηριακής αντοχής, που στοχεύουν στην ανάπτυξη αξιόπιστων μικροβιολογικών τεχνικών για την ταχεία ανίχνευση των πολυανθεκτικών μικροβίων και των μηχανισμών αντοχής τους, στην επιτήρηση, καταγραφή και έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων και στην ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών. Σήμερα, στη διαγνωστική φαρέτρα του Εργαστηρίου Κλινικής Μικροβιολογίας έχει προστεθεί η χρήση των πολυπλεκτικών μοριακών πλατφορμών PCR (polymerase chain reaction), ή όπως έχει επικρατήσει να ονομάζονται, διαγνωστικές δοκιμασίες ανεξάρτητες από την καλλιέργεια: Culture-independent diagnostic tests (CIDTs), οι οποίες περιλαμβάνουν την ενίσχυση νουκλεϊκού οξέος του γενετικού υλικού διαφόρων μικροοργανισμών ταυτόχρονα. Τα CIDTs προσφέρουν πολλαπλά πλεονεκτήματα σε σχέση με τις παραδοσιακές καλλιέργειες, όπως της ταχύτητας λήψης του αποτελέσματος, του αριθμού των παθογόνων που ανιχνεύονται, την εντόπιση γονιδίων

αντοχής τους στους αντιμικροβιακούς παράγοντες και του βραχύτερου χρόνου για την κατάλληλη παρέμβαση, είτε θεραπευτική είτε για τον έλεγχο των λοιμώξεων. Επιπλέον, η «συνδρομική» διάγνωση αντιπροσωπεύει μία νέα προσέγγιση, χρησιμοποιώντας μία ενιαία δοκιμασία για την ταυτόχρονη ανίχνευση όλων των μικροοργανισμών που συνήθως εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια μίας λοίμωξης παράλληλα με την ανίχνευση, σημαντικών για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών, γονιδίων αντοχής σε αντιμικροβιακά. Η ενσωμάτωση μεθοδολογιών όπως η φασματομετρία μάζας, Matrix-Assisted Laser Desorption Ionization Time-of-Flight (MALDI-TOF) στη ρουτίνα του εργαστηρίου, επιτρέπει την ταχεία ταυτοποίηση των μικροβιακών ειδών. Η δοκιμή ευαισθησίας στα αντιβιοτικά (AST) εξακολουθεί να βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε συμβατικές χρονοβόρες τεχνικές. Ο αυτοματοποιημένος αναλυτής Pheno Accelerate (Μάγειρας Διαγνωστικά Μηχανήματα Α.Ε.) διατίθεται στο εργαστήριο για την ταυτοποίηση μικροβίων και την απόδοση αντιβιογράμματος με Ελάχιστη Ανασταλτική Συγκέντρωση (MIC) εντός 7 ωρών από δείγμα θετικής αιμοκαλλιέργειας.

Η φασματομετρία μάζας (MS) και τα συστήματα πολυπλεκτικής PCR, επηρεάζουν θετικά τα προγράμματα διαχείρισης των αντιμικροβιακών παρέχοντας ακόμη ταχύτερη και υψηλής ακρίβειας ταυτοποίηση παθογόνων και ανίχνευση γονιδίων αντοχής για την υποστήριξη στοχευμένης θεραπείας.

Λέξεις κλειδιά: Βακτηριακή αντοχή, γονίδια αντιμικροβιακής αντοχής, συνδρομική διάγνωση, φασματομετρία μάζας.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945864782

E-mail: perivolioti@yahoo.gr

ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ

Ζωή Ψαρουδάκη

Βιοπαθολόγος, Κλινικός Μικροβιολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο κίνδυνος για λοιμώξεις μετά από μία φυσική καταστροφή εξαρτάται από το μικροοργανισμό - αίτιο, τον ξενιστή και το περιβάλλον που φέρνει κοντά τον ξενιστή και το μικροοργανισμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι μικροοργανισμοί που ευθύνονται για λοιμώξεις προϋπάρχουν στην πληγείσα περιοχή.

Η λεπτοσπείρωση είναι αναδυόμενη ζωνόσος με παγκόσμια κατανομή. Εκτιμάται ότι ετησίως καταγράφονται περισσότερα από 1.000.000 κρούσματα παγκοσμίως με υψηλότερη επίπτωση σε περιοχές με εύκρατο ή τροπικό κλίμα. Προκαλείται από παθογόνες σπειροχαίτες του γένους *Leptospira* που ζουν στο νερό και το υγρό έδαφος. Τα ζώα, ιδιαίτερα τα τρωκτικά, μπορούν να μολυνθούν και να χρησιμεύσουν ως δεξαμενές, απεκκρίνοντας στο περιβάλλον ούρα που περιέχουν υψηλές συγκεντρώσεις λεπτοσπειρών.

Ο άνθρωπος μολύνεται μετά από περιβαλλοντική ή επαγγελματική έκθεση. Πύλη εισόδου είναι το μη άθικτο δέρμα και οι βλεννογόνοι, όταν έρχονται σε άμεση επαφή με μολυσμένο με λεπτόσπειρα νερό, χύμα, ζώα ή προϊόντα ζώων.

Η φυσική πορεία της λοίμωξης από λεπτόσπειρα παρουσιάζει 2 φάσεις, την οξεία ή σηψαιμική, διάρκειας 5-7 ημερών και την ανοσολογική, που χαρακτηρίζεται από παραγωγή αντισωμάτων και απέκκριση λεπτοσπειρών στα ούρα. Οι περισσότερες από τις επιπλοκές της λεπτοσπείρωσης σχετίζονται με τον εντοπισμό των λεπτοσπειρών στους ιστούς κατά τη διάρκεια της ανοσολογικής φάσης, τη δεύτερη εβδομάδα της νόσου.

Στην οξεία φάση, η νόσος εμφανίζεται σαν γριπώδης συνδρομή. Στην ανοσολογική φάση 5-10% των ασθενών εκδηλώνει σοβαρή νόσο με εικόνα άσηπτης μηνιγγίτιδας, ηπατίτιδας με ίκτερο, νεφρικής ανεπάρκειας, πνευμονικής αιμορραγίας, μυοκαρδίτιδας, ραγοειδίτιδας ή άλλων σπάνιων επιπλοκών. Η έγκαιρη θεραπεία μπορεί να μειώσει τη σοβαρότητα και τη διάρκεια της νόσου.

Η διάγνωση της λεπτοσπείρωσης είναι συχνά κλινική. Οι επιβεβαιωτικές δοκιμασίες είναι χρονοβόρες ή μη διαθέσιμες. Χρησιμοποιούνται κυρίως ορολογικές και μοριακές

μέθοδοι. Η καλλιέργεια έχει χαμηλή ευαισθησία.

Οι φυσικές καταστροφές συντελούνται όταν φυσικές διεργασίες ή φαινόμενα (σεισμοί, πλημμύρες, καταιγίδες κ.λ.π.) συμβαίνουν σε ευπαθείς περιοχές, εξελίσσονται σε καταστροφικά γεγονότα και προκαλούν εκτεταμένες ανθρωπίνες, υλικές ή περιβαλλοντικές απώλειες που η κοινωνία αδυνατεί να αντιμετωπίσει με δικούς της πόρους.

Αναδρομικές μελέτες δείχνουν ότι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση επιδημιών μετά την καταστροφή είναι η αδυναμία πρόσβασης σε καθαρό νερό και μη μολυσμένα τρόφιμα, προβλήματα αποχέτευσης, κακή υγιεινή, προβλήματα στέγασης, κ.λ.π. ή συνδυασμός αυτών. Σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση επιδημίας λεπτοσπείρωσης είναι η επαφή των ανθρώπων με τρωκτικά ή άλλα ζώα ή νερό ή χώμα ή τρόφιμα μολυσμένα με λεπτόσπειρα. Η λεπτοσπείρωση εμφανίζεται συχνά σε ενδημικές περιοχές μετά από πλημμυρικά φαινόμενα.

Συνιστάται η λήψη μέτρων προστασίας από όσους εκτίθενται στα νερά της πλημμύρας. Απαιτείται προστατευτικός ρουχισμός και εξοπλισμός που ελαχιστοποιεί την επαφή του δέρματος και των βλεννογόνων με μολυσμένο νερό και προστατεύει από τραυματισμό (αδιάβροχο, κράνος, γυαλιά, γάντια, μπότες). Μετά την έκθεση, ο εξοπλισμός, ο ρουχισμός και οι άνθρωποι θα πρέπει να υποβάλλονται σε καθαρισμό (π.χ. με σαπούνι και καθαρό νερό).

Κατά τη διαχείριση μίας φυσικής καταστροφής η γνώση των πιθανών κινδύνων μολυσματικών ασθενειών όπως η λεπτοσπείρωση διασφαλίζει τη δημόσια υγεία με την έγκαιρη λήψη προστατευτικών μέτρων, την επιδημιολογική επιτήρηση, και την έγκαιρη διάγνωση και περιθάλψη των κρουσμάτων, εφόσον υπάρχουν.

Λέξεις κλειδιά: Λεπτοσπείρωση, φυσικές καταστροφές, πλημμύρες, τρωκτικά.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977346152

E-mail: zpsaroudaki@hotmail.com

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Σοφία Κωστούρου¹, Χρυσούλα Κολοκοτρώνη², Ελένη Μυλωνά³, Βασίλειος Παπασταμόπουλος⁴, Ελένη Μπελεσιώτου⁵

¹Νοσηλεύτρια ΠΕ, Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, ²Νοσηλεύτρια ΠΕ, Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, ³Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Ε' Παθολογικό Τμήμα-Μονάδα Λοιμώξεων, ⁴Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος του Ε' Παθολογικού Τμήματος-Μονάδας Λοιμώξεων, ⁵Βιοπαθολόγος, Κλινικός Μικροβιολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Το *Clostridioides difficile* ή *Clostridium difficile* είναι ένα κατά Gram θετικό αναερόβιο παθογόνο το οποίο προκαλεί λοίμωξη στο γαστρεντερικό σύστημα (*Clostridioides difficile* infection/CDI) με κύρια κλινική εκδήλωση τη διάρροια και εκδηλώσεις ποικίλης βαρύτητας. Το παθογόνο παράγει τοξίνες και σπόρους. Οι τοξίνες προκαλούν βλάβη στον εντερικό βλεννογόνο και ευθύνονται για εκδήλωση της CDI. Οι σπόροι επιβιώνουν στο περιβάλλον, είναι ανθεκτικοί στα συνήθη απολυμαντικά και ευθύνονται για τη μετάδοσή του, η οποία γίνεται μέσω της κοπροαναστοματικής οδού. Λοίμωξη προκαλούν μόνο τα στελέχη που παράγουν τοξίνη. Η χορήγηση αντιμικροβιακών που επηρεάζει το μικροβίωμα του εντέρου και η έκθεση σε περιβάλλον υψηλής συγκέντρωσης σε σπόρους του *Clostridioides difficile* όπως είναι το νοσοκομειακό περιβάλλον, αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση CDI. Στη διάγνωση της CDI απαιτείται η ανίχνευση της τοξίνης σε διαρροϊκά κόπρανα.

Σκοπός: Η διερεύνηση της επιδημιολογίας της λοίμωξης από *Clostridioides difficile*.

Αποτελέσματα: Το *Clostridioides difficile* αποικίζει το 5-10% των υγιών ενηλίκων, πάνω από το 60% των βρεφών, το 20-50% των ενοίκων οίκων ευγηρίας και των νοσηλευομένων ασθενών. Το 1978 συνδέθηκε με την πρόκληση ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας μετά από χρήση αντιμικροβιακών και κυρίως μετά τη χρήση κλινδαμυκίνης. Έως και τις αρχές του 2000 δεν αποτελούσε σημαντικό πρόβλημα, προκαλούσε ήπιες περιπτώσεις λοίμωξης. Έκτοτε, η επιδημιολογική του συμπεριφορά αλλάζει με αύξηση της βαρύτητας της CDI, των επιδημιών, των επαναλοιμώξεων και της θνητότητας. Η αλλαγή παρατηρήθηκε κυρίως στις ΗΠΑ, στον Καναδά και στη Β. Ευρώπη και συνδέθηκε με το στέλεχος NAP/027 και τη χρήση κινολονών. Από το 2009 και μετά, σταδιακά άρχισε να ελέγχεται η επιδημία κυρίως λόγω της έναρξης της επιτήρησης, της εφαρμογής μέτρων πρόληψης και τον περιορισμό των κινολονών. Τα τελευταία χρόνια ένα νέο στέλεχος το 078 εκδηλώνει παρόμοια συμπεριφορά με το 027 ενώ υπάρχουν αναφορές για ανάπτυξη αντοχής στα

αντιμικροβιακά που χρησιμοποιούνται για τη θεραπευτική της CDI. Επίσης καταγράφεται μείωση της νοσοκομειακής CDIS και σταθερή αύξηση των CDIs που σχετίζονται με την κοινότητα, ενώ απομονώνονται σε ασθενείς στέλεχη που πρωτίστως βρίσκονται στο γαστρεντερικό σύστημα σε ζώα συντροφιάς ή σε ζώα φάρμας. Η εκτιμώμενη ετήσια επίπτωση για τις ΗΠΑ είναι 453.000 CDIs, για την Ευρώπη 172.00 CDIs και για την Αγγλία 18.000 CDIs. Το 2016 η CDI εντάχθηκε στο σύστημα επιτήρησης του ECDC και *Clostridioides difficile* αποτελεί το 6^ο συχνότερο παθογόνο στην πρόκληση νοσοκομειακών λοιμώξεων στην Ευρώπη. Η Ελλάδα δεν συμμετέχει στην επιτήρηση του ECDC. Η επιτήρηση της λοίμωξης στο Νοσοκομείο μας γίνεται σταθερά από το 2012. Παρατηρείται σταθερή αύξηση της επίπτωσης έως και το 2019. Με την έναρξη της πανδημίας COVID-19 καταγράφηκε μείωση της επίπτωσης της CDI η οποία όμως παραμένει υψηλή.

Συμπέρασμα: Το *Clostridioides difficile* αποτελεί επιδημιολογικά σημαντικά παθογόνο και η επιδημιολογία του είναι σε εξέλιξη. Η επιτήρηση, η ορθολογική χρήση των αντιμικροβιακών, η ενδεδειγμένη απολύμανση με σποροκτόνα απολυμαντικά και η υγιεινή των χεριών είναι τα κύρια μέτρα για τον έλεγχο της CDI. Απαιτείται εγρήγορση στην επιτήρησή του, γιατί η χρήση των νέων αντιμικροβιακών πιθανότατα να οδηγήσει σε αλλαγή της επιδημιολογικής συμπεριφοράς. Η αύξηση της CDI στην κοινότητα απαιτεί υψηλή κλινική υποψία για τη διάγνωση, την έγκαιρη θεραπευτική και τον περιορισμό της διασποράς του στο Νοσοκομείο.

Λέξεις κλειδιά: Κλωστηρίδιο το δύσκολο, κλωστηριοειδές το δύσκολο, επιτήρηση, επιδημιολογία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Σ. Κωστούρου

Τηλ.: 2132045831

E-mail: kostsofia@gmail.com

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Ελένη Μυλωνά

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Ε' Παθολογικό Τμήμα-Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος είναι μία από τις σημαντικότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Πρόκειται για τη 2η σε συχνότητα νοσοκομειακή λοίμωξη, που αφορά στο 2% των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση, ενώ η σχετιζόμενη με τη λοίμωξη θνητότητα αναφέρεται στο 3%. Ο κίνδυνος ανάπτυξης λοίμωξης στο χειρουργικό τραύμα σχετίζεται με διάφορους παράγοντες, που μπορεί να αφορούν στη χειρουργική διαδικασία καθαυτή ή/και τις συννοσηρότητες του ασθενούς. Προκαλείται δε από μικροοργανισμούς, που αποικίζουν το τραύμα κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Τις περισσότερες φορές τα παθογόνα προέρχονται από τη χλωρίδα του ασθενούς, ενώ σπανιότερα, από εξωγενείς πηγές όπως ο αέρας της χειρουργικής αίθουσας, ο χειρουργικός εξοπλισμός ή τα χέρια του προσωπικού. Η μικροβιολογία της λοίμωξης ποικίλλει αναλόγως με το είδος της επέμβασης. Παραδοσιακά, τα 2/3 των μικροβίων που συμμετέχουν αιτιοπαθογενετικά στη λοίμωξη είναι gram θετικά και το 1/3 gram αρνητικά, ενώ μόλις το 5% αφορά σε αναερόβια. Η περιεγχειρητική χημειοπροφύλαξη παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της λοίμωξης του χειρουργικού τραύματος. Οι γενικές αρχές που τη διέπουν περιλαμβάνουν: α) Επιλογή αντιμικροβιακών αναλόγως με το παθογόνο, που είναι πιθανότερο να προκαλέσει τη λοίμωξη. Η επιλογή του χορηγούμενου αντιβιοτικού πρέπει να στηρίζεται στην αναμενόμενη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια, ενώ τα αντιβιοτικά ευρέως φάσματος πρέπει να αποφεύγονται γιατί προάγουν τη μικροβιακή αντοχή. β) Χορήγηση του αντιμικροβιακού στο σωστό χρόνο και πιθανόν επαναχορήγηση του, ώστε τα επίπεδά του στον

ορό και τους ιστούς να είναι επαρκώς υψηλά κατά την ώρα της χειρουργικής τομής και καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης. Ιδανικά η χορήγηση του αντιμικροβιακού πρέπει να ξεκινά 30-60 λεπτά πριν την χειρουργική τομή, εκτός από την βανκομυκίνη και τις κινολόνες, που η έγχυσή τους διαρκεί τουλάχιστον μία ώρα και επομένως οφείλει να ξεκινά 1.5 έως 2 ώρες πριν την χειρουργική τομή. γ) Διακοπή της χημειοπροφύλαξης στο τέλος της επέμβασης ή το πολύ εντός 24 ή 48 ωρών σε ορισμένες επεμβάσεις. Η παράταση χορήγησης της περιεγχειρητικής αντιμικροβιακής αγωγής έχει φανεί ότι δεν προφυλάσσει επιπλέον από τη λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος, ενώ αντίθετα αυξάνει την τοξικότητα και ασκεί επιδημιολογική πίεση προς την ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής. Οι κεφαλοσπορίνες πρώτης και δεύτερης γενιάς είναι τα φάρμακα που συστήνονται συνήθως βάσει μελετών που πραγματοποιήθηκαν, ωστόσο, μεταξύ 1970-1990 όταν οι συννοσηρότητες των ασθενών και οι αντοχές των παθογόνων ήταν λιγότερες. Χρειάζονται νέες μελέτες προκειμένου να οριστεί η βέλτιστη περιεγχειρητική χημειοπροφύλαξη στην εποχή των πολυανθεκτικών μικροβίων.

Λέξεις κλειδιά: Περιεγχειρητική χημειοπροφύλαξη, λοίμωξη, χειρουργικό τραύμα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6946003103

E-mail: mylonaelena@gmail.com

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Γεώργιος-Ιωάννης Πούπουζας¹, Κωνσταντίνος Κότσιφας², Ευάγγελος Μπαλής³*¹Ιατρός, Ειδικεύομενος, ²Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., ³Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος, Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

Η υπεζωκοτική λοίμωξη είναι μια κατάσταση που συχνά εμφανίζεται ως επιπλοκή μετά από πνευμονία και περιλαμβάνει την επιπλεγμένη παραπνευμονική συλλογή (στάδιο 2) και το εμπύημα (στάδιο 3). Το στάδιο 1 περιλαμβάνει την παρουσία εξιδρωματικής πολυμορφοπυρηνικής κυρίως συλλογής, η οποία αποδράμει συνήθως με συντηρητικά μέτρα. Περίπου το 50% των περιπτώσεων πνευμονίας συνοδεύονται από υπεζωκοτική συλλογή, εκ των οποίων το 7-15% εξελίσσεται σε υπεζωκοτική λοίμωξη, λόγω της εισβολής μικροβίων στον υπεζωκοτικό χώρο. Παρά την ευρεία χρήση της αξονικής τομογραφίας και του διαθωρακικού υπερήχου, την έγκαιρη έναρξη αντιβιοτικής αγωγής, την τοποθέτηση σωλήνων θωρακικής παροχέτευσης ευρείας διαμέτρου και την χρήση ινωδολυτικών, 15-20% των ασθενών απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση. Δεδομένης της άτυπης συμπτωματολογίας των ασθενών σε πολλές περιπτώσεις και της ταχείας εξέλιξης σε εμπύημα και σήψη είναι σημαντικό να μην καθυστερείται η έγκαιρη παραπομπή σε Θωρακοχειρουργό. Οι κύριοι στόχοι της χειρουργικής αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την παροχέτευση του μολυσμένου υγρού, και την αφαίρεση της ινικής και των διαφραγματίων με σκοπό τον έλεγχο της φλεγμονής και την επανεπέκταση του πνεύμονα. Αφορά τα στάδια 2 και 3 της παραπνευμονικής συλλογής, ιδιαίτερα σε ασθενείς με αποτυχία επαρκούς ελέγχου της λοίμωξης με συντηρητικά μέτρα και αδυναμία παροχέτευσης της συλλογής και οι οποίοι είναι κατάλληλοι για χειρουργείο. Οι κύριες χειρουργικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι η Video-Assisted Thoracoscopic Surgery (VATS) και η ανοιχτή θωρακοτομή. Η χρήση της VATS στην ινοπυώδη φάση της παραπνευμονικής συλλογής (στάδιο 2) έχει ποσοστό επιτυχίας 68-93%, μειώνοντας την διάρκεια και το κόστος νοσηλείας συγκριτικά με πιο συντηρητικές μεθόδους αντιμετώπισης.

Σε προχωρημένα στάδια εμπύημα (>4 εβδομάδες συμπτωμάτων) όπου η πάχυνση του υπεζωκότα αποτρέπει την έκπτυξη του πνευμονικού παρεγχύματος, προτιμώνται ανοικτές μέθοδοι θωρακοχειρουργικής παρέμβασης. Η αποφλοίωση του υπεζωκότα βελτιώνει αποδεδειγμένα τη ζωτική χωρητικότητα (VC) και την FEV1, ιδιαίτερα σε συμπτωματικούς ασθενείς. Παρόλη τη μεγάλη ετερογένεια μεταξύ των μελετών που συγκρίνουν τις δύο μεθόδους, η χρήση της VATS φαίνεται να κερδίζει έδαφος και στην αντιμετώπιση ασθενών με σταδίου 3 υπεζωκοτική λοίμωξη με το πλεονέκτημα του μειωμένου μετεγχειρητικού άλγους, της διάρκειας νοσηλείας και του κόστους. Ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας διεγχειρητικής μετατροπής της VATS σε ανοιχτή θωρακοτομή είναι το στάδιο της υπεζωκοτικής λοίμωξης και η διάρκεια συμπτωματολογίας του ασθενούς. Για το λόγο αυτό επί αποτυχίας επίτευξης ελέγχου της φλεγμονώδους διεργασίας με την τοποθέτηση σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης και την χρήση ινωδολυτικών θα πρέπει να γίνεται παραπομπή σε Θωρακοχειρουργό μετά την 3η-4η ημέρα. Στις περιπτώσεις δευτεροπαθούς εμπύηματος μετά από θωρακοχειρουργική παρέμβαση χρησιμοποιούνται συχνά οι πιο σύνθετες τεχνικές της θωρακοπλαστικής και του θωρακοστόματος, λαμβάνοντας υπόψη την κλινική κατάσταση του ασθενούς και την παρουσία ή όχι βρογχοπλευρικού συριγγίου.

Λέξεις κλειδιά: Εμπύημα, αποφλοίωση, VATS, θωρακοτομή.**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Γ.-Ι. Πούπουζας

Τηλ.: 6942972062

E-mail: poupouzas.gewr.kw@gmail.com

ΤΟ ΦΟΡΤΙΟ ΤΟΥ RSV ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΣ

Νικόλαος Αθανασίου

Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο ανθρώπινος συγκυτιακός ιός (RSV) αποτελεί το σημαντικότερο αίτιο νοσηλείας λόγω λοίμωξης αναπνευστικού σε βρέφη και παιδιά ηλικίας <2 ετών. Τα τελευταία χρόνια, ιδίως μετά την πανδημία SARS-COV2, η αυξανόμενη επίπτωση του ιού και η νόσηση των ενηλίκων, απαιτεί νέα μέτρα πρόληψης και θεραπείας των ομάδων υψηλού κινδύνου. Αν και δεν υπάρχει επίσημη καταγραφή των επιβεβαιωμένων λοιμώξεων από τον ιό RSV στον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας, προσπαθήσαμε αναδρομικά να καταγράψουμε τα επιδημιολογικά στοιχεία και τα επιμέρους κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο μας λόγω λοίμωξης αναπνευστικού από τον ιό RSV, καθώς και τη συσχέτιση αυτών με την έκβαση της νοσηλείας. Από τους 215 ασθενείς που προσήλθαν και εξετάστηκαν στο ΤΕΠ όπου επιβεβαιώθηκε θετικό δείγμα PCR για τον ιό RSV, οι 128 νοσηλεύτηκαν στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» την περίοδο 2022-2023. Από τους ασθενείς που χρειάστηκε να νοσηλευθούν το 36.7% ήταν άνδρες με μέση ηλικία τα 72.9 έτη. Οι γυναίκες ασθενείς είχαν 1.5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσηλευτούν σε σχέση με τους άνδρες. Ο μέσος χρόνος από την εκδήλωση των συμπτωμάτων μέχρι τη διακομιδή τους στο Νοσοκομείο ήταν 3.55 ± 3.1 ημέρες, με κύρια συμπτώματα τον βήχα (62.3%), τη δύσπνοια (58.2%), και τον πυρετό (41.8%). Σημαντική ομάδα υψηλού κιν-

δύνου αποτελούν οι ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (32%). Συγκεκριμένα 1 στους 4 ασθενείς αυτής της ομάδας χρειάστηκαν μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό, ενώ 1 στους 3 χρειάστηκε μηχανικό αερισμό. Η θνητότητα των ασθενών που νοσηλεύθηκαν με λοίμωξη αναπνευστικού από RSV στο Νοσοκομείο μας ήταν 16.4%. Ωστόσο, η παρουσία καρδιοαναπνευστικής συννοσηρότητας ήταν η πιο σημαντική στους ασθενείς που κατέληξαν με λοίμωξη αναπνευστικού από τον ιό RSV σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη συννοσηρότητα ή συνδυασμό συννοσηροτήτων. Συμπερασματικά, ο ανθρώπινος συγκυτιακός ιός αποτελεί ένα σημαντικό αίτιο νοσηλείας και θνητότητας ιδιαίτερα σε ασθενείς με χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις. Για το λόγο αυτό ζωτικής σημασίας κρίνεται η πρόληψη και η ανίχνευση των ομάδων υψηλού κινδύνου, ώστε να λάβουν έγκαιρη φροντίδα.

Λέξεις κλειδιά: RSV, λοίμωξη αναπνευστικού, συννοσηρότητα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973809337

E-mail: nikolaosathanasiou14@gmail.com

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ

Νικολέττα Τυροβολά

Ιατρός, Ειδικευόμενη στο Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Την τελευταία δεκαετία έχουν διευρυνθεί σημαντικά οι θεραπευτικές επιλογές για τους ασθενείς με παθολογία της θωρακικής αορτής, που περιλαμβάνει το αορτικό τόξο. Παραδοσιακά, η θεραπεία των ανευρυσμάτων του αορτικού τόξου πραγματοποιείται με ανοικτή καρδιοχειρουργική επέμβαση. Η εμφάνιση συνδυασμένων αγγειακών και ενδοαγγειακών επεμβάσεων άνοιξε ένα νέο πεδίο, επιτρέποντας έτσι τη θεραπεία σε πολύπλοκες περιπτώσεις επανεπεμβάσεων καθώς και σε αυξημένου κινδύνου ασθενείς. Παράλληλα, εξέλιξη των ανοιχτών επεμβάσεων βελτιώνει τις μεθόδους εγκεφαλικής άρδευσης, μειώνοντας, έτσι, τις νευρολογικές επιπλοκές. Σε κάθε περίπτωση, η αποκατάσταση των ανευρυσμάτων του αορτικού τόξου αποτελεί πρόκληση για την αναισθησιολόγο. Η προεγχειρητική προετοιμασία είναι κρίσιμη, λαμβάνοντας υπόψιν παράγοντες που είναι ειδικοί για τον κάθε ασθενή, όπως η συννοσηρότητα, η ανατομία της αορτής και η πρότερη νευρολογική κατάσταση. Μέθοδος εκλογής αποτελεί η γενική αναισθησία για την εξασφάλιση καταστολής και νευρομυϊκού αποκλεισμού. Η επίτευξη αιμοδυναμικής σταθερότητας και η προστασία του εγκεφάλου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας είναι ζωτικής σημασίας. Στρατηγικές όπως η ορθόδρομη και η ανάδρομη εγκεφαλική άρδευση χρησιμοποιούνται ευρέως, σε συνδυασμό με την εφαρμογή υποθερμίας και τη σύγχρονη νευροφυσιολογική παρακολούθηση, με στόχο τη μείωση της εγκεφαλικής ισχαιμίας. Οι μέ-

θοδοι νευροπαρακολούθησης περιλαμβάνουν το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG), το διακρανικό Doppler υπερηχογράφημα (TCD), τα σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά (SSEP) και την εγκεφαλική οξυμετρία (rSO₂), η οποία υπολογίζει, κατά προσέγγιση, τον κορεσμό του φλεβικού αίματος στον εγκέφαλο, αντανακλώντας το ισοζύγιο προσφοράς και κατανάλωσης οξυγόνου. Επιπρόσθετα, το διεγχειρητικό monitoring περιλαμβάνει τη συνεχή παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, της κεντρικής φλεβικής πίεσης, της καρδιακής παροχής και των αρτηριακών αερίων αίματος, καθώς και τη διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογραφία. Μετεγχειρητικά, σημαντική κρίνεται η διατήρηση της βέλτιστης ισορροπίας αναλγητικής επάρκειας και επαγρύπνησης για τυχόν νευρολογικές επιπλοκές. Συνολικά, κρίνεται αναγκαία η στενή συνεργασία του αναισθησιολόγου με το χειρουργό και τον επεμβατικό ακτινολόγο, με στόχο τη βελτίωση της έκβασης των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Ανεύρυσμα αορτικού τόξου, ενδοαγγειακή αντικατάσταση, αναισθησιολογική αντιμετώπιση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6983155120

E-mail: tyrovola.nikoletta@gmail.com

ΕΙΝΑΙ Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ?

Ηλίας Σαμιώτης

Χειρουργός Θώρακος, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η συχνότητα των χειρουργικών παθήσεων του αορτικού τόξου δεν είναι συχνή. Συνήθως συνυπάρχουν με την παθολογία της ανιούσης ή και της κατιούσης αορτής. Διακρίνονται στα ανευρύσματα αορτικού τόξου, στα οξέα αορτικά σύνδρομα και στα ψευδοανευρύσματα. Η ανευρυσματική νόσος που εντοπίζεται αποκλειστικά στο αορτικό τόξο είναι σπάνια και αποτελεί το 10% των ανευρυσμάτων αορτής και συνήθως είναι εκτεταμένα και χαρακτηρίζονται ως «σύμπλοκα» (complex). Στα οξέα αορτικά σύνδρομα συμπεριλαμβάνονται ο οξύς διαχωρισμός της αορτής, το ενδοτοιχωματικό αορτικό αιμάτωμα και το διατιτραίνον έλκος της αορτής. Ψευδή είναι τα ανευρύσματα των οποίων οι στοιβάδες του αορτικού τοιχώματος έχουν διαβρωθεί και η ρήξη περιχαρακώνεται από τους περιβάλλοντες ιστούς. Η αντικατάσταση του ημιτόξου είναι μία απλή και γρήγορη τεχνική με το ύψος της περιφερικής αναστόμωσης να γίνεται στο επίπεδο της έκφυσης της ανωνύμου αρτηρίας. Στην ολική αντικατάσταση του τόξου χρησιμοποιείται είτε νησίδα με τα βραχιοκεφαλικά αγγεία που συρράφεται στο μόσχευμα, είτε πολυκλαδικό μόσχευμα για ξεχωριστή συρραφή του κάθε αγγείου. Οι επεμβάσεις της υβριδικής τεχνικής με επίπεδο στήριξης τη Ζώνη 0, διακρίνονται σε Τύπου I, Τύπου II, και Τύπου III σύμφωνα με την ταξινόμηση που έχει προταθεί από τον Criado et al. Το 1995, εισήχθη από τους Kato, et al η ορθόδρομη ανοικτή εμφύτευση αυτοεκπτυσσόμενης ενδοπροθέσεως (self expandable stent graft) ως συνοδό επέμβαση της κλασσικής (cET) ανοικτής χειρουργικής τεχνικής του αορτικού τόξου. Αργότερα (2003), η τεχνική αυτή ονομάστηκε από τον Karck Frozen Elephant Trunk, (FET) και αποτελεί τη σύγχρονη πρόταση στην αντιμετώπιση των εκτεταμένων χειρουργικών παθήσεων του αορτικού τόξου. Η εγκεφαλική βλάβη που επιπλέκει τις επεμβάσεις της αορτής, εξαρτάται από το χρόνο ισχαιμίας του εγκεφάλου και διακρίνεται στην εντοπισμένη βλάβη (located stroke) που αφορά το ισχαιμικό εγκεφαλικό

έμφρακτο και την καθολική εγκεφαλική ισχαιμία (global ischemia) και σχετίζεται ευθέως με πλημμελή προστασία του εγκεφάλου στη διάρκεια της κυκλοφορικής παύσεως.

Η θνητότητα στη χειρουργική του τόξου μειώθηκε σημαντικά με την καθιέρωση της FET τεχνικής. Αν και δεν υπάρχουν τυχαίοποιημένες μελέτες για τη σύγκριση της FET και της κλασσικής Elephant Trunk (cET) τεχνικής, σε συγκριτική μετανάλυση, η θνητότητα στη FET τεχνική είναι στατιστικά μειωμένη 7.4% έναντι 14.5 % στην (cET) ($p < 0.0001$). Η παραπληγία λόγω της βλάβης του νωτιαίου μυελού (SCI) που εκδηλώνεται τη μετεγχειρητική περίοδο αποτελεί την κύρια επικριτική κριτική στη FET τεχνική. Στις διάφορες εργασίες κυμαίνεται 7-21% και αποτελεί την «Αχίλλειο πτέρνα» της μεθόδου. Η βλάβη του νωτιαίου μυελού είναι 8% σύμφωνα με την καταγραφή από την International E-vita Open registry. Παράγοντες κίνδυνου για την ισχαιμική βλάβη του μυελού, αποτελεί το μήκος της εμφύτευσης της ενδοπρόθεσης (Th 10) είτε περιφερικότερα στην κατιούσα αορτή, ο παρατεταμένος χρόνος της εξωσωματικής κυκλοφορίας, η ισχαιμία λόγω της κυκλοφορικής παύσης, η αεριώδης εμβολή, καθώς και η παρατεταμένη μετεγχειρητική υπόταση. Η (FET) τεχνική, αποτελεί την «gold standard» υβριδική τεχνική για τις σύμπλοκες παθήσεις του τόξου, με αποδεκτή νοσηρότητα και θνητότητα σε εξειδικευμένα κέντρα. Ο κύριος επικριτικός προβληματισμός στα αποτελέσματα της τεχνικής, αφορά στην εκδήλωση, αυξημένης μετεγχειρητικής ισχαιμικής βλάβης του νωτιαίου μυελού.

Λέξεις κλειδιά: Αορτικό τόξο, χειρουργική αποκατάσταση, ισχαιμία νωτιαίου.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973648238

E-mail: samiotisilias@gmail.com

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΙΣ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ

Δημήτριος Ν. Τομαής

Επεμβατικός Ακτινολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., EBIR, Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι ενδοαγγειακές επεμβάσεις στο αορτικό τόξο αποτελούν εξαιρετικά εξειδικευμένη ιατρική πράξη που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία παθήσεων του καρδιαγγειακού συστήματος και ειδικότερα του αορτικού τόξου. Αν και η χειρουργική αποκατάσταση αποτελεί ακόμα και σήμερα τη θεραπεία εκλογής σε αυτούς τους ασθενείς, η ενδοαυλική αποκατάσταση μπορεί να προσφέρει λιγότερο επεμβατική θεραπεία και να μειώσει το ποσοστό επιπλοκών, ειδικά για την αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων του αορτικού τόξου που περιλαμβάνουν τα αγγεία αυτού (καρωτίδες αρτηρίες, βραχιονοκεφαλική αρτηρία και αριστερή υποκλείδιο αρτηρία) και τον αορτικό διαχωρισμό.

Η ενδοαγγειακή αποκατάσταση, είναι μία ελάχιστα επεμβατική τεχνική που συνήθως πραγματοποιείται με τη χρήση ειδικών καθετήρων, συρμάτων και ενδοαυλικών μοσχευμάτων που προωθούνται και εκπτύσσονται στο αορτικό τόξο διαμέσω των μηριαίων αγγείων και των κοινών καρωτίδων αρτηριών. Τα προαναφερόμενα αγγεία παρασκευάζονται ανοικτά από την καρδιοχειρουργική ομάδα. Η επεμβατική ακτινολογία με τη χρήση των ακτινών Χ και του αγγειογράφου, παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών σήμερα.

Ο σχεδιασμός της ενδοαγγειακής επέμβασης στο αορτικό τόξο μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την ακριβή φύση της επέμβασης και την κατάσταση του ασθενούς. Ο ασθενής προσέρχεται στη Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας υπό γενική αναισθησία. Η διαδικασία μπορεί να διαρκέσει από

μερικές ώρες έως ολόκληρη την ημέρα, ανάλογα με την πολυπλοκότητα της παθολογίας που αντιμετωπίζεται, ενώ μετά την επέμβαση ο ασθενής μεταφέρεται στη μονάδα αποκατάστασης καρδιοχειρουργημένων ασθενών του Νοσοκομείου για τουλάχιστον ένα 24ωρο.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι συγκεκριμένες ενδοαγγειακές επεμβάσεις απαιτούν ειδική εκπαίδευση και εμπειρία από τους ιατρούς που τις εκτελούν, ενώ βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίησή τους είναι ύπαρξη εξειδικευμένης ομάδας ιατρών αποτελούμενων τόσο από επεμβατικούς ακτινολόγους, όσο και από καρδιοχειρουργούς αλλά και από εξειδικευμένους αναισθησιολόγους. Επίσης, αυτές οι επεμβάσεις προϋποθέτουν σύγχρονο εξοπλισμό και υποδομές οι οποίες υπάρχουν στο Νοσοκομείο μας.

Στο Νοσοκομείο μας τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει περισσότερες από 10 ενδοαγγειακές επεμβάσεις αποκατάστασης παθήσεων του αορτικού τόξου με ικανοποιητικά αποτελέσματα για την τελική θεραπευτική έκβαση των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν.

Λέξεις κλειδιά: Ανεύρυσμα τόξου, διαχωρισμός, ενδοαγγειακή αποκατάσταση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977243349

E-mail: dtomais@yahoo.gr

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ

Λουκία Αλεξοπούλου-Προυνιά¹, Βασίλης Πάτρης², Μιχαήλ Αργυρίου³

¹MD, Ιατρός, Ειδικευόμενη, ²MD, MSc, PhD, FEBTS, Καρδιοχειρουργός, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., ³MD, MSc, PhD, EBIR, Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Καρδιοθωρακοχειρουργικό - Θωρακοχειρουργικό - Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η χειρουργική της ανιούσης αορτής και του αορτικού τόξου αποτελεί ακόμη και σήμερα πρόκληση για την καρδιοχειρουργική κοινότητα. Συχνότερες και σημαντικότερες παθήσεις του αορτικού τόξου που χρήζουν στην πλειονότητα των περιπτώσεων και άμεσης παρέμβασης, αποτελεί η ανευρυσματική διάταση - διαχωρισμός, το διατιτραίνον έλκος και το ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα.

Για πρώτη φορά το 1957, ο DeBakey παρουσίασε την τεχνική του με αντικατάσταση ανιούσης αορτής και αορτικού τόξου με ομοιομόσχευμα και ξεχωριστή αιμάτωση της ανωνύμου αρτηρίας και αριστερής καρωτίδας. Λίγο αργότερα προτάθηκε η τεχνική της υποθερμικής ολικής κυκλοφορικής παύσης με την τεχνική της ανιούσης περιφερικής αναστόμωσης.

Συνήθως τα ανευρύσματα του αορτικού τόξου, σε αντίθεση με αυτά της ανιούσης αορτής εμφανίζουν συμπτώματα, λόγω των πιεστικών φαινομένων που δημιουργούν, με τους ασθενείς να εμφανίζουν βράγχος φωνής, δυσφαγία, συριγμό, δύσπνοια, ερυθρότητα και οίδημα, ενώ σπάνια είναι ασυμπτωματικά. Η τελική διάγνωση τίθεται με αξονική ή μαγνητική αγγειογραφία. Οι απεικονιστικές τεχνικές δεν έχουν μόνο διαγνωστικό ρόλο, καθώς είναι απαραίτητες και για τον καρδιοχειρουργό προκειμένου να επιλέξει και να αποφασίσει τη βέλτιστη θεραπευτική προσέγγιση για τον εκάστοτε ασθενή.

Στη χειρουργική αντιμετώπιση παθήσεων του αορτικού τόξου, ύψιστης σημασίας είναι η προστασία του εγκεφάλου και η αποφυγή οποιασδήποτε μόνιμης εγκεφαλικής βλάβης ή δυσλειτουργίας. Λόγω του αυξημένου μεταβολικού φορτίου και της σημαντικότητας του οργάνου αυτού, πολλές διαφορετικές τεχνικές προστασίας έχουν προταθεί, όπως η υποθερμική ολική κυκλοφορική παύση, η ανάδρομη εγκεφαλική αιμάτωση, η εκλεκτική ορθόδρομη εγκεφαλική αιμάτωση και η χρήση φαρμακευτικών παραγόντων όπως στεροειδή, μαννιτόλη, και βαρβιτουρικών.

Οι χειρουργικές τεχνικές του αορτικού τόξου είναι η αντικατάσταση του ημιτόξου ή ολόκληρου του αορτικού τόξου με ή χωρίς την επέμβαση elephant trunk περιφερικά της κατιούσης θωρακικής αορτής. Η επιλογή της επέμβασης

εξαρτάται από τη βλάβη της αορτικής ρίζας και της ανιούσης αορτής. Αν η βλάβη είναι συνεχής και επεκτείνεται σε σημείο ώστε να χρήζει αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας και της ανιούσης αορτής, με βαλβιδοφόρο μόσχευμα, αν υπάρχει υγιής ιστός που δύναται να διατηρηθεί με αντικατάσταση ανιούσης αορτής με ευθύ μόσχευμα και αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας διατηρώντας τη ρίζα της αορτής και κατ'επέκταση τα στόμια των στεφανιαίων, ή αν χρήζει πιο πολύπλοκη τεχνική όπως η επέμβαση Ross.

Η πολυπλοκότητα της χειρουργικής τεχνικής της αντικατάστασης του ημιτόξου εξαρτάται κυρίως από το σημείο της περιφερικής αναστόμωσης και τη σχέση αυτού με το επίπεδο έκφυσης της ανωνύμου αρτηρίας. Αν η βλάβη αφορά τμήμα του αορτικού τόξου πέραν του ημιτόξου, τότε χρησιμοποιείται ειδικό πολυκλαδωτό μόσχευμα για αποκατάσταση καθενός από τους κύριους αρτηριακούς κλάδους που εκφύονται, ανωνύμου αρτηρίας, αριστερής καρωτίδας και υποκλειδίου αρτηρίας. Στην περίπτωση συνυπάρχουσας νόσου στην κατιούσα θωρακική αορτή, χρησιμοποιείται η τεχνική elephant trunk (Frozen Elephant Trunk Technique). Στην περίπτωση αυτή, τμήμα μοσχεύματος περί τα 5-10 εκ. παραμένει εντός της κατιούσης θωρακικής αορτής ώστε να αποτελέσει την εγγύς αναστομωτική πλευρά ενός δεύτερου μοσχεύματος το οποίο θα μπει σε δεύτερο χρόνο, ενδοαγγειακά ή με την κλασική ανοικτή χειρουργική μέθοδο.

Τα τελευταία χρόνια με την πρόοδο της επεμβατικής ακτινολογίας, η αποκατάσταση παθήσεων του αορτικού τόξου στρέφεται ολοένα και περισσότερο στην υβριδική αντιμετώπιση και το συνδυασμό ανοικτής και ενδοαγγειακής τεχνικής.

Λέξεις κλειδιά: Αορτικό τόξο, frozen elephant trunk, βαλβιδοφόρο μόσχευμα, επέμβαση Ross.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Λ. Αλεξοπούλου-Προυνιά

Τηλ.: 6986680123

E-mail: loukia_ale07@yahoo.gr

F.A.S.T

Χριστίνα-Ιφιγένεια Σιέρρου*Ακτινολόγος, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ., Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

Το τραύμα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου και αναπηρίας σε ασθενείς κάτω των 44 ετών. Η χρήση του υπερηχογραφήματος ως εξέταση πρώτης γραμμής για τον πολυτραυματία παρέχει στον κλινικό ιατρό μία γρήγορη εκτίμηση των κακώσεων προς περαιτέρω διαχείριση και αντιμετώπιση. Το F.A.S.T (Focused Assessment with Sonography in Trauma - Εστιασμένη εκτίμηση με υπερηχογραφία για το τραύμα) αποτελεί μια γρήγορη, ευρέως διαθέσιμη μέθοδο, με χαμηλό κόστος, χωρίς ακτινοβολία. Αναγνωρίζει την ύπαρξη ελεύθερης συλλογής στην περιτοναϊκή κοιλότητα, το περικάρδιο και τον υπεζωκότα, όπως επίσης και την ύπαρξη πνευμοθώρακα (e-FAST). Η εξέταση περιλαμβάνει τον έλεγχο τεσσάρων σημείων: 1) Δεξιό άνω τεταρτημόριο που περιλαμβάνει το δεξιό υποδιαφραγματικό και υψηλατικό χώρο και τη δεξιά υπεζωκοτική κοιλότητα, 2) αριστερό άνω τεταρτημόριο, για τον έλεγχο του αριστερού υποδιαφραγματικού και περισπληνικού χώρου και την αριστερή υπεζωκοτική κοιλότητα, 3) υπερηβικά, για τον έλεγχο του Δουγλασείου χώρου στις γυναίκες και του ευθυκυστικού κολώματος στους άντρες και 4) υποξιφοειδικά την περικαρδιακή κοιλότητα. Η ακρίβεια της μεθόδου στην αναγνώριση κλειστού κοιλιακού τραύματος είναι ιδιαίτερα υψηλή, με ικανοποιητική ευαισθησία που κυμαίνεται από 69% έως 98% και πολύ υψηλή ειδικότητα που ανέρχεται στο

94% έως 100%. Η ευαισθησία αυξάνεται ανάλογα με την ποσότητα του περιτοναϊκού υγρού, ενώ είναι πολύ χαμηλότερη για την αναγνώριση κάκωσης συμπαγούς οργάνου που δεν συνοδεύεται από ελεύθερη συλλογή. Στους κύριους περιορισμούς της μεθόδου περιλαμβάνονται η ποιότητα του μηχανήματος, η εμπειρία του εξεταστή, η σωματοδομή του εξεταζόμενου και η δυσχερής απεικόνιση του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου. Για αυτό, μια αρνητική εξέταση F.A.S.T. θα πρέπει να συσχετισθεί με την κλινική υποψία, τον μηχανισμό κάκωσης και το αιμοδυναμικό προφίλ του ασθενούς. Χωρίς να υποκαθιστά την υπολογιστική τομογραφία, η οποία αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την ανίχνευση του ενδοκοιλιακού τραύματος, το F.A.S.T αποτελεί μία γρήγορη και αξιόπιστη μέθοδο για τη διερεύνηση τόσο του αιμοδυναμικά σταθερού, αλλά κυρίως του αιμοδυναμικά ασταθούς πολυτραυματία.

Λέξεις κλειδιά: F.A.S.T, Focused Assessment with Sonography in Trauma, κοιλιακό τραύμα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6946001595

E-mail: csierrou@yahoo.gr

TRIPLEX ΚΑΡΔΙΑΣ

Αγγελική Νικ. Μπαλαδήμα

Καρδιολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ., Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Το υπερηχογράφημα καρδιάς αποτελεί ένα σύγχρονο εργαλείο στη φαρέτρα της διάγνωσης και της αποτελεσματικής αντιμετώπισης των παθολογικών καταστάσεων με τον οποίο έρχονται αντιμέτωποι οι γιατροί στο χώρο του Τμήματος των Επειγόντων Περιστατικών.

Γενικά, ο υπέρηχος είναι ένα εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γιατρούς πολλών ειδικοτήτων και με τη χρήση διαφορετικών κεφαλών γίνεται μια αρκετά ακριβής και φιλική προς τον ασθενή απεικόνιση. Η εξέταση δεν είναι επώδυνη, δεν χρειάζεται αρκετό χρόνο για να εκτελεστεί και γίνεται παρακλινίως, οπότε ο ασθενής δεν χρειάζεται να μετακινηθεί σε άλλο χώρο, γεγονός που προσφέρει μεγάλη ασφάλεια ακόμα και στους βαρύτερα πάσχοντες. Είναι φθηνή εξέταση από πλευράς αναλωσίμων και επίσης είναι επαναλήψιμη, πράγμα που προσφέρει μία εν δυνάμει ασφαλέστερη διαγνωστική προσέγγιση μετά από τις θεραπευτικές διαδικασίες που γίνονται στον ασθενή.

Ειδικά για τον υπέρηχο καρδιάς μπορούμε να πούμε ότι είναι ένα εξαιρετικό εργαλείο για την διαφοροδιάγνωση του είδους του σοκ σε ένα ασταθή ασθενή, έχει ρόλο στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση κατά την αναζήτηση αναστρέψιμων αιτιών ανακοπής όπως για παράδειγμα ο καρδιακός επιπωματισμός και η θρόμβωση είτε στεφανιαίας αρτηρίας είτε της πνευμονικής αρτηρίας.

Άλλες σοβαρές παθολογίες που μπορούν να διαγνωσθούν ή να αποκλεισθούν γρήγορα με τη χρήση του υπέρηχου καρδιάς είναι η ρήξη της αορτής και οποιαδήποτε σοβαρή

οξεία παθολογία καρδιακής βαλβίδας είτε γηγενούς είτε προσθετικής.

Αποτελεί επίσης άριστο εργαλείο για την αναγνώριση του αιμοδυναμικού προφίλ του ασθενούς, καθώς δίνει άμεσα πληροφορίες τόσο για το προφόρτιο όσο και το μεταφόρτιο του ασθενούς και έτσι γίνεται καλύτερη διαχείριση των υγρών που πρέπει να χορηγηθούν στον ασθενή και αυτό γίνεται με αναίμακτο τρόπο και όχι με επεμβατικές μεθόδους που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στον ασθενή.

Οι γιατροί που ασκούν Ιατρική σε συνθήκες εφημερίας και στελεχώνουν τα επείγοντα ενός Νοσοκομείου θα πρέπει να μπορούν να αντιληφθούν τις βασικές αρχές απεικόνισης και να είναι εκπαιδευμένοι ώστε να μπορούν να αναγνωρίσουν και να απεικονίσουν οξείες και δυνητικά θανατηφόρες καταστάσεις.

Συμπερασματικά, ο υπέρηχος καρδιάς αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια του γιατρού στο χώρο επειγόντων περιστατικών και οφείλει να υπάρχει ως απαραίτητος εξοπλισμός σε όλα τα ιατρεία των επειγόντων.

Λέξεις κλειδιά: Υπέρηχος καρδιάς, τμήμα επειγόντων περιστατικών, καρδιακός επιπωματισμός, διαχείριση υγρών.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977528959

E-mail: angiebalad@gmail.com

ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Ευριπίδης Ανδρέας Καρτσωνάκης

Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η υπερηχογραφία θώρακος είναι ένα χρήσιμο εργαλείο της επείγουσας ιατρικής, που βοηθάει στην επίλυση διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων. Υπήρξε χρονική καθυστέρηση στη χρήση του, λόγω αδυναμίας απεικόνισης του πνεύμονα ως αεροπληθούς οργάνου. Ωστόσο, η δημιουργία συγκεκριμένων υπερηχογραφικών artifact εκτιμήθηκε από κλινικούς ιατρούς, με αποτέλεσμα την τακτική χρήση του LUCI (Lung Ultrasound in Critically Ill) λίγο μετά το 1980.

Αξιοσημείωτο ότι η εν λόγω ομάδα (με επικεφαλής τον εντατικολόγο Daniel Lichtenstein) επισημαίνει την αξία των πρώτων - «παλαιολιθικών» - μηχανημάτων, αναφέροντας ότι «ο μεγαλύτερος δολοφόνος της επείγουσας ιατρικής είναι το Doppler, ένα πρόγραμμα άχρηστο για την επείγουσα ιατρική, που πολλαπλασιάζει το κόστος των μηχανημάτων, δυσχεραίνει τη λειτουργικότητά τους και εμποδίζει στο να υπάρχει ένα μηχάνημα σε κάθε Τμήμα Επείγοντων περιστατικών». Αναφέρει λοιπόν ότι ο υπέρηχος στην επείγουσα ιατρική συνάδει με την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς, δίνοντας βάση στην υπερηχογραφία θώρακος.

Κατά την υπερηχογραφία θώρακος σε επείγουσα βάση, μας ενδιαφέρει να αναγνωρίσουμε τα εξής σημεία:

- 1) Αν υπάρχει κύλιση μεταξύ των πετάλων του υπεζωκότα, ένα σημείο που με μεγάλη ευαισθησία μπορεί να αποκλείσει πνευμοθώρακα.
- 2) Αν υπάρχουν πλευριτικές συλλογές. Επί παρουσίας αυτών, να τις χαρακτηρίσει και να στοχεύσει για παρακέντηση.

- 3) Την ανεύρεση Focal B lines. Ένα artifact που σχετίζεται με πάχυνση μεσολοβιδίων διαφραγματίων και βοηθά πολύ στη διαφοροδιάγνωση της δύσπνοιας.

Με βάση την υπερηχογραφία θώρακος και σε συνδυασμό με το triplex φλεβών κάτω άκρων, δημιουργήθηκε το BLUE-protocol, το οποίο βοηθά στην διαφοροδιάγνωση της δύσπνοιας, αν δηλαδή αυτή οφείλεται σε παρόξυνση αποφρακτικού νοσήματος, πνευμονικό οίδημα, πνευμονία ή πνευμοθώρακα με ευαισθησία και ειδικότητα 90-91%, χωρίς συνυπολογισμό λοιπής κλινικής εικόνας ή εργαστηριακών ευρημάτων. Είναι ένα πρωτόκολλο με μικρό χρόνο εκμάθησης (μετά το πρώτο 4ωρο εκπαίδευσης ο ιατρός μπορεί να διαγνώσει με ευαισθησία 75-80%, ενώ μετά από τακτική χρήση για 3-4 μήνες θεωρείται πλέον ικανός). Ο καταρτισμένος σε αυτή την τεχνική ιατρός θεωρείται ότι μπορεί να το εκτελέσει σε λιγότερο από 3 λεπτά.

Τέλος, υπάρχουν και άλλα πρωτόκολλα γρήγορου υπερηχογραφικού ελέγχου (scanning) στα οποία βασικό ρόλο έχει η υπερηχογραφία θώρακος, όπως το FALLS (ΔΔ καταπληξίας), PINK (σήψη), SESAME (ανακοπή), που κατευθύνουν τη διαφοροδιαγνωστική προσπάθεια εντός λεπτών.

Λέξεις κλειδιά: Υπερηχογραφία, θώρακος, επείγοντα, ΤΕΠ, BLUE protocol

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944314680

E-mail: andr.kartsonakis@gmail.com

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ελένη Λαζαρίδου

Ακτινολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Τμήμα Αξονικού - Μαγνητικού Τομογράφου, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η Αυχενική Μυελοπάθεια αναφέρεται σε κλινικό σύνδρομο με διαταραχές του κινητικού, αισθητικού και του αυτόνομου συστήματος. Συνυπάρχει με εκδηλώσεις παραισθησίας, μειωμένης επιδεξιότητας, αλλαγών κινητικότητας ή συχνές πτώσεις. Διακρίνεται στη συμπίεστική και μη, μυελοπάθεια.

Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις αποτελούν το συχνότερο αίτιο της πρώτης υποκατηγορίας, όπου σε έδαφος αυχενικής σπονδύλωσης ασκούνται πιεστικά φαινόμενα σε ουδέτερη θέση ή κατά το δυναμικό έλεγχο. Η ταξινόμηση κατά Kang αξιολογεί την απουσία ή παρουσία πιεστικών φαινομένων και την αύξηση σήματος του νωτιαίου μυελού στην T2 ακολουθία στη Μαγνητική Τομογραφία (MRI). Στους δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η αναλογία της προσθιοπίσθιας προς την εγκάρσια διάμετρο του μυελού (< 0.436), το εμβαδόν αυτού ($< 45\text{m}^2$), ενώ η αύξηση του σήματος στην T2 είναι μη ειδική και όταν συνδυάζεται με χαμηλό σήμα στην T1 (ενδεικτικό κακής πρόγνωσης), σχετίζεται με μη αντιστρεπτές βλάβες. Η δακτυλιοειδής ενίσχυση σε εγκάρσιες και η δίκην pancake σε οβελιαίες τομές επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της μυελοπάθειας σε πάσχοντες, με ενδεχόμενη παραμονή της μετεγχειρητικά για μήνες ή χρόνια. Άλλες αιτίες αποτελούν τα κατάγματα, το επισκληρίδιο απόστημα ή αιμάτωμα (συχνότερα φλεβικής προελεύσεως) και οι ενδοσκληρίδιες ενδομυελικές βλάβες, όπως το μηνιγγίωμα (15% στην ΑΜΣΣ), το σβάνωμα και το νευρίνωμα που έχει πολυεστιακή και συχνότερη εντόπιση στην ΑΜΣΣ.

Η απομυελίνωση, η μυελίτιδα, το έμφρακτο, η έλλειψη της B12, η νευροσαρκοΐδωση και μετακτινική μυελοπάθεια είναι οι συχνότερες αιτίες μη συμπίεστικής μυελοπάθειας. Με οξεία εγκατάσταση εκδηλώνονται συνήθως οι φλεγμονές και η αγγειακή παθολογία, ενώ προοδευτικά εγκαθίστανται οι μεταβολικές ή φλεγμονώδεις διεργασίες και τα ενδομυελικά νεοπλάσματα.

Η απομυελίνωση στο 90% εντοπίζεται στην ΑΜΣΣ συνήθως στο οπίσθιο και οπισθοπλάγιο τμήμα, σε έκταση μικρότερη των δύο σπονδύλων και πρόσληψη σε οξεία φάση. Η ADEM, η NMO και η μυελίτιδα προσβάλλουν εκτεταμένα

το NM με διακύμανση ως προς την εγκάρσια διάμετρο στην ADEM και τουλάχιστον των δύο τρίτων αυτής στις υπόλοιπες. Παρατηρείται σκιαγραφική ενίσχυση των απομυελινωτικών εστιών σε οξεία φάση και συχνά στην NMO παρατηρούνται στην T2 οι "bright spotty lesions".

Συχνότεροι όγκοι στους ενήλικες είναι το επενδύμωμα που έχει κεντρική εντόπιση, κάψα, σαφή όρια, αιμορραγικά ή κυστικά στοιχεία επιχωρίως και στα παιδιά το αστροκύττωμα που απεικονίζεται με ασαφή όρια, πολλαπλές εντοπίσεις, ανομοιογενή ενίσχυση και επιχώριο οίδημα. Στο αιμαγγειοβλάστωμα ο όζος μπορεί να συνυπάρχει με συριγγομυελία, κύστεις ή και Flow voids λόγω των τροφοφόρων αγγείων στις μεγάλες βλάβες. Στις μεταστάσεις, που είναι σπανιότερες, το "Rim" και "Flame sign" παρουσιάζουν ειδικότητα 97% - 100%.

Η Σαρκοείδωση παρουσιάζει συχνά υψηλό σήμα στην T2 με ήπια διεύρυνση του NM, λεπτομηνιγγική ή ενδομυελική ενίσχυση με εικόνα δίκην τρίαυνας.

Απότομη έναρξη με άλγος παρατηρείται σε αρτηριακή ισχαιμία με προσβολή της πρόσθιας νωτιαίας αρτηρίας και εικόνα στην T2 "owl eye appearance", ενώ σε φλεβική παθολογία παρατηρείται προοδευτική μυελοπάθεια με επιδείνωση στη δοκιμασία Valsalva.

Στις μεταβολικές παθήσεις η έλλειψη της B12 προσβάλλει συχνά την ΑΜΣΣ και ΘΜΣΣ. Στην MRI παθογνωμονικό σημείο στην T2 είναι το ανάστροφο V στα οπίσθια τμήματα. Λόγω της οπίσθιας προσβολής του NM στη ΔΔ περιλαμβάνονται λοιμώξεις, όπως ο HIV.

Συμπερασματικά, η συσχέτιση των κλινικών συμπτωμάτων, του χρόνου εκδήλωσης και της απεικόνισης περιορίζει τη ΔΔ συμβάλλοντας στη διάγνωση και τον προσδιορισμό της πρόγνωσης.

Λέξεις κλειδιά: Μυελοπάθεια, ΑΜΣΣ, T2 ακολουθία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6972881510

E-mail: helenlaz@yahoo.gr

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Βασιλική Α. Γκουρμπαλή

MD, PhD, Νευρολόγος, Επιμελήτρια Α΄ Ε.Σ.Υ, Νευρολογικό Τμήμα, Υπεύθυνη λειτουργίας Ειδικού Ιατρείου Κεφαλαλγίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

Διάφορες παθήσεις του νευρικού συστήματος περιορίζονται στο νωτιαίο μυελό. Ο όρος μυελοπάθεια περιγράφει παθολογικές συνθήκες που προκαλούν βλάβη ή δυσλειτουργία του νωτιαίου μυελού, με εμπλοκή ενίοτε, του μηνιγγικού ή/και του περιμηνιγγικού χώρου.

Μια αδρή αιτιολογική προσέγγιση των αυχενικών μυελοπαθειών χωρίζει τα αίτια σε τραυματικά, λοιμώδη, αυτοάνοσα, αγγειακά, νεοπλασματικά/παρανεοπλασματικά, μετακινικά, κληρονομικά/εκφυλιστικά. Οι παθήσεις αυτές εκδηλώνονται με μια ποικιλία εύκολα αναγνωρίσιμων συνδρόμων και κάποιες από αυτές έχουν την τάση να προκαλούν κάποιο συγκεκριμένο σύνδρομο και όχι άλλα. Τα σύνδρομα που αφορούν στην αυχενική μυελοπάθεια είναι: Η εγκάρσια διατομή του νωτιαίου μυελού (τραύμα, εγκάρσια μυελίτιδα κ.α.), το οπίσθιο μυελικό σύνδρομο (πολλαπλή σκλήρυνση, αυχενική σπονδύλωση, έλλειψη B12 κ.α.), το πρόσθιο μυελικό σύνδρομο (δισκοκήλη, μυελοπάθεια από ακτινοβολία κ.α.), το κεντρικό μυελικό σύνδρομο (συριγγομυελία κ.α.), το αμιγώς κινητικό σύνδρομο (ALS, κληρονομική σπαστική παραπληγία κ.α.) και η ημιεγκάρσια διατομή - Brown Sequard s. (δισκοκήλη, πολλαπλή σκλήρυνση κ.α.).

Η αυχενική μυελοπάθεια μπορεί να ταξινομηθεί ως μονοφασική ή πολυφασική-υποτροπιάζουσα, ως μονοεστιακή ή πολυεστιακή, ως οξεία, υποξεία/διαλείπουσα ή χρόνια. Η ταξινόμηση αυτή γίνεται αναλόγως με τη χρονική πορεία, με την έκταση της βλάβης (συμμετοχή και άλλων επιπέδων του ΚΝΣ), με την κλινική εικόνα ή το κλινικό σύνδρομο που αναγνωρίζεται ή με την αιτιολογία.

Η πλειονότητα των αίτιων της αυχενικής μυελοπάθειας αντιμετωπίζονται συντηρητικά, με τη χειρουργική παρέμβαση να απαιτείται επειγόντως σε περιπτώσεις όπως η

αυχενική σπονδύλωση, σε περιπτώσεις πιεστικών βλαβών ή τραυματισμών.

Στο πλαίσιο αυτό επί εμφανίσεως συμπτωμάτων που παραπέμπουν σε βλάβη στην αυχενική μοίρα του νωτιαίου μυελού είναι απαραίτητο να γίνεται πρωτίστως λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού. Είναι αναγκαίο να προσδιοριστεί σαφώς το χρονικό πλαίσιο εγκατάστασης της συμπτωματολογίας (οξεία-υποξεία-χρόνια) και αν αφορά σε μονοφασική ή πολυφασική/υποτροπιάζουσα νόσο. Στη συνέχεια η αναλυτική κλινική εξέταση θα μας επιτρέψει να προσδιορίσουμε το επίπεδο της βλάβης και αν αφορά και σε άλλα σημεία του ΚΝΣ πλην του αυχενικού νωτιαίου μυελού. Για τον προσδιορισμό της φύσης της βλάβης θα πρέπει να γίνει απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία πριν και μετά τη χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας και οσφυονωτιαία παρακέντηση για την ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

Κλινική εικόνα που παραπέμπει σε οξεία μυελική βλάβη, χρήζει επείγουσας διερεύνησης, προκειμένου να αποκλεισθεί βλάβη που χρήζει επείγουσας χειρουργικής παρέμβασης. Πολλές από τις παθολογίες αυτές μπορεί να είναι αναστρέψιμες αν αναγνωριστούν και θεραπευτούν εγκαίρως. Η πρώιμη διάγνωση και αντιμετώπιση, καθορίζουν την πρόγνωση.

Λέξεις κλειδιά: Μυελοπάθεια, διάγνωση, παθήσεις, νωτιαίος μυελός.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945500823

E-mail: vanessagourbali@yahoo.gr

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Μιχαήλ Πολυχρονιάδης

Ρευματολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ρευματολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η Αυχενική Μυελοπάθεια (ΑΜ) είναι μία σοβαρή κατάσταση που προκαλείται από πίεση του νωτιαίου μυελού στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΑΜΣΣ). Η αυχενική μυελοπάθεια μπορεί να προκαλέσει σταδιακά σοβαρά νευρολογικά προβλήματα, να οδηγήσει σε μεγάλο βαθμό περιορισμό της λειτουργικής ικανότητας του πάσχοντος και δυνητικά να καταστεί απειλητική για τη ζωή. Μεταξύ των αιτιών της αυχενικής μυελοπάθειας συγκαταλέγονται και ρευματολογικές παθήσεις με πιο συχνή τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (ΡΑ). Η ΡΑ, αν και θεωρείται νόσημα του περιφερικού μυοσκελετικού συστήματος, συχνά προσβάλλει την ΑΜΣΣ. Η προσβολή αφορά τόσο στην ανώτερη μοίρα με αρθρίτιδα της ατλαντοαξονικής (κυρίως) και της ατλαντοινιακής άρθρωσης, αλλά και στην κατώτερη με προσβολή των οπίσθιων αποφυσιικών αρθρώσεων και των αρθρώσεων του Luscka. Η φλεγμονώδης διήθηση του αρθρικού υμένα, τοπικά μπορεί να προκαλέσει υπεξαρθρήματα στην ανώτερη (πρόσθιο ατλαντοαξονικό, κάθετο ατλαντοαξονικό) και στην κατώτερη μοίρα (υποαξονικό). Η φυσική πορεία αυτών των βλαβών είναι η πίεση του νωτιαίου μυελού και η συνοδός μυελοπάθεια. Πέραν της ΡΑ, η ΑΜΣΣ προσβάλλεται και από τις οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες (ΣΠΑ) για τις οποίες η σπονδυλική στήλη είναι η κύρια θέση προσβολής. Η αρχετυπική νόσος των ΣΠΑ είναι η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα (ΑΣ). Η πάθηση ξεκινά ως ενθεσίτιδα (φλεγμονή που εντοπίζεται στο σημείο εισόδου τένοντα ή συνδέσμου ή θυλάκου στο οστό). Η ενθεσίτιδα στην εξέλιξη της προκαλεί οστείτιδα, οστεοποιήσεις συνδέσμων, συνδεσμόφυτα, αρθρίτιδα και αγκυλώσεις. Στην ΑΜΣΣ η προαναφερθείσα εικόνα σπανίως μπορεί να οδηγήσει με πίεση του νωτιαίου μυελού συνήθως από

υπερτροφία - οστεοποίηση του οπίσθιου επιμήκους ή του ωχρού συνδέσμου. Τέλος, η ψωριασική αρθρίτιδα μπορεί να προσβάλλει την ΑΜΣΣ με δύο τρόπους, έναν παρόμοιο της ΑΣ και ένα (λιγότερο συχνό) που θυμίζει ΡΑ. Σπάνια, αυχενική μυελοπάθεια μπορεί να παρατηρηθεί ανεξαρτήτως του τύπου της προσβολής (και με τους μηχανισμούς που προαναφέρθηκαν ήδη). Αν και συχνά η πρώιμη προσβολή της σπονδυλικής στήλης είναι ασυμπτωματική, ο ρευματολόγος πρέπει να δίνει μεγάλη σημασία στο ιστορικό και να εστιάζει στην κλινική εξέταση του αυχένα. Η απλή ακτινογραφία ΑΜΣΣ (F διαστοματική και Pr σε ουδέτερη θέση) και σε δυναμικές θέσεις (κάμψη ίδια, και έκταση) συμβάλλουν στη διάγνωση. Επί αμφιβολιών ή επί θετικών ακτινολογικών ευρημάτων, ο ασθενής θα πρέπει να παραπέμπεται για αξονική ή μαγνητική τομογραφία αυχένα. Η θεραπεία της αυχενικής μυελοπάθειας, από πλευράς ρευματολόγου, περιλαμβάνει την τροποποίηση (αναβάθμιση) της ανοσοτροποποιητικής αγωγής για τον έλεγχο της κύριας νόσου. Για την επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος, απαραίτητη είναι η συνεργασία με χειρουργό εξειδικευμένο στη σπονδυλική στήλη (νευροχειρουργό ή ορθοπαιδικό σπονδυλικής στήλης) και με φυσικοθεραπευτή με ειδικευση στην αυχενική μυελοπάθεια.

Λέξεις κλειδιά: Αυχενική μυελοπάθεια, σπονδυλική στήλη, θεραπεία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944576672

E-mail: poldoc01@gmail.com

ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στέφανος Κορφιάς¹, Δημήτριος Δημόπουλος²,
Λυκούργος Αναστασόπουλος³, Αλέξανδρος Κόσσυβας⁴

¹Αναπληρωτής Καθηγητής Νευροχειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ²Ιατρός, Ειδικευόμενος, ³Ιατρός, Ειδικευόμενος, ⁴Ιατρός, Ειδικευόμενος, Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η Αυχενική μυελοπάθεια ως παθολογική οντότητα αποτελεί ακτινολογικό εύρημα και κλινικό σύνδρομο απότοκο ενός πλήθους νευρολογικών, ρευματολογικών και εκφυλιστικών μυοσκελετικών νοσημάτων, με σοβαρή επιβάρυνση της ποιότητας της ζωής των ασθενών που πάσχουν από αυτά.

Στην κλινική πράξη ο νευροχειρουργός καλείται σχεδόν σε καθημερινή βάση να αξιολογήσει ασθενείς με αυχενική μυελοπάθεια, συνεπεία συμπίεσης της Αυχενικής Μοίρας του Νωτιαίου Μυελού (ΑΜΝΜ) και με τη βοήθεια νευρολόγου και ρευματολόγου να αποκλείσει άλλα νοσήματα που προκαλούν αυχενική μυελοπάθεια και τα οποία ενδεχομένως δεν επιδέχονται νευροχειρουργική παρέμβαση.

Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις της Αυχενικής Μοίρας της Σπονδυλικής Στήλης (ΑΜΣΣ) (ή αυχενική σπονδύλωση), που προκαλούν στένωση του νωτιαίου σωλήνα (διάμετρος <6mm) και συμπίεση του αυχενικού νωτιαίου μυελού, αποτελούν το συχνότερο αίτιο της αυχενικής μυελοπάθειας. Τις συναντούμε σε ποσοστό άνω του 50% σε πληθυσμό άνω των 50 ετών. Περιλαμβάνουν προβολές δίσκων, οστεοφύτωση, σπονδυλολίθωση, υπερτροφία των αρθρώσεων, πάχυνση και οστεοποίηση του οπίσθιου επιμήκους και των ωχρών συνδέσμων. Κάποιοι ασθενείς παρουσιάζουν προδιάθεση για αυχενική μυελοπάθεια λόγω του συγγενώς στενού αυχενικού νωτιαίου σωλήνα. Τα επίπεδα που συχνότερα προσβάλλονται είναι αυτά μεταξύ Α5 και Α7, λόγω της αυξημένης κινητικότητας σε αυτά.

Η βλάβη στο νωτιαίο μυελό μπορεί να αποδοθεί είτε σε άμεση πίεση, είτε σε αγγειακή αρτηριακή ή φλεβική συμπίεση ή συμφόρηση.

Η κλινική συμπτωματολογία συνδέεται με σημεία και συμπτώματα του κατώτερου κινητικού νευρώνα (L.M.N.) στο επίπεδο της μυελικής βλάβης, όπως μυϊκή αδυναμία, ατροφία, μειωμένα αντανακλαστικά, πόνος και αισθητικές διαταραχές, καθώς και με σημεία και συμπτώματα του ανώτερου κινητικού νευρώνα (U.M.N.) κάτω από το επίπεδο της μυελικής βλάβης, όπως δυσκολία στη βάδιση, πυραμιδική αδυναμία, σπαστικότητα, αυξημένος τόνος, κλόνος, παθολογικά αντανακλαστικά (Hoffman, Babinski, Lhermitte signs), αισθητικές διαταραχές και σπανιότερα σφιγκτηριακές διαταραχές. Φυσικά αυχενικός πόνος, ριζιτικός πόνος και αυχενική δυσκαμψία, εμφανίζονται πολύ συχνά σε ασθενείς με αυχενική σπονδύλωση και μυελοπάθεια.

Η μαγνητική τομογραφία της ΑΜΣΣ αποτελεί κύρια διαγνω-

στική εξέταση, με τις ακτινογραφίες, την αξονική τομογραφία και τη μυελογραφία να έχουν συμπληρωματικό ρόλο.

Η αντιμετώπιση στην αρχική φάση, περιλαμβάνει συντηρητική θεραπεία με παυσίπονα, στεροειδή, αλλαγή τρόπου ζωής, φυσικοθεραπεία και παρακολούθηση. Ωστόσο σε περίπτωση εξέλιξης των νευρολογικών συμπτωμάτων, απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση, η οποία μάλιστα πρέπει να επισπευσθεί για να προληφθεί η μη αντιστρεψιμότητα της νευρολογικής βλάβης και η σοβαρή νευρολογική αναπηρία.

Η (νευρο)χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει α) Την πρόσθια αυχενική αποσυμπίεση (δισκεκτομή ή/και σωματεκτομή) και σπονδυλοδεσία με κλωβούς, με ή χωρίς βίδες και πλάκες και οστικό μόσχευμα και β) την οπίσθια αυχενική αποσυμπίεση (πεταλεκτομή), με ή χωρίς σπονδυλοδεσία με βίδες και πλάκες, εφόσον κρίνεται απαραίτητο π.χ. σε περιπτώσεις αναστροφής της φυσιολογικής αυχενικής λόρδωσης. Αυχενική μυελοπάθεια στην ανώτερη αυχενική μοίρα (Α1-Α3), χρήζει πολύ πιο απαιτητικών πρόσθιων ή οπίσθιων χειρουργικών προσπελάσεων (διαστοματική προσπέλαση, εξαίρεση οδόντα και raptnus, οπίσθια κρανιο-αυχενική σπονδυλοδεσία κ.ά.).

Η χειρουργική πρόγνωση ποικίλει σε διαφορετικές σειρές ασθενών και σχετίζεται άμεσα με τις ιδιαιτερότητες των ασθενών αυτών (ηλικία, συννοσηρότητα, νευρολογική βαρύτητα, ακτινολογική βαρύτητα), καθώς και με την προτεινόμενη επέμβαση (είδος χειρουργείου, χειρουργική εμπειρία, διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές). Ασθενείς με συμπτώματα άνω των 18 ετών έχουν σαφώς χειρότερη μετεγχειρητική πρόγνωση. Γενικά κάποιου βαθμού βελτίωση αναφέρεται στο 50 - 80% των ασθενών που υποβάλλονται σε επέμβαση. Ωστόσο, η χειρουργική αντιμετώπιση θα πρέπει να στοχεύει στην πρόληψη της περαιτέρω νευρολογικής επιδείνωσης παρά στην εξάλειψη των συμπτωμάτων του μυελοπαθητικού ασθενούς.

Λέξεις Κλειδιά: Αυχενική μυελοπάθεια, πρόσθια αυχενική αποσυμπίεση και σπονδυλοδεσία, ACDF, οπίσθια αυχενική αποσυμπίεση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Σ. Κορφιάς,
Τηλ.: 6932458361
E-mail: skorfias@otenet.gr

ΦΥΣΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Παντελής Κουργιαντάκης

Φυσιοθεραπευτής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Πρόκειται για στένωση του σπονδυλικού σωλήνα και άσκηση πίεσης στο νωτιαίο μυελό στο επίπεδο της ΑΜΣΣ.

Αιτία μπορεί να είναι κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, οστεόφυτα, υπερτροφία αρθρικών συνδέσμων και όγκοι/νεοπλασίες.

Αφορά συχνότερα άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών. Τα δύο φύλα επηρεάζονται εξίσου. Ωστόσο, ξεκινά νωρίτερα στους άντρες από ότι στις γυναίκες (50 έναντι 60 ετών).

Το 75% των ασθενών έχει σταδιακή επιδείνωση με νευρολογική σημειολογία, 20% αργή σταθερή επιδείνωση και 5% ταχεία έναρξη και εξέλιξη. Η φυσιοθεραπεία επομένως απευθύνεται στο 95%.

Η φυσιοθεραπεία ανήκει στη συντηρητική αντιμετώπιση της αυχενικής μυελοπάθειας και αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο αυτής.

Μαζί με την αντιφλεγμονώδη αγωγή έχει σκοπό να ανακουφίσει τον ασθενή από τα επώδυνα συμπτώματα και να καθυστερήσει, αν όχι και να αποτρέψει τη χειρουργική επέμβαση.

Ως στόχους έχει: Την ανακούφιση του πόνου, τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, την πρόληψη ή καθυστέρηση της νευρολογικής επιδείνωσης και την αναστροφή ή και βελτίωση ακόμα των νευρολογικών ελλειμμάτων.

Αυτό γίνεται με τις εξής μεθόδους:

Αυχενική έλξη, μικροκινήσεις της ΘΜΣΣ, Manipulation (χειρωνακτικές τεχνικές).

Κινησιοθεραπεία που περιλαμβάνει: Ασκήσεις για αύξηση της κινητικότητας και εύρους κίνησης της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, αερόβια άσκηση, διατάσεις, ενδυνάμωση, Biofeedback, ασκήσεις PNF, βελτίωση στάσης σώματος, εκπαίδευση ισορροπίας.

Ο ρόλος του φυσιοθεραπευτή ωστόσο είναι πολύ σημαντικός και στην περίπτωση που ληφθεί η απόφαση από τον ασθενή για χειρουργική επέμβαση. Η παρέμβασή του γίνεται τόσο πριν όσο και μετά το χειρουργείο.

Προεγχειρητικά πρέπει να εξοικειωθεί πλήρως με το ιστορικό του ασθενούς και τις δραστηριότητες που θα ήθελε να επιστρέψει μετά την επέμβαση.

Μετεγχειρητικά δίνονται ασκήσεις για βελτίωση της κινητικότητας και ιδιοδεκτικότητας, καθώς και αύξηση της δύναμης ειδικά των μελών που έχουν επηρεαστεί από τη μυελοπάθεια.

