

# ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»  
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ: 1945

ΤΟΜΟΣ 78  
ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΤΕΥΧΟΣ 1  
2016

ΕΠΑΙΝΟΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

VOLUME 78  
SUPPLEMENT ISSUE 1  
2016



## ΠΡΑΚΤΙΚΑ

21ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ  
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"  
ΑΘΗΝΑ 23 - 27 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2016

## PROCEEDINGS

21st ANNUAL SEMINAR  
OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION  
OF EVANGELISMOS GENERAL HOSPITAL  
ATHENS 23 - 27 FEBRUARY 2016

## NOSOKOMIAKA CHRONIKA

Official publication of the Scientific Society  
of Evangelismos Hospital



21<sup>ο</sup>

ΕΤΗΣΙΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»**

*Πρόεδρος:* Σ. Ζακυνθινός  
*Αντιπρόεδρος:* Θ. Αποστόλου  
*Γενική Γραμματέας:* Κ. Αθανασιάδη  
*Ταμίας:* Ι. Μάρκου  
*Μέλη:* Ε. Μπελεσιώτου  
Μ. Παγώνη  
Β. Παρδάλης  
Γ. Στυλιανίδης  
Α. Τσιρογιάννη

**ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

*Πρόεδρος:* Μ. Παγώνη  
*Αντιπρόεδρος:* Ε. Ανδρεάδης  
*Ταμίας:* Ι. Μάρκου  
*Μέλη:* Ν. Αλεβιζόπουλος  
Μ. Βλάχου  
Ε. Γρίσπου  
Δ. Κόκκινος  
Γ. Μάντζαρης  
Α. Μπασχαλή  
Α. Ταβερναράκης

**ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ**

*Πρόεδρος:* Γ. Στυλιανίδης  
*Αντιπρόεδρος:* Ε. Μπελεσιώτου  
*Μέλη:* Χ. Βαδάλα  
Δ. Ζερβάκης  
Ι. Κάκκας  
Α. Κηροπούλου  
Θ. Κοντοπούλου  
Γ. Λακιώτης  
Β. Παρδάλης  
Ε. Πατήλα  
Β. Σεβαστιανός  
Α. Τάραση

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

*Πρόεδρος:* Σ. Τσαγκαράκης  
*Αντιπρόεδρος:* Θ. Αποστόλου  
*Μέλη:*  
Κ. Αθανασιάδη  
Ι. Ακριβός  
Ε. Αλεξίου  
Μ. Βασιλαματζής  
Ν. Βιάζης  
Π. Δεδεηλίας  
Δ. Έξαρχος  
Δ. Ζερβάκης  
Ε. Καμπισιούλη  
Σ. Καπίρης  
Δ. Κόκκινος  
Σ. Κόλιας  
Χ. Λιναρδή  
Γ. Μαρακομιχελάκης  
Ι. Μπαλταδάκης  
Σ. Ξυδώνας  
Μ. Παγώνη  
Β. Παπασταμόπουλος  
Ε. Περιβολιώτη  
Δ. Ροντογιάννη  
Φ. Ροντογιάννη  
Μ. Σχινά  
Μ. Τζανέλα  
Α. Τσιρογιάννη

**ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Ν. Αλεβιζόπουλος  
Γ. Αναστασιάδης  
Ε. Ανδρεάδης  
Ν. Ανδρομανάκος  
Χ. Βαδάλα  
Ν. Βαλλιάνου  
Ε. Γρίσπου  
Σ. Ιωαννίδου  
Φ. Κατσιγιάννη  
Σ. Κλημόπουλος  
Η. Κοκκέβη  
Ε. Κοκκινάκης  
Α. Μεγάλου  
Α. Μπασχαλή  
Γ. Μουσουλής  
Ε. Μπελεσιώτου  
Ν. Παπαδογεωργάκης  
Κ. Προκοπάκη  
Β. Σεβαστιανός  
Α. Σιδέρης  
Σ. Στεφανάκης  
Γ. Στράντζαλης  
Γ. Στυλιανίδης  
Χ. Σφοντούρης  
Ι. Χαβελές  
Ν. Χαρχαλάκης

**ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ**  
**ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**  
**Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.)**

Υψηλάντου 45-47, 106 76 Αθήνα  
Κτίριο: Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων-6<sup>ος</sup> όροφος  
Τηλ.: 213-2041744, 213-2045102  
E-mail: sseh@evangelismos-hosp.gr,  
sseh.evangelismos@gmail.com  
Web: www.evangelismos-hosp.gr

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**  
**ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ**  
ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ Σπύρος  
**ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ**  
ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ Θεοφάνης  
**ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**  
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ Καλλιόπη  
**ΤΑΜΙΑΣ**  
ΜΑΡΚΟΥ Ιωάννης

**ΜΕΛΗ**  
ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ Ελένη  
ΠΑΓΩΝΗ Μαρία  
ΠΑΡΔΑΛΗΣ Βασίλειος  
ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ Αλεξάνδρα  
ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Γεώργιος

**ISSN: 2241-4150**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ**  
**ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ**

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ**  
ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Γεώργιος  
**ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ**  
ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ Ελένη

**ΜΕΛΗ**  
ΒΑΔΑΛΑ Χαρίκλεια  
ΖΕΡΒΑΚΗΣ Δημήτριος  
ΚΑΚΚΑΣ Ιωάννης  
ΚΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Ασημίνα  
ΚΟΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Θεανώ  
ΛΑΚΙΩΤΗΣ Γρηγόριος  
ΠΑΡΔΑΛΗΣ Βασίλειος  
ΠΑΤΗΛΑ Ελισάβετ  
ΣΕΒΑΣΤΙΑΝΟΣ Βασίλειος  
ΤΑΡΑΣΗ Αικατερίνη

**ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ**

ΠΑΠΑΜΑΛΗ Αικατερίνη  
Τηλ.: 213-2041744, 213-2045102  
E-mail: sseh.evangelismos@gmail.com

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ**  
**ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ**

ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ Σπύρος  
Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ε.Ε.Π.Ν.Ε.  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ**



**ΤΟΜΟΣ 78**  
**ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΤΕΥΧΟΣ 1**  
**2016**

**ΠΡΑΚΤΙΚΑ 21<sup>ου</sup> ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ**  
**ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**  
**23-27 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2016**

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> <b>Υγεία και νόσος: Πώς το “πάσχειν” γίνεται αιτία κοινωνικού αποκλεισμού</b> <b>Φ. Κεμάλη</b>	9
<b>ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ</b> <b>Διαχείριση χρόνου στις χειρουργικές αίθουσες</b> <i>Παραγωγικότητα - Κόστος του Χειρουργείου</i> <b>Η. Λαμπρίδη</b>	13
<b>Ε-Δ. Ιντζόγλου</b> <i>Εκπαίδευση - Αξιολόγηση προσωπικού</i> <b>Ο ρόλος του προϊσταμένου - Manager</b> <b>Κ. Κοκκινάκης</b>	15 17
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> <b>Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό</b> <b>Κ. Μιχαήλ</b>	19
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> <b>Εξαγγείωση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Ο ρόλος του/της νοσηλεύτη/τριας στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση</b> <b>Α. Γάκη</b>	21
<b>ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b> <b>Αιμοδοσία: Μύθοι και πραγματικότητα</b> <i>Κλινική διαδικασία μετάγγισης - Ενδείξεις. Να μεταγγίσω ή όχι;</i> <b>Π. Κουτσογιάννη</b>	23
<b>Γ. Αναγνώστου</b> <i>Μεταγγίσεις παραγώγων αίματος</i> <b>Δ. Ζερβάκης</b>	25 27
<b>ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b> <b>Λοιμώξεις διαβητικού ποδιού</b> <i>Εισαγωγή - Επιδημιολογικά δεδομένα - Κλινική εικόνα</i> <b>Γ. Μαρακομιχελάκης</b>	29
<b>Ζ. Ψαρουδάκη</b> <i>Μικροβιολογία του διαβητικού έλκους</i> <b>Β. Βίγλας</b>	31 33
<b>Γ. Μαρακομιχελάκης</b> <i>Λοιμώξεις διαβητικού ποδιού: Διαγνωστική προσπέλαση</i> <i>Θεραπεία - Συμπεράσματα</i>	35

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

**Σύνδρομο Συστηματικής Φλεγμονώδους Απάντησης (SIRS): Αιτιοπαθογένεια, κλινικές εκδηλώσεις και θεραπεία**

Σύνδρομο Συστηματικής Φλεγμονώδους Απάντησης: Τα νεότερα στην παθογένεση, κλινική εικόνα και αντιμετώπιση του συνδρόμου με επικέντρωση στη σήψη

**N. Βαλλιάνου** \_\_\_\_\_ 37

Σύνδρομο Συστηματικής Φλεγμονώδους Απάντησης στη ΜΕΘ

**B. Μαρκάκη** \_\_\_\_\_ 39

ΔΙΑΛΕΞΗ

**“Οδικός χάρτης” της ενδονοσοκομειακής μικροβιακής αντοχής στο Γ.Ν.Α. “Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ”**

**E. Περιβολιώτη** \_\_\_\_\_ 41

ΔΙΑΛΕΞΗ

**Οργανικό ψυχοσύνδρομο**

**K. Εμμανουήλ, E. Νάνου** \_\_\_\_\_ 44

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

**Δομές παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας - Η συμμετοχή και ευθύνη του νοσηλευτή: Η εμπειρία του Νοσοκομείου μας**

Η Ψυχιατρική Κλινική ως διασυνδεδετική δομή μεταξύ των υπηρεσιών υγείας. Τα όρια δράσης και λειτουργίας των νοσηλευτών

**A. Τσίος, P-A. Κακάκη, Φ. Δημητρούλιας** \_\_\_\_\_ 46

Λειτουργία του Ψυχιατρικού Ξενώνα: Ο ρόλος των Ομάδων Ψυχοεκπαίδευσης Οικογενειών

**Σ. Δούκη** \_\_\_\_\_ 48

Παρουσίαση του Κοινωνικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου και του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος

**Π. Κορώνια** \_\_\_\_\_ 50

Ο ρόλος της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο

**Π. Μαγγούλια** \_\_\_\_\_ 52

ΔΙΑΛΕΞΗ

**Κλίμακες εκτίμησης επούλωσης ελκών από πίεση**

**A. Δημητρούλη** \_\_\_\_\_ 54

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

**Οφθαλμικές εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων**

Σε ρευματολογικά νοσήματα

**A. Καρεκλά** \_\_\_\_\_ 56

Σε ενδοκρινολογικά νοσήματα

**Π. Γρηγορίου** \_\_\_\_\_ 58

Σε αιματολογικά νοσήματα

**Δ. Μπεσίνης** \_\_\_\_\_ 60

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

**Τρίτη ηλικία: Μελέτη και αξιολόγηση κλινικοεργαστηριακών δεδομένων**

Κλινική προσέγγιση βιοχημικών παραμέτρων

**A. Μελπίδου** \_\_\_\_\_ 62

Φάρμακο και τρίτη ηλικία: το διπλό πρόσωπο του Ιανού

**A. Γρηγοράτου** \_\_\_\_\_ 64

Ανοσογήρανση

**A. Ταράση** \_\_\_\_\_ 66

Διατροφική προσέγγιση

**A. Μπασχαλή** \_\_\_\_\_ 68

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

**Ακράτεια ούρων στη γυναίκα: Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση**

Διαγνωστική προσέγγιση

**I. Ζώρζος** \_\_\_\_\_ 70

Θεραπευτική προσέγγιση

**Π. Δούκας** \_\_\_\_\_ 71

ΔΙΑΛΕΞΗ	
<b>Αλκοολική νόσος του ήπατος</b>	
<b>Β. Σεβαστιανός</b>	72
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ	
<b>Τυχαιώματα επινεφριδίων</b>	
<i>Επιδημιολογία - Κλινική εικόνα</i>	
<b>Θ. Στρατηγού</b>	74
<i>Απεικονιστική διάγνωση</i>	
<b>Δ. Ξεάρχος</b>	76
<i>Χειρουργική θεραπεία</i>	
<b>Σ. Καπίρης</b>	78
<i>Ο ρόλος του Παθολογοανατόμου</i>	
<b>Χ. Μάγκου</b>	80
ΔΙΑΛΕΞΗ	
<b>Η διαχείριση από το νοσηλευτή του αγώνα και της αγωνίας του βαρέως πάσχοντος ασθενούς</b>	
<b>Κ. Πισσάκη</b>	82
ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ	
<b>Σύγχρονες προκλήσεις και δράσεις στη Νοσηλευτική</b>	
<i>Ηλεκτρονική τεκμηρίωση της Νοσηλευτικής φροντίδας</i>	
<b>Γ. Τουρούκη</b>	84
<i>Διερεύνηση της οργανωσιακής δέσμευσης και των παραγόντων υποκίνησης του νοσηλευτικού προσωπικού του Νοσοκομείου μας</i>	
<b>Β. Ντόγκα, Φ. Κατσιγιάννη</b>	86
<i>Συμπεράσματα από την ετήσια καταγραφή στατιστικών δεδομένων διακίνησης ασθενών του Στοματολογικού Ιατρείου</i>	
<b>Π. Σταύρου, Α. Δερίλα</b>	89
<i>Καταγραφή νεοπλασιών στο Νοσοκομείο μας για το έτος 2014: Σκοπός, προβλήματα και προτάσεις για την επίλυσή τους</i>	
<b>Θ. Μπαμπούρη, Π. Τσαγγαλά</b>	91
ΔΙΑΛΕΞΗ	
<b>Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με εμφυτεύσιμες συσκευές</b>	
<b>Σ. Δημοπούλου, Α. Ζώγα</b>	93
ΔΙΑΛΕΞΗ	
<b>Ψυχογενείς - Μη επιληπτικές κρίσεις: Διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση</b>	
<b>Κ. Προκοπάκη</b>	95
ΔΙΑΛΕΞΗ	
<b>Νευρολογικές εκδηλώσεις ως πρώιμο σύμπτωμα συστηματικών νοσημάτων</b>	
<b>Ε. Αλεξίου, Α-Μ. Μούζακ</b>	97
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ	
<b>Απεικονιστική διερεύνηση του ικτέρου</b>	
<i>Ταξινόμηση ικτέρου</i>	
<b>Ι. Καλογερόπουλος</b>	99
<i>Ο ρόλος του υπερηχογραφήματος</i>	
<b>Ε. Αντύπα</b>	102
<i>Η χρησιμότητα της αξονικής τομογραφίας</i>	
<b>Δ. Ξεάρχος</b>	104
<i>Η χρησιμότητα της μαγνητικής τομογραφίας</i>	
<b>Σ. Μπενάκης</b>	105
<i>ERCP και ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα</i>	
<b>Κ. Μάρκογλου</b>	107
<i>Επεμβατικές τεχνικές</i>	
<b>Θ. Κρατημένος</b>	109

Κατευθυντήριες οδηγίες	
<b>Δ. Κόκκινος</b>	111
ΔΙΑΛΕΞΗ	
<b>Καρκίνος του λάρυγγος</b>	
<b>Η. Κοκκέβη</b>	113
ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ	
<b>Σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση των νεοπλασμάτων του παγκρέατος</b>	
<i>Αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος</i>	
<b>Δ. Λαπατσάνης</b>	115
<i>Νευροενδοκρινικά νεοπλάσματα παγκρέατος</i>	
<b>Γ. Λακιώτης</b>	117
<i>Μη διηθητικά νεοπλάσματα παγκρέατος</i>	
<b>Γ. Στυλιανίδης</b>	119
<i>Η εμπειρία του Β' Χειρουργικού Τμήματος</i>	
<b>Κ. Τζιαμαλής</b>	121
ΔΙΑΛΕΞΗ	
<b>Αιματολογικές εκδηλώσεις στα ρευματικά νοσήματα</b>	
<b>Σ. Κώνστα, Γ. Κατσίκας, Χ. Σφοντούρης</b>	123
ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ	
<b>Πλασμαφαίρεση</b>	
<i>Εισαγωγή - Ενδείξεις</i>	
<b>Σ. Γιάντες</b>	125
<i>Πλασμαφαίρεση σε νεφρολογικά νοσήματα</i>	
<b>Γ. Ζαγκότσης</b>	127
<i>Άμεσες και απώτερες επιπλοκές</i>	
<b>Χ. Γιατρά</b>	129
ΔΙΑΛΕΞΗ	
<b>Αντικαρκινικά φάρμακα: Justum Pretium - The Just Price ή άλλως η «ηθική» τιμή του φαρμάκου</b>	
<b>Ι. Μπαλατάδης</b>	131
ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	
<b>Αντιμετώπιση του οστικού πόνου</b>	
<i>Παθοφυσιολογία - Η πλευρά του Αναισθησιολόγου</i>	
<b>Ε. Πλέσια</b>	133
<i>Νεότερα ραδιοφάρμακα</i>	
<b>Χ. Γιαννοπούλου</b>	135
ΔΙΑΛΕΞΗ	
<b>Μετανάστευση και λοιμώξεις</b>	
<b>Ε. Κάκαλου</b>	137
ΔΙΑΛΕΞΗ	
<b>Κινάσες TK1 και Tumor M2-PK: Συμβολή στην εργαστηριακή διερεύνηση φλεγμονωδών και νεοπλασματικών νοσημάτων του γαστρεντερικού συστήματος</b>	
<b>Ε. Βεργενάκη, Λ. Κυρίου-Μάλλη, Ν. Ράπτης, Σ. Ποταμιάνος, Ε. Αναγνώστου-Κακαρά, Α. Μελπίδου, Σ. Ιωαννίδου, Γ. Μάντζαρης</b>	139
ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ	
<b>Βιοχημική υποτροπή του καρκίνου του προστάτη</b>	
<i>Η άποψη του Ουρολόγου</i>	
<b>Α. Γρηγοράκης</b>	143

Ο ρόλος της απεικόνισης:	
• MRI	
<b>A. Ταβερναράκη</b>	145
• PET/CT	
<b>E. Βλόντζου</b>	147
<b>ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
<b>Εκκολπωματική νόσος του παχέος εντέρου</b>	
Συντηρητική αντιμετώπιση	
<b>N. Βιάζης</b>	149
Χειρουργική αντιμετώπιση	
<b>Δ. Μαγγανάς</b>	151
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
<b>FOODMAPs - Νεότερα δεδομένα για το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου</b>	
<b>A. Καρλή</b>	152
<b>ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
<b>Τρόποι παράτασης της καλής και ασφαλούς λειτουργίας των συσκευών βηματοδότησης</b>	
<b>E. Παπαστεριάδης</b>	154
<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b>	
<b>Εξελίξεις στην Καρδιολογία</b>	
Μόρια διπλής δράσης στην καρδιακή ανεπάρκεια	
<b>Σ. Γεωργόπουλος, Σ. Ξυδώνας, Α. Σιδέρης</b>	157
Αντιμετώπιση ασθενών με κολπική μαρμαρυγή και αντένδειξη στα αντιπηκτικά	
<b>Κ. Λέτσας</b>	161
Φλεβοκομβική ταχυκαρδία στην καρδιακή ανεπάρκεια. Πέραν των β-αδρενεργικών αποκλειστών	
<b>I. Λακουμέντας, Α. Σιδέρης</b>	163
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
<b>Νευροογκολογία: Σύγχρονες απόψεις</b>	
<b>Γ. Στράντζαλης, Ε. Λιούτα, Β. Κατσαρός, Θ. Αργυράκος, Κ. Ρωμανά, Φ. Λιάκος, Χ. Μπόσκος, Χ. Αναγνωστόπουλος, Α. Καλύβας</b>	
	165
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
<b>Διαταραχές λιπιδίων σε ασθενείς με κακοήγη νεοπλασμάτα</b>	
<b>Χ. Σταθόπουλος</b>	168
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
<b>Διφωσφονικά και Γναθοπροσωπικός ασθενής</b>	
<b>Β. Πετσίνης</b>	170
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
<b>Κακώσεις χεριού: Διαγνωστική προσέγγιση - Αποκατάσταση</b>	
<b>Π. Γεωργιάδου, I. Ακριβός, Κ. Σούμπασης</b>	172
<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b>	
<b>Χρόνια Νεφρική Νόσος</b>	
Ορισμοί - Επιδημιολογία - Συμπτώματα	
<b>Χ. Χριστοδουλίδου</b>	174
Αξιολόγηση - Σταδιοποίηση	
<b>Α. Παϊκοπούλου</b>	177
Πρόσδος νεφρικής βλάβης. Από τι εξαρτάται;	
<b>Μ. Γιαννοπούλου</b>	179
Καρδιαγγειακός κίνδυνος	
<b>Γ. Τσούκα</b>	181

Σημασία της πρώιμης παραπομπής στον ειδικό <b>Α. Γεωργακόπουλος</b>	183
<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ - ΖΩΝΤΑΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΙΔΕΙΞΗ - ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	
<b>Ελάχιστα επεμβατική καρδιαγγειακή χειρουργική</b>	
Αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με αυτοεκπτυσσόμενη, χωρίς ράμματα, βιολογική βαλβίδα διά μικρής στερνοτομής	
<b>Ν. Γ. Μπαϊκούσης, Π. Δεδεηλίας, Μ. Αργυρίου, Β. Παναγιωτακόπουλος, Η. Σαμιώτης, Ε. Πράππα, Χ. Χαρίτος</b>	185
Ενδαγγειακή αντιμετώπιση οξέων συμβαμάτων της αορτής	
<b>Θ. Κρατημένος</b>	187
Υποδόρια τοποθέτηση καρδιακού απινιδωτή	
<b>Ι. Χαβελές</b>	190
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
<b>Φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια σε βαρεία πάσχοντες</b>	
<b>Μ. Τζανέλα</b>	192
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
<b>Θωρακοσκοπική χειρουργική μέσω μίας οπής</b>	
<b>Κ. Αθανασιάδη</b>	194
<b>ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
<b>Αντιμετώπιση νεοπλασιών πέραν της χημειοθεραπείας</b>	
Στην Αιματολογία	
<b>Θ. Καρμίρης</b>	196
Στην Ογκολογία	
<b>Ν. Αλεβιζόπουλος</b>	199
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
<b>Γκρίζες ζώνες στη διάγνωση και θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης</b>	
<b>Ε. Ανδρεάδης</b>	202
<b>ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ</b>	
<b>Διαταραχές ύδατος και νατρίου στην τραυματική εγκεφαλική βλάβη</b>	
Σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης	
<b>Χ. Βρεττού</b>	204
Σύνδρομο απώλειας νατρίου	
<b>Κ. Παππάς</b>	206
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	
<b>Επαπειλούμενος αεραγωγός</b>	
<b>Μ. Χρόνη, Η. Κοκκέβη</b>	208
<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b>	
<b>Οξύς πόνος στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών</b>	
Καρδιακός πόνος	
<b>Π. Γουνόπουλος</b>	210
Θωρακικός πόνος	
<b>Μ. Θωμόπουλος</b>	212
Κοιλιακός πόνος	
<b>Μ. Υδραίος, Ν. Κάβουρας</b>	214
Οσφυϊκός πόνος	
<b>Θ. Φλώρος</b>	216
Κεφαλαλγία	
<b>Β. Γκουρμπαλή</b>	218



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αγαπητοί φίλοι και συνάδελφοι,

Η Ένωση Επιστημονικού Προσωπικού του Νοσοκομείου «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.) κατάφερε να εκδώσει και φέτος, σε ηλεκτρονική μορφή, τα πρακτικά του Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης. Αποτέλεσμα των επίμονων προσπαθειών της Εκδοτικής Γραμματείας είναι αυτό το CD και έχει καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια, ώστε να αποφευχθούν λάθη κατά τη διόρθωση των γραπτών κειμένων. Ευχαριστώ θερμά την Εκδοτική Γραμματεία και ιδιαίτερα τον Πρόεδρο, κ. Γ. Στυλιανίδη και την Αντιπρόεδρό της, κ. Ε. Μπελεσιώτου για τις προσπάθειες που κατέβαλαν για την ορθή έκδοση των πρακτικών καθώς και όλους τους συγγραφείς που υπέβαλαν περίληψη της εισήγησής τους. Ελπίζω ότι αυτό το CD θα είναι χρήσιμο για την ενημέρωσή σας πάνω σε θέματα ευρέος ιατρικού ενδιαφέροντος, διότι το περιεχόμενο των πρακτικών είναι πράγματι πολυθεματικό, υψηλού επιστημονικού επιπέδου και απολύτως ανταποκρινόμενο στις ανάγκες ενός προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Ευχαριστώ θερμά την Επιστημονική Επιτροπή του 21<sup>ου</sup> Ετήσιου Σεμιναρίου και ιδιαίτερα τον Πρόεδρο, κ. Σ. Τσαγκαράκη και τον Αντιπρόεδρό της, κ. Θ. Αποστόλου για την επιτυχία τους στην κατάρτιση ενός πολυθεματικού προγράμματος, με τη συμμετοχή σχεδόν όλων των τμημάτων του Νοσοκομείου μας.

Επίσης Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους συνεργάτες του Διοικητικού Συμβουλίου για την επιτυχή κατάληξη αυτής της προσπάθειας. Πολλές ευχαριστίες ανήκουν στην Οργανωτική Επιτροπή του 21<sup>ου</sup> Ετήσιου Σεμιναρίου και ιδιαίτερα στην Πρόεδρο, κ. Μ. Παγώνη και τον Αντιπρόεδρό της, κ. Ε. Ανδρεάδη, που με συλλογική εργασία πέτυχαν την άρτια οργάνωση του Σεμιναρίου και εξασφάλισαν τη συμμετοχή των παρακάτω χορηγών εταιρειών: AMGEN, ASPEN, ASTELLAS, BAXTER, ΒΙΟΣΕΡ, BRISTOL-MYERS SQUIBB, CARDIOGENESIS, CSL BEHRING, ΕΝΟΡΑΣΙΣ, GALENICA, GENESIS, GILEAD, JANSSEN, MAVROGENIS, MSD, NORMA, NOVARTIS, PFIZER, ROCHE, RONTIS.

Ευχαριστούμε θερμά τις Χορηγούς Εταιρείες για την πολύτιμη βοήθειά τους στην πραγματοποίηση του 21<sup>ου</sup> Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης του Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».

Ευχαριστίες ανήκουν στο Νοσηλευτικό Προσωπικό και στην Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, κ. Φ. Κατσιγιάννη που και φέτος συμμετέχει με επιτυχία στο Επιστημονικό μας Πρόγραμμα. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω και τη Διοίκηση του Νοσοκομείου μας.

Ευχαριστίες ανήκουν επίσης, στη Γραμματέα της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. κα Α. Παπαμαλή που όπως κάθε χρόνο ήταν βασικός συντελεστής της προσπάθειάς μας καθώς και στη Γραμματεία του Σεμιναρίου, VitaCongress-B. ΒΟΥΡΑΖΕΡΗΣ & ΣΙΑ ΟΕ.

Ελπίζοντας ότι και αυτή τη χρονιά το Σεμινάριο θα ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας, το Δ.Σ. της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. σας ευχαριστεί για τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση



Καθηγητής Σπύρος Ζακυνθινός  
Πρόεδρος  
του Δ.Σ. της Ε.Ε.Π.Ν.Ε.  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

## ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ: ΠΩΣ ΤΟ «ΠΑΣΧΕΙΝ» ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΙΤΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Φανή Κεμάλη

Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Αιματολογική κλινική, Γ.Ν.Α. « Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6909104747

E-mail: kemfani@gmail.com

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ανθρωπολογία της υγείας, ως ειδικός θεματικός κλάδος της κοινωνικής ανθρωπολογίας, εξετάζει πώς διαφοροποιούνται ιστορικά και κοινωνικά οι ορισμοί της υγείας, της αρρώστιας, της αρτιμέλειας, της αναπηρίας, της ανάρρωσης και της θεραπείας. Εξετάζει πώς παράγεται και πώς διαφοροποιείται η εμπειρία του «πάσχειν» αλλά και διερευνά τους τρόπους με τους οποίους εμπεδώνονται νοήματα, διλήμματα αλλά και πρακτικές γύρω από την κοινωνική εμπειρία της υγείας και της ασθένειας. Οι ανθρωπολογικές μελέτες έχουν ασκήσει κριτική στην εννοιολόγηση του τραύματος και του αποκλεισμού με όρους τυχαίου γεγονότος που αναδύεται αναπάντεχα από τις αντιξοότητες της ζωής. Το άτομο, το υποκείμενο καθώς και οι τρόποι με τους οποίους το ίδιο αλλά και η όλη η ζωή του αλλάζει και επαναδιατυπώνεται σε συνθήκες κρίσεων και συγκρούσεων, βίας και κοινωνικής αδικίας, αποτελεί σημαντική πρόκληση για την κοινωνική ανθρωπολογία. Η ανθρωπολογία της υγείας μελετά τους τρόπους με τους οποίους η γνώση ως εξουσία καθορίζει και μετατρέπει πτυχές της ανθρώπινης ζωής, αυτό που ο Φουκώ ονόμασε βιοεξουσία καθώς και το γεγονός ότι το κυρίαρχο δυτικό ιατρικό μοντέλο αγνοεί την υποκειμενική και κοινωνική βίωση της ασθένειας. **ΣΚΟΠΟΣ:** Στην καρδιά του εγχειρήματος της ανθρωπολογίας της υγείας -ή ιατρικής ανθρωπολογίας- τίθεται

το ερώτημα πώς το πάσχιν αποτελεί αιτία κοινωνικού αποκλεισμού. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να απαντήσει σε ερωτήματα όπως: Πώς επιτελείται και τι επιτελεί η εμπειρία της ασθένειας, πώς βιώνεται το βάρος της νόσου, πώς ο πάσχων απομονώνεται κοινωνικά. Μέσα από τη συστηματική εστίαση και μελέτη σε ερωτήματα όπως τα παραπάνω, η εργασία αυτή θέλει να επισημάνει ότι οι ορισμοί της υγείας και της ασθένειας συνδέονται με ευρύτερες ιστορικές και κοινωνικές συνθήκες αλλά και με ευρύτερες ερμηνείες. Επίσης, προτείνει, οι δύο πόλοι της διάκρισης υγεία/νόσος να μην εκλαμβάνονται ως περιχαρακωμένες οντότητες αλλά να προσεγγίζονται στη σύνθετη και δυναμική τους σχέση. Επίσης, όσον αφορά έννοιες, όπως είναι η υποκειμενικότητα και η ετερότητα, αποδεικνύει ότι ερμηνεύονται διαφορετικά σε διαφορετικά κοινωνικά συμφραζόμενα. Επιπλέον, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να τοποθετήσει παθήσεις, οι οποίες στην ιατρική βιβλιογραφία εκδηλώνονται σωματικά και αντιμετωπίζονται ως απόδειξη για την ύπαρξη ψυχολογικής ή ακόμα και ψυχιατρικής διαταραχής (ψυχοσωματικές ασθένειες), στην ευρύτερη πολιτική και πολιτισμική πραγματικότητα της ζωής των πασχόντων, σε μια ευρύτερη κατηγορία, που στο χώρο της ιατρικής ανθρωπολογίας είναι γνωστή με τον όρο πολιτισμικά σύνδρομα ή σύνδρομα πολιτισμικής ερμηνείας. Τέλος, η εργασία αυτή διαπραγματεύεται πολύ γνωστές ασθένειες, όπως ο καρκίνος του μαστού ή λοιμώδεις ασθένειες όπως το AIDS, σε ένα διαφορετικό πλαίσιο από εκείνο που περιλαμβάνει τις γνωστές αυστηρές κατηγορίες της διάγνωσης, θεραπείας και πρόγνωσης, δηλαδή σε ένα ευρύ εννοιολογικό σχήμα που περιλαμβάνει και περιγράφει τη σχέση νου, σώματος και κοινωνίας-περιβάλλοντος, προκειμένου να δείξει ότι οι όροι αυτοί είναι επιφορτισμένοι με ποικίλα νοήματα που απαιτούν αποκωδικοποίηση, όπως είναι το βίωμα του πόνου, της περιθωριοποίησης και τελικά της κοινωνικής οδύνης. **ΥΛΙΚΟ:** Χαρακτηριστική είναι από την άποψη αυτή η συμβολή ποικίλων παραδειγμάτων, που στην επιστημονική κοινότητα είναι γνωστά ως εθνογραφικά παραδείγματα ή εθνογραφίες, που εξετάζουν τους τρόπους με τους οποίους η αρρώστια εκφράζεται ως ατομική ή ακόμα και ως κοινωνική δυσaréσκεια. Η παρούσα εργασία αποτελεί μια ανασκοπική εργασία στηριζόμενη σε κάποιες από τις πολλές αυτές εθνογραφίες που αποτελούν χαρακτηριστικά δείγματα τέτοιων κοινωνικών «εκφάνσεων» της ασθένειας που φέρνουν στο φως την αμοιβαία σχέση ανάμεσα στις παθήσεις και τις κοινωνικές συνθήκες. Ουσιαστικά, πρόκειται για πλήρεις και εμπειριστατωμένες μελέτες ανθρωπολόγων βασιζόμενες στην κατεξοχήν μέθοδο της επιτόπιας έρευνας. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η εργασία αυτή στηρίζεται σε επιστημονικές βιβλιογραφικές αναφορές καθώς και επιστημονικά περιοδικά τα οποία

προήλθαν από τη βάση δεδομένων Google scholar και Jstor (στην ηλεκτρονική τους μορφή). Επίσης, σημαντικό υλικό προέρχεται και από την βιβλιοθήκη του Πάντειου Πανεπιστημίου. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ιατρική είναι σε μεγάλο βαθμό προϊόν της ανάδυσης κατά το 19<sup>ο</sup> αιώνα, μιας συστηματικής μελέτης του ανθρώπου και ολόκληρου του γνωστού τότε κόσμου, σύμφωνα με την οποία η φύση γίνεται για πρώτη φορά αντιληπτή ως κάτι που συγκροτείται από ένα σύνολο νόμων εντελώς ανεξάρτητων από την κοινωνία και τον πολιτισμό. Κατ' επέκταση, στην εποχή αυτή της ταξινόμησης, δημιουργούνται οι κατηγορίες του φυσιολογικού και του παθολογικού, της αρρώστιας και της υγείας. Το φυσιολογικό και το παθολογικό τοποθετούνται γύρω από μια οικουμενική νόρμα, μπορούν να κατανοηθούν πλήρως μέσω της εξέτασης του σώματος και γενικότερα του ατόμου-ασθενούς, με άλλα λόγια, η ασθένεια και η υγεία μπορούν να εκτιμηθούν ανεξάρτητα από τις συνθήκες στις οποίες βρίσκονται τα άτομα, αλλά και ότι οι ασθένειες είναι οντότητες που μπορούν να απομονωθούν. Όμως, τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής δείχνουν ότι οι κατηγορίες του κανονικού και του παθολογικού δεν αποτέλεσαν ιστορικά ουδέτερες έννοιες αλλά ήταν συνυφασμένες με πολιτικές και οικονομικές προτεραιότητες. Επίσης, αναδεικνύουν πως η ιατρική γνώση και οι ιατρικές πρακτικές, είτε των επαγγελματιών της υγείας είτε του ευρύτερου κοινού, διαμορφώνονται πολιτισμικά, και ότι η ιατρική, όπως λέει και ο ανθρωπολόγος και γιατρός Ρίβερς (W.H.R. Rivers), είναι αναπόσπαστο μέρος της κοινωνίας και η μορφή που παίρνει αντανακλά ευρέως αποδεκτές αξίες. Ο πάσχων εγκλωβισμένος στην δική του κουλτούρα αλλά και στην ευρύτερη κουλτούρα είτε της ιατρικής είτε των εκάστοτε κοινωνικών συνθηκών, αντιλαμβάνεται την σωματική ή βιολογική διαφορά-δυσλειτουργία ως απόκλιση από τον κανόνα, την νόρμα, κάτι που οδηγεί στον κοινωνικό στιγματισμό και επομένως στην κοινωνική οδύνη. Έτσι, τα αποτελέσματα της παρούσης εργασίας βασίζονται στην αντίληψη ότι οι ασθένειες και οι πάσχοντες δεν σχετίζονται με ελαττωματικές βιολογίες αλλά με κατασκευασμένες και λανθασμένες κατηγοριοποιήσεις και κοινωνικά στερεότυπα. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και η βιοιατρική γνώση είναι θεμελιωμένη και απόλυτα ορθολογική, είναι μια επιστήμη που αλλάζει με ραγδαίους ρυθμούς, με αποτέλεσμα πολλές πρακτικές της να είναι προσωρινές. Τεχνολογίες, φάρμακα και πρωτόκολλα εναλλάσσονται διαρκώς, ακόμη και η ταξινόμηση των ασθενειών αναθεωρείται και τροποποιείται, σύμφωνα με τις νέες γνώσεις. Σε όλες τις διαδικασίες αυτές θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι αναπόφευκτα υπεισέρχονται αξιακές κρίσεις. Ωστόσο, οι περισσότερες περιπτώσεις κοινωνικής οδύνης δεν είναι αποτέλεσμα επαφής με παθογόνους οργανισμούς αλλά έχουν κοινωνικές και

πολιτικές αιτίες που σχετίζονται με τον πόλεμο, την αναγκαστική μετανάστευση, τις εργασιακές συνθήκες, την εκμετάλλευση, τις ανισότητες, τη βία και το ρατσισμό. Η αποκάλυψη των πολιτικών, ιστορικών και οικονομικών παραγόντων που σχετίζονται με την «ανθρωπιστική κρίση» και το αποτρόπαιο γεγονός του σωματικού και κοινωνικού πόνου είναι μια πρόκληση. Τέλος, το εγχείρημα αναθεώρησης και επανανοηματοδότησης πλήθους κοινωνικών στερεοτύπων και στιγμάτων προς μια νέα και σύγχρονη αντίληψη που αναφέρεται σε όρους ποικιλομορφίας αλλά ταυτόχρονα και μοναδικότητας μπορούν να αποτελέσουν το αντικείμενο μελέτης μιας μελλοντικής εργασίας.