Προϊόντος του χρόνου, η ένταση των ασκήσεων αυξάνεται και προστίθενται ασκήσεις ισορροπίας και αύξησης της αντοχής.

Λέξεις κλειδιά: Αυχενική μυελοπάθεια, φυσικοθεραπεία, ασκήσεις ισορροπίας.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 697777462

E-mail: panteliskou@gmail.com

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ

Γεώργιος Χατζηπαναγιώτου

Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Τμήμα Ορθοπαιδικής - Τραυματολογίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο αριθμός αρthroπλαστικών χειρουργικών επεμβάσεων έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια λόγω του αυξημένου μέσου όρου ηλικίας του πληθυσμού και των αυξημένων λειτουργικών απαιτήσεων ακόμα και σε προχωρημένη ηλικία στην καθημερινότητά του. Η λοίμωξη είναι μεταξύ των πιο συχνών επιπλοκών των επεμβάσεων αυτών, με συχνότητα από 0.2 έως 2%, φτάνοντας μέχρι και το 9% σε ειδικές περιπτώσεις, όπως αυτές των μεγαπροθέσεων. Η προκύπτουσα νοσηρότητα και θνησιμότητα από αυτές είναι υψηλή, για αυτό και είναι πολύ σημαντικό να αναζητηθούν και να ελαχιστοποιηθούν οι παράγοντες κινδύνου καθώς και να βελτιστοποιηθούν οι σχετικές διαγνωστικές και θεραπευτικές στρατηγικές. Οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να ομαδοποιηθούν σε αυτούς που εξαρτώνται από τον ασθενή, από τη διαδικασία του χειρουργείου και τον τύπο της πρόθεσης. Ανάλογα με το χρόνο εμφάνισης της λοίμωξης σε σχέση με το χειρουργείο, ταξινομούνται σε πρώιμες (2 εβδομάδες - 3 μήνες) ή όψιμες (> 3 μήνες). Μία ακόμα σημαντική ταξινόμηση αφορά την κλινική εικόνα εμφάνισής τους, όπου έχουμε την οξεία με συμπτώματα όπως έντονος πόνος, ερυθρότητα, οίδημα, αυξημένη θερμοκρασία τοπικά και πυρετός. Στη χρόνια, αντίθετα, όπου υπάρχει μικρότερος αριθμός βακτηριών (low-grade) τα συμπτώματα είναι κυρίως επιμένων πόνος με χαλάρωση των υλικών και πολλές φορές αποτυχία αυτών. Η κύρια πρόκληση είναι η τεκμηρίωση της διάγνωσης και η διάκριση μεταξύ λοίμωξης της αρthroπλαστικής και της άσηπτης επιπλοκής των υλικών. Συνδυάζοντας διαφορετικές διαγνωστικές εξετάσεις (βιοχημικές, μικροβιολογι-

κές, ιστοπαθολογικές και απεικονιστικές) αυξάνονται οι πιθανότητες έγκαιρης και έγκυρης διάγνωσης. Ως προς την αντιμετώπιση μιας λοίμωξης επί αρthroπλαστικής οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν την έκπλυση με διατήρηση των υλικών της αρthroπλαστικής, την αναθεώρηση σε έναν ή δύο χρόνους αλλά και παρηγορικές επεμβάσεις ή επεμβάσεις διάσωσης όπως η αρθρόδεση, η εκτομή αρθρικών επιφανειών και σε ακραίες περιπτώσεις ακόμα και ο ακρωτηριασμός. Η πιο καθοριστική απόφαση στο θεραπευτικό αλγόριθμο είναι αυτή της διατήρησης ή όχι των υλικών και αυτή πρέπει να βασιστεί στη χρονιότητα και την ένταση των συμπτωμάτων καθώς και τη σταθερότητα των υλικών. Σημαντικό ρόλο σε αυτή την απόφαση παίζει και ο τύπος του οργανισμού όπως επίσης και η ανθεκτικότητά του στα διαθέσιμα αντιβιοτικά. Σε οποιαδήποτε απόφαση πάντως, η χειρουργική θεραπεία συνδυάζεται με τα συστηματικά αντιβιοτικά. Συνοψίζοντας, η λοίμωξη των αρthroπλαστικών αποτελεί μία επιπλοκή με τεράστια επιβάρυνση για τους ασθενείς και τα εθνικά συστήματα υγείας, η οποία απαιτεί πρόληψη και αντιμετώπιση βάσει καλά καθορισμένων πρωτοκόλλων.

Λέξεις κλειδιά: Λοίμωξη, αρthroπλαστικές επεμβάσεις, πρωτόκολλα αντιμετώπισης.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6979327166

E-mail: giwrgos_xatz@hotmail.com

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ

Δημήτριος Βασιλάκος

Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Επικουρικός Ιατρός, Τμήμα Ορθοπαιδικής - Τραυματολογίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η λοίμωξη μετά από οστεοσύνθεση ενός κατάγματος είναι μία από τις σοβαρότερες πιθανές επιπλοκές που μπορεί να αντιμετωπίσει ο καταγματίας ασθενής. Οι συνέπειές της, μπορεί να είναι δραματικές σε ό,τι αφορά το λειτουργικό αποτέλεσμα, την ποιότητα ζωής, τη νοσηρότητα, την πρόκληση αναπηρίας, ακόμα και τη θνητότητα μετά από μία επέμβαση οστεοσύνθεσης καθώς επίσης και την ανάγκη για επανειλημμένες νοσηλείες ή και χειρουργικές επεμβάσεις με ό,τι αυτό συνεπάγεται για το κόστος περίθαλψης. Παρόλα αυτά επί δεκαετίες δεν υπήρχε συναίνεση στη διεθνή βιβλιογραφία σε σχέση με τον ορισμό και τα ακριβή διαγνωστικά κριτήρια μιας τέτοιας λοίμωξης με αποτέλεσμα να καθίσταται δυσχερής, τόσο η ασφαλής και έγκαιρη διάγνωση όσο και η διαμόρφωση αποτελεσματικών θεραπευτικών οδηγιών. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος οι θεράποντες ιατροί ήταν συχνά αναγκασμένοι να καταφεύγουν στις αρχές θεραπείας των περιπροθετικών λοιμώξεων οι οποίες ωστόσο δεν είναι πάντοτε εφαρμόσιμες καθώς οι λοιμώξεις μετά από κατάγματα συχνά διαφέρουν τόσο στην παθοφυσιολογία τους όσο και στο προφίλ και τις ανάγκες των ασθενών που αφορούν. Τα τελευταία χρόνια ωστόσο, έχουν προταθεί συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια προκειμένου να επιτευχθεί η έγκυρη διάγνωση στην κλινική πράξη αλλά και η συγκρισιμότητα των διαθέσιμων στη βιβλιογραφία κλινικών μελετών. Αυτά διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, τα επιβεβαιωτικά κριτήρια, η παρουσία των οποίων τεκμηριώνει την ύπαρξη λοίμωξης, και τα υποδηλωτικά κριτήρια, τα οποία αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα ύπαρξης της και επιβάλλουν την περαιτέρω διερεύνηση προς αποκλεισμό ή επιβεβαίωση. Στο πλαίσιο της διαγνωστικής διερεύνησης συχνά χρειάζεται ο συνδυασμός κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών μεθόδων

ενώ θεμελιώδους σημασίας είναι η διεπιστημονική συνεργασία και ο σχηματισμός ομάδας από περισσότερες από μία ειδικότητες, τόσο για τη διάγνωση όσο και για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου. Η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να εξατομικεύεται για τον κάθε ασθενή και επηρεάζεται από παράγοντες που αφορούν το κάταγμα, όπως ο μηχανισμός του τραυματισμού και ο βαθμός συνυπάρχουσας βλάβης των μαλακών μορίων, η σταθερότητά του και η πρόοδος της πώρωσης, αλλά και το γενικότερο προφίλ του ασθενούς, όπως η ηλικία, το λειτουργικό επίπεδο και η ύπαρξη συννοσηροτήτων και άλλων τροποποιήσιμων ή μη παραγόντων που είτε προδιαθέτουν στην ανάπτυξη λοιμώξεων είτε δυσχεραίνουν την αντιμετώπισή τους. Η θεραπεία περιλαμβάνει το χειρουργικό καθαρισμό της λοίμωξης, την αντιμικροβιακή αγωγή και είτε τη διατήρηση των υλικών οστεοσύνθεσης είτε την αφαίρεσή τους, εφόσον το κάταγμα έχει πωρωθεί, είτε την αλλαγή τους σε έναν ή περισσότερους χρόνους. Κύριοι στόχοι είναι η επίτευξη της πώρωσης του κατάγματος, η εκρίζωση της φλεγμονής, η επούλωση των μαλακών μορίων, η αποκατάσταση της λειτουργίας του σκέλους και η πρόληψη μιας χρόνιας φλεγμονής ή και οστεομυελίτιδας. Για την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων κεφαλαιώδους σημασίας είναι η ταχεία διάγνωση και η άμεση και αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση.

Λέξεις κλειδιά: Λοίμωξη, οστεοσύνθεση, κάταγμα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6947430507

E-mail: dimitris_vasilakos@hotmail.com

ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Αικατερίνη Καζιάνη

Παθολόγος, Εξειδικευόμενη στη Μονάδα Λοιμώξεων, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των λοιμώξεων οστών και αρθρώσεων που σχετίζονται με ορθοπαιδικά εμφυτεύματα συνίσταται στο συνδυασμό ενδεδειγμένου χειρουργικού καθαρισμού (debridement), με στοχευμένη αντιμικροβιακή θεραπεία, βασισμένη στα αποτελέσματα των διεγχειρητικών ιστικών καλλιέργειών. Η πλήρης αφαίρεση των εμφυτευμένων υλικών, όταν εφαρμόζεται, συνδέεται με βελτιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και μικρότερη διάρκεια αντιμικροβιακής θεραπείας.

Οι επιλογές χειρουργικής αντιμετώπισης λοιμώξεων επί εδάφους αρθροπλαστικής περιλαμβάνουν (1) χειρουργικό καθαρισμό με διατήρηση της πρόθεσης (Debridement Antibiotic and Implant Retention -DAIR), (2) αναθεώρηση της άρθρωσης σε ένα ή δύο στάδια, (3) οριστική αφαίρεση υλικών πρόθεσης ή (4) ακρωτηριασμό. Η DAIR προσέγγιση αποτελεί επιλογή σε πρώιμες μετά την αρθροπλαστική λοιμώξεις, υπό την προϋπόθεση της σταθερότητας της άρθρωσης, της απουσίας συριγγώδους πόρου και του επαρκούς χειρουργικού καθαρισμού ή σε περιπτώσεις που το επιβάλλει η γενική κλινική κατάσταση του ασθενή. Σε λοίμωξη σχετιζόμενη με υλικά εσωτερικής οστεοσύνθεσης η δυνατότητα αφαίρεσης των υλικών εξαρτάται από τη σταθερότητα των εμπλεκόμενων οστικών δομών, αλλά και από το είδος του μικροοργανισμού, λαμβάνοντας υπόψη ότι η παραμονή του ξένου σώματος λειτουργεί επιβαρυντικά στη θεραπεία της λοίμωξης.

Εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή πρέπει να αποφεύγεται, προκειμένου να αυξηθεί η διαγνωστική ευαισθησία των διεγχειρητικών καλλιέργειών. Εφαρμόζεται μόνο όταν η λοίμωξη συνοδεύεται από σηπτική συνδρομή ή κλινική αστάθεια και περιλαμβάνει συνήθως βανκομυκίνη σε συνδυασμό με κεφαλοσπορίνη γ' ή δ' γενιάς ή πενέμη, ανάλογα με τα δεδομένα της τοπικής επιδημιολογίας. Η

οριστική αντιμικροβιακή θεραπεία και η διάρκεια αυτής διαμορφώνεται ανάλογα με το είδος του αιτιολογικού μικροβιακού παράγοντα και το αντιβιογράμμα, όπως προκύπτει από τις διεγχειρητικές ιστικές καλλιέργειες, καθώς και το είδος της χειρουργικής προσέγγισης (αφαίρεση ή παραμονή των ορθοπαιδικών εμφυτευμάτων). Στην επιλογή του αντιμικροβιακού σχήματος λαμβάνεται επίσης υπ' όψιν η διείσδυση των αντιμικροβιακών στα οστά, οι αλληλεπιδράσεις με άλλα συγχρηγούμενα φάρμακα και η τοξικότητα σε μακροχρόνια θεραπεία. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τη βέλτιστη διάρκεια θεραπείας. Σαν γενική αρχή, ενδοφλέβια αντιμικροβιακή θεραπεία χορηγείται για 2 έως 6 εβδομάδες, ενώ στις περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατός ο επαρκής χειρουργικός καθαρισμός ή δεν επιλέγεται η πλήρης αφαίρεση όλων των υλικών που ενέχονται στη λοίμωξη εφαρμόζεται μακροχρόνια κατασταλτική αντιμικροβιακή θεραπεία από το στόμα για διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών.

Ερωτήματα που δεν έχουν επαρκώς απαντηθεί παραμένουν, εκτός της βέλτιστης διάρκειας θεραπείας, η αποτελεσματικότητα της από τους στόματος αντιμικροβιακής αγωγής έναντι της παρεντερικής, καθώς και η σημασία της συνδυαστικής θεραπείας με ριφαμπικίνη σε σταφυλοκοκκικές ορθοπαιδικές λοιμώξεις με διατήρηση των εμφυτευμένων υλικών.

Λέξεις κλειδιά: Ορθοπαιδικές λοιμώξεις, λοιμώξεις οστών και αρθρώσεων, λοιμώξεις ορθοπαιδικών εμφυτευμάτων.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974885089

E-mail: katkaziani@hotmail.com

Η ΜΟΡΙΑΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ. ΛΥΣΗ Η ΑΔΙΕΞΟΔΟ

Βάιος Ωραιόπουλος¹, Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος²

¹Ιατρός, Ειδικευόμενος, ²Παθολόγος-Ογκολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Στην εποχή της ιατρικής ακριβείας, η ογκολογία εμπλουτίζεται καθημερινά με τις ραγδαίες εξελίξεις της μοριακής βιολογίας τόσο στον έλεγχο όσο και στη θεραπεία των νεοπλασματικών νοσημάτων. Η παλαιότερη φιλοσοφία «one size fits all» έχει πάψει να υφίσταται και είναι πλήρως αναχρονιστική και μη επιστημονικά αποδεκτή.

Η κατανόηση των μηχανισμών παθογένεσης των νεοπλασμάτων, της βιολογίας και των μοριακών χαρακτηριστικών της κλωνικότητας και του μεταλλακτικού φορτίου, με επισήμανση των οδηγών και των άλλων κλινικά περισσότερο ή λιγότερο σημαντικών μεταλλάξεων που ενέχονται στα καρκινογενετικά μονοπάτια ευόδωσης της μιτογόνου και εξελικτικής διαδικασίας πληθώρας καρκινωμάτων, προσφέρουν το πλεονέκτημα της καλύτερης και εξατομικευμένης προσέγγισης κάθε ασθενούς.

Οι τεχνικές αλληλούχισης γονιδιώματος επόμενης γενιάς (NGS) επιτρέπουν πλέον τη λεπτομερέστερη καταγραφή της κλωνικότητας των μεταλλαγών, καθώς η στόχευση της οδηγού μεταλλαγής κορμού που συντηρεί την καρκινογένεση θεωρείται επιβεβλημένη. Η μοριακή ταυτότητα του εκάστοτε όγκου και η αποτύπωση του όλου γονιδιακού προφίλ του και των αναγνωρισθέντων μεταλλαγών αξιολογούνται ως τεράστιο όπλο στη θεραπευτική φαρέτρα των σημερινών ογκολόγων.

Η σύγχρονη τάση είναι η εξατομίκευση της θεραπείας, στα ειδικά χαρακτηριστικά της νόσου. Η θεραπευτική στρατηγική βασίζεται αρχικά σε παραμέτρους όπως: ο ιστολογικός τύπος, το φορτίο και το στάδιο της νόσου, η συννοσηρότητα και η γενική κλινική κατάσταση, που παραμένουν κομβικής σημασίας. Δεν παραλείπεται όμως να συναξιολογούνται επιπρόσθετες πληροφορίες προερχόμενες από πεδία μοριακής βιολογίας όπως:

- Η αναγνώριση γενετικών/μοριακών δεικτών ευαισθησίας/ανθεκτικότητας σε φάρμακα και θεραπευτικά σχήματα που χρησιμοποιούνται στην Ογκολογία
- Η αναγνώριση γενετικών/μοριακών δεικτών πρόγνωσης ανεξάρτητα από τις ισχύουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις
- Η προσαρμογή μοριακών ταξινομήσεων των όγκων στις αντίστοιχες κλασικές ταξινομήσεις με μεθόδους ευρείας εφαρμογής

• Η ανάπτυξη και ο έλεγχος μεθόδων ανίχνευσης των παραπάνω δεικτών για διαγνωστική (κλινική) εφαρμογή. Τοιουτοτρόπως καθίσταται αποτελεσματικότερη η τακτική στόχευση οδηγών μεταλλαγών. Ενισχύσεις γονιδίων, μεταλλάξεις εξονίων, αναδιατάξεις και ανίχνευση σημειακών και άλλων μεταλλαγών σε πλειάδα ογκογενετικών αναγνωρισθέντων στόχων όπως τα HER2, EGFR, BRAF, ALK, RET, NTRT, PDL-1, είναι μερικά μόνο παραδείγματα τέτοιων στόχων εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης όπου διαπιστώνονται. Επιπρόσθετα, η ανεύρεση ασθενών με σπάνιες μεταλλάξεις προσφέρουν το μοναδικό πλεονέκτημα επιλογής μίας προσωποποιημένης και στοχευμένης θεραπείας.

Στις μέρες μας ακόμη και η αναγνώριση ενός αναδυόμενου ανθεκτικού υποκλώνου, στο πλαίσιο συνεχιζόμενης έκθεσης σε φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθης διαγνωστική τακτική και με τη δρομολόγηση επανα-βιοψιών καθορίζουν πιο στοχευτικά τις επόμενες προσεγγίσεις των ασθενών στη θεραπευτική τους διαχείριση. Η άμεση συνεργασία του παθολόγου - ογκολόγου με τον παθολογοανατόμο και τον μοριακό βιολόγο είναι κριτικής σημασίας για να ληφθεί η εκάστοτε θεραπευτική απόφαση.

Η εποχή μας καλεί να χρησιμοποιήσουμε κάθε δυνατό μέσο της επιστήμης προς όφελος του ασθενούς, τόσο σε διαγνωστικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο δεδομένης της εμβάθυνσης της νεότερης ογκολογίας στα άδυτα της καρκινογένεσης και της αποτύπωσης των στόχων συντήρησης του καρκίνου, που με την αξιοποίηση των νεότερων στοχευτικών φαρμάκων-αντισωμάτων μπορούν να την αναχαιτίσουν δυναμικά και παρατεταμένα να την αναστρέψουν σε δρόμους απόπτωσης.

Λέξεις κλειδιά: Μοριακή ταυτότητα, στοχεύσιμες θεραπείες, προσωποποιημένη θεραπεία, NGS, driver mutations.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Β. Ωραιόπουλος,
Τηλ.: 6987951299
E-mail: oraiopoulosv@gmail.com

Ο ΚΡΙΣΙΜΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ MOLECULAR TUMOR BOARD

Χρήστος Μασαούτης

Παθολογοανατόμος, Επικουρικός Ιατρός, Αιμοπαθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η μοριακή διάγνωση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της Ιατρικής Ακριβείας, μίας ολοένα αυξανόμενης προσέγγισης στην ιατρική, η οποία εστιάζει στην εξατομικευμένη διάγνωση και θεραπεία ασθενειών. Στην ογκολογία, η Ιατρική Ακριβείας λαμβάνει υπόψη το μοναδικό για κάθε νεόπλασμα γενετικό και μοριακό προφίλ, προσφέροντας θεραπείες προσαρμοσμένες στις ατομικές ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς. Μοριακά κριτήρια ενσωματώνονται ολοένα και περισσότερο στη διάγνωση και επιμέρους τυποποίηση των νεοπλασιών, όπως αντανakλάται στις νεότερες εκδόσεις των αντίστοιχων ταξινομήσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αλλά και σε διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες Παθολογικής Ανατομικής. Στο πλαίσιο της Ιατρικής Ακριβείας, ο παθολογοανατόμος διαδραματίζει καίριο ρόλο στη μοριακή διάγνωση. Η συσχέτιση συμβατικής ιστοπαθολογίας με τις μοριακές βάσεις του καρκίνου, καθιστούν τη συμβολή της Παθολογικής Ανατομικής πολύτιμη σε επίπεδο μοριακών ογκολογικών συμβουλίων. Η ικανότητα ερμηνείας των μοριακών αποτελεσμάτων στο κατάλληλο ιστομορφολογικό πλαίσιο, είναι απαραίτητη για την εξαγωγή εύστοχων συμπερασμάτων, καθώς η ερμηνεία των μοριακών δεδομένων οφείλει να λαμβάνει υπόψη τον τύπο και τον υπότυπο του καρκίνου, όπως προσδιορίζονται από την ιστομορφολογική και ανοσοφαινοτυπική εικόνα του όγκου. Ο παθολογοανατόμος συχνά μπορεί να προτείνει τον καταλληλότερο συμπληρωματικό μοριακό έλεγχο με σκοπό την επίλυση ποικίλων διαφοροδιαγνωστι-

κών ζητημάτων, ενίοτε κρίσιμης κλινικής σημασίας με θεραπευτικές προεκτάσεις, τα οποία ουκ ολίγες φορές ανακύπτουν, είτε σε κλινικό είτε σε ιστοπαθολογικό επίπεδο. Είναι σε θέση να αξιολογεί την ετερογένεια του υπό μελέτη νεοπλάσματος, διαδικασία απαραίτητη για την αποφυγή μοριακών bias. Λαμβάνει υπόψη προαναλυτικές παραμέτρους ή/και artifact που μπορούν να επηρεάσουν την αξιοπιστία των μοριακών δεδομένων. Εξάλλου, επιλέγει το εκάστοτε καταλληλότερο προς μοριακή μελέτη ιστικό δείγμα με κριτήριο την αντιπροσωπευτικότητα αυτού, αξιολογώντας ιστολογικά ευρήματα (όπως επί παραδείγματι νέκρωση, φλεγμονή, στρωματική αντίδραση) καθώς και την πλέον πρόσφορη μοριακή τεχνική ή/και τη μέθοδο με τη βέλτιστη σχέση κόστους/οφέλους. Συνοψίζοντας, η μοριακή διάγνωση αποτελεί θεμέλιο λίθο της Ιατρικής Ακριβείας. Ο παθολογοανατόμος διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο στην ερμηνεία και αξιοποίηση των μοριακών δεδομένων, συμβάλλοντας στην εξατομικευμένη αντιμετώπιση των κακοήθων νεοπλασματικών νοσημάτων.

Λέξεις κλειδιά: Μοριακή διάγνωση, διεπιστημονική προσέγγιση, εξατομικευμένη θεραπεία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041544

E-mail: masaoutis@hotmail.com

Ο ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΖΕΥΓΜΕΝΩΝ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ (ADCs) ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ. Η ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ

Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος¹, Βάιος Ωραιόπουλος²

¹Παθολόγος-Ογκολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., ²Ιατρός, Ειδικευόμενος, Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει στις μέρες μας προσεγγίσεις με μονοκλωνικά αντισώματα που δρουν με πολλαπλούς μηχανισμούς δράσης αναχαιτίζοντας την καρκινογενετική διαδικασία, στοχεύοντας γνωστά αντιγόνα ενεχόμενα στις κακοήθειες του μαστού που εντοπίζονται στην επιφάνεια καρκινικών κυττάρων (HER2), είτε τροποποιώντας ή εκλύοντας μηχανισμούς του ανοσοποιητικού συστήματος.

Η ανάπτυξη των μονοκλωνικών αντισωμάτων που στοχεύουν την πρωτεΐνη HER2 των καρκινικών κυττάρων αποτελεί πλέον ιστορική θεραπεία με πολλαπλά εγκεκριμένα φάρμακα, για την υποομάδα ασθενών με HER2(+) καρκίνους του μαστού (trastuzumab, pertuzumab, tucatinib). Η εξέλιξη της μοριακής βιολογίας και φαρμακολογίας έφερε στο προσκήνιο νεότερης γενιάς συζευγμένα αντισώματα, δούρειους ίππους, που μεταφέρουν συζευγμένα επί των αντισωμάτων HER2 κυτταροτοξικά φάρμακα που δύνανται να απελευθερώνονται εντός των καρκινικών κυττάρων μετά την ολοκλήρωση της πρόσδεσής τους επί των ειδικών υποδοχέων HER2. Τέτοια συζευγμένα αντισώματα είναι τα νεότερης γενιάς μόρια όπως η τραστουζουμάμπη - ντερουξετεκάνη (EnHertu) με καινοτομία μηχανισμού δράσης. Συγκεκριμένα το αντίσωμα συνδέεται με τους υποδοχείς HER2 στην κυτταρική επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων. Το σύμπλεγμα αντισώματος - φαρμάκου εσωτερικεύεται από το κύτταρο και τα λυσοσωμικά ένζυμα διασπούν το συνδέτη που ενώνει το σύμπλεγμα. Αφού εισέλθει το σύμπλεγμα στο καρκινικό κύτταρο, το κυτταροτοξικό ντερουξετεκάνη - DXd απελευθερώνεται, προκαλώντας βλάβη στο DNA και απόπτωση. Επιπλέον το αντίσωμα έχει τη δυνατότητα σύνδεσης με το FcγRIIIA και το συμπλήρωμα C1q και αναστέλλει τη σηματοδότηση ενδοκυτταρικών μεταβολικών οδών. Επιπλέον, το απελευθερωμένο φορτίο δύναται να διαπερνά εύκολα την κυτταρική μεμβράνη με αποτέλεσμα να ασκεί μια δυνητικά ισχυρή κυτταροτοξική επίδραση σε γειτονικά καρκινικά κύτταρα ανεξάρτητα από την έκφραση του όγκου. Η μαργετουξιμάμπη (margetuximab) αποτελεί ένα άλλο νεότερο χιμαιρικό αντι-HER2 μονοκλωνικό αντίσωμα, το οποίο δεσμεύεται στον ίδιο επίτοπο HER2 που δεσμεύ-

εται και η τραστουζουμάμπη, εγκεκριμένο και αυτό για τη θεραπεία ασθενών με μεταστατικό HER2(+) καρκίνο μαστού σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία. Έρευνες σε πλειάδα δημοσιεύσεων δεικνύουν καλύτερα κλινικά αποτελέσματα σε σύγκριση με την κλασική τραστουζουμάμπη, ενισχύοντας πιο πολύ την ενεργοποίηση της έμφυτης και προσαρμοστικής αντιHER2 απόκρισης με την ενσωμάτωση των νεότερων αυτών μορίων στη θεραπευτική φαρέτρα αυτής της ομάδας ασθενών. Η διέγερση και αφύπνιση του ανοσιακού συστήματος με τα ειδικά στοχευτικά αυτά μόρια που καταφέρνουν να ενισχύσουν τις ανοσολογικές αποκρίσεις είτε εμποδίζοντας παράγοντες ελέγχου κυτταρικής ανάπτυξης που ενέχονται στην καρκινογενετική διαδικασία από τη μη φυσιολογική τους κινητοποίηση, είτε απελευθερώνοντας νέο-αντιγόνα εκλύοντας τη συνεχή επαγρύπνηση και ανοσολογική δράση προς την αντικαρκινική αποπτωτική διεργασία φαίνεται πως είναι παράλληλο θεραπευτικό όφελος δράσης μέσω ανεξήγητων ακόμη μη πλήρως διασαφηνισμένων μηχανισμών.

Ο τριπλά αρνητικός καρκίνος του μαστού αποτελεί έναν άλλο υπότυπο υψηλού κινδύνου υποτροπής και μη εύκολης θεραπευτικής διαχείρισης με λίγες εγκεκριμένες θεραπείες. Η ανακάλυψη νέων βιοδεικτών που εκφράζονται σε αυτό τον υπότυπο έχουν φέρει μια νέα γενιά θεραπευτικών αντισωμάτων εξειδικευμένα και ικανά να ξεπεράσουν την αντοχή στη θεραπεία. Η σασιτουζουμάμπη γοβιτεκάνη (Sacituzumab govitecan) ένα σύζευγμα αντισώματος-φαρμάκου, συζευγμένο αντίσωμα (ADCs), το οποίο χορηγείται για τη θεραπεία του μεταστατικού τριπλά αρνητικού καρκίνου μαστού (TNBC) και είναι ο νεότερος θεραπευτικός υποσχόμενος ελπιδοφόρος ορίζοντας.

Από τον Φεβρουάριο του 2016 που αποδείχθηκε η κλινική δραστηριότητά του, αυτό το ανθρωποποιημένο μονοκλωνικό αντισώματα IgG1, το hRS7 το οποίο στοχεύει το αντιγόνο 2 της επιφάνειας του αντιπροφροβλαστικού κυττάρου (Trop-2), συζευγμένο με το SN-38, έναν ενεργό μεταβολίτη ιρινοτεκάνης, ο οποίος συνδέεται αναστρέψιμα με το σύμπλεγμα διάσπασης της τοποϊσομεράσης I στο DNA, εμπλέκεται σε επίπεδο κλινικών μελετών με εγκρι-

τικά αποτελέσματα στη θεραπεία αυτής της δύσκολης υποομάδας ασθενών με κακοήθεια μαστού.

Ο καινοτόμος μηχανισμός δράσης του συνδέεται με τον Trop-2, ένα διαμεμβρανικό μετατροπέα σήματος ασβεστίου που υπερεκφράζεται σε πολλαπλούς τύπους όγκων, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του μαστού TNBC. Μετά τη χορήγησή του, το μονοκλωνικό αντίσωμα συνδέεται με το Trop-2 που εκφράζεται στην επιφάνεια του καρκινικού όγκου TNBC, επιτρέποντας τη στοχευμένη δράση του SN-28 στα κύτταρα όγκου. Το SN-38 είναι διαπερατό από τη μεμβράνη με αποτέλεσμα να προκαλεί αντικαρκινική δράση και στα γειτονικά καρκινικά κύτταρα πριν από την ενσωμάτωση του ADC μέσω υδρόλυσης του συνδέτη ή μέσω ενδοκυτταρικής απελευθέρωσης. Με την είσοδο του ADC στο καρκινικό κύτταρο, τα λυσοσώματα αποικοδομούν το mAb, και το SN-38 προκαλεί αναστολή τοποϊσομεράσης I με αποτέλεσμα την επιβράδυνση της αντιγραφής του DNA. Η δράση αυτή έχει σαν αποτέλεσμα τη διακοπή του κυτταρικού κύκλου και κατ' επέκταση την απόπτωση των καρκινικών κυττάρων. Επιπλέον το σύζευγμα αυτό έχει τη δυνατότητα να επάγει ADCC με αποτέλεσμα την εξόντωση καρκινικών κυττάρων που εκφράζουν Trop-2.

Τα θεραπευτικά αυτά, νεότερης γενιάς, μονοκλωνικά αντισώματα έχουν αναδειχθεί ως μία από τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες κατηγορίες φαρμάκων. Πλειάδα εφαρμογών

τους ελέγχεται σε περισσότερες ενδείξεις σε τρέχουσες κλινικές μελέτες. Η υψηλή ειδικότητά τους, η χαμηλή τοξικότητα και η ανοσοτροποποιητική τους δραστηριότητα ανοίγουν τον δρόμο για νέα μόρια βιοτεχνολογίας όπως πρωτεΐνες σύντηξης Fc, διειδικά mAbs. Η βελτιστοποίηση της δομής τους θα δώσει την ευκαιρία για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας, τη βελτιστοποίηση των φαρμακοκινητικών ιδιοτήτων καθώς και την ελαχιστοποίηση των παρενεργειών. Μέχρι σήμερα οι στοχευμένες θεραπείες δεν μπορούν να αντικαταστήσουν ολοκληρωτικά τις παραδοσιακές θεραπείες αλλά μπορούν να εφαρμοστούν σε συνδυασμό με αυτές, προσδίδοντας ένα ενισχυμένο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η ανάπτυξη των καινοτόμων στοχευμένων θεραπειών που βασίζονται στα μονοκλωνικά αντισώματα για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού εγγυάται μεγάλες προοπτικές καθόσον οι βασικές μοριακές οδοί για την ανάπτυξη και την επιβίωση του όγκου γίνονται ολοένα και πιο κατανοητές.

Λέξεις κλειδιά: Μονοκλωνικά αντισώματα, καρκίνος, καρκίνος μαστού, θεραπεία καρκίνου μαστού.

Στοιχεία επικοινωνίας:

N. Αλεβιζόπουλος

Τηλ.: 6944868352

E-mail: nalevizopoulos@gmail.com

ΤΥΧΑΙΩΜΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ

Μαρία Σωτηροπούλου

Χειρουργός, Επικουρικός Ιατρός, Γ' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι μάζες των επινεφριδίων ανακαλύπτονται τυχαία και στη συνέχεια ονομάζονται επινεφριδιακά τυχαιώματα. Συχνά ανακαλύπτονται μετά από μία απεικόνιση η οποία δε σχετίζεται με τα επινεφρίδια. Συνήθως, ο ασθενής δεν έχει συμπτώματα ορμονικής υπερέκφρασης ή εμφανούς υποκείμενης νόσου. Η συχνότητα εμφάνισης έχει αυξηθεί αναλογικά με τη χρήση των απεικονίσεων.

Η διαφορική διάγνωση των τυχαιωμάτων περιλαμβάνει πολλές πρωτοπαθείς, μεταστατικές, καλοήθεις και κακοήθεις οντότητες. Η αξιολόγηση των όγκων των επινεφριδίων στοχεύει στο να αποφασιστεί εάν ο όγκος πρέπει να αφαιρεθεί χειρουργικά ή όχι.

Το αδένωμα του φλοιού των επινεφριδίων είναι ένας κοινός καλοήθης όγκος που προκύπτει από τον φλοιό των επινεφριδίων. Εμφανίζεται συνήθως σε ενήλικες, αλλά μπορεί να βρεθεί σε άτομα οποιασδήποτε ηλικίας. Τα αδενώματα του φλοιού των επινεφριδίων δε θεωρείται ότι έχουν τη δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής.

Επειδή οι μεταστάσεις των επινεφριδίων μπορεί να βρεθούν έως και στο 25% των ασθενών με γνωστές πρωτοπαθείς βλάβες, οι ακτινολόγοι καλούνται συχνά να προσδιορίσουν εάν μία μάζα των επινεφριδίων είναι καλοήθης ή κακοήθης. Το ερώτημα μπορεί να επηρεάσει άμεσα την κλινική διαχείριση του περιστατικού. Για παράδειγμα, η εξέταση για έναν κατά τα άλλα εξαιρεσιμό καρκίνο του πνεύμονα μπορεί να αποκαλύψει την παρουσία μάζας των επινεφριδίων και να υποδηλώσει την πιθανότητα μεταστατικής νόσου.

Η θεραπεία για έναν ορμονικά ενεργό (λειτουργικό) όγκο των επινεφριδίων είναι χειρουργική. Η θεραπεία για μια κακοήθεια εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου, την

εξάπλωση και τη θέση του πρωτοπαθούς όγκου. Τα μη λειτουργικά αδενώματα του φλοιού των επινεφριδίων δεν είναι προκακοήθη και η χειρουργική εκτομή δεν ενδείκνυται.

Η επινεφριδεκτομή ενδείκνυται για το φαιοχρωμοκύτωμα, άλλους συμπτωματικούς όγκους που εκκρίνουν ορμόνες και εκείνους με υψηλό κίνδυνο κακοήθειας. Ο βιοχημικός έλεγχος για υπερέκκριση όγκου είναι υποχρεωτικός σε όλα τα περιστατικά, καθώς οι όγκοι που εκκρίνουν ορμόνες μπορεί να είναι κλινικά σιωπηλοί. Η διάγνωση του φαιοχρωμοκυτώματος είναι υψίστης σημασίας λόγω των απειλητικών για τη ζωή επιπλοκών του. Τα μη λειτουργικά αδενώματα επινεφριδίων χρειάζονται εκτίμηση για τον κίνδυνο κακοήθειας και αυτή βασίζεται στο μέγεθος του όγκου και στα απεικονιστικά χαρακτηριστικά του. Ακολουθεί μία πολιτική παρακολούθησης με περιοδική ακτινολογική και βιοχημική επαναξιολόγηση σε ασθενείς με μη λειτουργικά αδενώματα, με χαμηλό κίνδυνο κακοήθειας.

Η πιθανότητα απόκτησης αυτόνομης υπερέκκρισης ή μετατροπής σε κακοήθεια ενός τυχαιώματος που έχει διαγνωσθεί ως καλοήθης μη λειτουργική βλάβη είναι πολύ χαμηλή και οι περισσότεροι ασθενείς μπορεί να εξέλθουν με ασφάλεια μετά από μία αρχική περίοδο παρακολούθησης 2 ετών.

Λέξεις κλειδιά: Τυχαίωμα, φαιοχρωμοκύτωμα, ορμονικός έλεγχος, αδένωμα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6972237826

E-mail: marosotiropoulou@gmail.com

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟΣ

Σταύρος Σταυρόπουλος

Χειρουργός, Επικουρικός Ιατρός, Γ' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Το σύνδρομο Conn περιγράφηκε πρώτη φορά από τον J. W. Conn το 1955, σε έναν ασθενή με αρτηριακή υπέρταση και συνοδό αδένωμα επινεφριδίου με αυξημένη παραγωγή αλδοστερόνης. Αργότερα περιγράφηκαν πολλές περιπτώσεις με αυξημένα επίπεδα αλδοστερόνης πλάσματος χωρίς την παρουσία αδενώματος και πλέον ο όρος πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός ή σύνδρομο Conn περιγράφει το σύνολο των περιπτώσεων αυξημένων επιπέδων αλδοστερόνης ανεξαρτήτως της παρουσίας ή μη αδενώματος.

Χαρακτηριστικά ευρήματα αποτελούν η υποκαλιαιμία, η αρτηριακή υπέρταση, τα αυξημένα επίπεδα αλδοστερόνης και μειωμένη έκκριση ρενίνης στο πλάσμα.

Ο λόγος αλδοστερόνης και ρενίνης πλάσματος, με τα επίπεδα αυτά να προσδιορίζονται με μεγαλύτερη ακρίβεια κατόπιν καθετηριασμού της επινεφριδικής φλέβας εκατέρωθεν ώστε να υποδείξουν την πλευρά του αδενώματος, η αξονική τομογραφία καθώς και εξειδικευμένες δοκιμασίες καταστολής αλδοστερόνης είναι αυτές που θα οδηγήσουν στη διάγνωση και θα δώσουν στοιχεία για την ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη εντόπιση, καθώς και για τη διαφοροδιάγνωση επινεφριδιακού καρκινώματος και καλοήθους νόσου.

Η διάγνωση του συνδρόμου Conn ενώ δεν είναι πάντα εύκολη, παραμένει μεγάλης σημασίας τόσο για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης αλλά κυρίως για

την επιλογή της θεραπείας καθώς στην περίπτωση του αλδοστερονώματος η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εξαίρεση ενώ η φαρμακευτική αγωγή έχει θέση στη θεραπεία της ιδιοπαθούς ή αμφοτερόπλευρης επινεφριδικής υπερπλασίας.

Το gold standard τα τελευταία χρόνια για τη χειρουργική εξαίρεση του επινεφριδίου αποτελεί η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή με διακοιλιακή ή οπισθοπεριτοναϊκή προσπέλαση ενώ και η ανοικτή επινεφριδεκτομή χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις μεγαλύτερων όγκων και επινεφριδιακού καρκινώματος. Η χειρουργική εξαίρεση θεραπεύει την υπέρταση σε ένα 30-60% των περιπτώσεων ενώ το ποσοστό ίασης της υπέρτασης σε ασθενείς με ιδιοπαθή ή αμφοτερόπλευρη νόσο το ποσοστό αυτό είναι μόνο 19% με την οριστική αγωγή και ρύθμιση να επιτυγχάνεται με ανταγωνιστές αλδοστερόνης (σπιρονολακτόνη, επλερενόνη) ή καλιοσυντηρητικά διουρητικά (αμιλορίδη).

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός, conn syndrome, αρτηριακή υπέρταση, υποκαλιαιμία, λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6972026687

E-mail: st.k.stavropoulos@gmail.com

ΦΑΙΟΧΡΩΜΟΚΥΤΤΩΜΑ/ΠΑΡΑΓΑΓΓΛΙΩΜΑ

Παναγιώτης Μουχτούρης

Ενδοκρινολόγος, Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος» - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (Υπόφυση/Επινεφρίδια/Θυρεοειδής), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

Τα φαιοχρωμοκυττώματα και τα παραγαγγλιώματα αποτελούν νεοπλάσματα του χρωμαφινικού ιστού που εντοπίζονται τα μεν πρώτα στα επινεφρίδια, ενώ τα δεύτερα εξωεπινεφριδικά σε γάγγλια του συμπαθητικού (κυρίως στο θώρακα, την κοιλιά ή την πύελο) ή του παρασυμπαθητικού συστήματος (κεφαλή και τράχηλο). Πρόκειται για σπάνια νεοπλάσματα, με επίπτωση 0.8 ανά 100.000 άτομα-έτη, που αφορούν περί το 0.1-0.6% των υπερτασικών ασθενών, καθώς και το 4-5% των τυχαιωμάτων επινεφριδίων που ανευρίσκονται. Η πλειονότητά τους είναι σποραδικοί, καλοήθεις όγκοι, ενώ σε ένα ποσοστό 30-40% μπορεί να ανευρεθούν στα πλαίσια γενετικών συνδρόμων (MEN2, NF-1, VHL κ.λ.π.) και συνήθως διαγιγνώσκονται περί την 3^η με 5^η δεκαετία ζωής.

Ειδικότερα, το φαιοχρωμοκύττωμα είναι αρκετά συχνότερο σε σχέση με το παραγαγγλιώμα (αφορά το 85% των όγκων του συμπαθητικού σε σχέση με το παραγαγγλιώμα που αποτελεί περίπου το 15%). Μπορεί να αφορά και τα δύο επινεφρίδια σε ποσοστό ~10% ιδίως στα πλαίσια γενετικών συνδρόμων (MEN2, VHL, SDHx, NF-1). Στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, όμως, είναι ετερόπλευρο και σποραδικό. Παρατηρείται περίπου με την ίδια συχνότητα μεταξύ των φύλων.

Η συνήθης κλινική εκδήλωση του φαιοχρωμοκυττώματος είναι η εμφάνιση υπέρτασης, μόνιμης ή παροξυσμικής, που σχετίζεται με την υπερέκκριση κατεχολαμινών (αδρεναλίνη, νοραδρεναλίνη) από τον όγκο. Μπορεί να συνυπάρχουν και άλλα συμπτώματα, όπως είναι οι κεφαλαλγίες, το αίσθημα παλμών και η εφίδρωση (που αποτελούν τη χαρακτηριστική τριάδα συμπτωμάτων) καθώς επίσης και ορθοστατική υπόταση, ωχρότητα ή ναυτία. Επειδή τα πιο πολλά συμπτώματα είναι μη ειδικά, η ένδειξη για τη διερεύνηση πιθανού φαιοχρωμοκυττώματος τίθεται στις εξής περιπτώσεις: α) Νέοι σε ηλικία υπερτασικοί ασθενείς, β) ασθενείς με παροξυσμική υπέρταση, γ) υπέρταση και εκδήλωση αδρενεργικών συμπτωμάτων, δ) υπερτασική κρίση κατά τον τοκετό, κατά την αναισθησία, ε) ιστορικό συνδρόμου MEN 2, στ) μυελοειδές καρκίνωμα θυρεοειδούς, ζ) σύνδρομο Cushing, η) παρουσία κηλίδων cafe au lait ή νευροϊνωμάτων.

Η αρχική, βιοχημική διάγνωση του φαιοχρωμοκυττώματος περιλαμβάνει είτε τη μέτρηση μετανεφρινών ή κατεχολαμινών ούρων 24ώρου (ευαισθησία 80-85%), είτε την πολύ πιο αξιόπιστη μέτρηση των ελεύθερων μετανεφρινών και νορμετανεφρινών πλάσματος (ευαισθησία 95%). Ανεύρεση επιπέδων κατεχολαμινών >2000pg/ml καθιστά βεβαία τη διά-

γνωση του φαιοχρωμοκυττώματος, ωστόσο η παρουσία φυσιολογικών τιμών κατεχολαμινών δεν αποκλείει πλήρως την ύπαρξη φαιοχρωμοκυττώματος σε ισχυρή κλινική υποψία.

Ακολουθεί η απεικονιστική διερεύνηση με αξονική ή μαγνητική τομογραφία. Στη CT ο όγκος εμφανίζει αυξημένη πυκνότητα (>20 μονάδες Hounsfield σε CT χωρίς σκιαγραφικό), αγγειοβρίθεια και συχνά ανομοιογένεια με παρουσία αιμορραγικών και κυστικών στοιχείων. Στην MRI το φαιοχρωμοκύττωμα εμφανίζει εικόνες με χαρακτηριστικά υψηλό σήμα στις T2 ακολουθίες. Το σπινθηρογράφημα με μεταϊωδοβενζυλογουανιδίνη (MIBG) γίνεται κυρίως σε περιπτώσεις που οι προαναφερθείσες εξετάσεις δεν έχουν δώσει σαφές αποτέλεσμα, ωστόσο αποτελεί εξέταση με χαμηλή ευαισθησία (77%). Επίσης, το σπινθηρογράφημα με σεσημασμένη με ¹¹¹In-οκτρεοτίδη (Octreoscan) μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ορισμένες περιπτώσεις.

Θεραπεία εκλογής, μετά από επιτυχή προετοιμασία με φαρμακευτική αγωγή, είναι η χειρουργική αφαίρεση του φαιοχρωμοκυττώματος. Η προετοιμασία συνίσταται σε αγωγή με αναστολείς των α-αδρενεργικών υποδοχέων, προκειμένου να ελεγχθεί το ενδεχόμενο εμφάνισης οξείας υπερτασικής κρίσης με παράλληλη ενυδάτωση ώστε να αποκατασταθεί ο ενδαγγειακός όγκος (φαινοξυβενζαμίνη 10mg από του στόματος κάθε 6-8 ώρες, με αύξηση έως 100-140mg ημερησίως). Ακολουθεί η χορήγηση β-αναστολέων, για την αντιμετώπιση των ταχυαρρυθμιών, συνήθως προπρανολόλη 40-80mg από του στόματος ανά 8 ώρες.

Η λαπαροσκοπική εξαίρεση του φαιοχρωμοκυττώματος εφαρμόζεται ολοένα και περισσότερο, ιδίως για όγκους έως 7cm, σε κέντρα με ανάλογη εμπειρία, με πολύ χαμηλή περιεγχειρητική νοσηρότητα. Σε ορισμένες περιπτώσεις (π.χ. σε κληρονομικά σύνδρομα ή λόγω εκτομής του έτερου επινεφριδίου προγενέστερα) μπορεί να επιχειρηθεί η εκτομή του όγκου με παράλληλη διαφύλαξη του φλοιού του επινεφριδίου (cortical sparing) για την αποφυγή μόνιμης φλοιοεπινεφριδικής ανεπάρκειας.

Λέξεις κλειδιά: Φαιοχρωμοκύττωμα, παραγαγγλιώμα, διάγνωση, θεραπεία, χειρουργείο.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973407529

E-mail: panosmxt@hotmail.gr

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΦΛΟΙΟΥ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΥ

Νικόλαος Κατεχάκης

Ιατρός, Ειδικοκούμενος στο Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος» - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (Υπόφυση/Επινεφρίδια/Θυρεοειδής), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός- Πολυκλινική»

Το φλοιοεπινεφριδιακό καρκίνωμα ανήκει στις σπάνιες κακοήθεις νεοπλασίες με ετήσια επίπτωση 1 έως 2 ενήλικες ασθενείς ανά εκατομμύριο πληθυσμού.

Τα περισσότερα περιστατικά παρουσιάζονται συνήθως με σημεία υπερέκκρισης στεροειδών ορμονών (~ 40-60% των περιπτώσεων), με τοπική σημειολογία π.χ. πόνο (~ 33%) ή ως τυχαία μορφώματα σε απεικονιστικές εξετάσεις (~20-30%).

Η ορμονική υπερέκκριση αφορά συνηθέστερα την κορτιζόλη (~45%) αλλά μπορεί να αφορά επίσης την τεστοστερόνη, αλδοστερόνη ή συνδυασμό ορμονών με παρουσία αντίστοιχων συνδρομών (Cushing, Conn, Υπερτριχωσης-Αρρενοποίησης).

Η αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό είναι η εξέταση εκλογής για την αρχική εκτίμηση ύπαρξης κακοήθειας σε επινεφριδιακό μόρφωμα. Ύποπτα χαρακτηριστικά όπως μέγεθος >4 εκ., ταχεία αύξηση μεγέθους, ετερογένεια, αποτιτανώσεις, ασαφή όρια, τοπική διήθηση, συνοδή λεμφαδενοπάθεια ή χαμηλό περιεκτικότητα σε λίπος (HU >20) υποδηλώνουν ανάγκη περαιτέρω απεικονιστικής διερεύνησης (18-FDG-PET-CT, υπολογισμού έκπλυσης μετά in σκιαγραφική έγχυση) και ενδεχόμενα άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης.

Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά με υπολογισμό του Weiss Score, η ταξινόμηση κατά TNM, του Helsinki Score και S-GRAS Score έχουν καθοριστικό ρόλο στην περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση, στην παρακολούθηση του ασθενούς και στην πρόγνωση υποτροπής της νόσου.

Περίπου το 10% των περιστατικών με φλοιοεπινεφριδιακό καρκίνωμα σχετίζονται με γενετικές μεταλλάξεις του P53 γονιδίου και 3% με μεταλλάξεις σε mismatch repair γονίδια (Σύνδρομο Lynch). Σωματικές μεταλλάξεις σε γονίδια όπως το P53, β-κατενίνη, IGF-2, GLUT1, SF1, ERC1 έχουν επίσης περιγραφεί.

Η χειρουργική αφαίρεση του καρκινώματος είναι η μοναδική εν δυνάμει θεραπευτική δυνατότητα ίασης για όλα τα στάδια I-III κατά AJCC. Κατά συνέπεια διαγνωστική βιοψία σε ύποπτο απεικονιστικό φαινότυπο επινεφριδιακού μορφώματος ενδείκνυται σε ελάχιστες περιπτώσεις (π.χ.

υποψία μεταστατικής διήθησης του επινεφριδίου από άλλη πρωτοπαθή εστία).

Εξαιτίας του υψηλού ποσοστού υποτροπής (60%-80%) η συμπληρωματική θεραπεία με μιτοτάνη συστήνεται για τις περισσότερες περιπτώσεις. Η χημειοθεραπεία με ετοποσίδη, δοξορουβικίνη και σισπλαστίνη μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σε περίπτωση ασθενών με υψηλό κίνδυνο για υποτροπή.

Η μιτοτάνη ως αδρενολυτικό φάρμακο καταστρέφει κύτταρα φλοιοεπινεφριδιακής προέλευσης προκαλώντας φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια, η οποία χρήζει ταυτόχρονης υποκατάστασης με υδροκορτιζόνη, σε συνήθως σχετικά υψηλές δόσεις άνω των 30mg ημερησίως λόγω επαγωγής της λειτουργίας του κυτοχρώματος P450 καθώς και υποκατάστασης με φθοριούδροκορτιζόνη. Λοιπές ενδοκρινικές παρενέργειες που μπορούν να εμφανιστούν από τη θεραπεία με μιτοτάνη είναι ο κεντρικός υποθυρεοειδισμός και ο πρωτοπαθής υπογοναδισμός. Τα θεραπευτικά επίπεδα της μιτοτάνης 14-20mg/ml πρέπει σε κάθε περίπτωση να επιδιώκονται.

Η παρακολούθηση των ασθενών εξαρτάται από τον κίνδυνο υποτροπής τους και γίνεται απεικονιστικά με CT ή MRI συνήθως κάθε 3-4 μήνες για τα πρώτα τρία έτη και 4-6 μήνες για τα επόμενα 5 έτη. Η πρόγνωση επιβίωσης των ασθενών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το στάδιο της νόσου και κυμαίνεται η πενταετή επιβίωση από 82% σε στάδιο I κατά ENSAT έως 13% σε στάδιο IV.

Νέες εξελίξεις στην θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με χρήση για παράδειγμα ανοσοθεραπείας καθώς και η χρήση νέων προγνωστικών δεικτών όπως το DNA-Score για σωματικές μεταλλάξεις εντός των όγκων, δημιουργούν νέες προοπτικές για καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών με φλοιοεπινεφριδιακό καρκίνωμα.

Λέξεις κλειδιά: Φλοιοεπινεφριδιακό καρκίνωμα, διάγνωση, θεραπεία, χειρουργείο.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6942487145

E-mail: nikolaos.katechakis@gmail.com

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΥΠΝΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ - ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗ CPAP

Ελένη Περράκη

Ειδικός Πνευμονολόγος, Εκπαιδευμένη στην Ιατρική του Ύπνου, Επιστημονικός Συνεργάτης του Κέντρου Μελέτης Ύπνου, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η θεραπεία της αποφρακτικής άπνοιας ύπνου στους ενήλικες εξελίσσεται από «θεραπεία για όλους» σε μία περισσότερο εξατομικευμένη προσέγγιση. Η κλασική θεραπεία για τη μέτρια και σοβαρή αποφρακτική άπνοια ύπνου (OSA) είναι η εφαρμογή της συνεχούς θετικής πίεσης των αεραγωγών (CPAP). Η αποτελεσματικότητά της είναι δυνητικά υψηλή, αλλά λόγω της μάλλον χαμηλής αποδοχής και συμμόρφωσης των ασθενών, υπάρχει η ανάγκη αναζήτησης και άλλων αξιόπιστων εναλλακτικών λύσεων. Το φάσμα των θεραπευτικών επιλογών είναι ευρύ και ετερογενές, συμπεριλαμβανομένων συντηρητικών, τεχνολογικών και φαρμακευτικών μεθόδων. Αυτό αφενός εγείρει το ερώτημα σε ποιούς ασθενείς αυτές οι μέθοδοι μπορεί να είναι χρήσιμες και αφετέρου εάν μπορεί να υπάρξουν συγκεκριμένα κριτήρια για μεμονωμένη ή συνδυασμένη θεραπεία. Η θεραπεία πρώτης γραμμής της OSA ξεκινά με την αποφυγή επιβαρυντικών παραγόντων, όπως η λήψη αλκοόλ, ηρεμιστικών και μυοχαλαρωτικών πριν από τον ύπνο, την αύξηση βάρους, την έλλειψη άσκησης και καπνίσματος, που μπορεί να επηρεάσουν τόσο τα ανατομικά όσο και τα μη ανατομικά χαρακτηριστικά και επομένως τη σοβαρότητα της OSA. Η συνήθως χρησιμοποιούμενη και πιο ελκυστική θεραπεία είναι η εφαρμογή ενδοστοματικών συσκευών πρόωθησης της κάτω γνάθου κυρίως στην ήπιας και μέτριας βαρύτητας αποφρακτική άπνοια. Συνιστάται επίσης σε ενήλικες ασθενείς με πιο σοβαρή αποφρακτική άπνοια που αποτυγχάνουν στις προσπάθειες συμμόρφωσης με CPAP ή προτιμούν εναλλακτική θεραπεία. Επιπλέον, η χειρουργική επέμβαση των ανώτερων αεραγωγών και η βαριατρική χειρουργική μπορεί να είναι αποτελεσματικές σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών. Άλλες θεραπευτικές

προσεγγίσεις περιλαμβάνουν τη θεραπεία θέσης (tennis ball technique), την υπογλωσσική νευρική διέγερση και τις στοματοπροσωπικές μυολειτουργικές ασκήσεις. Προς το παρόν δεν υπάρχουν φάρμακα που να είναι αδειοδοτημένα για τη θεραπεία της OSA. Παρά ταύτα η φαρμακευτική θεραπεία φαίνεται πως είναι πολλά υποσχόμενη. Πιο πρόσφατες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στον αναστολέα της καρβονικής ανυδράσης σουλθειάμη, καθώς και στον εκλεκτικό αναστολέα επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης ατομοξετίνη. Η ατομοξετίνη έχει μόνο μέτριες επιδράσεις στον υποναρπνοϊκό δείκτη (AHI) όταν χορηγείται μόνη της, αλλά σε συνδυασμό με την αντιμουσκαρινική αροξυβουτυνίνη τα ποσοστά μείωσης του AHI είναι περισσότερο θεαματικά. Τέλος, η πιτολισάντη (ενεργός ανταγωνιστής/αντίστροφος αγωνιστής των H3 υποδοχέων ισταμίνης) έχει εγκριθεί για τη θεραπεία της υπερβολικής υπολειπόμενης υπνηλίας (rEDS) σε ασθενείς με μέτρια-σοβαρή OSA. Ο τελικός στόχος όλων των θεραπευτικών προσεγγίσεων, μεμονωμένα ή συνδυαστικά, είναι η δημιουργία ενός σταθερού πρότυπου αερισμού, η εξάλειψη του κατακερματισμένου ύπνου και του ροχαλητού και κυρίως ο έλεγχος των συμπτωμάτων.

Λέξεις κλειδιά: Αποφρακτική υπνική άπνοια, ενδοστοματικές συσκευές, φαρμακευτική αγωγή, πιτολισάντη.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6947948565

E-mail: el1perraki@gmail.com

ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ): «ΛΑΘΗ - ΠΛΑΝΕΣ - ΠΑΡΑΛΗΨΕΙΣ - ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ»

Αλέξανδρος Σκούρτης

Παθολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Στο απαιτητικό περιβάλλον του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν ιδιαίτερη μέριμνα για την αποφυγή κοινών λαθών κατά την προσέγγισή τους στα συμπτώματα. Τα εν λόγω λάθη περιλαμβάνουν:

- **Ανεπαρκής λήψη ιστορικού:** Η βιαστική λήψη ιστορικού ή η μη καταγραφή λεπτομερειών μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση και ανεπαρκή σχεδιασμό της θεραπείας.
- **Διαγνωστικά σφάλματα:** Η λανθασμένη ερμηνεία των συμπτωμάτων ή η υπερβολική εξάρτηση από τις αρχικές υποκειμενικές εντυπώσεις μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση.
- **Φαρμακολογικά σφάλματα:** Λανθασμένες δόσεις ή παραληφθείσες αλληλεπιδράσεις φαρμάκων μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητες ενέργειες και ανεπαρκή θεραπεία.
- **Κακή επικοινωνία:** Η ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των οικογενειών τους μπορεί να οδηγήσει σε παρεξηγήσεις, λανθασμένα σχέδια θεραπείας και καθυστερήσεις στη θεραπεία.
- **Λανθασμένη διαλογή:** Η μη έγκαιρη αναγνώριση της σοβαρής κατάστασης ενός ασθενούς μπορεί να καθυστερήσει τις απαραίτητες παρεμβάσεις και να οδηγήσει σε κακές εκβάσεις, ενώ η λανθασμένη ταξινόμηση των ασθενών ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου μπορεί να οδηγήσει σε άνιση κατανομή των πόρων και καθυστερήσεις στη θεραπεία.
- **Έλλειψη επανεξέτασης:** Η μη τακτική επανεξέταση των ασθενών ιδίως μετά από παρεμβάσεις, μπορεί να οδηγήσει στην παράβλεψη επικείμενης επιδείνωσης ή αλλαγής της κατάστασης.
- **Παραμέληση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων:** Η εστίαση αποκλειστικά στα σωματικά συμπτώματα χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

μπορεί να οδηγήσει σε ακατάλληλη διάγνωση και ανεπαρκή σχεδιασμό της θεραπείας.

- **Λανθασμένες ιατρικές πράξεις:** Λάθη σε διαδικασίες όπως η τοποθέτηση κεντρικής φλεβικής γραμμής μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές και βλάβη του ασθενούς.
- **Έλλειψη παρακολούθησης:** Η μη κατανόηση των οδηγιών εξόδου από τους ασθενείς μπορεί να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση με τη θεραπεία και επιδείνωση της κατάστασής τους.
- **Επαγγελματική εξουθένωση και κόπωση:** Η πολύωρη εργασία στο δύσκολο περιβάλλον του ΤΕΠ μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση και κόπωση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αυξάνοντας την πιθανότητα σφαλμάτων.
- **Ανεπαρκής τεκμηρίωση:** Η ανεπαρκής τεκμηρίωση των αξιολογήσεων, των διαδικασιών και των επικοινωνιών των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκές ιατρικό ιστορικό, καθιστώντας δύσκολη τη συνέχεια της περίθαλψης.
- **Για τη μείωση αυτών των κινδύνων, το προσωπικό του ΤΕΠ θα πρέπει να δίνει προτεραιότητα στη λεπτομερή αξιολόγηση των ασθενών, την αποτελεσματική επικοινωνία, τη συνεχή εκπαίδευση και την τήρηση των καθιερωμένων πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων γραμμών. Επιπλέον, η προώθηση μιας κουλτούρας ομαδικής εργασίας, αμοιβαίου σεβασμού και αυτοφροντίδας μπορεί να συμβάλει στη μείωση των σφαλμάτων και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.**

Λέξεις Κλειδιά: ΤΕΠ, ιατρικό λάθος, διαγνωστική προσέγγιση, παράλειψη.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945443967

E-mail: alex.skourtis@gmail.com

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ)

Θεοφάνη Ρίμπα

Ιατρός, Ειδικευόμενη στην Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ως αναπνευστική ανεπάρκεια ορίζεται η μερική ή ολική αδυναμία του αναπνευστικού συστήματος να παράσχει την αναγκαία ποσότητα οξυγόνου για τις μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού και να απαλλαγεί από το παραγόμενο διοξείδιο του άνθρακα. Διακρίνεται σε υποξαιμική αναπνευστική ανεπάρκεια και σε υπερκαπνική αναπνευστική ανεπάρκεια. Η αναπνευστική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται ως οξεία, όταν αναπτύσσεται σε διάστημα ωρών ή ημερών, ενώ αν αναπτυχθεί σταδιακά και δεν έχει αναστρέψιμη μορφή χαρακτηρίζεται ως χρόνια.

Οι θεραπευτικές προσπάθειες διαχείρισης της αναπνευστικής ανεπάρκειας πρέπει να εστιάζονται στη θεραπεία των υποκείμενων νοσημάτων που οδηγούν σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Ωστόσο, η έγκαιρη διόρθωση της υποξυγοναιμίας ή και της υπερκαπνίας είναι αναγκαία για την πρόληψη επιπλοκών και τη διατήρηση της ζωής.

Η υποξυγοναιμία αντιμετωπίζεται τυπικά με χορήγηση οξυγόνου. Η ανεπάρκεια της αναπνευστικής αντλίας, δηλαδή η υπερκαπνία απαιτεί τη χρήση μηχανικής υποβοήθησης (μηχανικό αερισμό) επεμβατικά (διασωλήνωση) ή μη επεμβατικά.

Η οξυγονοθεραπεία συνίσταται στη χορήγηση O_2 για τη θεραπεία των συμπτωμάτων και εκδηλώσεων της υποξαιμίας σε συγκέντρωση υψηλότερη από αυτή του

ατμοσφαιρικού αέρα (FiO_2 στον ατμοσφαιρικό αέρα=0.21). Περιλαμβάνει τα συστήματα χαμηλής ροής και τα συστήματα υψηλής ροής.

Στα συστήματα χαμηλής ροής ανήκει ο ρινικός καθετήρας (γυαλάκια) O_2 , η απλή μάσκα O_2 και η μάσκα μη επανεισπνοής. Τα συστήματα υψηλής ροής περιλαμβάνουν τις μάσκες Venturi, το σύστημα υψηλής ροής θερμασμένου και εφυγρασμένου O_2 που παρέχεται με ειδικό ρινικό καθετήρα (HFNC) και τις μάσκες O_2 που συνδέονται με νεφελοποιητές ή με μίκτες O_2 αέρα (plenders).

Ο όρος μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός (ΜΕΜΑ) αναφέρεται στη χρήση μηχανικών μέσων για την υποστήριξη του αναπνευστικού, χωρίς όμως να υπάρχει παρέμβαση στην τραχεία του ασθενούς. Περιλαμβάνει τις συσκευές για αερισμό συνεχούς θετικής πίεσης (CPAP) και αερισμό θετικής πίεσης δύο επιπέδων (BiPAP).

Λέξεις κλειδιά: Αναπνευστική ανεπάρκεια, μέθοδοι οξυγονοθεραπείας, μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6979892105

E-mail: fanhriba@gmail.com

ΒΑΣΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ελευθερία Μίτζη

Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ., Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι κυριότερες αιτίες που οδηγούν σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής είναι:

Αναπνευστική ανεπάρκεια: Αποτελεί τη συχνότερη αιτία και μπορεί να οφείλεται σε πνευμονία, ARDS, παρόξυνση ΧΑΠ, κρίση βρογχικού άσθματος, καρδιογενές πνευμονικό οίδημα ή νευρομυϊκά νοσήματα.

Κυκλοφορική καταπληξία. Η αποφόρτιση του διαφράγματος από το έργο της αναπνοής, εξοικονομεί το 15% περίπου της καρδιακής παροχής, με αποτέλεσμα την καλύτερη άρδευση άλλων οργάνων, όπως ο εγκέφαλος και οι νεφροί. Επιπλέον, με τη μηχανική υποστήριξη του ασθενή με αιμοδυναμική αστάθεια, προλαμβάνεται επικείμενη αναπνευστική ανακοπή, η οποία, μάλιστα, τις περισσότερες φορές προηγείται της καρδιακής.

Κώμα. Κάθε ασθενής σε κώμα με βαθμολόγηση στην κλίμακα Γλασκώβης (Glasgow Coma Scale, GCS) <8 πρέπει να διασωληνώνεται άμεσα, για να προστατευθεί από πιθανή εισρόφηση του όξινου γαστρικού περιεχομένου, που είναι καταστροφική για τον πνεύμονα και συνοδεύεται από πολύ υψηλά ποσοστά θνητότητας.

Στόχοι της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής είναι η επαρκής ανταλλαγή αερίων, η ανακούφιση από την αναπνευστική δυσχέρεια και το stress του ασθενή και η μείωση του έργου της αναπνοής.

Επαρκής οξυγόνωση. Αποτελεί το βασικό στόχο της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής και επιτυγχάνεται με την αύξηση της συγκέντρωσης του εισπνεόμενου οξυγόνου, καθώς και την εφαρμογή θετικής τελοεκπνευστικής πίεσης. Στόχος είναι ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης του αρτηριακού αίματος (SaO₂) να είναι πάνω από 90%, ώστε να εξασφαλίζεται η επαρκής παροχή οξυγόνου στους ιστούς. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι πρέπει να αποφεύγονται υψηλές τιμές μερικής πίεσης οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα (πάνω από 100mmHg), διότι συσχετίζονται με αυξημένη θνητότητα.

Αποβολή διοξειδίου του άνθρακα (CO₂). Με τη μεταβολή της συχνότητας και του αναπνεόμενου όγκου επιτυγχάνουμε τα επιθυμητά επίπεδα της μερικής πίεσης του διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα. Κυρίως ενδιαφέρει το pH του αρτηριακού αίματος να είναι >7.20. Χαμηλές τιμές PaCO₂ πρέπει να αποφεύγονται, επειδή προκαλούν αλκαλαιμία με αύξηση του κινδύνου για επικίνδυνες αρρυθμίες. Η εφαρμογή του επεμβατικού μηχανικού αερισμού γίνεται

μέσω τραχειοσωλήνα ή σωλήνα τραχειοστομίας για την εξασφάλιση πρόσβασης στον αεραγωγό. Το κυριότερο μοντέλο μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, που εφαρμόζεται στην Κλινική είναι το μοντέλο ελεγχόμενου όγκου (Volume Control Ventilation, VCV). Οι βασικές ρυθμίσεις που απαιτούνται αφορούν τον εισπνεόμενο όγκο (Tidal Volume, VT), τη συχνότητα των αναπνοών, την PEEP, τη συγκέντρωση του εισπνεόμενου οξυγόνου και το χρόνο διάρκειας της εισπνοής και ρυθμίζονται ανάλογα με την ένδειξη διασωλήνωσης του ασθενούς και σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες.

Η διασωλήνωση και η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής αποτελούν απόλυτη ένδειξη εισαγωγής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση, η οποία αποδεικνύεται σωτήρια για τη ζωή του ασθενή, αλλά, αν η εφαρμογή της δεν είναι απόλυτα ασφαλής, μπορεί να δημιουργήσει επιπλέον επιπλοκές, οι σημαντικότερες εκ των οποίων είναι:

Πνευμονική βλάβη προκαλούμενη από τον αναπνευστήρα (Ventilator Induced Lung Injury, VILI).

Βαρότραυμα. Η εφαρμογή θετικών πιέσεων μπορεί να προκαλέσει πνευμοθώρακα, πνευμομεσοθωράκιο ή και υποδόριο εμφύσημα.

Πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα (Ventilator Associated Pneumonia, VAP).

Στένωση/κάκωση τραχείας.

Δυσλειτουργία του διαφράγματος προκαλούμενη από τον αναπνευστήρα (Ventilator Induced Diaphragmatic Dysfunction, VIDD).

Αιμοδυναμική αστάθεια, λόγω μείωσης της φλεβικής επαναφοράς και επομένως, της καρδιακής παροχής.

Επιδείνωση της ενδοκράνιας υπέρτασης, σε ασθενείς με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

Λέξεις κλειδιά: Μηχανική υποστήριξη αναπνοής, διασωλήνωση, αναπνευστική ανεπάρκεια, μοντέλο ελεγχόμενου όγκου, επεμβατικός μηχανικός αερισμός.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974245972

E-mail: eleftheria.mizi@yahoo.com

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ

Χαράλαμπος Γιαννόπουλος

Παθολόγος, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σηπτική καταπληξία ορίζεται ως το σύνδρομο που περιλαμβάνει την παρουσία λοίμωξης, την εμμένουσα υπόταση που χρήζει αγγειοσπαστικών, τη συγκέντρωση γαλακτικού οξέος $>2\text{mmol/L}$ και παρουσιάζει μεγάλη ενδοσκομειακή θνητότητα. Η γνώση των πιθανών παθογόνων ανάλογα με την πιθανή εστία λοίμωξης καθώς και των παραγόντων κινδύνου για λοίμωξη από πολυανθεκτικά Gram (-), από CA-MRSA, ή από μύκητες θα καθοδηγήσουν την αρχική εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή, η οποία μετέπειτα κατευθύνεται από το αποτέλεσμα των καλλιέργειών. Τα SOFA, qSOFA και το NEWS και MEWS είναι εργαλεία βαθμολόγησης που βοηθούν στην αναγνώριση και στην ταξινόμηση βαρύτητας του συνδρόμου. Το σημαντικότερο βήμα για τη διάγνωση της λοίμωξης είναι η λήψη 2 ζευγών αιμοκαλλιέργειών, ιδανικά πριν την έναρξη αντιβιοτικής αγωγής. Καλλιέργειες βιολογικών υλικών/ιστών, μοριακές τεχνικές καθώς και απεικονιστικές τεχνικές είναι επίσης επιβοηθητικές. Συστήνεται η χορήγηση κρυσταλλοειδών (προτιμώνται τα ισορροπημένα κρυσταλλοειδή έναντι του φυσιολογικού ορού) ως υγρών αναζωογόνησης σε δόση 30ml/kg για τις 3 πρώτες ώρες της αναζωογόνησης με συχνή επανεκτίμηση της αιμοδυναμικής κατάστασης με βάση δυναμικές παραμέτρους, ωστόσο η υπερφόρτωση με υγρά πρέπει να αποφεύγεται, γιατί σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα. Η χορήγηση αλβουμίνης είναι δικαιολογημένη μόνο σε ασθενείς που έχουν λάβει μεγάλες δόσεις κρυσταλλοειδών. Σε εμμένουσα υπόταση προτείνεται η νοραδρεναλίνη ως το αρχικό αγγειοσπαστικό εκλογής. Για την κλιμάκωση της θεραπείας με αγγειοδραστικά φάρμακα προτείνεται η προσθήκη βαζοπρεσίνης παρά περαιτέρω αύξηση της δόσης της νοραδρεναλίνης και τελικά η προσθήκη επινεφρίνης. Σε εμμένουσα υπόταση

και μυοκαρδιακή δυσλειτουργία προτείνεται η προσθήκη δοβουταμίνης στη νοραδρεναλίνη ή η χρήση μόνο αδρεναλίνης. Σε υποξαιμική αναπνευστική ανεπάρκεια οφειλόμενη στη σήψη, προτείνεται η οξυγόνωση μέσω HFNC συγκριτικά με NIV ενώ για περιπτώσεις ARDS προτείνεται ο μηχανικός αερισμός με χαμηλούς όγκους και υψηλότερη PEEP. Σε αποτυχία του μηχανικού αερισμού ενδείκνυται η χρήση φλεβοφλεβικού ECMO. Τα κορτικοστεροειδή έχουν θέση στη θεραπεία της σηπτικής καταπληξίας με ανάγκη συνεχιζόμενης χορήγησης αγγειοδραστικών φαρμάκων. Μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών πρέπει να γίνεται μόνο σε $\text{Hb} < 7\text{gr/dl}$ σε απουσία μυοκαρδιακής ισχαιμίας, σοβαρής υποξαιμίας ή ενεργού αιμορραγίας. Γαστροπροστασία θα πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου, ενώ επί απουσίας αντενδείξεων ενδείκνυται η θρομβοπροφύλαξη με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (HXMB). Σε παρουσία ενδείξεων και οξεία νεφρική βλάβη ενδείκνυται η συνεχής ή η διαλείπουσα νεφρική υποκατάσταση ενώ σε ταυτόχρονη παρουσία σοβαρής οξέωσης ($\text{PH} < 7.2$) ενδείκνυται η χορήγηση διττανθρακικών. Τέλος, προτείνεται η έναρξη ινσουλινοθεραπείας σε επίπεδα γλυκόζης $> 180\text{mg/dl}$ καθώς και η πρώιμη (72h) έναρξη εντερικής διατροφής.

Λέξεις κλειδιά: Σηπτική καταπληξία, αιμοκαλλιέργειες, αντιβιοτική αγωγή, νοραδρεναλίνη, κρυσταλλοειδή.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6936988960

E-mail: harry.giannopoulos@gmail.com

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΟΓΚΩΝ

Νικολέτα Πιάνου

MD, PhD, Πυρηνικός Ιατρός, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι νευροενδοκρινείς όγκοι (NET's) αποτελούν μια ετερογενή ομάδα νεοπλασμάτων που παρουσιάζουν πολύ συχνά υπερέκφραση υποδοχών σωματοστατίνης (SSTR's). Στην Πυρηνική Ιατρική χρησιμοποιώντας ειδικά ραδιοφάρμακα, ανάλογα σωματοστατίνης, μπορούμε να απεικονίσουμε τα NET's στοχεύοντας στους αντίστοιχους υποδοχείς. Τα πιο διαδεδομένα ραδιοφάρμακα για απεικόνιση με Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων και ταυτόχρονη Αξονική Τομογραφία (PET/CT) των NET's περιλαμβάνουν το 68Ga-DOTATOC και το 68Ga-DOTATATE. Ο σκοπός της απεικόνισης των NET's είναι η αρχική σταδιοποίηση κατά τη διάγνωση, ο εντοπισμός του πρωτοπαθούς όγκου όταν υπάρχουν ενδείξεις νόσου, η προεγχειρητική σταδιοποίηση και η επιλογή των ασθενών που πρόκειται να ωφεληθούν από την ραδιοπεπτιδική θεραπεία (PRRT). Για τους NET's που παρουσιάζουν χαμηλή έκφραση υποδοχών σωματοστατίνης, η απεικόνιση με PET/CT και φθοριωμένη δεσοξυγλυκόζη (18F-FDG) αποτελεί μία συμπληρωματική απεικονιστική προσέγγιση η οποία δίνει επιπρόσθετες πληροφορίες για την ακριβή σταδιοποίηση της νόσου. Ειδικά για τα χαμηλής διαφοροποίησης νευροενδοκρινή καρκινώματα (NEC's), όπου ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki 67 είναι >55%, η αυξημένη επιθετικότητα των όγκων χαρακτηρίζεται από αυξημένο μεταβολισμό γλυκόζης και απώλεια της έκφρασης των υποδοχών σωματοστατίνης. Η PRRT πραγματοποιείται με ραδιονουκλίδια τα οποία εκπέμπουν β-ακτινοβολία, με κύριο εκπρόσωπο το Λουτέσιο-177 (177Lu). Η PRRT εφαρμόζεται σε 4 κύκλους ανά 8 εβδομάδες (με απόκλιση μίας εβδομάδας), με ενδοφλέβια χορήγηση 177Lu-DOTATATE, ενεργότητας 7.4 GBq (200mCi) για κάθε κύκλο. Η προετοιμασία των ασθενών για PRRT περιλαμβάνει την χορήγηση αμινοξέων, για προστασία των νεφρών, καθώς και αντιεμετικών, ενώ απαιτείται πλήρης εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει γενική αίματος, καλή νεφρική λειτουργία (Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης >50mL/min) και καλή

ηπατική βιοχημεία. Επιπρόσθετα, απαιτείται η διακοπή της θεραπείας με μακράς διάρκειας ανάλογα «ψυχρής» σωματοστατίνης τουλάχιστον 4 εβδομάδες προ της χορήγησης της ραδιοπεπτιδικής θεραπείας, ενώ τα βραχείας διάρκειας ανάλογα σωματοστατίνης, που χορηγούνται ως θεραπεία γεφύρωσης στους συμπτωματικούς ασθενείς, πρέπει να διακόπτονται τουλάχιστον 24ώρες προ της PRRT. Η NETTER-1 μελέτη αποτέλεσε την βάση για την PRRT καθώς ανέδειξε αυξημένη επιβίωση σε NET's του μέσου εντέρου (mid gut NET's) και αποτέλεσε το υπόστρωμα για την έγκριση της συγκεκριμένης στοχευμένης θεραπείας. Οι παρενέργειες από τη θεραπεία συνήθως περιλαμβάνουν τοξικότητα από τον μυελό των οστών και τους νεφρούς. Στην παρακολούθηση των ασθενών, πλην του αιματολογικού ελέγχου και της συμβατικής απεικόνισης με αξονική και μαγνητική τομογραφία, προτείνεται και η PET/CT απεικόνιση με ανάλογα σωματοστατίνης, μετά όμως από την ολοκλήρωση όλων των κύκλων θεραπείας και λαμβάνοντας υπόψη και το ενδεχόμενο της ψευδοπροόδου της νόσου, οφειλόμενο σε μετακινική φλεγμονώδη απάντηση στη θεραπεία. Τέλος, δίδεται και η δυνατότητα μεταθεραπευτικής απεικόνισης για εκτίμηση της κατανομής του θεραπευτικού ραδιονουκλιδίου στα σημεία της νόσου. Συνεπώς, η επιλογή των ασθενών που πρόκειται να λάβουν PRRT στηρίζεται στην αντίστοιχη PET/CT απεικόνιση και αποτελούν την πεμπτούσια του Theragnostics: Ήτοι, γνωρίζω αυτό που θεραπεύω και θεραπεύω αυτό που γνωρίζω.

Λέξεις κλειδιά: NET's, 68Ga-DOTATOC, PET/CT, 177Lu-DOTATATE, PRRT.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6947721324

E-mail: npianou@yahoo.gr

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Αθηνά Φωθιαδάκη

Πυρηνικός Ιατρός, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ., Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και PET/CT, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο καρκίνος του προστάτη είναι η 2^η πιο συχνή κακοήθεια στους άνδρες. Παγκοσμίως το 2020 διαγνώστηκαν 1.414.259 περιστατικά.

Το ειδικό προστατικό μεμβρανικό αντιγόνο (PSMA) είναι διαμεμβρανική γλυκοπρωτεΐνη που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1987. Εκφράζεται 100 έως 1000 φορές περισσότερο στα καρκινικά κύτταρα του προστάτη συγκριτικά με τους λοιπούς φυσιολογικά απεικονιζόμενους ιστούς.

Το PSMA υπερεκφράζεται σε ευνοχοάντοχο καρκίνο του προστάτη, σε μεταστατική νόσο και σε ορμονοάντοχους όγκους.

Τα ραδιοφάρμακα που χρησιμοποιούνται στην απεικόνιση του PET/CT είναι:

⁶⁸Ga-PSMA - 11, ⁶⁸Ga-PSMA - I&T, ¹⁸F - DCFPyL, ¹⁸F - PSMA - 1007, ¹⁸F - PSMA - rhPSMA - 7.3.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν στατιστικές διαφορές μεταξύ του ⁶⁸Ga και ¹⁸F στην απεικόνιση. Το ⁶⁸Ga έχει μικρότερο χρόνο ημίσειας ζωής (68 min), παράγεται σε γεννήτρια στο Νοσοκομείο και η κύρια οδός απέκκρισής του, είναι το ουροποιητικό σύστημα. Το ¹⁸F έχει μεγαλύτερο χρόνο ημίσειας ζωής (110 min), παράγεται σε κυκλοτρόνιο και απεκκρίνεται από την ηπατοχολική οδό.

Στις εικόνες του PET βλέπουμε και τη φυσιολογική κατανομή αυτών των ραδιοφαρμάκων που συνίσταται σε έντονη πρόσληψη στους δακρυϊκούς αδένες, τους σιελογόνους αδένες, την παρωτίδα, το δωδεκαδάκτυλο, τους νεφρούς και τον ειλεό.

Οι κύριες ενδείξεις τους είναι στην αρχική σταδιοποίηση, σε βιοχημική υποτροπή, σε ασθενείς με βιοχημική υποτροπή και αρνητικό συμβατικό απεικονιστικό έλεγχο καθώς και στην επιλογή ασθενών για να λάβουν θεραπεία με ¹⁷⁷Lu - PSMA.

Στην αρχική σταδιοποίηση ασθενών υψηλού κινδύνου, πρόσφατη μελέτη έχει δείξει 27% μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια σε σχέση με την αξονική και το σπινθηρογράφημα οστών.

Σε υποτροπή της νόσου η ευαισθησία της μεθόδου αυξάνεται όσο αυξάνεται η τιμή του PSA.

Το PSMA μπορεί να επισημανθεί με το ¹⁷⁷Lu, ισότοπο που εκπέμπει β και γ ακτινοβολία. Η σωματιδιακή β ακτινοβολία είναι κατάλληλη για στοχευμένες θεραπείες. Η θεραπεία έχει ένδειξη σε ασθενείς με πρόοδο νόσου, χωρίς ανταπόκριση στις συνιστώμενες θεραπευτικές επιλογές που έχουν θετικό PET/CT με PSMA. Η συγκεκριμένη θεραπεία είναι πολλά υποσχόμενη λόγω των πρώτων ενθαρρυντικών αποτελεσμάτων που δείχνουν μείωση του PSA και του φορτίου της νόσου.

Λέξεις κλειδιά: PSMA, καρκίνος του προστάτη, PET/CT, θεραπεία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977993045

E-mail: nana.foth@yahoo.gr

ESR1 ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ: ΕΝΑΣ ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος¹, Βάιος Ωραιόπουλος²

¹Παθολόγος-Ογκολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., ²Ιατρός, Ειδικευόμενος, Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σημαντικές αλλαγές στη θεραπευτική προσέγγιση του καρκινώματος του μαστού που είναι θετικό για οιστρογονικούς υποδοχείς (ER), αρνητικό για HER2, και έχει αναγνωρισθεί η ενεργοποιητική μετάλλαξη του ESR1 αποτελεί το νέο ελπιδοφόρο θεραπευτικό ορίζοντα που εγγυάται σημαντικές ανταποκρίσεις, αξιοσημείωτη βάση κλινικών μελετών παράταση της επιβίωσης και σημαντικό όφελος σε επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών.

Μακροχρόνιες έρευνες έχουν διασαφηνίσει πλέον πώς συμπεριφέρονται τα γονίδια και τα κύτταρα σε διάφορους υποτύπους καρκίνου και τι αναδυόμενες ενεργοποιητικές μεταλλάξεις αποτελούν την αιτιολογία της ανάπτυξης αντίστασης σε προηγούμενη χορηγηθείσα ενδοκρινική θεραπεία με αναστολείς αρωματάσης ή της νεότερης γενιάς αναστολείς, που ανήκουν στην ομάδα των CDK4/6.

Οι ερευνητικές προσπάθειες έχουν αποκαλύψει ότι ορισμένοι τύποι καρκίνου του μαστού μπορεί να έχουν αυτή τη μετάλλαξη *de novo*, αν και οι περισσότερες περιπτώσεις αναπτύσσονται στην παρατεταμένη χορήγηση άλλων ενδοκρινικών θεραπειών ως μηχανισμός αντίστασης.

Η θεραπεία για τον ER-θετικό, HER2-αρνητικό καρκίνο του μαστού, ο οποίος αποτελεί έως και τα τρία τέταρτα των συνολικών περιστατικών, έχει αναθεωρηθεί στις μέρες μας ριζικά, και στην περίπτωση ανάδειξης της εν λόγω ενεργοποιητικής μετάλλαξης υπάρχει στοχευτικό μόριο.

Φαίνεται να διαθέτουμε ένα ισχυρό διαγνωστικό εργαλείο με την αναζήτηση στην υγρά βιοψία της συγκεκριμένης μετάλλαξης αντίστασης, παρέχοντάς μας το πλεονέκτημα να διακρίνουμε ποιές γυναίκες χρειάζονται να εκτεθούν σε χημειοθεραπείες και ποιές έχουν το πλεονέκτημα να λάβουν το ειδικό στοχευτικό μόριο που εμπλέκεται στην απόπτωση των καρκινικών κυττάρων.

Η έγκριση του νέου γονιδιωματικού αυτού εργαλείου που λέγεται

Orserdu (elacestrant) βασίζεται στα ευρήματα της κλινικής δοκιμής Φάσης III EMERALD του Orserdu.

Το εν λόγω θεραπευτικό μόριο έλαβε την έγκριση ως μονοθεραπεία για χρήση σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και άνδρες με όγκους που φέρουν ενεργοποιητική μετάλλαξη ESR1.

Αυτοί οι ασθενείς θα πρέπει επίσης να έχουν παρουσιάσει εξέλιξη της νόσου μετά τη θεραπεία με τουλάχιστον μία γραμμική ενδοκρινικής θεραπείας, όπως ένας αναστολέας CDK4/6, προκειμένου να είναι επιλέξιμοι για λήψη Orserdu.

Τα δεδομένα των δοκιμών έδειξαν ότι η θεραπεία με elacestrant προσέφερε στατιστικά σημαντική επιβίωση χωρίς εξέλιξη της νόσου (PFS) σε σύγκριση με την καθιερωμένη θεραπεία περίθαλψης με εγκεκριμένη ενδοκρινική μονοθεραπεία της προτίμησης του ερευνητή.

Σε ασθενείς των οποίων οι όγκοι είχαν μεταλλάξεις ESR1, το elacestrant προσέφερε διάμεση PFS 3.8 μηνών σε σύγκριση με 1.9 μήνες μετά τη θεραπεία με SOC.

Το Elacestrant μείωσε επίσης την εξέλιξη της νόσου ή τον κίνδυνο θνησιμότητας κατά 45% έναντι του SOC.

Συμπερασματικά, είναι ελπιδοφόρο να προκύπτουν μέσα από έρευνα νεότερες θεραπευτικές επιλογές που εμφορούν δυνατότητα στοχεύουσας θεραπείας με δυναμική διαχείρισης των καρκινικών σειρών και εξοβελισμού της επιβίωσης των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: ESR 1, elacestrant, καρκίνος μαστού, μετάλλαξη.

Στοιχεία επικοινωνίας:

N. Αλεβιζόπουλος,

Τηλ.: 6944868352

E-mail: nalevizopoulos@gmail.com

ΥΠΕΡ - ΚΑΤΑ

Ευθύμιος Γκότσης¹, Κωνσταντίνος Φωλήνας², Θεόδωρος Τέγος³

¹Ιατρός, Ειδικευμένος, ²Παθολόγος - Ογκολόγος, ³Παθολόγος - Ογκολόγος, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Τα τελευταία χρόνια, ο τομέας της τεχνητής νοημοσύνης (AI) στην ογκολογία έχει αναπτυχθεί εκθετικά. Συστήματα τεχνητής νοημοσύνης έχουν εφαρμοσθεί για την αντιμετώπιση πολλών τομέων που αφορούν την πρόληψη, διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση του καρκίνου. Ιατρικά ιδρύματα, νοσοκομειακά συστήματα και εταιρείες τεχνολογίας αναπτύσσουν εργαλεία τεχνητής νοημοσύνης που στοχεύουν στην υποστήριξη της λήψης κλινικών αποφάσεων, αυξάνοντας τη διαγνωστική ακρίβεια των κακοηθειών και βελτιώνοντας την κλινική αποτελεσματικότητα, παρέχοντας παράλληλα ασφαλή, υψηλής αξίας ογκολογική φροντίδα. Ειδικότερα, η τεχνητή νοημοσύνη στην ογκολογία έχει δείξει ακριβή τεχνική απόδοση σε μικροσκοπικό-μοριακό επίπεδο στην ανίχνευση των καρκινικών κυττάρων καθώς και νέων βιοδεικτών, στην ανάλυση των απεικονιστικών ευρημάτων, στην πρόγνωση επιβίωσης/θνησιμότητας και στη χορήγηση στοχευμένων θεραπειών, βελτιώνοντας την ογκολογική προσέγγιση ακριβείας. Παρουσιάζουμε επίσης τη χρήση των πλέον προηγμένων μοντέλων ευρείας γλώσσας (large language models) όπως το ChatGPT, στη διαχείριση διαφόρων βάσεων δεδομένων, γενετικής, πρωτεομικής, κ.α, με σκοπό τον συνδυασμό τους και ως αποτέλεσμα τη δημιουργία εργαλείων κλινικής θεραπευτικής.

Ωστόσο, η υιοθέτηση των προηγμένων εργαλείων της τεχνητής νοημοσύνης δεν είναι ευρέως διαδεδομένη και η αποτελεσματικότητα της τεχνητής νοημοσύνης στη θεραπευτική των ογκολογικών ασθενών παραμένει αβέβαιη.

Τα κυριότερα εμπόδια για την εφαρμογή της τεχνητής νοημοσύνης στην ογκολογία περιλαμβάνουν μεροληπτικά και ετερογενή δεδομένα, εμπόδια στη διαχείριση και συλλογή δεδομένων, σοβαρή έλλειψη τυποποιημένης αναφοράς ερευνητικών - κλινικών δεδομένων, ανεπαρκή κλινική επικύρωση, απαιτητικό προγραμματισμό ροής εργασιών για το μέσο χρήστη, ξεπερασμένο κανονιστικό - νομικό πλαίσιο και δυναμικά μεταβαλλόμενες γνώσεις και δεδομένα. Είναι προφανές ότι αναγκαιούν συγκεκριμένες ενέργειες προκειμένου να ξεπεραστούν τα εμπόδια στην εφαρμογή της τεχνητής νοημοσύνης στην ογκολογία: Όπως η εκπαίδευση στην τεχνητή νοημοσύνη του επιστημονικού δυναμικού σε όλους τους κλάδους της ογκολογίας, η καθολική εφαρμογή τυποποίησης καταγραφής των δεδομένων, η αποδοχή μεθόδων αξιολόγησης και επικύρωσης των μοντέλων τεχνητής νοημοσύνης, η επικαιροποίηση των νομικών κανονισμών βιοηθικής και ασφάλειας, η ικανή χρηματοδότηση και διεξαγωγή μελλοντικής έρευνας για τη μελέτη, ανάπτυξη και κλινική αξιολόγηση εργαλείων AI μέσω διεπιστημονικής συνεργασίας.

Λέξεις κλειδιά: Ογκολογία, τεχνητή νοημοσύνη, ChatGPT, large language models.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Ε. Γκότσης,
Τηλ.: 2132045341, 6974861596
E-mail: thymiosgotsis@yahoo.gr

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΕ ΚΟΛΟΟΡΘΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

Σπυρίδων Δρίτσας

Χειρουργός, Επικουρικός Ιατρός, Α' Χειρουργικό Τμήμα - Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο κολοορθικός καρκίνος είναι ο τρίτος συχνότερος, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 10% όλων των κακοηθειών. Αποτελεί τη δεύτερη κύρια αιτία θανάτου που σχετίζεται με καρκίνο παγκοσμίως. Η χειρουργική εκτομή είναι η βάση της θεραπείας για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού και η ποιότητα της επέμβασης είναι ένας σημαντικός παράγοντας.

Η Ελάχιστη Επεμβατική Χειρουργική (EEX) για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, όπως και σε άλλες κακοήθεις νόσους, έχει παρουσιάσει αξιοσημείωτη βελτίωση και είναι ευρέως διαδεδομένη σε παγκόσμιο πλέον επίπεδο. Αρκετές μεγάλες τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (RCTs) έχουν δείξει την ισοδυναμία ή τη μη κατωτερότητα της EEX με τη συμβατική χειρουργική. Η λαπαροσκοπική χειρουργική για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, προσφέρει ταχύτερη μετεγχειρητική ανάρρωση και μειωμένη παραμονή στο Νοσοκομείο σε σύγκριση με αυτή της ανοιχτής χειρουργικής επέμβασης. Επίσης, δεν έχει αποδειχθεί αύξηση της περιεγχειρητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σημαντικότερο, τα μακροπρόθεσμα ογκολογικά αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα με αυτά της ανοιχτής χειρουργικής επέμβασης. Κατά συνέπεια, η ανοιχτή χειρουργική επέμβαση δεν θεωρείται πλέον ο «χρυσός κανόνας» για τη θεραπεία του καρκίνου παχέος εντέρου.

Η χειρουργική εκτομή για καρκίνο του ορθού απαιτεί πρωκτεκτομή με αντίστοιχη ολική εκτομή μεσοορθού. Τα τελευταία τριάντα χρόνια, η EEX έχει εξελιχθεί γρήγορα με στόχο την επίτευξη της ίδιας ποιότητας εκτομής του ορθού και μεσοορθού μέσω μιας λιγότερο επεμβατικής προσέγγισης. Η EEX για τον καρκίνο του ορθού περιλαμβάνει τη λαπαροσκοπική χειρουργική και νεότερες τεχνικές όπως η ρομποτική χειρουργική και η διαπρωκτική ολική εκτομή του μεσοορθού (Ta-TME). Επιπλέον, διενεργούνται διαπρωκτικές τοπικές εκτομές (χωρίς λεμφαδεκτομή) για τον πρώιμο ορθικό καρκίνο (TAMIS, TEM). Αν και η λαπαροσκοπική και ελάχιστη επεμβατική χειρουργική για τον καρκίνο του ορθού έχει δείξει καλά βραχυπρόθεσμα μετεγχειρητικά αποτελέσματα, κάποιες από τις πρόσφατες τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (RCTs) δεν μπόρεσαν να αποδείξουν τη μη κατωτερότητα έναντι της ανοιχτής χειρουργικής επέμβασης όσον αφορά την ογκολογική ασφάλεια, οδηγώντας σε αβεβαιότητα σχετικά με την αξία

της EEX στη χειρουργική του καρκίνου του ορθού. Αυτά τα δεδομένα οδήγησαν σε μια αυξανόμενη εστίαση σε νέες τεχνικές, συμπεριλαμβανομένης της διαπρωκτικής ολικής μεσοορθικής εκτομής (Ta-TME) και της ρομποτικής χειρουργικής, που μπορεί να βελτιώσουν τα τεχνικά προβλήματα, να υπερκεράσουν τεχνικές δυσκολίες και να δώσουν καλύτερα αποτελέσματα.

Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να επιβεβαιωθεί ο αντίκτυπος της ρομποτικής χειρουργικής στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού και οι κατάλληλες ενδείξεις για διαπρωκτική ολική εκτομή του μεσοορθού για τον καρκίνο του ορθού (Ta-TME). Βέβαια, η Ελάχιστη Επεμβατική Χειρουργική (EEX) έχει σε μεγάλο βαθμό καθιερωθεί και δείχνει να αποτελεί το μέλλον της αντιμετώπισης του κολοορθικού καρκίνου. Σε συνδυασμό με τα πρωτόκολλα Ταχείας μετεγχειρητικής Ανάρρωσης (ERAS protocols) που αποτελούν ένα σύνολο περιεγχειρητικών κατευθύνσεων με στόχο τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών, την ελάττωση του χρόνου νοσηλείας και την ταχύτερη επάνοδο των ασθενών στις καθημερινές τους δραστηριότητες, δημιουργεί ένα πολλά υποσχόμενο περιβάλλον για τη βελτίωση της θεραπείας των ασθενών με κολοορθικό καρκίνο.

Η συνολική αντιμετώπιση των ασθενών με κολοορθικό καρκίνο σε κέντρα αναφοράς με υψηλή ροή περιστατικών, εξειδικευμένο ογκολογικό συμβούλιο και κατάλληλα εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο ιατρικό, χειρουργικό και νοσηλευτικό προσωπικό βελτιστοποιεί τα ογκολογικά και συνολικά αποτελέσματα της θεραπείας. Κατά συνέπεια, θα πρέπει να στοχεύουμε στη δημιουργία αντίστοιχων κέντρων.

Λέξεις κλειδιά: Ελάχιστη επεμβατική χειρουργική, καρκίνος παχέος εντέρου, λαπαροσκοπική χειρουργική, ρομποτική χειρουργική, διαπρωκτική ελάχιστη επεμβατική χειρουργική.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977388881

E-mail: spdritsas@yahoo.com

ΩΡΛ ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ματθίλδη Χρόνη

Ωτορινολαρυγγολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι εν τω βάθει τραχηλικές φλεγμονές αποτελούν πρόκληση για τον ωτορινολαρυγγολόγο, καθώς η θέση των αποστημάτων και η πολυπλοκότητα των περιστατικών κάνουν δύσκολη τη διάγνωση και τη θεραπεία τους. Τα αίτια των φλεγμονών αυτών είναι ποικίλα. Μπορεί να προκληθούν από περιαμυγδαλικό απόστημα, τερηδονισμένα δόντια, φλεγμονές του υπογνάθιου διαστήματος, παραρρινοκολπίτιδα. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει οίδημα τραχήλου, δυσκαταποσία, δύσπνοια και απόφραξη αεραγωγού. Ως απότοκος των εν τω βάθει τραχηλικών φλεγμονών μπορεί να εμφανιστεί μία σειρά από επιπλοκές, όπως η μεσοθωρακίτιδα και η σηπτική θρομβοφλεβίτιδα, οι οποίες μπορεί να έχουν υψηλή θνητότητα.

Για το λόγο αυτό είναι εξαιρετικά σημαντική η γρήγορη διάγνωση και παροχέτευση των εν τω βάθει τραχηλικών αποστημάτων, η χορήγηση κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής και η αντιμετώπιση των ασθενών αυτών σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όταν αυτό χρειάζεται.

Λέξεις κλειδιά: Εν τω βάθει τραχηλικά αποστήματα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977437945

E-mail: chronimatilda@yahoo.co.uk

ΚΑΤΙΟΥΣΑ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΤΙΔΑ

Καλλιόπη Αθανασιάδη

Χειρουργός Θώρακος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η Κατιούσα νεκρωτική μεσοθωρακίτιδα (Descending Necrotizing Mediastinitis - DNM) είναι μία από τις πιο θανατηφόρες μορφές μεσοθωρακίτιδας, που συνήθως εμφανίζονται ως μια απροσδόκητη επιπλοκή οδοντογενών, παραφαρυγγικών, τραχηλικών φλεγμονών ή αποστημάτων ή γενικότερα στοματοφαρυγγικών λοιμώξεων.

Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το διαβήτη, τον αλκοολισμό, την προηγούμενη κακοήθεια, ανοσοανεπάρκειας, ενώ η ηλικία άνω των 70, η κακή στοματική υγιεινή, ο υποσιτισμός και η μακροχρόνια θεραπεία με στεροειδή που σχετίζονται με κακή πρόγνωση.

Οι περισσότερες από αυτές τις λοιμώξεις είναι πολυμικροβιακές, με αερόβια και αναερόβια μικρόβια προερχόμενα από τη χλωρίδα του στόματος και του φάρυγγα. Τα πιο συχνά απαντώμενα μικρόβια είναι ο σταφυλόκοκκος, ο στρεπτόκοκκος και η κλεμψιέλλα.

Η ακριβής γνώση της ανατομίας του τραχήλου είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόηση της επέκτασης της DNM. Πρόκειται για 3 διαφορετικές οδούς, την προτραχειακή, την περιγγοιακή ή πλαγιοφαρυγγική και τέλος, την προσπονδυλική. Ακτινολογικά, η μεσοθωρακίτιδα αυτή έχει ταξινομηθεί σε: Τύπο I, όπου η λοίμωξη περιορίζεται στο ανώτερο μεσοθωράκιο (Θ4), στον τύπο IIa, όταν η λοίμωξη φθάνει στο πρόσθιο κατώτερο μεσοθωράκιο και στον τύπο IIβ, όταν έχουμε επέκταση και στο οπίσθιο.

Τα συμπτώματα δεν διαφέρουν από τα άλλα είδη της

μεσοθωρακίτιδας, δυστυχώς όμως συχνά διαλάθει του ιατρού ή του οδοντιάτρου και ο ασθενής προσέρχεται στο Νοσοκομείο με εικόνα σηπτικής καταπληξίας. Επιβάλλεται γρήγορη και επιθετική χειρουργική αντιμετώπιση με ευρεία παροχέτευση τραχηλική, αν πρόκειται για τύπου I (η μεσοθωρακίτιδα περιορίζεται στο ανώτερο μεσοθωράκιο μέχρι Θ4) και συνδυασμένη με θωρακοτομή ή σε σπάνιες περιπτώσεις θωρακοσκόπηση, αν πρόκειται για τύπου II, καθώς και στοχευμένη αντιβιοτική θεραπεία. Το ποσοστό θνητότητας είναι υψηλό.

Συμπέρασμα: Η κατιούσα νεκρωτική μεσοθωρακίτιδα εξακολουθεί να είναι μία θανατηφόρος επιπλοκή. Μεγάλη σημασία για την καλή πρόγνωση έχουν η έγκαιρη διάγνωση, η επιθετική χειρουργική παροχέτευση και η αντιβιοτική θεραπεία, καθώς και η αρμονική συνεργασία θωρακοχειρουργών, ωτορινολαρυγγολόγων, γναθοχειρουργών, εντατικολόγων και λοιμωξιολόγων.

Λέξεις κλειδιά: Λέξεις κλειδιά: Κατιούσα νεκρωτική μεσοθωρακίτιδα, χειρουργική αντιμετώπιση, νοσηρότητα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132045539

E-mail: k.athanassiadi@hotmail.de

ΣΤΗ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Καλλιόπη Αθανασιάδη

Χειρουργός Θώρακος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Καθώς το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εξελίσσεται, οι ανησυχίες για την ασφάλεια των ασθενών, την εξυπηρέτηση και τα δεδομένα αποτελέσματος έχουν προτεραιότητα έναντι της εκπαίδευσης, έτσι το παραδοσιακό μοντέλο στη χειρουργική εκπαίδευση αλλάζει. Επίσης, η εισαγωγή νέων τεχνικών που απαιτούν νέα σύνολα δεξιοτήτων γίνεται όλο και πιο σημαντική και η ιδέα ότι «το χειρουργείο δεν είναι το μέρος για να μάθεις» είναι πλέον πιο έγκυρη από ποτέ. Οι αλλαγές στη χειρουργική εκπαίδευση, οι οικονομικές πιέσεις και οι περιορισμοί των ωρών εργασίας, ανάγκασαν τους χειρουργούς να αξιολογήσουν πιο αποτελεσματικές μεθόδους διδασκαλίας ψυχοκινητικών δεξιοτήτων. Από την άλλη πλευρά, η πρόοδος στην τεχνολογία-πληροφορική επέτρεψε τη συνεχή ανάπτυξη στην εικονική πραγματικότητα, τις τεχνολογίες απεικόνισης και προσομοίωσης. Σήμερα, οι ιδανικές ευκαιρίες μάθησης που παρέχονται από προσομοιωμένα και εικονικά περιβάλλοντα έχουν ωθήσει την εξερεύνηση τους ως τρόπους μάθησης για χειρουργική εκπαίδευση και κατάρτιση, όπως συμβαίνει και σε άλλα επαγγέλματα, που χρησιμοποίησαν την εκπαίδευση, που βασίζεται σε προσομοιώσεις για δεκαετίες, όπως η αεροδιαστημική.

Η ιατρική προσομοίωση είναι ένα νέο, ενδιάμεσο στάδιο στην ιατρική εκπαίδευση ανάμεσα στα θρανία και την κλινική πράξη. Θα πρέπει να σκεφτεί κανείς ότι οι προσομοιωτές πρέπει να παρέχουν μια ρεαλιστική και βαθμιαία

εμπειρία κατάρτισης και να έχουν έγκυρους εκπαιδευτικούς στόχους. Θα πρέπει επίσης να είναι σχετικά οικονομικοί και με χαμηλό κόστος συντήρησης.

Η χρήση τους δεν περιορίζεται μόνο από τους νέους συναδέλφους. Και ο πεπειραμένος χειρουργός μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικούς προσομοιωτές για να αναπτύξει γρήγορα νέες διαδικασίες, να εξασκήσει την ασφαλή ανάπτυξη δεξιοτήτων και να βοηθήσει στην εισαγωγή της νέας τεχνολογίας στην κλινική πράξη.

Η εφαρμογή της προσομοίωσης στη Θωρακοχειρουργική ήταν περιορισμένη, πρόσφατα όμως κερδίζει την προσοχή ως εργαλείο που βοηθά τους χειρουργούς να εκπαιδεύουν αλλά και να βελτιώνουν οι ίδιοι τις τεχνικές τους δεξιότητες ιδιαίτερα στις θωρακοσκοπικές τεχνικές αλλά και τη Ρομποτική Χειρουργική.

Η ενσωμάτωση της προσομοίωσης στην παραδοσιακή ιατρική εκπαίδευση και η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση είναι μια πρόκληση που αξίζει να αντιμετωπίσετε.

Λέξεις κλειδιά: Προσομοιωτής, χειρουργική θώρακος, εκπαίδευση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132045539

e-mail: k.athanassiadi@hotmail.de

ΣΤΗΝ ΩΡΛ

Ματθίλδη Χρόνη

Ωτορινολαρυγγολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι προσομοιωτές είναι ένας καινούριος τρόπος εκμάθησης δεξιοτήτων για τους νέους χειρουργούς. Οι τεχνολογικές εξελίξεις, ο περιορισμένος χρόνος εκπαιδευτών και εκπαιδευόμενων και οι περιορισμοί σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, έχουν φέρει στο προσκήνιο την εκπαίδευση με τη βοήθεια προσομοιωτών. Τέτοιου είδους προσομοιωτές στην ΩΡΛ είναι ομοιώματα, τα οποία είναι κατάλληλα για την εκπαίδευση ιατρών στις τεχνικές της κρικοθυρεοτομής και της τραχειοστομίας, αλλά και στη διαχείριση των τραχειοσωλήνων. Όσον αφορά στην εκσκαφή του κροταφικού οστού, υπάρχουν οι line εφαρμογές, που σε συνδυασμό με απτικό χειριστήριο, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από ιατρούς, στα αρχικά στάδια της εκσκαφής κροταφικού. Με τη μέθοδο

αυτή, έχουν αναπτυχθεί επίσης προσομοιωτές, για την ενδοσκοπική χειρουργική της ρινός. Στα χειρουργεία αυτά είμαστε υποχρεωμένοι να χειρουργούμε σε 3 διαστάσεις, χρησιμοποιώντας τη δισδιάστατη εικόνα της οθόνης. Οι προσομοιωτές μπορούν να βοηθήσουν στα αρχικά στάδια μέχρι να είναι δυνατή η μεγαλύτερη εξοικείωση με το πραγματικό χειρουργικό πεδίο.

Λέξεις κλειδιά: Προσομοιωτές στην ΩΡΛ.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977437945

E-mail: chronimatilda@yahoo.co.uk

ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΜΕ ΠΤΩΧΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σπυρίδων Μεντζελόπουλος

Καθηγητής Αναισθησιολογίας - Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η ταχέως εξελισσόμενη εντατική θεραπεία παρέχει πιο αποτελεσματικές θεραπείες σε έναν ηλικιωμένο πληθυσμό με πολλαπλές συννοσηρότητες. Ταυτόχρονα, η εντατική περίθαλψη έχει πλέον σαν επίκεντρο τον ασθενή και τις επιθυμίες του.

Η παρούσα ομιλία στοχεύει στην περιγραφή των προκλήσεων που σχετίζονται με την εφαρμογή των βασικών αρχών της βιοηθικής στην εντατική θεραπεία ασθενών με επιβαρυσμένη ή/και πτωχή πρόγνωση. Προτείνονται ενέργειες για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων και υπογραμμίζεται η ανάγκη για ηθικές πρακτικές που βασίζονται σε επιστημονικά δεδομένα, καθώς και σε μία γενικότερη συναίνεση σχετικά με την ερμηνεία των ηθικών αρχών.

Ο σεβασμός της αυτονομίας των ασθενών εκδηλώνεται με την ειλικρινή ενημέρωση, την κοινή λήψη αποφάσεων, καθώς και την τήρηση προγενέστερων οδηγιών (advance directives) του ασθενούς σχετικά με το επίπεδο της υποστήριξης που επιθυμεί. Κύρια προαπαιτούμενα περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού, τις κατάλληλες κανονιστικές διατάξεις και την εξασφάλιση επαρκών πόρων. Όσον αφορά την αρχή του «ωφελείν ή μη βλάπτειν», η εντατική θεραπεία θα πρέπει να ωφελεί τους ασθενείς, αποφεύγοντας παράλληλα

τη βλάβη από μάταιες παρεμβάσεις. Η κλινική πρακτική θα πρέπει να βασίζεται στη νευρολογική πρόγνωση και στην αναμενόμενη ποιότητα ζωής μετά τη ΜΕΘ. Όσον αφορά την αξιοπρέπεια, θα πρέπει να αποφεύγονται έντονα παρεμβατικές θεραπείες διατήρησης της ζωής που δεν περιλαμβάνονται στις προτιμήσεις των ασθενών. Σε αντίθεση με την αρχή της δικαιοσύνης, η ποιότητα της θεραπείας μπορεί να επηρεαστεί από τη φυλή/εθνοδηματική κατάσταση, την ηλικία, την εθνικότητα και τη συννοσηρότητα. Όσον αφορά την επείγουσα έρευνα, η αυτονομία θα πρέπει να γίνεται σεβαστή χωρίς να παρεμποδίζεται η επιστημονική πρόοδος.

Συμπεράσματα: Μείζονες ηθικές προκλήσεις στην εντατική θεραπεία ασθενών με επιβαρυσμένη ή πτωχή πρόγνωση πρέπει να αντιμετωπιστούν μέσω σύνθετων παρεμβάσεων που απαιτούν πόρους. Τέτοιες ενέργειες οφείλουν να στηρίζονται σε επιστημονικά δεδομένα.

Λέξεις κλειδιά: Εντατική θεραπεία, ηθική, αυτονομία, δικαιοσύνη, πρόγνωση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6975304909

E-mail: sdmentzelopoulos@yahoo.com

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Αθηνά Μπατσούλη¹, Ευφροσύνη Δήμα², Αναστασία Άνθη³,
Αθανάσιος Τρίκας⁴, Σωτήριος Ξυδώνας⁵

¹Ιατρός, Ειδικευόμενη στο Καρδιολογικό Τμήμα, ²Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ και Ιατρείο Πνευμονικής Υπέρτασης, ³Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ και Ιατρείο Πνευμονικής Υπέρτασης, ⁴Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής του Καρδιολογικού Τμήματος, ⁵Καρδιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή και Σκοπός: Η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση αποτελεί μία από τις πέντε υποομάδες κλινικής ταξινόμησης της πνευμονικής υπέρτασης κατά WHO (υποομάδα ένα) και χαρακτηρίζεται από αναδιαμόρφωση του πνευμονικού αγγειακού δέντρου. Πρόκειται για μία νόσο με αυξανόμενη επίπτωση που υπολογίζεται ότι ανέρχεται σε 48-55 περιστατικά/εκατομμύριο στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες. Διακρίνεται σε 6 υποτύπους, με συχνότερη την ιδιοπαθή πνευμονική αρτηριακή υπέρταση σε ποσοστό 50-60% και χαρακτηρίζεται από υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περιστατικό άνδρα 61 ετών, πρώην καπνιστή με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου προ 17 ετών. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στο ιατρείο πνευμονικής υπέρτασης του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» μετά από νοσηλεία του σε έτερο νοσηλευτικό ίδρυμα λόγω συγκοπής σε προσπάθεια, όπου και διαπιστώθηκε αυξημένη τιμή πίεσης πνευμονικής αρτηρίας υπερηχογραφικά. Για τη διερεύνηση κατά τη νοσηλεία του είχε υποβληθεί σε αξονική τομογραφία θώρακος με πρωτόκολλο αγγειογραφίας πνευμονικής αρτηρίας που δεν ανέδειξε ελλείμματα πλήρωσης, σε στεφανιογραφικό έλεγχο με στεφανιαία αγγεία χωρίς σημαντικές στενώσεις και σε καταγραφή ρυθμού 24ώρου χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Αποτελέσματα: Κατά την εκτίμησή του στο ιατρείο πνευμονικής υπέρτασης ο ασθενής ανέφερε δύσπνοια προσπαθείας προοδευτικά επιδεινούμενη από μηνών και πολλαπλά επεισόδια απώλειας συνείδησης κατά την προσπάθεια. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε διάταση σφαγιτίδων και ταχύπνοια. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία και εικόνα υπερφόρτισης δεξιάς κοιλίας. Οι αρχικές αιματολογικές εξετάσεις (γενική εξέταση αίματος, έλεγχος ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας, έλεγχος θυρεοειδικών ορμονών, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη) ήταν εντός φυσιολογικών ορίων και ο ανοσολογικός και ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Τα επίπεδα τροπονίνης T-υψηλής ευαισθησίας και

NT-proBNP ήταν αυξημένα με τιμές έως 60pg/ml και έως 4.190pg/ml αντίστοιχα. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε αριστερές κοιλότητες φυσιολογικών διαστάσεων και λειτουργικότητας, διάταση και δυσλειτουργία δεξιών κοιλοτήτων και υψηλή πιθανότητα πνευμονικής υπέρτασης. Ως εκ τούτου ο ασθενής υπεβλήθη σε δεξιό καρδιακό καθετηριασμό και καταγράφηκε υψηλή μέση πίεση πνευμονική αρτηρίας = 59mmHg, πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις = 12 Wood units, πίεση ενσφήνωσης τριχοειδών = 8mmHg, αιμοδυναμικά ευρήματα συμβατά με πνευμονική υπέρταση προτριχοειδικής αιτιολογίας. Καθότι ο κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος είχε αποκλείσει λοιπές υποομάδες πνευμονικής υπέρτασης ο ασθενής κατατάχθηκε στην ομάδα της ιδιοπαθούς πνευμονικής αρτηριακής υπέρτασης. Σύμφωνα με την διαστρωμάτωση κινδύνου με τη χρήση μοντέλου τριών στρωμάτων και τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, ο ασθενής κρίθηκε υψηλού κινδύνου και τέθηκε αρχικά σε αγωγή με από του στόματος αμπρισεντάνη και τανταλαφίλη και κατόπιν σε υποδόρια χορήγηση τρεπροσινίλης. Ο ασθενής παρουσίασε κλινική βελτίωση, βελτίωση υπερηχογραφικών παραμέτρων και μείωση τιμής NT-proBNP.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση και αντιμετώπιση της πνευμονικής αρτηριακής υπέρτασης παραμένει πρόκληση παρά τη σημαντική πρόοδο στην κατανόηση υποκείμενων μηχανισμών και την ανάπτυξη νέων θεραπειών. Σημαντική η έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή των ασθενών σε εξειδικευμένα κέντρα με στόχο τη στοχευμένη αντιμετώπιση και ακόλουθη μείωση της θνητότητας.

Λέξεις κλειδιά: Πνευμονική αρτηριακή υπέρταση, συγκοπή, πνευμονική υπέρταση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Α. Μπατσούλη,

Τηλ.: 6973305807

E-mail: athmpatsouli@gmail.com

ΧΡΟΝΙΑ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Παναγιώτα-Ναταλία Ζιμπουνούμη-Κεράτσα¹, Ευσταθία Πράππα², Ευφροσύνη Δήμα³,
Αναστασία Άνθη⁴, Αθανάσιος Τρίκας⁵

¹Ιατρός, Ειδικεύομενη στο Καρδιολογικό Τμήμα, ²Καρδιολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Καρδιολογικό Τμήμα, ³Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ και Ιατρείο Πνευμονικής Υπέρτασης, ⁴Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ και Ιατρείο Πνευμονικής Υπέρτασης, ⁵Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής του Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή και Σκοπός: Η Χρόνια Θρομβοεμβολική Πνευμονική Υπέρταση συνιστά το μεγαλύτερο ποσοστό της Group IV Πνευμονικής Υπέρτασης κατά WHO και χαρακτηρίζεται από θρόμβωση και αναδιαμόρφωση των πνευμονικών αρτηριών που οδηγεί σε υψηλές αντιστάσεις πνευμονικής αρτηρίας. Αν και είναι σπάνια νοσολογική οντότητα στο γενικό πληθυσμό (~2-6 περιστατικά/εκατομμύριο), η επίπτωσή της σε ασθενείς που επιβίωσαν από οξεία πνευμονική εμβολή υπολογίζεται στο 1-5%. Η χειρουργική αντιμετώπιση με πνευμονική ενδαρτηρεκτομή είναι θεραπεία εκλογής για ασθενείς με κατάλληλη ανατομία, έχει χαμηλά περιεπεμβατικά ποσοστά θνητότητας και εξαιρετικά μακροχρόνια αποτελέσματα (πενταετής επιβίωση ~83%, ενώ με συντηρητική αντιμετώπιση πενταετής επιβίωση ~53%).

Υλικό και Μέθοδοι: Το συγκεκριμένο κλινικό περιστατικό, αφορά γυναίκα, 34 ετών, με ατομικό αναμνηστικό πνευμονικής εμβολής (03/2022). Ακολούθησε επεισόδιο υποξείας πνευμονικής εμβολής, 6 εβδομάδες αργότερα. Κλινικά διαπιστώθηκε εικόνα αναπνευστικής ανεπάρκειας τύπου I με συνοδά περιφερικά οιδήματα, διάταση σφαγίτιδων, ασκίτικη και υπεζωκοτική συλλογή. Ο υπέρηχος καρδιάς ανέδειξε διάταση και συστολική δυσλειτουργία δεξιών κοιλοτήτων (RVIT~40mm, RV>LV, TAPSE=11mm, S=9cm/sec) και υψηλή πιθανότητα πνευμονικής υπέρτασης (με υπολογιζόμενη RVSP=90mmHg). Η ασθενής διασυνδέθηκε με το Ιατρείο Πνευμονικής Υπέρτασης του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός». Ο εκτεταμένος παρακλινικός έλεγχος για θρομβοφιλία, ρευματολογικό και ογκολογικό νόσημα ήταν αρνητικός, το διοισοφάγιο υπερηχογράφημα δεν ανέδειξε παθολογική επικοινωνία και το triplex σπληνοπυλαίου άξονα ήταν αρνητικό για θρόμβωση. Η ασθενής τέθηκε σε αντιπηκτική και διουρητική αγωγή, με επακόλουθη μείωση των οιδημάτων και υποχώρηση της αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Ωστόσο, στην επανεξέταση ένα μήνα μετά, η ασθενής παρουσίαζε εμμένοντα συμπτώματα (NYHA III), μειωμένη καρδιοαναπνευστική λειτουργικότητα (6MWD~167m), αμετάβλητο υπερηχογράφημα καρδιάς και υψηλές τιμές NT-proBNP (3000pg/ml). Ακρωγνιαίος λίθος για τη διαγνωστική προσπέλαση ήταν το σπινθηρογράφημα πνευμόνων, που ανέδειξε ελλείμματα συμβατά με χρόνια θρομβοεμβολική

νόσο, ενώ στην αξονική θώρακος με αγγειογραφικό πρωτόκολλο υπήρχαν ελλείμματα σκιαγράφησης σε τμηματικούς και υποτμηματικούς κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας, με απεικονιστικά χαρακτηριστικά ενδεικτικά χρονιότητας. Ο δεξιός καθετηριασμός διέγνωσε πνευμονική υπέρταση προτριχοειδικής αιτιολογίας (meanPAP=47mmHg, PCWP=7mmHg, PVR=9.85WU, CI=2.8L/min/m²). Στη φαρμακευτική αγωγή προστέθηκε ριοσιγουάτη στη μέγιστη ανεκτή δόση, με πτωχή κλινικοεργαστηριακή ανταπόκριση.

Λόγω της εμμένουσας συμπτωματολογίας, της εντόπισης θρόμβων σε τμηματικούς και υποτμηματικούς κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας και του χαμηλού υπολογιζόμενου περιεπεμβατικού κινδύνου, η ασθενής κρίθηκε πιθανή υποψήφια για χειρουργική αντιμετώπιση. Παραπέμφθηκε σε εξειδικευμένο καρδιοθωρακοχειρουργικό κέντρο, όπου υποβλήθηκε σε αμφοτερόπλευρη πνευμονική ενδαρτηρεκτομή, με επακόλουθη φυσιολογικοποίηση των αιμοδυναμικών και υπερηχογραφικών παραμέτρων (meanPAP=11mmHg, PVR=1WU, CI=3.7L/min/m², φυσιολογικές διαστάσεις και λειτουργικότητα δεξιάς κοιλίας, υπολογιζόμενη RVSP=20mmHg) καθώς και σημαντική κλινική βελτίωση (NYHA I). Έγινε διακοπή της ριοσιγουάτης και των διουρητικών, ενώ κρίθηκε απαραίτητη η συνέχιση της παρακολούθησής της στο Ιατρείο Πνευμονικής Υπέρτασης καθώς και η διαβίου λήψη ασενοκουμαρόλης.

Συμπεράσματα: Το συγκεκριμένο περιστατικό καταδεικνύει της σημασία της διάγνωσης της Χρόνιας Θρομβοεμβολικής Πνευμονικής Υπέρτασης, καθώς και την αναγκαιότητα διασύνδεσης των ασθενών με εξειδικευμένα διακλινικά ιατρεία και καρδιοθωρακοχειρουργικά κέντρα, με στόχο την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου.

Λέξεις κλειδιά: Χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική υπέρταση, πνευμονική ενδαρτηρεκτομή.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Π.-Ν. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα,

Τηλ.: 6976323975

E-mail: nanapnz@hotmail.com

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ)

Ευφροσύνη Δήμα

Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ, Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Θα παρουσιαστεί ένα κλινικό περιστατικό σοβαρής Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) με συνυπάρχουσα σοβαρή Πνευμονική Υπέρταση και ο τρόπος διαχείρισης και αντιμετώπισής του από το ειδικό ιατρείο πνευμονικής υπέρτασης του Νοσοκομείου μας. Οι ασθενείς με ΧΑΠ μπορεί να εμφανίσουν πνευμονική υπέρταση και ο επιπολασμός της πνευμονικής υπέρτασης σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών κυμαίνεται από 30-70%. Αν και συνήθως συνυπάρχει ήπιας ή μέτριας βαρύτητας πνευμονική υπέρταση, τα βιβλιογραφικά δεδομένα αναφέρουν ότι το ποσοστό των ασθενών με σοβαρή πνευμονική υπέρταση αποτελεί περίπου το 4% των ασθενών με ΧΑΠ που παραπέμπονται για προμεταμοσχευτική εκτίμηση. Δεδομένου ότι ο επιπολασμός της ΧΑΠ είναι υψηλός, διαφαίνεται ότι ο αριθμός των ασθενών με ΧΑΠ και σοβαρή πνευμονική υπέρταση δεν είναι ασήμαντος. Επιπλέον, η συνύπαρξη της ΧΑΠ με πνευμονική υπέρταση αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα των ασθενών με ΧΑΠ, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της πνευμονικής υπέρτασης. Από την ανάλυση των δεδομένων που προέρχονται από μεγάλες διεθνείς καταγραφές, φαίνεται ότι οι ασθενείς με ήπια ΧΑΠ και

πνευμονική υπέρταση αντιμετωπίζονται ως ασθενείς με πνευμονική αρτηριακή υπέρταση λαμβάνοντας τα ειδικά για την πνευμονική υπέρταση φάρμακα είτε μίας κατηγορίας ή και συνδυασμό τους. Η διαχείριση όμως του συνόλου αυτών των ασθενών και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση αποτελεί μια πρόκληση. Όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ερωτηματικά παραμένουν για το πότε πρέπει να αρχίσει η θεραπεία και ποιά να είναι η αγωγή. Στις τελευταίες διεθνείς οδηγίες της ευρωπαϊκής καρδιολογικής και πνευμονολογικής εταιρείας προτείνεται η διαχείρισή αυτών των ασθενών, και ειδικά εκείνων με ΧΑΠ που εμφανίζουν πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις >5WU, να γίνεται εξατομικευμένα από τα ειδικά ιατρεία πνευμονικής υπέρτασης.

Λέξεις κλειδιά: Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, πνευμονική υπέρταση, θεραπεία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6948481432

E-mail: efi_dima@yahoo.gr

ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Θεοδώρα Στρατηγού

Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος» - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (Υπόφυση/Επινεφρίδια/Θυρεοειδής), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί σήμερα την πρώτη αιτία ανάπτυξης τελικού σταδίου Νεφρικής Ανεπάρκειας. Όλα τα στάδια της Χρόνιας Διαβητικής Νεφροπάθειας (ΧΔΝ) συνδυάζονται με σημαντική αύξηση της καρδιαγγειακής θνητότητας. Κύριοι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση και εξέλιξη της είναι η υπεργλυκαιμία και η αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Η σταδιοποίηση της ΧΔΝ γίνεται με κριτήριο τον εκτιμώμενο Ρυθμό Σπειραματικής Διήθησης (eGFR). Η πρόγνωση της εξέλιξης της ΧΔΝ εξαρτάται από τον eGFR και την αποβαλλόμενη λευκωματίνη στα ούρα. Η εκτίμηση της απέκκρισης λευκωματίνης γίνεται με τον υπολογισμό του λόγου λευκωματίνης/κρεατινίνης σε τυχαίο πρωινό δείγμα ούρων ή με τον προσδιορισμό της απέκκρισης λευκωματίνης στη συλλογή ούρων 24ώρου. Παρόλο που παλαιότερα υπήρχε η θεωρία ότι το πρώτο κλινικό σημείο της ΧΔΝ είναι η ήπια αύξηση της αποβαλλόμενης λευκωματίνης (απέκκριση 30-300mg λευκωματίνης στα ούρα 24ώρου), σήμερα είναι ξεκάθαρο ότι είναι δυνατόν να υπάρχει ΧΔΝ χωρίς παθολογική λευκωματινουρία. Σε ό,τι αφορά τη γλυκαιμική ρύθμιση, στόχο αποτελεί η τιμή HbA1c περί του 7% χωρίς υπογλυκαιμίες. Σε ασθενείς με ΧΔΝ, προτείνεται η χορήγηση αναστολέων SGLT2 λόγω της αποδεδειγμένης, από μελέτες, καρδιο-νεφροπροστατευτικής τους δράσης αφού επιβραδύνουν την εξέλιξη της

και μειώνουν τα νεφρικά συμβάματα. Επιπλέον, μπορεί να χορηγηθεί η φινερενόνη (εκλεκτικός ανταγωνιστής υποδοχέα αλδοστερόνης, MRA) που φαίνεται ότι επιβραδύνει την εξέλιξη της νεφροπάθειας. Απαραίτητη η αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης με στόχο 139-130/79-70mmHg. Επί συνύπαρξης σημαντικής λευκωματινουρίας, ο στόχος για την ΑΠ είναι <130/80mmHg. Για τη ρύθμιση της ΑΥ, στο συνδυασμό φαρμάκων πρέπει να περιλαμβάνονται οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου ή οι ανταγωνιστές των τύπου 1 υποδοχέων της αγγειοτασίνης II. Σε νεφροπάθεια σταδίου 4 δε συστήνεται η χορήγηση ανταγωνιστών της αλδοστερόνης, ιδιαίτερα ο συνδυασμός με αΜΕΑ ή αΑΤ1. Εάν ο eGFR είναι <30 mL/min/1.73m², επί ΑΥ, συστήνεται διακοπή θειαζιδικών και έναρξη διουρητικών αγκύλης. Σε άτομα με eGFR <60mL/min/1.73m² συστήνεται μείωση της κατανάλωσης λευκώματος σε 0.8g/kg ΒΣ.

Λέξεις κλειδιά: Σακχαρώδης διαβήτης, νεφροπάθεια, αναστολείς SGLT2, φινερενόνη.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041258

E-mail: theodorastratigou@yahoo.gr

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ

Γεώργιος Μαρακομιχελάκης

Παθολόγος, Συντονιστής Διευθυντής του Δ' Παθολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ως περιφερική αγγειοπάθεια (ΠΑΝ) ορίζεται η αποφρακτική στένωση των περιφερικών αρτηριών. Το κλινικό στάδιο της νόσου (διαλείπουσα χωλότητα) αφορά το ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων. Η συχνότητα της νόσου αυξάνει προοδευτικά με την πάροδο της ηλικίας και ανέρχεται στο 5-7% στα άτομα ηλικίας 50-60 ετών. Οι άνδρες νοσούν 2-5 φορές πιο συχνά από τις γυναίκες, με τη διαφορά αυτή να μειώνεται προοδευτικά μετά την ηλικία των 50 ετών. Η παρουσία αθηρωματικών πλακών στα άτομα της τρίτης ηλικίας μπορεί να φτάνει και το 30%.

Εκτός από την ηλικία, οι κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι το κάπνισμα και ο σακχαρώδης διαβήτης. Οι διαβητικοί ασθενείς, λόγω της συνυπάρχουσας νευροπάθειας, εμφανίζουν ακόμη σπανιότερα κλινικά ευρήματα, και η νόσος εξελίσσεται από μικρότερες ηλικίες χωρίς φυλετική διαφοροποίηση.

Για τη διάγνωση της νόσου απαιτείται κυρίως η κλινική υποψία από το θεράποντα, η λήψη λεπτομερούς ιστορικού για την επιβεβαίωση πιθανής διαλείπουσας χωλότητας και η κλινική εξέταση που θα αναδείξει μείωση ή εξαφάνιση των περιφερικών σφύξεων. Για την εργαστηριακή επιβεβαίωση απαιτείται η μέτρηση του κνημοβραχιόνιου δείκτη (ABI). Σε περιπτώσεις βαριάς διαβητικής μακροαγγειοπάθειας είναι δυνατό να απαιτηθεί και η μέτρηση του δακτυλοβραχιόνιου δείκτη (TBI). Όταν ο ασθενής είναι υποψήφιος για επέμβαση επαναιμάτωσης, τότε ο εργαστηριακός έλεγχος πρέπει να συμπληρωθεί με Έγχρωμο Υπερηχογράφημα 2 διαστάσεων με παλμικό Doppler (Triplex) και Αξονική Αγγειογραφία (CTA).

Η ΠΑΝ έχει σχετικά καλοήγη πορεία. Σε χρονικό διάστημα πέντε ετών από τη διάγνωση το 50% περίπου των ασθενών παρουσιάζει στασιμότητα ή και βελτίωση, το 30% των ασθενών θα οδηγηθεί σε επέμβαση επαναιμάτωσης και σε λιγότερο από το 20% θα απαιτηθεί μείζων ή ελάσσων ακρωτηριασμός. Ωστόσο, ως δείκτης γενικευμένης αθηρωματικής νόσου, υπολογίζεται πως σε μία πενταετία από την εμφάνιση διαλείπουσας χωλότητας το 30% των ασθενών θα καταλήξει από μείζον καρδιαγγειακό επει-

σόδιο. Υπό αυτό το πρίσμα, η διάγνωση της περιφερικής αρτηριοπάθειας κατατάσσει τον ασθενή στην ομάδα υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου.

Στο πλαίσιο της πρόληψης αγγειακών συμβαμάτων, από άλλες θέσεις του αγγειακού δικτύου, απαιτείται εντατικοποιημένη παρέμβαση στους παράγοντες κινδύνου με άμεση διακοπή του καπνίσματος, ελάττωση του σωματικού βάρους, διατήρηση της LDL-χοληστερόλης σε επίπεδα χαμηλότερα των 55mg/dl, ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και άριστος έλεγχος του διαβήτη. Η χορήγηση κλοπιδογρέλης ελαττώνει σημαντικά τη συχνότητα των οξέων καρδιαγγειακών επεισοδίων.

Για τη βελτίωση της τοπικής νόσου, τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται με το συνδυασμό της διακοπής του καπνίσματος και της συστηματικής άσκησης. Η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει τα συμπτώματα της τοπικής ισχαιμίας και επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου. Η συστηματική άσκηση με την εφαρμογή επιβλεπόμενων προγραμμάτων 2-3 φορές εβδομαδιαίως, βοηθά σημαντικά τους ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα. Φαρμακευτικά, η χορήγηση σιλοσταζόλης έχει θετικά αποτελέσματα στη βελτίωση της απόστασης βάδισης, ενώ από πρόσφατες μελέτες η συγχορήγηση ασπιρίνης με ριβαροξαμπάνη σε χαμηλή δόση (2.5mg ανά 12ωρο) συνέβαλε στη μείωση των ακρωτηριασμών. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις απαιτούνται επεμβάσεις επαναιμάτωσης με διαδερμικό καθετηριασμό ή χειρουργικά με παράκαμψη της βλάβης. Επί κρίσιμης ισχαιμίας, η χορήγηση προστακυκλίνης ενδοφλεβίως ή η εφαρμογή θεραπείας με υπερβαρικό οξυγόνο έχει πενιχρά αποτελέσματα.

Λέξεις κλειδιά: Περιφερική αποφρακτική νόσος, διαβητική μακροαγγειοπάθεια, γενικευμένη αθηρωμάτωση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932457758

E-mail: gmarakom@gmail.com

ΟΦΘΑΛΜΟΠΑΘΕΙΑ

Μαρία Τσακρή-Παϊζή¹, Χρήστος Κουτσίδης²,

¹Οφθαλμίατρος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., ²Οφθαλμίατρος, Οφθαλμολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) τύπου II αποτελεί μία πολυσυστηματική νόσο με αυξανόμενο επιπολασμό παγκοσμίως και αφορά τη διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης του αίματος. Όσον αφορά τον οφθαλμό, είναι γνωστό ότι ο ΣΔ μπορεί να προκαλέσει ποικίλες νοσηρότητες οι οποίες επηρεάζουν τόσο το πρόσθιο όσο και το οπίσθιο ημιμόριο του οφθαλμού.

Όσον αφορά το πρόσθιο ημιμόριο, ο ΣΔ μπορεί να προκαλέσει υποτροπιάζοντα χαλάζια, ξηροφθαλμία και διαβητική κερατοπάθεια. Επιπλέον, μπορεί να επηρεάσει τη διαθλαστική ικανότητα του οφθαλμού, προκαλώντας μία ανισορροπία στο διαθλαστικό σφάλμα και συνεπώς θόλωση της όρασης. Ο καταρράκτης εμφανίζεται σε νεότερη ηλικία και εξελίσσεται γρηγορότερα, ενώ τις πιο συχνές μορφές του αποτελούν ο οπίσθιος υποκαψικός και ο φλοιώδης καταρράκτης. Επιπρόσθετα, η ύπαρξη του ΣΔ συνδέεται με πολλές διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές και για αυτό τον λόγο πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπ' όψιν κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο.

Ο ΣΔ συνδέεται επίσης με την Πρόσθια Ισχαιμική Οπτική Νευροπάθεια, τη Διαβητική Θηλίτιδα και με το Γλαύκωμα (Πρωτοπαθές Γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας και Νεοαγγειακό Γλαύκωμα) ενώ αποτελεί μία από τις πιο συχνές αιτίες πάρεσης των Οφθαλμοκινητικών νευρών (Κοινό Κινητικό, Τροχιλιακό και Απαγωγό Νεύρο).

Όσον αφορά το οπίσθιο ημιμόριο του οφθαλμού, η Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές αιτίες τύφλωσης παγκοσμίως και προκαλεί παθολογικές αλλοιώσεις στο βυθό των ασθενών που πάσχουν από ΣΔ τύπου II. Ταξινομείται σε παραγωγική και μη παραγωγική με βάση την ύπαρξη νεοαγγείωσης ή όχι. Επιπλέον, σημαντικές επιπλοκές αποτελούν το Διαβητικό οίδημα της ωχράς και οι αγγειακές αποφράξεις.

Η διαβητική οφθαλμοπάθεια στο ΣΔ τύπου II προκαλεί ποικίλες νοσηρότητες και παραμένει μία σημαντική αιτία τύφλωσης παγκοσμίως. Όλες οι οφθαλμικές επιπλοκές θα μπορούσαν να προληφθούν με έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Συνεπώς, απαιτούνται περιοδικές οφθαλμολογικές εξετάσεις, ενώ ο καλός έλεγχος της γλυκόζης του αίματος και άλλων συστηματικών παραγόντων κινδύνου όπως η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία, είναι ο κύριος στόχος για την πρόληψη των οφθαλμικών επιπλοκών του ΣΔ.

Λέξεις κλειδιά: Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, επιπλοκές, πρόσθιο ημιμόριο, διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6988587558

E-mail: maria_paizi@yahoo.gr

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Παναγιώτα Κατσάνου

Παθολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η καρδιαγγειακή νόσος είναι η πιο συχνή αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στο Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Περιλαμβάνει τη στεφανιαία νόσο και την καρδιακή ανεπάρκεια, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, την περιφερική αρτηριακή νόσο και την ανευρυσματική νόσο θωρακικής και κοιλιακής αορτής. Οι ασθενείς με ΣΔ εμφανίζουν διπλάσιο έως τετραπλάσιο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου σε σχέση με ασθενείς χωρίς ΣΔ.

Στην προσπάθεια αξιολόγησης του καρδιαγγειακού κινδύνου σε κάθε ασθενή με ΣΔ χρειάζεται, εκτός από το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό, πλήρης κλινική κι εργαστηριακή εξέταση για τη διερεύνηση ήδη εγκατεστημένης καρδιαγγειακής νόσου ή σημαντικών βλαβών οργάνων στόχων (διαβητική νεφροπάθεια/αμφιβληστροειδοπάθεια). Για την ποσοτικοποίηση του καρδιαγγειακού κινδύνου προτείνεται η χρήση scores για την εξατομικευμένη 10-ετή εκτίμηση. Για την Ευρώπη κρίνεται πιο ασφαλής η χρήση του SCORE2 - DIABETES που περιλαμβάνει το φύλο, την ηλικία, τη χρονική διάρκεια του ΣΔ, την αρτηριακή υπέρταση και τη δυσλιπιδαιμία, καθώς και την παρουσία νεφροπάθειας, που είναι ξεχωριστοί παράγοντες για καρδιαγγειακή νόσο.

Η πρωτογενής πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου περιλαμβάνει την αντιμετώπιση όλων των παραπάνω παραγόντων ξεχωριστά. Η καλή ρύθμιση του ΣΔ είναι επιβεβλημένη, καθώς έχει αποδειχτεί ότι αύξηση της

γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κατά 1 μονάδα μπορεί να αυξήσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο κατά 18%, ενώ διατήρησή της <7% μειώνει τον 10-ετή κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου κατά 37%. Η αντιδιαβητική αγωγή με αποδεδειγμένη καρδιαγγειακή προφύλαξη (κυρίως SGLT-2 αναστολείς και GLP-1 ανάλογα), αποτελούν φάρμακα εκλογής σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο. Σε μια ολιστική αντιμετώπιση πολύ σημαντικές είναι οι οδηγίες για διατροφή, σωματική άσκηση και απώλεια βάρους.

Οι επιδημιολογικές μελέτες αναδεικνύουν ότι η αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου μπορεί να οδηγήσει σε >50% μείωση στην εμφάνιση της καρδιαγγειακής νόσου. Ωστόσο, <20% των ασθενών με ΣΔ καταφέρνουν να φτάσουν στους στόχους των κατευθυντήριων οδηγιών, κάτι που αποδεικνύει ότι χρειάζεται περισσότερη εγρήγορση από την πλευρά της ιατρικής κοινότητας και πληρέστερη ενημέρωση των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Καρδιαγγειακός κίνδυνος, score, καρδιαγγειακή προστασία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974932502

E-mail: pkatsanou@yahoo.gr

ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ: ΣΕ ΠΟΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ;

Γεώργιος Κανέλλης

Παθολογοανατόμος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Αιμοπαθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Το βιοπτικό υλικό από τη λαγόνια ακρολοφία (οστεομυελική βιοψία), σε συνδυασμό με το μυελικό αναρρόφημα, προσφέρουν στον κλινικό ιατρό ένα μεγάλο αριθμό πληροφοριών για τον αιμοποιητικό μυελό και όχι μόνο.

Πιο συγκεκριμένα, μέσω της οστεομυελικής βιοψίας ο παθολογοανατόμος είναι σε θέση να αξιολογήσει την κυτταροβρίθεια του μυελού και κατ'επέκταση τη χωροταξία και σύνθεση των αιμοποιητικών σειρών. Μπορεί να αναγνωρίσει τις αλλαγές στο στρώμα και στις οστικές δοκίδες (ίνωση, οστεοσκλήρυνση) και να τεκμηριώσει την παρουσία ξένων προς τον μυελό κυττάρων, μικροοργανισμών (π.χ. Λείσμανια) και στοιχείων φλεγμονής (π.χ. κοκκίωματα, αιμοφαγοκυττάρωση). Υπάρχουν δε, περιστατικά κατά τα οποία η οστεομυελική βιοψία αποτελεί το μοναδικό διαγνωστικό εργαλείο του κλινικού και αυτές δυνατόν να είναι στις περιπτώσεις ξηράς παρακέντησης ή ακατάλληλου αναρροφήματος, είτε όταν αποτελεί το μοναδικό προσπελάσιμο ιστό σε βαρέως πάσχοντες, ενώ παράλληλα θα πρέπει να σημειωθεί ότι για την ορθή αξιολόγηση της οστεομυελικής βιοψίας το μήκος της πρέπει να ξεπερνάει το 1.5 εκ. και να περιλαμβάνει τουλάχιστον τέσσερις μυελοχώρους.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω η οστεομυελική βιοψία είναι διαγνωστική:

α) Σε περιπτώσεις πενιών και/ή κυτταρώσεων (μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα, μυελοϋπερπλαστικά νεοπλάσματα, μικτά μυελοδυσπλαστικά/μυελοϋπερπλαστικά νεοπλάσματα, οξείες λευχαιμίες), β) στα λεμφοϋπερπλαστικά νοσήμα-

τα, γ) στη διερεύνηση εμπύρετου αγνώστου αιτιολογίας, δ) κατά τη διερεύνηση παραπρωτεϊναιμίας (πλασματοκυτταρικές δυσκρασίες, λεμφώματα με πλασματοκυτταρική διαφοροποίηση), ε) στη διερεύνηση ανεξήγητης σπληνομεγαλίας (μη-Hodgkin και Hodgkin λεμφώματα), στ) σε σπάνιες οντότητες όπως μαστοκυττάρωση, αμυλοείδωση και αθροιστικά λυσοσωμικά νοσήματα και ζ) μεταστατικές διηθήσεις.

Στο σημείο αυτό επισημαίνεται ότι, αν και για ορισμένα από τα προαναφερθέντα νοσήματα, η οστεομυελική βιοψία αποτελεί ιστό συμμετοχής στο νόσημα και όχι πρωτοπαθή εστία, εντούτοις, συχνά αποτελεί την εντόπιση της πρώτης διάγνωσης και αρκετά συχνά, μοναδικής.

Βέβαια, η ολοκληρωμένη διάγνωση, πλην λιγοστών εξαιρέσεων, χρήζει στενής συνεργασίας του παθολογοανατόμου με τον κλινικό ιατρό. Για το λόγο αυτό η παρούσα διάλεξη, πέρα από την ανάδειξη της σπουδαιότητας της οστεομυελικής βιοψίας ως διαγνωστικό εργαλείο, σκοπό έχει να τονίσει και να ενισχύσει τη σημαντικότητα της συνεργασίας του κλινικού με τον παθολογοανατόμο για την επίτευξη της διάγνωσης.

Λέξεις κλειδιά: Οστεομυελική βιοψία, παθολογοανατόμος, διάγνωση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041544

E-mail: gkanellis73@gmail.com

ΣΥΝΔΡΟΜΟ VEXAS

Ναταλί Ελ Γκότμι

Αιματολόγος, Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μ.Μ.Μ.Ο.,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Το σύνδρομο VEXAS (ακρωνύμιο από τις λέξεις: **V**acuoles - κενοτόπια τόσο στη μυελική όσο και στην ερυθρά σειρά, **E1** enzyme, **X**-linked, **A**uto inflammatory, **S**omatic) συνιστά σοβαρή και προοδευτικά εγκαθιστάμενη νόσο με υψηλή θνητότητα και αξιόλογη νοσηρότητα, που περιγράφεται για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία μόλις το 2020 στις Ηνωμένες Πολιτείες, με όψιμη εκδήλωση σε άνδρες ασθενείς και κλινικά χαρακτηριστικά που γεφυρώνουν αιματολογικές διαταραχές με συνυπάρχοντα ρευματολογικά νοσήματα. Σε όλες τις καταγεγραμμένες περιπτώσεις, για την κλινική εκδήλωση του συνδρόμου ευθύνονται σωματικές επίκτητες μεταλλάξεις στο φυλοσύνδετο γονίδιο UBA1 (p.Met41) του E1 ενζύμου, που δρα ενεργοποιώντας την ουβικιτίνη. Το μεταλλαγμένο γονίδιο οδηγεί σε μειωμένη ουβικιτίνωση (μία μετα-μεταφραστική τροποποίηση των πρωτεϊνών, απαραίτητη για την ενδοκυττάρια σηματοδότηση και την αποδόμησή τους μέσω της αυτοφαγίας και των λυσοσωμάτων) και διαρκώς παθολογικά ενεργοποιημένα εγγενή ανοσολογικά μονοπάτια (αύξηση παραγωγής ιντερφερονών τάξης I). Πρόκειται για ένα πολυσυστηματικό σύνδρομο που περιλαμβάνει κλινικές εκδηλώσεις τόσο από το δέρμα, τους πνεύμονες, τις αρθρώσεις, τα αγγεία αλλά και καλά αναγνωρισμένες ρευματολογικές οντότητες όπως η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα, η πολυχονδρίτιδα, το σύνδρομο Sweet, ο συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος και η νόσος του Still. Η πλειονότητα των ασθενών, όσον αφορά στην αιματολογική συνιστώσα, παρουσιάζει μακροκυτταρική αναιμία, θρομβοπενία, προοδευτική ανεπάρκεια του μυελού των οστών και θρομβοεμβολική νόσο πιθανά μέσω της επαγόμενης ανοσοθρόμβωσης από την απελευθέρωση NETs (Neutrophil Extracellular Traps) από τα ουδετερόφιλα καθώς και συσχέτιση με μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο (ΜΔΣ) και αυξημένο κίν-

δυνο για άλλες αιματολογικές κακοήθειες όπως είναι το πολλαπλό μυέλωμα.

Πρόκειται για μία ανθεκτική στη θεραπεία οντότητα, και έχουν χρησιμοποιηθεί θεραπευτικά με μέτρια αποτελέσματα υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών, tocilizumab (μετά από παρατήρηση της αύξησης IL-6 καθώς και της C- αντιδρώσας πρωτεΐνης στους νοσούντες ασθενείς) καθώς και υπομεθυλιωτικοί παράγοντες σε συνυπάρχον ΜΔΣ αλλά και JAK αναστολείς, ιδίως σε προσβολή του δέρματος. Δεδομένου του κλινικού χαρακτήρα του συνδρόμου και της προδιάθεσης για αιματολογικές κακοήθειες, η αλλογενής μεταμόσχευση συνιστά μία θεραπευτική προσέγγιση σε επιλεγμένους και υψηλού κινδύνου ασθενείς, ωστόσο τα κλινικά δεδομένα είναι πολύ λίγα.

Το σύνδρομο VEXAS συνιστά μία νέα, σοβαρή οντότητα - δυσχερή στην έγκαιρη διάγνωσή της λόγω της σπανιότητας του συνδρόμου και της αλληλοεπικάλυψής της με πολλαπλές νοσολογικές οντότητες- που θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν σε ασθενείς με ανθιστάμενη στη θεραπεία φλεγμονώδη νόσο και συνυπάρχουσες κυτταρικές πενίες ή άλλες αιματολογικές εκδηλώσεις.

Απαιτείται συνεχής έρευνα, καταγραφή των μεμονωμένων περιστατικών και περαιτέρω κλινική εμπειρία προκειμένου να αναπτυχθούν αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης αυτής της απειλητικής για τη ζωή και πολυσύνθετης οντότητας.

Λέξεις κλειδιά: Αυτοφλεγμονώδες, Χ-φυλοσύνδετο, μυελική κακοήθεια, UBA1.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6942433130

E-mail: natelgkotmi@gmail.com

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ: ΠΩΣ ΦΤΑΣΑΜΕ ΑΠΟ ΤΑ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ Τ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ

Χαρά Γιατρά

Αιματολόγος, Επικουρικός Ιατρός, Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μ.Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Αντίθετα από την κοινή αντίληψη ότι η ανοσοθεραπεία είναι μια σχετικά πρόσφατη θεραπευτική προσέγγιση, αναφορές σ' αυτή, υπάρχουν ακόμη και σε κείμενα που χρονολογούνται από την αρχαιότητα.

Ο Γαληνός, μετέπειτα (2^{ος} αι μ.Χ.), πρώτος περιέγραψε την ομοιότητα μεταξύ κακοήθειας και φλεγμονής, σημειώνοντας επιπλέον ότι η πρώτη μπορεί να είναι και απόρροια της δεύτερης.

Ο Coley, πατέρας της ανοσοθεραπείας (19^{ος} αιώνας), παρατήρησε αυτόματη υποστροφή όγκων μετά από ερυσίπελα. Προχωρώντας ένα βήμα παραπέρα, εφάρμοσε ενδοογκικές εγχύσεις μειγμάτων ζωντανών και αδραντοποιημένων στελεχών *Streptococcus pyogenes* και *Serratia marcescens*. Η μέθοδος αμφισβητήθηκε έντονα από τους σύγχρονούς του και το ενδιαφέρον για την ανοσοθεραπεία αναζωπυρώθηκε ξανά μετά το 1945 (ανακάλυψη ιντερφερόνης, ανάπτυξη πρώτων αντικαρκινικών εμβολίων). Καθοριστική ήταν η περιγραφή του ρόλου των Τ-κυττάρων (1967), των δενδριτικών και των ΝΚ-κυττάρων (αρχές δεκαετίας 1970). Την ίδια δεκαετία σημειώθηκε και η πρώτη επιτυχής αλλογενής μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (1968). Έτσι, πριν από 50 περίπου χρόνια, ο L. J. Old προέβλεψε ότι η ανοσοθεραπεία θα αποτελέσει τον τέταρτο πυλώνα της αντιμετώπισης του καρκίνου, μαζί με τις χειρουργική προσέγγιση, χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Ακολούθησαν οι ανακαλύψεις περί της ανοσολογικής επιτήρησης και του ρόλου των Τ-λεμφοκυττάρων στην αναγνώριση των κακοήθων κυττάρων, περί της ανοσοτροποποίησης και της ανοσολογικής διαφυγής των κυττάρων του όγκου και περί της σημασίας του μικροπεριβάλλοντος στην ανάπτυξη του όγκου.

Η στιγμή της κλινικής εφαρμογής των γνώσεων που αναπτύχθηκαν σε προκλινικό ή πρώιμο κλινικό επίπεδο δεν ήρθε πριν τα τέλη της δεκαετίας του 1990, όταν εγκρίθηκε το μονοκλωνικό αντίσωμα Rituximab ως ο πρώτος

ανοσοθεραπευτικός παράγοντας για την αντιμετώπιση κακοήθειας, ουσιαστικά αλλάζοντας άρδην το τοπίο της αντιμετώπισης των Β-non Hodgkin Λεμφωμάτων. Το 2011 εγκρίθηκε η χορήγηση ipilimumab, του πρώτου αναστολέα σηματοδοτικού μονοπατιού (checkpoint inhibitor) που αναπτύχθηκε, αρχικά σε ασθενείς με εκτεταμένο μελάνωμα. Αντικαρκινικά εμβόλια, ογκολυτικοί ιοί και Τ-λεμφοκύτταρα χιμαιρικού αντιγονικού υποδοχέα και αντισώματα διπλής ειδικότητας, συμπληρώνουν τη θεραπευτική φαρέτρα της ανοσοθεραπείας των όγκων.

Συνολικά, η ανοσοθεραπεία με στόχο την ενίσχυση της φυσικής άμυνας του ξενιστή για την εξάλειψη των κακοήθων κυττάρων, αποτελεί μνημειώδη ανακάλυψη στη θεραπεία του καρκίνου. Πολλαπλοί τύποι καρκίνου έχουν πλέον δείξει μακροχρόνιες κλινικές αποκρίσεις, αν και ουσιαστικό όφελος έχουν, ακόμη και σήμερα, επιλεγμένες ομάδες ασθενών. Το διαφορετικό προφίλ τοξικότητας από τις κλασικές αντικαρκινικές θεραπείες, καθιστά εφικτό το σχεδιασμό συνδυασμών τους. Σε πραγματιστικό επίπεδο, περιορισμό στη χρήση τους αποτελεί ενδεχομένως το υψηλό τους κόστος.

Ενώσω εμβαθύνεται η γνώση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών της ογκογένεσης και της συμμετοχής του ανοσολογικού συστήματος σε αυτήν, κατανοούνται οι μηχανισμοί δράσης των ανοσοθεραπευτικών παραγόντων και βελτιώνεται το προφίλ τοξικότητας και η αποτελεσματικότητά τους, το ταξίδι στην ανοσοθεραπεία του καρκίνου συνεχίζεται.

Λέξεις κλειδιά: Ανοσολογικό σύστημα, κακοήθεια, καινοτομία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041721

E-mail: xgiatra@gmail.com

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΜΠΑΓΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ

Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος¹, Βάιος Ωραιόπουλος²¹Παθολόγος-Ογκολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., ²Ιατρός, Ειδικευόμενος, Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η ανοσοθεραπεία παρουσιάζεται ως μία πρόσφατη, στην ιατρική, θεραπευτική προσέγγιση σε ποικίλους τύπους καρκινωμάτων. Σήμερα, έχουν αναπτυχθεί αρκετές μορφές ανοσοθεραπείας, οι οποίες είναι ευρέως γνωστές και διαθέσιμες στην κλινική πράξη. Εκτεταμένη αναφορά γίνεται στους αναστολείς ανοσοποιητικού σημείου ελέγχου και ειδικότερα στο μονοπάτι PD-1/PD-L1. Είναι κλινικά αποδεδειγμένη πλέον η χρησιμότητα της αναστολής των μορίων PD-1/PD-L1, μέσω της φαρμακευτικής παρεμπόδισης του μονοπατιού αυτού.

Υπάρχουν ακόμη πολλές συνδυαστικές θεραπείες που βρίσκονται υπό ανάπτυξη για εφαρμογή, όπως είναι ο συνδυασμός αναστολέων του ανοσοποιητικού σημείου ελέγχου με χρήση εμβολίων, με νεοαντιγόνα όγκου και ο συνδυασμός των ICIs με αντιικά φάρμακα. Αυτές οι εφαρμογές αποτελούν ισχυρό κίνητρο ανάπτυξης συνδυαστικών προσεγγίσεων και εξέλιξης των θεραπειών κατά του καρκίνου, αν και απαιτούνται περισσότερες κλινικές δοκιμές και ολοκληρωμένες μελέτες, για την επικύρωση της ασφάλειας και της αξιοπιστίας τους. Εγκρίνονται και πολλές από τις νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις είτε στοχεύουν στην αναστολή εγγενών ανοσοκατασταλτικών (IDO, CD73/αδενοσίνη, VEGF, CCR4, CXCR2, αργινάση) είτε προωθούν προφλεγμονώδη/ανοσογόνα μονοπάτια (STING, RIG-I, PAMP). Οι συνδυασμοί αυτών των στοχευμένων προσεγγίσεων με διαφορετικά ICIs είναι συχνά συνεργικοί και μπορεί να εξελιχθούν ως ελπιδοφόρες στρατηγικές για να ξεπεραστεί η αντίσταση στην ανοσοθεραπεία.

Η ανάλυση της αλληλουχίας του RNA φαίνεται να δίνει περαιτέρω τη δυνατότητα στους ερευνητές να εμβαθύνουν στον εσωτερικό μικρόκοσμο του κυττάρου και να κατανοήσουν τη δραστηριότητα του κυττάρου σε μοριακό επίπεδο. Επιπλέον, η έρευνα συνέβαλε μέσω αυτού στην αποσαφήνιση τόσο του γονιδιώματος, όσο και των μεταγραφικών και μεταφραστικών λειτουργιών. Ως αναπόσπαστο μέρος αλληλουχίας υψηλής απόδοσης, η αλληλουχία RNA (RNA sequencing - RNA-seq) και ειδικά η αλληλουχία του μονοκυτταρικού RNA (single-cell RNA sequencing - scRNAseq), παρέχει βιολογικές πληροφορίες για ένα μεμονωμένο καρκινικό κύτταρο. Αναλύει τους καθοριστικούς παράγοντες της ετερογένειας του όγκου και προσδιορίζει τη μοριακή βάση του σχηματισμού πολλών ογκολογικών ασθενειών, προσφέροντας έτσι σημαντικές

γνώσεις για την έρευνα των θεραπειών του καρκίνου. Η αλληλουχία του RNA έχει συμβάλει σημαντικά στην έρευνα για τον καρκίνο, στην οποία συμπεριλαμβάνονται μελέτες ανάλυσης της διαφορικής έκφρασης γονιδίων και βιοδεικτών και συνεισφέρει στην εμφάνιση της ετερογένειας και εξέλιξης του καρκίνου, καθώς και τη διασαφήνιση της αντίστασης της φαρμακευτικής αγωγής έναντι των κακοηθειών, την κατανόηση του ρόλου που κατέχει το μικροπεριβάλλον του καρκίνου, στην αναγνώριση και ανάλυση των νεοαντιγόνων.

Τα κυκλοφορούντα miRNA μπορούν να γίνουν αντιληπτά σε οποιοδήποτε στάδιο, ξεκινώντας από την πρώιμη έως την εξέλιξη και ακόμη και μετά τη μετάσταση του καρκίνου του πνεύμονα. Το γεγονός αυτό τα καθιστά δυναμικούς βιοδείκτες, επιτρέποντάς την παρατήρησή τους και τις αλλαγές που υφίστανται σε πραγματικό χρόνο. Για παράδειγμα, το miR-195-5p αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό, τη μετανάστευση και την εισβολή του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα μέσω αρκετών στόχων, αλλά ρυθμίζεται αρνητικά στο πλάσμα σε περίπτωση προχωρημένων κλινικών σταδίων ή λεμφαδενικών μεταστάσεων. Αυτές οι αλλαγές παρατηρούνται σε πρώιμο στάδιο, ακόμη και πριν από την εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων ή πριν από την εξέταση βιοψίας. Το προφίλ έκφρασης των miRNA, τα επίπεδα των κυκλοφορούντων miRNAs προβλέπουν την επιβίωση του ασθενούς, την εξέλιξη του καρκίνου και την ανταπόκριση στη θεραπεία. Τα εμβόλια με βάση το RNA έχουν αναδειχθεί ως ένα πολλά υποσχόμενο υποκατάστατο για τα συμβατικά εμβόλια. Το πεδίο του εμβολίου κατά του καρκίνου βρίσκεται σε φάση ανάπτυξης και μόνο λίγες μελέτες είναι διαθέσιμες, ιδιαίτερα για την θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα. Ωστόσο, τα αποτελέσματά τους υποδηλώνουν τη σημασία της ανοσοθεραπείας που βασίζεται σε mRNA σε συνδυασμούς με αναστολείς του ανοσοποιητικού σημείου ελέγχου στο μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα και αναδεικνύουν το νεότερο ορίζοντα της ανατέλλουσας ανοσοθεραπευτικής προσέγγισης.