**Λέξεις κλειδιά:** υγεία-νόσος, ανθρωπολογία της υγείας, κοινωνικές-πολιτισμικές συνθήκες, κοινωνικός αποκλεισμός-κοινωνικός στιγματισμός, κοινωνικό τραύμα-κοινωνική οδύνη.

**ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ - ΚΟΣΤΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ****Ηλέκτρα Λαμπρίδη**

Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Χειρουργείου, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:**Τηλ.: 2132043422**E-mail: [electra.lambridi@gmail.com](mailto:electra.lambridi@gmail.com)***ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ο τομέας της υγείας αντιμετωπίζεται διεθνώς ως ένα οργανωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών με σκοπό την προαγωγή της υγείας. Συντίθεται δε από πολλές δραστηριότητες η ποσοτικοποίηση των οποίων έχει σαν στόχο την εκτίμηση της χρήσης των πόρων και τον συνδυασμό αυτών με σκοπό την βέλτιστη αξιοποίηση των παραγωγικών συντελεστών. Η εισαγωγή νέων τεχνολογιών (ιατρικής-πληροφορικής κ.λ.π) έχουν επιφέρει πολυδιάστατες επιπτώσεις στο σύστημα υγείας, οι οποίες πρέπει να μελετηθούν κάτω από την οπτική γωνία της οικονομικής θεωρίας ώστε να εκτιμηθεί το όποιο όφελος (επιστημονικό, οικονομικό, κοινωνικό). Στο θέμα της εισήγησης γίνεται αναφορά στις έννοιες της παραγωγικότητας και του κόστους, στην συσχέτισή τους και στους παράγοντες και τις διαδικασίες που τις επηρεάζουν. Η παραγωγικότητα είναι έννοια που χαρακτηρίζει ή προσδιορίζει το επίπεδο λειτουργίας και επιτυχίας του συστήματος υγείας ή μιας μονάδας. Ως κόστος ορίζεται η αξία των οικονομικών μέσων που χρησιμοποιούνται για να αποκτηθούν αγαθά ή υπηρεσίες τα οποία έχουν άμεσο ή μελλοντικό όφελος για τον οργανισμό-μονάδα. Η παραγωγικότητα των χρησιμοποιούμενων πόρων (μικρή ή μεγάλη) συμβάλλει άμεσα στη διαμόρφωση του κόστους παραγωγής μιας υπηρεσίας. Ο χώρος του χειρουργείου αποτελεί ίσως το απαιτητικότερο λειτουργικό τμήμα ενός νοσοκομείου με εξαιρετικά περίπλοκο κλινικό και διοικητικό περιβάλλον που στόχο έχει τη συνεχή

βελτίωση της περιεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας και της παραγωγικής διαδικασίας. Για αυτό και η κύρια πρόκληση για το χώρο αυτό είναι η επίτευξη μιας ισορροπίας μεταξύ ποιότητας, παραγωγικότητας, ασφάλειας και κόστους σε συνάρτηση με τον χρόνο των παρεχομένων υπηρεσιών με στόχο την βέλτιστη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα.

**Λέξεις κλειδιά:** παραγωγικότητα, κόστος, χειρουργείο.



## ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

**Ευθυμία-Δέσποινα Ιντζόγλου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Χειρουργείο, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132043422, 6973392734*

*E-mail: efintzo@yahoo.gr*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το χειρουργείο αποτελεί ένα πολύπλοκο επιστημονικό περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται επιστήμονες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων με στόχο την ασφαλή διεξαγωγή χειρουργικών επεμβάσεων και την επίτευξη της επιθυμητής κατάστασης υγείας για τον χειρουργικό ασθενή. Ο όρος περιεγχειρητική νοσηλευτική χρησιμοποιείται πλέον ευρέως στους ιατρικούς και νοσηλευτικούς κύκλους. Η περιεγχειρητική νοσηλευτική είναι μία δυναμική δραστηριότητα με στόχους. Οι περιεγχειρητικοί νοσηλευτές ιστορικά έχουν συγκεντρώσει στα χέρια τους την ευθύνη της παροχής ασφαλούς, αποτελεσματικού και θεραπευτικού περιβάλλοντος για τους χειρουργικούς ασθενείς, ένα περιβάλλον στο οποίο η χειρουργική ομάδα λειτουργεί τόσο αποτελεσματικά, ώστε να εξασφαλίζει θετικά αποτελέσματα για τους ίδιους τους ασθενείς. Κορυφαία θέση στην περιεγχειρητική νοσηλευτική εκπαίδευση κατέχει η μέθοδος εκπαίδευσης στην θέση εργασίας (πάνω στη δουλειά). Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή ο εκπαιδευόμενος μαθαίνει το τεχνικό μέρος της εργασίας ενώ την εκτελεί. Παράλληλα όμως απαιτείται και η ταυτόχρονη θεωρητική κατάρτιση του εκπαιδευόμενου, ώστε αφ' ενός να καλυφθούν τα θεωρητικά κενά της προπτυχιακής εκπαίδευσης και αφ' ετέρου να αποκτήσει επιστημονικό υπόβαθρο για το τεχνικό μέρος της εργασίας. Εκτός από τους γνωστούς παραδοσιακούς ρόλους που απαιτούσε η συμμετοχή των νοσηλευτών στις χειρουργικές ομάδες, δηλαδή αυτόν του εργαλειοδότη και αυτόν του υπευθύνου νοσηλευτή κυκλοφορίας, οι νοσηλευτές των σύγχρονων χειρουργείων καλούνται να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο από τον οποίο συχνά εξαρτάται η ομαλή έκβαση της επέμβασης. Οι εξαιρετικά πολύπλοκες χειρουργικές επεμβάσεις με την χρήση συσκευών, εργαλείων και υλικών σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας απαιτούν βαθιά και συνεχώς ανανεωνόμενη γνώση που

επιτυγχάνεται με συστηματική εκπαίδευση και μάθηση. Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται κυρίως στο χώρο εργασίας (**on the job training**), υπό την καθοδήγηση και επίβλεψη του κλινικού εκπαιδευτή. Οι νέοι υπάλληλοι συνήθως ακολουθούν ένα πρόγραμμα προσανατολισμού. Πρόκειται για μια εξαιρετικά σημαντική εκπαιδευτική διαδικασία και μπορεί να αφορά σε επίπεδο οργανισμού ή τμήματος και να είναι επίσημη ή και ανεπίσημη. Προσομοιάζοντας ένα συγκρότημα χειρουργείων με γραμμή παραγωγής και λαμβάνοντας υπόψη την επιβεβλημένη χρήση των απολύτως απαραίτητων ανθρώπινων και υλικών πόρων χρήσιμο εργαλείο, αποδεικνύεται στις μέρες μας η τυποποίηση των διαδικασιών στη ροή της εργασίας. Η κάθε εκπαιδευτική διαδικασία θα πρέπει να ολοκληρώνεται με την αξιολόγησή της. Ως αξιολόγηση της εκπαίδευσης ορίζεται η συστηματική συλλογή και εκτίμηση πληροφοριών, που αφορούν την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων του εκπαιδευτικού προγράμματος. Η συστηματική εκπαίδευση του προσωπικού οδηγεί στην αύξηση της παραγωγικότητας και την ανάπτυξη των ικανοτήτων, ενώ βελτιώνει την ατομική απόδοση των εργαζόμενων και συνεισφέρει στην συνολική ανάπτυξη του οργανισμού. Ταυτόχρονα, μειώνει την πιθανότητα σφαλμάτων στην περιεγχειρητική φροντίδα με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων.

**Λέξεις κλειδιά:** περιεγχειρητικός νοσηλευτής, εκπαίδευση, αξιολόγηση, ροή εργασίας.

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ – MANAGER

**Κωνσταντίνος Κοκκινάκης**

Νοσηλεύτης ΤΕ, Τομεάρχης Χειρουργείων, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132045806*

*E-mail: xeirtom@evaggelismos-hosp.gr*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο ρόλος του Προϊστάμενου-Manager του χειρουργείου είναι η αποδοτική και ασφαλής λειτουργία του χειρουργείου. Η προσπάθεια έγκειται στην ανάπτυξη και διατήρηση συστημάτων τα οποία θα διασφαλίζουν όσο το δυνατό μεγαλύτερη συνέπεια κατά τη λήψη αποφάσεων. Σαφώς αυτό είναι δύσκολο να επιτευχθεί απόλυτα σε ένα περιβάλλον όπως αυτό του χειρουργείου όπου κυριαρχεί ένταση και αβεβαιότητα διότι τα προγράμματα είναι εύκολο να ανατραπούν. Η καθημερινή διαχείριση στο χειρουργείο περιλαμβάνει τη διαχείριση του χρόνου (ροή) των ασθενών και του προσωπικού από, προς και εντός του χειρουργείου. Το πρόγραμμα του χειρουργείου είναι εκείνο που καθορίζει την καθημερινή ροή των ασθενών και του προσωπικού. Η εκπαίδευση και αξιολόγηση του προσωπικού λαμβάνοντας υπόψη τις πολλές επαγγελματικές ομάδες που πρέπει να συνεργάζονται συντονισμένα και αρμονικά αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ομαλή ροή των ασθενών και του προσωπικού. Η χωροταξική και αρχιτεκτονική δομή και η θέση των χειρουργείων στο υπόλοιπο νοσοκομείο έχει ιδιαίτερη σημασία για την γρήγορη πρόσβαση και αποχώρηση ασθενών και εργαζομένων. Η έγκαιρη προεγχειρητική ετοιμασία, η συνεργασία νοσηλευτικών τμημάτων-αιμοδοσίας-αποστείρωσης κλπ. και η τήρηση των προγραμμάτων είναι βασικοί παράγοντες για την ασφαλή και αποδοτική λειτουργία του χειρουργείου. Τα έντυπα και το ολοκληρωμένο σύστημα πληροφορικής, η ενδοεπικοινωνία και η καταγραφή των παραμέτρων των χειρουργικών επεμβάσεων (πρακτικό χειρουργείου) βοηθούν στη λήψη αποφάσεων με σκοπό τη βελτίωση του χρόνου ροής και διεξαγωγής των χειρουργικών επεμβάσεων αναβαθμίζοντας την ποιότητα και την ασφάλεια ασθενών και εργαζομένων. Οι περισσότεροι βασικοί διακανονισμοί και συμβιβασμοί μεταξύ της

αποδοτικότητα και της διευκόλυνσης των επαγγελματιών που εργάζονται στο χειρουργείο από τη μια και της παραγωγικότητας/κόστος από την άλλη γίνονται με γνώμονα τους κανονισμούς που αφορούν στην κατάρτιση του προγράμματος του χειρουργείου με όσο το δυνατόν καλύτερη διάθεση των πόρων του χειρουργείου αλλά και του νοσοκομείου.

**Λέξεις κλειδιά:** χειρουργεία, πρόγραμμα χειρουργείου, ροή ασθενών.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ

**Κοραλία Μιχαήλ**

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD,

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6973705191*

*E-mail: koraliamnurs@hotmail.com*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Μη Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός (MEMA) έχει πλέον διαδοθεί ως κοινή θεραπεία για την οξεία ή χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια. Ορίζεται ως η παροχή αναπνευστικής υποστήριξης μέσω προσωπικής ή ρινικής μάσκας με σκοπό την επίτευξη κυψελιδικού αερισμού και υποστηριζόμενης οξυγόνωσης, χωρίς την χρήση ενδοτραχειακού σωλήνα. Για την επιτυχή του χρήση, ο MEMA θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο εφόσον ενδείκνυται και να υπάρχει ενδελεχής παρακολούθηση και φροντίδα από εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζουν τις ενδείξεις και αντενδείξεις του ασθενούς ο οποίος υποβάλλεται ή πρόκειται να υποβληθεί σε θεραπεία με MEMA, καθώς και τον ρόλο τους όσον αφορά την φροντίδα αυτών των ασθενών. Σκοπός της παρούσας περιγραφικής ανασκόπησης είναι να διερευνηθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα ασθενούς σε MEMA ώστε να συμβάλλει στην επιτυχή έκβαση της θεραπείας. Χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και CINAHL καθώς και σχετικά συγγράμματα από την Βιβλιοθήκη Επιστημών Υγείας. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης έδειξαν ότι η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς σε MEMA ξεκινάει από την σωστή επιλογή του μεγέθους της μάσκας, στην σωστή

εφαρμογή της, καθώς και στην τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση όπου να υπάρχει άνεση αλλά και ορθή έκπτυξη του θώρακα. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι σε θέση να αξιολογήσει τον ασθενή ανά σύστημα, και να αναγνωρίσει σημεία εμμένουσας αναπνευστικής δυσχέρειας ή αιμοδυναμικής αστάθειας. Οι επιπλοκές από την μάσκα, όπως είναι τα έλκη πίεσης, η ξηροστομία, η γαστρική διάταση και η επιπεφυκίτιδα, θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να επιλύονται προς αύξηση της ανοχής του αρρώστου. Συμπερασματικά, οι νοσηλευτές έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην φροντίδα ασθενούς ο οποίος βρίσκεται σε ΜΕΜΑ. Η ορθή επιλογή της μάσκας, η αναγνώριση και επίλυση επιπλοκών, καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, έχουν δείξει ότι αυξάνουν την ανοχή του στην μάσκα, με αποτέλεσμα την επιτυχή έκβαση της θεραπείας.

**Λέξεις κλειδιά:** ΜΕΜΑ, νοσηλευτική φροντίδα, νοσηλευτική αξιολόγηση.

**ΕΞΑΓΓΕΙΩΣΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.  
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ  
ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

**Αλεξία Γάκη**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Αιματολογική Κλινική Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6977198695*

*E-mail: alexiagak@yahoo.gr*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ενδοφλέβια χορήγηση αντινεοπλασματικών παραγόντων αποτελεί την κύρια θεραπευτική επιλογή για τη θεραπεία των κακοήθων νοσημάτων. Με τον όρο εξαγγείωση, εννοούμε την τυχαία διαρροή της χημειοθεραπευτικής ουσίας από τη φλέβα χορήγησης στον περιβάλλοντα ιστό ή και πέραν αυτού. Παρά την απουσία αξιόπιστων δεδομένων, η επίπτωση εκτιμάται στο 0.1-6.5%. Αποτελεί σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια, που μπορεί να προκαλέσει από μία ελαφρά δερματική τοπική αντίδραση μέχρι εκτεταμένη μη αναστρέψιμη ιστική νέκρωση, αναπηρία ή ακόμη το θάνατο του ασθενούς. Ανάλογα, λοιπόν, με τη βαρύτητα της ιστικής βλάβης που προκαλούν, τα φάρμακα διακρίνονται αντιστοίχως σε ερεθιστικά (irritants) ή διαβρωτικά-νεκρωτικά (vesicants). **ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός στην παρούσα μελέτη ανασκόπησης είναι η περιγραφή των κλινικών συμπτωμάτων για την άμεση αναγνώριση και την αντιμετώπιση αλλά και οι τρόποι πρόληψης και αποτροπής της εξαγγείωσης. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανασκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας στις διεθνείς βάσεις δεδομένων. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η εξαγγείωση από διαβρωτικές-νεκρωτικές ουσίες, ιδιαίτερα από αυτές που δεσμεύουν το DNA (ανθρακυκλίνες, ανθρακεναδιόνες, μιτομυκίνη, δακτινομυκίνη) **αποτελεί ιατρικό-νοσηλευτικό**

**επείγον.** Στα αρχικά στάδια μπορεί να είναι μία μόλις υποσημαινόμενη ερυθματώδης βλάβη χωρίς ιδιαίτερα συμπτώματα, η οποία εξελίσσεται με άλλοτε άλλη ταχύτητα προς νέκρωση, ανάλογα με το είδος και την ποσότητα της εξαγγειωθείσας ουσίας. **Κύρια άμεσα μέτρα επί υποψίας εξαγγείωσης:** **1)** Άμεση διακοπή της έγχυσης, χωρίς να αφαιρείται ο καθετήρας ή η βελόνα. Πολύ ήπια αναρρόφηση με καινούργια σύριγγα από τον καθετήρα ή το port και από οποιαδήποτε θέση εξαγγείωσης όποιας ποσότητας φαρμάκου μπορεί να αναρροφηθεί. Ακολούθως αφαιρείται ο καθετήρας ή η βελόνη υπό συνεχή ήπια αναρρόφηση. Σημειώνουμε ή φωτογραφίζουμε τη βλάβη. Ψυχρά επιθέματα δεν τοποθετούνται 30 λεπτά πριν ή μετά τη χορήγηση αντιδότη. **2)** Άμεση χορήγηση αντιδότη. **3)** Άμεση ενημέρωση του υπεύθυνου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. **Μέτρα πρόληψης:** Η χορήγηση κυτταροτοξικών πρέπει να εκτελείται από εκπαιδευμένο προσωπικό. Ενημέρωση του ασθενή για τους κινδύνους και για την άμεση αναφορά τυχόν προβλήματος κατά τη χορήγηση. Για την έγχυση ιδιαίτερα των νεκρωτικών φαρμάκων θα πρέπει να προτιμάται κεντρικός φλεβικός καθετήρας ή port. Στην περίπτωση περιφερικού φλεβικού καθετήρα, θα πρέπει να τοποθετείται με βάση τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες. **Περιληπτικά:** Επιλέγεται μεγάλου εύρους φλέβα, π.χ. στο μέσο αντιβράχιο. Αποφεύγονται φλέβες εύθραυστες με πτωχό υποδόριο ιστό, στον καρπό ή στην καμπτική επιφάνεια του αγκώνα, καθώς και στα κάτω άκρα. Απόλυτη αντένδειξη αποτελεί η επανάληψη φλεβοκέντησης περιφερικότερα της προηγούμενης φλεβοκέντησης, καθώς και η τοποθέτηση σε άκρο με οίδημα, αιμάτωμα, φλεγμονή, με προηγούμενη εξαγγείωση ή νευρολογική βλάβη. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εξαγγείωση είναι σχετικά σπάνια αλλά δυνητικά σοβαρή επιπλοκή κατά τη χορήγηση χημειοθεραπείας. Ο ρόλος του καλά εκπαιδευμένου και έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού είναι ιδιαίτερα σοβαρός, τόσο για την προφανή ευθύνη του στην πρόληψη, όσο και για την άμεση αναγνώριση και την ταχεία αρχική σωστή αντιμετώπιση. Απαραίτητη είναι η ύπαρξη επείγουσας εργαλειοθήκης (kit), η οποία να περιλαμβάνει το πρωτόκολλο αντιμετώπισης, τα απαραίτητα συγκεκριμένα αναλώσιμα, τα ειδικά αντίδοτα, καθώς επίσης και αναλυτική φόρμα καταγραφής και εξέλιξης του συμβάντος.

**Λέξεις κλειδιά:** εξαγγείωση, κυτταροστατικά φάρμακα, νοσηλευτική φροντίδα, χημειοθεραπεία.



**ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ**

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

**ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ: ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

## **ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ - ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ.**

### **ΝΑ ΜΕΤΑΓΓΙΣΩ Η ΟΧΙ;**

**Παναγιώτα Κουτσογιάννη**

Αιματολόγος, Διευθύντρια, Τμήμα Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6944868065*

*E-mail: pankoutsog@gmail.com*

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Οι μεταγγίσεις αίματος σώζουν ζωές, αλλά συγχρόνως εγκυμονούν κινδύνους αν και τα τελευταία χρόνια είναι ασφαλέστερες από ποτέ. Η καλή διαχείριση των παραγώγων αίματος είναι απαραίτητη ώστε να εξασφαλίζεται η επάρκεια τους. Απαιτείται απόλυτα τεκμηριωμένη χρήση ώστε η μετάγγιση να συνεπάγεται μεγαλύτερο θεραπευτικό όφελος σε σύγκριση με τους πιθανούς κινδύνους. Η μετάγγιση ερυθροκυττάρων έχει ως στόχο την επίτευξη επαρκούς οξυγόνωσης στα όργανα και τους ιστούς. Η ιστική υποξία εκτιμάται μέσω της μέτρησης της ενδοκυττάριας μερικής πίεσης  $O_2$  ( $pO_2$ ), αλλά στην κλινική πράξη δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί και υποκαθίσταται από την τιμή της αιμοσφαιρίνης και τον αιματοκρίτη. Οι ενδείξεις μετάγγισης δεν μπορούν να βασισθούν μόνον στις τιμές αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη, αλλά θα πρέπει να συνεκτιμηθούν η κλινική κατάσταση του ασθενούς και οι πιθανοί αντισταθμιστικοί μηχανισμοί. Λόγω έλλειψης πλήρως τεκμηριωμένων μελετών οι οποίες καθορίζουν τα όρια μετάγγισης, αυτά βασίζονται στις συστάσεις ομάδων ειδικών. Το 1942 προτάθηκε ο κανόνας «10/30» σύμφωνα με τον οποίο οι ασθενείς μεταγγίζονταν με  $Hct < 30\%$  ή  $Hb < 10g/dl$  και για

δεκαετίες αποτελούσε τη συνήθη κλινική πρακτική. Σύμφωνα με τις σύγχρονες συστάσεις των ειδικών, σταθεροί νοσηλευόμενοι ασθενείς θα πρέπει να μεταγγίζονται σε Hb 7-8 g/dl. Ασθενείς με προϋπάρχοντα καρδιολογικά προβλήματα ή συμπτωματικοί θα πρέπει να μεταγγίζονται σε τιμές Hb 8 g/dl, ενώ δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για ασθενείς με οξεία στεφανιαία σύνδρομα. Σύμφωνα με τα ευρήματα καλά τεκμηριωμένων μελετών η περιοριστική στρατηγική μεταγγίσεων σε τιμές Hb 7-8 g/dl φαίνεται να μην υστερεί της μετάγγισης σε τιμές Hb 10 g/dl σε ομάδες ασθενών όπως οι ασθενείς των ΜΕΘ, γηριατρικοί ασθενείς με αντικατάσταση κεφαλής μηριαίου, ασθενείς σε σηπτικό σοκ ή ασθενείς με αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού. Επιλέγουμε να μεταγγίσουμε ABO και Rhesus D ταυτόσημα συμπυκνωμένα ερυθρά, εκτός από επείγουσες καταστάσεις όπου μπορεί να μεταγγισθούν και ABO συμβατά. Σε περιπτώσεις ασθενών αγνώστου ομάδος με οξεία απειλητική για τη ζωή αιμορραγία, επιλέγουμε ερυθρά O Rhesus D(-) μέχρι να προσδιορισθεί η ομάδα αίματος. Η μετάγγιση μιας μονάδας συμπυκνωμένων ερυθρών σε σταθερό ασθενή αναμένεται να αυξήσει την τιμή του αιματοκρίτη κατά 3 μονάδες. Εάν αποφασισθεί από τον θεράποντα ιατρό η μετάγγιση του ασθενούς, η αίτηση μετάγγισης που συμπληρώνεται από αυτόν θα πρέπει να περιλαμβάνει πλήρη δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς, διάγνωση και ιστορικό μεταγγίσεων, τον τύπο και τον αριθμό των παραγώγων που θα χρειασθούν, την πιθανή ειδική επεξεργασία των παραγώγων και το επείγον ή όχι της μετάγγισης. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην σωστή συλλογή των δειγμάτων του ασθενούς για την πραγματοποίηση της διαδικασίας της διασταύρωσης. Πριν από την μετάγγιση θα πρέπει να ελεγχθούν η ταυτότητα του λήπτη και η ταυτότητα, η ομάδα αίματος και η ημερομηνία λήξης του παραγώγου που θα μεταγγισθεί. Τα παράγωγα αίματος χορηγούνται μέσω ειδικών συσκευών με κατάλληλα φίλτρα, ενώ δεν χορηγούνται παράλληλα αλλά υγρά εκτός από NaCl 0.9%. Η μετάγγιση θα πρέπει να ξεκινά με αργούς ρυθμούς (περίπου 2 ml/min) για τα πρώτα 15 λεπτά και ο ασθενής να βρίσκεται σε στενή παρακολούθηση. Σε περιπτώσεις αντιδράσεων η μετάγγιση διακόπτεται, ενώ η συνολική διαδικασία δε πρέπει να ξεπερνά τις 4 ώρες.

**Λέξεις κλειδιά:** μετάγγιση ερυθρών, διασταύρωση αίματος, αντιδράσεις μετάγγισης.

# ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

Γεώργιος Αναγνώστου

Αιματολόγος, Επιμελητής Α', Τμήμα Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6972910458

E-mail: [gmanagnostou@gmail.com](mailto:gmanagnostou@gmail.com)

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η θεραπευτική χρήση των παραγώγων αίματος είναι μια ιατρική πρακτική, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως εδώ και αρκετά χρόνια σε διάφορες κλινικές καταστάσεις. Πάντα, όμως, υπήρχαν μείζονα θέματα με την ασφάλεια του λήπτη σχετιζόμενα με κινδύνους μετάδοσης λοιμώξεων και προβλήματα ιστοσυμβατότητας. Η διεθνής επιστημονική κοινότητα, προκειμένου να βελτιστοποιήσει την ασφάλεια της θεραπείας, εξέδωσε οδηγίες και συστάσεις που οδήγησαν στη δημιουργία θεσμών παρακολούθησης όλης της αλυσίδας μετάγγισης, η οποία στα σύγχρονα συστήματα υγείας είναι πολυάνθρωπη (μητρική οδηγία 2002/98/ΕΚ). Πρότεινε περιοριστική πολιτική μεταγγίσεων και ιχνηλάτηση της αλυσίδας αιμοδότη-λήπτη με πρωταρχικούς στόχους την ασφάλεια του αίματος και την ασφάλεια της μετάγγισης ως ιατρική πράξη. Αυτό σημαίνει τη δημιουργία πλαισίου συστάσεων για τις διαδικασίες από την επιλογή του αιμοδότη, τον έλεγχο και την αποθήκευση των παραγώγων αίματος, έως τη μετάγγιση και την παρακολούθηση του λήπτη μετά τη μετάγγιση. Αναγκαία έγινε επίσης η καταγραφή όλων των συμβαμάτων και η ενημέρωση των αρμοδίων οργάνων. Στην Ελλάδα έχουν εκδοθεί οδηγίες για την χρήση παραγώγων αίματος από την ΕΑΕ (2010), αντίστοιχες των άλλων χωρών της ΕΕ. **α) Χρήση ερυθρών αιμοσφαιρίων σε μη αιμορραγούντες ασθενείς:** Σε επίπεδα αιμοσφαιρίνης 6-8gr/dl, εάν δεν υπάρχουν καρδιολογικά ή πνευμονολογικά προβλήματα, η μετάγγιση είναι πιθανή (σε αιμορραγούντες ασθενείς σημασία έχει η κλινική κατάσταση και ο ρυθμός απώλειας αίματος). Ειδικά σε χειρουργικούς ασθενείς, στις περιπτώσεις κατά τις οποίες προβλέπεται ή/και είναι απαραίτητη η μετάγγιση ΣΕ, ο αριθμός των μονάδων που αιτούνται δεν πρέπει να υπερβαίνει αυτόν που προτείνεται από το Maximum Surgical Blood Order Schedule (MSBOS) για τη συγκεκριμένη επέμβαση

(Βαθμός σύστασης: 2C+).**β) Χρήση αιμοπεταλίων (ΑΜΠ):** ΑΜΠ από μια μονάδα ολικού αίματος τυχαίου δότη (από PRP ή BC):  $0,8 \times 10^{11}$  ΑΜΠ/ασκό, ΑΜΠ από δεξαμενή BC (8 μονάδες τυχαίων δοτών):  $2 \times 10^{11}$  ΑΜΠ/ασκό (ελάχιστη περιεκτικότητα), ΑΜΠ αφαίρεσης:  $3 \times 10^{11}$  ΑΜΠ/ασκό (ελάχιστη περιεκτικότητα). Το κύριο πλεονέκτημα των ΑΜΠ αφαίρεσης είναι η επαρκής συλλογή ΑΜΠ από ένα μόνο δότη και συνεπώς η μείωση του κινδύνου μετάδοσης λοιμώξεων και της επίπτωσης της αλλοευαισθητοποίησης, ενώ για τη συλλογή ισοδύναμου αριθμού ΑΜΠ από ολικό αίμα τυχαίων δοτών απαιτούνται 4-6 μονάδες. Μετά μετάγγιση 1 ασκού ΑΜΠ από 1 μονάδα ολικού αίματος τυχαίου δότη αναμένεται αύξηση του αριθμού ΑΜΠ κατά 6.000/μL ενώ μετά μετάγγιση 1 ασκού ΑΜΠ αφαίρεσης, αύξηση κατά 30.000/μL. Η χρήση των αιμοπεταλίων μπορεί να είναι προφυλακτική ή θεραπευτική. **γ) Χρήση φρεσκοκατεψυγμένου πλάσματος.** Μόνο σε Θρομβωτική Θρομβοπενική Πορφύρα (ΘΘΠ), Διάχυτη Ενδοαγγειακή Πήξη (ΔΕΠ), σε αιμορραγία με ανεπάρκεια παραγόντων πήξης και επί μαζικής μετάγγισης. Η ασφάλεια του αίματος έχει παρουσιάσει σημαντική βελτίωση, αλλά μένει ακόμη χώρος για βελτίωση στην ασφάλεια της μετάγγισης. Όπως δείχνουν τα στοιχεία του ΣΚΑΕ 1997-2011, η πιθανότητα κινδύνου για μετάδοση λοιμώξεων ηπατίτιδας Β και C μειώθηκε. Στην περίοδο αυτή καταγράφηκαν 562 σοβαρές αντιδράσεις κυρίως ΤΑD, ΤΑCΟ, ΤRΑLΙ και Σύνδρομο Υπεραιμόλυσης. Επίσης σημειώθηκαν 48 περιπτώσεις μετάγγισης «μη σωστού αίματος σε λάθος ασθενή». Η συμμόρφωση στην περιοριστική πολιτική μεταγγίσεων χρήζει βελτίωσης. Σε ανασκόπηση από νοσοκομεία της Δανίας φάνηκε πως εφαρμόστηκε περισσότερο φιλελεύθερη πολιτική στην ιατρική πρακτική, παρά τις συστάσεις για περιορισμό των μεταγγίσεων. **Συμπερασματικά: α) Ενιαία στρατηγική στην διαμόρφωση ομάδων μόνο εθελοντών αιμοδοτών. β) Ενεργοποίηση της ΕΙΜ για τον συντονισμό και χάραξη πολιτικής στο Νοσοκομείο. γ) Ενθάρρυνση καταγραφής συμβαμάτων ηλεκτρονικά. δ) Μεγαλύτερη διεπιστημονική συνεργασία.** Αναγνωρίζοντας την αύξηση του κόστους της επιτήρησης, η ασφάλεια της μετάγγισης αποτελεί σοβαρό κίνητρο.