Η δράση των T και B λεμφοκυττάρων έναντι των καρκινικών κυττάρων έγινε η αφορμή για την ανάπτυξη και χρήση των μεθόδων ανοσοθεραπείας. Πλέον, στην κλινική πράξη είναι διαθέσιμες ποικίλες ανοσοθεραπευτικές μέθοδοι όπως:

- Οι θεραπείες ογκολυτικών ιών (Oncolytic virus therapies)
- Τα εμβόλια κατά του καρκίνου (Cancer vaccines)

- Οι θεραπείες με κυτοκίνες (Cytokine therapies)
- Η θεραπεία υιοθετούμενων κυττάρων (Adoptive cell therapy- ACT)
- Οι αναστολείς ανοσοποιητικού σημείου ελέγχου (immune checkpoint inhibitors) σε ποικιλία συνδυασμών.

Φαίνεται η ενσωμάτωση της μοριακής πληροφορίας από τα κυκλοφορούντα miRNA να δίνει νέο ορίζοντα στην περαιτέρω διαχείριση των ογκολογικών ασθενών με ελπιδοφόρα προοπτική.

Οι συνδυαστικές θεραπείες αποτελούν το γνώμονα εξέλιξης των στρατηγικών αντιμετώπισης του καρκίνου και των μελλοντικών προοπτικών και είναι αδιαμφισβήτητη η σημασία της χρήσης του συνδυασμού θεραπευτικών σχημάτων τόσο μεταξύ διαφόρων μορφών ανοσοθε-

ραπείας όσο και μεταξύ της ανοσοθεραπείας με άλλες μεθόδους θεραπείας, λόγω της αυξημένης ανταπόκρισης και βελτίωσης των ασθενών. Νεότερα σημεία ελέγχου και υποδοχείς ανοσιακού συστήματος TIGIT, θα αποτελέσουν το νέο ανοσοθεραπευτικό χάρτη.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος, ανοσοθεραπεία, αναστολείς ανοσοποιητικού σημείου ελέγχου, PD-1, PD-L1, βιοδείκτες.

Στοιχεία επικοινωνίας:

N. Αλεβιζόπουλος

Τηλ.: 6944868352

E-mail: nalevizopoulos@gmail.com

CAR-T CELLS ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ

Ιφιγένεια Α. Τζάννου

Αιματολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μ.Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Το διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα Β-κύτταρα (DLBCL) είναι ιάσιμο σε ποσοστό περίπου 60% με τη χημειοανοσοθεραπεία 1^{ης} γραμμής. Για τους υπόλοιπους ασθενείς με πρωτοπαθώς ανθεκτική ή υποτροπιάζουσα νόσο, η μεγαθεραπεία και η αυτόλογη μεταμόσχευση, αποτελούσε μέχρι πρότινος τη μόνη θεραπευτική επιλογή με δυνατότητα ίασης. Όμως το τοπίο φαίνεται να αλλάζει με την εισαγωγή της ανοσοθεραπείας στην κλινική πράξη, αρχικά με τα Τ-λεμφοκύτταρα με χιμαιρικό υποδοχέα (CAR-T cells) έναντι του CD19 και στη συνέχεια τα αντισώματα διπλής ειδικότητας (BsAb) CD20/CD3, η δράση των οποίων επίσης στηρίζεται στην ενεργοποίηση των Τ λεμφοκυττάρων.

Τα CAR-T cells μελετήθηκαν κατ' αρχάς και έλαβαν έγκριση στην 3^η γραμμή θεραπείας με βάση τα αποτελέσματα τριών τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών, μία για κάθε κυτταρικό προϊόν (axi-cel, tisa-cel, liso-cel). Τα επικαιροποιημένα αποτελέσματα των τριών εγκριτικών μελετών επιβεβαιώνουν ότι οι ανταποκρίσεις στην 3^η γραμμή θεραπείας έχουν διάρκεια, και η επιβίωση παρουσιάζει plateau μετά τα 3 χρόνια με μακροπρόθεσμη επιβίωση χωρίς πρόοδο νόσου (PFS) 30-40%. Με βάση τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα στην 3^η γραμμή θεραπείας, αλλά και τη γνώση ότι η έκβαση των ασθενών με ανθεκτική νόσο ή πρώιμη υποτροπή μετά από θεραπεία 1^{ης} γραμμής είναι εξαιρετικά δυσμενής (διάμεση επιβίωση μόλις 10 μήνες), για αυτή την ομάδα ασθενών σχεδιάστηκαν τρεις τυχαιοποιημένες μελέτες που συνέκριναν τη θεραπεία με CART cells με χημειοθεραπεία διάσωσης και την αυτόλογη ΜΑΚ επί ανταποκρινόμενης νόσου. Σε δύο από τις τρεις μελέτες ZUMA-7 (axi-cel) και TRANSFORM (liso-cel), διαπιστώθηκε σημαντικά καλύτερη επιβίωση χωρίς συμβάματα με τα CAR-T cells σε σχέση με την καθιερωμένη θεραπεία, ώστε τα δύο αυτά προϊόντα έλαβαν έγκριση στη 2^η γραμμή θεραπείας σε ασθενείς με πρωτοπαθώς ανθεκτική νόσο ή πρώιμη υποτροπή.

Όσον αφορά στα BsAb, δύο anti-CD20/CD3 αντισώματα έλαβαν πρόσφατα ένδειξη ως θεραπεία 3ης γραμμής στο ανθεκτικό/υποτροπιάζον DLBCL, το Glofitamab που χορηγείται ενδοφλέβια για προκαθορισμένο χρονικό διάστημα και το Epcoritamab με υποδόρια χορήγηση σε συνεχή βάση. Στις σχετικές εγκριτικές μελέτες φάνηκε ότι και με τα δύο αντισώματα, πλήρεις υφέσεις επιτυγχάνονται στο 40% του συνόλου των ασθενών, με PFS περίπου 40%. Αξίζει να σημειωθεί ότι πλήρεις υφέσεις σημειώθηκαν και στο 35% των ασθενών με υποτροπή μετά από CAR-T cells. Πάντως τα ποσοστά ανταπόκρισης φαίνεται ότι είναι υποδεέστερα στους ασθενείς με πρωτοπαθώς ανθεκτική νόσο, σε σύγκριση με αυτούς που είχαν υποτροπή της νόσου.

Με βάση τον τρέχοντα θεραπευτικό αλγόριθμο του DLBCL, τα CAR-T cells αποτελούν θεραπεία εκλογής στη 2^η γραμμή σε πρώιμη υποτροπή ή πρωτοπαθώς ανθεκτική νόσο καθώς επίσης σε ανθεκτική ή υποτροπιάζουσα νόσο μετά από 2 ή περισσότερες γραμμές θεραπείας.

Από την άλλη, τα BsAb έχουν ένδειξη σε αποτυχία των CAR-T cells και αποτελούν εναλλακτική επιλογή για ασθενείς που δεν είναι κατάλληλοι ή δεν έχουν πρόσβαση στην κυτταρική θεραπεία. Εάν βέβαια, τα CAR-T cells χορηγηθούν ως 2η γραμμή θεραπείας, τα BsAb είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία 3ης γραμμής για το R/R DLBCL.

Λέξεις κλειδιά: Διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα Β-κύτταρα, CAR-T cells, αντισώματα διπλής ειδικότητας.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6946816047

E-mail: iftzannou@gmail.com

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Αγγελική Χρηστίδου

Γαστρεντερολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Η ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ) είναι μία χρόνια ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει το παχύ έντερο και διαδράμει με εξάρσεις και υφέσεις. Κατά την πορεία της νόσου, ποσοστό 15-25% των ασθενών θα χρειαστεί νοσηλεία λόγω βαριάς έξαρσης, όπως αυτή καθορίζεται με τα τροποποιημένα κριτήρια των Truelove και Witts (>6 αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις/ημέρα, θερμοκρασία >37.8°C, σφύξεις >90/λεπτό, CRP >30mg/L και αιμοσφαιρίνη <10.5g/dl). Το ποσοστό κολεκτομής σε ασθενείς με οξεία βαριά ΕΚ φτάνει το 18%.

Όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύονται με οξεία βαριά ΕΚ πρέπει να λαμβάνουν θρομβοπροφύλαξη με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και να ελέγχονται για λοιμώδεις παράγοντες (εντεροπαθογόνα μικρόβια, *Clostridium difficile*, κυτταρομεγαλοϊό) που μπορεί να ευθύνονται για την έξαρση της νόσου ή να επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Δε συστήνεται χορήγηση αντιβιοτικών εφόσον δεν υπάρχει λοίμωξη, παρά μόνο στους ασθενείς με επιπλοκές (διάτρηση εντέρου, τοξικό megάκολο) ή αμέσως προ του χειρουργείου.

Τα κορτικοστεροειδή χορηγούμενα ενδοφλεβίως, αποτελούν τη βάση της θεραπείας της οξείας βαριάς ΕΚ. Συστήνεται μεθυλπρεδνιζολόνη σε δόση 60mg/ημέρα ή υδροκορτιζόνη σε δόση 100mg/6ώρες/ημέρα. Οι ασθενείς πρέπει να εκτιμώνται την 3^η ημέρα θεραπείας και εφόσον δεν πληρούν τα κριτήρια ανταπόκρισης στα ΚΣ, να λαμβάνουν θεραπεία διάσωσης. Περίπου το 30% των ασθενών με οξεία βαριά ΕΚ θα χρειαστούν θεραπεία διάσωσης, είτε με τον αντι-TNF παράγοντα infliximab είτε με τον αναστολέα καλσινευρίνης κυκλοσπορίνη. Και τα δύο φάρμακα χορηγούνται ενδοφλέβια. Σε συγκριτικές μελέτες δεν έχει διαπιστωθεί υπεροχή του ενός έναντι του άλλου όσον αφορά τα ποσοστά κλινικής ανταπόκρισης και αποφυγής της κολεκτομής.

Ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται επαρκώς μετά την πρώτη δόση infliximab μπορούν να λάβουν εντατικοποιημένο σχήμα χορήγησης (μεγαλύτερες δόσεις σε

μικρότερα χρονικά διαστήματα), με την προϋπόθεση ότι γίνεται ταυτόχρονα χειρουργική εκτίμηση για το ενδεχόμενο έγκαιρης χειρουργικής επέμβασης εφόσον η κλινική τους κατάσταση επιδεινωθεί.

Ασθενείς που ανταποκρίνονται στη θεραπεία με infliximab το συνεχίζουν σε προγραμματισμένες εγχύσεις ανά 8 εβδομάδες. Η συγχορήγηση θειοπουρινών αυξάνει την αποτελεσματικότητα και προστατεύει από τη μείωση των επιπέδων και την εμφάνιση αντισωμάτων έναντι του infliximab όμως ενέχει αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της συνδυασμένης ανοσοκαταστολής.

Η κυκλοσπορίνη έχει στενό θεραπευτικό εύρος και η χορήγησή της απαιτεί παρακολούθηση των επιπέδων της στο αίμα. Όσοι απαντούν στην ενδοφλέβια κυκλοσπορίνη, περνούν σε θεραπεία συντήρησης από το στόμα και στη συνέχεια σε θεραπεία με θειοπουρίνες (αζαθειοπρίνη και 6-μερκαπτοπουρίνη). Γι' αυτό το λόγο ασθενείς με οξεία βαριά ΕΚ που έχουν αποτύχει σε θεραπεία με θειοπουρίνες είναι προτιμότερο να λάβουν infliximab ως θεραπεία διάσωσης.

Τα δεδομένα για τη χρήση νεότερων φαρμάκων στην οξεία βαριά ΕΚ (JAK αναστολέων-tofacitinib-upadacitinib, αντιιντεγκρινών-vedolizumab, αντι-IL12/23 - ustekinumab) ως θεραπεία διάσωσης 2^{ης} ή 3^{ης} γραμμής είναι λίγα αλλά ενθαρρυντικά.

Ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία διάσωσης πρέπει να παραπέμπονται έγκαιρα για χειρουργική αντιμετώπιση.

Λέξεις κλειδιά: Οξεία βαριά ελκώδης κολίτιδα, κορτικοστεροειδή, infliximab, κυκλοσπορίνη, θεραπεία διάσωσης, κολεκτομή.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944274277

E-mail: achristidou@hotmail.gr

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Χαράλαμπος Κυπραίος

Ουρολόγος, Επικουρικός Ιατρός, Ουρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι λοιμώξεις ουροποιητικού, από τις πλέον συχνές βακτηριακές λοιμώξεις, παρουσιάζουν ευρύτατο φάσμα κλινικής εκδήλωσης που κυμαίνεται από την απλή - καλοήγη ανεπίπλεκη λοίμωξη έως την επιπλεγμένη σοβαρή λοίμωξη και την ουροσήψη. Η αναγνώριση μίας επιπλεγμένης λοίμωξης ουροποιητικού είναι ζωτικής σημασίας εφόσον η παρουσία της συνεπάγεται αυξημένα ποσοστά ανεπιτυχούς θεραπείας και θνησιμότητας.

Ως επιπλεγμένη μπορεί να χαρακτηριστεί οποιαδήποτε λοίμωξη, εκτός της απλής ή ακόμη και της υποτροπιάζουσας κυστίτιδας, είτε της πρωτοεμφανιζόμενης εμπύρετης πυελονεφρίτιδας που θα ανταποκριθεί επαρκώς στα αντιβιοτικά πρώτης γραμμής. Επομένως ο χαρακτηρισμός επιπλεγμένη, αποδίδεται είτε στην παρουσία συνοσηρότητας του ξενιστή (π.χ. ανοσοκαταστολή - ΣΔ) είτε ανατομικής, μεταβολικής ή λειτουργικής ανωμαλίας του ουροποιητικού.

Οι γενικές αρχές αντιμετώπισης μίας επιπλεγμένης λοίμωξης περιλαμβάνουν τη λήψη ουροκαλλιεργείων και αιμοκαλλιεργείων, την άμεση υποστήριξη του ασθενούς με ενδοφλέβια εμπειρική αντιβιοτική αγωγή και ενυδάτωση με ή χωρίς χρήση αγγειοσυσπαστικών, όπου απαιτείται, καθώς και απεικονιστικό έλεγχο (υπερηχογράφημα ή αξονική τομογραφία) σε επείγουσα βάση που θα θέσει την ένδειξη πιθανής ουρολογικής παρέμβασης.

Η πλέον συχνή επιπλεγμένη λοίμωξη περιλαμβάνει την οξεία πυελονεφρίτιδα με παρουσία αποφρακτικού ή μη, λιθιασικού φορτίου. Σε αυτή την περίπτωση έχουμε 2 διακριτές κατηγορίες:

Η 1^η αφορά κυρίως γυναίκες με υποτροπιάζουσες λοιμώξεις από *Proteus*, *Pseudomonas* και *Providencia*, όπου σε αλκαλικό περιβάλλον εντός του αποχετευτικού συστήματος, η παρουσία και αύξηση του μικροβιακού πληθυσμού με το σχηματισμό του biofilm εξυπηρετεί το σχηματισμό φλεγμονώδους λίθου (εναμμώνιου φωσφορικού μαγνησίου).

Στη 2^η κατηγορία, η παρουσία αποφρακτικού λίθου ασβεστίου ή ουρικού οξέος (συνηθέστερα) σε οποιοδήποτε επίπεδο, θα αποτελέσει το υπόβαθρο, μέσω της στάσης των ούρων, που θα πυροδοτήσει τη λοίμωξη. Σε όλες τις προαναφερθείσες περιπτώσεις, η διαπίστωση αποφρακτικής ουροπάθειας αποτελεί απόλυτη ένδειξη ουρολογικής παρέμβασης συνήθως με τοποθέτηση ουρητηρικού stent ή καθετήρα νεφροστομίας.

Σε έδαφος παρουσίας σακχαρώδους διαβήτη η οξεία πυελονεφρίτιδα (αποφρακτική ή μη), μπορεί να εξελιχθεί σε εμφυσηματώδη πυελίτιδα ή πυελονεφρίτιδα, ξανθοκοκ-

κιωματώδη πυελονεφρίτιδα, νεκρωτική θηλίτιδα, νεφρικό ή περινεφρικό απόστημα.

Η αντιμετώπιση της εμφυσηματώδους πυελονεφρίτιδας, αναλόγως της επέκτασης της λοίμωξης, μπορεί να περιοριστεί στη χορήγηση ευρέος φάσματος αντιβιοτικών για πολυανθεκτικά μικρόβια με λύση πιθανής απόφραξης έως και την επείγουσα νεφρεκτομή.

Αντίθετα, στην περίπτωση της ξανθοκοκκιωματώδους πυελονεφρίτιδας η ριζική νεφρεκτομή παραμένει το gold standard.

Η θεραπεία ενός νεφρικού ή περινεφρικού αποστήματος παραμένει απολύτως εξατομικευμένη και εξαρτάται από το μέγεθος, την κλινική εικόνα του ασθενούς καθώς και την ανταπόκριση στη αντιβιοτική θεραπεία.

Οι λοιμώξεις του ανώτερου ή κατώτερου ουροποιητικού μπορεί να επιπλακούν και από την παρουσία υποκυστικού κωλύματος. Η ύπαρξη νευρολογικής παθολογίας (π.χ. κακώσεις σπονδυλικής στήλης, πολλαπλή σκλήρυνση) που θα οδηγήσει σε υπερδιάταση της ουροδόχου κύστεως και σε παθολογικό υπόλειμμα ούρων λόγω υπολειπόμενου εξωστήρα ή δυσενέργειας εξωστήρα σφιγκτήρα, ή ανατομικής ανωμαλίας (αποφρακτικός προστατικός αδένας, δυσεκτασικός κυστικός αυχένος, στένωμα ουρήθρας) απαιτεί την τοποθέτηση ουρηθρικού ή υπερηβικού καθετήρα. Παρομοίως η αντιμετώπιση της οξείας προστατίτιδας που στο 10% των περιπτώσεων συνοδεύεται από επίσχεση ούρων περιλαμβάνει την τοποθέτηση ουροκαθετήρα (κατά προτίμηση υπερηβικού).

Η οξεία προστατίτιδα ή ορχεοεπιδιδυμίτιδα μπορεί να επιπλακεί από το σχηματισμό προστατικού ή ορχικού αποστήματος, οπότε και απαιτεί εκτός της αντιβιοτικής αγωγής, διορθική ή διουρηθρική και ανοικτή παροχέτευση, αντίστοιχα. Σπανίως η παρουσία εκτεταμένης αποστηματικής συλλογής στο όσχεο θα οδηγήσει σε επείγουσα ορχεκτομή.

Συμπερασματικά, οι επιπλεγμένες λοιμώξεις του ουροποιητικού αποτελούν ένα σύνθετο πρόβλημα που απαιτεί πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση καθώς και συνεργασία αρκετών ειδικοτήτων για την αποτελεσματική τους αντιμετώπιση.

Λέξεις κλειδιά: Επιπλεγμένες, ουρολοιμώξεις, ουροσήψη, παροχέτευση, νεφρεκτομή.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6976679371

E-mail: nsfe1908@icloud.com

Η ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Καλλιόπη Ματαράγκα

Λογοθεραπεύτρια, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η διαχείριση των ασθενών με δυσφαγία αποτελεί μία καθημερινή πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας που έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με τις διαταραχές της κατάποσης στο νοσοκομειακό πλαίσιο.

Όπως ορίζεται τυπικά, η δυσφαγία είναι μία κατάσταση κατά την οποία η διαταραχή της φυσιολογικής διαδικασίας της κατάποσης παρεμβαίνει στην ικανότητα του ασθενούς να τρώει. Μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονία από εισρόφηση, υποσιτισμό, αφυδάτωση, απώλεια βάρους και απόφραξη των αεραγωγών. Οι στόχοι θεραπείας της δυσφαγίας είναι η διατήρηση της επαρκούς διατροφικής πρόσληψης για τον ασθενή και η μεγιστοποίηση της προστασίας των αεραγωγών. Νέα δεδομένα ανέδειξαν τη σημασία που έχει η πρώιμη παρέμβαση και η άμεση αντιμετώπιση της δυσφαγίας καθώς και τη σημασία των κατάλληλων μεθόδων ανίχνευσης για την πρόληψη της εισρόφησης.

Ο στόχος της συγκεκριμένης εργασίας είναι η παρουσίαση του κλινικού μέρους της δυσφαγίας όπως, η αναγνώριση ασθενών με δυσφαγία, οι ενδείξεις για παρέμβαση, η σημασία της αντιμετώπισης της δυσφαγίας και η σχέση της διαταραχής με συνοδές παθολογικές καταστάσεις. Μολονότι κάποιες περιπτώσεις δυσφαγίας ενδέχεται να είναι παροδικές, η ανάγκη για πρώιμη παρέμβαση και αντιμετώπιση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο πλαίσιο της πρωτοπαθούς νόσου ή διαταραχής.

Με σκοπό την ανάδειξη της πολυπλοκότητας της δυσφαγίας γίνεται αναφορά στα βασικά στοιχεία της ανατομίας και φυσιολογίας του μηχανισμού της μάσησης και κατάποσης καθώς και στην συμβολή των κρανιακών νεύρων

που μετέχουν σε αυτή, με συνέπεια στον κλινικό προσανατολισμό. Επιπροσθέτως, παρατίθεται ένας κατάλογος παθήσεων και των κύριων διαταραχών της κατάποσης που τις συνοδεύουν όπως επίσης οι επιπλοκές και οι επιπτώσεις αυτών τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην κλινική ομάδα που καλείται να τις αντιμετωπίσει.

Η κλινική αξιολόγηση της κατάποσης αποτελεί βασική προϋπόθεση για την μετέπειτα εργαστηριακή αξιολόγηση και θεραπεία. Παρά το γεγονός ότι η αξιολόγηση της κατάποσης παρά την κλίνη δεν αποτελεί τη μοναδική μέθοδο εξέτασης της κατάποσης, είναι το βασικό και ουσιαστικό πρώτο βήμα, τόσο για τη περαιτέρω διερεύνηση της δυσφαγίας όσο και για την πρώιμη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας της δυσφαγίας σε νοσοκομειακό πλαίσιο είναι επιτακτικός όχι μόνο για την καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται αλλά και για την πρόληψη των επιπλοκών. Ο ασθενής επωφελείται από τις στοχευμένες αποφάσεις και τις κατάλληλες θεραπευτικές τεχνικές που είναι απόρροια της εμπειριστατωμένης αξιολόγησης μίας διεπιστημονικής ομάδας.

Λέξεις κλειδιά: Δυσφαγία, κατάποση, εισρόφηση, λογοθεραπεία, δυσκαταποσία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6948383005

E-mail: mataragap@hotmail.com

Η ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

Ματθίλδη Χρόνη

Ωτορινολαρυγγολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Πρόκειται για μία μέθοδο που εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της δυσφαγίας. Με την τεχνική αυτή ο ασθενής εξετάζεται με τη βοήθεια του εύκαμπτου ρινολαρυγγοσκοπίου, ενώ δοκιμάζονται τροφές διαφορετικής σύστασης. Σκοπός της εξέτασης αυτής είναι να διαπιστωθεί αν υπάρχει κίνδυνος εισρόφησης κατά τη σίτιση του ασθενούς, ή αν υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα κατάποσης. Με την FEES έχουμε τη δυνατότητα να εκτιμήσουμε αρχικά παθήσεις, όπως παράλυση φωνητικής χορδής, ή οίδημα του λάρυγγα, που επηρεάζουν τη δυνατότητα κατάποσης. Επίσης, εκτιμούμε την αρχική ύπαρξη ή όχι εκκρίσεων στο λάρυγγα και στους απιοειδείς, που αποτελούν δείκτες της αποτελεσματικότητας της κατάποσης.

Στη συνέχεια, χορηγούνται στον ασθενή τροφές διαφορετικής σύστασης, υγρά, λεπτόρρευστα, πολτώδη και

παρατηρούμε την ύπαρξη υπολειμμάτων, εισρόφησης και την αποτελεσματικότητα του βήχα. Η εκτίμηση των παραμέτρων αυτών γίνεται με τη βοήθεια της κλίμακας Murray που εκτιμά τις εκκρίσεις, την κλίμακα P-Pas που εκτιμά την εισρόφηση και την κλίμακα Yale με την οποία εκτιμώνται τα υπολείμματα τροφών. Η μέθοδος FEES είναι η εξέταση επιλογής για τη μελέτη της κατάποσης, με πλεονεκτήματα ότι είναι καλά ανεκτή, μπορεί να γίνει εξέταση επί κλίνης και έχει μικρό κόστος.

Λέξεις κλειδιά: FEES, έλεγχος κατάποσης.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977437945

E-mail: chronimatilda@yahoo.co.uk

Η ΒΙΝΤΕΟΦΘΟΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

Παναγιώτα Δημητροπούλου¹, Ιωάννης Καλογερόπουλος²¹Ιατρός, Ειδικεύομενη, ²Ακτινολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η δυσφαγία είναι ένα κοινό σύμπτωμα του γενικού πληθυσμού, ο επιπολασμός της οποίας, αυξάνεται με την ηλικία του ασθενούς. Η δυσλειτουργία του μηχανισμού κατάποσης έχει αρκετές οξείες και χρόνιες αιτίες, συμπεριλαμβανομένων νευρομυϊκών, αγγειοεγκεφαλικών παθήσεων, καθώς και μετά από ακτινοθεραπεία ή χειρουργικούς χειρισμούς. Η δοκιμασία κατάποσης είναι ένα σημαντικό εργαλείο στη φαρέτρα του κλινικού ιατρού για την αξιολόγηση των διαταραχών κατάποσης, ιδίως όταν μέθοδοι όπως η ενδοσκόπηση, η μανομετρία, η οισοφαγοσκόπηση και η κατευθυνόμενη παρατήρηση της κατάποσης στον οισοφάγο (GOOSE) αποτυγχάνουν να εντοπίσουν την παθολογία. Η δοκιμασία κατάποσης αποτελεί μέθοδο εκλογής στη στοματοφαρυγγική δυσφαγία, ενώ ενδείκνυται επίσης σε αναφερόμενα επεισόδια πνιγμονής ή βήχα κατά την κατάποση, στην αίσθηση παρουσίας βλωμού, μετά από μακρά διασωλήνωση ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς και μετά από τραύμα, χειρουργείο ή ακτινοβολία στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Ωστόσο, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή των ασθενών λόγω της ακτινοβόλησης κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η ακτινοβολία μπορεί να ξεπεράσει το 1 mSv, ανάλογα των λήψεων που απαιτούνται.

Για την πραγματοποίηση της εξέτασης χρησιμοποιούμε ακτινοσκοπικό μηχάνημα με δυνατότητα ψηφιακής βιντεοσκόπησης στα 30 frames per second και δυνατότητα αξιολόγησης των λήψεων σε αργή κίνηση για τη μετέπειτα ανάλυση. Η χρησιμοποιούμενη σκιαγραφική ουσία είναι το βάριο σε συγκέντρωση 40% έως 60% w/v, το οποίο αναμιγνύεται με διάφορα υλικά έως ότου επιτευχθούν διαλύματα με διάφορα ιξώδη, από λεπτόρρευστα έως και στερεά. Ο ασθενής τοποθετείται πλησίον της λυχνίας σε πλάγια θέση. Τα όρια του πεδίου επικέντρωσης ορίζονται προσθίως από τα χείλη, οπισθίως από τη σπονδυλική στήλη, άνω από το ρινοφάρυγγα και κάτω από τον τραχηλικό οισοφάγο. Στη συνέχεια, χορηγούμε τα διαλύματα, σταδιακά σε ποσότητα και ιξώδες, ώστε να αποφευχθεί το ενδεχόμενο σοβαρής εισρόφησης.

Κατά τη μελέτη της εξέτασης, αξιολογούμε τα πέντε στάδια της κατάποσης και κυρίως τη διάνοιξη του φαρυγγοοισοφαγικού τμήματος - ανώτερου οισοφαγικού

σφιγκτήρα. Η διάνοιξη αυτού οφείλεται στη χάλαση του κρικοφαρυγγοειδούς μυός, την ανύψωση του λάρυγγα και τη σύσπαση του φάρυγγα. Η αξιολόγηση αυτών πραγματοποιείται με αντικειμενικές μετρήσεις με βάση το χρόνο και τη μετατόπιση των δομών στην ανωτέρω περιοχή. Χρησιμοποιείται επίσης η κλίμακα εισχώρησης - εισρόφησης (PAS) όπου αξιολογείται ο βαθμός της εισόδου της τροφής στον αεραγωγό σε σχέση με το επίπεδο των φωνητικών χορδών και της δυνατότητας αποβολής αυτής. Η εισχώρηση σκιαγραφικού στον αεραγωγό αποτελεί μία δυνητικά απειλητική για τη ζωή κατάσταση, γι' αυτό το λόγο είναι σημαντική η διάγνωση. Μία ακόμα παθολογία που προκαλεί δυσφαγία και εντοπίζεται στη δοκιμασία κατάποσης είναι το εκκόλπωμα Zenker. Το εκκόλπωμα Zenker αποτελεί σακοειδή προσεκβολή στο οπίσθιο τοίχωμα του υποφάρυγγα στη φαρυγγοοισοφαγική περιοχή και ανάλογα του μεγέθους του, προκαλεί πιεστικά φαινόμενα επί των παρακείμενων ανατομικών δομών. Είναι σημαντική η διαφοροδιάγνωση αυτού από το εκκόλπωμα Killian - Jamieson, που εξορμάται από το πλάγιο τοίχωμα του υποφάρυγγα, καθώς απαιτούν διαφορετικό θεραπευτικό χειρισμό. Η πραγματοποίηση κατά μέτωπο λήψης χρησιμεύει στη διάγνωση. Η αχαλασία του ανώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα παρατηρείται μέσω εγκάρσιου ελλείμματος πλήρωσης στο οπίσθιο τοίχωμα του της περιοχής αυτής, ενώ συνυπάρχει ανύψωση του λάρυγγα και παρουσία στήλης σκιαγραφικού στον εγγύς φάρυγγα.

Η διάγνωση και θεραπεία της δυσλειτουργίας στην κατάποση είναι σημαντική καθώς βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και συμβάλλει στην αποφυγή απειλητικών για τη ζωή επιπλοκών.

Λέξεις κλειδιά: Δυσφαγία, δοκιμασία κατάποσης, εισρόφηση, εκκόλπωμα Zenker, αχαλασία ΑΟΣ.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Π. Δημητροπούλου

Τηλ.: 6945914007

E-mail: dimipenny@gmail.com

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ ΕΝΤΕΡΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΕ ΑΥΤΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Βασίλειος Α. Σεβαστιανός

Παθολόγος - Ηπατολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος της Γ' Παθολογικής Κλινικής και της Ομώνυμης Ηπατολογικής Μονάδας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η μεταβολική στεάτωση του ήπατος (NAFLD) αποτελεί ένα γενικό όρο, που καλύπτει όλο το κλινικό φάσμα και τα στάδια της νόσου. Αναφέρεται σε έναν πληθυσμό στον οποίο $\geq 5\%$ των ηπατοκυττάρων του, σε ιστολογικό επίπεδο, εμφανίζουν μακροφουσαλιδώδη στεάτωση επί απουσίας άλλης εναλλακτικής αιτίας στεάτωσης του ηπατικού παρεγχύματος (π.χ. φάρμακα, ασιτία, μονογονιδιακές διαταραχές), και επί ελάχιστης ή μηδενικής κατανάλωσης αλκοόλ (ορίζεται ως $< 20\text{g}/\text{ημέρα}$ για τις γυναίκες και $< 30\text{g}/\text{ημέρα}$ για τους άνδρες).

Η ίνωση συνιστά πρωταρχικό και καθοριστικό παράγοντα εξέλιξης της μεταβολικής λίπωσης του ήπατος, σε οψιμότερα στάδια, αλλά και εμφάνιση ανεπιθύμητων εκβάσεων από το ήπαρ. Συχνά όμως, παρατηρείται νοσηρότητα και θνητότητα λόγω της ανάπτυξης κακοηθειών στο ηπατικό παρέγχυμα, αλλά και μη ηπατικών κακοηθειών σε ασθενείς με NAFLD, ακόμη και απουσίας ίνωσης στην αρχική βιοψία ήπατος. Οι ασθενείς με μεταβολική στεατοηπατίτιδα (NASH) και τουλάχιστον ίνωση σταδίου 2 (F2), έχουν αποδεδειγμένα υψηλότερο κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας από ηπατικά αίτια.

Η εξέλιξη της ίνωσης στο ηπατικό παρέγχυμα, επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η παρουσία και η σοβαρότητα των συννοσηροτήτων, το γονιδιακό προφίλ και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Για την εξέλιξη ενός σταδίου ίνωσης σε ασθενείς με NASH απαιτούνται τουλάχιστον 7 χρόνια, έναντι των 14 ετών που απαιτούνται για άτομα με NAFLD.

Οι κίρρωτικοί ασθενείς οφείλουν να υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο για πιθανή ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ) κάθε εξάμηνο, καθώς επίσης σε έλεγχο για κίρρους οισοφάγου ή/και ανίχνευσης πιθανών σημείων ή συμπτωμάτων ρήξης της ηπατικής αντιρρόπησης.

Η NAFLD συνδέεται στενά και συχνά προηγείται της ανάπτυξης μεταβολικής δυσλειτουργίας (αντίσταση στην ινσουλίνη, δυσλιπιδαιμία, κεντρική παχυσαρκία και υπέρταση). Η συσχέτιση μεταξύ NAFLD και μεταβολικών συννοσηροτήτων πιθανώς αντανακλά αμφίδρομες αλλη-

λεπιδράσεις μεταξύ του ήπατος και άλλων ενδοκρινών οργάνων (π.χ. πάγκρεας, λιπώδης ιστός, μυς) μέσω της έκκρισης ηπατοκινών που ρυθμίζουν το μεταβολισμό των λιπαρών οξέων, τη δράση της ινσουλίνης και τον μεταβολισμό της γλυκόζης, κτλ.

Η γενετική προδιάθεση, η εντερική μικροβιακή χλωρίδα και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η καθιστική ζωή και οι διατροφικές συνήθειες, θεωρούνται κρίσιμοι για την ανάπτυξη της NAFLD. Πρόσφατα, μελέτες έχουν καταδείξει συσχέτιση μεταξύ της εντερικής δυσβίωσης και της NAFLD. Ωστόσο, οι ακριβείς μηχανισμοί που οδηγούν σε βλάβη της εντερικής μεμβράνης, σε βακτηριακή μετατόπιση και φλεγμονή δεν έχουν διευκρινιστεί επαρκώς.

Ο άξονας εντέρου-ήπατος αναφέρεται στην αμφίδρομη σχέση μεταξύ του εντέρου, της χλωρίδας του, και του ήπατος, που διαμορφώνεται από την ενσωμάτωση σημάτων που παράγονται από διατροφικούς, γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αυτή η αμοιβαία αλληλεπίδραση πραγματοποιείται μέσω της πυλαίας φλέβας η οποία επιτρέπει τη μεταφορά προϊόντων που προέρχονται από το έντερο απευθείας στο ήπαρ και της ηπατικής οδού ανάδρασης, μέσω της έκκρισης χολής και της απελευθέρωσης αντισωμάτων στον εντερικό σωλήνα. Ο εντερικός βλεννογόνος και ο αγγειακός φραγμός του, αποτελούν τη λειτουργική και ανατομική δομή που χρησιμεύει ως υπόβαθρο για αυτή την αλληλεπίδραση, περιορίζοντας τη συστηματική διασπορά μικροβίων και τοξινών, ενώ παράλληλα επιτρέπει στα θρεπτικά συστατικά να έχουν πρόσβαση στην κυκλοφορία και να φτάσουν στο ήπαρ. Ο έλεγχος της μικροβιακής χλωρίδας είναι σημαντικός για τη διατήρηση της ομοιόστασης του άξονα εντέρου-ήπατος.

Λέξεις κλειδιά: Μεταβολική στεάτωση, στεατοηπατίτιδα, μικροβίωμα, ηπατοκυτταρικός καρκίνος, αίτια στεάτωσης του ήπατος.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132045150, 6973795493

E-mail: vsevastianos@gmail.com

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Γεωργία Σαρρή

Ιατρός, Ειδικευόμενη στο Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τα τελευταία χρόνια η άσκηση της κλινικής ιατρικής ανά τον κόσμο, τείνει να ακολουθεί και να βασίζεται σε οδηγίες. Οι οδηγίες αυτές, οι οποίες ονομάζονται κατευθυντήριες οδηγίες, συστήνονται από επιτροπές ειδικών και διαμορφώνουν συστάσεις προς τους κλινικούς ιατρούς για την καθημερινή άσκηση της κλινικής ιατρικής, ενώ τους βοηθούν στη λήψη αποφάσεων, είτε διαγνωστικών είτε θεραπευτικών.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες μπορεί να αναπτύσσονται σε παγκόσμιο, σε εθνικό ή ακόμη και σε τοπικό επίπεδο (παραδείγματος χάριν σε επίπεδο Νοσοκομείου). Οι τεχνολογίες του διαδικτύου, παρέχουν στο σημερινό κλινικό ιατρό τη δυνατότητα πρόσβασης σε πληροφορίες και οδηγίες σε όλα τα επίπεδα, δίνοντας λύση σε πολυάριθμα προβλήματα άσκησης της ιατρικής. Ίδανικά, οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται στη βέλτιστη διαθέσιμη επιστημονική τεκμηρίωση και πρακτική εμπειρία, ενώ επικεντρώνονται στην αποτελεσματικότητα των πρακτικών, την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων δράσεων και του κόστους. Όμως, όπως όλες οι πρακτικές, έτσι και οι κατευθυντήριες οδηγίες παρουσιάζουν μειονεκτήματα. Συχνά, πέραν της ιατρικής γνώσης, καθοριστικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων διαδραματίζει το κόστος των ιατρικών πράξεων, η τάση περιορισμού των εξόδων, η εξυπηρέτηση κοινωνικών αναγκών και τα οικονομικά συμφέροντα, ενώ πρόβλημα, επίσης, μπορεί να αποτελέσει η εφαρμοσιμότητα των κατευθυντήριων οδηγιών και η κατάργηση της πολυπλοκότητας των οργανισμών και της εξατομίκευσης.

Η παθολογία είναι ο τομέας της ιατρικής που ασχολείται με το άτομο ως σύνολο και καλείται να αντιμετωπίσει εξατομικευμένα, ασθενείς με πολυάριθμες και διαφορετικές παθήσεις/συννοσηρότητες. Πολλές φορές λοιπόν,

καλούμαστε βάσει της εμπειρίας της κάθε ιατρικής ομάδας και λαμβάνοντας υπόψη τα διάφορα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς, να παρακάμψουμε τις κατευθυντήριες οδηγίες, με γνώμονα το όφελος του ασθενούς. Στην ομιλία μας, θα αναφερθούμε σε ένα παράδειγμα ασθενούς της κλινικής μας πράξης, όπου κληθήκαμε να λάβουμε διαφορετικές αποφάσεις.

Πρόκειται για ασθενή, θήλυ φύλου, ηλικίας 65 ετών, η οποία εισήχθη στην Κλινική μας λόγω εμφάνισης ικτέρου από εξαμήνου. Το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς ήταν ελεύθερο, ενώ δεν κατανάλωνε αλκοόλ. Η αρχική εκτίμηση της ασθενούς, η κλινικοεργαστηριακή αξιολόγηση έθεσε την υπόνοια συστηματικού νοσήματος. Ακολούθως, η μερική ανταπόκριση της ασθενούς στους θεραπευτικούς χειρισμούς και εργαστηριακά ευρήματα, έθεσαν την υπόνοια ύπαρξης έτερης παθολογίας, η οποία οδήγησε σε παρεμβάσεις εκτός των αυστηρών πρωτοκόλλων και στη διάγνωση συνδρόμου αλληλεπικάλυψης.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίζουμε την αξία των κατευθυντήριων οδηγιών, όμως πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψη η εμπειρία του κλινικού ιατρού, καθώς και η ανάγκη εξατομίκευσης της ιατρικής στον κάθε ασθενή. Τέλος, γνώμονας για την όποια πράξη μας πρέπει να είναι το όφελος του ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά: Κατευθυντήριες, εξατομικευμένα, παθολογία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6979124235

E-mail: sarri_geo@hotmail.com

ΒΡΑΒΕΥΘΕΙΣΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ
ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΩΝ HLA ΑΛΛΗΛΙΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΓΕΝΙΑΣ ΑΛΛΗΛΟΥΧΗΣΗΣ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΟΤΗ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Δ. Κουινιάκη, Β. Κίτσιου, Α. Ταράση, Θ. Αθανασιάδης, Ι. Καρατάς, Γ. Γαλάζιου, Α. Γκιζώρη, Β. Σταμάτη, Α. Τσιρογιάννη

Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Είναι γνωστό ότι η HLA συμβατότητα σε επίπεδο αλληλίου μεταξύ δότη και λήπτη μειώνει την πιθανότητα απόρριψης και αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης μετά τη μεταμόσχευση.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η παρουσίαση τριών νέων HLA αλληλίων που προσδιορίστηκαν με τη Next Generation Sequencing (NGS) τεχνολογία και η αξιολόγησή τους σχετικά με την αναζήτηση και την επιλογή του καταλληλότερου δότη στο πλαίσιο μεταμόσχευσης.

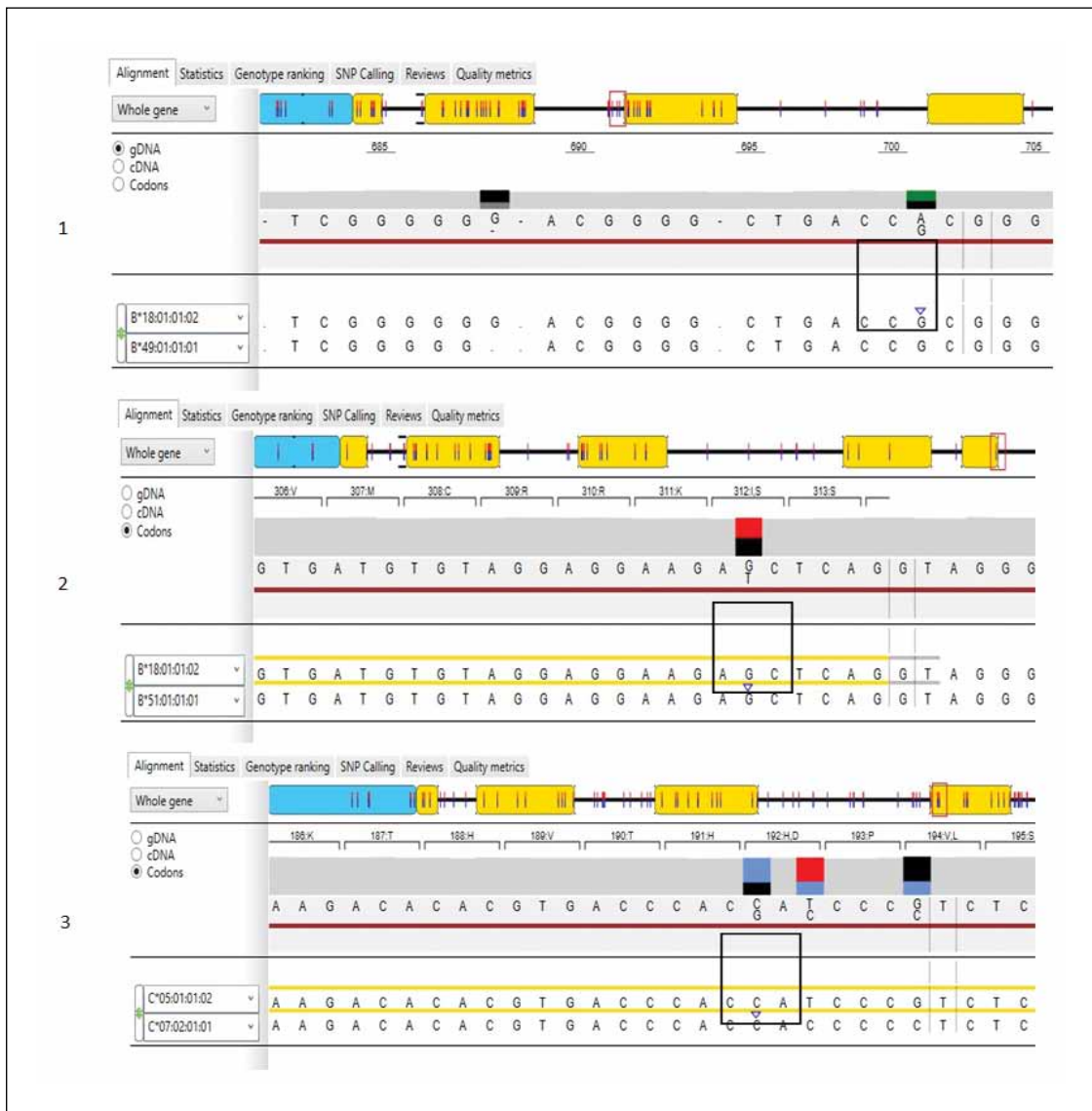
Υλικό και μέθοδοι: Στο πλαίσιο συσχετίσεων με νοσήματα, προμεταμοσχευτικού ελέγχου και εθελοντών δωτών μυελού των οστών, 2340 δείγματα ατόμων τυποποιήθηκαν έως και σε 11 HLA γενετικούς τόπους (HLA-A,-B,-C,-DRB1/3/4/5,-DQB1,-DPB1,-DPA1,-DQA1) με τη χρήση της NGS τεχνολογίας από τον Ιούλιο του 2021 έως και σήμερα. Για την παρασκευή και ενίσχυση της βιβλιοθηκής χρησιμοποιήθηκαν απολύτως ειδικοί (locus-specific) εκκινητές των οίκων CareDX (AlloSeq®Tx17 kit) και GenDx (NGSgo®-MX6-1 kit). Η αλληλούχηση πραγματοποιήθηκε σε πλατφόρμα Illumina (MiSeq) και τα πρωτογενή δεδομένα (raw data) αναλύθηκαν από τα AlloSeq Assign και NGSengine®NGS analysis λογισμικά, αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Ανευρέθηκαν τρία νέα HLA αλλήλια (HLA-B*18:01:01:73, -B*51:380, -C*07:1052). Η πλήρους μήκους DNA αλληλουχία τους κατατέθηκε στις GenBank και IPD-IMGT/HLA βάσεις δεδομένων αλληλούχησης και τα ονόματά τους εκχωρήθηκαν επίσημα από την World Health Organization (WHO) Nomenclature Committee for Factors of the HLA System.

Συγκεκριμένα: α) το HLA-B*18:01:01:73 αλλήλιο προσδιορίστηκε σε 57χρονο Έλληνα εθελοντή δότη μυε-

λού των οστών. Η DNA αλληλουχία του διέφερε από το -B*18:01:01:02 σε μία νουκλεοτιδική αντικατάσταση (NA) (G>A), στο ιντρόνιο 2, gDNA 701, διαφορά όμως που δεν εγείρει διαφορετική ανοσολογική απόκριση (Εικόνα 1), β) το HLA-B*51:380 αλλήλιο προσδιορίστηκε σε 53χρονο Έλληνα ασθενή, υποψήφιο για μεταμόσχευση ΑΑΚ. Η DNA αλληλουχία του διαφέρει από το -B*51:01:01:01 σε μία NA (G>T), στο εξόνιο 5, gDNA γονιδιακή θέση 2047, κωδικόνιο 312 (AGC>ATC) και επιφέρει αλλαγή του αμινοξέος της σερίνης σε ισολευκίνη. Η αλλαγή στη στερεοδιάταξη του HLA μορίου επηρεάζει τις ανοσογενετικές του ιδιότητες και άρα την αλλοαναγνώριση (Εικόνα 2), γ) το HLA-C*07:1052 αλλήλιο προσδιορίστηκε σε 48χρονο Έλληνα ασθενή, υποψήφιο για μεταμόσχευση ΑΑΚ. Η DNA αλληλουχία του διαφέρει από το -C*07:02:01:01 σε μία NA (C>G), στο εξόνιο 4, gDNA γονιδιακή θέση 1609, κωδικόνιο 192 (CAC >GAC). Η αλλαγή του αμινοξέος της ιστιδίνης σε ασπαρτικό οξύ μεταβάλλει την αλλοαναγνώριση (Εικόνα 3).

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας επιβεβαιώνει ότι η χρήση της τεχνολογίας NGS στην HLA τυποποίηση στην καθ' ημέρα πράξη του κλινικού Εργαστηρίου Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας έχει αποκαλύψει την αξιοσημείωτη γενετική ποικιλομορφία του HLA συστήματος, προσφέροντας τη δυνατότητα εις βάθος ανάλυσης των αλληλουχιών του. Έτσι, ο καθορισμός περιοχών της DNA αλληλουχίας που δεν έχουν μελετηθεί μέχρι τώρα συντελεί στην κατανόηση της σύνθετης γενετικής τους σύστασης, της πιθανής εμπλοκής τους στην αλλοαναγνώριση και της συμβολής τους στην επιτυχή έκβαση των μεταμοσχεύσεων με την επιλογή του καταλληλότερου ζεύγους δότη-λήπτη.



Εικόνες 1, 2, 3. Η DNA αλληλουχία των HLA-B*18:01:01:73, -B*51:380 και C*07:1052 νέων αλληλίων και οι διαφορές τους με τα πιο στενά συνδεδεμένα HLA αλληλόμορφα HLA-B*18:01:01:02, -B*51:01:01:01 και -C*07:02:01:01 αντίστοιχα, όπως απεικονίζονται από το αντίστοιχο χρωματογράφημα.

Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Ι. Λιατάκης, Π. Νιάρχου, Σ. Γεωργόπουλος, Κ. Αναγνώστου, Π.-Ν. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα, Γ. Παταβούκας, Α. Λυκούδης, Θ. Εφραιμίδης, Φ. Τουλγαρίδης, Α. Μεγαρισιώτου, Σ. Φωτάκης, Ε. Πράππα, Σ. Ξυδώνας

Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή και Σκοπός: Οι μυοκαρδιοπάθειες είναι η πιο συχνή αιτία νεανικού αιφνιδίου θανάτου. Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, η πιο συχνή μορφή μυοκαρδιοπάθειας, χαρακτηρίζεται από ανεξήγητη μυοκαρδιακή υπερτροφία, που δεν δύναται, δηλαδή, να αποδοθεί σε συνθήκες αυξημένης φόρτισης (αρτηριακή υπέρταση ή βαλβιδική καρδιακή νόσο). Πρόκειται για κληρονομούμενη νόσο κατά την οποία, σε μεγάλο ποσοστό (60-70%) των περιπτώσεων, η υπεύθυνη μετάλλαξη εντοπίζεται σε γονίδια που κωδικοποιούν πρωτεΐνες του καρδιακού σαρκομερίου. Οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν τη διενέργεια γονιδιακού ελέγχου στους εν λόγω ασθενείς και στόχος της μελέτης ήταν ακριβώς να διευκρινιστεί το πιθανό γονιδιακό υπόβαθρο σε πληθυσμό 60 ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια.

Μέθοδοι και αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 60 ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (μέση ηλικία 47 έτη, 30 άνδρες, 30 γυναίκες) οι οποίοι παρακολουθούνται στο Ιατρείο Μυοκαρδιοπαθειών και Πρόληψης Αιφνιδίου Καρδιακού Θανάτου του Νοσοκομείου μας και κατόπιν ενυπόγραφης συγκατάθεσης υποβλήθηκαν σε γονιδιακό έλεγχο (τεχνολογία μαζικής αλληλούχισης επόμενης γενιάς – Next Generation Sequencing -NGS). Στους 24 ασθενείς ο έλεγχος δεν ανέδειξε γενετικές παραλλαγές κλινικής σημασίας. Σε 21 ασθενείς ανευρέθη μετάλλαξη στο γονίδιο MYBPC3, σε

10 ασθενείς μετάλλαξη στο γονίδιο MYH7, σε 2 μετάλλαξη στο γονίδιο MYL2, σε 2 στο γονίδιο TPM1 και σε 1 στο γονίδιο CSRP3. Από τις ανευρεθείσες μεταλλάξεις οι 20 χαρακτηρίστηκαν ως παθογόνες με βάση την κατάταξη του Αμερικανικού Κολλεγίου Μοριακής Βιολογίας και Γενετικής (ACMG), οι 8 ως πιθανώς παθογόνες και οι 8 ως αγνώστου κλινικής σημασίας –Variant of Unknown Significance -VUS (αναλυτικός πίνακας παρατίθεται κάτωθι). Στη συνέχεια ακολούθησε ο γονιδιακός έλεγχος των συγγενών 1ου και 2ου βαθμού των ασθενών με παθογόνες/πιθανώς παθογόνες μεταλλάξεις και ανέδειξε μέχρι στιγμής 15 φορείς των εν λόγω γονιδίων, οι οποίοι επί του παρόντος δεν έχουν εκδηλώσει το φαινότυπο της νόσου (φυσιολογικό καρδιογράφημα και υπερηχογράφημα καρδιάς).

Συμπεράσματα: Από το γενετικό έλεγχο 60 ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, οι 28 έφεραν παθογόνες και πιθανά παθογόνες μεταλλάξεις. Από τον επακόλουθο γενετικό έλεγχο των συγγενών τους, προέκυψαν 15 φορείς παθογόνου μετάλλαξης, φαινοτυπικά φυσιολογικοί επί του παρόντος. Έχουν, όμως, τεθεί σε αυστηρό πρωτόκολλο παρακολούθησης καθόσον ενδέχεται να εκδηλώσουν, σε κάποια φάση στο μέλλον, τη νόσο.

Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει και τη μεγάλη αξία που έχει η διενέργεια του γονιδιακού ελέγχου στους ασθενείς με μυοκαρδιοπάθεια.

Πίνακας 1. Αποτελέσματα γονιδιακού ελέγχου πληθυσμού 60 ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια που παρακολουθούνται στο Τμήμα Μυοκαρδιοπαθειών και Πρόληψης Αιφνιδίου Καρδιακού Θανάτου του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός».

	MYBPC3	MYH7	MYL2	TPM1	CSRP3	Total
Pathogenic	9	8	1	2	0	20
Likely pathogenic	6	1	1	0	0	8
VUS	6	1	0	0	1	8
Total	21	10	2	2	1	

EUS ΚΑΙ ERCP ΣΕ ΜΙΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ (SINGLE SESSION EUS+ERCP) ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Ι. Μυλωνάς, Β. Παπαστεργίου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Ε. Αρχαύλης, Δ. Προβή, Φ. Αλμπάνη, Κ. Αρβανίτης, Χ. Βερετάνος, Τ. Γεωργιάδη, Ε. Μπέκα, Γ. Νούσιας, Κ. Μουσουράκης, Α. Παπαρίζου, Λ. Καραούζας, Μ. Πάτση, Γ. Καλόγηρος, Δ. Κοζομπόλη, Κ. Κουστένης, Α. Τσατσά, Α. Μουντάκη, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Κ. Κατωπόδη, Χ. Χατζηευαγγελινού, Ε. Βιέννα, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του παγκρέατος αποτελεί την τέταρτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις δυτικές χώρες. Ωστόσο, παρουσιάζει ολοένα αυξανόμενη επίπτωση και αναμένεται να γίνει η δεύτερη αιτία στην επόμενη δεκαετία, καθιστώντας απαραίτητη την έγκαιρη ανίχνευσή του. Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS) με τη λήψη βιοψίας δια βελόνης (FNB) και η ανάστροφη ενδοσκοπική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP) αποτελούν συμπληρωματικές μεταξύ τους ενδοσκοπικές πράξεις, απαραίτητες τόσο στη διάγνωση, όσο και στη διαχείριση των ασθενών με κακοήθη παγκρεατικά νεοπλάσματα (ΚΠΝ). Στο ενδοσκοπικό εργαστήριο του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» πρόσφατα εφαρμόσαμε την πρακτική της συνδυασμένης διενέργειας τους σε μια ενδοσκοπική συνεδρία με ενιαία χορήγηση καταστολής και για τις δύο ενδοσκοπικές πράξεις (Single-session EUS+ERCP, SSEE).

Σκοπός: Να μελετηθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της SSEE και να διαπιστωθούν τυχόν οφέλη σε σύγκριση με τη διενέργεια EUS και ERCP σε ξεχωριστές συνεδρίες.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση προοπτικής βάσης δεδομένων ασθενών με ΚΠΝ που υπεβλήθησαν σε EUS ή/και ERCP μεταξύ 1/2022-7/2023. Οι ασθενείς διαιρέθηκαν

σε 3 ομάδες: Ομάδα-A (SSEE), Ομάδα-B (EUS+ERCP σε ξεχωριστές συνεδρίες) και Ομάδα-Γ (μόνο EUS ή μόνο ERCP). Καταληκτικά σημεία: 1) Επιτυχής τοποθέτηση stent χοληφόρων (ERCP), 2) επιτυχής λήψη EUS παγκρεατικής βιοψίας, 3) επιπλοκές, 4) διάρκεια νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 102 ασθενείς (54.9% άνδρες, μέση ηλικία 72.3 έτη), εκ των οποίων 18 (17.6%) στην Ομάδα-A, 30 (29.4%) στην Ομάδα-B και 54 (52.9%) στην Ομάδα-Γ. Το EUS προηγήθηκε της ERCP σε όλους τους ασθενείς των ομάδων-A και B. Δεν διαπιστώθηκε διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων στα ποσοστά επιτυχούς τοποθέτησης stent (Ομάδα-A: 83.3%, B: 86.7%, Γ: 85.7%, $p=0.95$), επιτυχούς λήψης παγκρεατικής βιοψίας (89%, 93% και 100% αντίστοιχα, $p=0.19$) και στα συνολικά ποσοστά μείζονων επιπλοκών (0%, 10% και 3.7% αντίστοιχα, $p=0.25$). Η ενδιάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν σημαντικά μειωμένη στην Ομάδα-A (2, εύρος 1-3) έναντι της Ομάδας-B (3, εύρος 1-35) ($p=0.046$).

Συμπεράσματα: Η SSEE είναι εξίσου ασφαλής και αποτελεσματική σε σύγκριση με τη διενέργεια EUS+ERCP σε ξεχωριστές συνεδρίες, ενώ μειώνει σημαντικά τη διάρκεια νοσηλείας.

ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (GIANTCELLMYOCARDITIS) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗ: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Φ. Τουλγαρίδης¹, Α. Μπατσούλη¹, Α. Σαπλαούρας², Π. Παπακωνσταντίνου¹,
Κ. Αργυρόπουλος¹, Β. Γεωργιάδου¹, Δ. Ελευθερίου¹, Π.-Ν. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα¹,
Α. Λυκούδης¹, Δ. Πολύζος¹, Σ. Γεωργόπουλος¹, Π. Νιάρχου¹, Σ. Φωτάκης¹,
Α. Μεγαρισιώτου¹, Σ. Ξυδώνας¹

¹Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Καρδιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Εισαγωγή και Σκοπός: Η κεραυνοβόλος μυοκαρδίτιδα αποτελεί μια νοσολογική οντότητα με αυξημένες επιπλοκές που μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες αρρυθμίες, οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, αιμοδυναμική κατάρριψη των ασθενών και χρήζει έγκαιρης διάγνωσης και εξειδικευμένης αντιμετώπισης.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περιστατικό γυναίκας 61 ετών με ατομικό αναμνηστικό εμφύτευσης διαφλέβιου διεστιακού βηματοδότη προ δεκατεσσάρων ημερών λόγω 3^{ου} βαθμού κολποκοιλιακού αποκλεισμού για τον οποίο είχε υποβληθεί σε στεφανιογραφία και αξονική τομογραφία θώρακος χωρίς ανάδειξη ειδικών παθολογικών ευρημάτων. Η ασθενής νοσηλεύθηκε στην Καρδιολογική Κλινική λόγω πολλαπλών επεισοδίων μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας για τα οποία έγινε έναρξη ενδοφλέβιας αγωγής με αμιωδαρόνη. Ωστόσο άμεσα μετά την έναρξη τη ενδοφλέβιας έγχυσης παρατηρήθηκε οξεία αναφυλακτική αντίδραση με αναπνευστική ανεπάρκεια και αιμοδυναμική κατάρριψη και η ασθενής τέθηκε σε αντιισταμινική αγωγή και σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Το υπερηχοκαρδιογράφημα καρδιάς που ακολούθησε ανέδειξε οξεία έκπτωση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας με πτώση του κλάσματος εξωθήσεως από 50% σε 20%. Πρόσθετα, η ασθενής παρουσίασε υψηλό φορτίο εκτακτοσυστολικής αρρυθμίας για το οποίο τέθηκε σε αντιαρρυθμική αγωγή και επεισόδιο αμφίδρομης κοιλιακής ταχυκαρδίας με συνοδό αιμοδυναμική αστάθεια το οποίο αντιμετωπίστηκε με συγχρονισμένη καρδιομετατροπή.

Λόγω της οξείας έκπτωσης της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας και της εκτακτοσυστολικής κοιλιακής αρρυθμίας τέθηκε η υποψία κεραυνοβόλου μυοκαρδίτιδας μειοσχυρή υποψία ηωσινοφιλικής μυοκαρδίτιδας λόγω της προηγηθείσας αναφυλακτικής αντίδρασης. Η ασθενής κυπεβλήθη σε βιοψία μυοκαρδίου και λήψη 6 δειγμάτων από διαφορετικά σημεία του μυοκαρδίου.

Αποτελέσματα: Η ιστολογική εξέταση κατέδειξε την εκσεσημασμένη διήθηση του μυοκαρδίου από γιγαντοκύτταρα, και έθεσε τη διάγνωση της γιγαντοκυτταρικής μυοκαρδίτιδας. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με χορήγηση υψηλών δόσεων κορτιζόνης, ανοσοκατασταλτικής αγωγής, ινóτροπων, αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων, αντιαρρυθμικής αγωγής και τέθηκε σε μηχανική υποστήριξη της αριστερής κοιλίας με τοποθέτηση ενδοαορτικής αντλίας. Ωστόσο, η ασθενής παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής της εικόνας και απεβίωσε.

Συμπεράσματα: Η γιγαντοκυτταρική μυοκαρδίτιδα αποτελεί αίτιο κεραυνοβόλου μυοκαρδίτιδας και σχετίζεται με υψηλό ποσοστό επιπλοκών όπως η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, η καρδιογενής καταπληξία ή η ηλεκτρική θύελλα καθώς και με υψηλή θνητότητα. Απαιτείται ισχυρή κλινική υποψία, αντιμετώπιση σε κέντρο με δυνατότητα βιοψίας του μυοκαρδίου και μηχανικής υποστήριξης της κυκλοφορίας. Η έγκαιρη διάγνωση οδηγεί στην ενδεικνυόμενη αιτιολογική θεραπεία, όπως ταχεία χορήγηση ανοσοκατασταλτικών παραγόντων και της μηχανικής υποστήριξης της κυκλοφορίας.

ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Χ. Κολοκοτρώνη¹, Σ. Κωστούρου¹, Ν. Μιχοπάνου¹, Ρ. Ελθίνι¹, Δ. Γιανκούλα², Ε. Σπυράκου², Φ. Βεϊνή³, Χ. Τότσικας³, Σ. Γιαλή^{1,3}, Ε. Παντικίδη³, Ε. Μυλωνά^{1,3}, Β. Παπασταμόπουλος^{1,3}

¹Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Κέντρο Κλινικής Επιδημιολογίας και Έκβασης Νοσημάτων, CLEO, ³Ε' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η περιεγχειρητική αντιμικροβιακή προφύλαξη (ΠΑΠ) αφορά στη χορήγηση αντιμικροβιακών φαρμάκων με σκοπό την πρόληψη των λοιμώξεων χειρουργικού πεδίου. Η αποτελεσματικότητα της ΠΑΠ καθορίζεται από την ορθή εφαρμογή της σε σχέση με τη χορήγηση του σωστού είδους του αντιμικροβιακού ανά κατηγορία επέμβασης, το σωστό χρόνο χορήγησης, τη διατήρηση των προστατευτικών επιπέδων του αντιμικροβιακού και τη διάρκεια χορήγησης.

Σκοπός: Η επιτήρηση της συμμόρφωσης στις συστάσεις ορθής χορήγησης της ΠΑΠ σε χειρουργικές επεμβάσεις πλην Οφθαλμολογικής και Ωτορινολαρυγγολογικής.

Υλικό και Μέθοδος: Η επιτήρηση πραγματοποιήθηκε σε δύο διαστήματα, για 15 συνεχόμενες ημέρες αντίστοιχα το 1^ο και το 2^ο εξάμηνο του 2023. Τα δεδομένα επιτήρησης συλλέχθηκαν από τα έντυπα του χειρουργείου και τα φύλλα νοσηλείας των ασθενών. Καταγράφηκαν δεδομένα αρρώστων, χειρουργικών επεμβάσεων, δεδομένα προεγχειρητικής χορήγησης αντιμικροβιακών εντός του 24h πριν την επέμβαση, συνέχισης της ΠΑΠ πέραν των 24h (48h για τις ΚΡΧ) και έναρξης άλλης αντιμικροβιακής αγωγής μετεγχειρητικά.

Αποτελέσματα: Στο Α' Διάστημα της επιτήρησης (15 συνεχόμενες ημέρες εντός του Μαΐου) επιτηρήθηκαν

συνολικά 286 χειρουργικές επεμβάσεις. Στο Β' Διάστημα της επιτήρησης (15 συνεχόμενες ημέρες εντός του Οκτωβρίου) επιτηρήθηκαν συνολικά 320 επεμβάσεις. Χορήγηση αντιμικροβιακών εντός 24h προεγχειρητικά έγινε το Α' Διάστημα σε 41/286 (14.3%) και το Β' Διάστημα σε 33/320 (10.3%). Χορήγηση ΠΑΠ έγινε το Α' Διάστημα σε 225/286 (78.7%) και το Β' Διάστημα σε 265/320 (82.8%). Παράταση της ΠΑΠ >24h ή >48h για τις ΚΡΧ, έγινε το Α' Διάστημα σε 99/225 (44%) και το Β' Διάστημα σε 102/265 (38,9%). Έναρξη άλλης αντιβίωσης μετεγχειρητικά (το 1^ο ΜΤΧ 24h) έγινε το Α' Διάστημα σε 80/286 (28%) και το Β' Διάστημα σε 73/320 (22,8%). Τα αποτελέσματα σε σχέση με το χρόνο χορήγησης της ΠΑΠ παρουσιάζονται στον Πίνακα 1 που ακολουθεί.

Συμπεράσματα: Καταγράφηκε μείωση της διάρκειας χορήγησης της ΠΑΠ και του ποσοστού έναρξης άλλων αντιμικροβιακών μετεγχειρητικά. Με δεδομένο ότι η παρατεταμένη διάρκεια της ΠΑΠ δεν προσφέρει πρόσθετο όφελος στην πρόληψη των λοιμώξεων χειρουργικού πεδίου και λαμβάνοντας υπόψη το μεγάλο αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων που γίνονται στο Νοσοκομείο, ο εξορθολογισμός της χορήγησης της ΠΑΠ κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντικός, γιατί έχει καταλυτική επίδραση στην ανάπτυξη της μικροβιακής αντοχής.

Πίνακας 1. Αναλυτικά δεδομένα σχετικά με το χρόνο χορήγησης της ΠΑΠ.

	Α' ΔΙΑΣΤΗΜΑ	Β' ΔΙΑΣΤΗΜΑ
Σύνολο επεμβάσεων με χορήγηση ΠΑΠ	225	265
Άγνωστος χρόνος χορήγησης	13/225(5.8%)	10/265 (3.8%)
Λάθος Χορήγηση ωρίτερα των 60min (πλην Voncon, Quinolones)	7/212 (3.3%)	10/255(3.9%)
Λάθος Χορήγηση μετά την έναρξη της ΧΕ	1/212 (0.5%)	2/255 (0.8%)
Οριακά σωστός χρόνος (0-15min πριν την ΧΕ)	18/212 (8.5%)	42/255 (16.5%)
Σωστός χρόνος χορήγησης	204/212 (96.2%)	243/255 (95.3%)

ΧΕ: Χειρουργική επέμβαση

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ORAL

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Δ. Τζούμη^{1,2}, Ε. Πατσάκη^{2,3}, Α. Δεσπότη², Α. Αλεξανδροπούλου², Σ. Γεωργοπούλου⁴, Β. Μαρκάκη¹, Ι. Βασιλειάδης¹, Ε. Μάγειρα¹

¹Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατική Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ²Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας Άσκησης & Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ³Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Εργαστήριο Προηγμένης Φυσικοθεραπείας, ΠΑΔΑ, ⁴Τμήμα Λογοθεραπείας, Εργαστήριο Τεχνολογίας Ομιλίας - Φωνής & Επαγγελματικής Εναλλακτικής Επικοινωνίας, ΠΠ

Εισαγωγή: Η σύγχρονη γνώση για την βέλτιστη φροντίδα των Βαρέως Πασχόντων (ΒΠ) ασθενών περιγράφει την ανάγκη διεπιστημονικής προσέγγισης, ώστε να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες τους για το ευρύ φάσμα των διαταραχών που προκύπτουν κατά την νοσηλεία και που αφορούν στον κινητικό, γνωσιακό, ψυχολογικό τομέα καθώς και στην επικοινωνία. Τα ελλείμματα σε αυτούς τους τομείς προκαλούν σημαντική έκπτωση στην λειτουργικότητα των ΒΠ, με σοβαρή επίπτωση στην ποιότητα ζωής τους. Παράλληλα, κατά τις τελευταίες δεκαετίες η χρήση της Υποστηρικτικής Τεχνολογίας και των εφαρμογών της παρουσιάζει ιδιαίτερη ανάπτυξη στην αποκατάσταση. Η πλειοψηφία όμως των εμπορικά διαθέσιμων τεχνολογικών λύσεων ειδικού λογισμικού που διατίθενται, κατά την πρώιμη φάση αποκατάστασης στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), δεν επαρκούν. Οι εφαρμογές δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις λειτουργικές δεξιότητες των ασθενών συνολικά, έχουν μεγάλο κόστος και αδυναμία χρήσης της ελληνικής γλώσσας.

Σκοπός: Η αξιοποίηση των Νέων Τεχνολογιών, για τη δημιουργία ενός νέου Ειδικού Συστήματος Υποστηρικτικής Τεχνολογίας στην ελληνική γλώσσα και με δυνατότητες παραμετροποίησης ανάλογες των δεξιοτήτων και των αναγκών των ΒΠ, για την αξιολόγηση και την αποκατάσταση εντός ΜΕΘ.

Μεθοδολογία: Κατά την υλοποίηση πραγματοποιήθηκαν:

Α. ΑΝΑΛΥΣΗ-ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ: Της διαγνωστικής κατηγορίας των ασθενών στόχου (ΒΠ), της ηλικίας (ενήλικες), των επιπλοκών που παρουσιάζουν όπως μυϊκή αδυναμία, αρθρικές συγκάμψεις, έκτοπη οστεοποίηση, γνωσιακές διαταραχές, ανάγκη για χρήση εναλλακτικής επικοινωνίας και για ψυχαγωγία μέσω δραστηριοτήτων.

Β. ΣΧΕΔΙΑΣΗ-ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ: Σχεδιασμός κατάλληλων γραφικών ώστε να μην αποπροσανατολίζουν και επιλογή

χρωμάτων. Ευδιάκριτη παρουσίαση περιεχομένου και σε ιεραρχική διαβάθμιση, με δυνατότητα τροποποίησης δεδομένων και ταχύτητας. Χρήση ελληνικής γλώσσας και περιορισμός του διαβάσματος/ανάγνωσης. Τρόποι ανατροφοδότησης μέσω ηχητικών και οπτικών εφέ. Παραμετροποιήσεις για τους τρόπους πρόσβασης με αυτονομία στον χειρισμό και καθορισμός επιπέδων δυσκολίας και χρόνου ανταπόκρισης.

Γ. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΛΟΓΙΣΜΙΚΟΥ ΚΑΙ ΔΙΕΠΑΦΗΣ: Δημιουργία λογισμικού συμβατού στην χρήση του με οποιοδήποτε περιφερειακό επιλογή, αρκεί να έχει συνδεσιμότητα (input) ανάλογη του κοινού πληκτρολογίου.

Δ. ΕΦΑΡΜΟΓΗ: Διάθεση για χρήση του συστήματος σε ασθενείς συνεργαζόμενων φορέων.

Ε. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΛΟΓΙΣΜΙΚΟΥ: Επιμέρους αξιολογήσεις σε όλα τα στάδια κατά την διάρκεια υλοποίησης του έργου.

Αποτελέσματα: Ύστερα από διεπιστημονική συνεργασία ειδικοτήτων και φορέων δημιουργήθηκε το Ειδικό Σύστημα Υποστηρικτικής Τεχνολογίας «Talk & Play» κατάλληλο για χρήση από ΒΠ. Περιλαμβάνει ένα ειδικό λογισμικό ανοικτού κώδικα (software) και μία πρωτότυπη ασύρματη λύση ανοικτού κώδικα (hardware) για τη σύνδεση περιφερειακών μέσων και χρήση σε κοινό ηλεκτρονικό υπολογιστή. Οι πολλαπλές δυνατότητες παραμετροποίησης του λογισμικού προσφέρουν ανεξάρτητη πρόσβαση και χρήση από ασθενείς όλων των λειτουργικών επιπέδων κινητικότητας, καθώς και την απαραίτητη εξατομίκευση στην χρήση των επιμέρους συστημάτων δραστηριοτήτων γνωσιακής αποκατάστασης, βασικής-σύνθετης εναλλακτικής επικοινωνίας και ψυχαγωγίας μέσω αναπαραγωγής εικόνας και ήχου. Απευθύνεται σε όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (ιατρικό, νοσηλευτικό και προσωπικό αποκατάστασης) και φυσικά στους ασθενείς-χρήστες και στους συγγενείς τους.

ΙΝΟΣΑΡΚΩΜΑ: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΟ ΟΞΕΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΕΞΟΔΟΥ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Φ. Τουλγαρίδης, Α. Μπατσούλη, Ν. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα, Δ. Ελευθερίου, Π. Παπακωνσταντίνου, Β. Γεωργιάδου, Κ. Αργυρόπουλος, Α. Λυκούδης, Γ. Παταβούκας, Ε. Πράππα, Σ. Γεωργόπουλος, Δ. Μανωλάτος, Ι. Λακουμέντας, Σ. Ξυδώνας

Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός-Εισαγωγή: Οι όγκοι καρδιάς είναι εξαιρετικά σπάνιοι (επίπτωση: 0.01-0.03% από νεκροτομικές μελέτες). Τα σημεία και συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με την ανατομική τους θέση. Η απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας (Left Ventricle Outflow Tract, LVOT) από όγκο καρδιάς αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα.

Υλικά-Μέθοδοι: Πρόκειται για άνδρα 51 ετών, με ατομικό αναμνηστικό λεμφώματος Hodgkin για το οποίο υπεβλήθη προ εικοσαετίας σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία με επιπλοκή μετα-ακτινικής στένωσης οισοφάγου και στένωσης βρόγχων. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στο Τμήμα μας λόγω συγκοπτικού επεισοδίου και στηθάγχης, ενώ ανέφερε δύσπνοια, πολλαπλά επεισόδια ζάλης και εφίδρωσης από δεκαήμερου. Είχε ελεύθερο φαρμακευτικό αναμνηστικό και ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό αιφνιδίου καρδιακού θανάτου. Η κλινική εξέταση ανέδειξε ταχύπνοια, ταχυκαρδία και από την ακρόαση καρδιάς διαπιστώθηκε ολοσυστολικό φύσημα ακουστό σε όλες τις θέσεις ακρόασης. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία και οι αρχικές αιματολογικές εξετάσεις (γενική εξέταση αίματος, έλεγχος ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας, έλεγχος θυρεοειδικών ορμονών, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη) ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Τα επίπεδα τροπονίνης T-υψηλής ευαισθησίας ήταν ελαφρώς αυξημένα έως και 25pg/ml. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς αποκάλυψε μια μεγάλη μάζα να παρεμβάλλεται στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας (LVOT) χωρίς παθολογία της αορτικής βαλβίδας. Από νέο υπερηχοκαρδιογράφημα αναδείχθηκε εξεργασία μεγάλου μεγέθους εντός της αριστερής κοιλίας με διαστάσεις 2.20 x 4.00 cm, που εξορμάται από το βασικό κατώτερο-πλάγιο τοίχωμα, εκτείνεται στον οπίσθιο έσω θηλοειδή μυ και καταλήγει στον LVOT προκαλώντας σοβαρή απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας. Διενεργήθηκε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς που επιβεβαίωσε τα ανωτέρω ευρήματα και αξονική τομογραφία θώρακος που επιβεβαίωσε την παρουσία διηθητικής μάζας υποαορτικά, εντός της αριστερής κοιλίας με διαστάσεις 2.80

x 2.10 x 3.70 cm και σύσταση μαλακού ιστού. Η αξονική αγγειογραφία πνευμόνων απέκλεισε την πνευμονική εμβολή ενώ παρατηρήθηκε ομοιογενής σκιαγραφική ενίσχυση της μάζας. Ακολούθησε στεφανιογραφία που ανέδειξε στεφανιαία αγγεία χωρίς σημαντικές στενώσεις.

Αποτελέσματα: Ακολούθησε περαιτέρω διερεύνηση για τη διαφορική διάγνωση μεταξύ πιθανών αιτιών όπως η διηθητική μυοκαρδιοπάθεια και όγκος καρδιάς καλοήθης ή κακοήθης. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) που ανέδειξε παθολογική πρόσληψη 18F-φθοροδεοξυγλυκόζη (18-FDG) από υπόπυκνη μάζα εντός της αριστερής κοιλίας. Πραγματοποιήθηκε βιοψία της μάζας μέσω διακολπικής προσπέλασης και ελήφθησαν 6 επαρκή δείγματα. Η ιστολογική εξέταση έθεσε τη διάγνωση μυξο-ινοσαρκώματος καρδιάς σταδίου II σύμφωνα με την ταξινόμηση FNCLCC WHO Classification [Myxofibrosarcoma/Fibrosarcoma - ICD-O code 8811/3 WHO Classification of Tumors of the Lung, Pleura, Thymus and Heart/2015]. Την έβδομη ημέρα ο ασθενής παρουσίασε οξεία νευρολογική επιδείνωση και δεξιά πυραμιδική συνδρομή. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου επιβεβαίωσε ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε έδαφος απόφραξης της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Παρουσίασε πτώση επιπέδου συνείδησης, αιμοδυναμική κατάρριψη και τέθηκε σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Παρά τις προσπάθειες υποστήριξης, ο ασθενής απεβίωσε λίγες ώρες αργότερα.

Συμπεράσματα: Οι όγκοι καρδιάς είναι εξαιρετικά σπάνιοι. Η κλινική εικόνα ποικίλλει ενώ σπανίως μπορούν να μιμηθούν τη φυσιολογία απόφραξης του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας. Σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας προτείνεται διερεύνηση με χρήση πολλαπλών εργαλείων απεικόνισης και ενδομυοκαρδιακής βιοψίας. Η πρώιμη διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπιση μάζας που προκαλεί απόφραξη του LVOT καθίσταται κρίσιμη για την επιβίωση των ασθενών.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ QTc ΜΕ ΤΙΜΕΣ ΜΕΣΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. Μπατσούλη¹, Π.-Ν. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα¹, Α. Μεγαρισιώτου¹, Ε. Πράππα¹, Π. Νιάρχου¹, Α. Άνθη², Δ. Ελευθερίου¹, Δ. Πολύζος¹, Μ. Μαμαλουκάκη¹, Α. Ταλφανίδου¹, Ν. Μάγειρας¹, Ι. Λακουμέντας¹, Ι. Αλεξανιάν¹, Ε. Δήμα², Σ. Ορφανός², Σ. Γεωργόπουλος¹, Σ. Ξυδώνας¹

¹Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ και Ιατρείο Πνευμονικής Υπέρτασης, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός-Εισαγωγή: Η παράταση του QTc διαστήματος έχει σχετιστεί με δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας και αυξημένη θνητότητα σε ασθενείς με πνευμονική υπέρταση (PH). Οι πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις (PVR) και η μέση πίεση της πνευμονικής αρτηρίας (mPAP) έχουν προγνωστική αξία στην παρακολούθηση ασθενών με PH. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση της διάρκειας QTc διαστήματος με την mPAP και την PVR.

Υλικά-Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν διαδοχικοί ασθενείς που παρακολουθούνται στο ιατρείο πνευμονικής υπέρτασης του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» την περίοδο 2021-2023. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε δεξιό καθετηριασμό (RHC) υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση και τη χρήση καθετήρα Swan-Ganz. Έγινε μέτρηση των ενδοκαρδιακών πιέσεων σύμφωνα με το πρωτόκολλο. Υπολογίστηκε PVR [(mPAP - PAWP)/CO] για κάθε ασθενή. Το ΗΚΓ 12 απαγωγών διεξήχθη σε ύπτια θέση ασθενών, εντός 24 ωρών από τον RHC μετά από λίγα λεπτά ανάπαυσης. Το διάστημα QT μετρήθηκε από δύο ανεξάρτητους ερευνητές, στην απαγωγή όπου ήταν εμφανέστερο το τέλος του κύματος T. Το διάστημα QTc υπολογίστηκε με τη χρήση του τύπου Bazett.

Αποτελέσματα: Πενήντα (50) ασθενείς συμπεριλήφθηκαν. Σε ποσοστό 66% ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία ήταν τα 62±13 έτη. Οι ασθενείς με PH χωρίστηκαν σε ομάδες σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά WHO: Πνευμονική Αρτηριακή Υπέρταση (72%, n=36), PH που σχετίζεται με πάθηση αριστερής καρδιάς (10%, n=5), PH που σχετίζεται με πνευμονική νόσο (6%, n=3) και χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική υπέρταση (12%, n=6). Το μέσο διάστημα QTc-πολογίστηκε στα 440,3±37, 64ms. Η μέση καταγεγραμμένη mPAP ήταν 36±11 mmHg. Η μέση μετρούμενη PVR ήταν 5.3 ±3mmHg* min/l.

Υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μέσης τιμής του QTc διαστήματος, της mPAP (p value~0.019) και της PVR (p value~0.017).

Συμπεράσματα: Η παράταση του QTc διαστήματος συσχετίστηκε σημαντικά με τις αυξημένες τιμές των mPAP και PVR. Η παράταση του διαστήματος QTc μπορεί να χρησιμεύσει στο μέλλον ως προγνωστικός δείκτης πνευμονικής υπέρτασης για την πρώιμη διάγνωση, ταξινόμηση βαρύτητας και την έγκαιρη αντιμετώπιση των ασθενών με πνευμονική υπέρταση.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ/ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΜΥΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ COVID-19 ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Ε. Κόντου¹, Α. Μπλέτσα¹, Σ. Πομώνη¹, Κ. Αμπελακιώτου¹, Ν. Αθανασίου², Α. Γεωργούντζος³, Κ. Σουφλερός¹, Κ. Κότσιφας², Γ. Κατσίκας³, Α. Τσιρογιάννη¹

¹Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»,

³Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 ή και μετά τον αντίστοιχο εμβολιασμό διερευνάται αν έχει επηρεαστεί η ζήτηση και η θετικότητα ειδικών/σχετιζόμενων με μυοσίτιδα αντισωμάτων (MSA/MAA) στο πλαίσιο κλινικής διερεύνησης ασθενών με υποψία ιδιοπαθούς φλεγμονώδους μυοπάθειας (ΙΦΜ).

Σκοπός: Μελέτη, καταγραφή και αξιολόγηση ζητούμενων αυτοαντισωμάτων μυοσίτιδας σε μια κοόρτη ασθενών με υποψία ΙΦΜ, κατά την περίοδο της πανδημίας (2020-2023) σε σύγκριση με την προ COVID περίοδο (2018-2019).

Ασθενείς-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 432 (ομάδα I, 2018-2019) και 1068 (ομάδα II, 2020-2023) δείγματα ορών για την παρουσία MSA/MAA στο πλαίσιο διερεύνησης ΙΦΜ. Τα MSAs/MAAs προσδιορίστηκαν με τη μέθοδο της ανοσο-αποτύπωσης (IB-Euroimmunpanel για anti-PL-7, PL12, EJ, OJ, Mi-2, SRP, PM/Scl, Ku, TIF1g, MDA5, NXP2, SAE1, Ro52).

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε σταδιακή αύξηση των ζητούμενων εξετάσεων στην περίοδο της πανδημίας συγκριτικά με την προηγούμενη διετία. Θετικά δείγματα καταγράφηκαν σε ποσοστό 4.1% και 4.6% αντίστοιχα για τα έτη 2018 και 2019, ενώ η θετικότητα για τα έτη 2020-2023 κυμάνθηκε σε ποσοστά 6.5%, 10.4%, 12.2% και 10.1% αντίστοιχα. Καταγράφεται υπεροχή των anti-Jo1 και anti-Ro52, ενώ σημειώνεται μεγάλη ποικιλομορφία στην ειδικότητα των ειδικών αυτών αντισωμάτων έναντι των άλλων αντιγονικών στόχων.

Συμπεράσματα: Από την μελέτη μας προκύπτει αύξηση της ζήτησης των MSAs/MAAs κατά την πανδημία, όμως παρατηρείται και σημαντική αύξηση της θετικότητάς τους, γεγονός που θέτει στο προσκήνιο τη συζήτηση για πιθανή εμπλοκή της νόσου COVID-19 ή και του εμβολιασμού στην εμφάνιση MSAs/MAAs σε ασθενείς με υποψία ΙΦΜ.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ (AR) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ ΤΑΚΑΥΑΣΟΥ

**Β. Τάσση, Δ. Τζάλας, Δ. Οικονόμου, Κ. Τριανταφύλλου, Μ. Θεοδοκάς,
Η. Παπαδοπούλου, Δ. Σταλίκας**

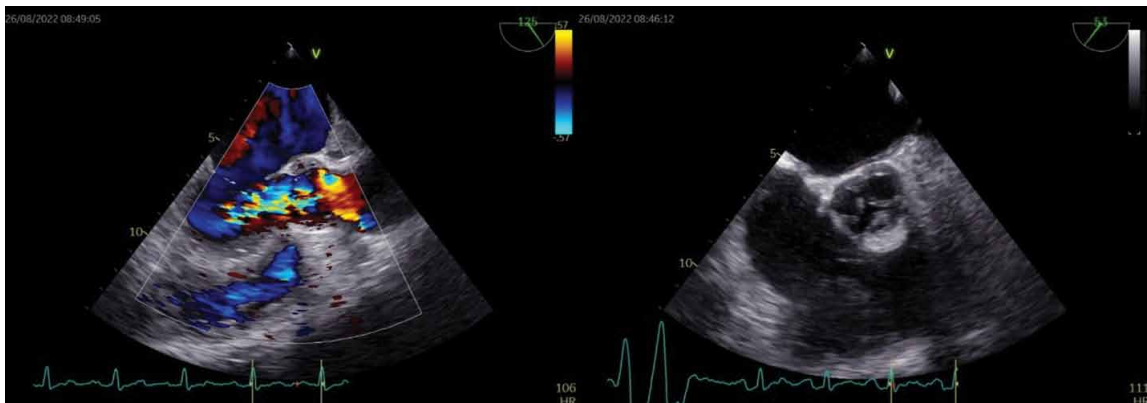
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Ο όρος αορτίτιδα περιλαμβάνει όλες τις καταστάσεις που οδηγούν στη φλεγμονή του τοιχώματος της αορτής και των κλάδων αυτής. Οι κλινικές εκδηλώσεις και τα εργαστηριακά ευρήματα είναι συνήθως μη ειδικά. Η αγγειίτιδα Takayasu (TAK) είναι συστηματική μη φλεγμονώδης αγγειίτιδα (NIA) που προσβάλλει κυρίως μεγάλες και μεσαίου μεγέθους αρτηρίες.

Παρουσιάζουμε ασθενή 57 ετών με ιστορικό CABG προ 7ετίας που παραπέμφθηκε για stress echo λόγω άτυπου θωρακικού άλγους. Στο διαθωρακικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε αριστερή κοιλία στα ανώτερα φυσιολογικά όρια με ικανοποιητική συσταλτικότητα (KE ~ 55%), κυκλοτερής πάχυνση της αορτικής ρίζας που προκαλεί σοβαρού βαθμού AR (Εικόνα 1). Από τον εργαστηριακό έλεγχο οι δείκτες φλεγμονής ήταν αρνητικοί. Διενεργήθηκε CT αγγειογραφία-καρδιάς χωρίς να αναδειχθεί διαχωρισμός της αορτής και σημειώθηκε η σημαντική πάχυνση του τοιχώματος της αορτής στο ύψος της αορτικής ρίζας μέχρι και την κατιούσα θωρακική αορτή με επέκταση στις εκφύσεις της αριστερής καρωτίδας και της αριστερής υποκλειδίου, στην έκφυση της οποίας προκαλείται σημαντική στένωση (Εικόνα 2). Από τον στεφανιογραφικό έλεγχο που διενεργήθηκε παρουσιάστηκε σοβαρή στομιακή στένωση στο στελέχους, ολική απόφραξη της

δεξιάς στεφανιαίας, της αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας και ενός εκ των δυο φλεβικών μοσχευμάτων (Εικόνα 3). Εν συνεχεία διενεργήθηκε Μαγνητική Αγγειογραφία η οποία ανέδειξε πεπαχυσμένο αορτικό τοίχωμα από το ύψος της αορτικής ρίζας έως και την κατιούσα θωρακική αορτή, με άφθονα ινώδη στοιχεία εντός αυτού (Εικόνα 4), ενώ στο PET-scan δεν διαπιστώθηκε ενεργός φλεγμονή. Τα ανωτέρω ευρήματα συνηγορούν υπερ αορτίτιδας Takayasu με χρόνιες φλεγμονώδεις βλάβες. Η ασθενής κατόπιν Ρευματολογικής εκτίμησης ετέθη σε αγωγή με μεθοτρεξάτη και από του στόματος κορτικοειδή λόγω της εκτεταμένης βλάβης οργάνου στόχου και συστήθηκε Καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση.

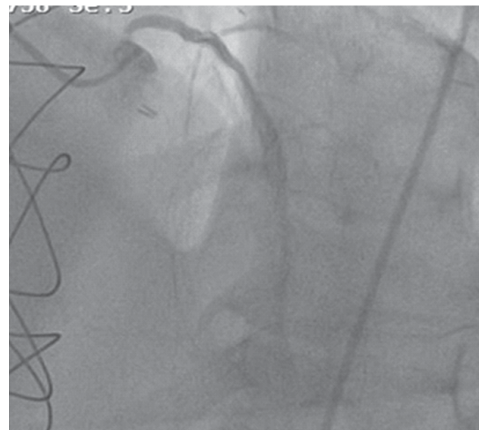
Συμπερασματικά, σε γυναίκες νεαρής ηλικίας που παρουσιάζουν στηθάγχη, στεφανιαία αγγεία με στομιακή στένωση και στένωση μεγάλων αρτηριών (αορτής ή/και κλάδων αυτής), η αρτηρίτιδα Takayasu θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση. Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας για τη NIA μαζί με την επεμβατική διαχείριση των επιπλοκών. Τέλος η AR είναι μια σοβαρή επιπλοκή της TA που σχετίζεται με υψηλή θνησιμότητα, ενώ η χειρουργική διαχείριση της είναι πρόκληση λόγω της ευθραυστότητας των ιστών και της παρουσίας ίνωσης.



Εικόνα 1. Διοισοφάγειο υπερηχογράφημα, τομή 3 κοιλοτήτων και βραχύς άξονας, πάχυνση της αορτικής ρίζας και jet ανεπάρκειας.



Εικόνα 2. Εικόνα από αξονική στεφανιογραφία, σοβαρή στένωση στελέχους και διάχυτη κυκλωτερής πάχυνση της αορτής.



Εικόνα 3. Στεφανιογραφικός έλεγχος, στομιακή στένωση στελέχους.



Εικόνα 4. Μαγνητική αγγειογραφία, αναδεικνύεται η σημαντική στένωση στην αριστερή υποκλείδια.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΟΣΤΙΚΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙ ΓΙΑ ΦΑΙΟΧΡΩΜΟΚΥΤΩΜΑ Η ΠΑΡΑΓΑΓΓΛΙΩΜΑ

Δ. Μπαϊκούση, Ε. Παρτσαλάκη, Μ. Κουλέντη, Μ. Γιαννακού, Π. Μουχτούρης, Β. Αντωνοπούλου, Ε. Καρδαλάς, Μ. Τζανέλα, Γ. Ντάλη

Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος»-Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (Υπόφυση/Επινεφρίδια/Θυρεοειδής), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Εισαγωγή: Τα φαιοχρωμοκυτώματα/παραγαγγλιώματα (Φ/Π) είναι όγκοι, που εκκρίνουν κατεχολαμίνες. Η υπερέκκριση κατεχολαμινών αποτελεί αίτιο δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης. Οι όγκοι αυτοί αντιμετωπίζονται επιτυχώς χειρουργικά, αλλά είναι περιορισμένα τα μακροπρόθεσμα δεδομένα σχετικά με τον οστικό μεταβολισμό (ΟΜ) και την οστική πυκνότητα (ΟΠ) των ασθενών αυτών.

Σκοπός: Η εκτίμηση του (ΟΜ) και της (ΟΠ) πριν και μετά τη χειρουργική αντιμετώπιση των (Φ/Π).

Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη του (ΟΜ) και της (ΟΠ) των (Φ/Π) συγκριτικά με μη εκκριτικά επινεφριδιακά αδενώματα (ΜΕΕΑ) κατά την περίοδο (1991-2021). Ασθενείς με κακοήθειες, φάρμακα και καταστάσεις, που επηρεάζουν τον (ΟΜ) καθώς και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αποκλείστηκαν. 63 ασθενείς με (Φ/Π) και 52 ασθενείς με (ΜΕΕΑ) συμπεριελήφθησαν. Ο (ΟΜ) και η (ΟΠ) εκτιμήθηκαν στη διάγνωση και μετά τη χειρουργική εξαίρεση των (Φ/Π) και στη διάγνωση και κατά την τελευταία επίσκεψη των ασθενών με (ΜΕΕΑ).

Αποτελέσματα: Στη διάγνωση οι 2 ομάδες δεν διέφεραν ως προς την ηλικία (έτη) (50 ± 14 έναντι 48 ± 9 , $p=0.26$), το φύλο (γυναίκες %) (47.6 έναντι 46.2 , $p=0.44$) και το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) (kg/m^2) (26.3 ± 4 έναντι 24.8 ± 4 , $p=0.05$). Συγκριτικά με την ομάδα (ΜΕΕΑ) οι ασθενείς με (Φ/Π) είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα P1NP ($\mu\text{g}/\text{l}$) (46 ± 12 έναντι 39 ± 15 , $p=0.01$) και b-crosslaps (pg/ml) (0.5 ± 0.2 έναντι 0.4 ± 0.2 , $p=0.006$) και ελαττωμένη (ΟΠ) (g/cm^2) (0.75 ± 0.1 έναντι 0.81 ± 0.1 , $p=0.02$) και T-score στον αυχένα μηριαίου (-1.11 ± 0.7 έναντι -0.79 ± 0.7 , $p=0.039$) και (ΟΠ) (g/cm^2) στην οσφυϊκή μοίρα (0.84 ± 0.1 έναντι 0.88 ± 0.1 , $p=0.043$).

Στην τελευταία επίσκεψη είχαμε δεδομένα για 49 ασθενείς με (Φ/Π) και 39 ασθενείς με (ΜΕΕΑ). Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 3 έτη. Η μέση ηλικία των ασθενών με (Φ/Π) ήταν (53 ± 14) έτη και των ασθενών με (ΜΕΕΑ) τα (51 ± 9) έτη. Στους ασθενείς με (Φ/Π) στην τελευταία επίσκεψη τα επίπεδα P1NP ($\mu\text{g}/\text{l}$) και b-crosslaps ήταν σημαντικά μειωμένα (34.2 ± 12.7 έναντι 46 ± 12 , $p < 0.01$) και (0.3 ± 0.2 έναντι 0.5 ± 0.2 , $p=0.01$) συγκριτικά με τα επίπεδα κατά την διάγνωση αλλά και συγκριτικά με τα αντίστοιχα επίπεδα των ασθενών με (ΜΕΕΑ) κατά την τελευταία επίσκεψη (34.2 ± 12.7 έναντι 43.2 ± 13.1 , $p=0.008$) και (0.3 ± 0.2 έναντι 0.6 ± 0.2 , $p < 0.01$). Στην τελευταία επίσκεψη συγκριτικά με τα επίπεδα κατά τη διάγνωση η (ΟΠ) (g/cm^2) (0.78 ± 0.1 έναντι 0.75 ± 0.1 , $p=0.1$), και το T-score στον αυχένα μηριαίου (-0.88 ± 0.7 έναντι -1.11 ± 0.7 , $p=0.09$) και η (ΟΠ) (g/cm^2) (0.87 ± 0.1 έναντι 0.84 ± 0.1 , $p=0.23$) και το T-score στην οσφυϊκή μοίρα (-0.8 ± 0.9 έναντι -0.98 ± 0.81 , $p=0.34$) των ασθενών με (Φ/Π) δε διέφεραν σημαντικά. Επιπλέον, σε σύγκριση με τους ασθενείς με (ΜΕΕΑ) στην τελευταία επίσκεψη οι ασθενείς με (Φ/Π) δε διέφεραν στην (ΟΠ) (g/cm^2) (0.78 ± 0.1 έναντι 0.75 ± 0.2 , $p=0.35$) (g/cm^2) και στο T-score στον αυχένα μηριαίου (-0.88 ± 0.7 έναντι -0.91 ± 0.9 , $p=0.89$), ούτε στην (ΟΠ) (g/cm^2) (0.87 ± 0.1 έναντι 0.86 ± 0.1 , $p=0.82$) και στο T-score στην οσφυϊκή μοίρα (-0.81 ± 0.9 έναντι -0.8 ± 0.7 , $p=0.95$). Τα δεδομένα παρουσιάζονται σαν μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση.

Συμπεράσματα: Τα (Φ/Π) σχετίζονται με επιδείνωση του οστικού μεταβολισμού και της οστικής πυκνότητας. Μετά την επιτυχή χειρουργική αντιμετώπισή τους οι δείκτες οστικού μεταβολισμού βελτιώνονται και η οστική πυκνότητα δε διαφέρει από αυτή των ασθενών με μη εκκριτικά επινεφριδιακά αδενώματα.

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

Σ. Κωστούρου¹, Φ. Βεϊνή², Χ. Κολοκοτρώνη¹, Ν. Μιχοπάνου¹, Ρ. Ελθίνι¹, Δ. Γιανκούλα⁴,
Ε. Σπυράκου⁴, Ε. Μυλωνά^{1,2}, Σ. Γιαλή^{1,2}, Β. Παπασταμόπουλος^{1,2}, Ζ. Ψαρουδάκη^{1,3},
Α. Αργυροπούλου^{1,3}

¹Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Ε' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ³Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁴Κέντρο Κλινικής Επιδημιολογίας και Έκβασης Νοσημάτων/CLEO

Εισαγωγή: Η φυματίωση αποτελεί λοιμώδες νόσημα με παγκόσμια κατανομή με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Απαιτεί ιδιαίτερες συνθήκες νοσηλείας, χρήση μέτρων ατομικής προστασίας για αποφυγή της αερογενούς μετάδοσης και αυστηρή απομόνωση, ιδανικά σε θάλαμο αρνητικής πίεσης. Ανήκει στα υποχρεωτικώς δηλούμενα νοσήματα προς τον ΕΟΔΥ με σκοπό την προστασία της Δημόσιας υγείας. Τα τελευταία έτη με την ανακατανομή των πόρων για τις ανάγκες αντιμετώπισης της πανδημίας της Covid 19 και την αύξηση της μετακίνησης των πληθυσμών, η επιβάρυνση του νοσοκομείου για τη νοσηλεία ασθενών με φυματίωση έχει μεταβληθεί.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η επιδημιολογική επιτήρηση της φυματίωσης στο Νοσοκομείο μας.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη εντάχτηκαν όλοι οι ασθενείς που διαγνώστηκαν στο νοσοκομείο με φυματίωση τα έτη 2018 έως και 2023, ανεξάρτητα από την αιτία εισαγωγής. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν αναδρομικά από τις φόρμες υποχρεωτικής δήλωσης που συμπληρώνονται από τους θεράποντες που αποστέλλονται στον ΕΟΔΥ και από τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενών του Νοσοκομείου.

Αποτελέσματα: Συνολικά τα έτη 2018-2023 διαγνώστηκαν με φυματίωση 216 άτομα. Οι 160 (74.1%) ήταν άνδρες και οι 56 (25.9%) γυναίκες. Νοσηλεύτηκαν οι 204/216 (94.4%). Οι 64 (29.6%) ήταν Έλληνες με διάμεση ηλικία τα 63 έτη και οι 152 (70.4%) αλλοδαποί με διάμεση ηλικία τα 31 έτη. Από τους αλλοδαπούς, οι 73 (48%) ήταν από την Ασία, οι 33 (21.7%) από την Αφρική, οι 22(14.5%) από την Ευρώπη

ενώ οι 24 (15.8%) είχαν άγνωστη προέλευση. Η υψηλότερη επίπτωση ήταν από το Πακιστάν 52/152 (34.2%), τη Σομαλία 16/152(10.5%) και την Αλβανία 10/152 (6.6%). Πνευμονική εντόπιση ήταν σε 151/216 (69.9%), εξωπνευμονική σε 53/216 (24.5%) και κεχροειδής σε 12/216 (5.6%). Στην πνευμονική εντόπιση το 68/151 (45%) είχε σπήλαιο. Στην εξωπνευμονικές περιπτώσεις, η εντόπιση ήταν στους λεμφαδένες σε 24/53 (45.3%), στο ενδοθωράκιο σε 11 (20.8%), σε 7 (13.2%) στο πεπτικό, σε 5 (9.4%) σε οστά-αρθρώσεις, σε 3 (5.7%) στο δέρμα, σε 2 (3.8%) στο ΚΝΣ, σε 1 (1.9%) στο ουροποιητικό. Θεραπεία έλαβαν οι 198/216 (91.7%). Προηγούμενη θεραπεία για φυματίωση είχαν λάβει οι 13/216 (6%).

Η ετήσια κατανομή των περιπτώσεων ήταν 30 ασθενείς το 2018, 15 ασθενείς το 2019, 50 ασθενείς το 2020, 60 ασθενείς το 2021, 29 ασθενείς το 2022 και 32 ασθενείς το 2023.

Από τους 171 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν τα έτη 2020 έως το 2023 κατά τη διάρκεια της πανδημίας συλλοίμωξη Covid-19 με φυματίωση είχαν οι 9/171 (5.3%).

Συμπεράσματα: Απαιτείται εγρήγορση για την τήρηση των μέτρων πρόληψης της αερογενούς μετάδοσης. Η πανδημία COVID-19 με την υποχρεωτική χρήση μάσκας υψηλής αναπνευστικής προστασίας περιορίσε την έκθεση των εργαζομένων του Νοσοκομείου και την ανάγκη εφαρμογής του πρωτοκόλλου επί έκθεσης, παρά την καταγεγραμμένη αύξηση του αριθμού νοσηλευόμενων ασθενών με φυματίωση.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΣΑΝ ΑΠΟ RSV ΚΑΙ ΓΡΙΠΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΚΑΙ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΟΥΝ ΣΕ ΤΕΤΑΡΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Θ. Γεωργιάδης¹, Γ. Αθανασοπούλου¹, Κ. Ρανέλου³, Γ.-Ι. Πούπουζας², Ν. Αθανασίου², Μ. Ιωάννου¹, Ε. Μίζη¹, Ι. Σιγάλα¹, Α. Ασημάκος¹, Ε. Κρανιωτάκη³, Δ. Γκόλα³, Ε. Λίτσιου³, Ε. Περιβολιώτη³, Γ. Μπράμος³, Α. Καλλιμάνη³, Κ. Κότσιφας², Ε. Μπαλής², Ι. Δημοπούλου¹, Β. Παπασταμόπουλος⁴, Α. Αργυροπούλου³, Π. Κατσαούνου¹

¹Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ³Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁴Ε Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι εποχικές λοιμώξεις του αναπνευστικού από τη γρίπη και τον ανθρωπίνο συγκυτιακό ιό (RSV) αποτελούν σημαντικό αίτιο νοσηρότητας και θνητότητας. Μέχρι πρότινος, η πλειοψηφία των μελετών για λοίμωξη από RSV αφορούσε σε νεότερες ηλικίες. Η πανδημία της νόσου του κορωνοϊού 2019 (COVID-19) άλλαξε δραματικά την επιδημιολογία των ιών αυτών.

Σκοπός: Η διερεύνηση των κλινικών και επιδημιολογικών στοιχείων των ασθενών με λοίμωξη αναπνευστικού από γρίπη και RSV που νοσηλεύθηκαν στην διάρκεια της πανδημίας και η συσχέτιση των επιμέρους χαρακτηριστικών τους με την έκβαση της νοσηλείας.

Υλικό και Μεθοδολογία: Συμπεριλήφθηκαν 128 ασθενείς με δείγματα αναπνευστικού θετικά με μέθοδο αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) για RSV και 106 για γρίπη, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» την περίοδο 2022-2023. Στην Εικόνα 1 φαίνονται τα στοιχεία

τα οποία καταγράφηκαν από τον ηλεκτρονικό φάκελο των ασθενών και ο τρόπος οργάνωσης της μελέτης.

Αποτελέσματα:

- Η εποχικότητα των δύο ιών παρουσιάζεται μέσω των Σχημάτων 1 και 2.
- Η ανάγκη για νοσηλεία ήταν μεγαλύτερη σε αυτούς που νόσησαν από RSV (53%) σε σχέση με αυτούς από γρίπη (39.11%) (p value 0.03) Σχήμα 3.
- Οι γυναίκες ασθενείς με θετικό RSV PCR test είχαν 1.5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσηλευτούν σε σχέση με τους άνδρες. Η πλειονότητα των ασθενών ήταν >65 ετών (p value 0.002).
- Το 2022 όλοι οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη νόσησαν από ιό γρίπης τύπου Α, ενώ το 2023 συνέχισε να παρατηρείται σχεδόν διπλάσια επίπτωση υπέρ του ιού της γρίπης τύπου Α σε σύγκριση με τον τύπου Β.
- Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με-

Οργάνωση μελέτης-Κριτήρια Εισαγωγής/Αποκλεισμού

- Ημερομηνία λήψης διαγνωστικού test
- Μέθοδος διάγνωσης
- Αποτέλεσμα εξέτασης (π.χ. παρουσία >1 αναπνευστικών ιών)
- Ανάγκη για νοσηλεία
- Αποκλεισμός ασθενών (Νοσηλεία στην Αιματολογική Κλινική και συμπτωματικοί ασθενείς με θετικό PCR test>4 ημέρες από την εισαγωγή τους)
- Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στοιχεία Νοσηλείας

- Εργαστηριακός έλεγχος
- Ανάγκη Οξυγονοθεραπείας
- Απεικονιστικός έλεγχος
- Λήψη αντιβιοτικής αγωγής
- Επιπλοκές-επιλοιμώξεις κατά την νοσηλεία

Εικόνα 1. Οργάνωση της μελέτης και αναδρομική καταγραφή δεδομένων.

ταξύ των δυο ομάδων ως προς την διάρκεια νοσηλείας, την ανάγκη οξυγονοθεραπείας, τον μηχανικό αερισμό, όσο και ως προς την τελική έκβαση.

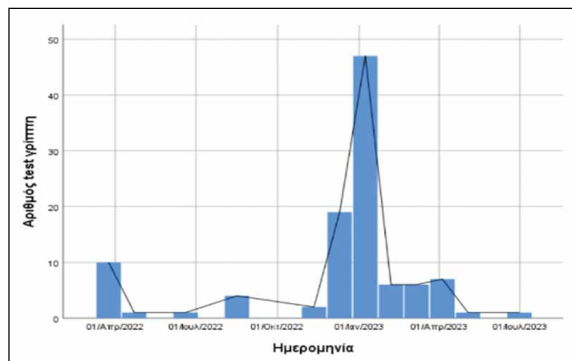
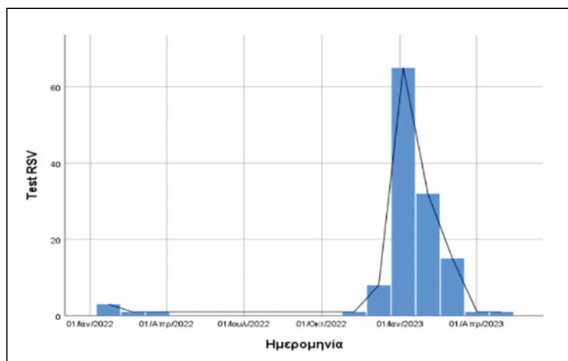
- Οι ασθενείς που νόσησαν από γρίπη έλαβαν 5ήμερη αγωγή με οσελταμιβίρη.

Συμπέρασμα: Μεταξύ παρόμοιων πληθυσμιακών ομάδων το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάγκη νοσηλείας για τον ιό RSV, ενώ η ανάγκη οξυγονοθεραπείας και η θνητότητα είναι παρόμοια ανάμεσα στους δυο ιούς.

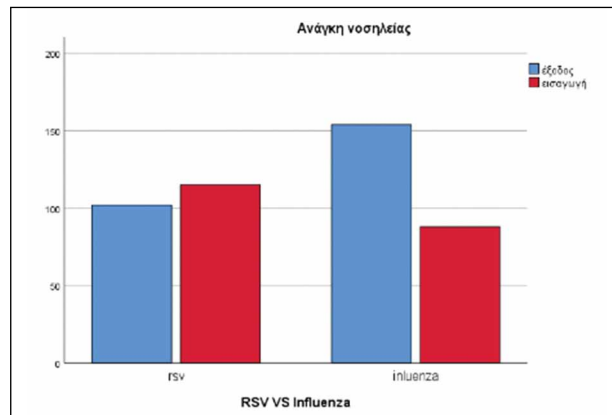
Πίνακας 1. Σύγκριση των δυο ιών. Περιγραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία νοσηλείας και θνητότητα.

Μεταβλητή	RSV	Γρίπη
Σύνολο ασθενών που προσήλθαν στο νοσοκομείο και ήταν θετικοί στον ιό (N)	217	234
Φύλο/άνδρες, του συνόλου των ασθενών που προσήλθαν στο νοσοκομείο (%)	37.8	52.6
Σύνολο ασθενών θετικοί στον ιό που νοσηλεύθηκαν και ήταν συμπτωματικοί (N)	128	105
Ηλικία σε έτη (Median)	72.88	73
Φύλο/ άνδρες (%)	36.7	52.4
Συννοσηρότητες (%)	97,5	90,2
ΧΑΠ (%)	32	35,2
Άσθμα (%)	13.1	9.5
Σακχαρώδης Διαβήτης (%)	31.5	25.5
Καρδιαγγειακή Νόσος (%)	35.5	31.1
Ανοσοκαταστολή* (%)	28.3	16.2
Κάπνισμα (%)	60.2	69
Διάρκεια συμπτωμάτων (Ημέρες) πριν προσέλθουν στο ΤΕΠ (Median)	3.55 (Median 3)	3.39 (Median 3,87)
Κυριότερα συμπτώματα		
Πυρετός (%)	41.8	59.4
Δύσπνοια (%)	62,3	55
Βήχας (%)	58.2	58.4
Συλλοίμωξη με ιό SARS-CoV-2 (%)	6.3	5.7
Συλλοίμωξη με ιό της Γρίπης (%)	3.1	
Συλλοίμωξη με άλλους ιούς (%)	0.8	5.7
Ανάγκη οξυγονοθεραπείας (%)	76	78.4
Μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός (%)	13.3	8.7
Διασωλήνωση (%)	8.4	13.3
Διάρκεια νοσηλείας σε ημέρες (Median)	8	9
Θάνατοι που καταγράφηκαν (%)	16.4	13.3

* HIV+, Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, Συμπαγής Όγκος, Αιματολογική κακοήθεια, Θεραπεία με κορτικοστεροειδή/anti-TNF/ανοσοκαταστατικά



Σχήματα 1 και 2. Εποχικότητα γρίπης και ανθρώπινου συγκυτιακού ιού.



Σχήμα 3. Ανάγκη για νοσηλεία ανάμεσα στους δύο ιούς.

ΤΥΧΑΙΑ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΤΤΡ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΟΣΤΩΝ 3 ΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΠΙΘΑΝΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ

Ζ. Δεληγάς¹, Ι. Λιατάκης², Σ. Γαβριηλίδης¹, Ε. Πράππα², Φ. Ροντογιάννη¹

¹Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η σημασία της συνεχούς επαγρύπνησης του Πυρηνικού Ιατρού στην πρώιμη διάγνωση της καρδιακής αμυλοείδωσης.

Πρόκειται για ασθενή γυναίκα 83 ετών η οποία νοσηλευόταν σε Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας τον 10/2023 λόγω ουρολοίμωξης με τριψήφια ΤΚΕ και (+) καλλιέργεια ούρων. Κατόπιν λήψης αντιβίωσης και αρνητικοποίησης της καλλιέργειας ούρων η ΤΚΕ παρέμενε σε υψηλά επίπεδα και η ασθενής παρουσίασε οσφυαλγία.

Ατομικό ιστορικό: Βηματοδότης (2013) λόγω βραδυκαρδίας και συγκοπτικού επεισοδίου και αντικατάσταση γεννήτριας αυτού στις 17/06/2023, κολπική μαρμαρυγή, νόσος καρωτίδων, αμφισφύριο κάταγμα δεξιάς ποδοκνημικής με οστεοσύνθεση (4/2023) και αφαίρεση των εξωτερικών υλικών (8/2023.)

Λόγω μη υποχώρησης των δεικτών φλεγμονής τέθηκε η υπόνοια οστεομυελίτιδας της ποδοκνημικής λόγω παραμονής εσωτερικών υλικών εσωτερικής οστεοσύνθεσης με πύλη εισόδου το ουροποιητικό. Για το λόγο αυτό παραπέμφθηκε στο Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής για σπινθηρογράφημα οστών 3 φάσεων ποδοκνημικών αρθρώσεων. Το σπινθηρογράφημα ανέδειξε ήπια (low grade) φλεγμονή στη δεξιά ποδοκνημική σχετιζόμενη με τους πρόσφατους χειρουργικούς χειρισμούς αντίστοιχα και το προηγθέν κάταγμα σε φάση πόρωσης, καθώς και εκφυλιστικού τύπου αλλοιώσεις στις κατ'ώμον αρθρώσεις άμφω, κατά μήκος της ΟΜΣΣ και στην αριστερά ποδοκνημική αντιρροπιστικής αιτιολογίας. Επίσης, παρατηρήθηκε εξωοστική πρόσληψη του ρ/φ στο αριστερό ημιθωράκιο στην ανατομική θέση της καρδιάς. Η πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου από

το μυοκάρδιο ήταν παρόμοια με αυτή των παρακειμένων πλευρών (Perugini Scale Score: 2) ενώ ο δείκτης πρόσληψης του μυοκαρδίου προς το ετερόπλευρο ημιθωράκιο (H/CL) ήταν 1.6. Τα ευρήματα χαρακτηρίστηκαν εξαιρετικά ύποπτα για καρδιακή ΤΤΡ αμυλοείδωση σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες. Η ασθενής παραπέμφθηκε εκ νέου για καρδιολογική εκτίμηση. Συνεστήθη σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου το οποίο ανέδειξε εικόνα ουλής στο κατώτερο-κατώτερο διαφραγματικό τοίχωμα και στο βασικό τμήμα του κατωτέρου πλαγίου τοιχώματος της αριστεράς κοιλίας, χωρίς ωστόσο να αναφέρεται έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Έγινε επίσης υπερηχογράφημα καρδιάς το οποίο ανέδειξε συγκεντρική υπερτροφία των τοιχωμάτων της αριστεράς κοιλίας με «λαμπυρίζουσα» μορφή, ακινησία οπισθοδιαφραγματικού/κατωτέρου τοιχώματος και έντονα «παράδοξη» κίνηση ΜΚΔ, κλάσμα εξώθησης μέτρια επηρεασμένο (> 40%), διαστολική δυσλειτουργία και φυσιολογικές διαστάσεις της δεξιάς κοιλίας και των κόλπων.

Στη συνέχεια ακολούθησε ο έλεγχος για AL αμυλοείδωση με ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών ορού και ούρων καθώς και βιοψία λίπους. Ο έλεγχος απέβη αρνητικός.

Κατόπιν όλου του ελέγχου - και κυρίως με βάση τα σπινθηρογραφικά ευρήματα - επιβεβαιώθηκε η διάγνωση της ΤΤΡ αμυλοείδωσης, η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ταφαμίδη και βρίσκεται υπό παρακολούθηση.

Συζήτηση: Είναι σημαντική κατά τη διενέργεια του σπινθηρογραφήματος οστών για οποιοδήποτε λόγο η αξιολόγηση τυχόν εξωοστικής πρόσληψης από το μυοκάρδιο, που θέτει την υποψία καρδιακής αμυλοείδωσης με υψηλή ακρίβεια.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΜΑΖΑ ΣΤΟΝ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Ε. Χατζημιχάλη¹, Ι. Σιγάλα², Α. Χμαλατζέ³, Μ. Σίμου¹, Κ. Αθανασιάδη¹¹Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»,³Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Ο καρκίνος κατά τη διάρκεια της κύησης είναι μια σπάνια οντότητα με συχνότητα περίπου 1:1000 έως 1500 κυήσεις. Οι πιο συχνά αναφερόμενες κακοήθειες αφορούν το μαστό, τον τράχηλο, το μελάνωμα, το λέμφωμα και τη λευχαιμία. Λίγες αναφορές υπάρχουν για καρκίνο του πνεύμονα κατά τη διάρκεια της κύησης. Στα αναφερόμενα αποτελέσματα η πορεία νόσου δεν ήταν καλή για τη μητέρα λόγω προχωρημένου καρκίνου. Αναφέρουμε μία περίπτωση στην οποία έγινε λοβεκτομή κατά τη διάρκεια της κύησης με καλά αποτελέσματα για τη μητέρα και το έμβρυο.

Υλικό και μέθοδοι: Ασθενής 39 ετών, που διαγνώστηκε με μάζα πνεύμονα κατά την έναρξη της εγκυμοσύνης επισκέφτηκε το Νοσοκομείο μας στη 17η εβδομάδα κύησης. Από την ακτινογραφία θώρακα και την αξονική τομογραφία ανευρέθηκε μια μάζα στο δεξιό κάτω λοβό, διαστάσεων 3.8 × 2.6 cm χωρίς εμφανή λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου. Η κακοήθεια ήταν η πιθανή διάγνωση και η ασθενής παραπέμφθηκε για θωρακοχειρουργική εκτίμηση. Τα εργαστηριακά ευρήματα ήταν φυσιολογικά. Η ασθενής υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση που ανέδειξε μάζα

αγγειοβριθή και κεντρικά εντοπιζόμενη στον τμηματικό βρόγχο για τον δεξιό κάτω λοβό. Η εικόνα κατεύθυνε τη διάγνωση προς το νευροενδοκρινή όγκο αλλά η βιοψία θα έθετε την ασθενή σε υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας. Ποζιτρονική τομογραφία δεν πραγματοποιήθηκε λόγω του κινδύνου ακτινοβολήσης του εμβρύου.

Η χειρουργική ένδειξη ήταν ο κίνδυνος πνευμονικής αιμορραγίας λόγω της κεντρικής, αγγειοβριθούς μάζας. Η ασθενής υπεβλήθη σε δεξιά κάτω λοβεκτομή με ανοικτή προσπέλαση και λεμφαδενικό καθαρισμό. Η διάρκεια της επέμβασης ήταν 2 ώρες. Αναισθησιολογικά υπήρχε δυσκολία του αερισμού ενός πνεύμονα. Μετά την αποσωλήνωση η ασθενής ήταν για μία ώρα σε μεταβολική οξέωση που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς και μεταφέρθηκε σε απλή κλίνη νοσηλείας. Μετεγχειρητικά έγινε υπέρηχος κοιλίας και πνεύμονα που απέδωσαν φυσιολογικά ευρήματα.

Στην παθολογοανατομική έκθεση περιγράφηκε νευροενδοκρινές καρκίνωμα πνεύμονα διαστάσεων 3.8 × 2.6 και συνοδός δορυφόρος μετάσταση στον ίδιο λοβό. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και η ασθενής εξήλθε μία εβδομάδα μετεγχειρητικά.

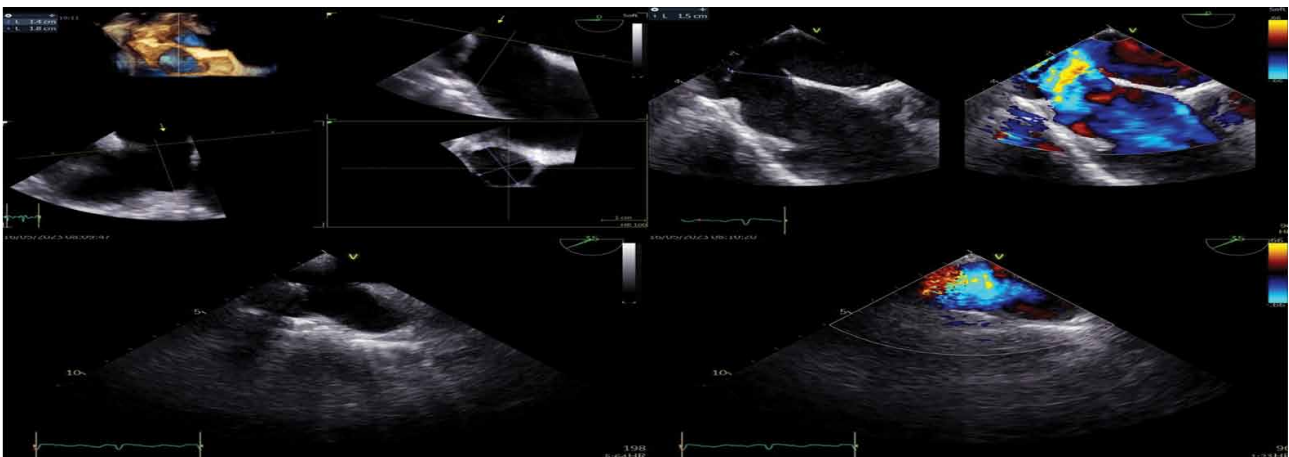
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ SVASD (SINUS VENOSUS ATRIAL SEPTAL DEFECT) ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΑΝΩΜΑΛΗ ΕΚΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΑΝΩ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΩ ΚΟΙΛΗ ΦΛΕΒΑ

**Β. Τάσση, Χ. Δημάρη, Α. Κοτζαρίδης, Γ. Παπιγγιώτης, Δ. Οικονόμου, Μ. Θεοτοκάς,
Η. Παπαδοπούλου, Δ. Σταλίκας**

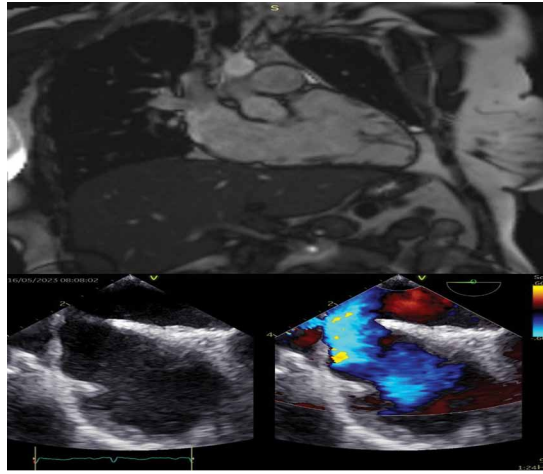
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Τα ελλείμματα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (Atrial Septal Defect-ASD) αντιπροσωπεύουν την δεύτερη σε συχνότητα συγγενή ανωμαλία, με επίπτωση 10-17% σε ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια. Το έλλειμμα του φλεβώδους κόλπου ASD προς την άνω κοίλη φλέβα (superior SVASD) είναι μια σπάνια παραλλαγή, η οποία αποτελεί το 5% όλων των ελλειμμάτων του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και συχνά συνυπάρχει με μερική ή πλήρη ανώμαλη εκβολή των πνευμονικών φλεβών προς τον δεξιό κόλπο. Παρουσιάζουμε περιστατικό το οποίο νοσηλεύθηκε στην Καρδιολογική κλινική αιτιώμενη δύσπνοια στην ελάχιστη προσπάθεια από μηνός. Πρόκειται για ασθενή 41 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό. Κατά την κλινική εξέταση παρουσίαζε παράδοξο διχασμό του S2 και το ΗΚΓ ατελές RBBB. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε σοβαρή διάταση δεξιών κοιλοτήτων με καλή συσταλτικότητα (EF RV=53%), διατηρημένη συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας, σοβαρού βαθμού πνευμονική υπέρταση, συστολικό και διαστολικό D-shape του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, σημεία ενδεικτικά υπερφόρτωσης όγκου και πίεσης της

RV. Δεν σημειώνεται ενδοκαρδιακή διαφυγή και επικοινωνία στο χρώμα Doppler, ούτε αιμοδυναμικά σημαντική ανεπάρκεια από την πνευμονική βαλβίδα. Η αναλογία πνευμονικής προς συστηματική ροή αίματος (Qp:Qs) ήταν 2. Εν συνεχεία διενεργήθηκε TOE το οποίο ανέδειξε εικόνα μεσοκοιλιακής επικοινωνίας με ροή αριστερά προς τα δεξιά, τύπου Superior Venosus ASD. Ελέγχθηκαν οι πνευμονικές φλέβες οι οποίες εκβάλλουν στον αριστερό κόλπο, χωρίς να μπορεί να καταστεί σαφής η εκβολή της δεξιάς άνω πνευμονικής φλέβας (Εικόνα 1). Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς, που ακολούθησε, επιβεβαίωσε τα ανωτέρω ευρήματα και ανέδειξε την εκβολή της δεξιάς άνω πνευμονικής φλέβας στην άνω κοίλη φλέβα (Εικόνα 2). Η ασθενής τρεις μήνες αργότερα, υποβλήθηκε σε επιτυχή χειρουργική αποκατάσταση με αυτόλογο περικαρδιακό εμφάλωμα στο ASD και αποκατάσταση ροής της πνευμονικής φλέβας στο αριστερό κόλπο μέσω του ASD. **Συμπερασματικά**, το SVASD είναι μια σπάνια διαταραχή που μπορεί να διαλάθει της διάγνωσης. Επισημαίνεται πως η ανεξήγητη υπερφόρτωση όγκου της δεξιάς κοιλίας, μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη για τη διάγνωση του SVASD.



Εικόνα 1. TOE 0° ροή από αριστερά προς τα δεξιά και 3 D απεικόνιση του ελλείμματος.



Εικόνα 2. ΤΟΕ 0° ανώμαλη εκβολή δεξιάς άνω πνευμονικής φλέβας.

ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ Ρ (Ρ WAVE AREA) ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΑΓΓΕΑΚΩΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΝ (PVR)

Α. Μπατσούλη¹, Α. Μεγαρισιώτου¹, Π.-Ν. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα¹, Π. Παπακωνσταντίνου¹, Ε. Δήμα², Κ. Αργυρόπουλος¹, Α. Αναγνώστου¹, Σ. Ζιώγου¹, Σ. Πετροπούλου¹, Θ. Στυλιάρης¹, Π. Σαλάτα¹, Ι. Λακουμέντας¹, Π. Νιάρχου¹, Ε. Πράππα¹, Π. Γουνόπουλος¹, Α. Άνθη², Σ. Ορφανός², Α. Κοτανίδου², Σ. Ξυδώνας¹

¹Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ και Ιατρείο Πνευμονικής Υπέρτασης, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός-Εισαγωγή: Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) ως πρόσθετο διαγνωστικό εργαλείο στην εκτίμηση της πνευμονικής υπέρτασης (PH). Η επιφάνεια του κύματος Ρ (Pwavearea) είναι μια παράμετρος του κύματος Ρ που σχετίζεται με τη διάταση του αριστερού κόλπου. Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με επιφάνεια του κύματος Ρ και τη συσχέτιση του με παραμέτρους όπως οι PVR σε ασθενείς με πνευμονική υπέρταση (PH). Σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε τη σχέση μεταξύ Pwavearea και PVR.

Υλικά-Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς με PH που παρακολουθούνται στο ιατρείο πνευμονικής υπέρτασης του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» την περίοδο 2021-2023. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε δεξιό καρδιακό καθετηριασμό υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση με χρήση καθετήρα Swan-Ganz και προσπέλαση διαμέσου δεξιάς έσω σφαγίτιδας ή μηριαίας φλέβας. Έγινε μέτρηση των ενδοκαρδιακών πιέσεων στο τέλος της εκπνοής σύμφωνα με το πρωτόκολλο. Η PVR ($[Mrap - PAWP]/CO$) υπολογίστηκε για κάθε ασθενή. Εντός 24 ωρών από το

δεξιό καθετηριασμό (RHC) όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ΗΚΓ 12 απαγωγών σε ύπτια θέση.

Η Pwavearea υπολογίστηκε στην απαγωγή II με τον τύπο: Pwavearea (επιφάνεια κύματος Ρ) = $\frac{1}{2}$ διάρκεια Ρ κύματος * δυναμικό κύματος Ρ (φυσιολογική τιμή: $<4ms \times mV$).

Αποτελέσματα: Πενήντα (50) ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση (33 γυναίκες; ποσοστό 66%). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 61.8 ± 13.3 έτη. Οι ασθενείς χωρίστηκαν με βάση την ταξινόμηση κατά WHO για PH σε 4 ομάδες: 72% (n=36) στην ομάδα 1 PH, 10% (n=5) στην ομάδα 2 PH, 6% (n=3) στην ομάδα 3 PH και 12% (n=6) στην ομάδα 4 PH. Η μέση τιμή Pwavearea ήταν $6.17 \pm 2.53 ms \times mV$. Η μέση τιμή PVR ήταν $5.3 \pm 3.02 mmHg \times min/l$.

Η επιφάνεια του κύματος Ρ σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τη PVR ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Η επιφάνεια του κύματος Ρ συσχέτιστηκε σημαντικά με τη PVR. Η επιφάνεια του κύματος Ρ μπορεί να χρησιμεύσει ως αναίμακτο εργαλείο εκτίμησης σοβαρότητας της πνευμονικής υπέρτασης.

ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ RBM20

Ι. Λιατάκης, Π. Νιάρχου, Σ. Γεωργόπουλος, Π.-Ν. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα, Κ. Αναγνώστου, Α. Ταλφανίδου, Μ. Μαμαλουκάκη, Σ. Ζιώγου, Π. Σαλάτα, Σ. Φωτάκης, Ε. Πράππα, Σ. Ξυδώνας

Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι μυοκαρδιοπάθειες είναι η πιο συχνή αιτία νεανικού αιφνιδίου θανάτου. Η διατατική μυοκαρδιοπάθεια, χαρακτηρίζεται από ανεξήγητη διάταση και/ή συστολική δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας που δεν δύναται να αποδοθεί σε στεφανιαία νόσο ή συνθήκες αυξημένης φόρτισης (για παράδειγμα σε αρτηριακή υπέρταση ή βαλβιδική καρδιακή νόσο). Πρόκειται για μία από τις βασικές αιτίες καρδιακής ανεπάρκειας με επίπτωση που υπολογίζεται στο 0.4% στο γενικό πληθυσμό. Στην εκδήλωση της νόσου φαίνεται να συμβάλλει μια ευρεία γκάμα αιτιολογικών παραγόντων, κεντρικό ρόλο, όμως, φαίνεται να διαδραματίζει η γενετική προδιάθεση και η αλληλεπίδραση αυτής με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Μέχρι στιγμής έχουν εντοπιστεί πάνω από 50 γονίδια τα οποία σχετίζονται με την πάθηση.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περιστατικό 19χρονης ασθενούς με φαινότυπο διατατικής μυοκαρδιοπάθειας. Παραπέμφθηκε στο Τμήμα μας λόγω συμπτωματικής κοιλιακής αρρυθμιογένειας (ζάλη/αίσθημα παλμών λόγω υψηλού φορτίου εκτάκτων κοιλιακών συστολών και πολλαπλών επεισοδίων μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας), παρά τη λήψη β αναστολέα στη μέγιστη για εκείνην ανεκτή δόση, για περαιτέρω αντιμετώπιση. Εκ του ατομικού ιστορικού προκύπτει λέμφωμα/λευχαιμία Β-κυτταρικής προέλευσης (διαγνωσθείσα το 2006 και για την οποία η ασθενής έλαβε χημειοθεραπευτικά σχήματα έως και το 2008). Εκ του οικογενειακού ιστορικού περιγράφεται προ έτους διάγνωση διατατικής μυοκαρδιοπάθειας και σοβαρού βαθμού καρδιακής ανεπάρκειας στη μητέρα της, η οποία υπεβλήθη και σε εμφύτευση μόνιμου διαφλέβιου απινιδωτή για πρωτογενή πρόληψη. Το καρδιογράφημα ηρεμίας της ασθενούς μας ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με πολλαπλές έκτακτες κοιλιακές συστολές, μορφολογίας LBBB με κατώτερο άξονα. Το υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε διάταση αριστερής κοιλίας με μέτρια συστολική δυσλειτουργία (κλάσμα εξώθησης περίπου 35%), ενώ στο Holter ρυθμού διαπιστώθηκε εκ νέου, υψηλό φορτίο εκτάκτων κοιλιακών συστολών (10.300/24ωρο) καθώς και πολλαπλά επεισόδια μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας. Διενεργήθηκαν όψιμα δυναμικά με ανάδειξη και των 3 παραμέτρων ως αρνητικών ενώ η ασθενής υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς, που δεν ανέδειξε

οίδημα ή ίνωση στο μυοκάρδιο. Ετέθη σε βέλτιστη αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας βάσει των τρεχουσών κατευθυντηρίων οδηγιών και επιπλέον προτάθηκε και τελικά, κατόπιν ενυπόγραφης συγκατάθεσης της ασθενούς, διενεργήθηκε γονιδιακός έλεγχος (τεχνολογία μαζικής αλληλούχισης επόμενης γενιάς – Next Generation Sequencing -NGS ο οποίος και ανέδειξε τη μετάλλαξη NC_000010.10:g.112572055C>T, NM_001134363.2: c.1900C>T, p.(Arg634Trp) στο γονίδιο RBM20. Στην ασθενή προτάθηκε κατόπιν αυτού και τελικά κατόπιν συγκατάθεσής της, διενεργήθηκε εμφύτευση μόνιμου διαφλέβιου απινιδωτή για πρωτογενή πρόληψη. Λόγω εμμένουσας κοιλιακής αρρυθμιογένειας (πολλαπλά επεισόδια μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας, υψηλό φορτίο κοιλιακής εκτοπίας) παρά τη βέλτιστη αντιαρρυθμική αγωγή, τελικά διενεργήθηκε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και κατάλυση της αρρυθμίας της.

Αποτελέσματα: Κατά το διάστημα παρακολούθησής της μέχρι και σήμερα δεν έχουν πραγματοποιηθεί εκφορτίσεις του απινιδωτή, ενώ μετά την επέμβαση κατάλυσης το φορτίο της κοιλιακής αρρυθμιογένειας έχει σημαντικά περιοριστεί (περίπου 3200 έκτακτες κοιλιακές συστολές/24ωρο). Διενεργήθηκε δε, γονιδιακός έλεγχος στη μητέρα η οποία φάνηκε να φέρει επίσης τη μετάλλαξη, ενώ προγραμματίζεται και για την υπόλοιπη οικογένεια.

Συμπεράσματα: Η μετάλλαξη p.(Arg634Trp) στο γονίδιο RBM20, που φέρει η ασθενής μας, συνδέεται στη διεθνή βιβλιογραφία με κλινικά επιθετικότερη μορφή διατατικής μυοκαρδιοπάθειας. Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν σοβαρού βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια, κακοήθεις αρρυθμίες, ακόμα και ανάγκη για μεταμόσχευση καρδιάς. Παρά ταύτα, η ακριβής επίπτωση και ο παθοφυσιολογικός ρόλος της συγκεκριμένης μετάλλαξης δεν έχουν ακόμα πλήρως διαλευκανθεί, ενώ μελέτες στο μέλλον μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά σε αυτήν την προσπάθεια.

Φαίνεται όμως ότι η γνώση του γενετικού υποστρώματος στις κληρονομικές καρδιακές παθήσεις βοηθάει συχνά στην καλύτερη αντιμετώπισή τους, εφόσον σε περιπτώσεις κακοήθων μεταλλάξεων επιβάλλει στενότερη παρακολούθηση και πρωιμότερη έναρξη επιθετικότερων θεραπειών, ώστε να περιοριστεί ο κίνδυνος αιφνιδίου θανάτου.

ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΩΝΤΑΣ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΡΩΤΟΥΣ ΜΗΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ ΣΤΟ Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Μ. Χρόνη¹, Π. Μπελέκα², Κ. Ματαράγκα², Ε. Πατσάκη³, Δ. Τζούμη⁴, Λ. Βαρυτιμιάδης⁵, Σ. Νανάς⁶, Ι. Καλογερόπουλος⁷, Β. Μαρκάκη⁸

¹Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Τμήμα Λογοθεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ³Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ⁴Τμήμα Εργοθεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁵Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁶Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας και Εντατικής Θεραπείας, ΕΚΠΑ, ⁷Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁸Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η διερεύνηση των κλινικών χαρακτηριστικών και της βαρύτητας της δυσφαγίας των ασθενών του Νοσοκομείου μας, που παραπέμπονται για λογοθεραπευτική αξιολόγηση δυσφαγίας. Η καταγραφή έχει σαν στόχο τόσο την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας στο σοβαρό αυτό πρόβλημα, όσο και την βελτιστοποίηση της λειτουργίας της Διεπιστημονικής Ομάδας.

Μέθοδος: Έγινε αναδρομική ανάλυση της διάγνωσης εισόδου, των κλινικών χαρακτηριστικών κατά το χρόνο παραπομπής, της βαρύτητας της δυσφαγίας και της έκβασης των ασθενών που παραπέμφθηκαν για αξιολόγηση από τον Φεβρουάριο μέχρι τον Απρίλιο του 2023.

Αποτελέσματα: Συνολικά παραπέμφθηκαν για αξιολόγηση δυσφαγίας 136 ασθενείς, ηλικίας 66.8±15.9 (82 άνδρες, 54 γυναίκες). Από αυτούς, το 64% είχαν νόσο του νευρικού συστήματος ως διάγνωση εισόδου ή ως συνοδό νόσο, ενώ το 36% δεν είχαν κάποια τέτοια νόσο. Στο 41% των ασθενών αναφέρθηκε λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού είτε κατά την εισαγωγή είτε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

τους. Παρατεταμένη διασωλήνωση αναφέρθηκε στο 48.5% των ασθενών ενώ η συνολική θνησιμότητα ήταν 27.2%. Το 31.6% έφερε τραχειοστομία και το 67.6% ρινογαστρικό καθετήρα σίτισης την ημέρα της παραπομπής. Το 39.7% είχαν ήπια ή καθόλου δυσφαγία, ενώ το 60.3% είχαν μέτρια ή σοβαρή δυσφαγία. Στο 33.8% των ασθενών διενεργήθηκε ενδοσκοπική αξιολόγηση της κατάποσης (FEES) και στο 2.2% βιντεοφθοροσκόπηση (VFSS). Από τους επιζήσαντες κατά το εξιτήριο στο 56.6% των ασθενών με τραχειοστομία είχε γίνει επιτυχής σύγκλειση, ενώ το 77.1% των ασθενών με ρινογαστρικό σωλήνα σιτίζονταν στοματικά.

Συμπεράσματα: Η σχετιζόμενη με τη δυσφαγία νοσηρότητα και θνησιμότητα στο Νοσοκομείο μας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η έγκαιρη ανίχνευση, διερεύνηση και αντιμετώπιση του προβλήματος μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την έκβαση των ασθενών αυτών. Ο θεράπωντας ιατρός με την βοήθεια της Διεπιστημονικής Ομάδας Δυσφαγίας μπορεί να εξατομικεύει και να προσαρμόζει το θεραπευτικό του πλάνο στις ανάγκες του κάθε ασθενή.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΦΕΣΗ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ CROHN. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Δ. Κοζομπόλη, Α. Χρηστίδου, Χ. Βερετάνος, Τ. Γεωργιάδη, Α. Παπαρίζου, Κ. Αρβανίτης, Ε. Μπέκα, Α. Μουντάκη, Φ. Αλμπάνη, Ι. Μυλωνάς, Γ. Καλόγηρος, Κ. Κουστένης, Δ. Προβή, Κ. Μουσουράκης, Α. Τσατσά, Γ. Νούσιας, Λ. Καραούζας, Μ. Πάτση, Β. Παπαστεργίου, Μ. Μελά, Κ. Κατωπόδη, Χ. Χατζηευαγγελινού, Κ. Βαρυτιμιάδης, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Η νόσος Crohn (CD) ανήκει στην κατηγορία των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου (ΙΦΝΕ), ο επιπολασμός της υπολογίζεται από 10-150 ανά 100.000 πληθυσμού στην Ευρώπη. Χαρακτηρίζεται από χρόνια πορεία και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από αυτήν. Υπολογίζεται ότι το 50% των ασθενών θα χρειαστεί χειρουργική παρέμβαση στα 10 έτη από τη διάγνωση, παρά τη χρήση των νεότερων φαρμάκων.

Σκοπός: Να αξιολογήσουμε τα ποσοστά ύφεσης μεταξύ των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με νόσο Crohn (CD) στο Τμήμα μας την τελευταία τριετία.

Μέθοδοι: Η ενεργότητα της νόσου καθορίστηκε με βάση τον δείκτη ενεργότητας της νόσου Crohn (Crohn's disease activity index - CDAI). Ως κλινική ύφεση μετά από 1 χρόνο παρακολούθησης ορίστηκε ο CDAI <150, η απουσία περιεδρικής νόσου και η απουσία λήψης στεροειδών >3 μήνες. Ως βιοχημική ύφεση ορίστηκε τιμή CRP <1mg/dl και τιμή fecal calprotectin (FC) <150 ug/g (εφόσον η μέτρησή της ήταν εφικτή) σε συνδυασμό με φυσιολογικές τιμές αλβουμίνης. Ως ενδοσκοπική ύφεση ορίστηκε η τιμή SES-CD<3. Ως βαθιά ύφεση ορίστηκε

ο συνδυασμός κλινικής, βιοχημικής και ενδοσκοπικής ύφεσης.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 101 ασθενείς (50.42% γυναίκες, μέση ηλικία 34 έτη), 72 με φλεγμονώδη φαινότυπο (71.28%), 21 στενωτική νόσο (20.79%) και 8 διατρηαινοσυστα νόσο (7.92%). Εικοσιπέντε ασθενείς (24.75%) είχαν περιεδρική νόσο, 28 είχαν και εξωεντερικές εκδηλώσεις (27.72%), ενώ 59 ασθενείς (58.41%) είχαν μέτρια-σοβαρή νόσο (CDAI> 220). Κατά τον πρώτο χρόνο από τη διάγνωση, 62 ασθενείς έλαβαν βιολογικό παράγοντα (61.38%) και πιο συγκεκριμένα αντι-TNF (n=38, 61.29%), vedolizumab (n=11, 17.74%) και ustekinumab (n=13, 20.96%). Μετά από 1 έτος παρακολούθησης 67 ασθενείς εμφάνισαν κλινική ύφεση (66.33%), 53 ασθενείς εμφάνισαν βιοχημική ύφεση (52.47%) ενώ 8 ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση (7.92%). Από τους 101 ασθενείς της μελέτης, στο 1 έτος ενδοσκοπήθηκαν οι 59 και βαθιά ύφεση παρατηρήθηκε στους 15 από αυτούς (25.42%).

Συμπεράσματα: Σε πρωτοδιαγνωσμένους ασθενείς με νόσο Crohn η σωστή χρήση του θεραπευτικού αλγορίθμου οδηγεί σε υψηλά ποσοστά κλινικής ύφεσης (>60%) μετά από 1 χρόνο θεραπείας.

ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΩΝ ΓΛΥΚΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΩΝ (GCR-A) ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Ν.Σ. Λότσιος, Χ.Σ. Βρεττού, Χ. Κεσκινίδου, Α. Χαλιώτη, Γ. Πούπουζας, Γ. Φερεντίνος, Α.Γ. Βασιλείου, Α. Κοτανίδου, Ι. Δημοπούλου

Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός»

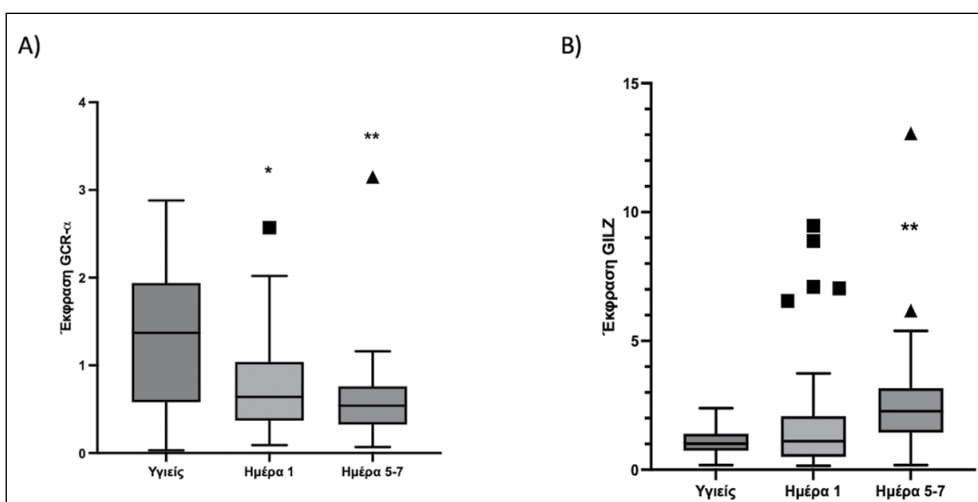
Εισαγωγή: Η δράση των κορτικοστεροειδών, το τελικό προϊόν του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (ΥΥΕ), διαμεσολαβείται τον υποδοχέα των γλυκοκορτικοειδών (GCR), η δυσλειτουργία του οποίου οδηγεί σε αντίσταση στα γλυκοκορτικοειδή. Δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα για την παθοφυσιολογία του υποδοχέα των γλυκοκορτικοειδών σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς με πρωτογενή νευρολογική βλάβη (ΠΝΒ). Τα ευρήματα τέτοιων μελετών θα μπορούσαν ενδεχομένως να ταυτοποιήσουν ασθενείς που θα είχαν όφελος από την εξωγενή χορήγηση κορτικοειδών. Στην παρούσα μελέτη μετρήσαμε τα επίπεδα έκφρασης του GCR-α και του γονιδίου-στόχου του, του επαγόμενου από γλυκοκορτικοειδή φερμουάρ λευκίνης (GILZ), το οποίο τερματίζει τη φλεγμονώδη απόκριση, σε περιφερικά πολυμορφοπύρρηνα κύτταρα (ΠΜΠ) βαρέως πάσχοντων ασθενών με ΠΝΒ.

Μέθοδοι: Προοπτική μελέτη παρατήρησης. Τα κριτήρια αποκλεισμού περιλάμβαναν ασθενείς κάτω των 18 ετών, ασθενείς τελικού σταδίου, εγκυμοσύνη, και προηγούμενη χρήση κορτικοστεροειδών. Η αιμοληψία έγινε σε 2 χρονικά σημεία: Κατά την εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (εντός 48 ωρών) και 5-7 ημέρες αργότερα. Μια ομάδα υγιών εθελοντών με παρόμοια κατανομή φύλου και ηλικίας χρησιμοποιήθηκε ως ομάδα ελέγχου.

ΠΜΠ απομονώθηκαν από τους ασθενείς και τους υγιείς εθελοντές, έγινε εκχύλιση του RNA των, και μέτρηση της έκφρασης του υποδοχέα GCR-α και του GILZ με ποσοτική αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (RT-PCR).

Αποτελέσματα: Από τους 54 ασθενείς, τελικά 48 εντάχθηκαν στο πρωτόκολλο, βάσει των κριτηρίων εισαγωγής/αποκλεισμού. Οι ασθενείς είχαν διαγνωστεί με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, υπαραχνοειδή αιμορραγία, ενδοκρανιακό αιμάτωμα, ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Δεύτερο δείγμα συλλέχθηκε από 27 ασθενείς. Οι ασθενείς είτε εξήλθαν είτε κατέληξαν πριν τη δεύτερη αιμοληψία, είτε έλαβαν υδροκορτιζόνη. Η έκφραση του υποδοχέα GCR-α στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς με ΠΝΒ ήταν υποδιπλάσια σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό και στα 2 χρονικά σημεία (0.64 και 0.54, αντιστοίχως, $p < 0.01$) (Σχήμα 1Α). Αντιθέτως, η έκφραση του GILZ κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ ήταν στα ίδια επίπεδα με τους υγιείς, ωστόσο 5-7 ημέρες αργότερα, ήταν διπλάσια ($p \leq 0.01$) (Σχήμα 1Β).

Συμπέρασμα: Από τα αποτελέσματά μας διαφαίνεται πως ο υποδοχέας GCR-α είναι πιο ευαίσθητος στη δράση της κορτιζόλης, ή έχει μεγαλύτερη συγγένεια για αυτήν, οδηγώντας στην υπερέκφραση του γονιδίου στόχου του, παρά τα χαμηλά επίπεδα έκφρασής του.



Σχήμα 1. Επίπεδα γονιδιακής έκφρασης του υποδοχέα GCR-α (Α) και του GILZ (Β) σε υγιή άτομα και σε δύο χρονικές στιγμές βαρέως πάσχοντων ασθενών με πρωτογενή νευρολογική βλάβη. Η οριζόντια γραμμή εντός των κουτιών αναπαριστά τη διάμεση τιμή και τα όρια αυτών το 1ο και 3ο τεταρτημόριο. Ο στατιστικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της μη παραμετρικής στατιστικής δοκιμασίας Mann-Whitney. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΣ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟΣ ΙΟΣ (RSV): ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 128 ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΟ Γ.Ν.Α. Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Γ.-Ι. Πούπουζας², Ν. Αθανασίου², Κ. Ρανέλλου³, Θ.Γεωργιάδης¹, Γ. Αθανασοπούλου¹, Μ. Ιωάννου¹, Ζ. Ψαρουδάκη³, Ε. Κρανιωτάκη³, Δ. Γκόλα³, Ε. Λίτσιου³, Σ. Ζησοπούλου³, Π. Ανδρικογιαννόπουλος³, Ν. Γιαννιού¹, Α. Ασημάκος¹, Ν. Μαντάς⁵, Δ. Έξαρχος⁵, Κ. Κότσιφας², Ε. Μπαλής², Ι. Δημοπούλου¹, Β. Παπασταμόπουλος⁴, Α. Αργυροπούλου³, Π. Κατσαούνου¹

¹Μονάδα Πνευμονολογίας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»,
²Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»,³Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»,⁴Ε΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»,⁵Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Ο ανθρώπινος συγκυτιακός ιός (RSV) αποτελεί το σημαντικότερο αίτιο νοσηλείας λόγω λοίμωξης αναπνευστικού σε βρέφη και παιδιά ηλικίας <2 ετών. Τα τελευταία χρόνια, ιδίως μετά την πανδημία SARS-COV2, η επίπτωση του ιού αυξήθηκε και στους ενήλικες.

Σκοπός: Η παρουσίαση επιδημιολογικών στοιχείων, κλινικών χαρακτηριστικών και εργαστηριακών μεταβλητών των ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω λοίμωξης αναπνευστικού από τον ιό RSV, καθώς και η συσχέτιση με την έκβαση της νοσηλείας (Πίνακας 1). Συσχέτιση απεικονιστικών ευρημάτων με βάση 2 συστήματα ταξινόμησης (RALE/BRIXIA) με την έκβαση της νοσηλείας.

Υλικό και Μεθοδολογία: Συμπεριλήφθηκαν 128 ασθενείς με θετικό δείγμα PCR για τον ιό RSV, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» την περίοδο 2022-2023. Έγινε ανασκόπηση και καταγραφή πληροφοριών από τον ηλεκτρονικό ατομικό φάκελο των ασθενών, καθώς και ανασκόπηση

ευρημάτων από 32 αξονικές τομογραφίες θώρακα (CT's) και ακτινογραφίες. Τα στοιχεία τα οποία καταγράφηκαν και ο τρόπος οργάνωσης της μελέτης, φαίνονται στο (Σχήμα 1).

Αποτελέσματα:

- Εκατόν είκοσι οκτώ (128) ασθενείς (36.7% άνδρες) με μέση ηλικία τα 72.88 ± 14.04 έτη νοσηλεύτηκαν λόγω νόσησης από τον ιό RSV. Το 52.5% των ασθενών που εξετάστηκαν στο ΤΕΠ χρειάστηκε να νοσηλευτεί.
- Οι γυναίκες ασθενείς είχαν 1.5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσηλευτούν σε σχέση με τους άνδρες (pvalue 0.082, OR 1.53)
- Σημαντική ομάδα υψηλού κινδύνου αποτελούν οι ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) καθώς και αυτοί με καρδιαγγειακή συννοσηρότητα. Συγκεκριμένα 1 στους 4 ασθενείς με ΧΑΠ χρειάστηκαν μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό, ενώ 1 στους 3 χρειάστηκε μηχανικό αερισμό (Πίνακας 2).

Οργάνωση μελέτης- Κριτήρια Εισαγωγής/Αποκλεισμού

- Ημερομηνία λήψης διαγνωστικού test
- Μέθοδος διάγνωσης
- Αποτέλεσμα εξέταση (π.χ. παρουσία >1 αναπνευστικών ιών)
- Ανάγκη για νοσηλεία (αποκλεισμός ασθενών ΤΕΠ)
- Αποκλεισμός ασθενών (Νοσηλεία στην Αιματολογική Κλινική και ασυμπτωματικοί ασθενείς με θετικό PCRtest>4 ημέρες από την εισαγωγή τους)
- Δημογραφικά Χαρακτηριστικά
- Ατομικό Αναμνηστικό
- Συμπτωματολογία και ζωτικά σημεία στο ΤΕΠ

Στοιχεία Νοσηλείας

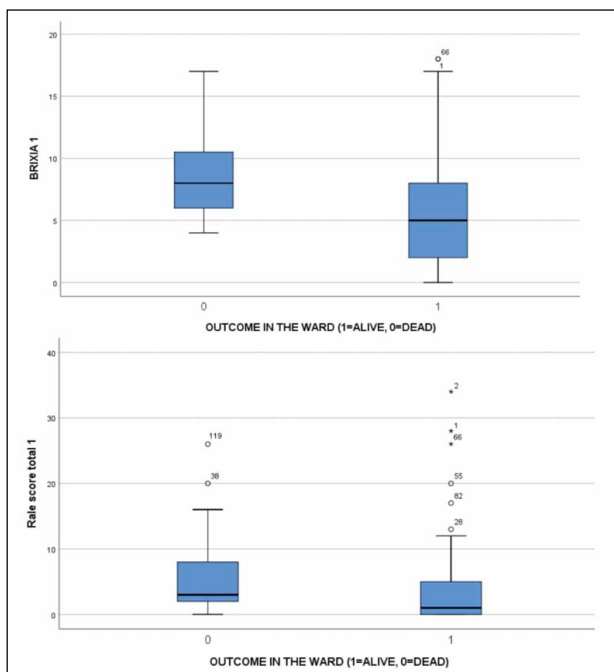
- Εργαστηριακός έλεγχος
- Ανάγκη Οξυγονοθεραπείας
- Απεικονιστικός έλεγχος
- Λήψη αντιβιοτικής αγωγής
- Επιπλοκές-επιλομώξεις κατά την νοσηλεία
- Διάρκεια Νοσηλείας
- Εισαγωγή σε ΜΕΘ
- Θνητότητα

Σχήμα 1. Οργάνωση της μελέτης και αναδρομική καταγραφή δεδομένων.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά, Στοιχεία νοσηλείας, Θνητότητα

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	RSV(N=128)
Σύνολο ασθενών που προσήλθαν στο Νοσοκομείο και ήταν θετικοί στον ιό (N)	217
Ηλικία, Μέση τιμή, τυπική απόκλιση	72.88±14.04
Φύλο (άνδρες), %	36.7%
Συννοσηρότητα, %	95.9%
ΧΑΠ	32%
Ασθμα	13.1%
Καρδιαγγειακή νόσος	35.5%
Ανοσοκαταστολή*	28.3 %
Κάπνισμα	60.2%
Διάρκεια συμπτωματολογίας σε ημέρες, Μέση τιμή, Διάμεσος	3.55 ημ. (Διάμεσος 3ημ.)
Πυρετός	41.8%
Βήχας	62.3 %
Δύσπνοια	58.2 %
Συνλοίμωξη SARS-COV2	6.3%
Συνλοίμωξη ημερίτη	3.1%
Ανάγκη οξυγονοθεραπείας	76%
Ανάγκη Μη Επεμβατικού Μηχανικού Αερισμού	13.3%
Διασωλήνωση	8.4%
Διάρκεια νοσηλείας σε ημέρες, Μέση τιμή, Διάμεσος	11.74ημ. (Διάμεσος 8ημ.)
Θάνατοι κατά την διάρκεια νοσηλείας	16.4 %

*HIV+, Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, Συμπαγής Όγκος, Αιματολογική κακοήθεια, Θεραπεία με κορτικοστεροειδή/anti-TNF/ανοσοκατασταλτικά



Σχήμα 2. Συγκριτικός έλεγχος BRIXIA και RALE score σε σχέση με την έκβαση της νοσηλείας.

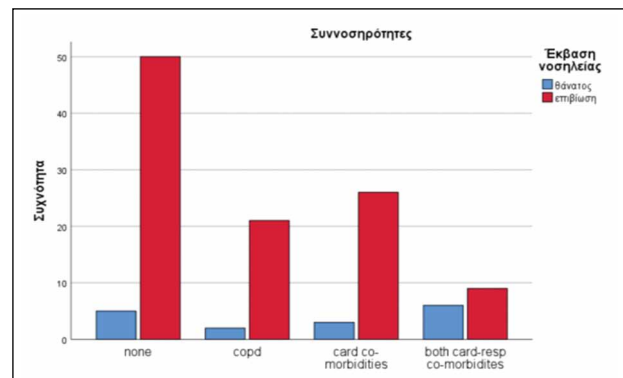
Πίνακας 2. Ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ).

Ασθενείς με ΧΑΠ	RSV
Ασθενείς με ΧΑΠ, N (% του συνόλου)	32%
Ηλικία, μέση τιμή	73.31±11.45έτη
Φύλο (Γυναίκες)	64.1%
Διάρκεια Νοσηλείας σε ημέρες, διάμεσος	8 (IQR 10)
Μηχανικός αερισμός (Διασωλήνωση ή MEMA)	37.8% p value <0.05
Μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός, %	27% p value <0.05
Θνητότητα, (p value)	17.9% p value: 0.124

Ασθενείς με ΧΑΠ και καρδιαγγειακή συννοσηρότητα είχαν στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη πιθανότητα δυσμενούς κατάληξης της νοσηλείας του (Σχήμα 3).

- Τα RALE και BRIXIA score ήταν υψηλότερα σε ασθενείς που χρειάστηκαν νοσηλεία σε ΜΕΘ καθώς και σε αυτούς που κατέληξαν. Το BRIXIA score ήταν υψηλότερο σε ασθενείς με ΧΑΠ που χρειάστηκαν μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό (Σχήμα 2).

Συμπέρασμα: Ο RSV αποτελεί ένα σημαντικό αίτιο νοσηλείας και θνητότητας ιδιαίτερα σε ασθενείς με χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και καρδιαγγειακή συννοσηρότητα. Για το λόγο αυτό ζωτικής σημασίας κρίνεται η πρόληψη και η ανίχνευση των ομάδων υψηλού κινδύνου, ώστε να λάβουν έγκαιρη φροντίδα.



Σχήμα 3. Συμπαρούσα καρδιοαναπνευστική συννοσηρότητα και έκβαση νοσηλείας.