**Λέξεις κλειδιά:** μετάγγιση, αλλοευαισθητοποίηση, ιχνηλάτηση.

# ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ

**Δημήτρης Ζερβάκης**

Επιμελητής Α', Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041940*

*E-mail: dzervakis@hotmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αναιμία είναι σχεδόν καθολικό φαινόμενο (95% των ασθενών) στους βαρέως πάσχοντες που παραμένουν στη ΜΕΘ για διάστημα που υπερβαίνει τις 3 ημέρες. Το 40-50% των ασθενών αυτών λαμβάνουν μεταγγίσεις με συμπυκνωμένα ερυθρά. Οι κύριοι μηχανισμοί για τη μείωση της μάζας των ερυθρών αφορούν στις συχνές αιμοληψίες, στη δυσχρηστία σιδήρου και στην καταστολή του μυελού από το φορτίο κυτταροκινών. Η αναιμία σχετίζεται με δυσμενέστερη έκβαση, άσχετα από τη φύση και την εξέλιξη του υποκείμενου νοσήματος. Η μετάγγιση, που αποσκοπεί στην αύξηση του προσφερόμενου στους ιστούς οξυγόνου ( $DO_2$ ), παρά την εύλογη επιστράτευση της δεν αποτελεί ποιοτική λύση για το πρόβλημα καθώς έχει βρεθεί να σχετίζεται με αύξηση θνητότητας, ανοσοτροποποίηση και ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Τα αποτελέσματα των κλινικών ερευνών παρουσιάζουν διεθνώς μεγάλο βαθμό δυσκολίας καθώς αμφότερες η αναιμία και ο αριθμός των μεταγγίσεων αποτελούν δείκτες βαρύτητας νόσου. Ανακεφαλαιώνοντας τα δεδομένα, ο περιορισμός του ουδού συγκέντρωσης αιμοσφαιρίνης προς μετάγγιση στα 7g/L αποτελεί τη δέουσα πρακτική στην παρούσα φάση. Μετά τη θεμελιώδη για το ζήτημα μελέτη TRICC, που εισήγαγε την έννοια του χαμηλού ουδού, οι λιγοστές εξαιρέσεις που αρχικά είχαν προβλεφθεί και αφορούσαν σε αιμορραγία, σήψη, και καρδιακή νόσο έχουν επανεξεταστεί σε νέες μελέτες. Τα αποτελέσματα τους, που αποτελούν το κύριο ερέθισμα για την παρουσίαση στο σεμινάριο, ευνοούν τη γενίκευση της περιοριστικής στρατηγικής των μεταγγίσεων σχεδόν σε όλο το φάσμα των ενδείξεων τους, με μόνη πιθανή εξαίρεση τη συμπτωματική στεφανιαία νόσο. Ακόμη, κάποια δεδομένα παρουσιάζουν εικόνα όχι μόνο μη κατωτερότητας αλλά εικόνα υπεροχής της περιοριστικής έναντι της ελεύθερης στρατηγικής για τις μεταγγίσεις

συμπυκνωμένων ερυθρών. Από κοινού με τα αποτελέσματα μελετών που αναφέρονται στην ηλικία των διατιθέμενων παραγώγων αίματος, η πρακτική πλέον και επίσημα καλείται να υπηρετήσει τον ευγενή στόχο της εξοικονόμησης αίματος. Για να αναπαραχθούν όμως τα αποτελέσματα των μελετών στην καθημερινή κλινική πράξη, απαιτείται η φροντίδα στην οξεία φάση να είναι βέλτιστη με καλά χρονισμένη επιστράτευση όλων των απαιτούμενων ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση του βασικού εκλυτικού αιτίου και τη σταθερή υποστήριξη του ενδαγγειακού όγκου. Στη χρονική παράταση της νοσηλείας και άσχετα με την επιτυχή διόρθωση των ελλειμμάτων στην πρώτη υπεροξεία φάση, η αναιμία είναι δεδομένη και αποτελεί το ένα από τα τρία κύρια υπολειμματικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι βαρέως πάσχοντες, μαζί με τα έλκη από κατακλίσεις και τη νευρομυοπάθεια.

**Λέξεις κλειδιά:** αναιμία, μετάγγιση, αιμοσφαιρίνη, ΜΕΘ.

**ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ**

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

**ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

**Γεώργιος Μαρακομιχελάκης**

Διευθυντής ΕΣΥ, Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6932457758*

*E-mail: gmarakom@gmail.com*

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί μια πραγματική πανδημία. Υπολογίζεται πως περίπου 439 εκατομμύρια άνθρωποι θα είναι διαβητικοί έως το έτος 2030. Το διαβητικό πόδι αποτελεί, μαζί με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τη νεφροπάθεια και την αμφιβληστροειδοπάθεια, μια από τις συχνότερες επιπλοκές της νόσου. Περίπου το 15% των ασθενών με διαβήτη θα αναπτύξει στη διάρκεια του βίου του διαβητικό πόδι και περίπου οι 8 στους χίλιους ασθενείς ανά έτος θα οδηγηθούν σε ακρωτηριασμό. Στον ελληνικό χώρο εκτελούνται περίπου 3000 ακρωτηριασμοί ετησίως και υπολογίζεται πως τα πόδια σε κίνδυνο αγγίζουν τις 50000. Αν δεν γίνει κάτι δραστικό στο επίπεδο της πρόληψης, κανένα σύστημα υγείας δεν θα μπορεί να ανταπεξέλθει στο οικονομικό κόστος μετά από λίγα έτη. Ως «διαβητικό πόδι» ορίζεται η μόνιμη παραμορφωτική βλάβη του άκρου πόδα σε διαβητικό ασθενή. Παθοφυσιολογικά, κύρια υπεύθυνη είναι η αισθητικοκινητική και αυτόνομη νευροπάθεια που θα οδηγήσουν σε κακή κατανομή των ασκούμενων πιέσεων, μετατόπιση του προστατευτικού λίπους, ξηροδερμία και τελικά ανάπτυξη ελκών. Σημαντική είναι και η παρουσία μακροαγγειοπάθειας που αν και λιγότερο συχνή σε σχέση με τη νευροπάθεια, οδηγεί σε δυσεπούλwτα επώδυνα έλκη που πιο συχνά θα

οδηγήσουν σε ακρωτηριασμό. Τα πιο σημαντικά μέτρα πρόληψης αφορούν την αυστηρή ρύθμιση των μεταβολικών παραμέτρων, την ενημέρωση των ιατρών για τακτικό έλεγχο των κάτω άκρων των ασθενών τους, τον έλεγχο για νευροπάθεια και μακροαγγειοπάθεια, την ενημέρωση των ασθενών και την σωστή αποφόρτιση με ειδικά υποδήματα. Όταν το πόδι αναπτύξει μόνιμες βλάβες ο κίνδυνος για ανάπτυξη έλκους επιταχύνεται. Τα έλκη πρέπει πάντα να διαφοροποιούνται σε νευροπαθητικά, νευροϊσχαιμικά και αμιγώς ισχαιμικά γιατί η πρόληψη της εξέλιξής τους αλλά και ο τρόπος αντιμετώπισής τους διαφέρει. Ιδιαίτερα, η εμφάνιση νευροοστεοαρθροπάθειας τύπου Charcot απαιτεί έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση λόγω του αυξημένου κινδύνου απώλειας του σκέλους. Η λοίμωξη του διαβητικού έλκους απαιτεί ταχεία εκτίμηση και αντιμετώπιση. Πρέπει πάντα να εφαρμόζεται η κλίμακα PEDIS και ο ασθενής να αντιμετωπίζεται αναλόγως με τη χορήγηση της κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής και να εισάγεται ή όχι στο Νοσοκομείο. Σε περιπτώσεις που το διαβητικό πόδι εμφανίζει εκτεταμένες νεκρώσεις με συστηματική συμμετοχή μπορεί να χαρακτηριστεί ως «μη βιώσιμο» και να αποφασιστεί ακρωτηριασμός. Η ένδειξη αυτή πρέπει να δίδεται πάντα από εξειδικευμένο ιατρό και σε συνεννόηση με τον ασθενή και το συγγενικό του περιβάλλον. Συμπερασματικά, το «διαβητικό πόδι» αφορά μια συχνή επιπλοκή των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη και αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα υγείας. Η εντατική ενημέρωση των ιατρών και των ασθενών μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των ακρωτηριασμών παγκοσμίως.

**Λέξεις κλειδιά:** επιδημιολογία σακχαρώδους διαβήτη, διαβητικό πόδι, πρόληψη διαβητικού ποδιού, λοίμωξη διαβητικού ποδιού.



# ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

**Ζωή Ψαρουδάκη**

Διευθύντρια ΕΣΥ, Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977346152

E-mail: zpsaroudaki@hotmail.com

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πολυάριθμες μελέτες έχουν εκπονηθεί σχετικά με τη μικροβιολογία της λοίμωξης του διαβητικού έλκους. Λόγω της ετερογένειας των ασθενών και των καλλιεργητικών μεθόδων στις μελέτες αυτές τα αποτελέσματα ποικίλλουν σημαντικά. Πολλές μελέτες αναφέρουν την απομόνωση 2-5 μικροοργανισμών ανά περίπτωση. Η διάκριση μεταξύ επιμόλυνσης, αποικισμού και λοίμωξης είναι δύσκολη και γίνεται με κλινικά κριτήρια. Η Gram χρώση κατάλληλου κλινικού δείγματος μπορεί να παρέχει ταχέως πληροφορίες σχετικά με την παρουσία, την ποσότητα και το είδος των μικροοργανισμών. Η καλλιέργεια και ο έλεγχος ευαισθησίας των μικροοργανισμών που απομονώνονται βοηθούν στην επιλογή της αντιμικροβιακής αγωγής. Σχεδόν όλες οι μελέτες δείχνουν ότι οι αερόβιοι Gram-θετικοί κόκκοι, ιδιαίτερα ο *Staphylococcus aureus*, είναι υπεύθυνοι για τις περισσότερες οξείες λοιμώξεις, ειδικά σε ασθενείς που δεν έχουν λάβει πρόσφατα αντιμικροβιακά. Οι *Coagulase Negative Staphylococci (CNS)* και τα διφθεροειδή απομονώνονται συχνά και μπορεί να συμβάλλουν αιτιολογικά στη λοίμωξη ή να αποικίζουν. Οι β-αιμολυτικοί στρεπτόκοκκοι και κυρίως ο *Streptococcus agalactiae* απομονώνονται σχετικά συχνά σε ασθενείς με κυτταρίτιδα. Οι εντερόκοκκοι και τα αερόβια Gram-αρνητικά βακτηρίδια όπως *Escherichia coli*, *Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., απομονώνονται συχνά σε λοιμώξεις διαβητικού έλκους, συνήθως σε χρόνια έλκη ή σε ασθενείς που είχαν λάβει προηγουμένως θεραπεία. Η *Pseudomonas aeruginosa* απομονώνεται συχνότερα σε ασθενείς από χώρες με θερμότερα κλίματα. Αναερόβιοι μικροοργανισμοί μπορεί να απομονωθούν κυρίως σε πολυμικροβιακές λοιμώξεις του διαβητικού έλκους. Τα αναερόβια βακτήρια που επικρατούν είναι *Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides* spp. και *Prevotella* spp. Η ορθή εφαρμογή των

μικροβιολογικών τεχνικών επιτυγχάνει την απομόνωση αναερόβιων βακτηρίων σε χρόνια διαβητικά έλκη στο 95% των περιπτώσεων. Οι μικροοργανισμοί που απομονώνονται μπορεί να είναι διαφορετικοί με την πάροδο του χρόνου. Με τη χρήση μοριακών τεχνικών αποδεικνύεται ότι στα χρόνια έλκη υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί μικροοργανισμοί, μερικοί από τους οποίους δεν ανιχνεύονται με τις συνήθεις καλλιεργητικές μεθόδους και ο ρόλος τους στη χρονιότητα της λοίμωξης δεν έχει διερευνηθεί. Η παρουσία πολλών διαφορετικών ειδών βακτηρίων φαίνεται ότι προδιαθέτει στην παραγωγή λοιμογόνων παραγόντων, π.χ. αιμολυσίνες, πρωτεάσες, οι οποίοι προκαλούν φλεγμονή, εμποδίζουν την επούλωση του τραύματος και συμβάλλουν στη χρονιότητα της λοίμωξης. Σημαντική για την παθογόνο δράση πολλών μικροοργανισμών είναι η ικανότητα τους να δημιουργούν βιομεμβράνες. Από μελέτες σχετικά με τον σχηματισμό βιομεμβράνης από τον *S. aureus* φαίνεται ότι η δημιουργία της αναστέλλει την επούλωση του έλκους, μειώνει την τοπική ανοσολογική αντίδραση κι ευνοεί τον αποικισμό του έλκους και από άλλους μικροοργανισμούς. Μέσα στις πολυμικροβιακές βιομεμβράνες επιτυγχάνεται γονιδιωματική πληθώρα, που οδηγεί στην συνεχή παραγωγή νέων στελεχών και συνεπώς σε εμμένουσα λοίμωξη. Όσο μεγαλύτερη είναι η ποικιλία των μικροοργανισμών μιας βιομεμβράνης, τόσο πιο ισχυρή είναι από άποψη βιωσιμότητας. Οι βιομεμβράνες παρέχουν κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη αναερόβιων μικροοργανισμών λόγω της κατανάλωσης του οξυγόνου από τα αερόβια βακτήρια. Επίσης, στη βιομεμβράνη υπάρχουν πολλοί αμυντικοί μηχανισμοί που περιορίζουν την αποτελεσματικότητα των αντιμικροβιακών. Μικρής σημασίας βακτήρια μπορεί να προσφέρουν πληθώρα πλεονεκτημάτων για τα γειτονικά τους π.χ. αυξημένη λοιμογόνο δύναμη. Έτσι, για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του διαβητικού έλκους, η λοίμωξη θα πρέπει να μελετάται ως προς α) την παθογόνο δράση του μικροοργανισμού στον ξενιστή, β) την ανοσολογική απάντηση του ξενιστή προς τον μικροοργανισμό, γ) τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μικροοργανισμών και δ) την επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων.

**Λέξεις κλειδιά:** λοίμωξη διαβητικού έλκους, μικροβιολογία, βιομεμβράνη.

## ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

**Βασίλειος Βίγλας**

Παθολόγος, Εξειδικευόμενος Λοιμωξιολογίας, Μ.Ε.Λ., Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6946098126*

*E-mail: billviglas@yahoo.gr*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι λοιμώξεις μαλακών μορίων και οστών των κάτω άκρων σε διαβητικούς ασθενείς συνοδεύονται από σημαντική αύξηση νοσηρότητας, αυξημένη πιθανότητα ακρωτηριασμού και μεγάλη επιβάρυνση του συστήματος υγείας. Το φάσμα των λοιμώξεων εκτείνεται από απλή κυτταρίτιδα έως γάγγραινα του κάτω άκρου. Οι λοιμώξεις αναπτύσσονται σε έδαφος νευροπαθητικών ή ισχαιμικών ελκών, τραυμάτων, απώλειας της συνέχειας του δέρματος ή άλλων δυσμορφιών των άκρων και των δακτύλων (π.χ. παρωνυχιών). Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει τα κλασικά σημεία της φλεγμονής, δηλαδή ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα και ευαισθησία και/ή την εκροή πύου από το έλκος ή από γεινιάζον συρίγγιο, τα οποία όμως μπορεί να είναι αμβληχρά λόγω της συνυπάρχουσας νευροπάθειας και αγγειοπάθειας, με αποτέλεσμα την ταχεία εξάπλωση της λοίμωξης. Ιδιαίτερη σημασία έχει η έγκαιρη διάγνωση πιθανής οστεομυελίτιδας η οποία εμφανίζεται στο 15% των διαβητικών ασθενών με έλκος κάτω άκρων και οδηγεί το 15% αυτών σε ακρωτηριασμό. Ενδείξεις της ύπαρξης οστεομυελίτιδας είναι η παρουσία ορατού οστού ή η δυνατότητα στυλεού να αγγίξει το υποκείμενο οστό, η ύπαρξη έλκους μεγαλύτερου από 2 x 2 cm, η παρουσία έλκους για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 2 εβδομάδων και τιμή T.K.E. > 70 mm/h. Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνει το τραύμα, τις κρυσταλλοειδείς αρθρίτιδες, την αρθροπάθεια Charcot, τη φλεβική στάση, τη θρόμβωση και το κάταγμα του οστού. Ουσιαστικές για τη διάγνωση της οστεομυελίτιδας είναι οι απεικονιστικές μέθοδοι. Αυτές περιλαμβάνουν τις απλές ακτινογραφίες, τη μαγνητική τομογραφία (η οποία έχει υψηλή αρνητική προγνωστική αξία), την αξονική τομογραφία, το σπινθηρογράφημα οστών τριών φάσεων, το σπινθηρογράφημα με γάλλιο, το σπινθηρογράφημα με σεσημασμένα λευκά

αιμοσφαίρια, το PET CT καθώς και συνδυασμό αυτών. Εξέταση εκλογής παραμένει η ανοικτή βιοψία οστού, που σε περίπτωση οστεομυελίτιδας αποκαλύπτει τυπικά ιστολογικά χαρακτηριστικά, ενώ η καλλιέργεια του οστού οδηγεί στην απομόνωση του υπεύθυνου μικροβιακού παράγοντα και στην έναρξη στοχευμένης αντιμικροβιακής αγωγής. Υψηλός βαθμός υποψίας σε συνδυασμό με κλινικά και απεικονιστικά στοιχεία είναι λοιπόν απαραίτητα για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της οστεομυελίτιδας σε διαβητικούς ασθενείς.

**Λέξεις κλειδιά:** έλκος, οστεομυελίτιδα, απεικονιστικές μέθοδοι, βιοψία οστού.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Γεώργιος Μαρακομιχελάκης

Διευθυντής ΕΣΥ, Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6932457758*

*E-mail: gmarakom@gmail.com*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ: Η πρωτογενής πρόληψη της δημιουργίας διαβητικού ποδιού, παραμένει ο κύριος θεραπευτικός στόχος. Σε περιπτώσεις εγκατεστημένης επώδυνης νευροπάθειας χορηγούνται αντικαταθλιπτικά και Α-λιποϊκό οξύ. Η μακροαγγειοπάθεια πρέπει να αντιμετωπίζεται έγκαιρα με επεμβάσεις επαναιμάτωσης όπου αυτό είναι εφικτό. Σε περιπτώσεις κρίσιμης ισχαιμίας μπορεί να απαιτηθεί ενδοφλέβια χορήγηση προστακυκλίνης ή θεραπεία σε θάλαμο Υπερβαρικού Οξυγόνου. Όταν έχουν δημιουργηθεί μόνιμες παραμορφώσεις το πόδι βρίσκεται σε κίνδυνο για εξέλκωση και ο ασθενής πρέπει οπωσδήποτε να προμηθευτεί ειδικά υποδήματα και πέλματα αποφόρτισης. Η παρουσία δερματικής ή εν τω βάθει λοίμωξης πρέπει να εκτιμάται άμεσα και να αντιμετωπίζεται ταχέως από ειδικό ιατρό. Εκτεταμένες λοιμώξεις με ή χωρίς τη συμμετοχή των εν τω βάθει ιστών καθώς και με συστηματικές εκδηλώσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται νοσοκομειακά. Η χορήγηση της αντιβίωσης πρέπει να ξεκινά εμπειρικά, άμεσα, με βάση την εικόνα της λοίμωξης και την προέλευση του ασθενούς και να τροποποιείται μετά τα αποτελέσματα των ιστικών καλλιιεργειών. Η συνύπαρξη οστεομυελίτιδας απαιτεί χειρουργικό καθαρισμό και μακροχρόνια αντιμικροβιακή αγωγή. Στα επιμολυνθέντα έλκη πρέπει να γίνεται επιμελής χειρουργικός καθαρισμός και όπου αυτό δεν είναι εφικτό, τα νεκρωμένα ράκη πρέπει να αφαιρούνται με ειδικά επιθέματα, ειδικές συσκευές υπερήχων ή άλλες πιο ειδικές μεθόδους. Η ανάπλαση των τραυμάτων μπορεί να υποβοηθηθεί με την εφαρμογή συσκευών αρνητικής πίεσης. Για την επιθηλιοποίηση χρησιμοποιούνται ειδικά επουλωτικά επιθέματα ή μεταμοσχεύσεις δέρματος. Η αναγνώριση της οξείας νευρο-οστεοαρθροπάθειας Charcot αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό γιατρό, αλλά είναι απαραίτητη για τη μελλοντική διάσωση

του σκέλους. Διαγιγνώσκεται με MRI ή σπινθηρογράφημα και το σκέλος πρέπει να αποφορτιστεί πλήρως για μακρύ χρονικό διάστημα. Η χρόνια Charcot αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες υποτροπών των διαβητικών ελκών και πρέπει να αντιμετωπίζεται με ειδική Aircast μπότα. Για την πρόληψη των υποτροπών απαιτείται εντατική ενημέρωση και τακτική παρακολούθηση των ασθενών.

Ο ρόλος των ειδικών ιατρικών διαβητικού ποδιού είναι πολύπλοκος. Περιλαμβάνει την εκπαίδευση των ιατρών, του παραϊατρικού προσωπικού και των ασθενών και το συντονισμό των ενεργειών που είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση του συνδρόμου του διαβητικού ποδιού. Η περαιτέρω ανάπτυξη και ενίσχυσή τους θα βοηθήσει σημαντικά στη μείωση των ακρωτηριασμών παγκοσμίως.

**Λέξεις κλειδιά:** θεραπεία διαβητικού ποδιού, ιατρεία διαβητικού ποδιού, οστεομυελίτιδα, ακρωτηριασμός, νευρο-οστεορθροπάθεια charcot.

**ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ (SIRS):  
ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ, ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

## **ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕ ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΣΗ ΣΤΗ ΣΗΨΗ**

**Ναταλία Γρ. Βαλλιάνου**

Επιμελήτρια Α', Α' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6955692119*

*E-mail: natalia.vallianou@hotmail.com*

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Το Σύνδρομο Συστηματικής Φλεγμονώδους Απάντησης (Systematic Inflammatory Response Syndrome, SIRS) χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη τουλάχιστον δύο εκ των τεσσάρων παρακάτω κριτηρίων: **α)** Πυρετός  $> 38^{\circ} \text{C}$  ή θερμοκρασία  $< 36^{\circ} \text{C}$  **β)** Σφύξεις  $> 90/\text{min}$  **γ)** Αναπνοές  $> 20/\text{min}$  ή  $\text{pCO}_2 < 32 \text{ mmHg}$  και **δ)** Λευκά αιμοσφαίρια  $> 12.000$  ή  $< 4.000$  ή  $> 10\%$  άωρες μορφές. Προκαλείται από λοιμώξεις κυρίως από βακτήρια και λιγότερο συχνά από άλλους μικροοργανισμούς, από άσηπτες φλεγμονές όπως π.χ. οξεία παγκρεατίτιδα, από τραύματα, εγκαύματα, νεοπλάσματα, αυτοάνοσα νοσήματα, φάρμακα, χειρουργικές επεμβάσεις, έμφραγμα μυοκαρδίου και μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του. Όσον αφορά στην παθογένεσή του συμμετέχουν προφλεγμονώδεις κυτοκίνες, όπως ο παράγοντας νέκρωσης των όγκων TNF- $\alpha$ , η ιντερλευκίνη 1, 6 και 8, ο NF- $\kappa\beta$  και άλλες ουσίες όπως τα λευκοτριένια, οι προσταγλανδίνες, το νιτρικό οξείδιο, παράγοντες πήξης και ο καταρράκτης του συμπληρώματος. Ο οργανισμός προκειμένου να περιορίσει τη συστηματική αντίδραση στη φλεγμονή που οδηγεί στο σύνδρομο έκπτωσης πολλαπλών οργάνων και το θάνατο χρησιμοποιεί αντισταθμιστικούς μηχανισμούς,

που συνοψίζονται με τον όρο Αντισταθμιστικό Αντιφλεγμονώδες Σύνδρομο Απάντησης (Compensatory Anti-inflammatory Response Syndrome, CARS). Στο τελευταίο σύνδρομο πρωταρχικό ρόλο διαδραματίζουν η ιντερλευκίνη 4 και 10, ο ανταγωνιστής του υποδοχέα της ιντερλευκίνης 1 και ο παράγοντας μεταμόρφωσης των όγκων TGF-β. Αν επικρατήσει το SIRS, τότε θα επακολουθήσει το σύνδρομο έκπτωσης πολλαπλών οργάνων λόγω υπερβολικής αντίδρασης του οργανισμού στο ερέθισμα, ενώ εάν επικρατήσει το CARS, πάλι ο οργανισμός θα οδηγηθεί σε σύνδρομο έκπτωσης πολλαπλών οργάνων, αυτή τη φορά μέσω ανοσοκαταστολής. Αντιθέτως, εάν υπάρξει ισορροπία μεταξύ των δύο συστηματικών συνδρόμων, θα επιτευχθεί ομοιόσταση και ο οργανισμός θα καταφέρει να επιβιώσει. Αναφορικά με τη σήψη, που ορίζεται ως η παρουσία του SIRS που οφείλεται σε τεκμηριωμένη ή πιθανολογούμενη λοίμωξη, η έγκαιρη διάγνωση και συνεπώς η έγκαιρη αντιμετώπισή της σχετίζεται με σημαντικά καλύτερη έκβαση. Ειδικότερα, έχει υπολογισθεί ότι η έγκαιρη χορήγηση της κατάλληλης αντιμικροβιακής χημειοθεραπείας, δηλαδή εντός μίας ώρας από την εμφάνιση υπότασης στα πλαίσια σήψης, σχετίζεται με επιβίωση 79.9% και τελικά έξοδο από το νοσοκομείο. Αντίθετα, για κάθε ώρα καθυστέρησης από τη στιγμή της εμφάνισης υπότασης στα πλαίσια σήψης, για τις επόμενες έξι ώρες, η θνητότητα αυξάνεται κατά 7.6% για κάθε ώρα. Έτσι, για καθυστέρηση πέραν των πρώτων πέντε-έξι ωρών από την εμφάνιση υπότασης, η επιβίωση πέφτει στο 42% και για τις επόμενες εννέα-δώδεκα ώρες, η επιβίωση είναι μόλις 25.4%. Εκτός από την αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία, μεγάλη σημασία πρέπει να δίδεται στην επαρκή ενυδάτωση με χορήγηση κρυσταλλοειδών/ή και κολλοειδών διαλυμάτων, στη διατήρηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης > 90 mmHg με χορήγηση αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων (πρωτίστως νοραδρεναλίνης και επιπλέον αδρεναλίνης ή δοβουταμίνης σε περίπτωση μυοκαρδιακής συμμετοχής) ή/και υδροξυκορτιζόνης για πέντε με επτά ημέρες, καθώς και στην επαρκή οξυγόνωση, τη διόρθωση των διαταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Τέλος, έχει βρεθεί ότι η θνητότητα αυξάνεται γραμμικά όσο αυξάνει ο αριθμός των κριτηρίων SIRS που πληρούνται.

**Λέξεις κλειδιά:** Σύνδρομο Συστηματικής Φλεγμονώδους Απάντησης, σήψη, παθογένεση, αντιμετώπιση.



# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

**Βασιλική Μαρκάκη**

Παθολόγος, Εντατικολόγος ΜΕΘ, Διευθύντρια,  
Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6977875912*

*E-mail: vas.markaki@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διάκριση μεταξύ σηπτικών ασθενών και ασθενών με Συστηματικό Φλεγμονώδες Σύνδρομο (Systematic Inflammatory Response Syndrome, SIRS) στη ΜΕΘ είναι εξαιρετικά σημαντική γιατί εξασφαλίζει την έγκαιρη αιτιολογική αντιμετώπιση των πρώτων και παράλληλα απαλλάσσει τους δεύτερους από δαπανηρές αλλά και δυνητικά επικίνδυνες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Τα κριτήρια της σήψης έχουν επανειλημμένα επαναξιολογηθεί χωρίς ωστόσο να έχει προκύψει μέχρι στιγμής κάποιος κλινικά εύχρηστος αλγόριθμος. Η κλινική υποψία λοίμωξης, ο αρχικός κλινικοεργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος αλλά και οι δείκτες της σήψης με κυριότερο εκπρόσωπο την προκαλσιτονίνη μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη διαφορική διάγνωση. Οι αρχές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν τα τέσσερα στάδια της διάσωσης, της βελτιστοποίησης, της σταθεροποίησης και της αποκλιμάκωσης. Το είδος των χορηγούμενων υγρών και ο ρυθμός χορήγησης τους, η μέση αρτηριακή πίεση στόχος, η χρήση της αλβουμίνης και των κορτικοστεροειδών έχουν επανεξεταστεί τα τελευταία χρόνια σε μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες τροποποιώντας σημαντικά την τρέχουσα κλινική πράξη. Οι ανοσοτροποποιητικές παρεμβάσεις με στόχο τόσο τον έλεγχο της υπέρμετρης ενεργοποίησης του SIRS αλλά και την αποφυγή της ενίσχυσης του Συνδρόμου Αντισταθμιστικής Αντιφλεγμονώδους Απάντησης (Compensatory Anti-inflammatory Response Syndrome, CARS) δεν έχουν ακόμα αναδείξει κάποιον θεραπευτικό χειρισμό που να είναι σε θέση να μειώσει τη θνητότητα των σηπτικών ασθενών. Υπάρχουν ωστόσο ορισμένοι χειρισμοί που φαίνεται να βελτιώνουν τους δείκτες νοσηρότητας ή ανεπάρκειας των

οργάνων και η προσπάθεια διαρκώς εντείνεται προς την κατεύθυνση της πληρέστερης κατανόησης των δυο αυτών συνδρόμων. Εκείνο που διαφαίνεται είναι η ανάγκη εξατομίκευσης της θεραπευτικής αντιμετώπισης στην κλινική πράξη αλλά και η διενέργεια μελετών σε σαφώς καθορισμένες υποομάδες σηπτικών ασθενών με τη βοήθεια τόσο των ανοσολογικών δεικτών, όσο και των υποκείμενων νοσημάτων τους.