ΕΙΔΙΚΑ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΩΝ ΑΝΤΙΓΟΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΙΘΑΝΗ ΝΟΣΟ GRAVES

Α. Μπλέτσα¹, Ε. Κόντου¹, Κ. Αμπελακιώτου¹, Σ. Πομώνη¹, Ι. Καρατάς¹, Α. Λεμονή¹,
Κ. Σουφλερός¹, Μ. Πρατικάκη², Α. Τσιρογιάννη¹

¹Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Βιοχημικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η νόσος του Graves (GD), η συχνότερη αιτία υπερθυρεοειδισμού, είναι μία αυτοάνοση νόσος που υπερέχει στις γυναίκες και έχει μεγαλύτερη επίπτωση στις ηλικίες 40-60. Κύρια εργαστηριακά χαρακτηριστικά της νόσου είναι η παρουσία ειδικών αντισωμάτων στον ορό έναντι υποδοχέα TSH (TRAb), έναντι θυρεοειδικής υπεροξειδάσης (anti-TPO) και έναντι θυρεοσφαιρίνης (anti-TG).

Σκοπός: Μελέτη και αξιολόγηση των επιπέδων ειδικών αυτοαντισωμάτων έναντι θυρεοειδικών αντιγόνων (TRAb, anti-TPO και anti-TG) σε ασθενείς στο πλαίσιο διερεύνησης νόσου Graves και σύγκριση με τιμές της θυρεοειδικής ορμόνης TSH.

Υλικό-Μέθοδοι: Σε διάστημα 18 μηνών έγινε αναζήτηση TRAb σε 194 νοσηλευόμενους ασθενείς με πιθανή νόσο Graves, με τη μέθοδο ELISA. Ελέχθησαν επιπλέον τα ειδικά αντισώματα anti-TPO, anti-TG καθώς και η TSH με μέθοδο χημειοφωταύγειας (ECLIA) και έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα: Σε 194 δείγματα ορών ασθενών με πιθανή νόσο Graves θετικά TRAb παρατηρούνται σε 78 (40.2%) και αφορούν κυρίως σε γυναίκες 56/78 (71.8%), ενώ το ηλικιακό φάσμα κυμαίνεται μεταξύ 18-87 (μέσο όρο 52.7 έτη). Τα επίπεδα TRAb (τιμή αναφοράς <1.5IU/ml) κυμαίνονται μεταξύ 1.6-77.2 IU/L με μέση τιμή 11.1. Σε 50 ασθενείς (64.1%) παρατηρήθηκε υπερθυρεοειδισμός (TSH<0.2), 12 ασθενείς (15.4%) παρουσίασαν υποθυρεοειδισμό, ενώ 16 (20.5%) ήταν ευθυρεοειδικοί. Αρνητικά anti-TPO και anti-TG είχαν 21 ασθενείς (26.9%), θετικά anti-TPO ανιχνεύθηκαν σε 14 ασθενείς (17.9%), ενώ και τα δύο αντισώματα ήταν θετικά στο 55.1%. Η μέση τιμή θετικών δειγμάτων anti-TPO (τιμή αναφοράς 0-34 IU/ml) κυμαίνεται στο 294.5, ενώ των anti-TG (τιμή αναφοράς 0-115 IU/ml) στο 939.

Συμπεράσματα: Η ανίχνευση υψηλών τίτλων αυτοαντισωμάτων και ιδιαίτερα των TRAb θεωρείται παθογνωμονική της νόσου Graves. Η έγκαιρη αναζήτησή τους είναι καθοριστική για την άμεση θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό.

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ 80 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Χρόνη¹, Α. Κόβατς¹, Χ. Βουρλάκου²

¹Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι παρωτιδικοί όγκοι αποτελούν το 3-4 % των όγκων κεφαλής και τραχήλου και εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία, όσον αφορά την ιστολογία και την κλινική τους εικόνα. Η διάγνωση περιλαμβάνει απεικόνιση και βιοψία δια λεπτής βελόνης. Παρ' όλα αυτά, κανένα από τα διαγνωστικά αυτά εργαλεία δεν αποτελεί ιστολογική εξέταση και υπάρχουν περιπτώσεις που το αποτέλεσμα της ιστολογικής είναι διαφορετικό από το αναμενόμενο.

Σκοπός: Ο σκοπός της εργασίας μας είναι η ανάλυση των δεδομένων σε 80 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε παρωτιδεκτομή, τόσο σε σχέση με τον προεγχειρητικό έλεγχο όσο και με τα ιστολογικά ευρήματα.

Υλικό και μέθοδοι: Στην εργασία αυτή παρουσιάζουμε 80 περιστατικά που προσήλθαν λόγω νεοπλασματος παρωτίδας. Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς αυτοί προσήλθαν λόγω ψηλαφητού μορφώματος στη περιοχή της παρωτίδας, εκτός από 4 ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν λόγω διάγνωσης του νεοπλασματος κατά τη διενέργεια

PET στο πλαίσιο της διερεύνησης για άλλο νεόπλασμα.

Μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 57 έτη. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε καλοήθεις όγκους σε 67 ασθενείς και 13 ασθενείς με κακοήθη νεοπλασμάτα (3 acinic cell, 1 salivary duct, 1 μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα, 2 αδενοκυστικό, 2 βλεννοεπιδερμοειδή, 3 πλακώδη, 1 μελάνωμα). Η FNA δεν έδειξε κακοήθεια σε 5 από τους ασθενείς που η τελική ιστολογική εξέταση ήταν κακοήθεια. Δεν παρατηρήθηκε πάρεση του προσωπικού νεύρου (σε δύο περιστατικά που υπήρχε πάρεση VII προεγχειρητικά, αυτή δεν βελτιώθηκε). Συμπληρωματική θεραπεία με ακτινοθεραπεία με ή χωρίς χημειοθεραπεία έλαβαν οι 10 από τους ασθενείς με κακοήθεια.

Συμπεράσματα: Στη συγκεκριμένη εργασία υπήρχαν 5 περιστατικά ασθενών που η FNA δεν ανέδειξε την ύπαρξη κακοήθειας. Η παρωτιδεκτομή είναι μία ασφαλής θεραπευτική αντιμετώπιση, που επιτρέπει την ιστολογική ταυτοποίηση του όγκου έτσι ώστε να είναι δυνατή η εξατομικευμένη θεραπεία.

ΧΡΗΣΗ «ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΔΙΑΣΩΣΗΣ» ΓΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΥΣΚΟΛΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ ΣΤΗΝ ERCP

Β. Παπαστεργίου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Ε. Αρχαύλης, Ι. Μυλωνάς, Α. Μουντάκη, Κ. Κουστένης, Χ. Βερετάνος, Τ. Γεωργιάδη, Ε. Μπέκα, Γ. Νούσιας, Κ. Μουσουράκης, Γ. Καλόγηρος, Α. Παπαρίζου, Δ. Προβή, Κ. Αρβανίτης, Φ. Αλμπάνη, Δ. Κοζομπόλη, Μ. Πάτση, Λ. Καραούζας, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Κ. Κατωπόδη, Χ. Χατζευαγγελινού, Ε. Βιέννα, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Η ανάστροφη ενδοσκοπική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP) αποτελεί μέθοδο εκλογής για τη διάγνωση και θεραπεία νοσημάτων από τα χοληφόρα και το πάγκρεας. Ωστόσο, σε ποσοστό 5-20% ο εκλεκτικός καθετηριασμός του χοληδόχου πόρου δεν είναι εφικτός με τη χρήση της συμβατικής τεχνικής. Διάφορες «τεχνικές διάσωσης» προτείνονται για την αντιμετώπιση περιπτώσεων «δύσκολου» καθετηριασμού του χοληδόχου πόρου. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται η pre-cut θηλοτομή (needle-knife precut, NKP), η τεχνική με δύο οδηγά σύρματα (double-guidewire technique, DGT) και η διαπαγκρεατική pre-cut θηλοτομή (transpancreatic pre-cut papillotomy, TRPP). Ωστόσο, τα κλινικά δεδομένα σε σχέση με τη χρήση τους παραμένουν περιορισμένα.

Σκοπός: Να μελετηθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα των NKP, DGT και TRPP.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα ασθενών που υπεβλήθησαν για πρώτη φορά σε ERCP, μεταξύ 1/2022 και 7/2023, αναλύθηκαν αναδρομικά. Πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν ο επιτυχής καθετηριασμός του χοληδόχου πόρου με χρήση των τεχνικών NKP, DGT και TRPP. Περιπτώσεις όπου δύο οι περισσότερες τεχνικές διάσωσης χρησιμοποιήθηκαν διαδοχικά, προσμετρήθηκαν ως αποτυχία της πρώτης

εφαρμοζόμενης τεχνικής. Δευτερεύον καταληκτικό σημείο ήταν η εμφάνιση επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Στο διάστημα της μελέτης διενεργήθηκαν συνολικά 559 ERCP. Χρήση τεχνικών διάσωσης λόγω αδυναμίας καθετηριασμού με την στάνταρ τεχνική, παρατηρήθηκε σε 67/559 (11.98%). Σε 5/67 περιπτώσεις καταγράφηκε δύο ή τριών τεχνικών διάσωσης. Η τεχνική που πιο συχνά χρησιμοποιήθηκε ως πρώτη προσέγγιση διάσωσης ήταν η NKP (52/67, 77.6%), ακολουθούμενη από την TRPP (10/67, 14.9%) και την DGT (5/67, 7.5%). Το συνολικό ποσοστό επιτυχούς καθετηριασμού με χρήση τεχνικών διάσωσης ήταν 45/67 (67.2%): 34/52 (65.4%) για την NKP, 8/10 (80%) για την TRPP και 3/5 (60%) για την DGT ($p=0.62$). Επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε 11/67 (16.4%): 7 περιπτώσεις post-ercp παγκρεατίτιδας, 1 αιμορραγία, 1 διάτρηση και 2 περιπτώσεις post-ercp χολαγγειίτιδας. Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά επιπλοκών μεταξύ των τριών τεχνικών (NKP: 17.3%, TRPP: 20%, DGT: 0%, $p=0.69$).

Συμπεράσματα: Για περιπτώσεις αδυναμίας καθετηριασμού με τη στάνταρ τεχνική ERCP, η χρήση «τεχνικών διάσωσης» φαίνεται να είναι αποτελεσματική και ενέχει αποδεκτό κίνδυνο επιπλοκών.

ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ AVELUMAB ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΣΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΣΕΙΡΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

N. Αλεβιζόπουλος, Β. Ωραιόπουλος, Α. Δημητριάδου

Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή και σκοπός: Η χημειοθεραπεία με πλατίνα αποτελεί τη συνήθη κλινική πρακτική διαχείριση στα προχωρημένα ουροθηλιακά καρκινώματα ως θεραπεία πρώτης γραμμής. Η παράταση της επιβίωσης και το επιμηκυμένο διάστημα χωρίς πρόοδο νόσου εξακολουθεί να είναι επιτακτική ανάγκη. Η διαπιστούμενη ανοχή απέναντι στα γνωστά χημειοθεραπευτικά εμμένει ως μείζον θεραπευτικό πρόβλημα. Η εισαγωγή του ανοσοθεραπευτικού μορίου **avelumab** (μιας κατηγορίας immune check point inhibitor) ως θεραπεία συντήρησης μετά από χορήγηση 4-6 κύκλων gemcitabine και cisplatin/ή carboplatin, βασιζόμενη στο javelin clinical trial φαίνεται να αποκτά ολοένα και περισσότερη κλινική αποδοχή και να εφαρμόζεται σε πολλούς ασθενείς που δεν αντέχουν τις τοξικότητες της κλασσικής χημειοθεραπευτικής αγωγής.

Μέθοδοι και υλικά: Έγινε ανασκόπηση ιατρικών φακέλων ασθενών με ουροθηλιακά μεταστατικά καρκινώματα και ανευρέθηκαν 37 ασθενείς με ανεγχείρητο τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό καρκίνο ουροθηλιακό, που έλαβαν αρχικά χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής και εν συνεχεία ετέθησαν σε συντήρηση με εγκεκριμένη ανοσοθεραπεία με avelumab ή παρακολούθηση Βασικός σκοπός, να συγκριθούν τα καταγεγραμμένα δεδομένα με τα αντίστοιχα στη δημοσίευση της κλινικής δοκιμής javelin. Θα παρουσιαστούν δεδομένα του διαστήματος ελευθέρου νόσου (PFS) αλλά και της επιβίωσης των ασθενών. Θα παρατεθούν επίσης και δεδομένα ως προς την ασφάλεια και το αποτέλεσμα των χορηγήσεων ή εκβάσεων των παρατηρούμενων ανεπιθύμητων συμβαμάτων.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία συντήρησης με avelumab ήταν 17, στους οποίους παρατηρήθηκε σημαντική παράταση ζωής συγκριτικά με τους

υπόλοιπους 20 που αρνήθηκαν οποιαδήποτε θεραπεία συντήρησης και προτίμησαν μόνο παρακολούθηση. Η επιβίωση στον πρώτο χρόνο ήταν 90% στην ομάδα του avelumab και 40% στην ομάδα παρακολούθησης. Η καταγεγραμμένη μέση παράταση επιβίωσης ανήρχετο σε 22 μήνες έναντι 12 μηνών στην παρακολούθησης ομάδα (HR : 0.69, $p < 0.001$). Η μέση περίοδος άνευ προόδου νόσου ήταν 6 μήνες στην ομάδα που έλαβε avelumab και 2 μήνες στην ομάδα παρακολούθησης (HR: 0.60). Η επίπτωση ανεπιθύμητων ενεργειών από οποιαδήποτε αίτια ήταν 10% στην ομάδα του avelumab. Η επίπτωση ανεπιθύμητων ενεργειών βαθμού 3 και άνω ήταν 50% και 10% αντιστοίχως. Οι κυρίες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν διάρροια και απορρύθμιση της λειτουργίας του θυρεοειδούς.

Όλες αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς βάση των σχετικών κατευθυντήριων οδηγιών. Δεν καταγράφηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες με θανατηφόρο έκβαση.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία συντήρησης με avelumab μπορεί να επιμηκύνει σημαντικά την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο ουροθηλιακό, και να διασφαλίσει ικανό διάστημα χωρίς πρόοδο νόσου μετά την ολοκλήρωση των πρώτων κύκλων απαιτούμενης χημειοθεραπείας συγκριτικά με την παλαιότερα προσφερόμενη σε ανάλογες περιπτώσεις παρηγορητική θεραπεία. Η κλινική δοκιμή javelin προσφέρει σημαντικά δεδομένα που επιβεβαιώνονται με real world data σε ασθενείς που διατίθενται να παρατείνουν τη θεραπευτική τους ανταπόκριση πέραν της χημειοθεραπείας πρώτης γραμμής. Η αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια χορήγησης ανοσοθεραπείας αποτελεί στις μέρες μας ικανή και πολλά υποσχόμενη θεραπευτική επιλογή.

ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ ΘΕΡΜΙΚΟ ΚΑΙ ΕΙΣΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΕΓΚΑΥΜΑ. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

**Χ. Μιχαλόπουλος, Σ. Δρακόπουλος, Α. Κορωναίου, Ρ. Ποταμίτου, Γ. Αλμπάνης, Γ. Πατρινιός,
Α. Κυριακόπουλος, Α. Ζώτου, Π. Γιαννόπουλος, Μ. Κοτρώτσιου**

Τμήμα Πλαστικής, Επανορθωτικής & Αισθητικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Το έγκαυμα είναι μια από τις βαρύτερες τραυματικές κακώσεις που μπορεί να υποστεί ο άνθρωπος. Δεν αποτελεί μια επιφανειακή νόσο, επειδή αφορά το δέρμα και τους βλεννογόνους, αλλά μια συστηματική νόσο, στην οποία συμμετέχει όλος ο ανθρώπινος οργανισμός.

Μέθοδοι: Ασθενής θήλυ 75 ετών, προσήλθε με ΕΚΑΒ στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών του Ευαγγελισμού κατά τη γενική εφημερία, μετά από αναφερόμενη πυρκαγιά από θερμαντικό σώμα σε κλειστό χώρο. Η ασθενής έφερε πολλαπλά εγκαύματα μερικού και ολικού πάχους σε πρόσωπο, τραχηλική χώρα, άνω άκρα (άκρα χείρα άμφω), αυχενική χώρα καθώς και ράχη.

Η ασθενής διατηρούσε ικανοποιητικό επίπεδο επικοινωνίας, ήταν ταχυπνοική και ταχύκαρδη, με εμφανή σημεία και συμπτώματα εισπνοής καπνού (τέφρα και αιθάλη σε πρόσωπο, ρώθωνες και πέριξ της στοματικής κοιλότητας), η οποία τεκμηριώθηκε και εργαστηριακά (sO₂: 94% σε μάσκα επανεισπνοής, ABGs: pO₂:117, pCO₂: 27.5, MetHb:3.8%, COHb: 17%).

Υποστηρίχθηκε αιμοδυναμικά με εντατική χορήγηση υγρών. Διενεργήθηκε επείγουσα λαρυγγοσκόπηση από το Τμήμα ΩΡΛ με ανάδειξη ήπιου οιδήματος φωνητικών χορδών και λάρυγγα.

Μετά από ΜΕΘ και αναισθησιολογική εκτίμηση αποφασίσθηκε η διασωλήνωση της ασθενούς, με σκοπό τη διασφάλιση του επαπειλούμενου αεραγωγού. Κατόπιν, η

ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου διενεργήθηκε επείγουσα προφυλακτική τραχειοστομία και στη συνέχεια στη ΜΕΘ του Νοσοκομείου μας, για περαιτέρω νοσηλεία και υποστήριξη.

Αποτελέσματα: Η ασθενής νοσηλεύτηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και κατόπιν στην Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου μας και υπεβλήθη σε τρεις χειρουργικές επεμβάσεις προς αποκατάσταση των εγκαυματικών επιφανειών. Στη χειρουργική αίθουσα αφαιρέθηκαν όλοι οι νεκρωτικοί ιστοί και λήφθηκαν δερματικά μοσχεύματα μερικού πάχους (δότρια περιοχή η πρόσθια επιφάνεια του αρ. μηρού) καθώς χρησιμοποιήθηκαν και τεχνητά χόρια.

Συζήτηση: Η ασθενής εξήλθε μετά από 90 ημέρες νοσηλείας και ακολούθησαν τακτικές αλλαγές των τραυμάτων της στα εξωτερικά ιατρεία Πλαστικής Χειρουργικής. Η πρόσληψη των δερματικών μοσχευμάτων ήταν ικανοποιητική και δεν χρειάστηκαν περαιτέρω χειρουργικές επεμβάσεις.

Συμπέρασμα: Το θερμικό έγκαυμα είναι ένας τραυματισμός, ο οποίος εάν αντιμετωπισθεί σωστά μπορεί να μην αφήσει στις περισσότερες περιπτώσεις ουδεμία αναπηρία. Αντίθετα, η ανορθόδοξη αντιμετώπισή του, δημιουργεί μεγάλους κινδύνους, τόσο για την ζωή του εγκαυματία, όσο και για την περαιτέρω αποκατάστασή του στον κοινωνικό και εργασιακό χώρο (δυσμορφίες, αναπηρίες κλπ).

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Χ. Βούλγαρη¹, Α. Σιαμπάνος¹, Λ. Κότσιφας¹, Π. Χριστοδούλου¹,
Ν. Δημητροκάλλης², Β. Παπασταμόπουλος¹

¹Ε΄ Παθολογική Κλινική-Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Α΄ Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η κολονοσκόπηση είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για τη διάγνωση και αντιμετώπιση των νοσημάτων του παχέος εντέρου με χαμηλά ποσοστά θνητότητας. Είναι μια ασφαλής μέθοδος με πολλές εφαρμογές στην καθημερινή κλινική πράξη. Η διάτρηση εντέρου είναι μια σπάνια επιπλοκή της κολονοσκόπησης (0.01-0.6%). Περιγράφεται ασθενής με διάτρηση εντέρου μετά από κολονοσκόπηση και η αντιμετώπισή της.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής ετών 84 προσεκομίσθη μέσω ΕΚΑΒ στο Παθολογικό ΤΕΠ για κοιλιακή διάταση και άλγος υπογαστρίου αναφερόμενα από ημερών. Από το ατομικό αναμνηστικό σημειώνονται: Καρδιακή ανεπάρκεια, κολπική μαρμαρυγή, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και πνευμονική υπέρταση. Αναφέρει πρόσφατη κολονοσκόπηση για αφαίρεση δυο πολυπόδων παχέος εντέρου μεγέθους 1.2cm με ιστολογική ανάδειξη σωληνώδους αδενώματος χαμηλής κακοήθειας. Από την αντικειμενική εκτίμηση: ΑΠ 120/80mmHg, σφύξεις: 100/λεπτό, απύρετος, SatO₂ 97% (ρινική κάνουλα 4Lt). Εκ της κοιλίας: Διάταση ως επί ασκитικής συλλογής, ανώδυνη, με παρόντες εντερικούς ήχους και μετακινούμενη αμβλύτητα. Από τα λοιπά συστήματα: Χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο Διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση (WBCs 14.010 K/μL), αυξημένη CRP (22.4mg/dL), ουρία (55mg/dL) και υπερχολερυθριναιμία (ολική χολερυθρίνη 3.2mg/dL, άμεση χολερυθρίνη 1.65mg/dL). Από το υπερηχογράφημα κοιλίας αναδείχθηκε ασκитική συλλογή σε όλους τους κοιλιακούς χώρους, χωρίς άλλη παθολογία. Έγινε εισαγωγή του ασθενούς στην Κλινική μας για περαιτέρω αντιμετώπιση. Υποβλήθηκε σε εκκενωτική παρακέντηση κοιλίας και τοποθέτηση arrow. Παροχετεύθηκαν 5Lt αιματηρού υγρού και από τις βιολογικές εξετάσεις προέκυψαν: 240.000 κύτταρα (32.000 ερυθρά) και διαφορά αλβουμίνης ορού-ασκίτη (SAAG) 1.0. Έγινε εμπειρική έναρξη κεφτριαξόνης 2gr ως επί

δευτεροπαθούς βακτηριακής περιτονίτιδας. Διενεργήθη αξονική τομογραφία άνω/κάτω κοιλίας και αγγειογραφία που ανέδειξαν διάτρηση παχέος εντέρου (ανιόν κόλον) με ελεύθερο αέρα εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας χωρίς ενεργό εξαγγείωση. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στη Χειρουργική Κλινική.

Αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά με ουδέν από του στόματος, έναρξη παρεντερικής σίτισης και συνέχιση αντιμικροβιακής αγωγής. Έγινε επαναληπτική αξονική τομογραφία κοιλίας σε 5 ημέρες που ανέδειξε βελτιούμενη εικόνα με παραμονή των συλλογών και μείωση του ελεύθερου αέρα. Παροχετεύθηκαν επιπλέον 2Lt διαυγές ασκитικό υγρό χωρίς αιμορραγικά στοιχεία. Έγινε σταδιακή επανέναρξη σίτισεως και αφαίρεση παροχέτευσης.

Την 7^η ημέρα νοσηλείας μεταφέρθηκε εκ νέου στην Παθολογική Κλινική αιμοδυναμικά σταθερός και απύρετος. Από τις καλλιέργειες ασκитικού υγρού απομονώθηκαν *E. Coli* και *Enterococcus faecium*. Έγινε τροποποίηση της αντιμικροβιακής αγωγής σε σιπροφλοξασίνη ενδοφλεβίως. Συμπλήρωσε 7ήμερο θεραπευτικό σχήμα. Την 12^η ημέρα νοσηλείας έγινε νέο υπερηχογράφημα κοιλίας χωρίς ανάδειξη σημαντικής ασκитικής συλλογής προς παροχέτευση και με περιορισμό της παρουσίας ελεύθερου αέρα. Εξήλθε κλινικά και εργαστηριακά βελτιωμένος με σαφείς ιατρικές οδηγίες. Επανεκτιμήθηκε σε 2 εβδομάδες στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία σε βελτιούμενη κατάσταση.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Παγκόσμιας Εταιρείας Επείγουσας Χειρουργικής (WSES 2022) σε συγκεκριμένες περιπτώσεις η συντηρητική αντιμετώπιση των διατρήσεων του παχέος εντέρου μετά από κολονοσκόπηση έχει επιτυχημένη έκβαση. Η ηλικία άνω των 75 ετών, ο διαβήτης, η ΧΑΠ, η καρδιακή ανεπάρκεια και η νεφρική ανεπάρκεια αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την ιατρογενή διάτρηση του παχέος εντέρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ

Χ. Βερετάνος, Κ. Κουστένης, Α. Μουντάκη, Α. Χρηστίδου, Ε. Μπέκα, Κ. Αρβανίτης, Φ. Αλμπάνη, Ι. Μυλωνάς, Τ. Γεωργιάδη, Δ. Κοζομπόλη, Γ. Καλόγηρος, Δ. Προβή, Α. Παπαρίζου, Γ. Νούσιας, Λ. Καραούζας, Κ. Μουσουράκης, Α. Τσατσά, Μ. Πάτση, Μ. Μελά, Κ. Βαρυτιμιάδης, Κ. Κατωπόδη, Χ. Χατζευαγγελινού, Β. Παπαστεργίου, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει επέλθει επανάσταση στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) με τη χρήση των βιολογικών παραγόντων. Έχει υπολογιστεί πως ποσοστό έως 13% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και έως 31% των ασθενών με Ν. Crohn λαμβάνει σήμερα βιολογικό παράγοντα από την πρώτη κιόλας γραμμή θεραπείας. Ωστόσο, μόνο 1-10% των ηλικιωμένων ασθενών (≥65 ετών) με ΙΦΝΕ λαμβάνουν βιολογικό παράγοντα, ενώ μόνο 2-4% των ηλικιωμένων ασθενών με ΙΦΝΕ εντάσσονται σε κλινικές μελέτες αποτελεσματικότητας φαρμάκων. Συνεπώς, τα δεδομένα σε ότι αφορά την αποτελεσματικότητα των βιολογικών παραγόντων σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ παραμένουν έως σήμερα αρκετά περιορισμένα.

Στόχος: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της χορήγησης βιολογικών παραγόντων για την θεραπεία ασθενών ηλικίας >65 έτη με ΙΦΝΕ.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέγησαν προοπτικά. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν ασθενείς με ΙΦΝΕ ηλικίας 65 ετών και πάνω που ξεκίνησαν αγωγή με βιολογικούς παράγοντες (Infliximab, Adalimumab, Ustekinumab ή Vedolizumab) στο Τμήμα μας. Μεταξύ

των ασθενών που συμπεριλήφθησαν, αξιολογήθηκε η κλινική ύφεση στις 54 εβδομάδες θεραπείας. Στη νόσο του Crohn η ύφεση ορίστηκε ως CDAI <150, ενώ στην ελκώδη κολίτιδα ως συνολικό Mayo σκορ <2.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθησαν 121 ηλικιωμένοι ασθενείς (92 με νόσο Crohn και 29 με ελκώδη κολίτιδα). Η ένδειξη για χορήγηση βιολογικών ήταν η προηγούμενη αποτυχία ή ανάγκη αντικατάστασης των κλασικών ανοσοκατασταλτικών (35, 28.9%), η εξάρτηση στα κορτικοστεροειδή (31, 25.6%), η παρουσία περιπρωκτικής νόσου (4, 3.3%), η θεραπεία για μετεγχειρητική υποτροπή (12, 9.9%), η σοβαρή ελκώδης κολίτιδα (16, 13.2%), και άλλοι λόγοι (23, 19.0%). Στις 54 εβδομάδες θεραπείας, κλινική ύφεση παρατηρήθηκε σε 59 ασθενείς (48.7%). Επιμέρους ανάλυση δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικά διαφορές μεταξύ της επίτευξης ύφεσης στους ασθενείς που έλαβαν infliximab 19/36 (52.7%), adalimumab 16/32 (50.0%), ustekinumab 11/26 (42.3%) και vedolizumab 13/27 (48.1%).

Συμπέρασμα: Οι βιολογικοί παράγοντες έχουν ποσοστά ανταπόκρισης στους ηλικιωμένους ασθενείς παρόμοια με αυτά που περιγράφονται στο γενικό πληθυσμό ασθενών με ΙΦΝΕ.

ΑΝΩΜΑΛΗ ΕΚΦΥΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ

Π. Νιάρχου, Ι. Λιατάκης, Δ. Ελευθερίου, Γ. Παταβούκας, Α. Λυκούδης, Α. Στυλιαράς, Δ. Πολύζος, Κ. Αναγνώστου, Σ. Φωτάκης, Ε. Πράππα, Σ. Ξυδώνας

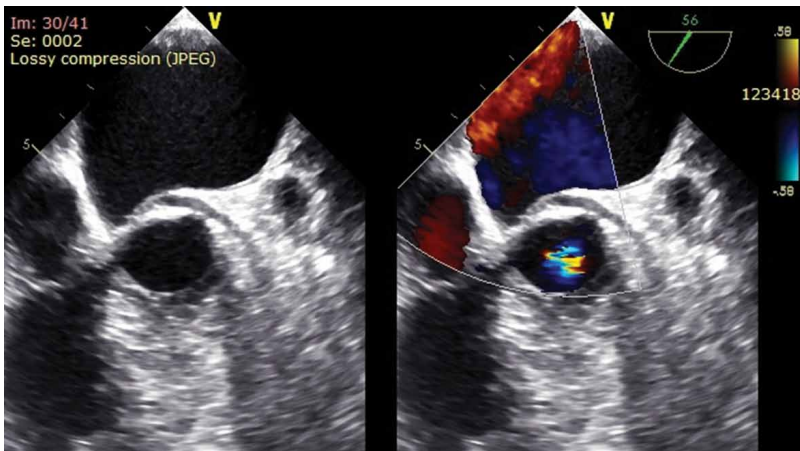
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών (CAAs) αφορούν μια ομάδα συγγενών παθήσεων και περιλαμβάνουν είτε την ανώμαλη έκφυση είτε την ανώμαλη πορεία μίας εκ των τριών επικαρδιακών στεφανιαίων αρτηριών. Η επίπτωση των CAAs, αναφέρεται στην ταξινόμηση του 2000 από 1% έως 5.6% με βάση αγγειογραφικά και παθολογοανατομικά δεδομένα. Πρόσφατα δεδομένα από μελέτες με αξονική στεφανιογραφία (CCTA) εκτιμούν την ακριβή επίπτωση ~7.9%, με τη συχνότερα περιγραφόμενη CCAA να είναι η ανώμαλη έκφυση της περισπώμενης αρτηρίας (CxA) από τον δεξιό κόλπο του Valsalva (RCS) σε ποσοστό 0.3-0.8%. Παρότι συχνά διαγιγνώσκονται σε τυχαίο έλεγχο κατά την διερεύνηση της στεφανιαίας νόσου, και συνήθως αποτελούν μη κλινικά σημαντικές ανωμαλίες, οι CAAs έχουν συσχετιστεί με αιφνίδιο καρδιακό θάνατο (SCD) σε νεαρούς αθλητές. Η διάγνωσή τους συνήθως τίθεται με επεμβατική ή αξονική στεφανιογραφία, ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις η υπερηχογραφική εκτίμηση μπορεί να θέσει την υποψία με συγκεκριμένα υπερηχογραφικά σημεία. Το συχνότερα περιγραφόμενο αποτελεί το ονομαζόμενο σημείο "RAC" (Retroaortic Course-Οπισθοαορτική Πορεία), και αναφέρεται σε μια γραμμική δομή με χαρακτηριστικά αγγείου που διασχίζει εγκάρσια την αορτή στην κορυφαία τομή 5 κοιλιοτήτων. Περιγράφουμε την περίπτωση ασθενή 56 ετών, με ανώμαλη έκφυση της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας από την εγγύς δεξιά στεφανιαία, διαγνωσθείσα υπερηχογραφικά.

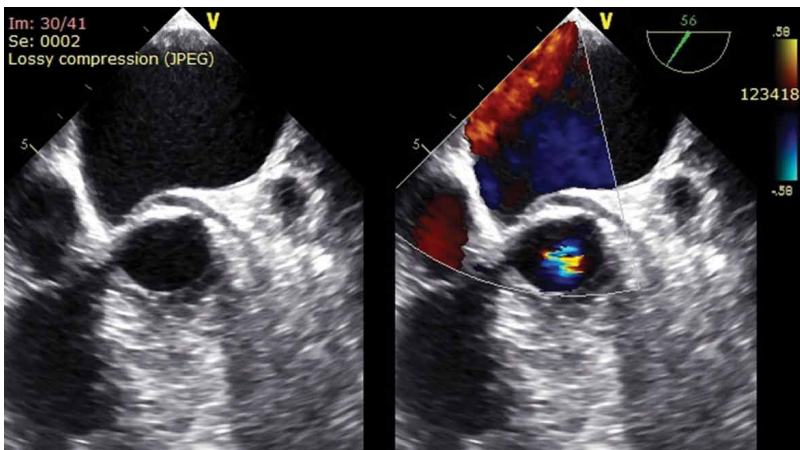
Περιγραφή: Ασθενής 56 ετών προσήλθε στο υπερηχογραφικό εργαστήριο για προληπτικό έλεγχο. Από το ατομικό του αναμνηστικό αναφερόταν αρτηριακή υπέρταση υπό α-MEA και σχετικά υψηλής έντασης αθλητική δραστηριότητα. Ασυμπτωματικός, χωρίς ιστορικό στηθάγχης ή συγκοπής. Το ηλεκτροκαρδιογράφημά του ήταν φυσιολογικό με σχετικά αριστερό άξονα και φλεβοκομβικό ρυθμό ~55σφ/

λεπτό. Το υπερηχογράφημα ηρεμίας ανέδειξε φυσιολογικών διαστάσεων και λειτουργικότητας αριστερή κοιλία (κλάσμα εξώθησης 62% με μέθοδο Simpson's Biplane). Στην κορυφαία τομή 5 κοιλιοτήτων αποκαλύφθηκε μια αγγειακή δομή στην περιοχή της κολποκοιλιακής αυλάκας πάνω από τον μιτροειδικό δακτύλιο που έμοιαζε να διασχίζει εγκάρσια την αορτή, το προαναφερόμενο σημείο "RAC" (Εικόνες 1,2). Τέθηκε η υποψία ανώμαλης πορείας στεφανιαίας αρτηρίας, οπότε και ελέγχθηκαν τα σημεία απεικόνισης της έκφυσης των CAs στον βραχύ παραστερνικό άξονα. Φυσιολογική απεικονίστηκε έκφυση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, ωστόσο δεν κατέστη δυνατή η απεικόνιση της έκφυσης του στελέχους (LM). Οασθενής υπεβλήθη σε CCTA, η οποία ανέδειξε ανώμαλη έκφυση του LM από το εγγύς τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA) με οπισθοαορτική πορεία (Εικόνες 3, 4). Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας για τις Συγγενείς Καρδιοπάθειες, ο ασθενής παρότι ασυμπτωματικός, υπεβλήθη σε σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου με φυσική κόπωση, το οποίο ήταν αρνητικό για ισχαιμία. Προτάθηκε λοιπόν συντηρητική αντιμετώπιση με αποφυγή της υψηλής έντασης σωματικής άσκησης.

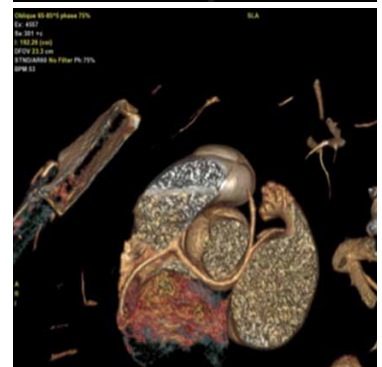
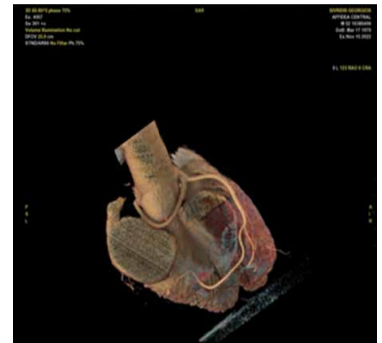
Συμπεράσματα: Το περιστατικό αυτό αποτελεί μια σπάνια ανατομική ανωμαλία των CAs, η οποία ανευρέθη σε τυχαίο απεικονιστικό έλεγχο με ΤΤΕ. Οι CAAs παρότι σπάνιες και συνήθως μη κλινικά σημαντικές, έχουν συσχετιστεί, όπως αναφέρθηκε, με SCD. Η ανεύρεση ειδικών σημείων στο ΤΤΕ μπορεί να θέσει την υποψία της ανατομικής αυτής ανωμαλίας, καθώς το σημείο "RAC" αποτελεί ένα εύκολα απεικονιζόμενο και ειδικό σημείο με υψηλή ευαισθησία και όταν απεικονίζεται θα πρέπει ο ασθενής να παραπέμπεται για περαιτέρω απεικόνιση με CCTA ή κλασική στεφανιογραφία, αναλόγως την κλινική περίπτωση και τους παράγοντες κινδύνου.



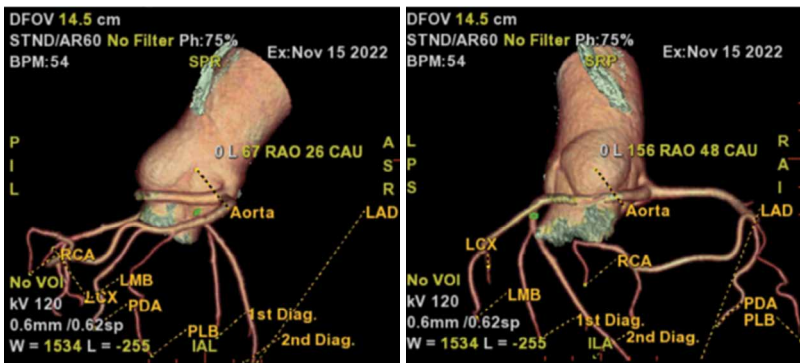
Εικόνα 1. ΤΤΕ. Κορυφαία τομή 5 κλινοτήτων. Σημείο "RAC" - γραμμική δομή με χαρακτηριστικά αγγείου που διασχίζει εγκάρσια την αρτητή (κόκκινα βέλη).



Εικόνα 2. ΤΟΕ. Μεσοισοφαγική τομή 50ο όπου απεικονίζεται η αρτητή σε βραχύ άξονα. Παρατηρούμε αγγειακή δομή μεσοισοφαρτική πορεία.



Εικόνα 3. CCTA. 3D ανασύσταση της οπισθοαορτικής πορείας του LM και της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας.



Εικόνα 4. CCTA 3D ανασύσταση της πορείας των στεφανιαίων αρτηριών. Αριστερά απεικονίζεται η έκφυση του LM από την εγγύς RCA και δεξιά η συνέχεια της πορείας της.

ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΠΟ ΑΞΟΝΙΚΟ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟ

Σ. Τζαμουρή, Π. Λεριός, Ν. Μαντάς, Μ. Παπαδοπούλου, Ι. Μελισσόβας, Μ. Τσάκωνα, Δ. Τομαής, Δ. Ξεάρχος

Τμήμα Αξονικού - Μαγνητικού Τομογράφου, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός της Μελέτης: Σκοπός της μελέτης είναι, αφού σημειωθούν οι ενδείξεις εφαρμογής της μεθόδου, παρουσιαστεί η τεχνική και ληφθούν υπόψιν οι πιθανές επιπλοκές, να αναδειχθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της διαδερμικής παρακέντησης - παροχέτευσης υπό αξονικό τομογράφο, στη θεραπευτική προσέγγιση συλλογών και αποστημάτων της κοιλίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Στο Τμήμα Αξονικού Τομογράφου του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», στο διάστημα Ιανουάριος 2019 - Δεκέμβριος 2023, αντιμετωπίστηκαν με τοποθέτηση διαδερμικής παροχέτευσης 181 ασθενείς. Οι εν λόγω περιπτώσεις αφορούσαν ελεύθερες ενδοκοιλιακές συλλογές (93), περιγεγραμμένες συλλογές με τη μορφή αποστημάτων (48), συλλογές οπισθοπεριτοναϊκής εντόπισης (20), παρασπονδυλικής εντόπισης (3), ενδοπυελικής εντόπισης (5), αποστήματα του λαγονοψοίτη μυός (9), ηπατικά (27), παγκρεατικά (6), νεφρικά (3) κ.α. αποστήματα.

Πέραν της συχνότερα εφαρμοζόμενης προσπέλασης δια του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος, η προσπέλαση που προτιμήθηκε σε 11 από αυτούς τους ασθενείς ήταν η διαγλουτιαία - περικοκκυγική και σε 2 οπισθοπεριτοναϊκή. Οι συλλογές αυτές ελέγχθηκαν με διαστάσεις 3-16 εκ. Από τους εν λόγω ασθενείς, 37 παραπέμφθηκαν στο Τμήμα μας

προς αντιμετώπιση, λόγω μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Υπό την καθοδήγηση Πολυτομικού Αξονικού Τομογράφου Canon 80 τομών (Lightning), έγινε αρχικά διαγνωστική παρακέντηση σε όλες τις συλλογές που αναδείχθηκαν, με τη χρήση βελόνης 16-18 G. Το υλικό σε κάθε περίπτωση εστάλη για καλλιέργεια. Τοποθετήθηκαν ακολούθως, συνολικά 190 καθετήρες, τύπου Pigtail ή ευθείς, διαμετρήματος 8.5 - 16 F.

Πλήρης κένωση επιτεύχθηκε σε 172 περιπτώσεις, ενώ μερική παροχέτευση της συλλογής σε 4. Αποτυχία παροχέτευσης υπήρξε σε 5 περιπτώσεις.

Ο χρόνος παραμονής του καθετήρα υπολογίστηκε σε 5-18 ημέρες. Μετακίνηση καθετήρα σημειώθηκε σε 7 ασθενείς με επανατοποθέτηση σε 6.

Συμπεράσματα: Η διαδερμική παροχέτευση υπό αξονικό τομογράφο αποτελεί μια μέθοδο που επιτυγχάνει ασφαλή και αποτελεσματική αντιμετώπιση ενδοκοιλιακών συλλογών, χωρίς την ανάγκη χειρουργικής παρέμβασης στην πλειοψηφία των ασθενών. Επιμελής φροντίδα του καθετήρα επιβάλλεται σε κάθε περίπτωση, για τη βέλτιστη αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Οι αναφερόμενες επιπλοκές αφορούσαν δερματικές φλεγμονές.

Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΣΠΛΑΧΝΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Δ. Τομαής, Π. Πεταλούδης, Ν. Μαντάς, Ν. Ντίνου, Δ. Ταχμετζίδη-Παπουτσή, Ι. Καλογερόπουλος, Θ. Κρατημένος

Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

Εισαγωγή: Τα ανευρύσματα σπλαχνικής αρτηρίας (VAAs), είναι μια ασυνήθιστη οντότητα. Τα VAAs είναι συνήθως ασυμπτωματικά και τυχαία ανακαλύπτονται κατά τη συνήθη απεικόνιση της κοιλιάς. Η πλειονότητα των VAAs παραμένει σταθερή με την πάροδο του χρόνου, αλλά μια μειοψηφία από αυτά που αναπτύσσονται παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο ρήξης.

Σκοπός: 1) Η μελέτη των VAAs με αξονική τομογραφία και με ψηφιακή αγγειογραφία και 2) η ανάδειξη των προτερημάτων της ενδαγγειακής αποκαταστάσεις των VVAs από τη χειρουργική αντιμετώπιση αυτών.

Υλικό - Μέθοδος: Ως αποτέλεσμα της αυξανόμενης χρήσης των απεικονιστικών τεχνικών, τα VAAs διαγιγνώσκονται με αυξανόμενη συχνότητα. Η αξονική αγγειογραφία αποτελεί τη συνηθέστερη εξέταση για την απεικόνιση ενός VVA και η μελέτη αυτής οδηγεί στην καταλληλότερη θεραπευτική προσέγγιση. Ανάλογα με την ανατομία της βλάβης γίνεται χρήση διαφόρων εμβολικών

υλικών για την ενδαγγειακή αποκατάσταση των VVAs.

Αποτελέσματα: Στη Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας του Νοσοκομείου μας την περίοδο Ιανουαρίου 2019 - Ιανουαρίου 2024, έχουν αντιμετωπιστεί εννιά περιπτώσεις ανευρυσμάτων σπλαχνικών αγγείων για τα οποία χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικές τεχνικές.

Σε όλες τις περιπτώσεις δεν υπήρξαν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της επέμβασης και το τελικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα καθώς και η αξονική αγγειογραφία που ακολούθησε, ανέδειξαν πλήρη διακοπή της αιματικής ροής εντός του ανευρυσματικού σάκου.

Συμπέρασμα: Η ανοιχτή χειρουργική αποκατάσταση εμφανίζει θνησιμότητα έως 5%, η οποία αυξάνεται κατακόρυφα όταν πρόκειται για ρήξεις ανευρυσμάτων σε επείγουσα βάση.

Η ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρυσμάτων σπλαχνικών αγγείων είναι η ασφαλέστερη τεχνική και σε αρκετά κέντρα στον κόσμο αποτελεί θεραπευτική μέθοδο εκλογής.

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΜΕ ΦΕΝΤΑΝΥΛΗ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΛΓΑΙΣΘΗΣΙΑΣ (NOCICEPTION LEVEL-GUIDED INDEX-NOL) ΣΕ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΜΕ ΣΕΒΟΦΛΟΥΡΑΝΙΟ

Ε. Καλπούζου, Μ. Ζαχαριάδη, Κ. Χρονοπούλου, Ε. Παπαγεωργίου, Ν. Παπαστάθης, Σ. Νικολοπούλου, Κ. Ρωμανά

Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης χορηγούνται οπιοειδή, για αναλγησία αλλά και πρόληψη της αδρενεργικής απάντησης στο stress. Αντικειμενική καθοδήγηση για τη διεγχειρητική χορήγηση αναλγητικών αποτελεί το σύστημα Αλγαισθησίας-Nociception Level-Guided Index (NOL). Είναι ένας πολυπαραγοντικός καθοδηγούμενος δείκτης τεχνητής νοημοσύνης, που σχεδιάστηκε ώστε να καταγράφει την αλγαισθησία κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, και οδηγεί σε πιο κατάλληλη διαχείριση της αναλγησίας, με πολλά πλεονεκτήματα για τον ασθενή.

Σκοπός: Εξετάστηκε εάν η χορήγηση διεγχειρητικής αναλγησίας με καθοδήγηση του NOL κατά τη διάρκεια της γενικής αναισθησίας οδηγεί σε μικρότερης έντασης μετεγχειρητικό πόνο.

Μέθοδος: 50 ασθενείς ASA I-II ηλικίας >18 ετών που υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις κοιλίας υπό γενική αναισθησία με φεντανύλη-σεβοφλουρανίο, χωρίστηκαν σε δύο Ομάδες: Ομάδα I (NOL) χορήγηση φεντανύλης με καθοδήγηση NOL και Ομάδα II χορήγηση φεντανύλης βάσει της αιμοδυναμικής αντίδρασης. Η Αναισθησιολογική μέθοδος ήταν κοινή και στις 2 Ομάδες: Φεντανύλη 1.5 μg/kg, προποφόλη 1-2 mg/kg, ροκουρόνιο 0.6 mg/kg. Έναρξη σεβοφλουρανίου με διατήρηση BIS 45-50. Με το τέλος της επέμβασης, διακοπή σεβοφλουρανίου και όταν η νευροδιέγερση: TOF < 0.9, χορήγηση Sugammadex 2 mg/kg. Πριν την έναρξη της χειρουργικής επέμβασης,

όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν παρακεταμόλη 1 gr IV και 30 min πριν το τέλος της επέμβασης IV μορφίνη 0.1-0.15 mg/kg. Στην ανάνηψη, όταν το VAS (Visual Analogue Pain Scale) ήταν > 4, χορηγούνταν μορφίνη 1-2 mg έως VAS < 4. Αναλύθηκαν: Η συνολική δόση φεντανύλης διεγχειρητικά, μετεγχειρητικά: Χορήγηση μορφίνης, VAS και η αιμοδυναμική σταθερότητα.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή κλίμακας πόνου (VAS) μετεγχειρητικά ήταν στην Ομάδα I (NOL) 3.2 (1.3-4.3) και στην Ομάδα II 4.8 (3.0-5.3), $p=0.006$. Η μετεγχειρητική χορήγηση μορφίνης ήταν στην Ομάδα I (NOL) 0.06 mg/kg και στην Ομάδα II 0.09 mg/kg, $p=0.204$. Η διεγχειρητική χορηγηθείσα δόση φεντανύλης δεν διέφερε στις δύο Ομάδες: Ομάδα I (NOL) 6.4 (4.2) μg/kg και Ομάδα II 6.0 (2.2) μg/kg, $p=0.749$. Δεν υπήρχαν διαφορές στη χορήγηση αγγειοσυσπαστικών μεταξύ των δύο ομάδων.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε παρόμοιες χειρουργικές επεμβάσεις κοιλίας παρουσίασαν πιο ήπιο πόνο βάσει της VAS, όταν η αναλγησία καθοδηγήθηκε από το Δείκτη Αλγαισθησίας (NOL) σε σύγκριση με την συνήθη πρακτική χορήγησης αναλγησίας, η οποία καθοδηγείται από τις αιμοδυναμικές παραμέτρους. Απαιτούνται ευρύτερες μελέτες και σε άλλες χειρουργικές επεμβάσεις για να αποδειχθεί το μακροπρόθεσμο πλεονέκτημα της καθοδηγούμενης με το δείκτη NOL διεγχειρητικής χορήγησης αναλγησίας.

ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

e-POSTERS

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ-ΠΡΟΣ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΤΟΥ MELDSCORE ΣΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΜΗ-ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Κ. Αρβανίτης, Β. Παπαστεργίου, Μ. Μελά, Χ. Χατζευαγγελινού, Κ. Κατωπόδη, Χ. Βερετάνος, Ε. Μπέκα, Τ. Γεωργιάδη, Ι. Μυλωνάς, Δ. Κοζομπόλη, Α. Παπαρίζου, Δ. Προβή, Κ. Μουσουράκης, Κ. Κουστένης, Α. Μουντάκη, Φ. Αλμπάνη, Γ. Καλόγηρος, Μ. Πάτση, Α.Τσατσά, Γ. Νούσιας, Α. Χρηστίδου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Η μη-αντιρροπούμενη κίρρωση αποτελεί συχνή αιτία εισαγωγής στο Νοσοκομείο και σχετίζεται με υψηλά ποσοστά ενδονοσοκομειακής θνητότητας. Συχνότερες εκδηλώσεις άρσης της ηπατικής αντιρρόπησης αποτελούν η εμφάνιση ασκητικής συλλογής και η κίρσορραγία. Το Model-for-End-stage-Liver-Disease(MELD) score αποτελεί εγνωσμένης αξίας προγνωστικό δείκτη σε ασθενείς με κίρρωση και το βασικό εργαλείο για την προτεραιοποίηση των ασθενών στις λίστες ηπατικής μεταμόσχευσης. Ο λόγος ουδετερόφιλων-προς-λεμφοκύτταρα (Neutrophil-to-Lymphocyte-Ratio, NLR) αποτελεί ιδιαίτερα απλό και εύχρηστο δείκτη, ο οποίος ωστόσο δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στο πλαίσιο της πρόγνωσης κίρρωτικών ασθενών.

Σκοπός: Να μελετηθούν ο NLR και το MELDscore στην πρόβλεψη της ενδονοσοκομειακής θνητότητας σε ασθενείς με μη-αντιρροπούμενη κίρρωση.

Μέθοδοι: Ανάλυση προοπτικής βάσης δεδομένων (4/2022-7/2023) συνεχόμενων ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην Γαστρεντερολογική Κλινική του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» λόγω επιπλοκών της κίρρωσης (ασκίτης, εγκεφαλοπάθεια, κίρσορραγία, λοίμωξη). Η διακριτική αξία των NLR και MELDscoreστην πρόβλεψη της ενδονοσοκομειακής

θνητότητας μελετήθηκε με προσδιορισμό του εμβαδού κάτω από την καμπύλη ROC (AUROC).

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 50 κίρρωτικοί (66% γυναίκες, μέση ηλικία 58.4 έτη, ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ 70%). Κατά την εισαγωγή, κίρσορραγία παρουσίαζε το 52%, ασκίτη 75.5% και ηπατική εγκεφαλοπάθεια το 40%. Αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα διαγνώστηκε στο 6%, βακτηριαιμία στο 12% και νεφρική δυσπραγία (Cre \geq 2mg/dl) στο 20%. Ο ενδιάμεσος χρόνος νοσηλείας ήταν 6 ημέρες (εύρος 1-44) και 11/50 (22%) απεβίωσαν εντός του Νοσοκομείου έπειτα από ενδιάμεσο διάστημα νοσηλείας 18 ημερών (εύρος 2-44). Οι ενδιάμεσες τιμές MELD και NLR κατά την εισαγωγή ήταν 12.8 (εύρος 6.1-44.4) και 5.3 (εύρος 0.9-45.0), αντίστοιχα. Και τα 2 προγνωστικά μοντέλα αποδείχτηκαν κλινικά χρήσιμα στην πρόβλεψη της ενδονοσοκομειακής θνητότητας με AUROC 0.89 (95%CI 0.77-1.00) για το MELD και 0.80 (95%CI 0.66-0.93) για το NLR. Τα βέλτιστα διακριτικά όρια (cut-offs) ήταν το MELD 18 (ευαισθησία/ειδικότητα: 90%/79.5%) και το NLR 5.8 (ευαισθησία/ειδικότητα: 90.9%/65.8%).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με μη-αντιρροπούμενη κίρρωση, τα MELD και NLR αποτελούν κλινικά χρήσιμους δείκτες για την πρόβλεψη της ενδονοσοκομειακής θνητότητας.

ΕΝΔΟΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Π. Νιάρχου, Ι. Λιατάκης, Σ. Γεωργόπουλος, Α. Μπατσούλη, Α. Στυλιάρας, Δ. Πολύζος, Μ. Μαμαλουκάκη, Π.-Ν. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα, Β. Γεωργιάδου, Σ. Φωτάκης, Ε. Πράππα, Σ. Ξυδώνας

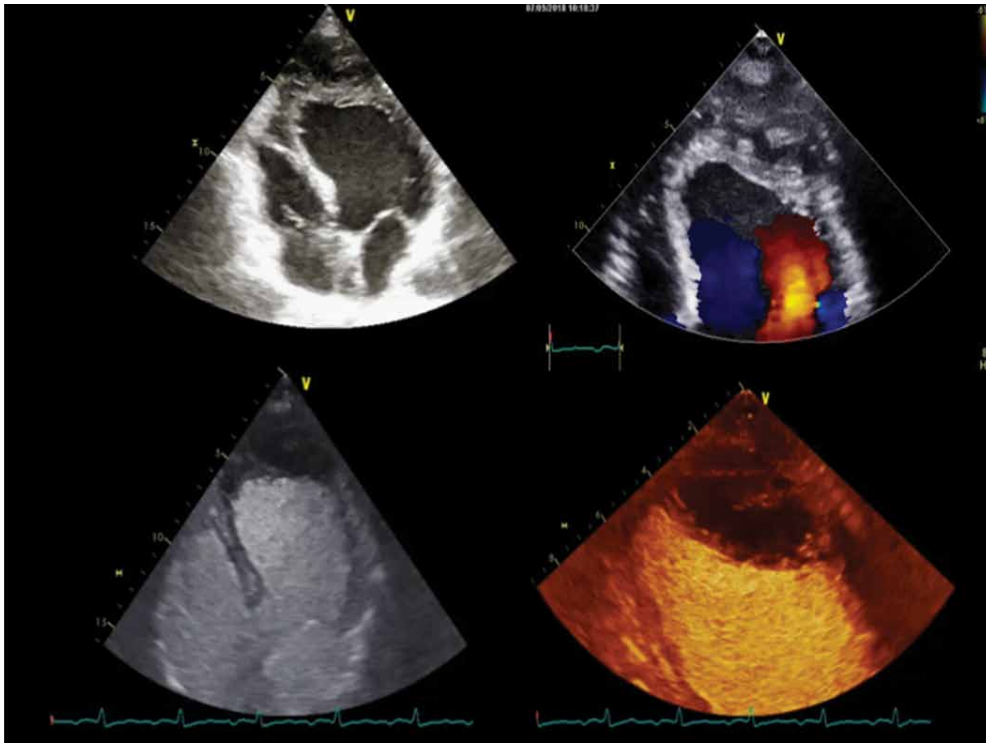
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Το ενδοτοιχωματικό μυοκαρδιακό αιμάτωμα (IDH) μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μια σπάνια μορφή υποξείας καρδιακής ρήξης. Η επίπτωση του δεν είναι καλά τεκμηριωμένη. Σε μία διεθνή καταγραφή που συμπεριέλαβε 60.198 ασθενείς με οξέα στεφανιαία σύνδρομα, 0.45% (273 περιπτώσεις) παρουσίασαν καρδιακή ρήξη (CR). Στις 118, η ρήξη αφορούσε το ελεύθερο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας και στις 155 το μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Υπάρχουν επίσης αναφορές για ρήξη του ελεύθερου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας. Αυτή η παθολογική οντότητα έχει περιγραφεί επίσης να συμβαίνει αυτόματα, μετά από τραύμα στο θώρακα ή μετά από επαναιμάτωση. Το ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα είναι ένας τύπος μυοκαρδιακής ρήξης που χαρακτηρίζεται από μαζική συσσώρευση αίματος μέσα στο μυοκαρδιακό τοίχωμα. Το ενδοκάριο και το επικάρδιο παραμένουν άθικτα και το αιμάτωμα περιορίζεται πλήρως εντός των στρωμάτων του μυοκαρδίου. Περιγράφουμε την περίπτωση ασθενούς 55 ετών με IDH, 4 εβδομάδες μετά από οξύ πρόσθιο εκτεταμένο έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Περιγραφή: Πρόκειται για άνδρα 62 ετών ο οποίος προσήλθε στα επείγοντα του Νοσοκομείου μας λόγω πleuritικού άλγους και αισθήματος κακουχίας, από 5ημέρου. Από το ατομικό του αναμνηστικό έπασχε από ΣΔ τύπου 2 και 4 εβδομάδες πριν είχε υποβληθεί σε πρωτογενή αγγειοπλαστική ολικής απόφραξης του εγγύς πρόσθιου κατιόντα λόγω υποξέος εκτεταμένου προσθίου εμφράγματος. Η συστολική του πίεση ήταν 85/60 mmHg και οι σφύξεις 90/λεπτό. Το ηλεκτροκαρδιογράφημά του ήταν φλεβοκομβικό με QS στις απαγωγές V1-V4, και ανάσπαση του ST διαστήματος με ανάστροφα κύματα T στις απαγωγές V2-V6. Από τον υπέρηχο καρδιάς διαπιστώθηκε διάταση αριστερής κοιλίας, με σοβαρά επηρεασμένη συστολική λειτουργία (Κλάσμα εξώθησης ~25%), λόγω εκτεταμένης ακινησίας όλης της κορυφής, του μέσου προσθιοδιαφραγματικού και του κατωτέρου τοιχώματος. Η κορυφή συγκεκριμένα απεικονιζόταν δυσκινητική, με παρουσία

αυτόματης ηχοαντίθεσης. Στην περιοχή του κορυφαίου προσθιοδιαφραγματικού τοιχώματος αναδείχθηκε μια σφύζουσα κοιλότητα περιβαλλόμενη από ένα λεπτό στρώμα ενδοκαρδίου, διαμέτρου 48x25mm (στην κορυφαία τομή 4 κοιλότητων). Η χρήση έγχρωμου Doppler δεν ανέδειξε ροή μεταξύ της υποηχογενούς αυτής κοιλότητας και της αριστερής κοιλίας. Περιοχές με διαφορετική ηχογένεια παρατηρήθηκαν εντός της κοιλότητας που πιθανώς να αφορούσαν θρόμβους ή νησίδες νεκρωμένου μυοκαρδιακού ιστού (Εικόνα 1). Στην διαφοροδιάγνωση συμπεριλήφθηκαν ο τοιχωματικός θρόμβος και το IDH. Χορηγήθηκε ενδοφλέβιο μέσο ηχοαντίθεσης, χωρίς πρόσληψη από την εν λόγω κοιλότητα, ενώ διαφάνηκαν ακέραια τα όρια του ενδοκαρδίου, ενισχύοντας τη πιθανή διάγνωση του IDH (Εικόνα 1). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα μαγνητική καρδιάς η οποία επιβεβαίωσε την παρουσία κοιλότητας εντός του μυοκαρδίου απεικονίζοντας τόσο το ενδοκαρδιακό όσο και το επικαρδιακό στρώμα που την περιέβαλε. Απεικονίστηκαν επίσης θρόμβοι εντός της κοιλότητας και τέθηκε τελικά η διάγνωση του IDH (Εικόνα 2). Ο ασθενής μετά από εκτεταμένη συζήτηση, ελλείψει πολλών σχετικών βιβλιογραφικών δεδομένων, αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Εξήλθε αιμοδυναμικά σταθερός με διπλή ανταιομεταλαϊκή αγωγή. Παρατηρήθηκε προοδευτική απορρόφηση του αιματώματος και 3 μήνες μετά διενεργήθηκε αξονική καρδιάς που ανέδειξε πλήρη εξάλειψη του αιματώματος (Εικόνα 3).

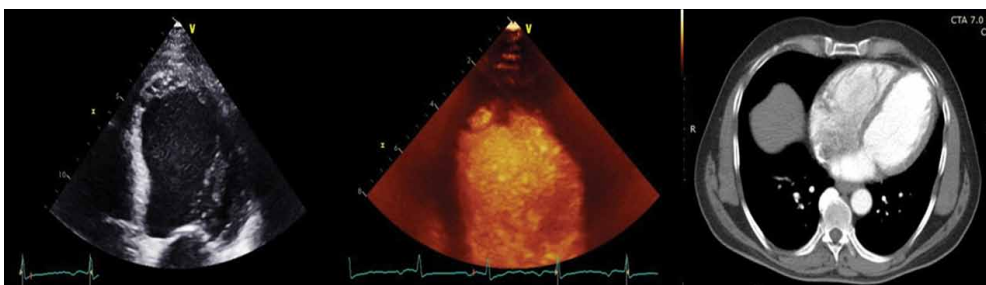
Συμπεράσματα: Το IDH αποτελεί μια σπάνια μηχανική επιπλοκή του OEM και λίγες περιπτώσεις έχουν περιγραφεί, ειδικά στην εποχή της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής. Προσοχή απαιτείται στην αναγνώριση και διαφοροδιάγνωση του στον υπέρηχο καρδιάς καθώς μπορεί να μιμηθεί τοιχωματικό θρόμβο ή ψευδοανεύρυσμα, επιπλοκές πολύ συχνότερες. Περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική ή αξονική αγγειογραφία μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση, προκειμένου να αποφασιστεί η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.



Εικόνα 1. Κορυφαία τομή 4 κοιλοτήτων όπου απεικονίζεται η κοιλότητα εντός του μυοκαρδιακού τοιχώματος (IDH) σε Α. 2D, Β. με χρήση έγχρωμο doppler όπου δεν αναδεικνύεται επικοινωνία με την αριστερή κοιλία, Γ και Δ. μετά από έγχυση σοноnuve-παρατηρείται πουσία πρόσληψης εντός της κοιλότητας και υλικό διαφορετικής ηχογένειας εντός αυτής.



Εικόνα 2. Απεικόνιση του αιματώματος σε CMR. Διαφαινονται σαφώς τα στρώματα του ενδοκαρδίου και του επικαρδίου που περιβάλλουν το αιμάτωμα-κοιλότητα που εμπεριέχεται πλήρως εντός του μυοκαρδίου, χωρίς να υπάρχει επικοινωνία με την αριστερή κοιλία (δ/δ ψευδοανεύρυσμα).



Εικόνα 3. Πλήρης απορρόφηση του ενδοτοιχωματικού αιματώματος. Α. Υπέρηχος κορυφαία τομή 4 κοιλοτήτων 2D. Β. Με χρήση σοноnuve και Γ. Αξονική αγγειογραφία.

ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΟΥΡΟΘΗΛΙΟΥ-ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΟΜΑΔΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ - ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

N. Αλεβιζόπουλος, Β. Ωραιόπουλος

Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Τα ουροθηλιακά καρκινώματα προέρχονται στο πλείστο των περιπτώσεων εκ του μεταβατικού επιθηλίου. Δεν απουσιάζει η αναγνώριση και άλλων ιστολογικών υποομάδων με διαφορετική παθολογοανατομική αναγνώριση και αναγκαιότητα διαφορετικής κλινικής και θεραπευτικής διαχείρισης. Είναι αναγκαία η αναγνώρισή τους και η ευαισθητοποίηση των κλινικών εμπλεκόμενων ιατρών για την ορθότερη αντιμετώπισή τους.

Υλικό - Μέθοδος: Η ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων της Ογκολογικής Κλινικής ανέδειξε τρεις περιπτώσεις μικροκυτταρικών καρκινωμάτων ουροδόχου κύστεως και παρουσιάζουμε μια εξ αυτών λόγω του περιορισμένου σταδίου και της ιδιαιτερότητας των απαιτούμενων διαγνωστικών και θεραπευτικών χειρισμών.

Παρουσίαση περίπτωσης - Διαχείρισης: Ασθενής 68 ετών με ιστορικό πολλαπλών κυστεοσκοπήσεων λόγω επαναλαμβανόμενων επεισοδίων αιματουρίας και κυστίτιδας > 6 ετησίως. Σε μια κυστεοσκόπηση διενεργηθείσα προς διερεύνηση παρατεινόμενου εμπύρετου, αναδείχτηκε μικροκυτταρικού τύπου ουροθηλιακό καρκίνωμα παθολογοανατομικού σταδίου pT2.

Ο υπόλοιπος έλεγχος σταδιοποίησης δεν ανέδειξε παθολογία στο θώρακα και τον εγκέφαλο, και τεκμηρίωνε την ανομότιμη πάχυνση του αριστερού πλαγίου τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως, την αρουσία του rigtail εντός του AP ουρητήρα και την παρουσία λεμφαδένων έξω λα-

γόνιων με χαρακτηριστικά παθολογίας. Ήπια θολερότητα επιχωρίου περικυστικού λίπους υπογραμμιζόταν.

Ακολούθησε χημειοθεραπεία με Cisplatin-Etoposide (q 3 weeks) βάση θεραπευτικού αλγορίθμου μικροκυτταρικών καρκινωμάτων.

Μετά την ολοκλήρωση 4 κύκλων αγωγής η επακόλουθη ct scan επανεκτίμηση έδειξε πλήρη εξαφάνιση της απεικονιζόμενης από την αρχική σταδιοποίηση της κακοήθους νόσου του.

Νέα κυστεοσκόπηση προς ολοκλήρωση της επανεκτιμήσεως εκτός από διάχυτη ερυθρότητα του βλεννογόνου με ανάδειξη μικροοζώδους μικροκρυστικής μορφολογίας δεν τεκμηρίωσε διηθητική ή άλλου τύπου εξεργασία. Έγινε αφαίρεση rigtail και λήψη πολλαπλών βιοψιών.

Υπήρξαν πολλά ερωτήματα για τη χειρουργική διαχείριση του ασθενούς και τον τρόπο παρακολούθησής του καθότι ο ίδιος αρνήθηκε την ολική κυστεκτομή και αποφασίστηκε να λάβει τοπικοπεριοχική ριζική ΑΚΘ.

Ο ασθενής ακόμη και σήμερα ευρίσκεται σε πλήρη ύφεση.

Συμπεράσματα: Τα μικροκυτταρικά της ουροδόχου κύστεως είναι μια υποομάδα ιστολογικής ιδιαιτερότητας που απαιτεί εξατομικευμένη προσέγγιση και διαχείριση, δεδομένων των σπάνιων αναφερόμενων περιπτώσεων και των πολλών αμφιλεγόμενων θεμάτων στο θεραπευτικό αλγόριθμο της αντιμετώπισής τους.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΣ EBV ΛΟΙΜΩΞΗ (CAEBV): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

A. Πολυβίου¹, Χ. Γιατρά¹, Χ. Μασσαούτης², Λ. Μαρίνος², Σ. Καλομοίρη¹, Α. Αφειμίδου¹, Β. Πολυμνίου³, Π. Γιαννίκου³, Χ. Βαδάλα³, Ι. Μπαλταδακης¹, Μ. Μπουζάνη¹

¹Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μ.Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Αιμοπαθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ³Δ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η συστηματική χρόνια ενεργός EBV λοίμωξη (CAEBV) είναι ένα EBV-σχετιζόμενο T/NK-λεμφοϋπερπλαστικό νόσημα που περιγράφεται στην WHO 2022. Ανήκει σε ομάδα σπάνιων νοσημάτων με ευρύ κλινικό φάσμα, το οποίο περιλαμβάνει από περιορισμένες - καλοήθεις μορφές μέχρι συστηματική νόσο με πυρετό, ηπατοσπληνομεγαλία, λεμφαδενοπάθεια με ή χωρίς δερματικές αλλοιώσεις. Η θνητότητα της CAEBV είναι πολύ υψηλή. Κριτήρια διάγνωσης αποτελούν: 1. Εμμένοντα ή υποτροπιάζοντα επεισόδια με συμπτώματα τύπου λοιμώδους μονοκυττάρωσης διάρκειας >3 μήνες, 2. αυξημένα επίπεδα EBV σε ιστούς ή στο περιφερικό αίμα, 3. χρόνια νόσος που δεν μπορεί να αποδοθεί σε άλλη αιτία. Η αλλογενής μεταμόσχευση στελεχιαίων αιμοποιητικών κυττάρων αποτελεί τη μόνη θεραπεία με προοπτική ίασης. Η θεραπεία χωρίζεται σε τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο χορηγείται ανοσοχημειοθεραπεία (κυκλοσπορίνη+πρεδνιζολόνη+/-ετοποσίδη) για έλεγχο της νόσου. Στο δεύτερο στάδιο χορηγούνται χημειοθεραπευτικά φάρμακα σε συνδυασμό με χαμηλότερες δόσεις κυκλοσπορίνης και πρεδνιζολόνης για συντήρηση με στόχο να υποβληθεί ο ασθενής σε αλλογενή μεταμόσχευση (τρίτο στάδιο).

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα, 49 ετών, προσήλθε λόγω ανεύρεσης παγκυτταροπενίας. Η ασθενής ήταν θετική για τον ιό SARS-Cov-2 από εβδομάδος. Αναφέρει προ μηνός αμυγδαλίτιδα για την οποία έλαβε αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό. Το λοιπό ατομικό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο.

Στο ΤΕΠ επιβεβαιώθηκε η παγκυτταροπενία. Από το λοιπό έλεγχο ανευρέθηκε διαταραχή ηπατικής βιοχημείας και σοβαρή ανοσοπάρηση. Από την κλινική εξέταση παρατηρήθηκαν μικροί ανώδυνοι τραχηλικοί λεμφαδένες και ηπατοσπληνομεγαλία. Κατά τη μικροσκόπηση του επιχρίσματος περιφερικού αίματος παρατηρήθηκαν διεγερμένα λεμφοκύτταρα και τοξική κοκκίωση, στοιχεία συμβατά με λοίμωξη. Διενεργήθηκε υπέρηχος κοιλιάς: εκσεσημασμένη σπληνομεγαλία και ηπατομεγαλία. Η ασθενής εισήχθη στη Δ' Παθολογική Κλινική.

Ζητήθηκε αιματολογική επανεκτίμηση. Στάλθηκε κυττα-

ρομετρία ροής αίματος: Χωρίς ταυτοποίηση κλωνικότητας και διενεργήθηκε οστεομυελική βιοψία: Υπερκυτταρικός μυελός με 30% T-λεμφοκυτταρική διήθηση. Στη διαφορική διάγνωση τέθηκε η υποψία T-LGL - λευχαιμίας ή T - λεμφοκυττάρωσης στο πλαίσιο της λοίμωξης COVID-19.

Η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και έλαβε εξιτήριο με οδηγίες για παρακολούθηση.

Δεκαπέντε ημέρες μετά προσήλθε λόγω υποτροπής του πυρετού με εμμένουσα παγκυτταροπενία και επιδείνωση της διαταραχής ηπατικής βιοχημείας. Ο έλεγχος για COVID-19 ήταν πλέον αρνητικός. Ζητήθηκε αιματολογική επανεκτίμηση και στάλθηκε εκ νέου εκτεταμένος έλεγχος. Ο ιολογικός έλεγχος (ορολογικές μέθοδοι) για HBV, HCV, HIV, CMV, EBV, HSV2, VZV απέβη αρνητικός. Διενεργήθηκαν αξονικές τομογραφίες, όπου ανευρέθηκε διάχυτη λεμφαδενοπάθεια, ηπατοσπληνομεγαλία. Ακολούθως έγινε PET/CT scan με παθολογική συγκέντρωση της 18FDG στα κάτωθι: Αριστερή παρίσθμια αμυγδαλή, ήπαρ, Ο3 σπόνδυλο, σκωληκοειδή απόφυση, πολλαπλούς λεμφαδένες. Επιπλέον, διενεργήθηκε ξανά ΟΜΒ: T-λεμφοκυτταρική διήθηση του μυελού των οστών σε ποσοστό 50-60%. Από τον ανοσοφαινότυπο μυελού δεν τεκμηριώθηκε κλωνικότητα T-λεμφοκυττάρων, ενώ στάλθηκε και PCR για ανίχνευση αναδιατάξεων γονιδίων γ-TCR στον μυελό, επίσης αρνητικό. Πραγματοποιήθηκε βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα, όπου ανευρέθηκε εκτεταμένη παρουσία μικρών, RNA μεταγράφων του ιού Epstein-Barr. Επίσης, από τον μοριακό έλεγχο με PCR στο περιφερικό αίμα ανευρέθηκε EBV σε φορτίο 4×10^5 copies/ml.

Εισήχθη στην Αιματολογική Κλινική με περαιτέρω επιδείνωση της κλινικής και εργαστηριακής της εικόνας. Διενεργήθηκε HLA τυποποίηση με στόχο η ασθενής να οδηγηθεί τελικά σε αλλογενή μεταμόσχευση. Ξεκίνησε ανοσοθεραπεία με κυκλοσπορίνη και πρεδνιζολόνη με παροδική μόνο ανταπόκριση. Ακολούθως ελήφθη απόφαση να αντιμετωπιστεί με βάση το εντατικοποιημένο πρωτόκολλο SMILE (δεξαμεθαζόνη-μεθοτρεξάτη-ιφωσφαμίδη-ασπαραγινάση-ετοποσίδη). Ωστόσο η ασθενής επιδεινώθηκε ραγδαία και η νοσηλεία της επεπλάκη με

οξεία χολοκυστίτιδα. Έλαβε χημειοθεραπεία με CHOP (κυκλοφωσφαμίδη-δοξορουβικίνη-βινκριστίνη-πρεδνιζολόνη), με σκοπό να ελεγχθεί η νόσος χωρίς να επιβαρυνθεί με έντονη αιματολογική τοξικότητα, λόγω της ενεργού λοίμωξης. Τελικά η ασθενής παρουσίασε οξεία κοιλία λόγω πιθανής ρήξης της χοληδόχου κύστης και απεβίωσε.

Συζήτηση: Παρουσιάσαμε σπάνια κλινική περίπτωση ασθενούς με CAEBV, η οποία εμφάνισε τυπικά κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά της νόσου και ακολούθησε πορεία ραγδαίας επιδείνωσης, επιβεβαιώνοντας έτσι την επιθετική φύση του νοσήματος και τη δυσμενή του πρόγνωση.

ΛΕΜΦΩΜΑ BURKITT ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ: ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΩΣ ΤΑΧΕΩΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΜΑΖΑ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μ. Ζώτου¹, Γ. Ντάλη¹, Α. Κολινιώτη³, Μ. Σωτηροπούλου³, Σ. Μπριστόγιαννης², Σ. Καπίρης³, Μ. Τζανέλα¹, Κ. Σακελλαρίου²

¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος»-Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (Υπόφυση/Επινεφρίδια/Θυρεοειδής), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»,

²Αιματολογική Κλινική και Λεμφωμάτων-Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική», ³Γ' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Εισαγωγή: Το λέμφωμα Burkitt του θυρεοειδούς είναι ιδιαίτερα σπάνιο και αποτελεί μια επιθετική μορφή non-Hodgkin λεμφώματος. Είναι ενδημικό στην Αφρική και σχετίζεται με τον ιό Epstein-Barr και σποραδικό σε άλλα μέρη του κόσμου.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 52 ετών με νοητική στέρηση προσήλθε στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών λόγω τραχηλικής μάζας. Αναφέρει από μηνός εμφάνιση διόγκωσης του θυρεοειδούς με ταχεία αύξηση. Δεν ανέφερε δυσκαταποσία ή αίσθημα πνιγμονής, ούτε βράγχος φωνής, πυρετό, απώλεια σωματικού βάρους ή νυχτερινές εφιδρώσεις. Ήταν απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός και σε καλή γενική κατάσταση. Παρουσίαζε ευμεγέθη σκληρή, ανώδυνη διόγκωση θυρεοειδούς. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν φυσιολογικά επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών (TSH 4.29μU/ml, FT4 1.4ng/dl), οριακά λεμφοκύτταρα ($1.04 \times 10^3/\mu\text{L}$), θρομβοπενία ($\text{PLT} 107 \times 10^3/\mu\text{L}$), ήπια αυξημένη LDH (320IU/L). Ο υπέρηχος θυρεοειδούς ανέδειξε εκσεσημασμένη διόγκωση και ανομοιογένεια θυρεοειδικού παρεγχύματος καθώς και υπερηχογενή όζο διαστάσεων 1.6x0.8εκ. με παρουσία κεντρικής και περιφερικής αγγείωσης. Πραγματοποιήθηκε βιοψία με λεπτή βελόνα, που ανέδειξε λέμφωμα Burkitt, GCC-like με δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού $\text{Ki67} > 95\%$ και γενετικό ανασυνδυασμό του γονιδίου MYC και απουσία διαμετάθεσης των γονιδίων BCL-2, BCL-6. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία εγκεφάλου, τραχήλου, θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας ανέδειξε την παρουσία χωροκατακτητικής εξεργα-

σίας τραχήλου (8x6x3.5εκ.) με κατάδυση έως το ανώτερο πρόσθιο ημιθωράκιο και ήπια σπληνομεγαλία, χωρίς άλλες εντοπίσεις. Ο έλεγχος του εγκεφαλονωτιαίου υγρού με οσφυονωτιαία παρακέντηση για πιθανή διήθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος ήταν αρνητικός, ενώ από το μυελόγραμμα διαπιστώθηκε πιθανή μικρή εκπροσώπηση του νοσήματος, χωρίς να επιβεβαιώνεται η διήθηση από το αναφερόμενο λέμφωμα στην οστεομυελική βιοψία. Η διάγνωση αφορά λέμφωμα Burkitt, σταδίου IB, Murphystage: I (χαμηλού κινδύνου), BL-IPi score:1 (χαμηλού κινδύνου). Ο ασθενής ήταν ανοσοεπαρκής, με θετικό έλεγχο για παλαιότερη έκθεση στον ιό του Epstein-Barr. Έλαβε εντατικό πολυπαραγοντικό ανοσοχημειοθεραπευτικό σχήμα με βάση το πρωτόκολλο R-CODOX-M/R-IVAC (rituximab, cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, methotrexate/rituximab, ifosfamide, etoposide, cytarabine). Από τις πρώτες ημέρες έναρξης του πρώτου κύκλου θεραπείας με R-CODOX παρουσίασε σημαντική κλινική βελτίωση με υποστροφή της διόγκωσης του θυρεοειδούς.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αφορά σποραδικό λέμφωμα Burkitt σε άνδρα 52 ετών. Οι ασθενείς με λέμφωμα Burkitt θυρεοειδούς αδένων ανταποκρίνονται ευνοϊκά στην εντατική χημειοθεραπεία. Στη διαγνωστική προσέγγιση διόγκωσης του θυρεοειδούς αδένων είναι σημαντικός ο αποκλεισμός του λεμφώματος, καθώς η αντιμετώπιση του είναι διαφορετική από αυτή άλλων παθολογιών του θυρεοειδούς και η καθυστέρηση της θεραπείας έχει αντίκτυπο στην πρόγνωση.

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΧΑΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΛΟΓΩ COVID-19 ΝΟΣΟΥ

Κ. Ελευθερίου¹, Θ. Γεωργιάδης¹, Β. Βλαχάκος¹, Α. Παππάς^{1,2}, Α. Παπαλαμπίδου³, Ζ. Μπαρμπαρέσσου¹, Θ. Ρίμπα¹, Ε. Νικολίτσα, Ε. Πολύδωρα¹, Ρ. Σιαμπάνη¹, Ι. Καλομενίδης¹

¹Ιατρείο post-COVID-19, Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. Γεννηματάς, ³Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών 401

Σκοπός: Η διαχρονική αξιολόγηση ασθενών με COVID-19 ως προς τα συμπτώματα, την αναπνευστική λειτουργία και την απεικόνιση του αναπνευστικού μετά την νοσηλεία τους.

Μέθοδος: Προοπτική μελέτη σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο μας και παρακολούθηθηκαν στο εξωτερικό ιατρείο COVID-19. Μελετήσαμε δεδομένα για συνολικό διάστημα 18 μηνών. Στους 4 μήνες από την έναρξη συμπτωμάτων εξετάζονταν και αξιολογούνταν τα συμπτώματα, η αξονική τομογραφία θώρακος και ο πλήρης λειτουργικός έλεγχος αναπνοής και στους 18 μήνες επαναξιολογήθηκαν τα συμπτώματα.

Αποτελέσματα: Κατά την διάρκεια ενός έτους (01/09/2020-31/08/2021) νοσηλεύτηκαν στην Κλινική covid-19 του Νοσοκομείου μας 1965 ασθενείς και εξήλθαν από αυτό 1274 (53% άνδρες, 61χρ±0.4, με νόσο 39% non severe, 52% severe, 9% critical). Από το σύνολο αυτών, παρακολούθηθηκαν στο ιατρείο covid-19 σε διάρκεια ενός έτους 290 ασθενείς (67% άνδρες, 58χρ±12.5, με νόσο 29% non severe, 62% severe, 9% critical, η πλειοψηφία (85%) είχε τουλάχιστον ένα συνοδό νόσημα, συχνότερα (45%) παχυσαρκία (BMI > 30).

Περίπου 4 μήνες από την έναρξη των συμπτωμάτων (112±22.7 ημέρες) εκτιμήθηκαν κλινικά και το 54% ανέ-

φερε τουλάχιστον ένα σύμπτωμα, συχνότερα δύσπνοια προσπάθειας (28%), καταβολή (18%) και μυϊκή αδυναμία (15%), ενώ το 24% ανέφερε τουλάχιστον ένα ψυχολογικό σύμπτωμα. Περίπου 1.5 χρόνο από την έναρξη των συμπτωμάτων (554±8.7 ημέρες) το 28% εξακολούθησε να αναφέρει τουλάχιστον ένα σύμπτωμα, με συχνότερα τα προαναφερθέντα.

Περίπου 4 μήνες από την έναρξη των συμπτωμάτων (105±21.4 ημέρες) εκτιμήθηκε η αξονική θώρακος υψηλής ευκρίνειας (HRCT) και ποσοτικοποιήθηκε από ακτινολόγο με mean total score 5.5±6.1.

Περίπου 4 μήνες από την έναρξη των συμπτωμάτων (115±20.1 ημέρες) εκτιμήθηκε ο λειτουργικός έλεγχος της αναπνοής, και ανέδειξε DLCO <80% ΠΤ στο 49% και DLCO <60% ΠΤ στο 13%.

Συμπέρασμα: Παρότι η πλειοψηφία των ασθενών βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου, 4 μήνες από την έναρξη των συμπτωμάτων περίπου το 1/2 των ασθενών που νοσηλεύτηκαν για COVID-19 αναφέρουν έστω ένα σύμπτωμα με συχνότερο την δύσπνοια, ενώ το 13% παρουσιάζει αξιολογη λειτουργική επιβάρυνση της αναπνοής. Τέλος, στους 18 μήνες από την έναρξη των συμπτωμάτων, περίπου το ¼ των ασθενών εξακολουθεί να αναφέρει έστω ένα σύμπτωμα.

ΡΥΤΙΔΕΚΤΟΜΗ ΠΡΟΣΩΠΟΥ. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ

Χ. Μιχαλόπουλος, Σ. Δρακόπουλος, Α. Κορωναίου, Ρ. Ποταμίτου, Γ. Αλμπάνης, Γ. Πατρινιός, Α. Κυριακόπουλος, Α. Ζώτου, Π. Γιαννόπουλος, Μ. Κοτρώτσιου

Τμήμα Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η ρυτιδεκτομή προσώπου (facelift) είναι μια χειρουργική επέμβαση που βελτιώνει τα ορατά σημάδια γήρανσης στο πρόσωπο και τον λαιμό, όπως είναι η χαλάρωση του δέρματος. Ταυτόχρονα όμως χρησιμοποιείται και σαν μέθοδος αποκατάστασης σε συχνές παθήσεις και τραυματισμούς που αφορούν στο πρόσωπο, όπως παράλυση προσωπικού νεύρου, σκληρόδερμα, Bell's palsy κ.α. Οι τεχνικές που έχουν περιγραφεί, ανάλογα με το επίπεδο των ιστών του προσώπου που κινητοποιούνται, ποικίλλουν. Στο τμήμα μας επιλέγουμε την τεχνική του lateral smasectomy lift καθώς και την τεχνική του deep plane facelift. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, η επέμβαση του facelift είναι ανάμεσα στις 10 πιο συχνά πραγματοποιούμενες επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής παγκοσμίως.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 2 γυναίκες ασθενείς οι οποίες οδηγήθηκαν στη χειρουργική αίθουσα κατά το διάστημα 2022-2023. Η πρώτη ασθενής, μία 43χρονη που εμφάνισε παράλυση του προσωπικού νεύρου μετά από εγκεφαλίτιδα και η δεύτερη 23 ετών, η οποία εμφάνισε παράλυση προσωπικού νεύρου στα πλαίσια συστηματικού σκληροδέρματος. Υποβλήθηκαν αμφότερες σε ρυτιδεκτομή προσώπου και λαιμού με τη μέθοδο lateral smasectomy lift. Οι ασθενείς δεν είχαν υποκείμενα νοσήματα και δε λάμβαναν συστηματικά φαρμακευτική αγωγή.

Αποτελέσματα: Η νοσηλεία των ασθενών διήρκεσε 4 ημέρες, κατά τη διάρκεια της οποίας χορηγήθηκε στις ασθενείς διπλό αντιβιοτικό σχήμα. Οι παροχτεύσεις τύπου renrose αφαιρέθηκαν την 2^η μετεγχειρητική ημέρα. Δεν υπήρξαν μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως αιμάτωμα ή λοίμωξη μαλακών μορίων. Προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του Τμήματός μας για αλλαγή του τραύματος και αφαίρεση ραμμάτων την 10^η μετεγχειρητική ημέρα.

Συζήτηση: Σκοπός της επέμβασης του facelift είναι να αναστρέψει τα σημάδια γήρανσης του προσώπου και του λαιμού, αλλά και να επαναφέρει την κανονικότητα και τη συμμετρία μετά από παθήσεις ή τραυματισμούς. Οι τυχόν επιπλοκές φέρουν ιδιαίτερο βάρος στους ασθενείς, γι' αυτό και πρέπει να ενημερώνονται εξαρχής γι αυτές, κατά τη διάρκεια μιας ενδελεχούς συζήτησης με τον ιατρό.

Συμπέρασμα: Συμπερασματικά, μια επιτυχημένη επέμβαση facelift, επαναφέρει τη συμμετρία του προσώπου με φυσικό τρόπο και όχι αλλάζοντας τα χαρακτηριστικά του. Η σωστή προεγχειρητική ανάλυση και εκτίμηση του ασθενούς και η τοποθέτηση της ένδειξης για την επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής τεχνικής αποτελούν παράγοντες για ένα καλό μετεγχειρητικό αποτέλεσμα, το οποίο θα διαρκέσει σε βάθος χρόνου.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

**Χ. Βούλγαρη, Η. Πρεμέτης, Α. Μπογοσιάν, Μ. Μυρωδιά,
Ε. Μαργέλλου, Β. Παπασταμόπουλος**

Ε΄ Παθολογική Κλινική-Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις χειρουργικού τραύματος είναι συχνές μετά από ορθοπεδικό χειρουργείο αποκατάστασης. Αποτελούν τη 2^η αιτία παγκοσμίως νοσοκομειακών λοιμώξεων. Συχνά σχετίζονται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Σκοπός της μελέτης μας είναι ο προσδιορισμός προδιαθεσικών παραγόντων κινδύνου για αυτές τις λοιμώξεις.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 24 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Κλινική μας για εμπύρετο μετά από ορθοπεδικό χειρουργείο αποκατάστασης (14 άνδρες/10 γυναίκες, μέσης ηλικίας 77.0 ± 9.0 έτη). Καταγράφηκαν τα δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους.

Αποτελέσματα: Ο ανθεκτικός στη μεθικιλίνη χρυσίζων σταφυλόκοκκος (MRSA) ήταν ο συχνότερος παθογόνος μικροοργανισμός που απομονώθηκε στους ασθενείς (88%, n=14). Η μονοπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η γλυκόζη νηστείας ήταν υψηλότερη στους ασθενείς που παρουσίασαν λοίμωξη τραύματος μετά το ορθοπεδικό χειρουργείο αποκατάστασης συγκριτικά με αυτούς που

δεν παρουσίασαν λοίμωξη ($120.0 \pm 5.2\text{mg/dL}$ vs. $86.8 \pm 7.8\text{mg/dL}$, $p=0,002$).

Παράγοντες που σχετίζονταν σημαντικά και ανεξάρτητα στην πολυπαραγοντική ανάλυση με την λοίμωξη του ορθοπεδικού χειρουργικού τραύματος ήταν: Ο διαβήτης τύπου 2 (Odds Ratio 5.8, 95% Confidence Interval 2.9-7.5), η κακή γλυκαιμική ρύθμιση (OR 1.2, 95%CI 1.0-1.5), η χρόνια νεφρική νόσος (OR 3.6, 95%CI 2.9-6.5) και η αναιμία (OR 3.2, 95%CI 1.4-4.1). Ο προδιαβήτης (γλυκόζη νηστείας=100-125mg/dL) παρουσίαζε σημαντική και ανεξάρτητη συσχέτιση με τη λοίμωξη του ορθοπεδικού χειρουργικού τραύματος (OR 3.4, 95%CI 1.5-5.9).

Συμπεράσματα: Ο διαβήτης τύπου 2 είχε τη σημαντικότερη συσχέτιση με τη λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος μετά από ορθοπεδικό χειρουργείο αποκατάστασης στους ασθενείς που μελετήσαμε. Η γλυκόζη νηστείας πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στον προεγχειρητικό εργαστηριακό έλεγχο ενός ασθενούς προς ορθοπεδικό χειρουργείο αποκατάστασης ακόμα και χωρίς γνωστό ιστορικό διαβήτη.

ΝΕΥΡΙΝΩΜΑ ΜΕΣΟΥ ΩΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κ. Χράς, Α. Μπιλάλη, Μ. Χρόνη

Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Τα νευρινώματα αποτελούν ένα από τους πιο συχνούς όγκους του μέσου ωτός. Μπορεί να προέρχονται από τα νεύρα της τυμπανικής κοιλότητας, από το προσωπικό νεύρο και από τη χορδή του τυμπάνου.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της κλινικής εικόνας, των απεικονιστικών και διεγχειρητικών ευρημάτων και της αντιμετώπισης ενός περιστατικού νευρινώματος μέσου ωτός.

Υλικό και μέθοδοι: Ασθενής 53 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία αιτιώμενη χρόνια ωτόρροια, ωταλγία και από ετών βαρηκοΐα αριστερού ωτός. Η ωτοσκόπηση ανέδειξε προπέτεια του τυμπανικού υμένα, ενώ στο ακοόγραμμα η ασθενής παρουσίαζε κώφωση. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία λιθοειδών, στην οποία αναδείχθηκε κατάληψη του μέσου ωτός και η ασθενής προγραμματίστηκε για ερευνητική τυμπανοτομή. Διεγχειρητικά

διαπιστώθηκε η ύπαρξη ευμεγέθους μορφώματος του μέσου ωτός που καταλάμβανε το σύνολο της κοιλότητας και προκαλούσε διάβρωση των οσταρίων. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε νευρίνωμα μέσου ωτός και η ασθενής υπεβλήθη σε στερεοτακτική ακτινοθεραπεία. Στη συνέχεια η ασθενής εμφάνισε πάρεση του προσωπικού νεύρου, η οποία αποκαταστάθηκε με συντηρητική θεραπεία με στεροειδή.

Συμπεράσματα: Η κλινική εικόνα ενός νεοπλάσματος του μέσου ωτός, μπορεί να μιμείται το χολοστεάτωμα, προκαλώντας επαναλαμβανόμενα επεισόδια ωτόρροιας. Συνεπώς η κλινική υποψία σε συνδυασμό με τον ενδελεχή απεικονιστικό έλεγχο, είναι σημαντική για τη σωστή διάγνωση, καθώς και για την ενημέρωση των ασθενών, σε σχέση με τις θεραπευτικές επιλογές και τις πιθανές επιπλοκές από αυτές.

ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Π. Νιάρχου, Ι. Λιατάκης, Σ. Γεωργόπουλος, Γ. Παταβούκας, Α. Λυκούδης, Σ. Φωτάκης, Ε. Πράππα, Σ. Ξυδώνας

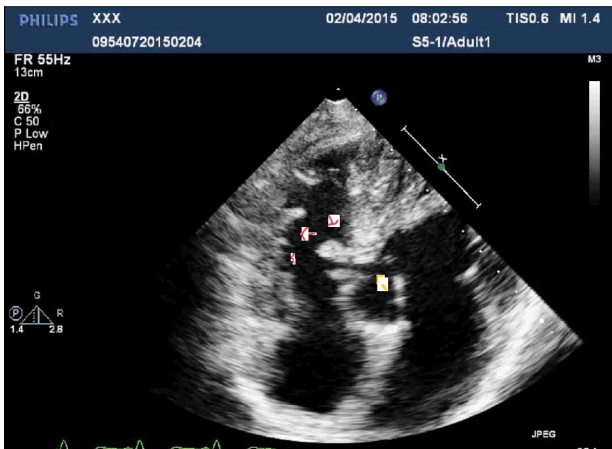
Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα (ΛΕ) είναι μια σπάνια νόσος με εκτιμώμενη επίπτωση 3-10 περιστατικά ανά 100.000/έτος. Στους ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες (CHD) είναι 15-140 φορές υψηλότερη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Η αυξημένη επιβίωση παιδιών με συγγενείς καρδιοπάθειες και η χρήση προσθετικών υλικών στις επιδιορθωτικές επεμβάσεις οδήγησαν σε αύξηση της επίπτωσης της ΛΕ, με τη θνητότητα από τη συγκεκριμένη οντότητα να έχει μειωθεί στο 10% περίπου λόγω της έγκαιρης διάγνωσης, της αντιμικροβιακής αγωγής και της καρδιοχειρουργικής ή διαδερμικής αντιμετώπισης. Παρόλα αυτά, η καθυστέρηση στη διάγνωση αποτελεί υπαρκτό πρόβλημα, ειδικά σε ασθενείς με υποξεία λοίμωξη και μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα ποσοστά θνητότητας έως και 40% στον χρόνο, ειδικά όταν εμφανιστούν επιπλοκές. Περιγράφουμε την περίπτωση άνδρα ασθενή 34 ετών με ενδοκαρδίτιδα δεξιάς κοιλίας, συνεπεία μικρής ανεγχείρητης μεσοκοιλιακής επικοινωνίας (VSD).

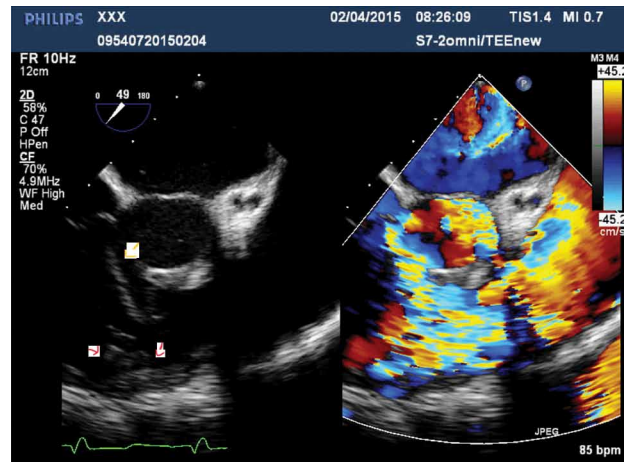
Περιγραφή: Πρόκειται για νεαρό άνδρα, ηλικίας 34 ετών, ο οποίος νοσηλεύθηκε αρχικά στη Ρευματολογική Κλινική για διερεύνηση πορφυρικού εξανθήματος γαστροκνημίων από μηνός. Ο ασθενής ανέφερε νυχτερινή εφίδρωση και ανορεξία. Από το ιστορικό του αναφερόταν μια μικρή VSD, κατάχρηση αλκοόλ και πολύ κακή στοματική υγιεινή. Ο ασθενής παρουσίαζε δεκατική πυρετική κίνηση και η κλινική του εξέταση, πέραν του ψηλαφητού πορφυρικού εξανθήματος, ανέδειξε ένα τραχύ ολοσυστολικό φύσημα στο 2^ο-3^ο μεσοπλεύριο διάστημα και ένα ψηλαφητό, ανώδυνο ήπαρ. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία χρόνιας νόσου, ήπια επηρεασμένη νεφρική κάθαρση και από το ανοσολογικό προφίλ, χαμηλές τιμές συμπληρώματος και αυξημένοι τίτλοι IgG. Από την ακτινογραφία αναδείχθηκε μικρή υπεζωκοτική συλλογή αριστερά και μικρά διηθήματα που έθεταν την διαφοροδιάγνωση μεταξύ λοίμωξης και σηπτικών εμβόλων. Στον ασθενή έγινε βιοψία δέρματος με ευρήματα «λευκοκυτταροκλαστικής αγγειίτιδας» και τέθηκε η διάγνωση πορφύρας Henoch-Schönlein. Τέθηκε σε αγωγή με ενδοφλέβια πρεδνιζολόνη για 4 ημέρες. Λόγω συνεχιζόμενης δεκατικής πυρετικής κίνησης ελήφθησαν αιμο-

καλλιέργειες, οι οποίες ανέδειξαν streptococcus sanguinis (viridans streptococcus group), και ζητήθηκε καρδιολογική εκτίμηση λόγω υψηλής υποψίας για ΛΕ (σηπτικά έμβολα, ιστορικό VSD, πυρετός, θετικές αιμοκαλλιέργειες με τυπικό μικροοργανισμό). Ο ασθενής υπεβλήθη αρχικά σε διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς, το οποίο ανέδειξε τη γνωστή περιμεμβρανώδη περιοριστική VSD αλλά και την εντυπωσιακή εικόνα εκβλαστήσεων στο ενδοκάρδιο του ελεύθερου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας, λόγω της ροής από αριστερά προς τα δεξιά διαμέσου του VSD (Εικόνες 1, 2). Ακολούθησε διοισοφάγιο υπερηχογράφημα που επιβεβαίωσε τα ευρήματα (Εικόνα 3) και τέθηκε επισήμως η διάγνωση της ΛΕ με βάση τα κριτήρια Duke. Ο ασθενής τέθηκε σε σχήμα 4 εβδομάδων με κεφτριαξόνη και γενταμικίνη, με ακόλουθη αρνητικοποίηση των αιμοκαλλιεργειών και βελτίωση της υπερηχογραφικής εικόνας (Εικόνα 4). Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες ασθενείς με VSD και ιστορικό λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας έχουν ένδειξη σύγκλεισης αυτής με ένδειξη IIa, ειδικά αν υπάρχουν ενδείξεις σηπτικών εμβολικών εστιών, ενώ έχει φανεί μείωση της πιθανότητας υποτροπής μετά από επιτυχή επέμβαση. Έτσι ο ασθενής μεταφέρθηκε στην Καρδιοχειρουργική Κλινική όπου έγινε σύγκλειση του VSD μετά την ολοκλήρωση της αντιβιοτικής αγωγής, εφόσον παρουσίασε ύφεση της εικόνας του, χωρίς επιπλοκές κατά την παρακολούθησή.

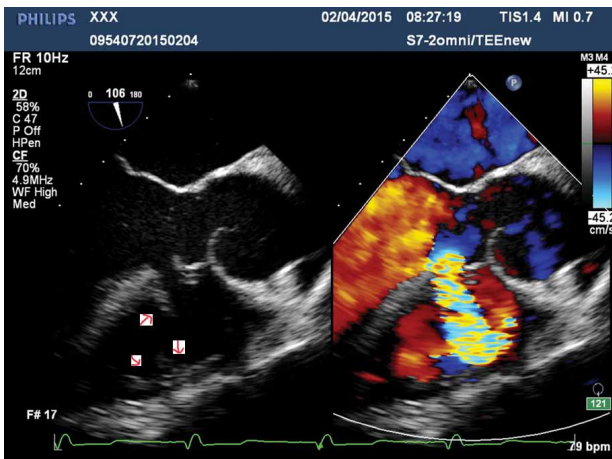
Συμπεράσματα: Το περιστατικό αυτό αποτελεί μια σπάνια εκδήλωση ενδοκαρδίτιδας με εκβλαστήσεις στις καρδιακές κοιλότητες, συνεπεία ανεγχείρητης VSD. Υψηλή υποψία για την έγκαιρη διάγνωση χρειάζεται στους ασθενείς με VSD και οδοντικά προβλήματα, που παρουσιάζονται με πυρετό ή δεκατική πυρετική κίνηση, καθώς η κακή στοματική υγιεινή αποτελεί την πρώτη αιτία ΛΕ στους ασθενείς αυτούς, ειδικά από μικροοργανισμούς όπως οι στρεπτόκοκκοι της οικογένειας viridans. Υποκλινική λοίμωξη με μη ειδικά συμπτώματα μπορεί να διαλάβει της προσοχής και της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης και να οδηγήσει σε επιπλοκές με ανοσολογικές ή εμβολικές εκδηλώσεις, δυσχεραίνοντας την πρόγνωση.



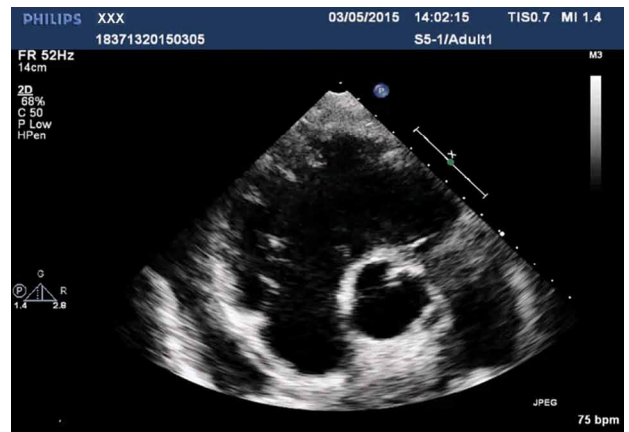
Εικόνα 1. Περιοριστική μεμβρανώδης VSD (κίτρινο βέλος) και εβλαστήσεις στην περιοχή αυτής και στο ελεύθερο τοίχωμα της δεξιάς κοιλίας (κόκκινα βέλη).



Εικόνα 2. Περιοριστική μεμβρανώδης VSD (κίτρινο βέλος) αριστερά 2D και δεξιά στο έγχρωμο doppler και εβλαστήσεις ακριβώς απέναντι εκεί που κατευθύνεται η ροή στο ελεύθερο τοίχωμα της δεξιάς κοιλίας (κόκκινα βέλη).



Εικόνα 3. Περιοριστική μεμβρανώδης VSD αριστερά 2D και δεξιά με έγχρωμο doppler που παρατηρούμε τη ροή από AP>ΔΕ. Εβλαστήσεις στην περιοχή αυτής και στο ελεύθερο τοίχωμα της δεξιάς κοιλίας (κόκκινα βέλη).



Εικόνα 4. Βελτίωση της υπερηχογραφικής εικόνας με μείωση των εκβλαστήσεων στη δεξιά κοιλία.

ΜΟΝΗΡΗΣ ΣΦΗΝΟΕΙΔΙΤΙΔΑ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ 7 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

N. Τσότσιου, A. Κόβατς, M. Almomani, M. Χρόνη

Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η μονήρης σφηνοειδίτιδα αποτελεί μια σπάνια πάθηση που αφορά το 2.7% του συνόλου των περιστατικών με οξεία ρινοκολπίτιδα. Παρουσιάζεται κυρίως με κεφαλαλγία, διπλωπία και σπανιότερα με ρινική συμφόρηση, οπισθορινικές πυώδεις εκκρίσεις και επίσταξη. Λόγω της άτυπης συμπτωματολογίας συχνά είναι δυσχερής η έγκαιρη διάγνωση, η οποία είναι απαραίτητη για την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών, λόγω γεινίασης του σφηνοειδούς κόλπου με σημαντικές ανατομικές δομές. Η αρχική θεραπεία είναι συνήθως συντηρητική με χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής, ενώ σε αποτυχία αυτής η αντιμετώπιση είναι χειρουργική.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση της κλινικής εικόνας, των απεικονιστικών ευρημάτων και της αντιμετώπισης της μονήρους σφηνοειδίτιδας σε 7 ασθενείς.

Υλικό και μέθοδοι: Η κεφαλαλγία ήταν το κοινό σύμπτωμα όλων των ασθενών. Ένας ασθενής εμφάνισε επιπλέον διπλωπία λόγω πάρεσης του απαγωγού και δύο ασθενείς πυώδη οπισθορινική έκκριση. Η διάγνωση ετέθη με τη

βοήθεια αξονικής τομογραφίας. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν συντηρητική θεραπεία με αντιβιοτικά, σε τρεις από τους ασθενείς τα συμπτώματα υφέθησαν και ο νέος απεικονιστικός έλεγχος έδειξε φυσιολογικό σφηνοειδή κόλπο. Οι τέσσερις ασθενείς υπεβλήθησαν σε ενδοσκοπική διαρρινική σφηνοειδοτομή. Από αυτούς, δύο είχαν μυκήτωμα του σφηνοειδούς κόλπου και δύο συλλογή πύου. Τα συμπτώματα σε όλους τους ασθενείς υφέθησαν.

Συμπεράσματα: Η μη ειδική συμπτωματολογία της μονήρους σφηνοειδίτιδας οδηγεί συχνά σε δυσχέρεια έγκαιρης διάγνωσης και στην εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών λόγω επέκτασης της παθολογίας στους γύρω ιστούς. Η διάγνωση βασίζεται στον υψηλό δείκτη υποψίας, στην ενδοσκοπική εξέταση και στην αξονική τομογραφία. Σε περιπτώσεις αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής, αντιμετωπίζεται συχνότερα με διαρρινική ενδοσκοπική προσπέλαση του σφηνοειδούς. Η επιλογή της κατάλληλης ενδοσκοπικής προσπέλασης εξαρτάται από την παθολογία, καθώς και από ανατομικές διαφοροποιήσεις του σφηνοειδούς κόλπου.

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΕΝΖΥΜΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

Χ. Βερετάνος, Β. Παπαστεργίου, Τ. Γεωργιάδη, Α. Παπαρίζου, Κ. Αρβανίτης, Δ. Κοζομπόλη, Ε. Μπέκα, Α. Μουντάκη, Φ. Αλμπάνη, Ι. Μυλωνάς, Γ. Καλόγηρος, Κ. Κουστένης, Δ. Προβή, Κ. Μουσουράκης, Α. Τσατσά, Γ. Νούσιας, Λ. Καραούζας, Μ. Πάτση, Α. Χρηστίδου, Μ. Μελά, Κ. Κατωπόδη, Χ. Χατζηευαγγελινού, Κ. Βαρυτιμιάδης, Ε. Αρχαύλης, Ε. Αδάμου, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Οι βιολογικοί παράγοντες χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά στη θεραπεία των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Η φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες ηπατικής δυσπραγίας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, συχνά αποδιδόμενες σε αντιβιοτικά και σε ανοσοτροποποιητικά φάρμακα όπως η αζαθειοπρίνη και η μεθοτρεξάτη. Ωστόσο, η ακριβής επίπτωση και τα κλινικά χαρακτηριστικά ηπατοτοξικότητας σε ασθενείς που λαμβάνουν βιολογικό παράγοντα δεν έχουν αποτυπωθεί επαρκώς.

Σκοπός: Να μελετηθεί η μακροχρόνια επίπτωση, οι αιτίες, και τα κλινικά χαρακτηριστικά διαταραχών της ηπατικής βιοχημείας σε ΙΦΝΕ ασθενείς που λαμβάνουν ΒΠ.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα μακροχρόνιας παρακολούθησης ΙΦΝΕ ασθενών πρωτοθεραπευόμενων με βιολογικό παράγοντα χωρίς προηγούμενο ιστορικό ηπατοπάθειας, μελετήθηκαν αναδρομικά.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 120 ασθενείς (58.3% άνδρες, 56.7% N. Crohn, μέση ηλικία 43.5 ± 14.7 έτη): 85 (70.8%) έλαβαν infliximab, 33 (27.5%) vedolizumab και 2 (1.7%) ustekinumab. Έπειτα από ενδιάμεσο διάστημα 28.7 μηνών (εύρος: 0.56-99), 20 (16.7%) εμφάνισαν διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας. Η αθροιστική πιθανότητα εμφά-

νισης διαταραχής της ηπατικής βιοχημείας στους 12, 36 και 60 μήνες παρακολούθησης ήταν 9.1%, 15.6% και 17.8%, αντίστοιχα. Οι διαταραχές ήταν ηπατοκυτταρικού τύπου ($R \geq 5$) στο 75% και στη μεγάλη τους πλειοψηφία ήταν ήπιες ($ALT \leq 3 \times A.F.T.$). Συχνότερες αιτίες ήταν η φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα (7/20, 35%), η μη-αλκοολική-λίπωση του ήπατος (5/20, 25%) και η πρωτοπαθής-σκληρυντική-χολαγγειίτιδα (2/20, 10%). Συνολικά 4/7 περιπτώσεις ηπατοτοξικότητας αποδόθηκαν σε βιολογικό παράγοντα. Όλες αφορούσαν σε ασθενείς που ελάμβαναν infliximab με ηπατοκυτταρικού τύπου διαταραχή της βιοχημείας, εκ των οποίων 3/4 είχαν θετικά αντιπυρηνικά (ANA) αντισώματα. Σε όλες τις περιπτώσεις έγινε διακοπή του infliximab, ενώ σε έναν ANA(+) ασθενή με εμμένουσα αύξηση των ηπατικών ενζύμων έγινε έναρξη στεροειδών κατόπιν βιοψίας ήπατος με ευρήματα τυπικά αυτοάνοσης ηπατίτιδας. Σε 2/4 ασθενείς έγινε αλλαγή σε άλλο βιολογικό (1 adalimumab, 1 ustekinumab) χωρίς υποτροπή της ηπατοπάθειας.

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση διαταραχής της ηπατικής βιοχημείας είναι αρκετά συχνά σε ΙΦΝΕ ασθενείς υπό βιολογικό παράγοντα (5ετής επίπτωση 18%). Ηπατοτοξικότητα παρατηρείται στο 4-5% των ασθενών που λαμβάνει μακροχρονίως infliximab, με ευνοϊκή ωστόσο πρόγνωση.

ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Ι. Λιατάκης, Π. Νιάρχου, Σ. Γεωργόπουλος, Π.-Ν. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα, Κ. Αναγνώστου, Α. Μπατσούλη, Α. Στυλιάρας, Δ. Πολύζος, Ι. Λακουμέντας, Σ. Φωτάκης, Ε. Πράππα, Σ. Ξυδώνας

Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή και Σκοπός: Οι μυοκαρδιοπάθειες είναι η πιο συχνή αιτία νεανικού αιφνιδίου θανάτου. Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, η πιο συχνή μορφή μυοκαρδιοπάθειας, χαρακτηρίζεται από ανεξήγητη μυοκαρδιακή υπερτροφία, που δε δύναται, δηλαδή, να αποδοθεί σε συνθήκες αυξημένης φόρτισης (για παράδειγμα σε αρτηριακή υπέρταση ή βαλβιδική καρδιακή νόσο). Πρόκειται για κληρονομούμενη νόσο κατά την οποία, σε μεγάλο ποσοστό (60-70%) των περιπτώσεων, η υπεύθυνη μετάλλαξη εντοπίζεται σε γονίδια που κωδικοποιούν πρωτεΐνες του καρδιακού σαρκομερίου.

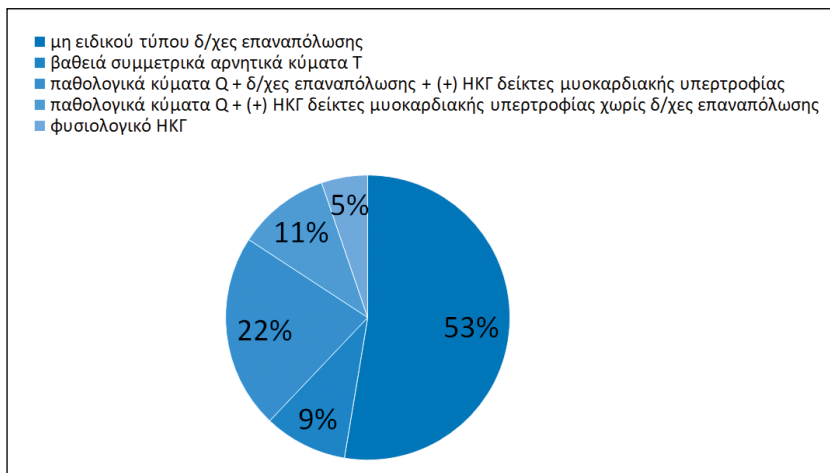
Το ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών θεωρείται βασικότατο εργαλείο στη διάγνωση αλλά και την παρακολούθηση ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια.

Μέθοδοι και αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 95 ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (μέση ηλικία 54 έτη, 55 άνδρες, 40 γυναίκες) οι οποίοι παρακολουθούνται στο Ιατρείο Μυοκαρδιοπαθειών και Πρόληψης Αιφνιδίου Καρδιακού Θανάτου του Νοσοκομείου μας. Διενεργήθηκε, εκτός της λήψης ιστορικού και την κλινική εξέταση, από την πρώτη τους επίσκεψη ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών (ΗΚΓ) καθώς και υπερηχογράφημα καρδιάς. Οι 90 εκ αυτών, είχαν παθολογικό ΗΚΓ. Οι 9 εκ των ασθενών

αυτών εμφάνιζαν βαθειά συμμετρικά αρνητικά κύματα Τ στις προκάρδιες απαγωγές. 21 ασθενείς εμφάνιζαν παθολογικά κύματα Q (δυναμικό $\geq 25\%$ του ύψους του R-wave και/ή διάρκεια ≥ 0.04 s) στις κατώτερες ή/και πλάγιες απαγωγές με συνοδές διαταραχές επαναπόλωσης στις εν λόγω απαγωγές και θετικούς ηλεκτροκαρδιογραφικούς δείκτες μυοκαρδιακής υπερτροφίας, ενώ 10 ασθενείς εμφάνιζαν κύμα Q στις κατώτερες ή/και πλάγιες απαγωγές, θετικούς ηλεκτροκαρδιογραφικούς δείκτες μυοκαρδιακής υπερτροφίας αλλά χωρίς διαταραχές επαναπόλωσης. 50 ασθενείς εμφάνιζαν μη ειδικού τύπου διαταραχές επαναπόλωσης, ενώ μόνο 5 είχαν φυσιολογικό ΗΚΓ (τα αποτελέσματα παρατίθενται αναλυτικά στο Σχήμα 1). Τα αποτελέσματά μας συμβαδίζουν με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα. Στους ανωτέρω ασθενείς, η υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη επιβεβαίωσε τη διάγνωση της νόσου.

Συμπεράσματα: Στους ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, το ΗΚΓ είναι φυσιολογικό σε πολύ μικρό ποσοστό. Συνήθως εμφανίζει διαταραχές σε πολύ πρώιμο στάδιο εμφάνισης της νόσου.

Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει τη θεμελιώδη αξία που έχει το απλό καρδιογράφημα 12 απαγωγών στη διάγνωση της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας.



Σχήμα 1. Αποτελέσματα καρδιογραφικού ελέγχου πληθυσμού 95 ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια που παρακολουθούνται στο Τμήμα Μυοκαρδιοπαθειών και Πρόληψης Αιφνιδίου Καρδιακού Θανάτου του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός».

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΜΗ ΣΥΝΔΡΟΜΙΚΟ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ

Κ. Μπέκα, Μ. Γιαννακού, Ε. Παρτσαλάκη, Μ. Κουλέντη, Β. Αντωνοπούλου, Δ. Μπαικούση, Π. Μουχτούρης, Ε. Καρδαλάς, Μ. Τζανέλα, Γ. Ντάλη

Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος»-Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (Υπόφυση/Επινεφρίδια/Θυρεοειδής), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Σκοπός: Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός (ΠΥΠ) αποτελεί συχνή ενδοκρινική διαταραχή. Περιορισμένα επιστημονικά δεδομένα υποστηρίζουν, ότι οι ασθενείς με μη-συνδρομικό (ΠΥΠ) εμφανίζουν αυξημένη επίπτωση άλλων ενδοκρινικών διαταραχών και κακοηθειών, ειδικά καρκίνου θυρεοειδούς. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να προσδιοριστεί η επίπτωση των συνυπαρχουσών ενδοκρινικών διαταραχών και των κακοηθειών σε ασθενείς με (ΠΥΠ).

Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη 227 ασθενών με (ΠΥΠ) (γυναίκες/άνδρες: 166/61) και 244 ασθενών χωρίς (ΠΥΠ) (γυναίκες/άνδρες: 169/75), που παρακολουθούνται στο εξωτερικό ενδοκρινολογικό ιατρείο του Νοσοκομείου. Κατεγράφησαν τα δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα τους από τις κάρτες παρακολούθησης. Ασθενείς με (ΠΥΠ) στα πλαίσια συνδρόμου πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας αποκλείστηκαν.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με και χωρίς (ΠΥΠ) δε διέφεραν ως προς την ηλικία (60 έναντι 58 έτη, $p=0.21$) και το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) (28 έναντι 27kg/m², $p=0.58$). 73% (166/227) των ασθενών με (ΠΥΠ) ήταν γυναίκες. Οι ασθενείς με (ΠΥΠ) παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερη επίπτωση αυτοάνοσης θυρεοειδοπάθειας (ΑΘ) [78/227 (34.4%)] έναντι 26/244 (10.6%), $p=0.01$] και σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) [46/227 (20.3%) έναντι 23/244 (9.4%), $p=0.026$] συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς (ΠΥΠ). Στην ομάδα των ασθενών με (ΠΥΠ) συγκριτικά με τους άνδρες οι γυναίκες εμφάνιζαν πιο συχνά (ΑΘ) [65/166 (39.1%)

έναντι [13/61 (21.3%), $p< 0.01$] και (ΣΔ) [36/166 (21.7%) έναντι 10/61 (16.4%), $p=0.02$].

Η συνολική επίπτωση κακοηθειών ήταν αυξημένη στους ασθενείς με (ΠΥΠ) συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς (ΠΥΠ) [59/227 (26%) έναντι 38/244 (15.5%), $p< 0.01$]. Η επίπτωση του καρκίνου ήταν ίδια μεταξύ ανδρών και γυναικών ασθενών με (ΠΥΠ) [16/61 (26.2%) έναντι 43/166 (25.8%), $p=0.15$]. Η πιο συχνή κακοήθεια μεταξύ όλων των ασθενών ήταν ο διαφοροποιημένος καρκίνος θυρεοειδούς (ΔΚΘ) και η επίπτωσή του ήταν σημαντικά αυξημένη στους ασθενείς με (ΠΥΠ) συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς (ΠΥΠ) [19/227 (8.4%) έναντι 12/244 (4.9%), $p=0.014$]. Με εξαίρεση το (ΔΚΘ) οι ασθενείς με (ΠΥΠ) εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά κακοηθειών [40/227 (17.6%) έναντι 26/244 (10.6%), $p< 0.01$] και ο καρκίνος του μαστού ήταν ο πιο συχνός [12/227 (5.3%)], ακολουθούμενος από τον καρκίνο του πνεύμονα [7/227 (3%)] και του ενδομήτριου [4/227 (1.7%)]. Μεταξύ των ασθενών χωρίς (ΠΥΠ), οι πιο συχνές κακοήθειες ήταν του μαστού [9/244 (3.7%)], του πνεύμονα [5/244(2%)] και του εντέρου [3/244 (1.2%)].

Συμπεράσματα: Ο μη-συνδρομικός (ΠΥΠ) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θυρεοειδικής αυτοανοσίας, σακχαρώδους διαβήτη και κακοηθειών. Οι ιατροί θα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι και να ελέγχουν σε τακτική βάση τους ασθενείς αυτούς για την πρόωρη διάγνωση αυτών των νοσηροτήτων.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ (ΠΑΥ) ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΗ DLCO: ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ε. Δήμα¹, Δ. Φασφαλή¹, Β. Γρηγορόπουλος¹, Α. Μπατσούλη², Π.-Ν. Ζιμπουνούμη-Κεράτσα², Α. Μεγαρισιώτου², Π. Νιάρχου², Ε. Πράππα², Σ. Ξυδώνας², Σ. Ορφανός³, Α. Άνθη¹

¹Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»,

³Ομότιμος Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Πρόσφατα έχει περιγραφεί ο φαινότυπος των πνευμόνων σε ασθενείς με ιδιοπαθή Πνευμονική Αρτηριακή Υπέρταση (ΠΑΥ). Χαρακτηρίζεται από χαμηλή ικανότητα διάχυσης μονοξειδίου του άνθρακα (diffusing capacity of the lungs for carbon monoxide, DLCO) και ιστορικό καπνίσματος. Αυτοί οι ασθενείς μοιάζουν περισσότερο με ασθενείς με πνευμονική υπέρταση λόγω πνευμονικής νόσου παρά με την κλασική ιδιοπαθή πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (iPAΥ).

Σκοπός: Η αναγνώριση ασθενών με ΠΑΥ στο κέντρο μας που παρουσιάζουν χαμηλή DLCO και η περιγραφή των κλινικών, αιμοδυναμικών και υπερηχογραφικών χαρακτηριστικών τους.

Αποτελέσματα: 67 ασθενείς με ΠΑΥ παρακολουθούνται στο κέντρο μας. 41.8% έχουν διαγνωστεί με iPAΥ, 55.2% με ΠΑΥ σχετιζόμενη με νόσους του συνδετικού ιστού και κυρίως συστηματική σκλήρυνση (75.6%) και 3% λόγω πνυ-

λαίας υπέρτασης, HIV. 71.6% των ασθενών είναι γυναίκες και 28.4% είναι άνδρες, με μέση ηλικία τα 63 έτη (52-72).

Οι ασθενείς με ΠΑΥ χωρίστηκαν σε 2 ομάδες βάσει DLCO (ομάδα 1=DLCO>45% του προβλεπόμενου, ομάδα 2=DLCO<45% του προβλεπόμενου). Αποτελέσματα: Ομάδα 1: 89.5% γυναίκες, 68.4% σε WHO-FC II και 31.6% σε WHO-FCIII, 31.6% είναι διαγνωσμένοι με iPAΥ, 63.1% με ΠΑΥ σχετιζόμενη με νόσους του συνδετικού ιστού, 66.7% είναι υπό αγωγή με διπλό σχήμα, 11.1% είναι υπό αγωγή με τριπλό σχήμα και 21.1% σε μονοθεραπεία. Οι βασικές αιμοδυναμικές και υπερηχογραφικές διαφορές συνοψίζονται στον Πίνακα 1.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με ΠΑΥ και DLCO <45% είναι στην πλειοψηφία τους άνδρες, έχουν χειρότερη λειτουργική κατάσταση, βαρύτερη εικόνα ΠΥ και χειρότερη πρόγνωση.

Πίνακας 1. Βασικές αιμοδυναμικές και υπερηχογραφικές διαφορές των δυο ομάδων.

	Ομάδα 1	Ομάδα 2	p-value
Mean PAP mmHg	26 (21-38)	34 (28-48)	0.034
CI L/min/m ²	2.54 (2.22-3.47)	2.24 (1.93-2.5)	0.019
PVR WU	3 (2.5-5.1)	6.33 (3.96-8.3)	0.005
FEV1pred %	90 (74.2-105.8)	81.6 (59.3-92.0)	0.073
FVCpred %	99 (79.3-103.6)	92 (60.6-100.0)	0.189
FEV1/FVC	79.8(75-84)	74 (65-82.6)	0.044
6MWT m	421 (411-500.25)	285 (247.5-349)	0.001
TAPSE mm	22 (20.5-24)	18 (16.5-20)	0.003
RVSP mmHg	43 (37.5-53.5)	60 (48-75)	0.016
TAPSE/RVSP	0.51 (0.31-0.61)	0,35 (0.19-0.40)	0.005
TRVmax (m/sec)	3.0 (2.92-3.55)	3.6 (3.1-4.1)	0.028
Pad mm	23 (20-29)	29 (25-30)	0.014

ΚΑΡΠΟΜΕΤΑΚΑΡΠΙΑ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΜΕ ΣΥΝΟΔΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΠΟΛΥΓΩΝΟΥ, ΑΓΚΙΣΤΡΩΤΟΥ ΚΑΙ ΕΓΓΥΣ ΦΑΛΑΓΓΑΣ ΔΕΙΚΤΗ, ΣΕ ΥΨΗΛΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Κ. Αποστόλου, Β. Μαρκοπούλου, Μ. Λαλουδάκης, Σ. Ευσταθίου, Χ. Γαρνάβος

Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Τα εξάρθρηματά των καρπομετακαρπίων αρθρώσεων αποτελούν σπάνιες κακώσεις της άκρας χειρός με ποσοστό εμφάνισης περίπου 1%. Ο συνδυασμός με κατάγματα των άλλων οστών του καρπού ή της άκρας χειρός παρουσιάζεται ακόμα πιο σπάνια.

Σκοπός: Παρουσιάζουμε περίπτωση σοβαρής κάκωσης πηχεοκαρπικής και άκρας χειρός σε πολυτραυματία με υψηλής ενέργειας κάκωση που αντιμετωπίστηκε στο Νοσοκομείο μας και αναφέρουμε την προσέγγισή μας και τα αποτελέσματά μας.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής εισήχθη με πολλαπλές κακώσεις, μετά από τροχαίο. Προσήλθε με ενδοκοιλιακή αιμορραγία, υποτροχαντήριο κάταγμα του δε ισχίου, σύνθετη συνδεσμική βλάβη του αρ. γόνατος με πλήρη πάρεση του κοινού περνιαίου νεύρου, ενώ στη δεξιά άκρα χείρα και καρπό είχε υποστεί κάταγμα της εγγύς φάλαγγας του δείκτη με ραχιαίο εξάρθρημα των καρπομετακαρπίων αρθρώσεων του δείκτη, μέσου, παράμεσου και μικρού δακτύλου, καθώς και κατάγματα του μείζονος πολυγώνου και του αγκιστρωτού.

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με εμβολισμό κλάδου της δεξιάς εν τω βάθει μηριαίας αρτηρίας, με λαπαροτομή,

σπληνεκτομή, οστεοσύνθεση του υποτροχαντήριου κατάγματος με ενδομυελικό ήλο και σταθεροποίηση των εξάρθρημάτων των καρπομετακαρπίων αρθρώσεων καθώς και του κατάγματος της φάλαγγας του δείκτη με χρήση βελονών Kirschner διαδερμικά. Τα λοιπά κατάγματα της πηχεοκαρπικής αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά.

Αποτελέσματα: Οι βελόνες Kirschner της πηχεοκαρπικής παρέμειναν στη θέση τους για 8 εβδομάδες, ενώ της εγγύς φάλαγγας για 4 εβδομάδες. Κατόπιν, ο ασθενής ξεκίνησε εντατική φυσιοθεραπεία στην πηχεοκαρπική άρθρωση και άκρα χείρα. Έξι μήνες μετά τον τραυματισμό του ο ασθενής παρουσίαζε εξαιρετική λειτουργικότητα. (DASH score 1.66).

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός καταγμάτων/εξάρθρημάτων των καρπο-μετακαρπίων αρθρώσεων μπορεί να συμβεί σε πολυτραυματίες ασθενείς που έχουν επιπρόσθετα υποστεί και άλλες σοβαρές, δυνητικά θανατηφόρες, κακώσεις και να διαλάβουν της προσοχής με ανυπολόγιστες συνέπειες. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των κακώσεων αυτών, μπορεί να προσφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα με εξαιρετική λειτουργικότητα του άκρου και μεγάλο βαθμό ικανοποίησης από την πλευρά του ασθενούς.

ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (PICS)

Α. Δεσπότη¹, Λ. Καρατζάνος¹, Α. Αλεξανδροπούλου¹, Ε. Μαγκούτη¹, Ε. Πατσάκη¹, Δ. Τζούμη¹, Γ. Ρούσσου¹, Ν. Λεβεντάκης¹, Α. Παπαθανασίου², Ν. Δημητριάδη², Σ. Νανάς¹

¹Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης και Αποκατάστασης, Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ²Τμήμα Κινηματογράφου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Έχει παρατηρηθεί ότι μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ προκύπτουν ελλείματα στις σωματικές, νοητικές και ψυχικές λειτουργίες, τα οποία δυσχεραίνουν την διαδικασία ανάρρωσης και αποκατάστασης. Όλα αυτά αποτελούν χαρακτηριστικά στοιχεία ενός συνδρόμου γνωστού ως «Σύνδρομο μετά τη νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας» (PICS). Η εικονική πραγματικότητα είναι μια τεχνολογία που εφαρμόζεται στην κλινική πράξη όλο και περισσότερο και θα μπορούσε να συμβάλει στην αποκατάσταση των νοητικών λειτουργιών στο σύνδρομο PICS.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της κλινικής μελέτης ήταν να εξεταστεί εάν η νευροψυχολογική αποκατάσταση δύναται να βελτιώσει τα νοητικά ελλείματα που έχουν προκύψει από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ, καθώς και να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα της εικονικής πραγματικότητας σε σχέση με την παραδοσιακή αποκατάσταση. Τέλος, διερευνήθηκε η ασφάλεια και η καταλληλότητα της εφαρμογής εικονικής πραγματικότητας.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μια μη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (non randomized control trial). Οι συμμετέχοντες (N=30) καταμεμήθηκαν σε 2 ομάδες, την πειραματική και την ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα πραγματοποιήθηκε νοητική άσκηση με τη χρήση της εικονικής πραγματικότητας, ενώ στην ομάδα ελέγχου νοητική άσκηση με παραδοσιακές μεθόδους. Πραγματοποιήθηκε νευροψυχολογική αξιολόγηση πριν και μετά

την παρέμβαση. Η παρέμβαση διήρκησε συνολικά 12 συνεδρίες (μισή ώρα κάθε φορά, 3 φορές την εβδομάδα, για 4 εβδομάδες).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς, ανεξάρτητα από το είδος παρέμβασης που ακολούθησαν, είχαν στατιστικώς σημαντικές βελτιώσεις στη γενική νοητική λειτουργία, την προσοχή, τις οπτικοχωρικές και επιτελικές λειτουργίες. Η πειραματική ομάδα είχε μεγαλύτερη βελτίωση στην οπτικοχωρική λειτουργία έναντι της ομάδας ελέγχου. Αντίστοιχα, η ομάδα ελέγχου είχε μεγαλύτερη βελτίωση στην ευχέρεια λόγου. Παράλληλα, αναδείχθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των νοητικών λειτουργιών τόσο στις αρχικές μετρήσεις όσο και στις διαφορές τους. Η εικονική πραγματικότητα αποτελεί ένα ασφαλές, κατάλληλο και ευχάριστο μέσο αποκατάστασης όπως αποτυπώνεται στη βαθμολογία SEQ.

Συζήτηση: Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τη διαλεύκανση των συγκεκριμένων μηχανισμών και παραγόντων που συμβάλλουν στα νοητικά ελλείματα, αλλά και τη διερεύνηση της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των λειτουργιών στο PICS. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα με μεγάλης κλίμακας κλινικές δοκιμές σε διάφορες ομάδες ασθενών, προκειμένου να διερευνηθεί ο μακροπρόθεσμος αντίκτυπος στις νοητικές λειτουργίες σε παρεμβάσεις με τη χρήση εικονικής πραγματικότητας.

ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΜΕΓΑΛΟ ΟΣΤΙΚΟ ΤΕΜΑΧΙΟ ΣΕ ΑΝΟΙΚΤΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΚΝΗΜΗΣ. ΤΟ ΚΡΑΤΑΜΕ Η ΤΟ ΠΕΤΑΜΕ; ΑΝΑΦΟΡΑ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΟΣΤΙΚΟΥ ΤΕΜΑΧΙΟΥ 10 ΕΚΑΤΟΣΤΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΕΠΙΤΥΧΩΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΗΘΗΚΕ ΣΕ ΠΟΡΩΣΗ

Κ. Αποστόλου, Β. Μαρκοπούλου, Λ. Μεταξάς, Π. Μασούρος, Χ. Γαρνάβος

Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η απόφαση να διατηρηθούν ή όχι, ελεύθερα οστικά τεμάχια σε ανοικτά κατάγματα μακρών οστών, αποτελεί πάντα μια δύσκολη απόφαση για τον χειρουργό τραύματος.

Σκοπός: Θέλουμε να παρουσιάσουμε ένα αλγόριθμο προσέγγισης για τις περιπτώσεις αυτές μέσα από τη βιβλιογραφική διερεύνηση αλλά και μέσα από την εμπειρία μας. Παρουσιάζουμε ανάλογη περίπτωση ασθενούς που αντιμετωπίστηκε στο Νοσοκομείο μας και αναφέρουμε την προσέγγισή μας, την αντιμετώπισή του και τα αποτελέσματά μας.

Υλικό-μέθοδος: Ασθενής προσκομίστηκε στο Νοσοκομείο μας μετά από υψηλής ενέργειας τροχαίο ατύχημα, ως συνοδηγός δικύκλου, έχοντας υποστεί «ανοικτό» κάταγμα κνήμης. Μαζί μεταφέρθηκε και ένα ελεύθερο οστικό τεμάχιο κνήμης που συνελέγη κατά το ατύχημα, από τους διασώστες, μήκους 10cm. Το οστικό τεμάχιο τοποθετήθηκε σε διάλυμα φυσιολογικού ορού κατά την είσοδο του ασθενούς στο Τμήμα Επειγόντων. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με εξωτερική οστεοσύνθεση (τύπου delta frame), ενώ το ελεύθερο οστικό τεμάχιο αφού υπεβλήθη σε μηχανικό και

χημικό καθαρισμό, τοποθετήθηκε στην ανατομική του θέση. Έγινε άμεση σύγκλιση του τραύματος μετά από νεαροποίηση. Μία εβδομάδα μετεγχειρητικά μία επιπλέον καρφίδα τοποθετήθηκε στην εξωτερική οστεοσύνθεση για επιπλέον σταθερότητα. Τρεις εβδομάδες μετά η εξωτερική οστεοσύνθεση αφαιρέθηκε και ενδομυελική ήλωση της κνήμης πραγματοποιήθηκε. Η ασθενής ακολούθησε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και παρακολούθηθηκε στα εξωτερικά ιατρεία ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Αποτελέσματα: Έξι μήνες μετεγχειρητικά το ελεύθερο τεμάχιο της κνήμης ενσωματώθηκε με δημιουργία πώρου που διερευνήθηκε με αξονική τομογραφία.

Συμπεράσματα: Πρέπει να γίνεται μεγάλη προσπάθεια διατήρησης των μεγάλων ελεύθερων οστικών τεμαχίων, που παίζουν σημαντικό ρόλο στη σταθερότητα του οστού. Η επιλογή μεταξύ πιθανής λοίμωξης, εάν διατηρηθούν και η κάλυψη μεγάλου οστικού κενού με μεθόδους οστεογένεσης εάν όχι, πρέπει να προβληματίζει τον χειρουργό και η απόφασή του να εξατομικεύεται. Η απόφασή μας να διατηρηθεί το οστικό τεμάχιο δικαιώθηκε καθώς το ελεύθερο οστικό τεμάχιο πωρώθηκε 6 μήνες μετεγχειρητικά.

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΡΑΓΑΓΓΛΙΩΜΑΤΟΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

A. Κολινιώτη¹, Κ. Πολυζώης¹, Ε. Καρδαλάς², Α. Παρασκευά¹, Ε. Μαυροδημητράκη¹,
Ν. Μάμιδας¹, Ε. Κεφάλου¹, Δ. Στεργίου¹, Π. Μεταξάς¹, Β. Σταματούκου¹, Χ. Κυζερίδης¹,
Σ. Σταυρόπουλος¹, Μ. Σωτηροπούλου¹, Β. Δρακόπουλος¹, Γ. Ντάλη²,
Μ. Τζανέλλα², Σ. Καπίρης¹

¹Γ' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος»-Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Εισαγωγή: Τα παραγαγγλιώματα (Paragangliomas - PGL) είναι νευροενδοκρινείς όγκοι οι οποίοι εξορμώνται από κύτταρα της νευρικής ακρολοφίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Τα παραγαγγλιώματα κεφαλής και τραχήλου (HNPGGL) αντιπροσωπεύουν μόλις το 0.012% όλων των όγκων της περιοχής και λιγότερο από το 3% όλων των εξωεπινεφριδιακών παραγαγγλιωμάτων. Σχεδόν το 80% των HNPGGL εντοπίζονται στα καρωτιδικά σωματίδια, κάνοντας την εμφάνισή τους στον θυρεοειδή ακόμη πιο σπάνια.

Σκοπός: Στόχος μας είναι να παρουσιάσουμε μια περίπτωση παραγαγγλιώματος εντοπιζόμενου αμιγώς στο θυρεοειδή αδένα, σε μια προσπάθεια να εμπλουτίσουμε την υπάρχουσα βιβλιογραφία για αυτόν τον σπάνιο και δυνητικά κακοήγη όγκο.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε την περίπτωση 41χρονου άνδρα που παραπέμφθηκε στο Εξωτερικό Χειρουργικό μας Ιατρείο με ιστορικό τραχηλικής διόγκωσης από διμήνου. Το υπερηχογράφημα τραχήλου ανέδειξε ένα μονήρη υπόηχο όζο θυρεοειδούς 4.0×2.8 εκ. με ακανόνιστα όρια. Στην εξέταση έγχρωμο Doppler απεικονίστηκε

τόσο περιοζώδης ροή όσο και εκτεταμένη αγγείωση εντός του όζου. Το αποτέλεσμα της κυτταρολογικής εξέτασης από αναρρόφηση με λεπτή βελόνα ήταν Bethesda II.

Λόγω του μεγέθους του όζου και του μοτίβου αγγείωσης, ο ασθενής υπεβλήθη σε ολική θυρεοειδεκτομή με δειγματοληψία κεντρικών λεμφαδένων. Η μακροσκοπική εξέταση του δείγματος αποκάλυψε μάζα 3.4×3.6 cm που προέρχεται από το μέσο του δεξιού λοβού με κυρίως εξωθυρεοειδική ανάπτυξη. Η τελική ιστολογική αναφορά αφορούσε ένα παραγαγγλίωμα θυρεοειδούς στρωματοποίησης GAPP ενδιάμεσου κινδύνου. Ο όγκος χρωματίστηκε θετικός για χρωμογρανίνη Α και συναπτοφυσίνη.

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Η διάγνωση των θυρεοειδικών PGL τίθεται συνήθως μετεγχειρητικά, δεδομένης της ομοιότητας αυτών των όγκων με άλλα νεοπλασμάτα του θυρεοειδούς στην προεγχειρητική απεικόνιση και FNA. Λιγότερες από 50 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί και συνήθως εμφανίζονται ως ασυμπτωματική ανώδυνη μάζα. Η πλήρης εκτομή είναι η βάση της θεραπείας και σχετίζεται με ευνοϊκή πρόγνωση.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ICG ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ

Μ. Σωτηροπούλου, Α. Παρασκευά, Ε. Μαυροδημητράκη, Ε. Κεφάλου, Δ. Στεργίου, Π. Μεταξάς, Χ. Κυζεριδης, Ν. Μάμιδας, Κ. Πολυζώης, Β. Σταματούκου, Α. Κολινιώτη, Β. Δρακόπουλος, Σ. Καπίρης

Γ' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η κάκωση του χοληδόχου πόρου είναι μια σοβαρή επιπλοκή μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, η οποία εξακολουθεί να αναφέρεται σε ποσοστό 0.4%. Η χρήση του Indocyanine Green Fluorescence (ICG) στη λαπαροσκοπική χειρουργική είναι χρήσιμη για τον προσδιορισμό της ανατομίας των χοληφόρων.

Αυτή η μελέτη έχει τεκμηριώσει τη δυνατότητα εφαρμογής και την απεικόνιση διεγχειρητικά του χοληφόρου δέντρου με πράσινο ινδοκυανίνης (ICG).

Μέθοδοι: Συμμετείχαν 287 ασθενείς με συμπτωματική χολολιθίαση που είχαν προγραμματιστεί για λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε προεγχειρητική ERCP, MRCP ή είχαν προηγούμενο επεισόδιο παγκρεατίτιδας αναγνωρίστηκαν ως ασθενείς με επιπλεγμένη χολολιθίαση (21.8%). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν 5mg ενδοφλεβίως μία έως τρεις ώρες προεγχειρητικά.

Τα σωματομετρικά δεδομένα των ασθενών και η βιοχημεία του ήπατος καταγράφησαν πριν το χειρουργείο. Ελέγχθηκαν τα διεγχειρητικά συμβάντα, ο χειρουργικός χρόνος και η διάρκεια νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Η διεξαγωγή critical view of safety ήταν δυνατή σε όλες τις περιπτώσεις καθώς και η αναγνώριση των εξωηπατικών χοληφόρων. Όσον αφορά το χρόνο εμφάνισης, αυτό ήταν δυνατό στο 71.7% πριν από την παρασκευή του κυστικού πόρου και της αρτηρίας και στο 84.3% μετά.

Σε τρεις περιπτώσεις, η χρήση ICG οδήγησε σε αποφυγή μετατροπής, ενώ σε άλλες έξι περιπτώσεις οδήγησε το χειρουργό να αλλάξει το σχέδιο χειρουργικής προετοιμασίας. Δεν αναφέρθηκαν τραυματισμοί του χοληδόχου πόρου. Ο μέσος χρόνος χειρουργικής επέμβασης ήταν 71 λεπτά, ενώ η παραμονή στο Νοσοκομείο ήταν 1.9 ημέρες.

Συμπέρασμα: Οι συζητήσεις για το αν κάνουμε αρκετά για να μειώσουμε τους τραυματισμούς του χοληδόχου πόρου είναι συνεχείς στις επιστημονικές τράπεζες. Η χολαγγειογραφία με ICG είναι πια στις μέρες μας ένας ασφαλής τρόπος διεγχειρητικής απεικόνισης του χοληφόρου δέντρου ώστε να εξαλειφθούν τέτοιου είδους τραυματισμοί.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ *C. DIFFICILE* ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Τ. Γεωργιάδη, Β. Παπαστεργίου, Κ. Κουστένης, Α. Μουντάκη, Ε. Μπέκα, Χ. Χατζηευαγγελινού, Κ. Αρβανίτης, Χ. Βερετάνος, Φ. Αλμπάνη, Ι. Μυλωνάς, Δ. Κοζομπόλη, Γ. Καλόγηρος, Δ. Προβή, Α. Παπαρίζου, Γ. Νούσιας, Λ. Καραούζας, Κ. Μουσουράκης, Α. Τσατσά, Μ. Πάτση, Α. Χρηστίδου, Μ. Μελά, Κ. Βαρυτιμιάδης, Κ. Κατωπόδη, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Το *C. Difficile* (CD) είναι μια κοινή αιτία ενδο-νοσοκομειακής διάρροιας, που σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Το αντίκτυπο της κλωστηριδιακής λοίμωξης σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου (ΙΦΝΕ) ακόμα και σε απουσία παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου, όπως η έκθεση σε αντιβιοτικά και οι νοσηλείες, είναι σημαντικό. Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ έχουν επιπρόσθετους κινδύνους, όπως διαταραχές σε μικροβίωμα και έκθεση σε ανοσοκατασταλτικούς παράγοντες. Η αλληλοεπικάλυψη των συμπτωμάτων της έξαρσης της νόσου με την κλωστηριδιακή επιλοίμωξη μπορεί να περιπλέξει τη διαχείριση. Μελέτες έχουν δείξει ότι η συχνότητα εμφάνισης CD σε ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι υψηλότερη από του γενικού πληθυσμού, αλλά τα στοιχεία στη βιβλιογραφία για τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου είναι αντικρουόμενα.

Σκοπός: Να αναδειχθεί η συχνότητα εμφάνιση λοίμωξης με *C. Difficile* σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ).

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση των δεδομένων όλων των ασθενών με ΙΦΝΕ που νοσηλεύτηκαν στο Τμήμα μας με έξαρση ΙΦΝΕ και εμφάνιση διαρροϊκών κενώσεων την τελευταία 3ετία. Σε όλους τους ασθενείς έγινε εξέταση για την παρουσία *C. Difficile* στα κόπρανα με τη μέθο-

δο rapid enzyme immunoassay (EIA) για την ανίχνευση glutamate dehydrogenase (GDH). Σε περίπτωση θετικού δείγματος έγινε εξέταση για την παρουσία τοξίνης A και B, για να τεκμηριωθεί η παρουσία τοξινογόνου στελέχους. Σε περίπτωση που υπήρχε θετικό δείγμα για GDH αλλά αρνητική τοξίνη γινόταν γονιδιακός έλεγχος με PCR (real-time multiplex PCR).

Αποτελέσματα: Συνολικά νοσηλεύτηκαν στο Τμήμα μας 317 ασθενείς με έξαρση ΙΦΝΕ και διαρροϊκές κενώσεις την τελευταία 3ετία. Από τους ασθενείς αυτούς 49 παρουσίασαν θετική εξέταση για GDH (15.45%), ενώ και από αυτούς θετική τοξίνη αναδείχθηκε σε 22 ασθενείς (6.94%). Δεν υπήρξε διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης λοίμωξης ανάλογα με τον τύπο της νόσου [ελκώδης κολίτιδα vs νόσου Crohn's 12/168 vs 10/149, $p=0.73$]. Η συχνότητα εμφάνισης της λοίμωξης ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στους ασθενείς που ελάμβαναν αζαθειοπρίνη σε σύγκριση με εκείνους που ελάμβαναν άλλη φαρμακευτική αγωγή (8/58 vs 15/259, $p=0.02$). Καμία άλλη συσχέτιση δεν βρέθηκε με κάποιο άλλο φάρμακο. Η λοίμωξη ήταν ήπια στους 20 από τους 22 ασθενείς (90.9%).

Συμπέρασμα: Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με ΙΦΝΕ εμφανίζει λοίμωξη με CD και η χρήση αζαθειοπρίνης φαίνεται να σχετίζεται με τον κίνδυνο αυτό.

ΚΑΡΔΙΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΝΘΡΑΚΥΚΛΙΝΗ: ΑΝΑΣΤΡΕΦΟΝΤΑΣ ΤΟ ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟ;

Β. Τάσση, Α. Κλώπα, Ε. Χαματζόλα, Σ. Πράπα, Δ. Οικονόμου, Μ. Θεοτοκάς, Η. Παπαδοπούλου, Δ. Σταλίκας

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Η καρδιακή δυσλειτουργία που σχετίζεται με τη θεραπεία του καρκίνου (Cancer Therapy-Related Cardiac Dysfunction (CTRCD) είναι μια προκλητική και απειλητική για τη ζωή επιπλοκή πολλών χημειοθεραπευτικών σχημάτων.

Ασθενής 60 ετών εισάγεται στην Μονάδα Εμφραγμάτων με εικόνα καρδιογενούς καταπληξίας, κλάση D κατά SCAI. Πρόκειται για ασθενή με ατομικό αναμνηστικό διηθητικού αδενοκαρκινώματος μαστού η οποία λαμβάνει δοξορουβικίνη ως 3ης γραμμής θεραπεία λόγω προόδου της νόσου και ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας με χαμηλό κλάσμα εξώθησης από 6μήνου, η οποία είχε αποδοθεί σε καρδιοτοξικότητα από δοξορουβικίνη. Αναφέρεται τελευταία δόση χημειοθεραπείας προ εβδομάδας της εισαγωγής.

Κατά τις πρώτες ημέρες νοσηλείας στη Μονάδα Εμφραγμάτων η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά ασταθής, με μέγιστες δόσεις νοραδρεναλίνης, βαζοπρεσσίνης, δοβουταμίνης και ενδοφλέβιας φουροσεμίδης χωρίς κλινική και εργαστηριακή ανταπόκριση, οπότε και αποφασίστηκε η υποστήριξη της καρδιακής λειτουργίας με ενδοαορτική αντλία. Από το υπερηχογράφημα καρδιάς σημειώθηκε η σοβαρά επηρεασμένη συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας, οι αυξημένες πιέσεις πλήρωσης της αριστερης κοιλίας και η μειωμένη συσταλτικότητα της δεξιάς κοιλίας. Σταδιακά απογαλακτίστηκε από χορήγηση αγγειοσυσπαστικών και ινοτρόπων ενώ την 7^η ημέρα από την τοποθέτηση

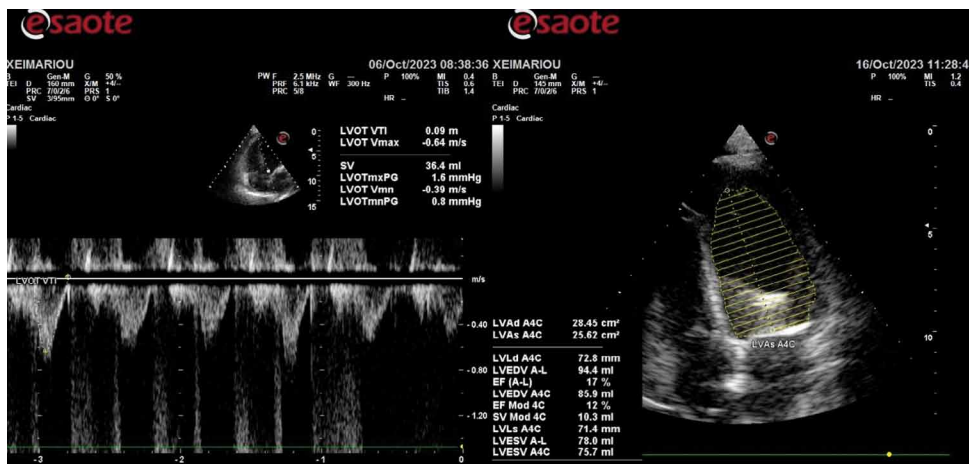
της ενδοαορτικής αντλίας χορηγήθηκε λεβοσιμεντάνη. 30 ημέρες μετά την εισαγωγή της στο Νοσοκομείο και ενώ η ενδοαορτική αντλία παρέμενε για 12 ημέρες, σε επαναληπτικό υπέρηχο καρδιάς παρατηρήθηκε βελτίωση της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας και του όγκου παλμού όπως φαίνεται στον Πίνακα 1 και στην Εικόνα 2. Η ενδοαορτική αντλία αφαιρέθηκε ανεπίπλεκτα χωρίς η ασθενής να χρήζει αιμοδυναμικής υποστήριξης από αγγειοσυσπαστικά ή ινότροπα και η ασθενής εξήλθε από το Νοσοκομείο μετά από 50 ημέρες νοσηλείας. Η ασθενής σε follow up 3 μηνών, δεν έχει επανεισαγωγή για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας (στάδιο II κατά NYHA).

Συμπερασματικά, η τοποθέτηση ενδοαορτικής αντλίας δεν αποτελεί αντένδειξη για την αντιμετώπιση καρδιογενούς σοκ λόγω τοξικότητας από ανθρακυκλίνες ή λόγω μεταστατικής νόσου, με δεδομένο ότι τέτοιες θεραπείες προσφέρουν την βέλτιστη στρατηγική αντιμετώπισης του σοκ. Δεδομένα σχετικά με τη χρήση της λεβοσιμεντάνης σε καρκινοπαθείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια από ανθρακυκλίνες προέρχονται μόνο από δημοσιευμένες αναφορές περιστατικών. Στην περίπτωση μας, η λεβοσιμεντάνη ήταν αποτελεσματική στην διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας και του καρδιογενούς σοκ που σχετίζεται με τη δοξορουβικίνη και στην αναστροφή της καρδιακής συσταλτικότητας.

Πίνακας 1.

Ημέρες νοσηλείας	0	7η εισαγωγή στην Μονάδα Εμφραγμάτων	18η	25η	30η	34η	42η	50η έξοδος
Ενδοασπτική αντλία	-	-	1:1	1:1	1:3	αφαίρεση	-	-
Χορήγηση levosimendan				1η			2η	
Παράμετροι υπερηχογραφικής μελέτης								
ΚΕ (%)		15-20%	15-20%		30%			30%
ΤΔΔΑΚ(mm)		60	60		56			55
Όγκος παλμού (ml)		35	34		50			50
Ε/Α		>1	>1		>1			>1
Ε/Ε'		20	20		12			10
Διάμετρος ΔΕ κοιλίας (mm)		33	38		32			32
S'(cm/s)		8	8		13			13
PASP (mmHg)		45-50	45-50		30			25
TAPSE (mm)		12	12		18			18
Ανεπάρκεια μιτροειδούς		μέτρια	μέτρια		μικρή			μικρή
Ανεπάρκεια τριγώνχινας		μέτρια	μέτρια		μικρή			μικρή
IVC (mm)		22	16		15			13
Αναπνευστική διακύμανση		<50%	>50%		>50%			>50%

ΚΕ: Κλάσμα εξώθησης, ΤΔΔΑΚ: Τελοδιαστολική διάμετρος αριστερής κοιλίας, TAPSE: tricuspid annular systolic plane excursion, PASP: Pulmonary artery systolic pressure, S': TDI annular systolic velocity, IVC: Inferior vena cava.



Εικόνα 1. Υπερηχογραφικά ευρήματα από εισαγωγή ασθενούς στην Μονάδα Εμφραγμάτων. Σημειώνεται η σοβαρά επηρεασμένη συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας και η χαμηλή καρδιακή παροχή.



Εικόνα 2. Βελτίωση συσταλτικότητας αριστερής κοιλίας και όγκου παλμού(30η ημέρα νοσηλείας).

ΠΕΡΙΣΦΙΞΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΗΛΗ MORGAGNI

Μ. Σωτηροπούλου, Α. Παρασκευά, Ε. Μαυροδημητράκη, Ε. Κεφάλου, Δ. Στεργίου, Π. Μεταξάς, Χ. Κυζεριδης, Ν. Μάμιδας, Κ. Πολυζώης, Β. Σταματούκου, Α. Κολινιώτη, Β. Δρακόπουλος, Σ. Καπίρης

Γ' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι κήλες Morgagni (ΜΗ) είναι σπάνιες συγγενείς διαφραγματικές ανωμαλίες, αποτελούν περίπου το 2% όλων των διαφραγματικών κηλών και μπορεί να οδηγήσουν σε απόφραξη του εντέρου. Αν και ασυνήθιστες, έχουν πιθανότητα σημαντικής νοσηρότητας εάν η διάγνωση καθυστερήσει.

Η αποτυχία σύντηξης της στερνικής και της πλευρικής μοίρας του διαφράγματος προσθίως της μέσης γραμμής δημιουργεί ένα έλλειμμα (τρήμα του Morgagni) μέσω του οποίου μπορεί να δημιουργηθούν κήλες.

Σκοπός: Σκοπός είναι η αξιολόγηση, η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία της κήλης Morgagni σε επείγουσα βάση.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 75 ετών προσέρχεται στα Επείγοντα με έντονο κοιλιακό άλγος, τυμπανικότητα και μειωμένους εντερικούς ήχους. Ανέφερε επίσχεση αερίων και κοπράνων από 12ώρου. Υποβλήθηκε επείγοντως σε εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία κοιλίας. Τα ευρήματα συνηγορούσαν υπερ κήλης Morgagni με περιεχόμενο παχέος εντέρου εντός της κήλης.

Λόγω της οξείας εικόνας και της αρχόμενης μεταβολικής οξέωσης, οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε ερευνητική λαπαροτομία και ανευρέθη ευμεγέθης κήλη Morgagni στο αριστερό ημιδιάφραγμα με περιεχόμενο στραγγαλισμένου εγκαρσίου κόλου.

Το τυφλό ήταν διατεταμμένο με εκτεταμένους απορογονισμούς. Πραγματοποιήθηκε ανάταξη του περιεχομένου της κήλης, εκτελέστηκε δεξιά κολεκτομή με ειλεοεγκαρσία πλαγιοπλάγια αναστόμωση. Ακολούθησε σύγκλιση του χάσματος της κήλης με διακεκομμένες ραφές.

Ο ασθενής ανένηψε ευχερώς.

Συμπεράσματα: Η παρουσίαση του περιστατικού τονίζει τη σπανιότητά του και το δίλημμα στη διάγνωση. Υπογραμμίζει τις δυσκολίες στη διάγνωση, προκαλώντας την ανάγκη για υψηλό δείκτη υποψίας κατά την αξιολόγηση ασθενών με αναπνευστική δυσχέρεια και με συμπτώματα που υποδηλώνουν γαστρεντερική απόφραξη, ώστε να πραγματοποιηθεί έγκαιρη χειρουργική επέμβαση.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Ρ. Ποταμίτου, Σ. Δρακόπουλος, Χ. Μιχαλόπουλος, Α. Κορωναίου, Γ. Αλμπάνης, Γ. Πατρινιός, Μ. Κοτρώτσιου, Α. Κυριακόπουλος, Κ. Ζώτου, Π. Γιαννόπουλος

Τμήμα Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει περισσότερους από 1 στους 10 ασθενείς κάθε χρόνο. Είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στο γυναικείο πληθυσμό παγκοσμίως, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Γενικά, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή του. Σημαντικός παράγοντας είναι επίσης οι γενετικές μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, καθώς ευθύνονται για 5-10% των περιστατικών. Μείζονες παράγοντες είναι και οι αναπαραγωγικοί, δηλαδή έναρξη εμμήνου ρύσεως πριν την ηλικία των 12, άτοκες γυναίκες ή γυναίκες που γέννησαν το πρώτο παιδί τους μετά τα 30, καθώς και γυναίκες που είχαν εμμηνόπαυση μετά τα 55. Δεν πρέπει να ξεχνάμε τη θεραπευτική ή συμπληρωματική αγωγή με οιστρογόνα και/ή προγεστερόνη, η οποία επίσης ευθύνεται για εμφάνιση του καρκίνου. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να ξεκινήσει σε οποιοδήποτε σημείο του μαστού και διαφοροποιείται σε διηθητικό και in situ καρκίνωμα:

- Ενδοπορικό καρκίνωμα in situ
- Λοβιακό καρκίνωμα in situ
- Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα
 - Σωληνοειδές
 - Μυελοειδές
 - Κολλοειδές
 - Θηλώδες
 - Ηθμοειδές

- Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα, Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού.

Υπάρχουν 5 κύριες μοριακές υποκατηγορίες που βασίζονται στα γονίδια. Τύπος Luminal A, Τύπος Luminal B, Τριπλά αρνητικός τύπος, Τύπος εμπλουτισμένος με HER2, Φυσιολογικός τύπος.

Σε όλους τους τύπους καρκίνου του μαστού, η χειρουργική θεραπεία έχει τρεις στόχους: την επίτευξη τοπικού ελέγχου της νόσου, την πρόληψη κάθε πιθανότητας υποτροπής και τη βελτίωση του ποσοστού επιβίωσης του ασθενούς. Υπάρχουν διάφοροι τύποι χειρουργικών προσεγγίσεων ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, το μέγεθος και την επιθυμία του ασθενούς. Ο συχνότερος τύπος χειρουργικής επέμβασης είναι η μαστεκτομή με ή χωρίς αποκατάσταση (αποκατάσταση σε πρώτο στάδιο ή αποκατάσταση σε δεύτερο στάδιο).