**Λέξεις κλειδιά:** SIRS, σήψη, ΜΕΘ, προκαλσιτονίνη.

**“ΟΔΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ” ΤΗΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ  
ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΟ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»****Ευσταθία Περιβολιώτη, MD, PhD,**

Διευθύντρια, Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945864782

E-mail: [perivolioti@yahoo.gr](mailto:perivolioti@yahoo.gr)**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Νοσοκομειακή συνδεόμενη-με-νοσηλεία λοίμωξη, ορίζεται η λοίμωξη κατά την οποία ο νοσηλευόμενος εμφανίζει κλινικά συμπτώματα και σημεία ενδεικτικά αυτής σε χρόνο >48 ωρών από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου των Λοιμώξεων, ο αριθμός των ασθενών που προσβάλλονται από νοσοκομειακές λοιμώξεις υπολογίζεται σε πάνω από 4 εκατομμύρια ανά έτος. Η συχνότερη νοσοκομειακή λοίμωξη είναι η ουρολοίμωξη ακολουθούμενη από την πνευμονία, τη βακτηριαιμία και τις λοιμώξεις του χειρουργικού πεδίου. Από τα παθογόνα που εμπλέκονται στη παθογένεια των νοσοκομειακών λοιμώξεων ο *Staphylococcus aureus* είναι ο πλέον ευέλικτος σε σχέση με το προφίλ των μηχανισμών αντοχής, τα *Acinetobacter baumannii*, τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολυανθεκτικά ή και πανανθεκτικά, η *Klebsiella pneumoniae* έχει κερδίσει τη “μάχη” με τις καρβαπενέμες και η *Pseudomonas aeruginosa* παραμένει εδώ και πολλά χρόνια ευκαιριακό πολυανθεκτικό παθογόνο. Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις αυξάνουν τα ποσοστά θνητότητας, τη διάρκεια καθώς και το κόστος νοσηλείας, τόσο στους ασθενείς ΜΕΘ όσο και σε άλλους νοσηλευόμενους. Η υπερκατανάλωση των αντιμικροβιακών είναι ο κυριότερος παράγων κινδύνου για την ανάπτυξη της μικροβιακής αντοχής. Τα αντιμικροβιακά

δεν μπορούν να διακρίνουν μεταξύ των παθογόνων βακτηρίων και των βακτηρίων που αποτελούν μέλη της φυσιολογικής χλωρίδας των διαφόρων ανατομικών περιοχών, στην οποία ασκούν “Πίεση Επιλογής”, η οποία είναι τόσο μεγαλύτερη, όσο ευρύτερου φάσματος είναι ένα αντιμικροβιακό. Παρά το γεγονός ότι η χώρα μας δεν κατέχει την πρώτη θέση στη συνολική νοσοκομειακή κατανάλωση αντιμικροβιακών, φαίνεται ότι καταναλώνουμε υπερβολικά τα νεότερα και προωθημένα αντιμικροβιακά. Η γνώση της τοπικής επιδημιολογίας της μικροβιακής αντοχής στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων και τον καθορισμό της εμπειρικής αγωγής. Παραθέτουμε στοιχεία μικροβιακής αντοχής του Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός» για τα έτη 2011-2015, όπως αυτά δόθηκαν από το Εθνικό Δίκτυο Μελέτης Μικροβιακής Αντοχής ([www.mednet.gr/whonet](http://www.mednet.gr/whonet)). Έτσι, οι *Staphylococci* κοαγκουλάση αρνητικοί απομονώνονται συχνότερα από αιμοκαλλιέργειες ασθενών τόσο της ΜΕΘ όσο και των υπολοίπων τμημάτων του νοσοκομείου (32,5%-38,7%) και η αντοχή τους στη μεθικιλίνη ξεπερνά το 80%, στη λινεζολίδη βαίνει αυξανόμενη (6,9%), ενώ δεν παρατηρείται αντοχή στα γλυκοπεπτιδία. Σε ότι αφορά τα τμήματα πλην ΜΕΘ δεύτερο σε συχνότητα από αιμοκαλλιέργειες, απομονώνεται το *Escherichia coli*, (11,7%-21%). Τα ποσοστά αντοχής στις καρβαπενέμες διατηρούνται εξαιρετικά χαμηλά (0%-0,5%), στην σιπροφλοξασίνη (25,15%-32,4%) και η αντοχή στις κεφαλοσπορίνες 3<sup>ης</sup> γενεάς, ενδεικτική παραγωγής εκτεταμένου φάσματος β-λακταμασών είναι χαμηλή (6,65% - 9,5%). Στις ΜΕΘ τα ποσοστά απομόνωσης *E. coli* είναι εξαιρετικά χαμηλά (0,6%-2,1%). Η *Klebsiella pneumoniae* απομονώνεται από αιμοκαλλιέργειες ασθενών εκτός ΜΕΘ ως τρίτο κατά σειρά παθογόνο (9,2%-11,6%) με υψηλά όμως επίπεδα αντοχής στις καρβαπενέμες (37,65%-51,5%) στις κινολόνες-σιπροφλοξασίνη (48,45-53,5%) και στις κεφαλοσπορίνες 3<sup>ης</sup> γενεάς (46,6%-61,6%). Σε ότι αφορά στις ΜΕΘ η *K. pneumoniae* είναι το δεύτερο συχνότερο παθογόνο, με πολύ υψηλά ποσοστά αντοχής, καρβαπενέμες (72,25%-86,3%), σιπροφλοξασίνη (71,75%-84,2%) και κεφαλοσπορίνες 3<sup>ης</sup> γενεάς (76,1%-91,4%). Τα *Acinetobacter baumannii* εμφανίζονται πολυανθεκτικά τόσο στις ΜΕΘ όσο και πλην-ΜΕΘ, αντοχή στις καρβαπενέμες (81,8%-98,1%), στη σιπροφλοξασίνη (90,05%-99,4%), στις κεφαλοσπορίνες 3<sup>ης</sup> γενεάς (88,2%-100%) και στην αμικασίνη (60,0%-83,05%). Η *Pseudomonas aeruginosa* εμφανίζεται με επίπεδα αντοχής για τις καρβαπενέμες (28,75%-64,5%), για τη σιπροφλοξασίνη (29,8%-70,8%), για την κεφαζιδίμη (21,2%-45,8%) και τέλος για την αμικασίνη (25,2%-66,7%). Τέλος η επίπτωση του

*Staphylococcus aureus* στο νοσοκομείο μας είναι σε χαμηλά επίπεδα τόσο στις ΜΕΘ όσο και πλην-ΜΕΘ (2,2%-8,05%) ενώ η αντοχή στη μεθικιλίνη (23,3%-54,3%).

**Λέξεις κλειδιά:** νοσοκομειακές λοιμώξεις, μικροβιακή αντοχή, πολυανθεκτικά παθογόνα, τοπική επιδημιολογία.

## ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ-DELIRIUM ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατερίνα Εμμανουήλ<sup>1</sup>, Ελευθερία Νάνου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια Π.Ε.Δ.Υ. Χαλανδρίου, Κάτοχος Χειρουργικής Ειδικότητας,  
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια του προγράμματος «Μ.Ε.Θ. και Επείγουσα Νοσηλευτική»

<sup>2</sup>Νοσηλεύτρια, Πνευμονολογικό Τμήμα Κλινικής Εντατικής Θεραπείας  
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Κάτοχος Χειρουργικής Ειδικότητας, Μεταπτυχιακή  
φοιτήτρια του προγράμματος «Μ.Ε.Θ. και Επείγουσα Νοσηλευτική»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Ε. Νάνου*

*Τηλ.: 6942436758*

*E-mail: [eleftheria.nanou@gmail.com](mailto:eleftheria.nanou@gmail.com)*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ.** Ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, γενικά για την υγεία (WHO, 1948), αν και πέρασαν 68 χρόνια από τότε που διατυπώθηκε, εξακολουθεί να είναι επίκαιρος και χρηστικός. «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η υγεία δεν προσδιορίζεται μόνο από τη βιολογική συνιστώσα, αλλά προσχωρεί στη βιοψυχοκοινωνική αντίληψη της Ψυχοσωματικής Ιατρικής ενώ δίνει μεγάλη έμφαση και στον παράγοντα της ευεξίας. Η ψυχολογική υγεία ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα είναι δυνατόν να επηρεασθεί από πλήθος σωματικών παθήσεων, που μπορούν να οδηγήσουν σε συγχυτικές καταστάσεις. Το παραλήρημα-delirium ως ιατρικός όρος, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Κέλσο κατά τον 1<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ. για να περιγράψει τις ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με πυρετό ή τραύμα κεφαλής, ενώ τυποποιήθηκε για πρώτη φορά ως κλινική οντότητα στη τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών το 1980 (DSM-III). Αποτελεί μία διαταραχή που χαρακτηρίζεται από οξεία γενικευμένη γνωσιακή και συμπεριφορική δυσλειτουργία η οποία

διακυμαίνεται ως προς την εντασή της. Η εμφάνιση του στους νοσηλευόμενους ασθενείς είναι συνήθης και μπορεί να διαρκέσει από λίγες ημέρες έως και αρκετές εβδομάδες. Οι πιο πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι ο επιπολασμός του παραληρήματος είναι 10-31%, και η επίπτωσή του στους νοσηλευόμενους ασθενείς 3-29%. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται εκθετικά σε μονάδες εντατικής θεραπείας, με ποσοστά επικράτησης έως και 80%. Υψηλά ποσοστά σημειώνονται επίσης στο χειρουργικό περιβάλλον με συχνότητα 10-70% μετά από κάποια επέμβαση. Ωστόσο, αν και τα ποσοστά εμφάνισής του είναι υψηλά, συχνά υποδιαγιγνώσκεται από τους επαγγελματίες υγείας. Η μη έγκαιρη διάγνωση σχετίζεται με κακή έκβαση, παράταση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών με συνοδό αύξηση του κόστους νοσηλείας, καθώς επίσης και με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. **ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εν θέματι εργασίας, ήταν η καταγραφή των διαγνωστικών κριτηρίων καθώς και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του παραληρήματος με απώτερο στόχο την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την έγκαιρη αναγνώριση, την σωστή αντιμετώπιση και την ενδεδειγμένη θεραπεία του. **ΜΕΘΟΔΟΣ/ΥΛΙΚΟ:** Για τη συλλογή πληροφοριών, χρησιμοποιήθηκε σύγχρονη βιβλιογραφία, αλλά και μελέτες δημοσιευμένες την τελευταία πενταετία στη διεθνή βάση δεδομένων PubMed. Στην παρούσα ανασκόπηση εντάχθηκαν επιστημονικά άρθρα σχετικά με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του παραληρήματος. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται έντονη ερευνητική δραστηριότητα σε πολλές χώρες αναφορικά με το παραλήρημα. Αρκετές από αυτές τις μελέτες επικεντρώνονται σε θέματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας αλλά και στις μεθόδους αντιμετώπισής του. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και το ποσοστό των ασθενών που εμφανίζει συμπτώματα παραληρήματος, είτε κατά την εισαγωγή του είτε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο, είναι μεγάλο, συχνά υποδιαγιγνώσκεται. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έλλειψη γνώσεων των νοσηλευτών, αλλά και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά την αιτιοπαθογένεια και τις εκδηλώσεις της διαταραχής αυτής. Συνέπεια αυτού είναι η αδυναμία διαχείρισης των ασθενών αυτών. Η παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και η εξοικίωση με τη χρήση εργαλείων αξιολόγησης του παραληρήματος, σχετίζονται με τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών και προσφέρουν πολύτιμη βοήθεια στη διάγνωση και παρακολούθηση του.

**Λέξεις κλειδιά:** delirium, παραλήρημα, epidemiology, συχνότητα εμφάνισης, assessment, εκτίμηση, diagnosis, διάγνωση, treatment, θεραπεία, knowledge, γνώση

**ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ΩΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ  
ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ,  
ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ**

**Αθανάσιος Τσίος<sup>1</sup>, Ρόιδω Άννα Κακάκη<sup>2</sup>, Φώτιος Δημητρούλιας<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Νοσηλεύτης SCN, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια MSc, <sup>3</sup>Βοηθός Νοσηλεύτη,  
Ψυχιατρική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*A. Τσίος*

*Τηλ.: 2132041950*

*E-mail: nestor2010@windowsslive.com*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Μία από τις πλέον ρηξικέλευθες και αμφισβητούμενες τομές στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας ήταν η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Στα πλαίσια αυτής τέθηκαν οι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας των Ψυχιατρικών Τομέων στα γενικά νοσοκομεία. Παρότι οι δημοσιονομικές συνθήκες των προηγούμενων ετών ήταν ευνοϊκότερες για την επίτευξη ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων και αλλαγών δομικού χαρακτήρα, δυστυχώς τα μετρήσιμα αποτελέσματα, είκοσι χρόνια μετά την έναρξη του εγχειρήματος, δείχνουν πενιχρά. Στις παραπάνω συνθήκες, ο ρόλος του νοσηλεύτη φαίνεται να είναι ο πλέον δύσκολος, αφού η ζήτηση για υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας αυξάνει, ενώ αντίθετα οι υποδομές δε διατηρούνται. **ΣΚΟΠΟΣ:** Άμεσος στόχος της παρούσας εργασίας είναι να επανέλθει στο προσκήνιο του



νοσοκομείου η Ψυχιατρική κλινική, με ισότιμο λειτουργικό ρόλο και παρουσία σε όλα τα επίπεδα. Πρωταρχικός σκοπός είναι να γίνει σαφές το πώς θα έπρεπε να λειτουργεί ένας ψυχιατρικός τομέας, σύμφωνα με τις προδιαγραφές του αρχικού σχεδιασμού στην Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και δεύτερον, να παρουσιαστεί ο τρόπος λειτουργίας της Ψυχιατρικής κλινικής, εντός του Ψυχιατρικού τομέα. Με βάση τα παραπάνω, θα προβληθούν στοιχεία που καταδεικνύουν την αυξανόμενη ένταση της εργασίας, καθώς και την αύξηση των «κοινωνικών περιστατικών». **ΥΛΙΚΟ:** Πηγή άντλησης δεδομένων αποτελούν τα βιβλία εισιτηρίων-εξιτηρίων νοσηλευομένων ασθενών, τα οποία τηρούνται και ενημερώνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε συγκέντρωση και καταγραφή του αριθμού εισελθόντων αλλά και εξελθόντων ασθενών ανά έτος (συμπεριλαμβανομένων των επανεισαχθέντων στη συγκεκριμένη κλινική), για τα έτη 1989-2000 και 2002-Σεπτέμβριο 2015, από τα βιβλία εισιτηρίων-εξιτηρίων της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» τα οποία συμπληρώνονται και φυλάσσονται από το νοσηλευτικό προσωπικό. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρά το γεγονός, ότι το μέγεθος και το είδος των δεδομένων δεν επιτρέπουν την εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων, επιβεβαιώνονται τα συμπεράσματα της επιστημονικής επιτροπής, που συστάθηκε για τον έλεγχο της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δέκα έτη πριν. Επιπλέον, παρατηρείται ατελής ανάπτυξη του δικτύου επικοινωνίας μεταξύ των υπηρεσιών του ψυχιατρικού τομέα, καθώς φαίνεται από τις ροές των ασθενών. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα είναι φτωχά, όσον αφορά στην ουσιαστική, τομεοποιημένη λειτουργία στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων αναπτύχθηκαν ημιτελώς και αποσπασματικά. Στην περίπτωση της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» διαπιστώνουμε ότι η κλινική αναλαμβάνει το ρόλο του διασυνδεδετικού μηχανισμού μεταξύ των τμημάτων και των υπηρεσιών του ψυχιατρικού τομέα.

**Λέξεις κλειδιά:** ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ψυχιατρική τομεοποίηση, διάρθρωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ

**Σταματίνα Δούκη**

Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, Προϊσταμένη Ψυχιατρικού Ξενώνα,  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Εξειδίκευση στην Ψυχοεκπαίδευση Οικογενειών

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6932743834*

*E-mail: tan.douki@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ψυχική νόσος, μέσα στη χρονιότητα της, έχει δυσμενείς συνέπειες για τον ασθενή, τον οποίο καθιστά δυσλειτουργικό και αντικοινωνικό, ενώ παράλληλα επηρεάζει δυσμενώς την οικογένεια, αφού επιδρά σε όλες τις πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής και της κοινωνικής ζωής αυτής. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε οικογένειες ψυχωτικών ασθενών επισημαίνουν την ύπαρξη έντονων προβλημάτων και δυσκολιών που συχνά συσχετίζονται με την παρουσία της νόσου, όπως για παράδειγμα ελλιπής κατανόηση της φύσης της ψυχικής νόσου, φόβος του στίγματος, δυσχέρειες στην ενδοοικογενειακή επικοινωνία, απομόνωση από την κοινωνία, καταθλιπτική διάθεση, έντονο άγχος κ.ά. Ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει η οικογένεια του ψυχικά πάσχοντα στην πορεία της νόσου, στην πρόγνωση και στις συχνές υποτροπές αποτελούν την αφετηρία των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Προ δετίας, (το 2008) ξεκίνησε μία προσπάθεια στον ψυχιατρικό ξενώνα του Γ.Ν.Α. « Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», με στόχο τη βελτίωση των παροχών υγείας προς τους ψυχικά πάσχοντες. Ήταν η έναρξη λειτουργίας των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων. Ομάδες μέσα από τις οποίες γίνεται προσπάθεια για πληροφόρηση, εκπαίδευση, υποστήριξη και συμβουλευτική γονέων και αδελφών, για την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων που η ψυχική νόσος προκαλεί. Η ψυχοεκπαίδευση θεωρείται αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης και ολοκληρωμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης για τη σχιζοφρένεια. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει μείωση των υποτροπών μέχρι και 50%, εάν παράλληλα με τη θεραπεία με φάρμακα, γίνει συνδυασμός με ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις. **ΣΚΟΠΟΣ:** Η ψυχοεκπαιδευτική ομάδα έχει ως σκοπό: **α)** την ενημέρωση για την ασθένεια (αίτια,

πορεία, πρόγνωση), **β**) την αποδοχή της νόσου (επίγνωση), **γ**) τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, **δ**) τη μείωση των υποτροπών, **ε**) την προώθηση και ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των οικογενειών και επαγγελματιών ψυχικής υγείας (θεραπευτική συμμαχία), **στ**) την υποστήριξη και συμβουλευτική των οικογενειών, **ζ**) την εκπαίδευση δεξιοτήτων για την καλύτερη συμβίωση με το ψυχικά πάσχον μέλος και **η**) την απομυθοποίηση της ψυχικής νόσου και συμβολή στην εξάλειψη του στίγματος. **ΥΛΙΚΟ**: Στην ομάδα συμμετέχουν είκοσι οικογένειες (κυρίως γονείς-μητέρες) ψυχικά ασθενών, οι οποίες υποβάλλονται στην ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα, διάρκειας 1½ ώρας. **ΜΕΘΟΔΟΣ**: Οι οικογένειες που πρόκειται να ενταχθούν στην ψυχοεκπαιδευτική ομάδα, ενημερώνονται και παραπέμπονται από τους ψυχιάτρους και ψυχολόγους του ψυχιατρικού τομέα και αξιολογούνται ατομικά με συνεντεύξεις που πραγματοποιούνται στον ψυχιατρικό ξενώνα, προκειμένου να εκτιμηθεί η δυνατότητα συμμετοχής τους. Στην ψυχοεκπαίδευση χορηγείται έντυπο υλικό σχετικά με τη νόσο (αίτια, συμπτωματολογία, πρόγνωση) και παρέχεται υποστήριξη και συμβουλευτική σύμφωνα με το μοντέλο Ian-Fallon. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**: Η ψυχοεκπαιδευτική ομάδα οικογενειών μειώνει τη συχνότητα υποτροπών της νόσου ή την ένταση των υποτροπών, με αποτέλεσμα να αποφεύγονται οι μακροχρόνιες νοσηλείες των ψυχικά ασθενών. Κατά την διάρκεια της δετούς λειτουργίας της ομάδας στον ψυχιατρικό ξενώνα, μόνο ένας ασθενής υποτροπίασε, αλλά χωρίς να χρειαστεί νοσηλεία. Η υποτροπή αναγνωρίστηκε έγκαιρα από την οικογένεια που υποβαλλόταν σε ψυχοεκπαίδευση και αντιμετωπίστηκε φαρμακευτικά σε επικοινωνία με τον θεράποντα ψυχίατρο. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**: Η ψυχοεκπαίδευση συμβάλλει σημαντικά στην καταπολέμηση προβλημάτων που συνδέονται με τη φύση της ψυχικής ασθένειας. Θεωρείται αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης και ολοκληρωμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης για τα ψυχικά νοσήματα, γιατί παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή, βελτιώνεται η συνεργασία του ασθενούς, καλύπτονται οι ανάγκες των οικογενειών τους για ενημέρωση και υποστήριξη και μειώνεται ο κίνδυνος των υποτροπών.

**Λέξεις κλειδιά**: ψυχοεκπαίδευση, ψυχική νόσος, στίγμα ψυχικής νόσου.

# ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΑΤΙΟΥ: ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

**Πηνελόπη Κορώνα**

Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας στο ΚΚΨΥ Παγκρατίου,  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», MSc ΕΚΠΑ

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6932538270*

*E-mail: cmhcr@yahoo.gr*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΚΨΥ) Παγκρατίου λειτουργεί από το 1981 με την ονομασία Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής με χρηματοδότηση της ΕΟΚ, ενσωματώθηκε με το Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» το 1987 και λειτουργεί ως αποκεντρωμένη μονάδα του νοσοκομείου, με την ονομασία Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου. **ΣΚΟΠΟΣ:** Το Παιδοψυχιατρικό τμήμα του ΚΚΨΥ Παγκρατίου εξυπηρετεί παιδιά ηλικίας 0-18 ετών, τις οικογένειές τους και τα σχολεία τους. Απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους και αποτελεί πεδίο θεραπευτικής και ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης, τόσο των παιδιών/εφήβων, όσο και των γονέων και των εκπαιδευτικών, πριν αλλά και μετά την ένταξη του ατόμου στη σχολική κοινότητα. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Google Scholar, Pubmed, καθώς και σε αρχειακό υλικό του κέντρου. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η σύγχρονη τάση στη θεραπεία των ψυχικών νοσημάτων ακολουθεί τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Τα κέντρα ψυχικής υγείας είναι τα πλέον σημαντικά συστατικά του σύγχρονου συστήματος κοινοτικής φροντίδας. Ο πληθυσμός που απευθύνεται στο ΚΚΨΥ σύμφωνα με την τομεοποίηση (catchmentation-sectorization), είναι περίπου 400.000 κάτοικοι και περιλαμβάνει το 2<sup>ο</sup> και το 3<sup>ο</sup> Διαμέρισμα της Αθήνας και τους Δήμους Αγίου Δημήτριου-Δάφνης και Υμηττού. Η παραπομπή της περίπτωσης γίνεται συνήθως με τηλεφώνημα και οι πληροφορίες δίνονται μόνο από τους γονείς του παιδιού ή τον έχοντα τη νομική επιμέλεια. Η παραπομπή επίσης μπορεί να προέρχεται από κάποια αρχή π.χ. Εισαγγελία ανηλίκων. **Οι υπηρεσίες που παρέχονται στο κέντρο ψυχικής υγείας**

**είναι οι εξής:** **α)** διαγνωστικές συνεντεύξεις με παιδιά και τις οικογένειές τους καθώς και διαγνωστική εκτίμηση των αναγκών, **β)** πρόληψη και πρώιμη παρέμβαση, **γ)** συμβουλευτική και υποστηρικτική προς τα παιδιά, τις οικογένειες και τα σχολεία και θεραπευτικές παρεμβάσεις, **δ)** ψυχολογικές δοκιμασίες, **ε)** ατομική ψυχοθεραπεία παιδιών, **στ)** φαρμακοθεραπεία, **ζ)** follow up, **η)** κοινοτική και εκπαιδευτική δράση και **θ)** ψυχοεκπαίδευση. **Τα αιτήματα συνήθως αφορούν σε:** Αγχώδεις διαταραχές/φοβίες, Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, Σωματόμορφες διαταραχές, Κατάθλιψη, Διαταραχή διατροφής και ύπνου, Διαταραχές προσωπικότητας, Διαταραχή ταυτότητας φύλου, Νοητική καθυστέρηση, Διαταραχή λόγου, Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, Τικ (μυοσπάσματα) και Μαθησιακές δυσκολίες και σύμφωνα με τον εκπαιδευτικό νόμο Ν.4186/2013 (ΦΕΚ 193/τ.Α'/17-9-2013) το κέντρο αποτελεί αναγνωρισμένο διαγνωστικό και αξιολογικό φορέα. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι υπηρεσίες του κέντρου ψυχικής υγείας παρέχονται στην κοινότητα. Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών είναι μια συνεχής διαδικασία αναζήτησης μετρήσιμων μεγεθών, που αφορά στην ανταπόκριση μεταξύ προγραμματισμού και σχεδίων δράσης και της ικανοποίησης των αποδεκτών των υπηρεσιών και των επαγγελματιών. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο η αξιολογική διαδικασία προϋποθέτει: **α)** αυτοαξιολόγηση του κέντρου και του ανθρώπινου δυναμικού, **β)** κατάρτιση, επιμόρφωση και βελτίωση της επάρκειας των επαγγελματιών και **γ)** συνεχή επαναπροσδιορισμό του κέντρου στα αιτήματα των πελατών, των επαγγελματιών, του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, με την επεξεργασία και τον προγραμματισμό νέων στόχων. Η συμμετοχή επαγγελματιών από διαφορετικούς κλάδους είναι απαραίτητη για την παροχή υπηρεσιών στις διαφοροποιημένες και πολύπλοκες ανάγκες ενός παιδιού και της οικογένειάς του. Η εργασία σε ομάδα είναι απαραίτητα συνθήκη κοινοτικής φροντίδας.

**Λέξεις κλειδιά:** κοινοτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή, προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

**Πολυξένη Μαγγούλια**

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD,

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική-Υπεύθυνη Ν.Ε.Ψ.Υ. Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041545*

*E-mail: pmangoulia@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο όρος «Ψυχοσωματική Ιατρική» χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο «Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική Ψυχιατρική» και αποτελεί υποειδικότητα για τη διάγνωση και θεραπεία ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς με συνυπάρχουσες σωματικές νόσους. Η Ψυχοσωματική Ιατρική με κύριο χαρακτηριστικό της την ολιστική προσέγγιση, εμφανίζεται ως ένας σύγχρονος επιστημονικός και κλινικός κλάδος. **ΣΚΟΠΟΣ:** Η σφαιρική παρουσίαση της διαχρονικής ανάπτυξης της Συμβουλευτικής-Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής και η ανάδειξη του πολυδιάστατου ρόλου της στο γενικό νοσοκομείο. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση βιβλιογραφίας από επιλεγμένα άρθρα και κεφάλαια βιβλίων της τελευταίας δεκαετίας, όπως αυτά ανευρέθηκαν σε Ελληνικές (ΙΑΤΡΟΤΕΚ) και διεθνείς βάσεις δεδομένων (PubMed, CINAHL) με τη χρήση των ακόλουθων λέξεων-κλειδιών σε συνδυασμούς: βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο, γενικό νοσοκομείο, συμβουλευτική-διασυνδεδετική ψυχιατρική, ψυχοσωματική ιατρική. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ψυχίατροι και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής (ΔΨ) στο γενικό νοσοκομείο, κινούνται στο όριο ανάμεσα στην Ψυχιατρική και τη Σωματική Ιατρική και μέσα σε αυτό το όριο είναι υποχρεωμένοι να ασκήσουν το ρόλο τους. Ο ρόλος αυτός περιλαμβάνει ειδικά στοιχεία, επειδή η Ψυχιατρική ασκείται σε ένα περιβάλλον νοσοκομειακό το οποίο δεν την περιέχει εξαρχής και απευθύνεται σε ασθενείς, που ανεξάρτητα από την ψυχική νόσο ή διαταραχή από την οποία υποφέρουν, παρουσιάζουν και σωματικό νόσημα, για το οποίο και προσέρχονται στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου. Ο ρόλος αυτής της

υποειδικότητας της Ψυχιατρικής περιλαμβάνει σημαντικά πεδία κλινικής πρακτικής, καθώς και ευρύτερης επιρροής στο νοσοκομειακό περιβάλλον και στο σύνολο του προσωπικού, που αφορούν τόσο στον υπεύθυνο της ΔΨ, όσο και στο κάθε μέλος της ομάδας ξεχωριστά. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανάπτυξη και λειτουργία της ΔΨ είναι ένα ενδιαφέρον, προκλητικό και δύσκολο έργο. Συνδέεται με πολλούς παράγοντες, ευρύτερους και τοπικούς, και οι δυσκολίες ανάπτυξής της έχουν αρχετυπική προέλευση γύρω από τη φύση της ψυχικής διαταραχής και την αναγνώριση και αποδοχή της ως τμήματος της καθημερινής ζωής στο γενικό νοσοκομείο. Η έκταση και η ποιότητα της παρέμβασης είναι ανάλογη της σύνθεσης της ομάδας της ΔΨ και καλύπτει όλο το φάσμα της ψυχοπαθολογίας και το σύνολο των κλινικών τμημάτων του νοσοκομείου. Επιπροσθέτως, ο εκπαιδευτικός της ρόλος εκτείνεται, όχι μόνο στους νέους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, αλλά και στο σύνολο του προσωπικού, το οποίο συχνά καλείται να υποστηρίξει. Το πολυδύναμο της σύνθεσής της, καθώς και η ποικιλία των θεραπευτικών της παρεμβάσεων, είναι σε θέση να βελτιώσουν σοβαρά τις δυσκολίες και την προσαρμογή των ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο, γενικό νοσοκομείο, συμβουλευτική-διασυνδετική ψυχιατρική, ψυχοσωματική ιατρική.

## ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ

**Αικατερίνη Δημητρούλη**

Νοσηλεύτρια, MSc, Νευροχειρουργική, Γναθοχειρουργική, Πλαστική και  
Επανορθωτική Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6936666093*

*E-mail: katdim72@yahoo.gr*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των πιο διαδεδομένων κλίμακων εκτίμησης της επούλωσης των ελκών πίεσης και του τρόπου χρήσης τους. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν με βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι κλίμακες εκείνες (εργαλεία) που «αιχμαλωτίζουν» αλλαγές στην επιφάνεια του έλκους, την έκταση του νεκρωμένου ιστού και του εξιδρώματος και την παρουσία κοκκιωματώδους ιστού και μας παρέχουν μια ένδειξη βελτίωσης ή επιδείνωσης της επούλωσής του. Εξετάστηκαν οι βασικές παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη σ' αυτές και ο τρόπος χρήσης τους. Για να χρησιμοποιήσουμε την κλίμακα PUSH οφείλουμε να παρατηρήσουμε και να μετρήσουμε το έλκος, το οποίο πρέπει να αξιολογηθεί και να βαθμολογηθεί ως προς τις ακόλουθες 3 παραμέτρους: μήκος επί πλάτος, ποσότητα εξιδρώματος, τύπος ιστού. Στο Bates-Jensen Wound Assessment Tool-BWAT μετρώνται και βαθμολογούνται δεκατρείς παράμετροι αξιολόγησης, οι οποίες είναι: Μέγεθος, βάθος, όρια, υποκείμενος ιστός, τύπος του νεκρωτικού ιστού, ποσότητα του νεκρωτικού ιστού, τύπος εξιδρώματος, ποσότητα εξιδρώματος, χρώμα δέρματος, παρουσία οιδήματος, παρουσία σκληρίας, παρουσία κοκκιωματώδους ιστού, επιθηλιοποίηση. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι από τις κλίμακες αξιολόγησης της επούλωσης των ελκών πίεσης, η «Pressure Ulcer Scale



for Healing (PUSH)» και η «Pressure Sore Status Tool (PSST)», είναι από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες. Η κλίμακα PUSH σχεδιάστηκε ώστε να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το σύστημα σταδιοποίησης του NPUAP και για το λόγο αυτό είναι ευρέως διαδεδομένη. Είναι έγκυρη, εύκολη στη χρήση και φαίνεται να βοηθά στη διαχείριση των ελκών πίεσης, αρκεί να συνδυάζεται και με καλή κλινική κρίση. Το εργαλείο αυτό προορίζεται μόνο για χρήση σε έλκη πίεσης. Άλλοι τύποι ελκών θα πρέπει να αξιολογούνται με διαφορετικό εργαλείο. Το Pressure Sore Status Tool-PSST ή Bates-Jensen Wound Assessment Tool-BWAT (όπως μετονομάστηκε το 2009) αναπτύχθηκε με σκοπό να βελτιώσει την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τις κατακλίσεις. Είναι πιο πολύπλοκο από την κλίμακα PUSH και προτείνεται για την εκτίμηση ελκών πίεσης, αλλά και άλλων χρόνιων ελκών. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αξιολόγηση και επούλωση των κατακλίσεων αποτελεί μια συνεχή πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς δεν υπάρχει ένας διεθνής προτυποποιημένος τρόπος αξιολόγησης μέχρι σήμερα. Οι νοσηλευτές που έχουν την κυρίαρχη ευθύνη της συνεχούς εκτίμησης των ελκών πίεσης και της έκβασης της φροντίδας τους, χρειάζονται μία συστηματική και αποτελεσματική μέθοδο αξιολόγησης της κατάστασης και της επούλωσής τους. Δεδομένων όμως των διαφορών που υπάρχουν μεταξύ των διαθέσιμων συστημάτων σταδιοποίησης, οι κλίμακες επούλωσης που χρησιμοποιούνται θα πρέπει να περιγράφονται λεπτομερώς, ώστε να παρέχουν αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που είναι υπεύθυνοι για τους ασθενείς με έλκη πίεσης. Η εκπαίδευση που αφορά στη χρήση τους είναι εξίσου απαραίτητη, ώστε να διασφαλιστεί ότι τα έλκη σταδιοποιούνται με έναν σταθερό τρόπο.

**Λέξεις κλειδιά:** έλκη πίεσης, επούλωση, εργαλεία αξιολόγησης.

## ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

### ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

**Αγγέλα Ι. Καρεκλά**

Ειδικευόμενη Ιατρός, Οφθαλμολογικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6972125877*

*E-mail: angelakarekla@gmail.com*

#### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα αυτοάνοσα νοσήματα εκδηλώνονται όταν το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται σε υγιή κύτταρα και υγιείς ιστούς του σώματος. Η αιτία που τα πυροδοτεί παραμένει άγνωστη, συσχετίζονται όμως σε μεγάλο βαθμό με κληρονομικούς παράγοντες. Αρκετά αυτοάνοσα νοσήματα εκδηλώνονται με αλλοιώσεις στους οφθαλμούς, οι οποίες μάλιστα μπορεί να προηγούνται όλων των άλλων χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της ασθένειας. Σε ορισμένα αυτοάνοσα νοσήματα, οι οφθαλμοί ή κάποια τμήματα τους μπορούν να δεχθούν αναίτια επίθεση από τα λευκά αιμοσφαίρια και να υποστούν ποικίλες βλάβες, που εκδηλώνονται με πολλά, δυσάρεστα και συχνά επώδυνα συμπτώματα. Κοινό χαρακτηριστικό των επιθέσεων είναι η πρόκληση φλεγμονής. Οι κύριες περιοχές που προσβάλλονται είναι τόσο το πρόσθιο ημιμόριο (κερατοειδής, επιπεφυκότας, ίριδα) όσο επίσης και το οπίσθιο ημιμόριο του οφθαλμού (υαλοειδής, αμφιβληστροειδής, οπτική θηλή). Έχει παρατηρηθεί συμμετοχή όλων των ιστών καθώς και των εξαρτημάτων του οφθαλμού. Ένας σημαντικός αριθμός αυτοάνοσων νοσημάτων έχει περιγραφεί, εκ των οποίων πιο γνωστά είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος και το σύνδρομο Sjogren. Τα νοσήματα αυτά εκδηλώνονται με

οφθαλμολογικά καθώς επίσης και συστηματικά συμπτώματα. Οι οφθαλμικές εκδηλώσεις επί προσβολής του προσθίου τμήματος του βολβού περιλαμβάνουν ξηροφθαλμία, ερυθρότητα των οφθαλμών, αίσθημα ξένου σώματος, κνησμό, φωτοφοβία, άλγος, αλλαγές στην οπτική οξύτητα, έως και πλήρη απώλεια της όρασης. Πολλές γυναίκες με ερυθματώδη λύκο ή με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν έντονη ξηρότητα οφθαλμών. Η περαιτέρω προσβολή του προσθίου τμήματος του βολβού υπό τη μορφή προσθίας ραγοειδίτιδας μπορεί να περιλαμβάνει στοιχεία νέκρωσης στον επιπεφυκότα, επισκληρίτιδα, σκληρίτιδα, κερατοεπιπεφυκίτιδα, επιθηλιακές και υποεπιθηλιακές διηθήσεις του κερατοειδούς και ιριδοκυκλίτιδα. Η φλεγμονή στο οπίσθιο ημιμόριο του οφθαλμού υπό τη μορφή οπίσθιας ραγοειδίτιδας, μπορεί να εκδηλώνεται ως υαλίτιδα, αμφιβληστροειδοπάθεια με σημεία ισχαιμίας, βαμβακόμορφα εξιδρώματα, ανώμαλο εύρος αγγείων, αποφράξεις αγγείων κι αιμορραγίες, ισχαιμική οπτική νευροπάθεια, οπτική νευρίτιδα κι ετερόπλευρο οίδημα θηλής. Σημαντικής σοβαρότητας είναι επίσης ορισμένα αυτοάνοσα νοσήματα που προσβάλλουν αμιγώς τους οφθαλμούς, όπως το οφθαλμικό ουλώδες πεμφιγοειδές και το έλκος κερατοειδούς τύπου Mooren. Τα αυτοάνοσα νοσήματα με οφθαλμικές εκδηλώσεις απαιτούν συστηματική καθώς επίσης και τοπική θεραπεία. Η θεραπεία αυτή έχει ως στόχο την καταστολή του υπερβολικά επιθετικού ανοσολογικού συστήματος κι επιτρέπει στον οργανισμό να επαναρυθμίσει τελικά τη λειτουργία του. Σαν αποτέλεσμα της συστηματικής θεραπείας έχουμε την καταστολή της αυτοάνοσης αντίδρασης την υποχώρηση των συμπτωμάτων της φλεγμονής του οφθαλμού για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα. Στη συνέχεια η αγωγή μπορεί να μειωθεί σταδιακά και να διακοπεί χωρίς να σημειωθεί υποτροπή. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να σημειωθεί επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, οπότε ο ασθενής πρέπει να τεθεί και πάλι υπό αγωγή.

**Λέξεις κλειδιά:** αυτοάνοσα νοσήματα, οφθαλμικές εκδηλώσεις, κερατοειδής, αμφιβληστροειδής, επιπεφυκότας.

## ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Παναγιώτης-Δημήτριος Γρηγορίου

Ειδικευόμενος Οφθαλμολογίας, Οφθαλμολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6978139865*

*E-mail: kamech@hotmail.com*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι παθήσεις των ενδοκρινών αδένων σε σπάνιες περιπτώσεις δημιουργούν άμεσα βλάβες στους οφθαλμούς. Συχνότερα προκαλούν έμμεσες επιπλοκές που οφείλονται στις συστηματικές εκδηλώσεις των παθήσεων αυτών. Οφθαλμική συμμετοχή εμφανίζεται σε παθήσεις των επινεφριδίων, του θυρεοειδούς αδένου, των παραθυρεοειδών, της υπόφυσης, καθώς και κατά την εμμηνόπαυση, λόγω δυσλειτουργίας των ωοθηκών. Οφθαλμικές εκδηλώσεις παρατηρούνται στο α) το σύνδρομο Conn, β) το φαιοχρωμοκύττωμα και γ) το σύνδρομο Cushing. Τα δύο πρώτα προκαλούν βλάβες στους οφθαλμούς λόγω της αυξημένης αρτηριακής πίεσης, συνεπεία της απρόσφορης και μη αντιρροπούμενης έκκρισης αλδοστερόνης και επινεφρίνης αντίστοιχα. Οι επιπτώσεις το συνδρόμου Cushing στους οφθαλμούς οφείλονται στην υπεργλυκαιμία, η οποία είναι απόρροια των αυξημένων επιπέδων κορτιζόλης στο αίμα. Και στα τρία προαναφερθέντα νοσήματα είναι δυνατό να εμφανιστούν αιμορραγίες αμφιβληστροειδούς, οίδημα της ωχράς κηλίδας, καθώς και οίδημα και ισχαιμικές αλλοιώσεις στο οπτικό νεύρο. Τα νοσήματα του θυρεοειδούς αδένου με οφθαλμική συμμετοχή είναι ο υπερθυρεοειδισμός οποιασδήποτε αιτιολογίας, και το σύνδρομο Graves, το οποίο αποτελεί μια μορφή αυτοάνοσης θυρεοειδοπάθειας. Οι οφθαλμικές εκδηλώσεις των νοσημάτων αυτών οφείλονται κυρίως στην ατελή κάλυψη και στη μειωμένη κινητικότητα των βολβών, με αποτέλεσμα ξηροφθαλμία και διαταραχές της ποιότητας της όρασης. Σε ασθενείς που πάσχουν από υπερπαραθυρεοειδισμό, μπορεί να εμφανισθεί κερατοπάθεια γνωστή ως band keratopathy (ταινιοειδής κερατοπάθεια), η οποία οφείλεται στην εναπόθεση κρυστάλλων ασβεστίου στο επιθήλιο του κερατοειδούς, λόγω

υπερασβεστιαϊμίας. Τα αδενώματα της υπόφυσης είναι από τις ελάχιστες περιπτώσεις όπου νόσημα ενδοκρινούς αδένου έχει άμεση οφθαλμολογική επίπτωση. Αυτό οφείλεται στη στενή γειτνίαση του αδένου με ένα βασικό σχηματισμό της οπτικής οδού, το οπτικό χίασμα. Καθώς το αδένωμα αυξάνεται σε μέγεθος, προκαλεί πιεστικά φαινόμενα στο χίασμα, και ως εκ τούτου εμφανίζονται ελλείμματα στα οπτικά πεδία του ασθενούς, διαφορετικών μεγεθών και σχημάτων, ανάλογα με το σημείο στο οποίο ασκείται πίεση. Επίσης μπορεί να προκληθεί πάρεση του απαγωγού νεύρου με συνέπεια διπλωπία, ενώ λόγω της αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης, παρουσιάζεται οίδημα οπτικής θηλής. Τέλος, μια σχετικά άγνωστη πάθηση, είναι η μετεμμηνοπαυσιακή ξηροφθαλμία που παρουσιάζεται μετά την εμμηνόπαυση και οφείλεται στα χαμηλά επίπεδα ωοθηκικών ορμονών και ως εκ τούτου έκπτωση της λειτουργίας των δακρυϊκών αδένων και μεταβολή της σύστασης των δακρύων.

**Λέξεις κλειδιά:** έμμεσες εκδηλώσεις, ξηροφθαλμία, ελλείμματα οπτικού πεδίου, κερατοπάθεια.

# ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

**Δημήτριος Π. Μπεσίνης**

Ειδικευόμενος Ιατρός Οφθαλμολογικής Κλινικής ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041246*

*E-mail: dibessinis@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Περίπου το 90% των αιματολογικών ασθενών θα εμφανίσουν προσβολή του οφθαλμού ή των εξαρτημάτων του. Από αυτούς ένα σημαντικό ποσοστό θα παραπεμφθεί για οφθαλμολογική εκτίμηση. Πολλές φορές οι οφθαλμολογικές εκδηλώσεις προηγούνται της εμφάνισης της νόσου κάνοντας τη διάγνωση εξαιρετικά δύσκολη. Αν και οι περισσότερες εκδηλώσεις είναι ασυμπτωματικές, εντούτοις η συμμετοχή του οφθαλμού μπορεί να οδηγήσει σε έκπτωση της οπτικής οξύτητας και μόνιμες βλάβες. Οι κύριες περιοχές που προσβάλλονται είναι ο επιπεφυκότας και ο αμφιβληστροειδής, αν και συμμετοχή σχεδόν όλων των ιστών του οφθαλμού έχει καταγραφεί σε αιματολογικούς ασθενείς. Η προσβολή του προσθίου ημιμορίου του οφθαλμού περιλαμβάνει μεταβολές στην αγγείωση του επιπεφυκότος, αλλαγή του χρώματος του επιπεφυκότος και αλλοιώσεις του κερατοειδούς και της ίριδος. Συμμετοχή του οπίσθιου ημιμορίου μπορεί να εμφανιστεί με αμφιβληστροειδοπάθεια, ωχροπάθεια, εξιδρώματα, ισχαιμία ή ακόμα και αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς. Ευκαιριακές λοιμώξεις μπορούν επίσης να προσβάλουν τον οφθαλμό. Τέτοιες είναι η αμφιβληστροειδοπάθεια από κυτταρομεγαλοϊό αλλά και η ρινο-εγκεφαλική μούκορμύκωση που είναι απειλητική και για τη ζωή του ασθενούς. Σε πολλές περιπτώσεις αιματολογικές κακοήθειες μιμούνται εκδηλώσεις πρόσθιας, ενδιάμεσης ή οπίσθιας ραγοειδίτιδας. Σπανιότερα, άμεση προσβολή του οπτικού νεύρου οδηγεί σε απώλεια όρασης. Η χωροκατακτητική φύση ενός λεμφώματος του κόγχου μπορεί επίσης να προκαλέσει παρεκτόπιση του βολβού, απειλώντας για συμπίεστική οπτικονευροπάθεια που οδηγεί σε μη αναστρέψιμη απώλεια όρασης αν δεν αντιμετωπιστεί. Στις περιπτώσεις που παρατηρείται διήθηση του εγκεφαλικού ιστού, οι νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν την προσβολή τόσο του κοινού κινητικού

νεύρου όσο και του απαγωγού και του τροχιακού νεύρου, που έχουν σαν αποτέλεσμα την άμεση επίδραση στην οφθαλμοκινητικότητα. Αξιοσημείωτο είναι ότι και η ίδια η θεραπεία για αιματολογικές κακοήθειες μπορεί να προκαλέσει βλάβες στον οφθαλμό. Για παράδειγμα καταρράκτης σχηματίζεται τόσο από τη λήψη κορτιζόνης, όσο και μετά από ακτινοθεραπεία στην περιοχή του σπλαχνικού κρανίου. Παράλληλα, η νόσος μοσχεύματος εναντίον ξενιστή (GVHD) που εμφανίζεται μετά τη μεταμόσχευση μυελού των οστών, οδηγεί σε δυσλειτουργία της οφθαλμικής επιφάνειας αλλά και σε οπτική νευρίτιδα ανοσολογικής αιτιολογίας. Παρόλο που οι περισσότερες οφθαλμικές εκδηλώσεις στους αιματολογικούς ασθενείς είναι ασυμπτωματικές, πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή και να ακολουθεί διερεύνηση στις περιπτώσεις που οι ασθενείς παραπονιούνται για διαταραχές οράσεως.

**Λέξεις κλειδιά:** αιματολογικά νοσήματα, πρόσθιο ημιμόριο, επιπεφυκότας, αμφιβληστροειδής.

**ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ  
ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

## **ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

**Αγγελική Γ. Μελπίδου**

Κλινικός Χημικός, Eur. Clin.Chem.,  
Βιοχημικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132043082*

*E-mail: amelpi@gmail.com*

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η γήρανση είναι μια πολύπλοκη και ετερογενής διαδικασία, που αρχίζει σε διαφορετική χρονική στιγμή σε κάθε άνθρωπο. Στις μέρες μας, ο νομικός ορισμός του γήρατος αφορά τα άτομα άνω των 65 ετών. Ως γήρανση ορίζεται το σύνολο των μορφολογικών, βιολογικών και ψυχολογικών διαδικασιών, που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου σε όλους τους ζώντες οργανισμούς, ανεξάρτητα από τις τυχόν καθαρώς παθολογικές καταστάσεις. Ο ορισμός του «ηλικιωμένου» δίνεται με βάση τη χρονολογική ηλικία, η οποία όμως συχνά δεν αντιστοιχεί στην πραγματική κατάσταση δηλαδή στη βιολογική ηλικία του ατόμου. Αναγνωρίζονται τρία μοντέλα γήρανσης: α) περίπου το 10-15% των ηλικιωμένων γερνά χωρίς να παρουσιάζει σημαντικές ασθένειες (ικανοί, *fit*) β) αυτοί που παρουσιάζουν πολλαπλές παθολογίες (ευπαθείς, *frail*) και γ) η ενδιάμεση ομάδα που είναι και η πολυπληθέστερη, δηλαδή αυτοί οποίοι παρουσιάζουν μέτριας βαρύτητας προβλήματα (ευαίσθητοι, *vulnerable*). Η συνήθης όμως πρακτική της σύγκρισης εργαστηριακών αποτελεσμάτων ηλικιωμένων με «φυσιολογικές τιμές» νεώτερων ατόμων μπορεί να αποβεί παραπλανητική ή ακόμη και επικίνδυνη. Πολλοί παράγοντες δυσχεραίνουν τον προσδιορισμό τιμών αναφοράς



στην τρίτη ηλικία. Στην βιβλιογραφία ανευρίσκονται μελέτες που αφορούν στον προσδιορισμό τιμών αναφοράς σε ηλικιακές ομάδες άνω των 65 ετών, κατά τεκμήριο υγιών, «ικανών» (*fit*) ατόμων. Οι μελέτες αυτές αναδεικνύουν την επίδραση ή μη της ηλικίας στις τιμές πολλών βιοχημικών παραμέτρων, συγκρίνοντας το κεντρικό 95% της κατανομής των τιμών, τη μέση τιμή και τη διάμεση τιμή των ομάδων αυτών, με τα αντίστοιχα μεγέθη από πληθυσμούς νεώτερων ατόμων ηλικίας 20-50 ετών. Οι μεταβολές στις εργαστηριακές παραμέτρους ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες: α) αυτές που επηρεάζονται από την ηλικία β) αυτές που δεν επηρεάζονται από την ηλικία και γ) αυτές που είναι ασαφές κατά πόσον επηρεάζονται από την ηλικία ή την ασθένεια ή και τα δύο. Οι βιοχημικοί παράμετροι που εμφανίζουν αύξηση με την ηλικία είναι: γλυκόζη (ppbs), ουρία, Κ (μικρή), ολική χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, ουρικό οξύ, αμυλάση, LDH, β-Cross laps, PSA, NT-proBNP. Επίσης, πρόσφατες μελέτες δείχνουν τα επίπεδα της hs-cTnT να εμφανίζουν κατανομή που εξαρτάται από την ηλικία. Οι βιοχημικοί παράμετροι που εμφανίζουν μείωση με την ηλικία είναι: κάθαρση κρεατινίνης, ολικά λευκώματα, αλβουμίνη, ανοχή στην γλυκόζη, ολική χοληστερόλη ( $\geq 90$  ετών), χολερυθρίνη (μικρή), CK ( $\geq 70$  ετών), PaO<sub>2</sub>, βιταμίνη D, B12, φυλλικό οξύ, ασβέστιο ( $\geq 90$  ετών). Στην δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται οι ηλεκτρολύτες (Na, Cl), η κρεατινίνη ορού, οι τρανσαμινάσες (AST, ALT), ο λόγος free/total PSA και το PaCO<sub>2</sub>. Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν οι βιοχημικοί παράμετροι γ-GT και ALP. Συνεπάγεται ότι η διερεύνηση και πληρέστερη αξιολόγηση της χρησιμότητας των εργαστηριακών παραμέτρων στην εκτίμηση της κατάστασης της υγείας των ηλικιωμένων, θα βοηθήσει τον κλινικό ιατρό στην καλύτερη διάκριση της γήρανσης από την ασθένεια και της ασθένειας από την γήρανση.

**Λέξεις κλειδιά:** γήρανση, τιμές αναφοράς, ηλικία, βιοχημικοί παράμετροι.

## ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΤΟ ΔΙΠΛΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΤΟΥ ΙΑΝΟΥ

**Ανδριανή Γρηγοράτου,**

Βιοχημικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132043082, 2132043092*

*E-mail: andriani2013@hotmail.com*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα είναι η ταχύτερα αυξανόμενη ηλικιακή ομάδα, αποτελώντας το 17% του πληθυσμού (απογραφή 2011). Περισσότερες από το 1/3 των ιατρικών συνταγών αφορούν ασθενείς άνω των 65 ετών. Οι τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες συνήθως περιλαμβάνουν μικρό αριθμό ατόμων άνω των 65 και ακόμη λιγότερους άνω των 75 ετών. Προϊούσης της ηλικίας παρατηρείται μείωση της μυϊκής μάζας, μείωση του όγκου του πλάσματος, μείωση της καρδιακής παροχής και συνεπώς της αιμάτωσης των ζωτικών οργάνων, έκπτωση της λειτουργίας του ήπατος, των νεφρών και του νευρικού συστήματος. Η μείωση της σπλαχνικής αιματικής ροής, των γαστρικών εκκρίσεων και της κινητικότητας του εντέρου, η αύξηση του pH του στομάχου, η κατά τόπους απώλεια του εντερικού βλεννογόνου επηρεάζουν την απορρόφηση των από του στόματος χορηγουμένων φαρμάκων. Στους ηλικιωμένους μειώνεται η περιεκτικότητα του σώματος σε νερό και παράλληλα αυξάνει το ποσοστό του λιπώδους ιστού, με αποτέλεσμα αύξηση του όγκου κατανομής των λιπόφιλων φαρμάκων, αύξηση του χρόνου ημιζωής τους και παράταση της δράσης τους. Αντίθετα για τα υδρόφιλα φάρμακα, μειώνεται ο όγκος κατανομής και αυξάνεται ο κίνδυνος τοξικότητας. Τα φάρμακα μεταβολίζονται κυρίως στο ήπαρ, αλλά στους ηλικιωμένους παρατηρείται μείωση της μάζας του ηπατικού παρεγχύματος και μείωση της δραστηριότητας των μεταβολικών ενζύμων, που μεταφράζεται σε μείωση των χορηγούμενων δόσεων. Αντίθετα, στην περίπτωση των προφαρμάκων απαιτείται αύξηση της χορηγούμενης δοσολογίας. Η πολυνοσηρότητα της τρίτης ηλικίας οδηγεί στην επακόλουθη πολυφαρμακία. Εάν σε έναν ασθενή χορηγούνται φάρμακα, που μεταβολίζονται από το ίδιο ηπατικό κυτόχρωμα, ή το ένα είναι αναστολέας (επιβραδύνει) ή επαγωγέας (επιταχύνει) του μεταβολισμού του

άλλου, απαιτείται κατάλληλη ρύθμιση των δόσεων. Επίσης τα βότανα, ιδιαίτερα προσφιλή στην τρίτη ηλικία, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Η ελάττωση του ρυθμού σύνθεσης των πρωτεϊνών και κυρίως της αλβουμίνης στο ήπαρ, οδηγεί σε αύξηση του δραστικού ελεύθερου κλάσματος του φαρμάκου στο αίμα. Η εκτόπιση του ενός φαρμάκου από τις θέσεις σύνδεσής του στις πρωτεΐνες, από ένα άλλο φάρμακο που συνδέεται ισχυρότερα, αυξάνει το ελεύθερο κλάσμα του και τον επακόλουθο κίνδυνο τοξικότητας. Οι δραματικότερες μεταβολές συμβαίνουν στους νεφρούς. Στην ηλικία των 65 ετών έχει απολεσθεί περίπου το 1/3 της νεφρικής λειτουργίας, ενώ «φυσιολογικές» τιμές κρεατινίνης αίματος συχνά στα άτομα της τρίτης ηλικίας αντιστοιχούν σε ήπια νεφρική ανεπάρκεια και καθυστέρηση αποβολής των χορηγούμενων φαρμάκων. Το βάρος του εγκεφάλου των ηλικιωμένων μειώνεται και ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός δεν λειτουργεί αποτελεσματικά. Τα ψυχότροπα και τα οπιοειδή αναλγητικά συχνά προκαλούν σύγχυση, μείωση της ικανότητας συγκέντρωσης και συμμόρφωσης προς τις οδηγίες του γιατρού. Για την αντιμετώπιση της πολυφαρμακίας που ταλανίζει την τρίτη ηλικία, προτείνεται ο μνημονικός κανόνας C A R E (Care=προσοχή, Adjust=ρύθμιση, Review= επανασχεδιασμός της αγωγής, Educate=εκπαίδευση/ενημέρωση του ασθενούς).

**Λέξεις-κλειδιά:** φάρμακο, τρίτη ηλικία.

# ΑΝΟΣΟΓΗΡΑΝΣΗ

## Αικατερίνη Ταράση

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

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945385192

E-mail: katerinatarassi@gmail.com

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η γήρανση συσχετίζεται με δυσλειτουργία του ανοσιακού συστήματος, που αποκαλείται γενικά **ανοσογήρανση** (*immunosenescence*) και η οποία είναι μια δυναμική διεργασία, η οποία μπορεί να αντικατοπτρίζει, εν μέρει, την προσαρμογή της ανοσιακής απάντησης στα παθογόνα του περιβάλλοντος. Όλα τα διαμερίσματα του ανοσιακού συστήματος δεν γηράσκουν με τον ίδιο τρόπο, με την ίδια ταχύτητα ή προς την ίδια κατεύθυνση. Ενώ παλαιότερα υπήρχε η πεποίθηση, ότι όλα τα τμήματα και οι λειτουργίες του ανοσιακού συστήματος ελαττώνονται με την πάροδο της ηλικίας, σήμερα πιστεύεται ότι υφίστανται ταυτόχρονα και αντισταθμιστικές αυξήσεις. Η ανοσογήρανση προσβάλλει ποικίλους κυτταρικούς πληθυσμούς στο μυελό των οστών και στο θύμο, τα λεμφοκύτταρα στο περιφερικό αίμα και στα δευτερογενή λεμφικά όργανα, καθώς επίσης και τα στοιχεία της φυσικής ανοσίας. Γενικά, αν και επηρεάζονται και τα δύο σκέλη της ανοσοαπάντησης (φυσική και επίκτητη), η φυσική ή μη ειδική φαίνεται να διατηρείται καλύτερα, ενώ η επίκτητη ή ειδική ανοσία και ιδιαίτερα το κυτταρικό σκέλος (Τ λεμφοκύτταρα) υφίσταται τις πιο σοβαρές αλλαγές, συχνά επιβλαβείς για τον οργανισμό. Το γήρας συσχετίζεται με ελαττωμένη λειτουργία των επιθηλιακών φραγμών του δέρματος και των βλεννογόνων (αναπνευστικής, γαστρεντερικής και ουροποιογεννητικής οδού), διευκολύνοντας έτσι την διείσδυση των παθογόνων. Ταυτόχρονα επηρεάζονται τα φαγοκύτταρα (ουδετερόφιλα, μακροφάγα, δένδριτικά κύτταρα), τα φυσικά κυτταροκτόνα κύτταρα καθώς και οι φυσικοί μεσολαβητές (κυτταροκίνες, χημειοκίνες, ορμόνες και ελεύθερες ρίζες οξυγόνου), οι οποίοι επίσης αποτελούν σημαντικά συστατικά της φυσικής ανοσοαπάντησης στο θύμο. Μία από τις πιο εντυπωσιακές αλλαγές με τη πάροδο της ηλικίας είναι η υποστροφή του θύμου (όπου λαμβάνει χώρα η ωρίμανση των Τ

κυττάρων), η οποία χαρακτηρίζεται από μείωση του μεγέθους του οργάνου και αντικατάσταση των ιστών του φλοιού και του μυελού από λίπος. Όσον αφορά τις ανοσοσφαιρίνες, μολονότι τα επίπεδα τους στον ορό δεν ελαττώνονται με την ηλικία, τα αντισώματα έχουν μικρότερη χημική συγγένεια για το αντιγόνο. Επιπλέον, παρατηρείται παραγωγή μονοκλωνικών ανοσοσφαιρινών, με αποτέλεσμα αυξημένη συχνότητα μονοκλωνικών γαμμαπαθειών αδιευκρίνιστης σημασίας (MGUS) στα ηλικιωμένα άτομα. Η ανοσογήρανση συσχετίζεται επίσης με ελάττωση των παρθένων T και B κυττάρων με συνέπεια μειωμένη ανοσοαπάντηση στα νέα αντιγόνα. Ταυτόχρονα, παρατηρείται συγκέντρωση μνημονικών κυττάρων, τα οποία πιθανόν μαζί και με τις προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες συμβάλλουν στην εμφάνιση της χρόνιας φλεγμονής που χαρακτηρίζει το γήρας (*inflammaging*) και η οποία έχει συσχετισθεί με αυξημένη επίπτωση λοιμώξεων και πιθανότατα κακοηθειών, καρδιαγγειακών παθήσεων, αυτοανόσων και νευροεκφυλιστικών νοσημάτων στους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με την επικρατέστερη θεωρία, η ανοσογήρανση οφείλεται, εν μέρει τουλάχιστον, στον χρόνια αντιγονικό ερεθισμό από εμμένουσες ιογενείς λοιμώξεις (κυρίως από CMV), που οδηγεί τελικά σε εξουθένωση του ανοσιακού συστήματος. Η αυξημένη συχνότητα αυτοανόσων νοσημάτων και κακοηθειών σε συνδυασμό με την επιρρέπεια σε λοιμώξεις (κυρίως από ενδοκυττάρια παθογόνα) και την μειωμένη απάντηση στους εμβολιασμούς που παρατηρούνται στα ηλικιωμένα άτομα, οφείλονται σε διαταραχές των ανοσορρυθμιστικών λειτουργιών. Επομένως, η βαθύτερη κατανόηση των βασικών μηχανισμών της ανοσιακής δυσλειτουργίας που εμφανίζεται με τη γήρανση του οργανισμού, θα βοηθήσουν με τους κατάλληλους θεραπευτικούς χειρισμούς (π.χ. σχεδιασμός ειδικών εμβολίων) στην καθυστερημένη εμφάνιση ή ακόμη και στην αναστολή των επιβλαβών επιπλοκών της ανοσογήρανσης και ως εκ τούτου στην καλύτερη προστασία των ευάλωτων ηλικιωμένων ατόμων.

**Λέξεις κλειδιά:** ανοσογήρανση (immunosenescence), χρόνια φλεγμονή στο γήρας (inflammaging), ανοσιακή απάντηση στους ηλικιωμένους (immune response in ageing), εμβολιασμοί στους ηλικιωμένους (vaccination in elderly).

## ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

**Αριστέα Μπασχαλή**

Κλινική Διαιτολόγος, Προϊσταμένη Τμήματος Διατροφής,  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041163*

*E-mail: abaschali@gmail.com*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο κίνδυνος εμφάνισης κακής θρέψης είναι αυξημένος σε ηλικιωμένους ασθενείς και οφείλεται στη μειωμένη μυϊκή μάζα, στην αυξημένη λιπώδη μάζα, καθώς και σε πολλούς άλλους παράγοντες, που εμποδίζουν την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών και υγρών. Η σαρκοπενία εμφανίζεται ως συνδυασμός μειωμένης μυϊκής μάζας με μειωμένη μυϊκή δύναμη ή λειτουργία, κυρίως σε ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Η επαρκής πρόσληψη ενέργειας, πρωτεΐνης και μικροθρεπτικών συστατικών πρέπει να εξασφαλίζεται για κάθε γηριατρικό ασθενή, ανεξαρτήτως της διατροφικής του κατάστασης. Δεδομένου ότι η επίτευξη της αποκατάστασης της κυτταρικής μάζας σώματος (Body Cell Mass, BCM) είναι δυσκολότερη συγκριτικά με νεότερα άτομα, η διατροφική υποστήριξη, έστω και προληπτικά, θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στα άτομα τρίτης ηλικίας. Η διατροφική φροντίδα θα πρέπει να ενσωματωθεί στο συνολικό σχέδιο φροντίδας του γηριατρικού ασθενούς και να λαμβάνει υπόψη την προσωπική, κοινωνική, σωματική και ψυχολογική του κατάσταση. Η διατροφική αξιολόγηση θα πρέπει να εκτιμά τα δεδομένα της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς και την πιθανότητα εμφάνισης διατροφικού κινδύνου, καθώς και να συνοδεύεται από εξατομικευμένο διατροφικό πρόγραμμα. Για το σχεδιασμό του διατροφικού προγράμματος, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι στην πλειοψηφία των ηλικιωμένων ασθενών οι πρωτεϊνικές απαιτήσεις ανέρχονται σε τουλάχιστον 1 g πρωτεΐνης/kg/ημέρα και οι ενεργειακές απαιτήσεις περίπου σε 30 kcal/kg/ημέρα, λαμβάνοντας υπόψη και το επίπεδο της φυσικής τους δραστηριότητας. Επίσης πολλά άτομα τρίτης ηλικίας εμφανίζουν συγκεκριμένες ελλείψεις σε μικροθρεπτικά συστατικά, οι οποίες θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με τη χορήγηση αντίστοιχων

διατροφικών συμπληρωμάτων. Η από του στόματος διατροφική θεραπεία μέσω της υποβοηθούμενης σίτισης και των διατροφικών συμπληρωμάτων είναι συχνά δύσκολη, χρονοβόρα και απαιτητική διαδικασία, λόγω της συνοσηρότητας και της αργής απόκρισης στη διατροφική υποστήριξη που εμφανίζει η συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Ωστόσο, η υποβοηθούμενη από του στόματος διατροφή και τα διατροφικά συμπληρώματα είναι σε θέση να υποστηρίξουν τη σωματική αποκατάσταση των περισσότερων ηλικιωμένων ασθενών. Η εντερική διατροφή (ΕΔ) μέσω καθετήρα σίτισης παρέχει την δυνατότητα εξασφάλισης ή αύξησης της διατροφικής πρόσληψης, στην περίπτωση που η από του στόματος διατροφική πρόσληψη είναι αδύνατη ή ανεπαρκής. Η εντερική διατροφή μέσω διατροφικών συμπληρωμάτων ή μέσω καθετήρα σίτισης είναι πάντα η πρώτη επιλογή για τη διατροφική υποστήριξη των ηλικιωμένων ασθενών. Ωστόσο, όταν το γαστρεντερικό σύστημα δεν λειτουργεί ή όταν οι ασθενείς δεν μπορούν να καλύψουν τις διατροφικές τους ανάγκες επαρκώς μέσω της εντερικής οδού, η παρεντερική διατροφή (ΠΔ) ενδείκνυται. Η ΠΔ μέσω περιφερικής ή κεντρικής φλέβας είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική θεραπευτική διαδικασία, ενώ η υποδόρια χορήγηση υγρών μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί, με σκοπό την ενυδάτωση μετρίου βαθμού αφυδατωμένων ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** τρίτη ηλικία, διατροφικά συμπληρώματα, εντερική διατροφή, παρεντερική διατροφή, κακή θρέψη.

**ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ:  
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

**ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ:  
ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ**

**Ιωάννης Σ. Ζώρζος**

Χειρουργός, Ουρολόγος, Διευθυντής, Ουρολογικό Τμήμα,  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6944505756*

*E-mail: savvaszor@gmail.com*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η ακράτεια ούρων στις γυναίκες είναι συνηθισμένη παρ' ότι συχνά δεν ζητείται ιατρική συμβουλή. Η διαδικασία πλήρωσης της ουροδόχου κύστης και ούρησης είναι το αποτέλεσμα μιας αρμονικής λειτουργίας της ουροδόχου κύστης και της ουρήθρας. Διαταραχές στην παραπάνω λειτουργία όπως η τεκνοποιία, η ηλικία ή άλλες παθολογικές καταστάσεις μπορούν να έχουν σαν αποτέλεσμα ακράτεια ούρων. Οι δύο κύριοι τύποι της ακράτειας στις γυναίκες (ακράτεια από προσπάθεια, ακράτεια από επιτακτικότητα) είναι δυνατόν να εκτιμηθούν από έναν ιατρό, λαμβάνοντας ένα ιστορικό και μετά από απλή κλινική εξέταση.

**Λέξεις Κλειδιά:** ακράτεια ούρων, γυναίκες.



# ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ

**Παναγιώτης Δούκας**

Ειδικευόμενος Ιατρός, Ουρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6970015758*

*E-mail: doukaspn79@yahoo.gr*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Συντηρητική αντιμετώπιση:** Περιλαμβάνει αλλαγές του τρόπου ζωής όπως, ασκήσεις κύστεως, ασκήσεις πυελικού εδάφους, διακοπή καπνίσματος, ελάττωση της πρόσληψης υγρών κ.τ.λ. **Φαρμακευτική αντιμετώπιση:** Αντιχολινεργικά φάρμακα τα οποία προκαλούν χάλαση των λείων μυϊκών ινών της ουροδόχου κύστης, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, και οιστρογόνα τα οποία χορηγούνται σε χαμηλές δόσεις τοπικά. **Χειρουργική αντιμετώπιση:** Οπισθοθηβική κολποανάρτηση. Υπάρχουν δύο μέθοδοι. Η μέθοδος Marshall-Marchetti-Krantz και η μέθοδος Burch. Οι ταινίες ελεύθερης τάσης (tvt-tot), οι οποίες τοποθετούνται κάτω από την ουρήθρα. Παραουρηθρική έγχυση διογκωτικών μέσων όπου διογκωτικά υλικά, κολλαγόνο και λίπος, ενίονται είτε διουρηθρικά, είτε παραουρηθρικά στους ιστούς γύρω από τον αυχένα της κύστης και την ουρήθρα.

**Λέξεις κλειδιά:** ασκήσεις πυελικού εδάφους, αντιχολινεργικά φάρμακα, μέθοδος κολποανάρτησης κατά Burch, ταινίες ελεύθερης τάσης.

## ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

**Βασίλειος Α. Σεβαστιανός**

Παθολόγος, Ηπατολόγος, Επιμελητής Α',  
Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6973795493*

*E-mail: vsevastianos@gmail.com*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ηπατική νόσος ευθύνεται για περισσότερο από το 55% των θανάτων που προέρχονται από την κατάχρηση αλκοόλ, ενώ ο επιπολασμός της αλκοολικής νόσου του ήπατος (ΑΝΗ) συσχετίζεται στενά με την κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλης. Η ΑΝΗ αντιπροσωπεύει ένα ευρύ φάσμα ιστολογικών μεταβολών που εκτείνονται από την απλή στεάτωση έως τις βαρύτερες μορφές ηπατικής βλάβης, συμπεριλαμβανομένης της αλκοολικής ηπατίτιδας (ΑΗ), της κίρρωσης ή/και της παράλληλης ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ). Αυτές οι αλλοιώσεις του ηπατικού παρεγχύματος δεν είναι απαραίτητο να αντανakλούν διακριτά στάδια εξέλιξης της ηπατικής νόσου, αλλά μάλλον αφορούν ένα συνεχές φάσμα ιστολογικών μεταβολών, που δυνατόν να παρατηρείται ταυτόχρονα στον ίδιο ασθενή. Το γεγονός ότι μόνο το 35% των ασθενών με βαριά κατάχρηση αλκοόλης αναπτύσσει προχωρημένα στάδια ηπατικής νόσου μάλλον υποδηλώνει ότι στην παθογένεια της ΑΝΗ εμπλέκονται και μια σειρά άλλων παραγόντων, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται το φύλο, η παχυσαρκία, τα πρότυπα κατανάλωσης οινοπνεύματος, διαιτητικοί παράγοντες, μη-φυλοσύνδετοι γενετικοί παράγοντες και το κάπνισμα. Επίσης, η μακροχρόνια κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να επιδράσει συνεργιστικά με τους ιούς της ηπατίτιδας Β ή C ή/και τον ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, με τη μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος και με διαταραχές όπως η αιμοχρωμάτωση. Η

διάγνωση της ANH βασίζεται σε ένα συνδυασμό ευρημάτων, συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού σημαντικής κατανάλωσης αλκοόλης, τις κλινικές ενδείξεις συνυπάρχουσας ηπατικής βλάβης και την υποστήριξη της κλινικής υπόθεσης από αντίστοιχα ιστολογικά, απεικονιστικά και εργαστηριακά ευρήματα. Το ωφέλιμο αποτέλεσμα της θεραπείας της ΑΗ με κορτικοειδή εκδηλώνεται σε ασθενείς με εγκεφαλοπάθεια ή με πτωχή πρόγνωση σύμφωνα με τα διάφορα συστήματα βαθμολόγησης της βαρύτητας, ενώ το βλαπτικό αποτέλεσμα προέχει σε ασθενείς με ηπιότερη νόσο, καθώς υφίστανται αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων σε σχέση με αυτούς που δεν λαμβάνουν κορτικοειδή. Σε ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα που δεν μπορούν να λάβουν κορτικοειδή και σε αυτούς με εκδήλωση λειτουργικής νεφρικής ανεπάρκειας (ηπατονεφρικού συνδρόμου) συνιστάται η χορήγηση της πεντοξυφυλλίνης.

**Λέξεις κλειδιά:** αλκοόλ, ηπατική νόσος, ηπατίτιδα, φυσική ιστορία, κλινική εικόνα, διάγνωση, θεραπεία.

ΤΥΧΑΙΩΜΑΤΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

**Θεοδώρα Στρατηγού**

Ιατρός Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ.

Ενδοκρινολογικό Τμήμα-Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041258*

*E-mail: theodorastratigou@yahoo.gr*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο όρος «τυχειώματα των επινεφριδίων» χαρακτηρίζει επινεφριδικές μάζες μεγέθους > 10mm, που ανακαλύπτονται τυχαία κατά τη διάρκεια απεικονιστικού διαγνωστικού ελέγχου. Εμφανίζονται συχνότερα σε γυναίκες (αναλογία 1,3-1,5 / 1), σε λευκούς και σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση, παχυσαρκία και σακχαρώδη διαβήτη. Σε ποσοστό 10-15% είναι αμφοτερόπλευρα, ενώ σε ποσοστό 50-60% έχουν δεξιά εντόπιση. Διακρίνονται σε όγκους του φλοιού (αδένωμα, οζώδης υπερπλασία, καρκίνος), όγκους της μυελώδους μοίρας (φαιοχρωμοκύττωμα) και σε μεταστάσεις από νεοπλασμάτα μαστού, πνεύμονα, κλπ. Σπανιότερα πρόκειται για μυελολίπωμα, νευρίνωμα, αμάρτωμα, τεράτωμα, ξανθωμάτωση, αμυλοείδωση, κύστη, αιμάτωμα, κοκκιωμάτωση. Η πλειοψηφία (>70%) των τυχειωμάτων αφορά καλοήγη αδενώματα του φλοιού. Τα αδενώματα αυτά σπανιότατα εμφανίζουν κλινικά χαρακτηριστικά ορμονικής υπερέκκρισης. Εντούτοις, από τον ορμονικό έλεγχο προκύπτει ότι σημαντικό ποσοστό εμφανίζει ήπια (υποκλινική) αυτόνομη έκκριση κορτιζόλης (έως 20%) ή αλδοστερόνης (6%). Το φαιοχρωμοκύττωμα αποτελεί την υποκείμενη αιτία στο 6% περίπου των τυχαίων όγκων των επινεφριδίων. Δεδομένου ότι η ύπαρξή του είναι δυνητικά επικίνδυνη, σε κάθε ασθενή με τυχειώμα επινεφριδίου απαιτείται αποκλεισμός του φαιοχρωμοκυττώματος, ιδιαίτερα αν πρόκειται να υποβληθεί σε

εγχειρητικό stress. Ο καρκίνος του φλοιού των επινεφριδίων είναι σπάνιος με συχνότητα που δεν ξεπερνά τις 6/1000. Οι μεταστάσεις αποτελούν το 15% των τυχαιωμάτων των επινεφριδίων και συνήθως ανευρίσκονται στα πλαίσια απεικονιστικού ελέγχου για σταδιοποίηση γνωστής κακοήθειας. Κάποιες φορές είναι δυνατόν να αποτελούν το αρχικό εύρημα υποκείμενης νεοπλασματικής νόσου. Η διερεύνηση ασθενούς με τυχαίωμα επινεφριδίου αποσκοπεί αφενός στον αποκλεισμό της πιθανότητας υποκείμενης κακοήθειας και αφετέρου στον καθορισμό της ενδεχόμενης εκκριτικής δραστηριότητάς του. Προς τούτο αξιολογούνται στοιχεία από το ιστορικό του ασθενούς, όπως η ύπαρξη γνωστής κακοήθειας, που πιθανόν λειτούργησε μεταστατικά και η κλινική εικόνα ύποπτων εκδηλώσεων, όπως η απώλεια βάρους, ο πυρετός, τα κοιλιακά άλγη και τα συμπτώματα πίεσης της κάτω κοίλης φλέβας. Από τον απεικονιστικό έλεγχο καθοριστικό στοιχείο είναι το μέγεθος. Σε όγκους διαμέτρου > 6cm το ποσοστό πρωτοπαθούς καρκίνου είναι περίπου 25%, και το ποσοστό καλοήθους αδενώματος είναι <15%, ενώ σε όγκους με διάμετρο < 4cm τα ποσοστά είναι 2% και > 60% αντίστοιχα. Από τα υπόλοιπα απεικονιστικά χαρακτηριστικά, η πυκνότητα του όγκου <10HU στην αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό ή <30HU με σκιαγραφικό καθώς και τα ομαλά και περιγράπτα όρια και η ομοιογενής υφή είναι ένδειξη καλοήθειας. Ασαφή όρια, ανομοιογενής υφή, παρουσία νεκρώσεων, αιμορραγίας και ασβεστώσεων αποτελούν ενδείξεις κακοήθειας. Απεικονιστικά ευρήματα διήθησης γειτονικών δομών, διογκωμένων λεμφαδένων ή μεταστάσεων αποτελούν ευρήματα κακοήθειας. Μέθοδοι περαιτέρω διερεύνησης ασθενών με μη γνωστή κακοήθεια είναι το σπινθηρογράφημα και η FNA. Η ανεύρεση σε MRI αυξημένης έντασης σήματος στην T2 ακολουθία είναι ενδεικτική κακοήθειας. Η εκκριτική δραστηριότητα ενός τυχαιώματος πρέπει να εξετάζεται, καθώς υπάρχει το ενδεχόμενο κλινικά «σιωπηλής» υπερλειτουργίας. Απαιτείται έλεγχος τόσο της φλοιώδους μοίρας των επινεφριδίων για την περίπτωση αυτόνομης υπερέκκρισης γλυκοκορτικοειδών, αλατοκορτικοειδών και στεροειδών του φύλου (κυρίως ανδρογόνων) καθώς και της μυελώδους μοίρας για την περίπτωση αυτόνομης υπερέκκρισης κατεχολαμινών. Ο έλεγχος συνίσταται στη μέτρηση μετανεφρινών και (αν είναι εφικτό) κατεχολαμινών ούρων 24ώρου, στη μέτρηση του λόγου αλδοστερόνης/ρενίνης, και στη διενέργεια μικρής αναστολής με δεξαμεθαζόνη. Θετικό αποτέλεσμα θα πρέπει να οδηγήσει στη διενέργεια περαιτέρω ελέγχου, προκειμένου να τεκμηριωθεί η ορμονική υπερέκκριση.

**Λέξεις κλειδιά:** τυχαίωμα, επινεφρίδια, αδένωμα.

# ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

**Δημήτρης Ν. Έξαρχος**

Διευθυντής ΕΣΥ, Ακτινολόγος, Τμήμα CT/MRI, Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6940723107*

*E-mail: jimexarhos@yahoo.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο ρόλος της απεικόνισης είναι να εκτιμήσει τα τυχαιώματα των επινεφριδίων με ακρίβεια, δεδομένου ότι τα περισσότερα αφορούν σε καλοήθη μορφώματα. Οι μέθοδοι απεικόνισης που έχουμε στη διάθεσή μας είναι η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία και η ποζιτρονική αξονική τομογραφία. Η διάγνωση βασίζεται στην παρουσία ή απουσία λίπους, την έκπλυση του ιωδιούχου σκιαγραφικού και στη μεταβολική δραστηριότητα των μορφωμάτων. Η λογική της εκτίμησης του λίπους εντός των μορφωμάτων βασίζεται στο ότι τα αδενώματα περιέχουν λίπος, ενώ οι μεταστάσεις δεν περιέχουν. Στην αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό οι πυκνότητες των μορφωμάτων μέχρι 10Hu είναι τυπική των αδενωμάτων με ευαισθησία 71% και ειδικότητα 98%. Η πυκνότητα 10Hu ορίζεται ως κατώφλι για τον χαρακτηρισμό των μορφωμάτων ως καλοήθη. Το 30% των αδενωμάτων δεν περιέχουν λίπος, οι πυκνότητές τους είναι > 10Hu και δεν χαρακτηρίζονται, είναι ασαφή μορφώματα. Μετά την ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού τα αδενώματα εκπλένουν το σκιαγραφικό ταχύτερα από τις μεταστάσεις. Η έκπλυση υπολογίζεται με καθυστερημένες λήψεις, στα δεκαπέντε λεπτά μετά την έγχυση του σκιαγραφικού. Ο ρυθμός έκπλυσης είναι ανεξάρτητος από την περιεκτικότητα του μορφώματος σε λίπος και επιτρέπει με μεγάλη ακρίβεια τη διάγνωση αδενωμάτων ανεξάρτητα από την ποσότητα λίπους που περιέχουν. Στη μαγνητική τομογραφία χρησιμοποιείται η τεχνική της συμφασικής/εκτός φάσης ακολουθίας, για να χαρακτηριστεί ένα μόρφωμα επινεφριδίου αδένωμα. Στα αδενώματα που περιέχουν λίπος το μαγνητικό σήμα εκπίπτει, σε αντίθεση με τις μεταστάσεις, στις οποίες δεν εκπίπτει το μαγνητικό σήμα. Το σπληνικό παρέγχυμα χρησιμοποιείται ως αναφορά στην αξιολόγηση της συμπεριφοράς του μαγνητικού σήματος των επινεφριδίων. Η μέθοδος της

ποζιτρονικής αξονικής τομογραφίας χρησιμοποιείται κυρίως για ογκολογικούς ασθενείς. Η μέθοδος υπολογίζει τη μεταβολική δραστηριότητα των μορφωμάτων μέσω της πρόσληψης του ραδιοϊσότοπου με το SUV. Οι κακοήθειες συνήθως είναι υπερμεταβολικές, με αυξημένη πρόσληψη FDG. Χαρακτηρίζει κακοήθειες με ευαισθησία μεταξύ 93-100% και ειδικότητα 80-100%. Υπάρχουν και ψευδώς αρνητικά ευρήματα, τα οποία αφορούν σε μικρά μορφώματα <1εκ και ψευδώς θετικά, που αφορούν σε φλεγμονώδη ή λοιμώδη αίτια. Όταν οι προαναφερόμενες μέθοδοι δεν επιτρέψουν το χαρακτηρισμό ενός μορφώματος στο επινεφρίδιο σε ασθενή με ιστορικό νεοπλασίας, τότε πρέπει να υποβληθεί σε βιοψία επινεφριδίου, βάσει του American College of Radiology Committee on Incidental Findings. Η συνετή χρήση των απεικονιστικών μεθόδων επιβάλλεται για τη σωστή διάγνωση και διαχείριση των τυχαιωμάτων.

**Λέξεις κλειδιά:** τυχαιώματα, επινεφρίδια, απεικόνιση.

# ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

**Στυλιανός Α. Καπίρης**

Διευθυντής, Γ΄ Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6944537488*

*E-mail: stkapiris@hotmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Επινεφριδιακό τυχαίωμα είναι επινεφριδιακή βλάβη μεγαλύτερη από 1εκ., η οποία αποτελεί τυχαίο εύρημα σε απεικονιστικό έλεγχο. Η οντότητα αυτή αναπτύχθηκε εξαιτίας της ευρείας χρήσης της υπολογιστικής ή μαγνητικής τομογραφίας καθώς και της τεχνολογικής βελτίωσης των απεικονιστικών αυτών μεθόδων. Σε ασθενείς με μονόπλευρο επινεφριδιακό τυχαίωμα η επινεφριδεκτομή ενδείκνυται σε όλες τις ορμονικά ενεργείς βλάβες, όπως το φαιοχρωμοκύτωμα, το αλδοστερόνωμα, το αδένωμα Cushing καθώς και στους περισσότερους ασθενείς με υποκλινικό Cushing. Σε ασθενείς χωρίς τεκμηριωμένο ορμονικό σύνδρομο η επινεφριδεκτομή έχει θέση, όταν η επινεφριδιακή βλάβη έχει μέγιστη διάσταση  $\geq 4$ εκ, ιδιαίτερα εάν η βλάβη έχει αυξηθεί σε μέγεθος περισσότερο από 1 εκ. κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης. Ασθενείς με κακοήγη ή ύποπτο απεικονιστικό “φαινότυπο”, πρέπει να υποβάλλονται γρήγορα σε επινεφριδεκτομή, γιατί, εάν υπάρχει φλοιοεπινεφριδιακό καρκίνωμα, αυτό εξελίσσεται ταχέως. Η ελάχιστη επεμβατική επινεφριδεκτομή (διακοιλιακή λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή συχνότερα ή οπισθοπεριτονεοσκοπική επινεφριδεκτομή σπανιότερα), συγκρινόμενη με την ανοικτή επινεφριδεκτομή, σχετίζεται με λιγότερο πόνο, λιγότερες ημέρες νοσηλείας, μικρότερη απώλεια αίματος και ταχύτερη αποκατάσταση. Η ερμηνεία του απεικονιστικού φαινότυπου σε συνδυασμό με το μέγεθος της βλάβης αποτελούν τις βασικές παραμέτρους επιλογής της προσπέλασης της επινεφριδεκτομής: Η ελάχιστη επεμβατική επινεφριδεκτομή αποτελεί το “χρυσό κανόνα” για τις μικρές βλάβες ( $\approx 4$ εκ.) με καλοήγη απεικονιστικό φαινότυπο, ενώ η ανοικτή επινεφριδεκτομή πρέπει να εκτελείται σε όλους τους ασθενείς με βλάβες  $>10$  εκ., ανεξαρτήτως φαινότυπου καθώς και στους ασθενείς με προφανή εξωεπινεφριδιακή επέκταση, ανεξαρτήτως



μεγέθους. Ασθενείς με βλάβες 5-10 εκ. αποτελούν την “γκρίζα ζώνη”, στην οποία η ελάχιστα επεμβατική επινεφριδεκτομή μπορεί να επιλεγθεί από χειρουργούς με εμπειρία στην τεχνική (κέντρα υψηλού όγκου περιστατικών) με τις προϋποθέσεις: **1)** Ότι τηρούνται οι ογκολογικοί κανόνες (πλήρης αφαίρεση του περιεπινεφριδιακού λίπους και μη διάσπαση της κάψας του αδένος) καθώς και **2)** Πρώιμη μετατροπή σε ανοικτή επέμβαση, εάν δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί πλήρης εκτομή. Ασθενείς με μονήρεις ή/και αμφοτερόπλευρες επινεφριδιακές μεταστάσεις μπορούν επίσης να αντιμετωπιστούν λαπαροσκοπικά.

**Λέξεις κλειδιά:** τυχαίωμα επινεφριδίων, φλοιεπινεφριδιακός καρκίνος, επινεφριδεκτομή, λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή, οπισθοπεριτονεοσκοπική επινεφριδεκτομή.

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΥ

**Χριστίνα Μάγκου**

Επιμελήτρια Α', Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132043124*

*E-mail: cmagkou@yahoo.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τυχαίωμα επινεφριδίου καλείται κάθε μάζα στο επινεφρίδιο που ανακαλύπτεται τυχαία σε απεικονιστικό έλεγχο, που έγινε για άλλο λόγο. Εξ ορισμού το επινεφριδικό τυχαίωμα εμφανίζεται ως τυχαίο εύρημα, συνηθέστερα σε απεικονιστικό έλεγχο (υπερηχογράφημα ή υπολογιστική τομογραφία) και δεν σχετίζεται με τοπικά συμπτώματα ούτε με οποιοδήποτε σύνδρομο που εμφανίζει ορμονική υπερέκκριση. Οποιοσδήποτε όγκος -καλοήθης ή κακοήθης- στο επινεφρίδιο μπορεί να εμφανιστεί ως τυχαίωμα επινεφριδίου. Οι συνηθέστερες καλοήθεις αλλοιώσεις είναι το αδένωμα του φλοιού των επινεφριδίων, το φαιοχρωμοκύττωμα, το μυελολίπωμα, το σβάννωμα και το γαγγλιονεύρωμα. Ιδιαίτερα το αδένωμα του φλοιού των επινεφριδίων είναι πολύ συχνό και μπορεί να εντοπιστεί, σύμφωνα με νεκροτομικές μελέτες, σε ποσοστό 10% του φυσιολογικού πληθυσμού. Επιπλέον, κύστεις αλλά και αιματώματα του επινεφριδίου μπορούν να εμφανιστούν ως τυχαιώματα. Οι κακοήθεις αλλοιώσεις είναι σπάνιες, η συχνότητά τους είναι περίπου 1/4000 των επινεφριδικών όγκων. Εδώ εντάσσονται οι όγκοι του φλοιού και του μυελού των επινεφριδίων, τα λεμφώματα των επινεφριδίων αλλά και μεταστάσεις άλλων κακοήθων νεοπλασμάτων, όπως το αδενοκαρκίνωμα του μαστού, του πνεύμονα, του νεφρού, του παχέος εντέρου αλλά και του μελανώματος ή του λεμφώματος. Η διαρκώς αυξανόμενη και εξειδικευμένη πλέον χρήση των σύγχρονων απεικονιστικών διαγνωστικών τεχνικών οδηγεί σε ολοένα αυξανόμενο αριθμό των επινεφριδικών τυχειωμάτων. Με βάση συγκεκριμένα κριτήρια (μέγεθος όγκου  $\geq 4$  εκ, ορμονοπαραγωγική ικανότητα) καθορίζεται η χειρουργική εξαίρεση ή μη του τυχειωματος και η ταυτοποίησή του από τον Παθολογοανατόμο. Η ακριβής ταυτοποίηση του εξαιρεθέντος τυχειωματος κατά την

παθολογοανατομική εξέταση είναι απαραίτητη και καθοριστική για την κατάλληλη αντιμετώπιση και τη βέλτιστη κλινική έκβαση του ασθενούς.

**Λέξεις-κλειδιά:** επινεφρίδιο, τυχαιώματα, αδενώματα.

## **Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΟΥ ΑΓΩΝΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΓΩΝΙΑΣ ΤΟΥ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

**Κυριακή Πισσάκη**

Νοσηλεύτρια, Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041850*

*E-mail: sarbros@otenet.gr*

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας ισοδυναμούσε με θανατική καταδίκη. Σήμερα, χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, το οξύ πρόβλημα μετατρέπεται σε χρόνια, ενώ αυξάνεται καθημερινά και η πιθανότητα ίασης του. Κάθε ασθένεια έχει τις ιδιαιτερότητες της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και την οικογένεια αυτού. Οι αντιδράσεις ποικίλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων και ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες. Τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την ασθένεια, όπως η φύση, η σοβαρότητα, η προβλεψιμότητα της πορείας της, τα είδη της θεραπείας και οι κοινωνικές προκαταλήψεις που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν. Τους παράγοντες, που συνοδεύονται με τη χρονική στιγμή που εμφανίζεται η ασθένεια στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου (βρεφική, νηπιακή, σχολική, εφηβική, νεανική, μέση, τρίτη ηλικία). Τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικό, οικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδο, η προσωπικότητα και η υποστηρικτικότητα. Οι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το υποκειμενικό βίωμα της ασθένειας, ενώ ταυτόχρονα παρεμποδίζουν ή διευκολύνουν την προσαρμογή του αρρώστου σε αυτή. Κάθε χρόνια ή σοβαρή ασθένεια διακρίνεται σε φάσεις και κάθε φάση χαρακτηρίζεται, από συγκεκριμένες προκλήσεις ή έργα, που εμφανίζονται στο ψυχολογικό-κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο που απαιτούν διευθέτηση, ώστε ο

άρρωστος και η οικογένεια του να προσαρμοστούν στις συγκεκριμένες συνθήκες που επιβάλλει η ασθένεια και η θεραπεία της. Οι φάσεις αυτές είναι η **προδιαγνωστική φάση**, η **οξεία φάση**, η **χρόνια φάση** η **φάση ανάρρωσης – αποθεραπείας** και η **τελική φάση**. Παρόλα αυτά ο ασθενής καλείται να περάσει από διάφορα στάδια (άρνησης – θυμού – διαπραγμάτευσης – κατάθλιψης – αποδοχής. Βάρος ασθένειας– θάνατος. Ανάγκη για ένα καλό θάνατο). Ανάγκη για ελπίδα πέρα από το θάνατο οφείλουμε να βλέπουμε κάθε άρρωστο μέχρι την τελευταία του πνοή ως άνθρωπο που ζει.

**Λέξεις κλειδιά:** αγωνία, υποστήριξη, βοήθεια.

### ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

## ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Γεωργία Τουρούκη

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Α' Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977478923

E-mail: gtourouki@gmail.com

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η υγεία είναι ένας χώρος που συνεχώς προοδεύει και εξελίσσεται και φυσικά τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του κοινωνικού συνόλου. Στα πλαίσια αυτής της ανάπτυξης τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο χρησιμοποιούνται τα ηλεκτρονικά συστήματα για την τεκμηρίωση της νοσηλευτικής φροντίδας. Τα συστήματα αυτά είναι ένας συνδυασμός της επιστήμης, της πληροφορικής και της επιστήμης της νοσηλευτικής, που αποσκοπεί στην καλύτερη διαχείριση των νοσηλευτικών πληροφοριών αλλά και γνώσεων. Απώτερος στόχος είναι η ενίσχυση της νοσηλευτικής πρακτικής και κατά συνέπεια η ποιότητα, η προσβασιμότητα και η αποδοτικότητα στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. **ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει το ρόλο και τη σημασία της ηλεκτρονικής τεκμηρίωσης στη νοσηλευτική φροντίδα. Επιπλέον, να παρουσιάσει τα σύγχρονα συστήματα ηλεκτρονικής νοσηλευτικής τεκμηρίωσης καθώς και τα οφέλη και τις δυσχέρειες εφαρμογής τους. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της βιβλιογραφίας σε ελληνικά και διεθνή επιστημονικά περιοδικά. Ανακλήθηκαν οι σχετικές ανασκοπικές και ερευνητικές μελέτες από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (medline, pubmed). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η νοσηλευτική τεκμηρίωση είναι απαραίτητη για την παροχή ασφαλούς και ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η ενσωμάτωσή της στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς οδηγεί σε τυποποίηση της

καθημερινής φροντίδας που σημαίνει πρόληψη των λαθών και ακριβή καθορισμό των νοσηλευτικών στόχων. Επιπλέον, παρέχει τη δυνατότητα καλύτερης οργάνωσης και ανάκτησης των πληροφοριών που σχετίζονται με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα βελτιώνοντας έτσι τη διεπιστημονική επικοινωνία τόσο μεταξύ των νοσηλευτών όσο και ολόκληρης της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Οι δυσκολίες εφαρμογής της ηλεκτρονικής νοσηλευτικής τεκμηρίωσης είναι πολλές. Ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών, παρουσιάζουν άρνηση στη χρήση της νέας τεχνολογίας αλλά και γενικότερα σε ότι διαφοροποιεί την παραδοσιακή εφαρμογή της νοσηλευτικής. Αίτια αυτής της συμπεριφοράς είναι: **α)** Η δυσπιστία για τη δυνατότητα της ηλεκτρονικής τεχνολογίας στην κλινική πράξη και την ουσιαστική συμβολή της στη διετέλεση του νοσηλευτικού έργου, **β)** η έντονη ανασφάλεια ως προς την προσωπική επάρκεια στη χρήση του Η/Υ, **γ)** η μειωμένη στελέχωση των νοσηλευτικών μονάδων που δημιουργεί προβλήματα στην εκπαίδευση και εξοικείωση με το ηλεκτρονικό πρόγραμμα και **δ)** για τη χώρα μας η έλλειψη οράματος των νοσηλευτών και η μη αναγνώριση της προσφοράς τους. Έτσι, πέρα από την εκπαίδευση στη χρήση των Η/Υ που θα αυξήσει την εμπιστοσύνη του προσωπικού και θα μειώσει το άγχος, πρέπει να δοθούν και τα απαραίτητα κίνητρα. Επίσης σημαντική είναι η συμμετοχή του προσωπικού σε όλα τα στάδια εφαρμογής, η οποία θα αυξήσει ακόμα περισσότερο την εμπιστοσύνη του και τελικά την αποδοχή αυτών των οργανωτικών αλλαγών.

**Λέξεις κλειδιά:** νοσηλευτική τεκμηρίωση, ηλεκτρονικά νοσηλευτικά αρχεία, νοσηλευτική πληροφορία, εμπόδια εφαρμογής.

# ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΔΕΣΜΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΥΠΟΚΙΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ

**Βασιλική Ντόγκα<sup>1</sup>, Φωτεινή Κατσιγιάννη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Υπεύθυνη Γραφείου Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

<sup>2</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-  
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*B. Ντόγκα*

*Τηλ.: 2105725980, 6945087117*

*E-mail: vdogo@yahoo.gr*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η οργανωσιακή δέσμευση εκφράζει τη σχέση του ατόμου με τον οργανισμό στον οποίο εργάζεται. Τα τελευταία χρόνια έχει αναγνωριστεί τόσο η σπουδαιότητά της όσο και η αναγκαιότητά της για την αποδοτική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Στη νοσηλευτική, η οργανωσιακή δέσμευση συνδέεται με χαμηλό ρυθμό αποχωρήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του. Τα χαμηλά επίπεδα νοσηλευτικής στελέχωσης μπορεί να οδηγήσουν σε υψηλότερη θνησιμότητα, αύξηση των ποσοστών λοιμώξεων, επιμήκυνση του χρόνου νοσηλείας, αλλά και αύξηση των φαρμακευτικών λαθών και ατυχημάτων. Επίσης, αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν, ότι όταν υπάρχουν υψηλά επίπεδα υποκίνησης στους νοσηλευτές, αυξάνεται σημαντικά και η εργασιακή τους απόδοση. Έχει λοιπόν, ζωτική σημασία για τα νοσηλευτικά ιδρύματα να ενισχύσουν τα κίνητρα και να μειώσουν τις παραιτήσεις, καθώς κάθε εργαζόμενος που αποχωρεί παίρνει μαζί του πολύτιμες γνώσεις και εμπειρία που αποκτήθηκαν στη συγκεκριμένη δομή, αναγκάζοντας τους οργανισμούς να σπαταλούν τόσο χρόνο, όσο και πόρους για την εκ νέου εκπαίδευση άλλων εργαζομένων. **ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση: **α)** των παραγόντων υποκίνησης του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την άσκηση του έργου του, **β)** του βαθμού της οργανωσιακής



δέσμευσης του νοσηλευτικού προσωπικού με έμφαση και στις τρεις διαστάσεις της (συναισθηματική, συνεχής, κανονιστική), **γ)** της σχέσης μεταξύ της οργανωσιακής δέσμευσης και των διαφόρων παραγόντων υποκίνησης του νοσηλευτικού προσωπικού, **δ)** τη συσχέτιση της οργανωσιακής δέσμευσης και των παραγόντων υποκίνησης, με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη δείγματος. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η έρευνα έλαβε χώρα στο νοσοκομείο Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ», περίπου από 15 Δεκεμβρίου έως 20 Μαρτίου 2015. Διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια στο νοσηλευτικό προσωπικό (βαθμίδων Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης-ΠΕ, Τεχνολογικής Εκπαίδευσης-ΤΕ και Βοηθών νοσηλευτών Διαιτούς Εκπαίδευσης-ΔΕ) και συμπληρώθηκαν 353 (ποσοστό ανταπόκρισης 78,4%). Συγκεκριμένα: **α)** για την εκτίμηση της Οργανωσιακής Δέσμευσης, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Three Component Model (TCM) of Employee Commitment Survey-Academic Users Guide 2004» των Meyer and Allen, (Department of Psychology, University of Western Ontario). **β)** για τον καθορισμό των παραγόντων υποκίνησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Αξιολόγησης των Επιθυμητών Παραγόντων Υποκίνησης» του Δ. Μανωλόπουλου (2008). **γ)** δημιουργήθηκε σύντομο ερωτηματολόγιο για την καταγραφή των δημογραφικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών του δείγματος. Η εσωτερική αξιοπιστία τους ελέγχθηκε με το συντελεστή Cronbach's-α. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 19.0. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση διάρκεια προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο ήταν 13,4 έτη (SD=9,5 έτη). Οι παράγοντες που μπορεί να υποκινήσουν το νοσηλευτικό προσωπικό για τη βελτίωση της εργασιακής τους απόδοσης, κατά φθίνουσα σειρά, είναι: Η επικοινωνία και η συνεργασία στο εργασιακό περιβάλλον, οι συνθήκες εργασίας, η συνεχής ενημέρωση και επιμόρφωση με στόχο την επαγγελματική επάρκεια, καθώς και η δημιουργική εργασία. Χαμηλότερα στη λίστα των παραγόντων βρέθηκαν οι ευκαιρίες ανάπτυξης στον τομέα ειδικότητας καθώς και ο μισθός. Επίσης, η ηλικία των συμμετεχόντων συσχετίστηκε αρνητικά με τον παράγοντα «μισθός». Όσον αφορά στην οργανωσιακή δέσμευση, το νοσηλευτικό προσωπικό χαρακτηρίζεται από υψηλό συνολικό βαθμό δέσμευσης (περισσότερο δέσμευση λόγω συνέχειας με το νοσοκομείο, σε μικρότερο βαθμό συναισθηματική δέσμευση και ακόμα λιγότερο κανονιστική δέσμευση). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με σχετικές έρευνες στον Ελλαδικό και διεθνή χώρο. Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ όλων των διαστάσεων δέσμευσης. Η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας συσχετίστηκαν θετικά με τη συναισθηματική και τη συνεχή δέσμευση,

ενώ η ύπαρξη παιδιών συσχετίστηκε μόνο με τη συνεχή. Ο παράγοντας υποκίνησης «μισθός» παρουσίασε ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την κανονιστική δέσμευση, ενώ η «δημιουργική εργασία», παρουσίασε ισχυρή θετική συσχέτιση μόνο με τη συναισθηματική δέσμευση. Οι παράγοντες υποκίνησης «ευκαιρίες ανάληψης ευθυνών και πρωτοβουλιών» και η «ικανοποίηση κοινωνικών αναγκών», παρουσίασαν ισχυρή θετική συσχέτιση τόσο με τη συναισθηματική όσο και με τη κανονιστική δέσμευση. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.** Είναι απαραίτητο να εφαρμοστούν πολιτικές ενίσχυσης των εργασιακών κινήτρων και της οργανωσιακής δέσμευσης των εργαζομένων, με σκοπό την ικανοποίηση του εργαζομένου από την εργασία του αλλά και το όφελος των υπηρεσιών υγείας. Τα νοσοκομεία θα επωφεληθούν από την ύπαρξη οργανωτικής αφοσίωσης, λόγω των χαμηλότερων ρυθμών των μετακινήσεων των εργαζομένων από οργανισμό σε οργανισμό, την υιοθέτηση θετικών εργασιακών συμπεριφορών και τελικά την καλύτερη απόδοση, την ποιότητα στην εργασία αλλά και την εξοικονόμηση πόρων.

**Λέξεις κλειδιά:** οργανωσιακή δέσμευση, υποκίνηση, νοσηλευτικό προσωπικό, απόδοση, εργασιακή ικανοποίηση.

# ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Παναγιώτα Σταύρου<sup>1</sup>, Αικατερίνη Δερίλα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γναθοχειρουργικό-Στοματολογικό-Οδοντιατρικό Εξωτερικό Ιατρείο,  
Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Π. Σταύρου*

*Τηλ.: 6932484244*

*E-mail: giotastavrou58@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Στον ελληνικό χώρο ελάχιστα μόνο νοσοκομεία διαθέτουν εξωτερικό τακτικό στοματολογικό ιατρείο. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της συμβολής ενός τέτοιου ιατρείου για την εύρυθμη λειτουργία ενός μεγάλου νοσοκομείου, καθώς και στην πρόληψη της δημόσιας υγείας. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έγινε αναδρομική μελέτη και επεξεργασία των δεδομένων από τη διήμερη εβδομαδιαία λειτουργία του τακτικού εξωτερικού στοματολογικού ιατρείου του Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» για το έτος 2014. Διερευνήθηκαν το φύλο, η ηλικία, ο αριθμός επανεξετάσεων, η κλινική διάγνωση, ο αριθμός βιοψιών και οι παραπομπές σε άλλες ειδικότητες. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά εξετάστηκαν 590 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας τα 58 έτη. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών διεγνώσθη με νοσήματα αντιδραστικής/τραυματικής αιτιολογίας (16,97%), ενώ πολύ μεγάλο ήταν και το ποσοστό ασθενών με νοσήματα ανοσολογικής αρχής (12,88%), λοιμώδη-μεταδοτικά νοσήματα (11,04%), αλλά και με προκαρκινικές βλάβες και καρκίνο της στοματικής κοιλότητας (6,34%). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από το μεγάλο αριθμό ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στην περίοδο ενός έτους, αναλογικά με τις ημέρες λειτουργίας του τακτικού στοματολογικού ιατρείου, αναδεικνύεται η αναγκαιότητα της λειτουργίας του. Επιπλέον, η συμβολή του στην πρόληψη της δημόσιας υγείας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική δεδομένου ότι συνέβαλε τα μέγιστα στην έγκαιρη διάγνωση προκαρκινικών βλαβών και καρκινικών βλαβών. Άλλωστε η διάγνωση για πρώτη φορά ενός μεγάλου αριθμού ανοσολογικών νοσημάτων μέσα από τις εκδηλώσεις

τους στη στοματική κοιλότητα καταδεικνύει και τη συμβολή του σε περιπτώσεις διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων. Τέλος, η συμβολή των Στοματολόγων στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των νοσηλευόμενων ασθενών είναι ιδιαίτερα σημαντική, δεδομένου ότι επιπλοκές όπως η χημειο-ακτινο-βλεννογονίτιδα σε ασθενείς με καρκίνο του στόματος, αλλά και επιπλοκές από τη φαρμακολογική θεραπεία των ασθενών αυτών, όπως η οστεονέκρωση απαιτούν εξειδίκευση.

**Λέξεις κλειδιά:** στοματολογία, βλάβες στόματος, ξηροστομία.

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΣ**  
**ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2014: ΣΚΟΠΟΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**  
**ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΤΟΥΣ**

**Θεοδώρα Μπαμπούρη<sup>1</sup>, Παναγιώτα Τσαγγαλά<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>MSc, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας,

<sup>2</sup>Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Γραφείο Καταγραφής Νεοπλασιών, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Π. Τσαγγαλά*

*Τηλ.: 6944676932*

*E-mail: g\_tsangala@yahoo.gr*

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη, συγκεκριμένα στη χώρα μας είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος. Για το λόγο αυτό η Υγειονομική πολιτική της χώρας, τα συμπεράσματα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την καταπολέμηση του καρκίνου και η συνεισφορά του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου έκριναν επιτακτική την ανάγκη δημιουργίας του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών για τη χάραξη στοχευόμενων και επιτυχών πολιτικών υγείας. Άρχισε να λειτουργεί ουσιαστικά από τον Ιούνιο του 2008 βασισμένο στην εθελοντική συμμετοχή των παθολογοανατομικών εργαστηρίων. Τα στοιχεία τα οποία συλλέχθηκαν αφορούσαν μόνο το 30% των νέων περιπτώσεων καρκίνου της χώρας μας ετησίως. Έτσι μελετώντας τη βιβλιογραφία και υιοθετώντας τη διεθνή εμπειρία η ανάπτυξη βασίστηκε στη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων μέσω των καταγραφών του κάθε νοσοκομείου. Η καταγραφή γίνεται διαδικτυακά ακολουθώντας τις υποδείξεις της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Η επίσημη ημερομηνία καταγραφής στο νοσοκομείο μας ορίστηκε η 01/01/2014. **ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συστηματική συλλογή δεδομένων της, κατά αιτίας, νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρκίνο, η παρακολούθηση και η διαχρονική εξέλιξη του καρκίνου, η αποτύπωση της γεωγραφικής κατανομής, ο προσδιορισμός των ομάδων πληθυσμού με μεγαλύτερο κίνδυνο, η παρακολούθηση των ποσοστών επιβίωσης, η αξιολόγηση των προγραμμάτων προσυμπτωματικού και

συμπτωματικού ελέγχου, η διεξαγωγή επιδημιολογικών και κλινικών μελετών. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στην έρευνα συμμετείχαν οι ασθενείς που προσήλθαν είτε για διάγνωση είτε για διάγνωση και θεραπεία στο Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ». Η ημερομηνία διάγνωσης των νεοπλασιών αφορά του έτος 2014. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το έντυπο καταγραφής νεοπλασιών του Ε.Α.Ν. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελείτο από 2.813 περιστατικά νεοπλασιών και το 90% αυτών έχει ελεγχθεί και κωδικοποιηθεί από το Ε.Α.Ν. Το εύρος της ηλικίας κυμαινόταν από 17 έως 98 ετών. Ο αριθμός των περιστατικών αφορά πρωτοπαθείς και δεύτερες πρωτοπαθείς εντοπίσεις σε όλα τα όργανα. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μετά την ολοκλήρωση της καταγραφής για το έτος 2014 παρατηρήθηκε μεγάλος αριθμός περιστατικών καρκίνου του δέρματος, του παχέος εντέρου, του αιμοποιητικού συστήματος-λεμφικού ιστού και του προστάτου. Από το μικρό ποσοστό συμπλήρωσης συνήθειας καπνίσματος του μελετώμενου πληθυσμού παρατηρήθηκε ότι 43 ογκολογικοί ασθενείς ήταν καπνιστές και 47 πρώην καπνιστές.

**Λέξεις κλειδιά:** καρκίνος, νεοπλασία, Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».

## ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ

Σοφία Δημοπούλου<sup>1</sup>, Αικατερίνη Ζώγα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια MSc, Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

<sup>2</sup>Νοσηλεύτρια MSc, Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική  
Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Σ. Δημοπούλου

Τηλ.: 6978057699

E-mail: skdimopoulou@yahoo.gr

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι εμφυτεύσιμες συσκευές είναι δύο ειδών: Βηματοδότες και απινιδωτές. Η εμφύτευση βηματοδότη ενδείκνυται σε ασθενείς με βλάβη του φλεβοκόμβου, βλάβη του συστήματος αγωγής και σε διατακτική και υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια. Ο απινιδωτής εμφυτεύεται για την καταστολή κακοηθών αρρυθμιών (κοιλιακής ταχυκαρδίας, κοιλιακής μαρμαρυγής) και για την πρόληψη του αιφνίδιου θανάτου. Ωστόσο, παρόλο που αυτές οι συσκευές παρατείνουν τη διάρκεια ζωής των ασθενών, φαίνεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους, δεδομένου ότι εγκυμονούν συχνά προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως άγχος και κατάθλιψη.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα μελέτη ήταν να διερευνήσει **α)** την ένταση άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με εμφυτεύσιμες συσκευές και **β)** τη συσχέτιση τους με κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 200 άτομα που υπεβλήθησαν σε αρχική εμφύτευση βηματοδότη ή απινιδωτή, σε αντικατάσταση ή και σε έλεγχο αυτών. Πρόκειται για συγχρονική μελέτη, διάρκειας 3 μηνών, που πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ». Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω

της συμπλήρωσης από τους ασθενείς της κλίμακας *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS) και *Zung Self-Rating Depression Scale* (SDS), μετά την τοποθέτηση, την αντικατάσταση ή τον έλεγχο των εμφυτεύσιμων συσκευών. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS 19 και τις δοκιμασίες t-test, anova και  $\chi^2$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα 200 άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη, στα 133 εμφυτεύτηκε βηματοδότης και στα 67 απινιδωτής. Διαπιστώθηκε ότι, το 54,5% & 51.5% του υπό μελέτη πληθυσμού παρουσιάζει φυσιολογικά επίπεδα (score<40) άγχους και κατάθλιψης αντίστοιχα. Από την μελέτη προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έντασης του άγχους και του γυναικείου φύλου ( $p=0,023$ ), των αναλφάβητων ( $p<0,001$ ), των ασθενών με παιδιά άνω των 18 ετών ( $p=0,034$ ), αυτών που ζουν μόνοι τους ( $p=0,050$ ), αυτών που είναι λίγο ή καθόλου ενημερωμένοι για το πρόβλημα της υγείας τους ( $p=0,019$ ) ή για τη φαρμακευτική αγωγή στην οποία υποβάλλονται ( $p=0,017$ ) και αυτών που πάσχουν από υπέρταση ( $p=0,010$ ) ή άλλη καρδιακή νόσο ( $p=0,050$ ). Επίσης οριακά στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της έντασης του άγχους των ασθενών υποβλήθηκαν σε εμφύτευση συσκευής λόγω συγκοπής ( $p=0,055$ ). Επιπλέον βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έντασης της κατάθλιψης και των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών ( $p=0,038$ ), των αναλφάβητων ( $p=0,005$ ), των ασθενών με παιδιά άνω των 18 ετών ( $p=0,039$ ) και των ασθενών στους οποίους έγινε αντικατάσταση απινιδωτή ( $p=0,040$ ). Από τον ποιοτικό έλεγχο τέλος προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έντασης της κατάθλιψης και των ασθενών που λαμβάνουν β-αναστολείς ( $p=0,029$ ) και αυτών στους οποίους έγινε εμφύτευση βηματοδότη ( $p=0,034$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με εμφυτεύσιμες συσκευές παρουσιάζουν ως επί το πλείστον φυσιολογικά επίπεδα άγχους ή/και κατάθλιψης. Ωστόσο, σε κάποιες ομάδες ασθενών υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης άγχους ή καταθλιπτικής διαταραχής. Μετά την εμφύτευση των συσκευών απαιτείται τακτική παρακολούθηση των ασθενών, καθώς και ψυχολογική υποστήριξη. Η αξιολόγηση της έντασης του άγχους και της κατάθλιψης αποτελεί μια σπουδαία ιατρική παρέμβαση με πληθώρα θετικών εκβάσεων για τον ασθενή, τόσο για τη σωματική όσο και την ψυχική του υγεία.

**Λέξεις κλειδιά:** εμφυτεύσιμες συσκευές, άγχος, κατάθλιψη, βηματοδότης/απινιδωτής.



**ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΜΗ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ****Καλλιόπη Προκοπάκη**

Παιδοψυχίατρος, Επιμελήτρια Α', Παιδοψυχιατρικό Τμήμα,  
Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2107519550*

*E-mail: kallprok@yahoo.gr*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ο όρος «ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις» (ΨΜΕΚ) περιγράφει επεισόδια που, αν και μοιάζουν με επιληπτικές κρίσεις, αποτελούν σωματική εκδήλωση ψυχικής δυσφορίας χωρίς νευρολογική βάση. Η διαφοροποίηση της επιληψίας από τις ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις είναι δύσκολη. Επί πλέον, στο 25% των περιπτώσεων ΨΜΕΚ συνυπάρχουν επιληπτικές κρίσεις. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει επιληπτικές κρίσεις χωρίς ΗΕΓ ευρήματα, (π.χ. υπερκινητικές κρίσεις του μετωπιαίου λοβού) και παροξυσμικά επεισόδια που οφείλονται σε άλλες οργανικές διαταραχές. Η ψυχιατρική συνοσηρότητα είναι αυξημένη, τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικους, με προεξάρχουσες διαταραχές την κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές και την μετατραυματική διαταραχή λόγω κακοποίησης. Πρώτο βήμα στην αξιολόγηση των ΨΜΕΚ αποτελεί ο πλήρης οργανικός και νευρολογικός έλεγχος. Το ΗΕΓ, σε περίπτωση ΨΜΕΚ, δεν θα πρέπει να καταγράφει κατά την διάρκεια του παροξυσμικού επεισοδίου επιληπτικού τύπου εκφορτίσεις. Η παρουσία α-ρυθμού στο ΗΕΓ ενώ ο ασθενής παρουσιάζει απάθεια και αμνησία είναι παθολογική για ΨΜΕΚ. Ενδεικνύομενη διαγνωστική δοκιμασία είναι η καταγραφή σε βίντεο, παράλληλα με την εκτέλεση ΗΕΓ (βίντεο-ηλεκτροεγκεφαλογράφημα). Τυπική καταγραφή κρίσεως στο βίντεο χωρίς παράλληλα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά

ευρήματα υποστηρίζει την διάγνωση. Ορισμένα χαρακτηριστικά των κινητικών φαινομένων της «κρίσης» σχετίζονται ιδιαίτερα με ψυχογενείς-μη-επιληπτικές κρίσεις, όπως πολύ βαθμιαία έναρξη ή τερματισμός της κρίσης, ψευδοϋπνος, ασυνέχεια (σταμάτημα-ξεκίνημα) και άρρυθμη ή ασύγχρονη δραστηριότητα, κούνημα του κεφαλιού δεξιά-αριστερά, ανοιγοκλείσιμο των ματιών, οπισθότονος, τραυλισμός και κλάμα, καθώς και η τροποποίηση ή παύση του επεισοδίου από χειρισμούς των παρισταμένων. Πάντως, τα παραδοσιακά θεωρούμενα ως διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία όπως η απουσία τραυματισμού μετά από πτώση, απουσία απώλειας συνείδησης, απουσία απώλειας ούρων-κοπράνων, έκλυση μετά από υποβολή ή στρες και αυξημένα επίπεδα προλακτίνης, δεν έχει επιβεβαιωθεί ότι διακρίνουν μεταξύ «ψυχογενών» και «πραγματικών» κρίσεων. Η διαχείριση των ΨΜΕΚ βασίζεται στην διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ ψυχιάτρου και νευρολόγου. Πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση αποτελεί η ανακοίνωση της διάγνωσης, που θα πρέπει να γίνεται από τον ειδικό που έκανε την αξιολόγηση, με σεβασμό προς τον ασθενή και αναγνώριση των δυσκολιών του. Καλό θα είναι, πριν το βίντεο-ΗΕΓ, να προηγηθεί μία συζήτηση για την πιθανότητα ΨΜΕΚ. Απαιτείται πλήρης ψυχιατρική εκτίμηση. Οι ασθενείς συχνά αρνούνται να δεχθούν ψυχιατρική εξέταση και θεραπεία, γεγονός που οφείλεται τόσο σε δικές τους ιδιαιτερότητες, όσο και στην ακατάλληλη προσέγγιση εκ μέρους των ειδικών. Είναι αναγκαίο το να εγκαθιδρυθεί θεραπευτική συμμαχία που βασίζεται στην ειλικρίνεια, στην εμπιστοσύνη και στην αποδοχή, να καθοριστεί ο ρόλος του ψυχιάτρου και να εξηγηθούν οι δυσκολίες στην διάγνωση. Θα πρέπει να τονιστεί ότι «ψυχογενής» δεν σημαίνει προσποίηση. Η θεραπεία μπορεί να είναι φαρμακευτική, όταν στοχεύει σε συνοσηρές ψυχιατρικές διαταραχές, ή ψυχολογικού-ψυχοθεραπευτικού τύπου. Μακροπρόθεσμες έρευνες δείχνουν ότι σε μεγάλο αριθμό ασθενών η διαταραχή παραμένει, με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και στη λειτουργικότητα. Η έκβαση των ΨΜΕΚ στα παιδιά είναι καλύτερη απ' ό,τι στους ενήλικους. Η διάγνωση συχνά καθυστερεί αρκετά χρόνια, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να λαμβάνουν μη-αναγκαία φαρμακευτική αγωγή και να στερούνται την κατάλληλη ψυχιατρική αντιμετώπιση.

**Λέξεις κλειδιά:** ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις.

## **ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΩΣ ΠΡΩΙΜΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

**Ελένη Αλεξίου<sup>1</sup>, Άννα Μαρία Μούζακ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νευρολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Νευρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*A-M. Μούζακ*

*Τηλ.: 6944727297*

*E-mail: annamarianeuro@gmail.com*

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Οι επιπλοκές από το Κεντρικό και Περιφερικό Νευρικό Σύστημα είναι συχνές στα συστηματικά νοσήματα. Ιδιαίτερο διαγνωστικό ενδιαφέρον προκύπτει όταν οι νευρολογικές εκδηλώσεις προηγούνται εβδομάδες, μήνες ή και έτη πριν ακόμα τεθεί η κλινική κι εργαστηριακή τεκμηρίωση του βασικού νοσήματος. Το φάσμα των πρώιμων νευρολογικών διαταραχών είναι ευρύ και περιλαμβάνει την εγκεφαλοπάθεια, τις αγγειακές βλάβες, τις επιληπτικές κρίσεις, την χορεία, τον παρκινσονισμό, τον τρόμο, την πολυνευροπάθεια, την μυοπάθεια και τα μυασθενικά σύνδρομα. Η βαρύτητα των πρώιμων συμπτωμάτων ποικίλει. Συνήθως η εκδήλωση τους είναι αιφνίδια με προοδευτική επιδείνωση ή και με υποτροπές, η δε ανταπόκρισή τους στη συνήθη φαρμακευτική αγωγή μέτρια έως απύσχα. Ιδιαίτερη κατηγορία αποτελούν τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα, τα οποία συνδέονται άμεσα και με την παρουσία ειδικών ογκονευρωνικών αντισωμάτων. Στην παρούσα ομιλία παρουσιάζονται μέσω πινάκων οι κύριες πρόδρομες νευρολογικές εκδηλώσεις όλων των συστηματικών νοσημάτων, καθώς και το αναστρέψιμο της εξέλιξής τους. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται ενδεικτικά σε παθήσεις με πλούσια πρώιμη νευρολογική συμπτωματολογία. Το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, οι διαταραχές μνήμης και η καλοήθης ενδοκράνιος υπέρταση εμφανίζονται πριν την εγκατάσταση των αιματολογικών διαταραχών της σιδηροπενικής αναιμίας. Ομοίως η άνοια, η

κατάθλιψη, η οξεία ψύχωση, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η μυελοπάθεια, η αισθητικοκινητική πολυνευροπάθεια και η αυτόνομη νευροπάθεια προηγούνται στο 50% ασθενών με έλλειψη βιταμίνης B12 πριν την αιματολογική τεκμηρίωση της νόσου. Η κεφαλαλαγία, η εγκεφαλοπάθεια, η μυοπάθεια και ο τρόμος είναι δυνατόν να αποτελέσουν τα πρόδρομα συμπτώματα των παθήσεων του θυρεοειδούς, ενώ ο υπερπαραθυρεοειδισμός είναι δυνατόν να υποδυθεί νόσο κινητικού νευρώνα. Στην νόσο Addison προηγούνται συγχυτικά επεισόδια προσομοιάζοντα με κρίσεις “E” ή και οπτικές ψευδαισθήσεις. Στην νόσο Whipple η νευρολογική συμπτωματολογία μπορεί να προηγηθεί έως κι ένα έτος της διάγνωσης και χαρακτηρίζεται από διαταραχές μνήμης, σύγχυση, χορεία, μυόκλονο, παρεγκεφαλιδική αταξία, εξωπυραμιδική σημειολογία και οφθαλμοπληγία. Στην νόσο Crohn είναι δυνατόν να προηγηθούν των εντερικών εκδηλώσεων οπτική νευρίτιδα ή περιφερική νευροπάθεια. Οργανικό ψυχοσύνδρομο, χορεία, παρκινσονισμός, πολλαπλή μονονευρίτιδα αποτελούν συχνή πρώιμη εκδήλωση του συστηματικού ερυθρηματώδη λύκου. Στην πρωτογενή λοίμωξη με HIV τα νευρολογικά συμπτώματα ως πρώτη εκδήλωση είναι ασυνήθη. Κατά την οροαρνητική φάση έχουν περιγραφεί μονονευρίτιδα, μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, σύνδρομο Guillain-Barré, γνωσιακές διαταραχές και ψύχωση. Εν γένει, τα συστηματικά νοσήματα θα πρέπει να περιλαμβάνονται στην διαφορική διάγνωση των νευρολογικών παθήσεων ιδιαίτερα όταν αυτές εκδηλώνονται εκτός του συνήθους πλαισίου ηλικίας και των κλασσικών παραγόντων κινδύνου.

**Λέξεις κλειδιά:** πρώιμες νευρολογικές εκδηλώσεις, συστηματικά νοσήματα.

## ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΙΚΤΕΡΟΥ

### ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΙΚΤΕΡΟΥ

**Ιωάννης Β. Καλογερόπουλος**

Διευθυντής, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041972*

*E-mail: johnkalog@yahoo.gr*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ίκτερος είναι η χαρακτηριστική κλινική εκδήλωση της αυξημένης χολερυθρίνης του αίματος, δηλαδή η κίτρινη χρώση του δέρματος και των βλεννογόνων, που οφείλεται σε ιστική εναπόθεση της χολερυθρίνης. Κλινικά είναι έκδηλος όταν η τιμή της χολερυθρίνης είναι πάνω από 2 mg/dl. Κίτρινη χρώση δέρματος εκδηλώνεται όταν η τιμή της χολερυθρίνης είναι συνήθως >3 mg/dl. Υπίκτερος ονομάζεται ο ελαφρός ίκτερος, συνήθως με τιμές χολερυθρίνης μεγαλύτερες των 2 mg/dL, που αναζητείται ευκολότερα στον σκληρό χιτώνα του οφθαλμού. Εάν ο ίκτερος είναι έντονος και διαρκεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, η κίτρινη χροιά του δέρματος μεταβάλλεται σε κιτρινοπράσινη. Η χολερυθρίνη είναι το προϊόν της αποδόμησης της αιμοσφαιρίνης των γερασμένων ερυθρών και άλλων πρωτεϊνών που περιέχουν αίμη. Παράγεται στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα, κύρια σπληνός, ήπατος και μυελού των οστών. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες τα 70% της χολερυθρίνης προέρχονται από τη διάσπαση της αιμοσφαιρίνης των γερασμένων ερυθρών κυττάρων της κυκλοφορίας, 20% από άλλες αιμοπρωτεϊνες (πχ μιοσφαιρίνη) και 10% από την αιμοσφαιρίνη προδρόμων μορφών ερυθρών αιμοσφαιρίων ή ερυθρών που καταστρέφονται στη θέση παραγωγής τους (μη αποτελεσματική ερυθροποίηση). Η ασύζευκτη (έμμεση) χολερυθρίνη απελευθερώνεται στο πλάσμα στενά συνδεδεμένη

με αλβουμίνη και φθάνει στο ήπαρ για να απομακρυνθεί από την κυκλοφορία. Προσλαμβάνεται από τα ηπατοκύτταρα, όπου με την επίδραση του ενζύμου γλυκουρονύλ-τρανσφεράση συνδέεται με το γλυκουρονικό οξύ και μεταρέπεται σε άμεση (συνεξευγμένη) χολερυθρίνη. Η άμεση χολερυθρίνη απεκκρίνεται στη χολή, η οποία μέσω των χοληφόρων ρέει στο δωδεκαδάκτυλο. Με την είσοδο της στο έντερο η χολερυθρίνη υφίσταται εντεροηπατικό κύκλο. Η άμεση χολερυθρίνη όταν φθάσει στον τελικό ειλεό και το παχύ έντερο μεταβολίζεται από τη πλούσια μικροβιακή χλωρίδα σε ουροχολινογόνο. Μέρος του ουροχολινογόνου μεταβολίζεται περαιτέρω σε ουροχολίνη, που αποβάλλεται με τα κόπρανα και συμβάλλει στο χαρακτηριστικό φυσιολογικό χρώμα τους. Το υπόλοιπο απορροφάται από τον εντερικό βλεννογόνο και μέσω της πυλαίας φέρεται στο ήπαρ (εντεροηπατικός κύκλος), από όπου αποβάλλεται πάλι στη χολή. Ένα μικρό μέρος (5-10%) του ουροχολινογόνου διαφεύγει στη συστηματική κυκλοφορία του αίματος, διηθείται στο σπείραμα και αποβάλλεται με τα ούρα. Αύξηση της χολερυθρίνης του αίματος έχουμε σε:

**1.Αυξημένη παραγωγή χολερυθρίνης από αυξημένη αιμόλυση** είτε στο μυελό των οστών είτε στο περιφερικό αίμα (**αιμολυτικός ίκτερος**), **2.Σε ηπατοκυτταρική βλάβη**, όπου ουσιαστικά υπάρχουν διαταραχές πρόσληψης, σύζευξης και απέκκρισης της χολερυθρίνης (**ηπατοκυτταρικός ίκτερος**) και **3.Σε απόφραξη των ενδοηπατικών ή εξωηπατικών χοληφόρων (αποφρακτικός ίκτερος)**.

**Ταξινόμηση αιτίων ικτέρου:**

**α)Ίκτερος με υπεροχή της ασύζευκτης (έμμεσης) χολερυθρίνης:**

**1)Αυξημένη παραγωγή χολερυθρίνης:** Αιμολυτικοί ίκτεροι και μη αποτελεσματική ερυθροποίηση. **2)Διαταραχή ηπατικής προσλήψεως χολερυθρίνης:** Σύνδρομο Gilbert και μεταηπατιδική έμμεση υπερχολερυθριναιμία. **3)Διαταραχή γλυκουρονοποίησης χολερυθρίνης:** Σύνδρομο Crigler–Najjar, νεογνικός ίκτερος, φάρμακα και ηπατοκυτταρικές παθήσεις.

**β)Ίκτερος με υπεροχή της συζευγμένης (άμεσης) χολερυθρίνης:**

**1)Διαταραχή ηπατικής απεκρίσεως χολερυθρίνης (ενδοηπατική χολόσταση):** Σύνδρομο Dubin-Johnson και Rotor, λογενής ηπατίτιδα, αλκοολική ηπατίτιδα, διηθητικές επεξεργασίες ήπατος (TB, σαρκοείδωση, λέμφωμα, αμυλοείδωση κλπ), πρωτοπαθής χολική κίρρωση και φάρμακα. **2)Μηχανική απόφραξη χοληφόρων (αποφρακτικός ίκτερος, εξωηπατική χολόσταση):** Χολολιθίαση, Ca χοληφόρων, φύματος Vater ή κεφαλής παγκρέατος, πρωτοπαθής ή μεταστατικός Ca ήπατος, στένωση χοληφόρων (συγγενής ή επίκτητη), χολογγειίτιδα πρωτοπαθής σκληρυντική και ηπατικά αποστήματα. **Έχει μεγάλη σημασία η διάκριση αποφρακτικού ικτέρου από μη αποφρακτικό, γιατί η θεραπεία είναι κατά κανόνα χειρουργική.** Στη προσπάθεια διάκρισης αποφρακτικού από μη

αποφρακτικό ίκτερο κατά κανόνα βοηθούν: Το **ιστορικό** (π.χ. αιφνίδια εγκατάσταση μετά από τυπικό κωλικό των χοληφόρων, χρήση φαρμάκων κλπ), η παρουσία **κνησμού** και **σημείων από τη φυσική εξέταση** (π.χ. σημείο Courvoisier, σημείο Murphy), **ο αποχρωματισμός των κοπράνων ή η υπέρχρωση των ούρων και ο παρακλινικός έλεγχος**: Γενική αίματος, βιοχημικός έλεγχος ήπατος, χολερυθρίνη έμμεση, άμεση, τρανσαμινάσες (AST ή SGOT / ALT ή SGPT), αλκαλική φωσφατάση, γ-GT, λευκωματίνες-σφαιρίνες ορού, χρόνος προθρομβίνης, ορολογικοί δείκτες, αντισώματα Ηπατίτιδας, ANA, AMA, νεοπλασματικοί δείκτες AFP / CEA / CA19-9. Πολύ σημαντική θέση στη διερεύνηση του ικτέρου και στη διάκριση της αποφρακτικής ή μη φύσεως αυτού κατέχει η **απεικόνιση**: U/S ήπατος-χοληφόρων-παγκρέατος, CT άνω κοιλίας, MRCP ή PTC ή ERCP ή ενδοσκοπικό U/S, βιοψία ήπατος υπό U/S ή CT.

**Λέξεις κλειδιά:** ίκτερος, αίτια, διερεύνηση ικτέρου.

# ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΙΚΤΕΡΟΥ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ

**Ελένη Γ. Αντύπα**

Ακτινολόγος, Διευθύντρια, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6944201838*

*E-mail: eleniantypa19@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το υπερηχογράφημα της άνω κοιλιάς σε ασθενείς με ίκτερο, είναι η αρχική εξέταση εκλογής. Στις περισσότερες περιπτώσεις θα απαντήσει στο ερώτημα εάν ο ίκτερος είναι ή δεν είναι αποφρακτικός και σε πολλές περιπτώσεις θα αναδείξει το επίπεδο και την αιτία της απόφραξης. Η εξέταση έχει χαμηλό κόστος, δεν έχει ακτινοβολία, δεν είναι επεμβατική, έχει όμως περιορισμούς, ιδίως στην απεικόνιση των εξωηπατικών χοληφόρων λόγω κυρίως της επιπροβολής αέρα από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Ως εκ τούτου στο 30-50% των περιπτώσεων η απεικόνιση του περιφερικού τμήματος του κοινού χοληδόχου πόρου δεν είναι δυνατή ή δεν είναι ικανοποιητική. Κατά την υπερηχογραφική εξέταση εάν οι ηπατικοί χοληφόροι πόροι δεν είναι διατεταμένοι, ο ίκτερος είναι μη αποφρακτικού τύπου. Η αιτία εντοπίζεται σε κυτταρικό επίπεδο ή αφορά σε παθολογία μικρών χοληφόρων τα οποία, λόγω μεγέθους, δεν απεικονίζονται υπερηχογραφικά. Στην κατηγορία θα συμπεριληφθούν οι ιογενείς ηπατίτιδες, τα φάρμακα που προκαλούν χολόσταση, ή φαρμακευτική ηπατίτιδα, μεταβολικά νοσήματα, αυτοάνοσες ηπατίτιδες, η πρωτοπαθής χολική κίρωση κλπ. Εάν υπάρχει διάταση των ηπατικών χοληφόρων πόρων, ο ίκτερος είναι αποφρακτικού τύπου. Εάν είναι διατεταμένοι οι ένδο- και έξω-ηπατικοί χοληφόροι πόροι, αυτό σημαίνει ότι το σημείο της απόφραξης εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα του κοινού χοληδόχου πόρου. Οι αιτίες μπορεί να είναι καλοήθεις όπως χοληδοχολιθίαση, καλοήθεις στενώσεις (συνήθως ιατρογενείς μετά χολοκυστεκτομή) και παγκρεατίτιδα ή κακοήθεις όπως παγκρεατικοί όγκοι, χολαγγειοκαρκίνωμα του πόρου, καρκίνος στο φύμα του Vater κλπ. Σε περίπτωση που η διάταση αφορά μόνον στον κοινό χοληδόχο πόρο, η συχνότερη αιτία είναι η χοληδοχολιθίαση,



σπανιότερη δε η νεοπλασία η οποία εάν ευρίσκεται σε αρχικό στάδιο δεν θα έχει προκαλέσει ακόμα διάταση των χοληφόρων κεντρικότερα. Εάν απεικονίζεται διάταση μόνον των ενδοηπατικών χοληφόρων και ο κοινός χοληδόχος πόρος έχει φυσιολογική διάμετρο ή δεν αναγνωρίζεται ο αυλός του, τότε η αιτία του ίκτερου εντοπίζεται στην πύλη του ήπατος ή ενδοηπατικά. Η πρώτη αιτία η οποία θα πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι το χολαγγειοκαρκίνωμα της πύλης. Αιτίες λιγότερο συχνές είναι το σύνδρομο Mirizzi, ο καρκίνος της χοληδόχου κύστεως, η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα (PSC) και οι μεταστάσεις. Στις ενδοηπατικές αιτίες συμπεριλαμβάνονται επίσης οι χωροκατακτητικές εξεργασίες και η PSC. Η ευαισθησία του υπερηχογραφήματος στο να καθορίσει το επίπεδο της απόφραξης και την αιτία αυτής, κυμαίνεται στις διάφορες μελέτες από 27% - 95% και από 23% - 88% αντιστοίχως και εξαρτάται από τις ικανότητες και την εμπειρία του εξεταστή αλλά και από τον σωματότυπο του ασθενούς.

**Λέξεις κλειδιά:** ίκτερος, υπερηχογραφική απεικόνιση, διάγνωση.

# Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΙΚΤΕΡΟΥ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

**Δημήτρης Ν. Ξεάρχος**

Διευθυντής ΕΣΥ, Ακτινολόγος, Τμήμα CT/MRI, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6940723107*

*E-mail: jimexarhos@yahoo.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο ρόλος της απεικόνισης στην διερεύνηση του ίκτερου είναι να εκτιμήσει εάν είναι αποφρακτικού τύπου και να απεικονίσει την αιτία. Η αξονική τομογραφία ως μέθοδος απεικόνισης πρώτης γραμμής χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για να βρεθούν οι αιτίες του ίκτερου ή να διερευνηθούν τα συμπτώματα που προέρχονται από το χοληφόρο δένδρο. Η αξονική τομογραφία είναι συμπληρωματική της υπερηχοτομογραφίας, μειονεκτήματα της μεθόδου είναι η χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας και ιωδιούχου σκιαγραφικού. Σε ασθενείς με υποκείμενη νεοπλασία, η αξονική τομογραφία χαρτογραφεί με ακρίβεια το νεόπλασμα καθώς και δευτεροπαθείς εστίες εάν υπάρχουν σε μια εξέταση. Οι λήψεις προ-έγχυσης σκιαγραφικού μας επιτρέπουν να αναγνωρίσουμε ακτινοσκιερούς λίθους στον κοινό χοληδόχο πόρο (ΚΧΠ) και να εκτιμήσουμε παγκρεατικές αποπιτανώσεις εάν υπάρχουν. Η αξονική τομογραφία έχει ευαισθησία 96-100% για την αναγνώριση της αιτίας απόφραξης. Αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι η μέθοδος είναι αποτελεσματική όσο και η υπερηχοτομογραφία στην χαρτογράφηση και μέτρηση των διαστάσεων των ενδο και εξωηπατικών χοληφόρων. Το ύψος της απόφραξης απεικονίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις αλλά η αιτία μόνο στο 70% των περιπτώσεων. Οι νεότεροι πολυτομικοί αξονικοί τομογράφοι έχουν αυξήσει την διαγνωστική ακρίβεια λόγω της ικανότητας αυτών να κάνουν πολυεπίπεδες ανασυνθέσεις και τρισδιάστατη απεικόνιση του χοληφόρου δένδρου, ουσιαστικά μια χολαγγειοπαγκρεατογραφία. Η μέθοδος επίσης χρησιμοποιείται για επεμβατικές διαγνωστικές πράξεις που αφορούν στην διερεύνηση του ίκτερου.

**Λέξεις κλειδιά:** αξονική τομογραφία, ίκτερος, χολαγγειοπαγκρεατογραφία.

# ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΙΚΤΕΡΟΥ: Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ

**Στυλιανός Β. Μπενάκης**

Επιμελητής Α', Τμήμα Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2107201255*

*E-mail: benakis@hotmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Διαθέτουμε πολλές απεικονιστικές τεχνικές για την μελέτη του ίκτερου στον ενήλικα ασθενή, σε συνδυασμό και με συναξιολόγηση του ιστορικού, της φυσικής εξέτασης και των εργαστηριακών εξετάσεων. Η εξέταση εκλογής είναι ο υπερηχογραφικός έλεγχος, που στις περισσότερες περιπτώσεις, θα διαφοροδιαγνώσει τον αποφρακτικό από τον μη αποφρακτικό ίκτερο, το ύψος και το αίτιο της απόφραξης. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) και η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP), αποτελούν απεικονιστικά εργαλεία στην ακριβή διάγνωση του ύψους και του αιτίου της απόφραξης, προκειμένου να ληφθούν σημαντικές θεραπευτικές αποφάσεις. Είναι σημαντικό να διευκρινήσουμε ότι υπάρχουν περιπτώσεις απόφραξης χωρίς διάταση των χοληφόρων και διάτασης αυτών, χωρίς απόφραξη. Η μαγνητική τομογραφία, αξιολογεί το παρέγχυμα του ήπατος, του παγκρέατος, τα χοληφόρα και τα αγγεία. Το γεγονός ότι στον ίδιο χρόνο μπορεί να συνδυαστούν η MRI και η MRCP, καθιστούν την μέθοδο ανώτερη των υπολοίπων απεικονιστικών μεθόδων, λαμβάνοντας πάντα υπόψιν των δυνατοτήτων, περιορισμών και αντενδείξεων. Η MRCP, ως μέθοδος, εμφανίζει ακρίβεια 96-100% για τον προσδιορισμό του ύψους της απόφραξης και 90% για τον καθορισμό του αιτίου. Συγκριτικές μελέτες έχουν γίνει με μεθόδους όπως η άμεση χολαγγειογραφία και η ERCP. Επιπροσθέτως η MRCP, αναδεικνύει ανώτερα επίπεδα στενώσεων των χοληφόρων (σε σύγκριση με την ERCP), καθώς και τις ανατομικές παραλλαγές μετεγχειρητικά (χολοπεπτικές-γαστρεντερικές αναστομώσεις). Η χρήση ειδικών ηπατοκυτταρικών σκιαγραφικών-παραμαγνητικών ουσιών, που προσλαμβάνονται από το ηπατικό κύτταρο και

απεκκρίνονται από τα χοληφόρα, μας βοηθάει στην δυναμική απεικόνιση του ηπατικού παρεγχύματος και στην λήψη εικόνων στην απεκκριτική φάση του χοληφόρου δέντρου. Διάφορες παθολογικές καταστάσεις σχετίζονται με διάφορα επίπεδα απόφραξης. Το ύψος της απόφραξης μπορεί να κατηγοριοποιηθεί, σε ενδοηπατικό (πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτις, ηπάτωμα, ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα), πύλη ήπατος (χολαγγειοκαρκίνωμα-Klatskin, λιθίαση), άνωθεν του παγκρέατος και στο ύψος του παγκρέατος (λιθίαση, κακοήθειες, ιατρογενώς τραυματισμοί), με την τεράστια συμβολή της μαγνητικής τομογραφίας στην ανάδειξη των παθολογικών καταστάσεων στα εν λόγω επίπεδα.

**Λέξεις κλειδιά:** ίκτερος, μαγνητική τομογραφία, MRCP.

# ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΙΚΤΕΡΟΥ-ERCΡ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Κωνσταντίνος Μάρκογλου

Διευθυντής, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6972094009*

*E-mail: markoc@otenet.gr*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο ρόλος της ERCP και της ενδοσκοπικής υπερηχοτομογραφίας (EUS) στον ίκτερο εντοπίζεται αποκλειστικά στον αποφρακτικό ίκτερο των εξηπατικών χοληφόρων. ERCP και EUS έχουν θέση στην διερεύνηση του ικτέρου που οφείλεται στην δυσχέρεια της ροής της χολής προς το δωδεκαδάκτυλο από μηχανικά αίτια όπως είναι η παρουσία λίθων στον χοληδόχο πόρο, η ανάπτυξη νεοπλασματος στον χοληδόχο πόρο (χολαγγειοκαρκίνωμα), στην κεφαλή του παγκρέατος ή στο φύμα Vater, καθώς και η πίεση του χοληφόρου δέντρου έξωθεν από μεταστατικούς όγκους ή block λεμφαδένων. Ο ρόλος της ERCP είναι θεραπευτικός. Η διαγνωστική ERCP δεν έχει πλέον θέση στην διερεύνηση του αποφρακτικού ικτέρου. Ενδεχομένως να έχει θέση σε ασθενείς που ελέγχονται για πιθανή πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα. Ισχυρή υπόνοια πρωτοπαθούς σκληρυντικής χολαγγειίτιδας σε ασθενείς με μη διαγνωστική MRCP επιβάλλει την περαιτέρω διερεύνηση με ERCP. Με την θεραπευτική εφαρμογή της ERCP επιτυγχάνεται η ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή του σφιγκτήρα του Oddi, με συνέπεια την ευχερή πρόσβαση στο χοληφόρο δέντρο. Όταν το αίτιο του ικτέρου είναι η χοληδοχολιθίαση αφαιρούμε μέσω του φύματος του Vater που έχει ήδη διευρυνθεί τους λίθους με την βοήθεια καθετήρα- μπαλόνι ή με basket. Το basket χρησιμοποιείται τόσο για την αφαίρεση των λίθων όσο και για την μηχανική λιθοτριψία λίθων που λόγω μεγέθους δεν είναι δυνατόν να αφαιρεθούν. Η στένωση του χοληδόχου πόρου, του κοινού ηπατικού ή του δεξιού και αριστερού ηπατικού πόρου από διηθητική βλάβη αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση πλαστικής ενδοπρόθεσης για να αποκατασταθεί η ευχερής ροή της χολής. Εάν πρόκειται για μη χειρουργήσιμη βλάβη και το προσδόκιμο επιβίωσης του

ασθενούς είναι τουλάχιστον 6 μήνες έχουμε την δυνατότητα να επιλέξουμε την τοποθέτηση μεταλλικού αυτοεκτεινόμενου stent (self expandable metal stent), το οποίο έχει μεγαλύτερο εύρος, όμως δεν είναι δυνατόν να αφαιρεθεί. Στενώσεις στα χοληφόρα η φύση των οποίων δεν έχει διευκρινισθεί, διερευνώνται περαιτέρω κατά την διενέργεια ERCP με λήψη υλικού με βούρτσα για κυτταρολογική εξέταση (brushings). Η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία (EUS) είναι απεικονιστική μέθοδος η οποία εφαρμόζεται με ενδοσκοπικά μέσα. Η αιτία της δυσχέρειας της ροής της χολής ελέγχεται μέσω του τοιχώματος του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου, δηλαδή από πολύ κοντινή θέση, χωρίς την παρεμβολή αέρα ή λίπους. Η κυριότερη ένδειξη της EUS σε ασθενείς με αποφρακτικό ίκτερο και μη διαγνωστική αξονική ή μαγνητική τομογραφία είναι η απεικόνιση της κεφαλής του παγκρέατος και του χοληδόχου πόρου για τον αποκλεισμό της πιθανότητας παρουσίας μικρών βλαβών που έχουν διαλάθει, ή για την ανίχνευση λίθου στον κατώτερο χοληδόχο πόρο σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν κλινική εικόνα συμβατή με επιπλοκή από χοληδοχολιθίαση και δεν έχουν διαγνωστική MRCP. Σε ήδη γνωστό νεόπλασμα, εάν δεν υπάρχει απομακρυσμένη μετάσταση, η EUS εφαρμόζεται για την τοπική σταδιοποίηση και για τον έλεγχο της εξαιρεσιμότητας αυτού. Ασθενείς με ανεγχείρητο νεόπλασμα υποβάλλονται σε EUS προκειμένου να ληφθεί υλικό για κυτταρολογική εξέταση (FNA) και περαιτέρω ογκολογική θεραπεία.

**Λέξεις κλειδιά:** ίκτερος, ERCP, EUS.

# ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΙΚΤΕΡΟΥ: ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

**Θεόδωρος Κρατημένος**

Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας,  
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041072*

*E-mail: tkratimenos@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι επεμβατικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του ίκτερου περιλαμβάνουν τη διαδερμική παροχέτευση των χοληφόρων με καθετήρα έξω ή έσω-έξω παροχέτευσης, το stenting του κοινού χοληδόχου πόρου και τη διαδερμική χολοκυστοστομία. Αυτές οι επεμβατικές τεχνικές είναι εδώ και αρκετά χρόνια καταξιωμένες στην κλινική πρακτική και ευρέως χρησιμοποιούμενες για την αντιμετώπιση του ίκτερου καλοήθους ή κακοήθους αιτιολογίας. Η μέθοδος απαιτεί την πλήρη απεικονιστική διερεύνηση των ασθενών αρχικά με υπερηχογράφημα για την ανάδειξη της διάταξης των ενδοηπατικών χοληφόρων, την επιβεβαίωση της απουσίας ασκτικής συλλογής και πιθανώς του αίτιου του ίκτερου, ακολούθως συμπληρωματικά χρειάζεται η διενέργεια αξονικής τομογραφίας όπου πέραν της τελικής διάγνωσης του αίτιου του ίκτερου, γίνεται η στερεοτακτική μελέτη και ο σχεδιασμός από τον επεμβατικό ακτινολόγο της διαδερμικής προσπέλασης του καθετήρα παροχέτευσης των χοληφόρων. Στο διαγνωστικό αλγόριθμο συμπεριλαμβάνεται και η διενέργεια MRCP για τη λεπτομερέστερη μελέτη των ένδο και έξω ηπατικών χοληφόρων και την ανάδειξη πιθανών ανατομικών παραλλαγών.

Πριν τη διενέργεια της επέμβασης είναι απαραίτητος ο πηκτολογικός έλεγχος των ασθενών και η έγγραφη συγκατάθεσή τους. Η επέμβαση γίνεται με τοπική αναισθησία και σε ορισμένες περιπτώσεις χορηγείται ενδοφλέβια μιδαζολάμη. Η προσπέλαση γίνεται από τη δεξιά μέση μασχαλαία γραμμή ή υποξιφοειδικά ανάλογα με το αν ο στόχος είναι ο δεξιός ή ο αριστερός λοβός του ήπατος. Αφού προηγηθεί μια διαδερμική χολαγγειογραφία για τη χαρτογράφηση της πάθησης με κατάλληλους

χειρισμούς γίνεται η διαδερμική εμφύτευση του καθετήρα έξω ή έσω-έξω παροχέτευσης. Σε δεύτερο χρόνο είναι δε δυνατή και ανάλογα με το αίτιο η εμφύτευση μεταλλικού ενδοαυλικού νάρθηκα σε αντικατάσταση του καθετήρα παροχέτευσης. Οι ενδείξεις της μεθόδου για την αντιμετώπιση του ίκτερου περιλαμβάνουν τόσο καλοήθεις παθήσεις όσο και κακοήθεις. Σε ότι αφορά στις πρώτες συχνότερα αίτια είναι η στένωση (τραυματική, ιατρογενής ή φλεγμονώδης) και η λιθίαση. Σε ότι αφορά τις κακοήθεις παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν ως συχνότερο αίτιο τον καρκίνο παγκρέατος το χολαγγειοκαρκίνωμα και τις ηπατικές μεταστάσεις με άλλα είδη καρκίνου να ακολουθούν λιγότερο συχνά. Οι διαδερμικές επεμβατικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του ίκτερου όταν πραγματοποιούνται από έμπειρους επεμβατικούς ακτινολόγους συνοδεύονται από υψηλότατα ποσοστά επιτυχίας, είναι δε καλά ανεκτές από τους ασθενείς, με χαμηλά ποσοστά επιπλοκών, αποτελώντας μια αξιόπιστη λύση στην σύγχρονη κλινική πρακτική.

**Λέξεις κλειδιά:** ίκτερος, διαδερμικές επεμβατικές τεχνικές.



# ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΙΚΤΕΡΟΥ: ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

**Δημοσθένης Κόκκινος**

Ακτινολόγος, Επιμελητής Α', Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132045660*

*E-mail: demoscokkinos@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά την απεικονιστική διερεύνηση ασθενών με ίκτερο χρησιμοποιείται μία ποικιλία τεχνικών. Συνήθως σε οξεία φάση η διερεύνηση αρχίζει με απλό υπερηχογράφημα για την εκτίμηση της χοληδόχου κύστεως και του χοληφόρου δέντρου και την διαφορική διάγνωση αποφρακτικού και μη αποφρακτικού ίκτερου. Η προσθήκη σκιαγραφικού ενίοτε βοηθά στην διαφορική διάγνωση ιζήματος από νεοπλασία της χοληδόχου κύστης. Η επόμενη εξέταση σε περίπτωση απόφραξης εξαρτάται από την ύπαρξη λίθου και το ύψος της απόφραξης. Εφ' όσον διαπιστωθεί λιθίαση, πιθανώς η διερεύνηση ολοκληρώνεται. Η αξονική τομογραφία κοιλίας με σκιαγραφικό σε δύο φάσεις ηπατικής αγγείωσης ακολουθεί επί διαπίστωσης νεοπλάσματος, ιδίως αν η απόφραξη έχει εντοπισθεί χαμηλότερα από το επίπεδο της πύλης του ήπατος. Σε οξεία φάση η πραγματοποίηση της αξονικής τομογραφίας και χωρίς ενδοφλέβιο χορήγηση σκιαγραφικού είναι χρήσιμη μόνο για ανάδειξη πιθανής χοληδοχολιθίασης. Η μαγνητική τομογραφία πριν και μετά από τη χορήγηση σκιαγραφικού, σε συνδυασμό με μαγνητική χολαγγειογραφία (MRCP) είναι χρήσιμη σε οξεία φάση για την ανάδειξη χολαγγειίτιδας, ενώ είναι η απεικονιστική μέθοδος εκλογής για την εκτίμηση απόφραξης στο επίπεδο της ηπατικής πύλης, δίνοντας χρήσιμες πληροφορίες για τη σταδιοποίηση και την εγχειρησιμότητα νεοπλασμάτων που έχουν εντοπισθεί στο σημείο αυτό. Η ενδοσκοπική αναστροφή χολαγγειογραφία (ERCP) ακολουθεί, ωστόσο αν υπάρχει υψηλή κλινική υποψία χοληδοχολιθίασης, μπορεί να πραγματοποιηθεί νωρίτερα στον διαγνωστικό αλγόριθμο. Εκτός της απεικονιστικής της αξίας, είναι χρήσιμη για τη λήψη κυτταρολογικού υλικού από ύποπτες περιοχές και για την τοποθέτηση ενδοπροσθέσεων επί διαπίστωσης παρουσίας ανεγχείρητου

νεοπλάσματος. Η διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία είναι επεμβατική απεικονιστική μέθοδος. Πραγματοποιείται επί αδυναμίας διενέργειας ERCP, καθώς και για εκτέλεση παροχέτευσης χοληφόρων ή τοποθέτησης ενδοπροσθέσεων, εφ' όσον πλέον έχει τεθεί διάγνωση του αιτίου του ίκτερου με τις προηγούμενες απεικονιστικές εξετάσεις. Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα είναι πολύ χρήσιμο για την ανάδειξη μικρών λίθων του χοληδόχου πόρου, τη μελέτη περιληκυθικών όγκων και τη λήψη βιοψιών.

**Λέξεις κλειδιά:** ίκτερος, υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, χολαγγειογραφία.

## ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΟΣ

**Ηρώ Κοκκέβη**

Διευθύντρια Τμήματος ΩΡΛ, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6982880230*

*E-mail: irokok@otenet.gr*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πιο συχνός καρκίνος κεφαλής και τραχήλου και ο 11<sup>ος</sup> συχνότερος στους άνδρες. Η 7<sup>η</sup> δεκαετία είναι συχνότερη. Αιτιολογικός παράγων θεωρείται το κάπνισμα, το αλκοόλ και ορισμένα στελέχη του HPV. **Προκαρκινωματώδεις καταστάσεις:** α) Δυσπλασία (λαρυγγική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία) ήπια, μέτρια, βαρεία, β) καρκίνωμα in situ. **Κακοήθεις νεοπλασίες:** ακανθοκυταρικό (90-95%), ακροχορδονώδες (verrucous), ψευδοσάρκωμα (spindle cell carcinoma), μικροκυταρικό, αδenoκαρκίνωμα, αδenoκυστικό (κυλίνδρωμα). **Κλινικά συμπτώματα:** Βράγχος φωνής, δύσπνοια, δυσκαταποσία, αντανακλαστική ωταλγία, αιμόπτυση. **Διάγνωση:** Κλινική εξέταση, λαρυγγοσκόπηση, CT, MRI, βιοψία. **Σταδιοποίηση κατά TNM: Υπεργλωτιδικός:** α) T1 μία περιοχή, καλή κινητικότητα φωνητικής χορδής, β) T2 δύο περιοχές, καλή κινητικότητα φωνητικής χορδής, γ) T3 περιορίζεται στον λάρυγγα, ακινησία φωνητικής χορδής, δ) T4α ξέφυγε από τον λάρυγγα και ε) T4b προσπονδυλικός χώρος, μεσοθωράκιο. **Γλωτιδικός:** α) T1a 1 καλή κινητικότητα φωνητικής χορδής, β) T1b 2 καλή κινητικότητα φωνητικής χορδής, γ) T2 επέκταση υπέρ η υπογλωτιδικά με η χωρίς περιορισμό κίνησης, δ) T3 όγκος στον λάρυγγα, ακινησία φωνητικής χορδής, ε) T4α ξέφυγε από τον λάρυγγα και στ) T4b προσπονδυλικός χώρος, μεσοθωράκιο. **Υπογλωτιδικός:** α) T1 περιορίζεται υπογλωτιδικά, β) T2 επέκταση σε φωνητικής χορδής, γ) T3 επέκταση στη φωνητική χορδή και ακινησία, δ) T4α ξέφυγε από τον λάρυγγα και ε) T4b προσπονδυλικός

χώρος, μεσοθωράκιο. Περιοχική **λεμφαδενοπάθεια**: α)N0 απουσία λεμφαδένων, β)N1 μονήρης, ομόπλευρα,  $\geq 3\text{cm}$ , γ)N2a μονήρης, ομόπλευρα  $\leq 3\text{cm}$  και  $\geq 6\text{cm}$ , δ)N2b πολλαπλοί, ομόπλευροι  $\geq 6\text{cm}$ , ε)N2c αμφοτερόπλευροι η ομόπλευροι  $\geq 6\text{cm}$  και στ)N3 λεμφαδένας  $\leq 6\text{cm}$ . Απομακρυσμένες **μεταστάσεις**: α)M0 απουσία μεταστάσεων και β)M1 απομακρυσμένες μεταστάσεις. **Αντιμετώπιση**: Σκοπός η ίαση, με διατήρηση της φωνής, χωρίς προβλήματα αναπνοής και κατάποσης. Αρχικά στάδια χωρίς καθήλωση και χωρίς λεμφαδένες αντιμετωπίζονται μόνο με ακτινοθεραπεία ή μόνο με χειρουργική εξαίρεση συμπεριλαμβανομένης της χρήσης LASER. Επειδή η ακτινοθεραπεία μπορεί να δοθεί μόνο μία φορά προτιμάται η χειρουργική εξαίρεση και παρακολούθηση. Τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι καλύτερα στην ποιότητα της φωνής. Τα προχωρημένα στάδιου καρκινώματα T3 και T4, αντιμετωπίζονται συνήθως με συνδυασμό χειρουργικής εξαίρεσης και ακτινοθεραπείας. Η μεγαλύτερη επέμβαση και πλέον ακρωτηριαστική είναι η ολική λαρυγγεκτομή. Η αντιμετώπιση των λεμφαδενικών μεταστάσεων εξαρτάται από το στάδιο και την εντόπιση στον λάρυγγα και το μέγεθος των λεμφαδένων. Έχουμε τον ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό, τον τροποποιημένο, τον εκλεκτικό και τον πλάγιο. **Παρακολούθηση** των ασθενών: Κάθε μήνα τον 1<sup>ο</sup> χρόνο, κάθε 2 μήνες τον 2<sup>ο</sup> χρόνο κάθε 3 μήνες τον 3<sup>ο</sup> χρόνο, κάθε 6 μήνες τον 4<sup>ο</sup> χρόνο και ετησίως μετά τον 5<sup>ο</sup> χρόνο. Επίσης CT τραχήλου και θώρακα στο 1<sup>ο</sup> εξάμηνο.

**Λέξεις κλειδιά**: λάρυγγας, βραχνάδα, δύσπνοια, καρκίνος, λαρυγγεκτομή.

**ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ  
ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ**

**ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ**

**Δημήτρης Π. Λαπατσάνης**

Διευθυντής ΕΣΥ, Β΄ Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6977452901*

*E-mail: dimitrislapatsanis@gmail.com*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η μόνη δυνητικά θεραπευτική αντιμετώπιση του αδενοκαρκινώματος του παγκρέατος είναι η χειρουργική εκτομή. Δυστυχώς, εξαιτίας της καθυστερημένης εμφάνιση συμπτωμάτων και συνεπώς και της καθυστερημένης διάγνωσης, μόνο το 15 – 20% των ασθενών έχουν ένδειξη παγκρεατεκτομής. Απόλυτες αντενδείξεις της εκτομής είναι: α) ηπατικές, περιτοναϊκές μεταστάσεις, μεταστάσεις στο επίπλουον ή εξωπεριτοναϊκές μεταστάσεις β) διήθηση (πάνω από το μισό της περιμέτρου) ή απόφραξη ή θρόμβωση της άνω μεσεντερίου αρτηρίας, της άνω μεσεντερίου φλέβας, απόφραξη της πυλαίας, ή απευθείας διήθηση της κάτω κοίλης, της αορτής, της ηπατικής αρτηρίας στην αξονική τομογραφία ή στο ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα. Κάποιες περιπτώσεις θεωρούνται οριακά εξαιρέσιμες, παρότι ο ακριβής ορισμός τους ποικίλει. Κάποιοι εντάσσουν σ' αυτή την κατηγορία περιπτώσεις που υπάρχει διήθηση των αγγείων μικρότερη του μισού της περιμέτρου τους, ενώ άλλοι συγγραφείς εντάσσουν σ' αυτή την κατηγορία ασθενείς με στένωση των αγγείων, χωρίς απόφραξη τους. Ορισμένες μελέτες προτείνουν συγκεκριμένες οδηγίες βασισμένες στις απεικονιστικές μεθόδους, προκειμένου να οριστεί η εξαιρεσιμότητα ενός όγκου. Οι ασθενείς με οριακά εξαιρέσιμους όγκους είναι δυνητικά υποψήφιοι για προσπάθεια υποσταδιοποίησης με χημειο-ακτινοθεραπεία. **Αδενοκαρκίνωμα της κεφαλής,**

**αγκιστροειδούς απόφυσης παγκρέατος:** Για τους εξαιρεσίμους όγκους της κεφαλής και της αγκιστροειδούς απόφυσης του παγκρέατος, η εγχείρηση εκλογής είναι η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή κατά Whipple με ή χωρίς διατήρηση του πυλωρού. Δεν υπάρχουν πειστικά δεδομένα στη βιβλιογραφία που να υποδεικνύουν ότι κάποια από τις δύο υπερτερεί έναντι της άλλης κι ως εκ τούτου υπερισχύουν οι προτιμήσεις του χειρουργού και του ασθενούς. Παρά το ότι μερικές μελέτες δείχνουν ψηλότερα ποσοστά καθυστερημένης γαστρικής κένωσης με τη διατήρηση του πυλωρού, η επίπτωση στην λειτουργία του γαστρεντερικού, παραμένει ένα ερωτηματικό. Δεν έχει τεκμηριωθεί όφελος από την περιορισμένη παγκρεατεκτομή ή από τον εκτεταμένο λεμφαδενικό καθαρισμό και ως εκ τούτου καμμία από τις δύο δεν συνιστάται. Η ολική παγκρεατεκτομή πρέπει να περιορίζεται στις περιπτώσεις εκείνες που δεν υπάρχει άλλος τρόπος να επιτευχθούν υγιή όρια εκτομής. Η αντικατάσταση της άνω μεσεντερίου φλέβας ή της πυλαίας παραμένει αμφιλεγόμενη και έχει θέση όταν ο όγκος δεν διηθεί την άνω μεσεντέριο ή την ηπατική αρτηρία και μπορεί να επιτευχθεί πλήρης (R0/R1) εκτομή. Για τους ασθενείς που προσέρχονται με αποφρακτικό ίκτερο, αμφισβητείται το όφελος της προεγχειρητικής παροχέτευσης των χοληφόρων. Συστήνεται η αποσυμφόρησή τους σε επιλεγμένες περιπτώσεις, όπου η χειρουργική αντιμετώπιση προβλέπεται να καθυστερήσει πέρα των δύο βδομάδων, ή όταν ο αποφρακτικός ίκτερος συνοδεύεται από χολαγγειίτιδα.

**Αδενοκαρκίνωμα του σώματος και της ουράς του παγκρέατος:** Η χειρουργική αντιμετώπιση των όγκων αυτών συνιστάται σε περιφερική παγκρεατεκτομή που συνήθως συνοδεύεται από σπληνεκτομή. Συνιστάται η ερευνητική λαπαροσκόπηση πριν από την εκτομή, δεδομένου ότι σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων συνυπάρχουν περιτοναϊκές εμφυτεύσεις.

**Αδενοκαρκινώματα που καταλαμβάνουν ολόκληρο το πάγκρεας:** Η ολική παγκρεατεκτομή είναι μερικές φορές απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθούν μικροσκοπικά υγιή όρια εκτομής. Οι μεταβολικές συνέπειες όμως της ολικής παγκρεατεκτομής, που περιλαμβάνουν την μόνιμη ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας και το σακχαρώδη διαβήτη, έχουν αρνητική επίπτωση τόσο στην ποιότητα ζωής, όσο και στην επιβίωση των ασθενών αυτών.

**Λέξεις κλειδιά:** αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος, χειρουργική θεραπεία, επέμβαση Whipple, περιφερική παγκρεατεκτομή.

# ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Γρηγόριος Θ. Λακιώτης

Διευθυντής ΕΣΥ, Β΄ Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6944333740*

*E-mail: lakiotisgreg@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα νευροενδοκρινικά νεοπλάσματα είναι σπάνιοι όγκοι, της ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος με επίπτωση  $\leq 1/100.000$ . Αντιπροσωπεύουν  $< 3\%$  των παγκρεατικών νεοπλασμάτων. Αφορούν την 5<sup>η</sup>-6<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής. Διακρίνονται σε λειτουργικούς ή μη λειτουργικούς, γενετικά σποραδικούς, ή ενταγμένους σε γενετικά σύνδρομα όπως MEN1, VHL, von Hippel Lindau, νευροϊνομάτωση I, NF1, και tuberous sclerosis. Παθολογοανατομικά διακρίνονται σε καλώς διαφοροποιημένα, χαμηλής κακοηθείας (Grade 1) με μιτώσεις  $< 2/10$  HPF, Ki-67 3%, ενδιάμεσης κακοηθείας (Grade 2), μιτώσεις 2-20/HPF, Ki-67 3-20% και φτωχής διαφοροποίησης (Grade 3), μιτώσεις  $> 20/10$ HPF, Ki-67  $> 20\%$ , Grade 3, μικροκυτταρικά ή μεγαλοκυτταρικά. Το καρκίνωμα χαρακτηρίζεται από φτωχή διαφοροποίηση και υψηλό ποσοστό μιτώσεων. Εκκρίνουν ποικιλία ορμονικών πεπτιδίων, όπως ινσουλίνη, γαστρίνη, γλυκαγόνη, αγγειοδραστικό εντερικό πεπτίδιο (VIP). Τα χαρακτηρίζει η προεξάρχουσα ορμόνη και το κλινικό σύνδρομο, ισουλίνωμα (υπογλυκαιμία, διαταραχές οράσεως, ασυνήθιστη συμπεριφορά, αίσθημα παλμών, εφίδρωση, τρόμο), γαστρίνωμα με το σύνδρομο Zollinger-Ellison (ελκοπάθεια και διάρροιες), γλυκαγόνομα (νεκρολυτικό μεταναστευτικό ερύθημα, χειλίτιδα, σακχαρώδης διαβήτης, αναιμία, απώλεια βάρους, διάρροια, φλεβοθρομβώσεις, νευροψυχιατρικά συμπτώματα), βίπωμα (υδαρείς διάρροιες, υποκαλιαμία, υποχλωρυδρία). Το 50% - 75% είναι μη λειτουργικοί, με απουσία κλινικών συνδρόμων και εκκρίνουν ουσίες, όπως χρωμογρανίνη, ειδική του νευρώνα ενολάση, παγκρεατικό πολυπεπτίδιο, γκρελίνη. Διαγιγνώσκονται τυχαία ή καθυστερημένα λόγω πιεστικών φαινομένων, ή της μεταστατικής νόσου (32-73%). Εκδηλώνονται με κοιλιακό άλγος (35-78%), απώλεια βάρους (20-35%), ανορεξία, ναυτία(45%), αποφρακτικό ίκτερο (17-50%), ενδοκοιλιακή αιμορραγία (4-20%), ψηλαφητή μάζα (7-40%). Η ποικιλία στην έκβαση

τους οφείλεται στην βιολογική τους ετερογένεια και καθορίζεται από το grade και