Τύποι Αποκατάστασης: Προσθετική/Διαστολέας ιστού, αποκατάσταση με ενθέματα σε συνδυασμό με πλατύ ραχιαίο μυ, ανακατασκευή κρημνού/αυτόλογου ιστού, αυτόλογο λίπος μόσχευμα.

Γενικές επιπλοκές της επέμβασης: Λοιμώξεις, Seroma, έκθεση ενθεμάτων, αναπλαστικό μεγαλοκυτταρικό λέμφωμα.

ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΩΜΑΤΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ ΤΥΠΟΥ 1

Β. Αντωνοπούλου, Κ. Μπέκα, Μ. Κουλέντη, Π. Μουχτούρης, Ε. Παρτσαλάκη, Θ. Στρατηγού, Χ. Κόγια, Ε. Καρδαλάς, Γ. Κυριακόπουλος, Μ. Τζανέλα, Γ. Ντάλη

Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος»-Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (Υπόφυση/Επινεφρίδια/Θυρεοειδής), Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Εισαγωγή: Τα ινσουλινώματα είναι σπάνιοι νευροενδοκρινείς όγκοι του παγκρέατος (επίπτωση 1-3 περιπτώσεις/1.000.000/έτος). Συνήθως είναι μονήρη και καλοήθη, ενώ 10% ανιχνεύονται στα πλαίσια του συνδρόμου πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας τύπου 1 (MEN-1). Το σύνδρομο MEN-1 οφείλεται σε απενεργοποιητική μετάλλαξη του ογκογονιδίου MEN-1 στο χρωμόσωμα 11q13, έχει αυτοσωματική κυρίαρχη κληρονομικότητα και χαρακτηρίζεται από την προδιάθεση για ανάπτυξη όγκων, που αφορούν κυρίως τους παραθυρεοειδείς αδένες (95%), το πάγκρεας (80-100%) και την υπόφυση (54-65%).

Περιγραφή περιστατικού: Γυναίκα 29 ετών, παραπέμφθηκε για διερεύνηση υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Είχε ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό. Η δοκιμασία νηστείας 72 ωρών ήταν συμβατή με ενδογενή υπερινσουλιναιμική υπογλυκαιμία. Ο εντοπιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία και σπινθηρογράφημα PET 68-GaDotatoc ανέδειξε 3 μορφώματα στο πάγκρεας, το ένα στην αγκιστροειδή απόφυση (μ.δ 2εκ.) και τα άλλα 2 στην ουρά του παγκρέατος (μ.δ 1.7 και 1.5εκ. αντίστοιχα). Λόγω των πολλαπλών εστιών στο πάγκρεας, του νεαρού της ηλικίας και του ιστορικού πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού (pHPTH) στη μητέρα της, τέθηκε η υποψία MEN-1. Από τον έλεγχο που ακολούθησε δεν τεκμηριώθηκε στην παρούσα φάση (pHPTH), ενώ ανευρέθη μη λειτουργικό μικροαδέ-

νωμα υπόφυσης μ.δ. 5χιλ. Υποβλήθηκε σε γενετικό έλεγχο για MEN-1 όπου ανιχνεύθηκε η νουκλεοτιδική αλλαγή c494G>A (p.Cys165Tyr, rs105752111) σε ετεροζυγωτία στο εξώνιο 3 γονιδίου MEN-1, η οποία εντοπίστηκε και στη μητέρα και στην κόρη της. Η ασθενής υποβλήθηκε σε εκπυρήνιση του όγκου στην αγκιστροειδή απόφυση και άπω παγκρεατεκτομή με συνοδό σπληνεκτομή. Η παθολογοανατομική έκθεση περιέγραψε ινσουλινώματα NET-G1. Τα υπογλυκαιμικά επεισόδια υποχώρησαν μετεγχειρητικά και 24 μήνες μετά η ασθενής είναι σε άριστη κλινική κατάσταση.

Συζήτηση: Οι ασθενείς με MEN-1 εμφανίζουν ινσουλινώματα σε μικρότερη ηλικία συγκριτικά με τους ασθενείς με σποραδικά νεοπλάσματα. 30% των ασθενών με MEN-1 πάσχουν από πολλαπλά ινσουλινώματα σε έδαφος διάχυτης μικροαδενωμάτωσης, τα οποία στην πλειοψηφία (90%) είναι καλοήθη. Παρουσιάζουμε μία νέα ασθενή με πολλαπλά καλοήθη ινσουλινώματα ως πρώτη εκδήλωση του συνδρόμου MEN-1. Στην ασθενή εντοπίστηκε η ίδια μετάλλαξη του γονιδίου MEN-1, που εντοπίστηκε και στη μητέρα της επιβεβαιώνοντας την απουσία φαινότυπου γονότυπου του συνδρόμου. Νέοι ασθενείς καθώς και αυτοί με πολλαπλούς παγκρεατικούς νευροενδοκρινείς όγκους θα πρέπει να ελέγχονται για το σύνδρομο πολλαπλής ενδοκρινικής MEN -1.

ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΡΗΞΗΣ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ. ΜΙΚΡΕΣ ΤΟΜΕΣ ΜΕΓΑΛΕΣ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ

Κ. Αποστόλου, Β. Μαρκοπούλου, Λ. Μεταξάς, Σ. Ευσταθίου, Χ. Γαρνάβος

Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η ρήξη του Αχιλλείου τένοντα είναι μια συχνή εκφυλιστική βλάβη που συναντάται κυρίως στις μέσες ηλικίες. Η αντιμετώπιση της ρήξης παλαιότερα γίνονταν ανοικτά με μεγάλες τομές κατά μήκος του, τα τελευταία χρόνια όμως η τάση είναι η αντιμετώπιση με μικρές τομές διαδερμικά είτε ακόμα και η συντηρητική αντιμετώπιση.

Σκοπός: Θέλουμε να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας στην αντιμετώπιση των ρήξεων με mini open διαδερμική συρραφή του τένοντα. Η χειρουργική τεχνική είναι ελάχιστα επεμβατική, πραγματοποιείται με 4 μικρές διαδερμικές τομές μήκους 0.5 εκ. καθώς και μία τομή μήκους 2 εκ. στο επίπεδο της ρήξης. Η τεχνική αυτή παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα έναντι των παλαιότερων τεχνικών. Είναι σαφώς πιο γρήγορη με ελάχιστη νοσηρότητα, χρήζει παραμονής στο νοσοκομείο 2 ημέρες με τα ίδια ποσοστά επαναρρήξεων έναντι των ανοιχτών χειρουργικών τεχνικών. Η μόνη ίσως συχνότερη επιπλοκή που παρουσιάζει είναι ο τραυματισμός του δερματικού κλάδου του γαστροκνημιαίου νεύρου (sural) που μερικές φορές μπορεί να προκαλέσει επώδυνο νεύρωμα. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς που αντιμετωπίστηκε στο Νοσοκομείο μας και αναφέρουμε την προσέγγισή μας, την αντιμετώπισή του και τα αποτελέσματά μας.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής 45 ετών προσκομίστηκε στο Νοσοκομείο μας μετά από τραυματισμό που υπέστη κατά τη διάρκεια αθλητικής δραστηριότητας, ποδόσφαιρο σε ερασιτεχνικό επίπεδο. Ο ασθενής περιέγραψε ότι κατά τη διάρκεια του τραυματισμού άκουσε τον χαρακτηριστικό ήχο δίκην "ποπ" και αισθάνθηκε οξύ άλγος στην οπίσθια επιφάνεια της ποδοκνημικής. Διακομίστηκε στο Νοσοκομείο μας όπου διαγνώστηκε με ρήξη του Αχιλλείου τένοντα. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με mini open διαδερμική συρραφή του Αχιλλείου τένοντα. Η χειρουργική επέμβαση διήρκεσε 35 λεπτά και ο ασθενής εξήλθε του Νοσοκομείου τη 2η μετεγχειρητική ημέρα και παρακολούθηθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου μας. Δεν παρουσιάστηκε καμία επιπλοκή. 3.5 μήνες μετεγχειρητικά ο ασθενής μπορούσε να ορθοστατήσει στις μύτες των ποδιών, σημάδι πλήρους ίασης.

Αποτελέσματα: Πλήρης ίαση 3,5 μήνες μετεγχειρητικά χωρίς επιπλοκές και με μεγάλο βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Η mini open διαδερμική συρραφή του τένοντα είναι μια, ελάχιστα επεμβατική χειρουργική τεχνική που παρουσιάζει πολύ καλά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των ρήξεων του Αχιλλείου τένοντα και τη συνιστούμε ως μία από τις επεμβάσεις εκλογής για τις ρήξεις αυτές.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΣΤΟΜΙΑΣ

Σ. Τζαμουρή, Δ. Τομαής, Ι. Μελισσόβας, Α. Λογοθέτη, Ε. Αντωνάκου, Ν. Ντίνου,
Ι. Καλογερόπουλος, Θ. Κρατημένος

Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός της Μελέτης: Η διαδερμική χολοκυστοστομία αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδο, ζωτικής σημασίας για ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα, μη κατάλληλους υποψηφίους για χειρουργική επέμβαση. Αυτή η εργασία έχει ως σκοπό να διευκρινίσει τις ενδείξεις, τις αντενδείξεις και να συγκρίνει δύο βασικές τεχνικές: Την τοποθέτηση διαδερμικής χολοκυστοστομίας καθοδηγούμενης αποκλειστικά με υπερήχους και την τοποθέτηση με συνδυασμό υπερηχογραφικής και ακτινοσκοπικής καθοδήγησης σε αίθουσα αγγειογράφου.

Υλικό και Μέθοδος: Προκειμένου να αξιολογηθεί η πρακτική τοποθέτησης διαδερμικής χολοκυστοστομίας, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καθώς και της κλινικής εμπειρίας του Τμήματος Επεμβατικής Ακτινολογίας του Νοσοκομείου μας τόσο στην καθοδήγηση υπό us ελέγχο όσο και υπό ακτινοσκόπηση. Οι τεχνικές τοποθέτησης θα συγκριθούν ως προς τις ενδείξεις και τις αντενδείξεις τους, τον αναγκαίο εξοπλισμό και τη διαθεσιμότητα αυτού, τα απαραίτητα βήματα και το συνολικό όφελος του ασθενούς.

Αποτελέσματα: Η τοποθέτηση διαδερμικής χολοκυστοστομίας υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδο, που προσφέρει απεικόνιση σε πραγματικό χρόνο και μη έκθεση σε ακτινοβολία. Αντίθετα, η πρόσβαση υπό υπέρηχο και ακολούθως, ακτινοσκοπική καθοδήγηση παρέχει αυξημένη ακρίβεια σε δύσκολες ή επιπλεγμένες περιπτώσεις.

Συμπέρασμα: Η επεμβατική ακτινολογία διαδραματίζει σημαντικότατο ρόλο στη διαχείριση της οξείας χολοκυστίτιδας, σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Η επιλογή μεταξύ υπερηχογραφικής καθοδήγησης και συνδυασμού υπερηχογραφικής και ακτινοσκοπικής καθοδήγησης, θα πρέπει να εξετασθεί με βάση τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και την πολυπλοκότητα της περίπτωσης. Η κατανόηση και η βαθιά γνώση και των δύο τεχνικών, είναι μεγάλης σημασίας για την ασφαλή διαχείριση των ασθενών αυτών.

ΠΡΩΙΜΗ ΕΝΑΝΤΙ ΟΨΙΜΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ ΣΕ ΣΟΒΑΡΗ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ: ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Β. Γιαννακούλης¹, Γ. Ψυχογιός², Χ. Ρούτση¹, Ι. Δημοπούλου¹, Η. Σιέμπος¹

¹1η Κλινική Εντατικής Θεραπείας και Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

²Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρικό Τμήμα, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η τραχειοστομία αποτελεί επεμβατική πράξη που πραγματοποιείται συχνά σε διασωληνωμένους ασθενείς με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Ωστόσο η ιδανική στιγμή για τραχειοστομία κατά τη διάρκεια νοσηλείας είναι άγνωστη, ενώ σχετικές τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες λείπουν από τη βιβλιογραφία.

Σκοπός: Η προσομοίωση μιας τυχαιοποιημένης κλινικής μελέτης βασισμένης σε δεδομένα παρατήρησης, η οποία θα συγκρίνει την πρώιμη με την όψιμη τραχειοστομία σε ασθενείς με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση (κλίμακα Γλασκώβης ≤ 8).

Μέθοδοι: Χρησιμοποιήσαμε δευτερογενή δεδομένα ασθενών με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση που συμμετείχαν σε μια μεγάλη τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη της Βόρειας Αμερικής. Αξιοποιήσαμε τηβιοστατιστική μέθοδο «1:1 balanced risk-setmatching» στην οποία ένας ασθενής που υποβάλλεται σε τραχειοστομία μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή (ομάδα πρώιμης τραχειοστομίας), αντιστοιχίζεται με έναν ασθενή με παρόμοια χαρακτηριστικά και κλινική πορεία, που όμως δεν έχει υποβληθεί σε τραχειοστομία την ίδια χρονική στιγμή, αλλά είναι σε κίνδυνο (at-risk) να υποβληθεί σε τραχειοστομία στο μέλλον (ομάδα όψιμης τραχειοστομίας). Οι κύριες εκβάσεις της μελέτης ήταν η θνητότητα στις 60 μέρες καθώς και η κακή νευρολογική κατάσταση στους 6 μήνες, η οποία ορίστηκε ως ExtendedGlasgowOutcomeScale (GOS-E) ≤ 4 .

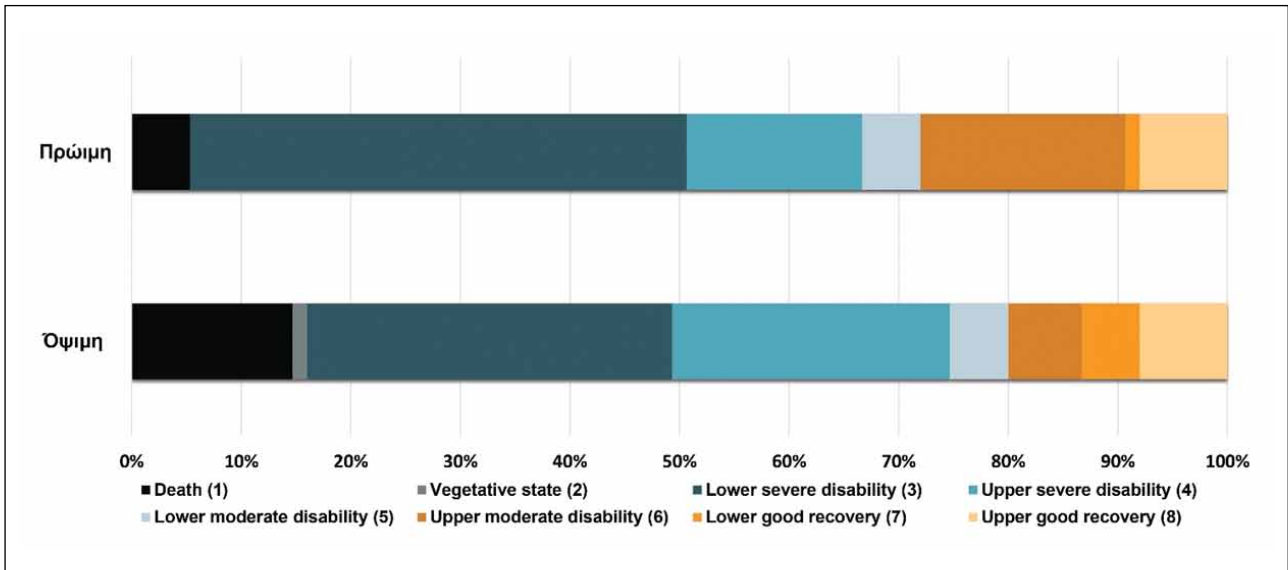
Αποτελέσματα: Από τους 1282 ασθενείς που ήταν διαθέσιμοι για ανάλυση, δημιουργήσαμε 75 ζεύγη ασθενών. Η

διάμεση χρονική στιγμή τραχειοστομίας διέφερε ανάμεσα στην ομάδα της πρώιμης έναντι της όψιμης τραχειοστομίας [7.0 (6.0,10.0) έναντι 12.0 (9.8,18.3) ημέρες, $P<0.001$]. Στην ομάδα της όψιμης τραχειοστομίας, μόλις το 40% των ασθενών υπεβλήθη τελικά στην επέμβαση. Η ομάδα της πρώιμης τραχειοστομίας είχε χαμηλότερο ποσοστό θνητότητας στις 60 ημέρες σε σχέση με την ομάδα της όψιμης (2.7% έναντι 12.0%, log-rank $P=0.027$). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την κακή νευρολογική κατάσταση στους 6 μήνες όπως φαίνεται στο Σχήμα 1 (66.7% έναντι 74.7%, $P=0.282$).

Συμπέρασμα: Σε σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση, η πρώιμη τραχειοστομία σε σύγκριση με την όψιμη τραχειοστομία συσχετίστηκε με χαμηλότερη θνητότητα αλλά παρόμοια νευρολογική κατάσταση στους 6 μήνες.

Αναγνωρίσεις: Αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε δεδομένα έρευνας από την τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη Traumatic Brain Injury Hypertonic Saline, τα οποία αποκτήθηκαν από τη βάση NHLBI BioLINCC. Η παρούσα μελέτη δεν αντιπροσωπεύει τις απόψεις του NHLBI ή των ερευνητών που πραγματοποίησαν την αρχική κλινική μελέτη. Οι συγγραφείς αναγνωρίζουν το αξιοθαύμαστο έργο των ερευνητών του Resuscitation Outcomes Consortium που πραγματοποίησε την αρχική μελέτη.

Χρηματοδότηση: Η παρούσα μελέτη υποστηρίζεται από το Ελληνικό Ίδρυμα Έρευνας & Καινοτομίας (ΕΛ.ΙΔ.Ε.Κ.) με κωδικό έργου 80-1/15.10.2020 (υπεύθυνος έργου: Επικ. Καθ. Ηλίας Σιέμπος).



Σχήμα 1. Γράφημα (stacked-bar chart) που απεικονίζει κάθε κατηγορία της κλίμακας Glasgow Outcome Scale-Extended (GOS-E) για κάθε ομάδα ασθενών της μελέτης (πρώιμη και όψιμη τραχειοστομία). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την κακή νευρολογική κατάσταση στους 6 μήνες, οριζόμενη ως GOS-E≤4 (66.7% έναντι 74.7%, P=0.282). Ωστόσο μια συνδυασμένη έκβαση θανάτου και εμμένουσας φυτικής κατάστασης (GOS-E≤2) ήταν λιγότερο πιθανή στην ομάδα της πρώιμης έναντι της όψιμης τραχειοστομίας (5.3% έναντι 16.0%, P=0.034).

Η ΠΡΩΙΜΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΚΡΟΥ ΧΩΡΟΥ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ARDS: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Β. Ίσσαρης

Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Είναι γνωστό πως το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS) αποτελεί μια συστηματική νόσο με μεγάλη θνητότητα και νοσηρότητα. Η χρήση προγνωστικών δεικτών είναι βοηθητική στο σχεδιασμό ενός σωστού θεραπευτικού πλάνου. Στους δείκτες αυτούς συμπεριλαμβάνονται ο λόγος PaO₂/FiO₂ (P/Fratio) ή ο δείκτης οξυγόνωσης (oxygenationindex), μια και η οξυγόνωση κατέχει κεντρικό ρόλο στη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος. Εντούτοις, ένας σημαντικός δείκτης που αντικατοπτρίζει καλύτερα την παθοφυσιολογία του νοσήματος είναι το κλάσμα του νεκρού χώρου -του όγκου του πνεύμονα που αερίζεται χωρίς να αιματώνεται- προς τον αναπνεόμενο όγκο (deadspacefraction ή Vd/Vt). Διαταραχές της πνευμονικής κυκλοφορίας, μικροθρομβώσεις, κυψελιδική υπερδιάταση και χαμηλή καρδιακή παροχή, είναι μηχανισμοί που συντελούν στην παθοφυσιολογία του ARDS και αποτελούν αιτίες αύξησης του Vd/Vt.

Πολλές είναι οι δημοσιεύσεις πρωτογενών μελετών παρατήρησης στη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με την

προγνωστική αξία του δείκτη αυτού τόσο στον ενήλικο, όσο και στον παιδιατρικό πληθυσμό. Στην παρούσα εργασία γίνεται μια συστηματική ανασκόπηση των μελετών που αφορούν στη χρησιμότητά του για την πρόβλεψη θνητότητας.

Μέθοδος: Έγινε συστηματική αναζήτηση των παρακάτω βάσεων δεδομένων: MEDLINE, clinicaltrials.gov, CENTRAL και GoogleScholar με βάση συγκεκριμένο αλγόριθμο. Συνολικά από 177 μελέτες που ελέγχθηκαν, οι δεκατέσσερις συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση. Για τον έλεγχο ποιότητας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Newcastle-Ottawa.

Αποτέλεσμα: Ο λόγος Vd/Vt αποτελεί ακριβή και χρήσιμο δείκτη για τον καθορισμό της θνητότητας στο ARDS, αντανακλώντας τη βαρύτητα της νόσου. Ωστόσο, για την ακριβή μέτρηση απαιτείται συγκεκριμένος εξοπλισμός. Παρόλαυτα, σύμφωνα με πρόσφατες δημοσιεύσεις προτείνεται τροποποιημένος και πιο πρακτικός υπολογισμός του.

ΕΠΑΝΑΧΟΡΗΓΗΣΗ INFLIXIMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΗ ΝΟΣΟ CROHN ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΤΥΧΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Ι. Μυλωνάς, Ν. Παπαρίζου, Κ. Κουστένης, Χ. Βερετάνος, Α. Μουντάκη, Φ. Αλμπάνη, Α. Τσατσά, Ε. Μπέκα, Κ. Αρβανίτης, Τ. Γεωργιάδη, Γ. Νούσιας, Δ. Κοζομπόλη, Λ. Καραούζας, Μ. Πάτση, Γ. Καλόγηρος, Β. Παπαστεργίου, Ε. Αρχαύλης, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Χ. Χατζηευαγγελινού, Κ. Κατωπόδη, Σ. Παναγιωτοπούλου, Μ. Σίνου, Ν. Βιάζης, Γ. Μάντζαρης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η νόσος Crohn (Crohn's Disease, CD) αποτελεί χρόνια φλεγμονώδη εντερική νόσο που μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα. Η ινφλιξιμάμπη (infliximab, IFX) χορηγούμενη σε ασθενείς με CD δύναται να τροποποιήσει τη φυσική ιστορία της νόσου, προάγοντας τη βλεννογονική επούλωση και μειώνοντας τα ποσοστά επιπλοκών και εισαγωγών στο Νοσοκομείο, καθώς και την πιθανότητα χειρουργικής παρέμβασης. Η περιεδρική συμμετοχή σχετίζεται με επιθετική νόσο και ανθεκτικότητα στη θεραπεία. Παρότι η IFX θεωρείται φάρμακο εκλογής για περιπτώσεις CD με περιεδρική νόσο, σημαντικό ποσοστό ασθενών δεν θα ανταποκριθεί επαρκώς με ανάγκη για μετάβαση σε άλλο βιολογικό παράγοντα. Η αποτελεσματικότητα από την επαναχορήγηση IFX σε ασθενείς με περιεδρική συμμετοχή και εξαιρετικά ανθεκτική νόσο δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

Σκοπός: Να αξιολογηθεί αν είναι αποτελεσματική η επαναχορήγηση IFX σε μια κοόρτη ασθενών με εξαιρετικά ανθεκτική νόσο Crohn με περιεδρική συμμετοχή.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέγησαν προοπτικά από ασθενείς με νόσο Crohn και περιεδρική συμμετοχή, οι οποίοι παρότι υποβλήθηκαν σε θεραπεία με infliximab αναγκάστηκαν να αλλάξουν θεραπεία είτε λόγω πρωτοπαθούς μη ανταπόκρισης, είτε

λόγω απώλειας της ανταπόκρισης, είτε λόγω εμφάνισης αλλεργικής αντίδρασης. Στη συνέχεια εμφάνισαν ανθεκτικότητα και στις υπόλοιπες θεραπείες που δοκιμάστηκαν, με συνέπεια να χορηγηθεί εκ νέου IFX. Αξιολογήθηκε η κλινική ανταπόκριση στην αντιμετώπιση των συριγγίων (Perianal Disease Activity Index PDAI \leq 4), καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των ασθενών αυτών.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 7 ασθενείς (4 γυναίκες), με μέση ηλικία (SD) τα 38.2 (9.5) έτη. Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Μόντρεαλ οι ασθενείς είχαν L1 (n=1), L2 (n=1) και L3 (n=5) νόσο. Μετά την αρχική αποτυχία του IFX, οι ασθενείς έλαβαν vedolizumab, ustekinumab και adalimumab χωρίς όμως ανταπόκριση ή με δευτερογενή απώλεια της ανταπόκρισης. Για το λόγο αυτό αποφασίστηκε η εκ νέου χορήγηση infliximab με παράλληλη χορήγηση αζαθειοπρίνης. Μετά από 1 έτος παρακολούθησης, κλινική ανταπόκριση (PDAI \leq 4) εμφάνισαν 2 ασθενείς (28.5%). Η χορήγηση IFX σταμάτησε σε 1 ασθενή μετά την αρχική δόση λόγω σοβαρής αλλεργικής αντίδρασης, όμως οι υπόλοιποι ασθενείς δεν εμφάνισαν σημαντικές παρενέργειες.

Συμπέρασμα: Η επαναχορήγηση IFX μπορεί να βοηθήσει ένα μικρό ποσοστό ανθεκτικών στη θεραπεία ασθενών με περιεδρική νόσο Crohn.

ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΟΧΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΝΕΟΤΕΡΟΥΣ CDK 4/6 ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

N. Αλεβιζόπουλος, Β. Ωραιόπουλος, Α. Δημητριάδου

Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Δερματικές μεταστάσεις από καρκίνωμα μαστού δεν αναγνωρίζονται σπάνια αλλά μπορεί να αποτελούν και τα πρωτοεμφανιζόμενα σημεία της κακοήθειας ή την πρωτοεκδήλωση της μεταστατικής εμφάνισης.

Σκοπός: Να παρουσιαστεί η δραστηριότητα της χορήγησης ως 1^{ης} γραμμής θεραπεία νεότερων στοχευουσών θεραπευτικών μορίων όπως το CDK 4/6 αναστολέα του Palbociclib. Ενδιαφέρουσες εικόνες θα παρουσιαστούν.

Μέθοδοι - Υλικό: Στοιχεία και εικόνες από εμφάνιση δερματικών μεταστάσεων από 4 ασθενείς με διάγνωση κακοήθειας μαστού, που έλαβαν αντί για χημειοθεραπεία το νεότερο στοχευτικό με CDK 4/6 αναστολέα Palbociclib. Η πρώτη ασθενής είχε οζώδεις δερματικές βλάβες, η δεύτερη επιφανειακή διήθηση φλεγμονώδους καρκινώματος

και οι άλλες δυο μικροελκωτικές βλάβες οζώδους τύπου. Καμία ασθενής δεν έλαβε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία αλλά όλες έλαβαν αγωγή από στόματος με λετροζόλη και Palbociclib.

Καμία ανεπιθύμητη μη αναμενόμενη ή μη εύκολα διαχειριζόμενη παρενέργεια δεν κατεγράφη και οι ασθενείς εξαφάνισαν τις δερματικές αλλοιώσεις εντός 4-6 μηνών. Όλες παραμένουν 4 έτη τώρα σε συνεχιζόμενη αγωγή με εξαιρετική ανοχή και συμμόρφωση.

Συμπεράσματα: Το Palbociclib ως πρώτης γραμμής ενδοκρινική θεραπεία παρατείνει το διάστημα ελεύθερο νόσου και δύναται να διαχειριστεί και δερματικές μεταστατικές εστίες που δεν είναι εύκολα πάντα διαχειρίσιμες, χωρίς προσθήκη τοπικών ακτινοθεραπευτικών μεθόδων.

ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Δ. Κοζομπόλη, Β. Παπαστεργίου, Α. Παπαρίζου, Κ. Κατωπόδη, Χ. Χατζηευαγγελινού, Ι. Μυλωνάς, Ε. Μπέκα, Χ. Βερετάνος, Τ. Γεωργιάδη, Κ. Αρβανίτης, Κ. Κουστένης, Α. Μουντάκη, Γ. Καλόγηρος, Φ. Αλμπάνη, Δ. Προβή, Γ. Νούσιας, Κ. Μουσουράκης, Α. Τσατσά, Λ. Καραούζας, Μ. Πάτση, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Ε. Αρχαύλης, Ε. Αδάμου, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Η οξεία αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό (ΟΑΚΠ) αποτελεί συχνή αιτία εισαγωγής στο Νοσοκομείο και σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Η παγκόσμια επίπτωση ΟΑΚΠ υπολογίστηκε σε 20.5-87/100.000 ανθρωπο-έτη και η σχετική θνητότητα σε 0.8-3.5/100.000 ανθρωπο-έτη. Υπολογίζεται ότι αποτελεί το 20-30% όλων των αιμορραγιών από τον πεπτικό σωλήνα, ενώ συχνότερη αιτία φαίνεται να είναι η αιμορραγία από εκκολπώματα. Τόσο η πολυφαρμακία όσο και η προχωρημένη ηλικία αποτελούν παράγοντες κινδύνου για ΟΑΚΠ, ενώ η διενέργεια πρώιμης κολonosκόπησης έχει συσχετιστεί με μείωση του χρόνου και του κόστους νοσηλείας.

Σκοπός: Να μελετηθούν προβλεπτικοί παράγοντες που σχετίζονται με παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας (ΠΔΝ) σε ασθενείς με ΟΑΚΠ.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα συνεχόμενων ασθενών με ΟΑΚΠ (1/2019-6/2022) μελετήθηκαν αναδρομικά. Παράγοντες που σχετίζονται με ΠΔΝ (διάρκεια νοσηλείας ≥ 6 ημέρες) προσδιορίστηκαν με πολυπαραγοντική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 160 συνεχόμενοι ασθενείς με ΟΑΚΠ (53.5% γυναίκες, μέση ηλικία 75.8 έτη), εκ των οποίων 29.4% ελάμβαναν αντιαμοπεταλιακά, 30% αντιπηκτικά, 13.1% ήταν αιμοδυναμικά ασταθής κατά την εισαγωγή και 32.5% χρειάστηκαν μετάγγιση αίμα-

τος. Συνολικά, 152 (95%) υπεβλήθησαν σε ενδοσκοπικό έλεγχο μετά από ενδιάμεσο διάστημα 1 ημέρας από την εισαγωγή (εύρος: 0-6): 55 (34.4%) υπεβλήθησαν απευθείας σε κολonosκόπηση, ενώ σε 97 (60.6%) ο έλεγχος πρώτης γραμμής έγινε με ορθοσιγμοειδοσκόπηση. Η αιμορραγία από εκκολπώματα ήταν η πιο συχνή αιτία ΟΑΚΠ (43.3%), ακολουθούμενη από την ισχαιμική κολίτιδα (12.1%). Ενδοσκοπική θεραπεία έγινε στο 17.5%, 10.5% υπεβλήθησαν σε CT αγγειογραφία και 2.5% χρειάστηκαν εμβολισμό ή χειρουργείο. Ο ενδιάμεσος χρόνος νοσηλείας ήταν 5 ημέρες (εύρος: 1-29), ενώ ΠΔΝ παρατηρήθηκε σε 60 (38.2%). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, η παρουσία αιμοδυναμικής αστάθειας κατά την εισαγωγή ήταν ο μόνος παράγοντας που συσχετίστηκε σημαντικά με ΠΔΝ [odds ratio (OR)=4.51, 95% confidence interval (CI): 1.58-12.86; $p=0.005$], ενώ η διενέργεια ενδοσκοπικής αιμόστασης επέδειξε μη-στατιστικά σημαντική αντίστροφη συσχέτιση (OR=0.40, 95%CI: 0.14-1.10; $p=0.07$).

Συμπεράσματα: Η βαριά αιμορραγία με αιμοδυναμική αστάθεια κατά την εισαγωγή φαίνεται να αποτελεί τον κύριο παράγοντα που σχετίζεται με ΠΔΝ σε ασθενείς που νοσηλεύονται για ΟΑΚΠ. Ο ρόλος της ενδοσκοπικής αιμόστασης χρήζει περαιτέρω αξιολόγησης σε μεγαλύτερες μελέτες.

ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ST ΚΑΙ ΡΗΞΗ ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ: ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΤΕΤΑΡΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Φ. Τουλγαρίδης¹, Γ. Παταβούκας¹, Α. Λυκούδης¹, Α. Μπατσούλη¹, Σ. Γεωργόπουλος¹, Η. Γίσσης², Π. Παπακωνσταντίνου¹, Κ. Παπακωνσταντίνου², Π. Γιαννακόπουλος³, Κ. Χμαλάντζε³, Κ. Κωνσταντοπούλου⁴, Γ. Καμήτα⁴, Ν. Δαβράζου⁵, Π. Κουτσουμπός⁶, Ν. Μπερέτας⁶, Γ. Σιδηράς⁶, Α. Τσάπαλος⁷, Σ. Μονέδα⁷, Α. Καρυπιάδου⁷, Φ. Μεντή⁷, Α. Καραγεώργου⁷, Α. Ζαχαρούλης¹, Ι. Κοκοτσάκης², Σ. Ξυδώνας¹

¹Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Χειρουργικό Τμήμα Θώρακος-Καρδιάς-Αγγείων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ³Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁴Νοσηλευτικό Τμήμα Χειρουργείων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁵Νοσηλευτικό Τμήμα Αναισθησιολογικού, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁶Νοσηλευτικό Τμήμα, Μονάδα Εμφραγμάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁷Νοσηλευτικό Τμήμα, Ανάνηψη Καρδιοχειρουργικών Ασθενών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός-Εισαγωγή: Η καθυστερημένη προσέλευση ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) με ανάσπαση του διαστήματος ST (STEMI) μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές μηχανικές ηλεκτρικές ή αιμοδυναμικές επιπλοκές με ανάγκη άμεσης και σύνθετης αντιμετώπισης.

Υλικά-Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περιστατικό που αφορά άνδρα 80 ετών, πρώην καπνιστή με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμία, ο οποίος προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω στηθαγχικού ενοχλήματος διαλείποντος χαρακτήρα από εβδομάδος. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκαν ευρήματα συμβατά μευποξύ STEMI Προσθίου Τοιχώματος.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής έλαβε αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική αγωγή σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας και μεταφέρθηκε άμεσα στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, όπου υπεβλήθησε μηχανική θρομβεκτομή με θρόμβο-αναρρόφηση λόγω μεγάλου θρομβωτικού φορτίου και ακολούθως πρωτογενή αγγειοπλαστική στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο με εμφύτευση δύο στεφανιαίων ενδοπροθέσεων. Λίγες ώρες αργότερα παρουσίασε αιφνιδίως αιμοδυναμική κατάρριψη. Από το υπερηχογράφημα καρδιάς αναδείχθηκε ρήξη του κορυφαίου τμήματος του

μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Τέθηκε σε μηχανική υποβοήθηση της αριστερή κοιλίας με ενδοαορτικό ασκό χωρίς αιμοδυναμική σταθεροποίηση και υπεβλήθη σε επείγουσα καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση με την ανεπίπλεκτη τοποθέτηση εμφλώματος (dacron) στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα και την επιτυχή αορτοστεφανιαία παράκαμψη του προσθίου κατιόντα κλάδου με τοποθέτηση φλεβικού μοσχεύματος. Μετεγχειρητικά παρέμεινε αιμοδυναμικά ασταθής, παρά τη χρήση αγγειοσυσπαστικών και ινότροπων φαρμάκων, ενώ ταυτόχρονα βρισκόταν σε διαρκή ανάγκη υποστήριξης της νεφρικής λειτουργίας με συνεχή αιμοδιαδιήθηση. Ο ασθενής κατέληξε την 2^η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπεράσματα: Η πρώιμη προσέλευση ασθενών με STEMI και η δυνατότητα πρωτογενούς αγγειοπλαστικής, έχουν οδηγήσει στη μείωση της εμφάνισης όψιμων μηχανικών επιπλοκών. Ωστόσο, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή τους είναι κρίσιμη για την ελάττωση της θνητότητας και απαιτεί συνδρομή καρδιολογικής και καρδιοχειρουργικής μονάδας σε κέντρα αναφοράς. Η υψηλή κλινική υποψία, η διαρκής αιμοδυναμική παρακολούθησή και η έγκαιρη αντιμετώπιση, αποτελούν ζωτικής σημασίας εργαλεία που επιτρέπουν τη βέλτιστη παρέμβαση σε ασθενείς με όψιμες εμφραγματικές επιπλοκές.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΑΤΡΗΣΗΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Μ. Σωτηροπούλου, Α. Παρασκευά, Ε. Μαυροδημητράκη, Ε. Κεφάλου, Δ. Στεργίου, Π. Μεταξάς, Χ. Κυζερίδης, Ν. Μάμιδας, Κ. Πολυζώης, Β. Σταματούκου, Α. Κολινιώτη, Β. Δρακόπουλος, Σ. Καπίρης

Γ' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Άνδρας ασθενής 73 ετών προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με διάχυτο έντονο κοιλιακό άλγος που επιμένει για δύο ημέρες. Κατά την κλινική εξέταση, ο ασθενής εμφάνισε διάχυτη κοιλιακή ευαισθησία ιδιαίτερα στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο. Ο ασθενής είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για αριστερή κολεκτομή λόγω καρκίνου του παχέος εντέρου προ 15ετίας και στη συνέχεια έλαβε επικουρική χημειοθεραπεία, παραμένοντας ελεύθερος νόσου. Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά ασταθής και ολιγουρικός κατά την εισαγωγή, έχοντας ανάγκη από αγγειοσυσπαστικά.

Ο ασθενής σταθεροποιήθηκε πριν από την αξονική τομογραφία (CT) με τη χορήγηση ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών. Η αξονική τομογραφία κοιλίας αποκάλυψε ελεύθερο ενδοπεριτοναϊκό αέρα και ένα ξένο σώμα μέσα στη γαστροεντερική οδό. Στη συνέχεια, ο ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο για διερευνητική λαπαροτομία. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε κοπρανώδης περιτονίτιδα και διάτρηση τμήματος του τελικού ειλεού. Πραγματοποιήθηκε μερική εντερεκτομή με εντερο-εντερο αναστόμωση. Κατά την εκτομή του χειρουργικού δείγματος ανακαλύφθηκε ένα μεταλλικό αντικείμενο προερχόμενο από πρωτοχρονιάτικη βασιλόπιτα.

Μετά το χειρουργείο ο ασθενής μεταφέρθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας διασωληνωμένος υπό μηχανικό αερισμό. Παρέμεινε νοσηλευόμενος στη ΜΕΘ για οκτώ ημέρες χωρίς σημαντικές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Μετά από παραμονή 21 ημερών ο ασθενής πήρε εξιτήριο. Παρά τη σχετικά συχνή εμφάνιση κατάποσης ξένων αντικειμένων, η συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων καταλήγει σε ανεπίπλεκτη διέλευση του αντικειμένου από το πεπτικό σύστημα. Λιγότερο από το 1% των ξένων σωμάτων οδηγεί σε διάτρηση του εντέρου και υπογραμμίζει τη σπανιότητα αυτού του αποτελέσματος.

Συμπερασματικά, η διάτρηση των εντερικών δομών λόγω κατάποσης ξένων σωμάτων παρουσιάζει ένα σύνθετο και συχνά προκλητικό διαγνωστικό πρόβλημα, ειδικά σε περιπτώσεις οξέων κοιλιακών συμπτωμάτων, όπου η υποκείμενη αιτία μπορεί να μην είναι άμεσα εμφανής. Οι αξονικές τομογραφίες κοιλίας μπορούν να αναγνωρίσουν αποτελεσματικά περιπτώσεις διάτρησης του λεπτού εντέρου και μπορεί να παρέχουν πολύτιμες ενδείξεις για την υποκείμενη αιτία.

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΟΡΘΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Ι. Μυλωνάς, Α. Παπαρίζου, Τ. Γεωργιάδη, Ε. Μπέκα, Χ. Βερετάνος, Δ. Κοζομπόλη, Κ. Αρβανίτης, Κ. Κουστένης, Α. Μουντάκη, Γ. Καλόγηρος, Φ. Αλμπάνη, Δ. Προβή, Γ. Νούσιας, Κ. Μουσουράκης, Α. Τσατσά, Λ. Καραούζας, Μ. Πάτση, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Κ. Βαρυτιμιάδης, Ε. Αρχαύλης, Κ. Κατωπόδη, Χ. Χατζευαγγελινού, Β. Παπαστεργίου, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Η ελκώδης κολίτιδα αποτελεί χρόνια ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή του βλεννογόνου του ορθού και κατά συνέχεια ιστού προσβολή έως και ολόκληρου του παχέος εντέρου (πανκολίτιδα). Η έκταση της φλεγμονής φαίνεται πως ενέχει προγνωστική αξία καθώς, όσο πιο εκτεταμένη είναι η προσβολή, τόσο υψηλότερη είναι η πιθανότητα ο ασθενής να οδηγηθεί σε κολεκτομή. Η ελκώδης ορθίτιδα αποτελεί την συχνότερη μορφή εκδήλωσης ελκώδους κολίτιδας με την φλεγμονή να περιορίζεται στα πρώτα 5-15 εκατοστά από τον πρωκτικό δακτύλιο. Αν και η κλινική της εικόνα δύναται να είναι αρκετά θορυβώδης, με συμπτώματα όπως η απώλεια αίματος από το ορθό και ο τεινισμός, φαίνεται πως ακολουθεί κατά κανόνα μια ευνοϊκή φυσική πορεία, με ένα μικρό μόνο ποσοστό των ασθενών αυτών να παρουσιάζουν επέκταση της νόσου εγγύτερα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγραφεί η πορεία των ασθενών με ελκώδη ορθίτιδα στην πορεία του χρόνου.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέ-

χθηκαν προοπτικά από ασθενείς που παρακολουθούνται στο Τμήμα μας με ελκώδη ορθίτιδα διαγνωσμένη ενδοσκοπικά και επιβεβαιωμένη ιστολογικά. Καταγράφηκε η θεραπεία που έλαβαν αυτοί οι ασθενείς στη διάρκεια του χρόνου.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριελήφθησαν 71 ασθενείς με ελκώδη ορθίτιδα. Η μέση ηλικία αυτών ήταν 53 ± 15 έτη και η μέση διάρκεια της νόσου ήταν 12 ± 9 έτη, ενώ η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 52 (11-72) μήνες. Από τους ασθενείς αυτούς 39 (54.9%) έλαβαν 5-αμινοσαλικυλικά από τους στόματος (5-ASA peros), οι 63 (88.7%) έλαβαν 5-αμινοσαλικυλικά σε τοπική θεραπεία (5-ASA perrectum) και 26 ασθενείς έλαβαν συνδυασμό 5-ASA peros και perrectum (36.6%). Συνολικά 8 ασθενείς (11.2%) ήταν ανθεκτικοί στη θεραπεία με 5-ASA και χρειάστηκε να λάβουν κορτικοστεροειδή peros (n=5, 7.0%), infliximab (n=2, 2.8%) και ένας ασθενής χειρουργήθηκε (1.4%).

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα της μελέτης μας επιβεβαιώνουν την καλή κλινική πορεία της ελκώδους ορθίτιδας στους ασθενείς που παρακολουθούνται στο Τμήμα μας.

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΣΤΟΜΙΑΣ ΥΠΟ US ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Δ. Τομαής, Ε. Φραγκούλη, Ε. Αντωνάκου, Χ. Σιέρρου, Ι. Ωραιοπούλου,
Θ. Κρατημένος, Ι. Καλογερόπουλος

Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

Σκοπός: Η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της μεθόδου της διαδερμικής νεφροστομίας υπό US καθοδήγηση στο Νοσοκομείο μας.

Υλικό και Μέθοδος: Σε χρονικό διάστημα 24 μηνών διενεργήθηκαν στο Νοσοκομείο μας διαδερμικές νεφροστομίες υπό US καθοδήγηση σε τέσσερις ασθενείς, διαφόρων κλινικών, οι οποίοι δεν ήταν δυνατό να τοποθετηθούν στον αγγειογράφο. Οι ασθενείς τοποθετήθηκαν σε πρηνή θέση, πραγματοποιήθηκε αντισηψία, τοπική αναισθησία και τοποθετήθηκε διαδερμικά, με την τεχνική Seldinger υπό US καθοδήγηση, καθετήρας παροχέτευσης pig-tail διαμέτρου 8.5 Fr. Σε κάθε βήμα της διαδερμικής νεφρο-

στομίας ακολουθούσε απεικονιστικός έλεγχος υπό US και μετά το πέρας της επέμβασης ακολούθησε ακτινογραφία Ν.Ο.Κ., για έλεγχο της θέσης του καθετήρα.

Αποτελέσματα: Η διαδερμική νεφροστομία υπήρξε επιτυχής σε όλους τους ασθενείς και δε χρειάστηκαν περαιτέρω θεραπευτικοί χειρισμοί. Δεν παρατηρήθηκαν μείζονες ή ελάσσονες επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Η διαδερμική νεφροστομία υπό US καθοδήγηση, αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης στους ασθενείς που δεν μπορούν να τοποθετηθούν στον αγγειογράφο.

ΡΗΞΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΣΠΛΗΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μ. Σωτηροπούλου, Α. Παρασκευά, Ε. Μαυροδημητράκη, Ε. Κεφάλου, Δ. Στεργίου, Π. Μεταξάς, Χ. Κυζερίδης, Ν. Μάμιδας, Κ. Πολυζώης, Β. Σταματούκου, Α. Κολινιώτη, Β. Δρακόπουλος, Σ. Καπίρης

Γ' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Γυναίκα ασθενής 23 ετών διακομίζεται με το ΕΚΑΒ στο Παθολογικό ΤΕΠ λόγω ζάλης και αιμωδιών κάτω άκρων χωρίς απώλεια συνείδησης. Κατά την άφιξή της στα Επείγοντα, λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας ξεκίνησε ανάνηψη και ελήφθησαν εργαστηριακές εξετάσεις, αέρια αρτηριακού αίματος και τέστ κύησης. Κατά την κλινική εξέταση ανευρέθη κοιλία διατεταγμένη και επώδυνη στην ψηλάφηση.

Λόγω της χαμηλής αιμοσφαιρίνης από τα αέρια αίματος (5.5) εκλήθησαν οι χειρουργοί και ξεκίνησε μαζική μετάγγιση.

Η ασθενής οδηγήθηκε επείγοντως στον αξονικό τομογράφο όπου και διαπιστώθηκε ρήξη ανευρύσματος σπληνικής αρτηρίας. Η ασθενής οδηγήθηκε κατεπείγοντως στο χειρουργείο.

Διενεργήθηκε ερευνητική λαπαροτομία με μέση υπερυπομφάλιο τομή. Μετά την αφαίρεση αιμοτοπηγμάτων από όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα ακολούθησε packing στα τέσσερα τεταρτημόρια, ώστε να σταθεροποιηθεί η άρρωστη καθώς ήταν ιδιαίτερα αιμοδυναμικά ασταθής και ελάμβανε συνεχείς μεταγγίσεις με συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια, αγγειοσυσπαστικά σε μεγάλες δόσεις.

Ακολούθησε είσοδος στον ελάσσονα επιπλοϊκό θύλακο,

γαστρόλυση έως τις βραχείες γαστρικές και εκκαθάριση της κοιλότητας από μεγάλα αιματοπήγματα. Έγινε αναγνώριση του ανευρύσματος της σπληνικής αρτηρίας και ετέθησαν άμεσα ράμματα σύγκλεισης της οπής ώστε να σταματήσει η αθρόα αιμορραγία.

Μετά τη σταθεροποίηση της αρρώστου η επέμβαση συνεχίστηκε με παρασκευή, αναγνώριση και εκτομή όλης της σπληνικής αρτηρίας από την έκφυσή της και αναγνωρίστηκε το ανεύρυσμα περί τα 4 εκατοστά μετά την εκφυση της αρτηρίας. Αναγνωρίστηκαν οι δομές του αλληρείου τρίποδα (ηπατική αρτηρία, αριστερή γαστρική αρτηρία) και ακολούθησε σπληνεκτομή.

Τοποθετήθηκαν παροχτετεύσεις στην περιοχή της εκτομής και ακολούθησε σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος κατά στρώματα.

Η ασθενής παρέμεινε διασωληνωμένη στην ανάνηψη για 4 ώρες και οδηγήθηκε στη ΜΕΘ αποσωληνωμένη για παρακολούθηση. Παρέμεινε για 48 ώρες και κατόπιν οδηγήθηκε στο θάλαμο νοσηλείας. Την 6η μετεγχειρητική ημέρα, σιτισμένη και μετά από αφαίρεση των παροχτετεύσεων η ασθενής έλαβε εξιτήριο σε καλή κατάσταση με οδηγίες για τη χορήγηση εμβολίων.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗ PDL-1 ΣΤΟ ΚΟΛΟΡΘΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΟΣΟΙΣΤΟΧΗΜΙΚΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗΣ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΒΙΟΠΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

N. Αλεβιζόπουλος, Β. Ωραιόπουλος, Α. Δημητριάδου

Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η έκφραση του βιοδείκτη PDL-1 στα καρκινικά κύτταρα μελετάται στο ανοσολογικό μικροπεριβάλλον του όγκου, καθορίζοντας την ανοσολογική εμπλοκή και την πρόγνωση της κακοήθειας. Ο ρόλος της έκφρασης του PDL-1 στον κολοορθικό καρκίνο είναι λιγότερο σαφής, με κάποιες δημοσιευμένες μελέτες να αναφέρουν αντιφατικά αποτελέσματα για το αν η έκφραση του PDL-1 υποδεικνύει καλύτερη ή χειρότερη πρόγνωση. Η ανοσοϊστοχημική έκφραση της μικροδορυφορικής αστάθειας με εμπλοκή αναγνώρισης επιδιορθωτικών ενζύμων της γενωμικής αστάθειας δε συμφωνεί πάντα με την αναγνώριση και μέτρηση του βιοδείκτη.

Σκοπός της μελέτης: Μελέτη της έκφρασης του PDL-1 στον ΚΟΚ και διερεύνηση της σχέσης του με διάφορες παθολογοανατομικές παραμέτρους όπως η μικροδορυφορική αστάθεια MSI.

Υλικό και Μέθοδοι: Η έκφραση του PDL-1 μελετήθηκε με την ανοσοενζυμική μέθοδο της υπεροξειδάσης σε τομές

παραφίνης σε 120 περιπτώσεις ΚΟΚ και αξιολογήθηκε με τη χρήση τριβάθμιου συστήματος λαμβάνοντας υπ' όψιν το ποσοστό των θετικών νεοπλασματικών κυττάρων: < 1 %, 1-50%, > 50%.

Η ανοσοϊστοχημική έκφραση MSI μελετήθηκε ταυτόχρονα και συγκρίθηκαν τα δυο αποτελέσματα.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξε καμία ταυτοποίηση στην κοινή αναγνώριση των δύο αυτών βιοδεικτών και ως εκ τούτου δε θεωρείται ότι είναι αναγκαία η ταυτόχρονη αναγνώρισή τους για τη διαστρωμάτωση ασθενών που θα εντάσσονται στην κατηγορία των υποψηφίων προς λήψη ανοσοθεραπείας.

Συμπεράσματα: Απαιτείται διαφορετικός τρόπος αποτύπωσης του βιοδείκτη PDL-1 για να μπορεί ίσως να υπάρχει συγκριτική αξιολόγηση αξίας κάθε βιοδείκτη και σημασίας του για καθορισμό περαιτέρω διαχείρισης του ασθενούς με διαπιστωθείσα αναντιστοιχία.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΗΣ ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΜΕ ΚΑΨΟΥΛΑ ΣΕ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Κ. Αρβανίτης, Μ. Μελά, Α. Χρηστίδου, Κ. Κατωπόδη, Χ. Χατζηευαγγελινού, Ι. Μυλωνάς, Α. Μουντάκη, Κ. Κουστένης, Χ. Βερετάνος, Τ. Γεωργιάδη, Ε. Μπέκα, Γ. Νούσιας, Κ. Μουσουράκης, Γ. Καλόγηρος, Α. Παπαρίζου, Δ. Προβή, Φ. Αλμπάνη, Δ. Κοζομπόλη, Μ. Πάτση, Α. Τσατσά, Λ. Καραούζας, Ε. Βιέννα, Κ. Βαρυτιμιάδης, Ε. Αρχαύλης, Β. Παπαστεργίου, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Οι κύριες ενδείξεις της εντεροσκόπησης με κάψουλα λεπτού εντέρου είναι η αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (όπου πιθανολογείται εστία στο λεπτό έντερο), η νόσος του Crohn (διερεύνηση για πιθανή ή διαγνωσμένη νόσο και χαρτογράφηση αυτής) και η σιδηροπενική αναιμία με αρνητικό ενδοσκοπικό έλεγχο. Συγκριτικά με τις λοιπές διαγνωστικές μεθόδους, η χρήση της είναι εύκολη, ασφαλής και με υψηλή διαγνωστική ικανότητα.

Σκοπός: Να προσδιορίσουμε τις ενδείξεις και τη διαγνωστική ακρίβεια της εντεροσκόπησης με κάψουλα λεπτού εντέρου (ΕΚΛΕ) στο Τμήμα μας, το οποίο θεωρείται τριτοβάθμιο κέντρο αναφοράς για τη συγκεκριμένη εξέταση.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση δεδομένων που συλλέγησαν προοπτικά από όλους τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΕΚΛΕ στο Τμήμα μας από τις 1/3/2003 έως τις 30/07/2023. Ανάλογα με την ένδειξη οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε 3 ομάδες, Ομάδα Α = Αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας, Ομάδα Β = Διερεύνηση ασθενών με πιθανή ή διαγνωσμένη νόσο Crohn και

Ομάδα Γ = Όλες οι άλλες ενδείξεις. Η διαγνωστική ακρίβεια ορίστηκε ως η ανάδειξη ευρημάτων που μπορούσαν να εξηγήσουν τα συμπτώματα του ασθενούς και το λόγο για τον οποίο υποβλήθηκε σε ΕΚΛΕ.

Αποτελέσματα: Συνολικά 8401 ασθενείς (άνδρες/γυναίκες: 4360/4041, μέση ηλικία \pm SD: 52.6 \pm 27.3 έτη) υποβλήθηκαν στην εξέταση. Η πιο συχνή ένδειξη ήταν η αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (Ομάδα Α, n=4512, 53.7%) και μετά η διερεύνηση πιθανής ή διαγνωσμένης νόσου Crohn (Ομάδα Β, n=2755, 32.7%) και όλες οι άλλες ενδείξεις (Ομάδα Γ, n=1134, 13.5%). Η διαγνωστική ακρίβεια της κάψουλας ήταν 40.4% για την ομάδα Α, 63.4% για την ομάδα Β και 26.4% για την ομάδα Γ. Το πιο συχνό εύρημα στην ομάδα Α ήταν οι αγγειοδυσπλασίες (n=1459, 32.3%), στην ομάδα Β οι βλάβες συμβατές με νόσο Crohn (n=1506, 54.6%) και στην ομάδα Γ τα έλκη από ασπιρίνη ή Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη (n=103, 9.1%).

Συμπέρασμα: Η πιο συχνή ένδειξη για την ΕΚΛΕ είναι η αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας και το πιο συχνό εύρημα οι αγγειοδυσπλασίες.

ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΥΣ ΟΓΚΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΣΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΩΜΑ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΙΝΩΜΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

N. Κατεχάκης¹, Ε. Παρτσαλάκη¹, Γ. Κυριακόπουλος², Σ. Καπίρης³, Φ. Ροντογιάννη⁴, Μ. Τζανέλα¹, Γ. Ντάλη¹

¹Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος»-Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων (Υπόφυση/Επινεφρίδια/Θυρεοειδής), ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, ³Γ' Χειρουργικό Τμήμα, ⁴Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Σκοπός: Οι νευροενδοκρινείς όγκοι του παγκρέατος είναι από τους πιο συχνούς νευροενδοκρινείς όγκους. Αναπτύσσονται αργά, δίνουν μεταστάσεις και κάποιοι μπορεί να γίνουν πιο επιθετικοί στην πορεία. Πολύ σπάνια οι μη λειτουργικοί όγκοι μετατρέπονται σε ορμονικά ενεργούς.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για ασθενή 61 ετών με ιστορικό χειρουργηθέντος μεταστατικού νευροενδοκρινούς όγκου παγκρέατος, ο οποίος ανευρέθη το 2012. Είχε υποβληθεί αρχικά σε περιφερική παγκρεατεκτομή, σπληνεκτομή, χολοκυστεκτομή και σφηνοειδή εκτομή 6 ηπατικών μεταστατικών εστιών. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε νευροενδοκρινή όγκο παγκρέατος σταδίου G2 με Ki 4%, εστιακή νέκρωση, περινευρική και αγγειακή διήθηση (pT3N1M1R2). Έλαβε ανάλογο σωματοστατίνης για 1.5 έτος οπότε και διαπιστώθηκε πρόοδος νόσου. Έλαβε Everolimus για διάστημα ~ 1 μήνα το οποίο διακόπηκε λόγω παρενεργειών (βλεννογονίτιδας και νεκρωτικής επιδερμόλυσης). Υποβλήθηκε σε θεραπεία με ραδιοσημασμένα πεπτιδία LUTATHERA® (lutetium Lu 177 dotatate), 4 κύκλους το 2014 και 4 κύκλους το 2018, με αποτέλεσμα την σταθεροποίηση της νόσου για κάποια έτη. Το 2020 εμφάνισε επεισόδια διαρροιών και αιματέμεσης και εν συνεχεία υπογλυκαιμικά επεισόδια. Έκτοτε τέθηκε σε αγωγή με διαζοξειδή και ανάλογο σωματοστατίνης. Η βιοψία εστίας δεκ. στον αριστερό ηπατικό λοβό τον 1°/2021, ανέδειξε καλώς διαφοροποιημένο νευροενδοκρινή όγκο παγκρέατος G3 με παραγωγή γαστρίνης, ινσουλίνης και Ki-67 31%. Τον 2°/2021 υποβλήθηκε σε αριστερή ηπατεκτομή. Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε δύο μεταστατικούς

κλώνους έναν με Ki-67 25% και έναν με 3%. Λόγω ταχείας πρόοδου της νόσου και εμφάνισης πολλαπλών νέων εστιών στον εναπομείναντα δεξιό ηπατικό λοβό έλαβε από τον 4°/2022 έως και τον 2°/2023 χημειοθεραπεία με στρεπτοζοτοκίνη και επιρουμπικίνη χωρίς όμως σταθεροποίηση της νόσου. Παρουσιάζει έκτοτε ανθεκτικές υπογλυκαιμίες παρά τη χρήση διαζοξειδής και ανάλογου σωματοστατίνης, ενώ ούτε το νεώτερο ανάλογο πασιρεοτίδη βελτίωσε τα υπογλυκαιμικά επεισόδια. Ο απεικονιστικός έλεγχος με 68-Ga-DOTATOC-PET-CT τον 5°/2023 ανέδειξε πρόοδο νόσου με παρουσία πολλαπλών μεταστατικών εστιών στο ήπαρ, η μεγαλύτερη στο δεξιό λοβό 10εκ. και νέα αλλοίωση στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο, σε επαφή με το τοίχωμα της 3ης κοιλίας. Διενεργήθησαν Cyber-Knife στην εγκεφαλική εστία και ακτινοεμβολισμός με ραδιενεργό ύτριο στη μεγάλη ηπατική εστία, ο οποίος οδήγησε σε σημαντική μείωση των υπογλυκαιμιών για 6 μήνες, όμως τα υπογλυκαιμικά επεισόδια υποτροπίασαν, ενώ το νέο σπινθηρογράφημα 68-Ga-DOTATOC-PET-CT τον 10°/2023 έδειξε περαιτέρω πρόοδο νόσου.

Συζήτηση: Οι μη λειτουργικοί παγκρεατικοί νευροενδοκρινείς όγκοι μπορεί σε σπάνιες περιπτώσεις να διαφοροποιηθούν βιολογικά σε όγκους που παράγουν ινσουλίνη ή γαστρίνη και αυτό είναι αρνητικός προγνωστικός παράγοντας στην εξέλιξή τους. Οι υποκείμενοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί αυτής της μετατροπής είναι άγνωστοι. Η αντιμετώπισή τους γίνεται από διεπιστημονική ομάδα και περιλαμβάνει το συνδυασμό πολλών θεραπευτικών μέσων στοχευμένων και μη.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΒΑΣΕΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΩΣΕΙΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Θ. Ρίμπα, Κ. Δέδε, Ζ. Διακονικολάου, Κ. Ελευθερίου, Π. Κατσαούνου, Ι. Καλομενίδης

Πνευμονολογικό Τμήμα/Α' ΚΕΘ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Ενδημικές ιώσεις του αναπνευστικού συμπεριλαμβανομένου του SARS-CoV2 προκαλούν επιπλοκές από το κατώτερο αναπνευστικό που απαιτούν νοσηλεία των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση των χαρακτηριστικών και των εκβάσεων των ασθενών με ιογενή λοίμωξη που νοσηλεύτηκαν λόγω επιπλοκών από το κατώτερο αναπνευστικό.

Υλικό - Μεθοδολογία: Αναδρομική μελέτη ασθενών που νοσηλεύτηκαν από τον Οκτώβριο του 2022 έως τον Μάρτιο του 2023 λόγω πνευμονίας ή οξείας βρογχίτιδας ή παρόξυνσης χρόνιου αναπνευστικού νοσήματος από SARS-CoV2 ή άλλης ενδημικής ίωσης [γρίπη, αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV)].

Αποτελέσματα: Μελετήσαμε 122 ασθενείς. 56% (69/122) νοσηλεύτηκαν λόγω πνευμονίας και 44% (53/122) λόγω οξείας βρογχίτιδας ή παρόξυνσης αποφρακτικού νοσήματος. Το 43% (53/122) είχε COVID-19 και το 57% (69/122)

RSV ή γρίπη. Η μέση ηλικία των ασθενών με COVID-19 ήταν 71 έτη (SD: 12.52) και αυτών με RSV/γρίπη 70 έτη (SD: 13.01), $p=0.96$. Το 58% των ασθενών (71/122) ήταν άντρες, 67% είχε COVID-19 και 33% RSV/γρίπη, $p=0.004$. Ο μέσος δείκτης συνοσηρότητας των ασθενών με COVID-19 ήταν 4 (SD: 2.44) και αυτών με RSV/γρίπη 4.5 (SD: 2.14), $p=0.38$. Το 41% των ασθενών με COVID-19 και το 59% με RSV/γρίπη διασωληνώθηκαν, $p=0.16$. Το 38% των ασθενών με COVID-19 και το 62% με RSV/γρίπη παρουσίασαν αναπνευστική επιδείνωση κατά τη νοσηλεία τους, $p=0.02$. Η θνητότητα των ασθενών με COVID-19 ήταν 23.7% και 36% αυτών με RSV/γρίπη, $p=0.61$.

Συμπεράσματα: Τα χαρακτηριστικά των ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω επιπλοκών από την COVID-19 ή RSV/γρίπη ήταν παρόμοια. Παρότι περισσότεροι ασθενείς με λοίμωξη από RSV/γρίπη παρουσίασαν αναπνευστική επιδείνωση κατά τη νοσηλεία τους, οι εκβάσεις των ασθενών (διασωλήνωση, θνητότητα) ήταν παρόμοιες στις δύο ομάδες ασθενών.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΣΤΙΣ ΟΡΟΛΟΓΙΚΕΣ, ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

Ε. Μπέκα, Β. Παπαστεργίου, Χ. Χατζηευαγγελινού, Κ. Κουστένης, Α. Μουντάκη, Κ. Αρβανίτης, Χ. Βερετάνος, Φ. Αλμπάνη, Ι. Μυλωνάς, Τ. Γεωργιάδη, Δ. Κοζομπόλη, Γ. Καλόγηρος, Δ. Προβή, Α. Παπαρίζου, Γ. Νούσιας, Λ. Καραούζας, Κ. Μουσουράκης, Α. Τσατσά, Μ. Πάτση, Α. Χρηστίδου, Μ. Μελά, Κ. Βαρυτιμιάδης, Κ. Κατωπόδη, Ε. Αρχαύλης, Ν. Βιάζης

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών»

Εισαγωγή: Η κοιλιοκάκη αποτελεί αυτοάνοση νόσο του λεπτού εντέρου που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή του βλεννογόνου, ατροφία των λαχνών και υπερπλασία των κρυπτών κατά την έκθεση στη διατροφική γλουτένη. Η λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (ΕΠ) αποτελεί τη συχνότερη χρόνια βακτηριακή λοίμωξη (40-50% σε αναπτυσσόμενες και έως 80-90% σε αναπτυσσόμενες χώρες) και σχετίζεται με ποικίλες γαστροδωδεκαδακτυλικές παθήσεις (χρόνια γαστρίτις, πεπτικό έλκος, γαστρικό αδενωκαρκίνωμα, κ.α.). Έως σήμερα, τα δεδομένα σε ότι αφορά τη σχέση μεταξύ κοιλιοκάκης και ΕΠ παραμένουν αντιφατικά. Λίγες οροεπιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της λοίμωξης από ΕΠ και της κοιλιοκάκης. Είναι επίσης γνωστό πως το ΕΠ μπορεί να προκαλέσει ιστολογικές αλλοιώσεις στο δωδεκ/λο που προσομοιάζουν με εκείνες της κοιλιοκάκης (ενδο-επιθηλιακή λεμφοκυττάρωση, ατροφία λαχνών). Τέλος, μικρές αναδρομικές μελέτες έχουν δείξει υψηλότερους τίτλους αυτοαντισωμάτων της κοιλιοκάκης σε ασθενείς με ΕΠ καθώς και μείωση των επιπέδων έπειτα από επιτυχή εκρίζωση της λοίμωξης.

Σκοπός: Σύγκριση των ιστολογικών, εργαστηριακών και ορολογικών παραμέτρων σε ασθενείς με κοιλιοκάκη με ή χωρίς λοίμωξη από ΕΠ.

Μέθοδοι: Προοπτική μελέτη στην οποία συμπεριελήφθη-

σαν συνεχόμενοι ασθενείς με ιστολογικά τεκμηριωμένη διάγνωση κοιλιοκάκης. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε γαστροσκόπηση λόγω κλινικής υποψίας κοιλιοκάκης.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 31 ασθενείς (71% γυναίκες) με μέση ηλικία 38.712.9 έτη. Ο επιπολασμός λοίμωξης από ΕΠ στις γαστρικές βιοψίες ήταν 7/31 (22.6%). Οι ασθενείς με λοίμωξη από ΕΠ είχαν υψηλότερη ενδιάμεση τιμή τίτλου αντισωμάτων IgA έναντι της ιστικής τρανσγλουταμινάσης (tTG-IgA, 100 έναντι 83 U/mL, $p=0.05$) και χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης B12 σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ΕΠ (μέση τιμή 303 pg/ml έναντι 430 pg/ml, $p=0.0048$). Οι ασθενείς με ΕΠ είχαν επίσης υψηλότερα ποσοστά ολικής ατροφίας των λαχνών (Marsh 3c, 42.9% έναντι 25%) και χαμηλότερη ενδιάμεση τιμή φερριτίνης (9 έναντι 16 μg/L), χωρίς οι διαφορές ωστόσο να είναι στατιστικά σημαντικές ($p=0.38$ και $p=0.37$, αντίστοιχα). Επίσης, δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ηλικία (36.2 έναντι 39.4 έτη, $p=0.58$), τα επίπεδα φυλλικού οξέος (5 έναντι 3.8 ng/ml, $p=0.34$) και την αιμοσφαιρίνη (12.1 έναντι 13.2 g/dL, $p=0.56$).

Συμπεράσματα: Στη συγκεκριμένη μελέτη παρατηρούμε σχετικά χαμηλό επιπολασμό λοίμωξης από ΕΠ σε ασθενείς με κοιλιοκάκη. Η λοίμωξη από ΕΠ φαίνεται να επηρεάζει βασικές κλινικές παραμέτρους της νόσου, ωστόσο τα ευρήματά μας χρήζουν επαλήθευσης σε μεγαλύτερες μελέτες.

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ LIBMAN-SACKS ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ) ΚΑΙ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Β. Τάσση, Σ. Πράπα, Ε. Χαματζόλα, Η. Παπαδοπούλου, Μ. Θεοδοκάς, Δ. Σταλίκας

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Η Libman-Sacks ενδοκαρδίτιδα ή αλλιώς μαραντική, αποτελεί μια μορφή μη βακτηριακής θρομβωτικής ενδοκαρδίτιδας (NBTE-Non Bacterial Thrombotic Endocarditis) που περιλαμβάνει την παρουσία στείρας εκβλάστησης στις καρδιακές βαλβίδες. Η ανάπτυξη της ενδοκαρδίτιδας Libman-Sacks φαίνεται να είναι ένας ενδοθηλιακός τραυματισμός ο οποίος σχετίζεται με καταστάσεις υπερπηκτικότητας, όπως σε ασθενείς με κακοήθειες, συστηματικό ερυθρεμάτωδη λύκο (ΣΕΛ) και αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο. Η ενδοκαρδίτιδα Libman-Sacks προσβάλλει συχνότερα τη μιτροειδή ακολουθούμενη από την αορτική βαλβίδα, αλλά μπορεί επίσης να εμπλέκονται και άλλες βαλβίδες.

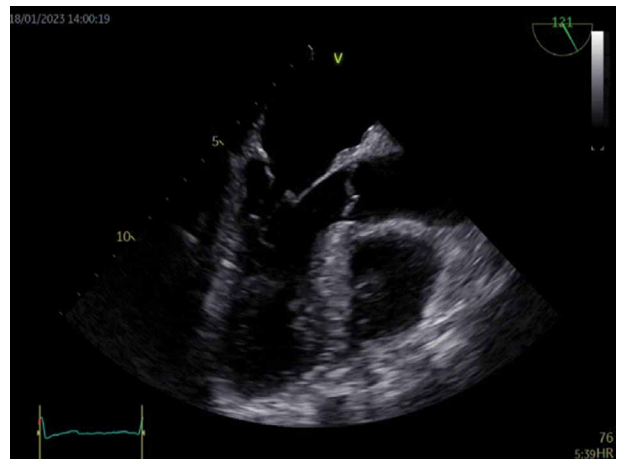
Περιγράψουμε περιστατικό, το οποίο παραπέμφθηκε στο υπερηχογραφικό εργαστήριο του Νοσοκομείου μας για διερεύνηση ΑΕΕ εμβολικής αιτιολογίας. Πρόκειται για ασθενή 55 ετών με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδιμία η οποία διεκομίσθη στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών λόγω οξείας εγκατάστασης νευρολογικής σημειολογίας. Το διοισοφάγιο υπερηχογράφημα ανέδειξε ευμεγέθη μορφώματα επί των γλωχίνων της μιτροειδούς βαλβίδας κυρίως στο σημείο συναρμογής τους, με ακανόνιστα όρια, ευρεία βάση, ετερογενή ηχογένεια, χωρίς ανεξάρτητη κίνηση και χωρίς να παρατηρείται ανεπάρκεια στην βαλβίδα. Όλες οι άλλες καρδιακές βαλβίδες ήταν ελεύθερες θρόμβων ή μορφωμάτων και η αριστερή και δεξιά κοιλία εμφάνιζαν καλή συσταλτικότητα. Από τον κλινικό έλεγχο η ασθενής δεν εμφάνιζε σημεία λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Από τον παρακλινικό έλεγχο πολλαπλές αιμοκαλλιέργειες για

κοινά μικρόβια, μύκητες και άλλα άτυπα ήταν αρνητικές, ενώ ανευρέθη θετικό το αντιπηκτικό του λύκου, θετικά αντισώματα αντι-βήτα2-γλυκοπρωτεΐνης IgG: 54 U/ml (0.1-8 U/ml) και αρνητικά αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης. Τα παραπάνω ευρήματα οδήγησαν στην διάγνωση της ενδοκαρδίτιδας Libman-Sacks σε έδαφος αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου. Η ασθενής ετέθη σε αγωγή με ακενοκουμαρόλη, με σταδιακή επίτευξη των θεραπευτικών ορίων. Σε επανέλεγχο της ασθενούς με διοισοφάγιο υπερηχογράφημα μετά από 5 μήνες, παρατηρήθηκε ήπια πάχυνση στο tip της πρόσθιας γλωχίνας (0,3x0,4mm), η οποία αφορά σε υπολειμματική αλλοίωση, σε σχέση με την προηγούμενη μελέτη και σαφώς υπήρχε μεγάλη βελτίωση συγκριτικά.

Συμπερασματικά, η ενδοκαρδίτιδα LS εκδηλώνεται συνήθως με μη ειδικά συμπτώματα. Μπορεί ωστόσο να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως η βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια και η σοβαρή ανεπάρκεια βαλβίδων η οποία χρήζει χειρουργικής παρέμβασης. Η διάγνωση της είναι δύσκολη γιατί τα μορφώματα μιμούνται άλλες παθολογικές καταστάσεις επί των καρδιακών βαλβίδων, όπως η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα, η ρευματική βαλβιδοπάθεια, το κολπικό μύζωμα, η εκφυλιστική βαλβιδοπάθεια και το ινοελάστωμα. Θα πρέπει να εγείρεται ισχυρή υποψία όταν εντοπιστεί οποιαδήποτε σημαντική εκβλάστηση βαλβίδων σε ασθενή με συστηματικό ερυθρεμάτωδη λύκο ή/και αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο. Οι εκβλαστήσεις έχουν τυπική εμφάνιση ηχοκαρδιογραφικά, είναι συνήθως μικρές και ανταποκρίνονται καλά στα αντιπηκτικά.



Εικόνα 1. Ευμεγέθη μορφώματα επί των γλωχίνων της μιτροειδούς βαλβίδας.



Εικόνα 2. Ήπια πάχυνση στο tip της πρόσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς βαλβίδας.

ΠΡΩΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΥΣΤΗΣ ΑΝΑΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Κ. Πολυζώης, Α. Κολινιώτη, Α. Παρασκευά, Ε. Μαυροδημητράκη, Ν. Μάμιδας, Ε. Κεφάλου, Δ. Στεργίου, Π. Μεταξάς, Β. Σταματούκου, Χ. Κυζερίδης, Σ. Σταυρόπουλος, Μ. Σωτηροπούλου, Β. Δρακόπουλος, Σ. Καπίρης

Γ' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι κύστες αναδιπλασιασμού δωδεκαδακτύλου (duodenal duplication cysts) είναι σπάνιες συγγενείς ανωμαλίες (1 στις 100.000 γεννήσεις) και αντιπροσωπεύουν το 5% των κύστεων αναδιπλασιασμού του γαστρεντερικού σωλήνα. Παρατηρούνται συνήθως σε νεογνά και παιδιά, αν και έχουν αναφερθεί περιστατικά με διάγνωση στην ενήλικη ζωή.

Σκοπός: Η παρουσίαση μίας σπάνιας ανατομικής παραλλαγής και ο σχολιασμός του τρόπου εμφάνισης και χειρουργικής αντιμετώπισης στην ενήλικη ζωή.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 42 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με συμπτώματα απόφραξης ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος. Ανέφερε αιφνίδιας έναρξης πόνο στο επιγάστριο, ο οποίος συνοδευόταν από πολλαπλούς εμέτους. Κατά την προσέλευσή του στο Νοσοκομείο διαπιστώθηκε οξεία νεφρική ανεπάρκεια προνεφρικής αιτιολογίας. Το ατομικό του αναμνηστικό ήταν ελεύθερο.

Διερευνήθηκε με υπολογιστική τομογραφία άνω κάτω κοιλίας στην οποία διαπιστώθηκε μάζα που ξεκινούσε από τη 2^η και 3^η μείρα του δωδεκαδακτύλου, σχετιζόταν με την

αγκιστροειδή απόφυση του παγκρέατος και προκαλούσε γαστρική απόφραξη (gastric outlet obstruction). Πραγματοποιήθηκε στη συνέχεια ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα όπου αναδείχθηκε κυστική αλλοίωση στο αντιμεσεντερικό χείλος του δωδεκαδακτύλου, με αιμορραγικά στοιχεία. Ελήφθησαν βιοψίες χωρίς στοιχεία κακοήθειας.

Λόγω της θέσης της αλλοίωσης και του προεγχειρητικού αποκλεισμού κακοήθειας, αποφασίστηκε η χειρουργική αποστέγασση (deeroofing) της κύστης. Ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός 3 χρόνια μετά.

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Οι κύστες αναδιπλασιασμού του δωδεδακτύλου είναι σπάνιες νοσολογικές οντότητες και η διάγνωσή τους, αποτελεί πρόκληση. Εξ' ορισμού, βρίσκονται σε επαφή με το τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου, μοιράζονται κοινή αρτηριακή αιμάτωση με αυτό, περιέχουν μυϊκό χιτώνα και ο βλεννογόνος τους δύναται να είναι γαστρικός, εντερικός, παγκρεατικός ή αναπνευστικού τύπου.

Η θεραπεία είναι είτε χειρουργική με πλήρη εκτομή της κύστης ή με αποστέγασή της, είτε ενδοσκοπική με παροχέτευση του περιεχομένου της.

ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΩΜΑ ΡΙΝΟΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΝΕΑΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

A. Μπιλάλη, M. Χρόνη

Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Το πλάσματοκύττωμα αποτελεί ανάπτυξη κλώνου πλάσματοκυττάρων που συνθέτει και εκκρίνει μονοκλωνική ανοσοσφαιρίνη. Μπορεί να παρουσιαστεί ως μονήρες ή με πολλαπλές εστίες. Τα μονήρη πλάσματοκυττώματα είναι συχνότερα οστικά, μπορούν, όμως, να παρουσιαστούν και με εξωμυελική εντόπιση. Τα εξωμυελικά μονήρη πλάσματοκυττώματα ανευρίσκονται συχνότερα στην κεφαλή και τον τράχηλο αλλά μπορούν να εμφανιστούν και σε άλλα όργανα και ιστούς.

Υλικό και μέθοδοι: Πρόκειται για ασθενή 27 ετών με συμπτωματολογία ρινικής συμφόρησης από μηνών και συχνών επιστάξεων. Από την ενδοσκόπηση ρινός παρουσίαζε πολυποειδές μόρφωμα στη δεξιά ρινική κοιλότητα. Το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς ήταν ελεύθερο. Η αξονική σπλαγχνικού κρανίου ανέδειξε μόρφωμα δεξιάς ρινικής κοιλότητας χωρίς ευρήματα από τους λοιπούς παραρρινίους κόλπους. Υπεβλήθη σε ενδοσκοπική αφαίρεση του μορφώματος και καυτηριασμό της πρόσφυσης η οποία εντοπιζόταν στην κεφαλή της μέσης κόγχης. Η

ιστολογική εξέταση ανέδειξε νεόπλασμα με πλάσματοκυτταρικούς χαρακτήρες με ανοσοφαινότυπο CD138(+), MUM-1(+), CD79a(+), κυτταροπλασματική έκφραση IgA και μονοτυπική έκφραση λ ελαφρών αλύσων. Η ασθενής παραπέμφθηκε στο Αιματολογικό Τμήμα, ακολούθησε πλήρης αιματολογικός και απεικονιστικός έλεγχος με PET-CT για αποκλεισμό άλλων εστιών μυελικά και εξωμυελικά, ο οποίος ήταν αρνητικός. Η ασθενής έλαβε συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Η ασθενής ένα έτος μετά παραμένει ελεύθερης νόσου.

Συμπεράσματα: Κατά την καθημερινή κλινική πράξη η ανεύρεση πολυποειδών μορφωμάτων εντός της ρινικής κοιλότητας αποτελεί συχνό εύρημα. Η υφή και η ενδοσκοπική εικόνα θα πρέπει να μας προϊδεάζουν για την πιθανότητα κακοήθειας. Η παθολογοανατομική εξέταση σε εξειδικευμένο εργαστήριο με τη δυνατότητα εκτίμησης αιματολογικών νοσημάτων είναι σημαντική για τη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση.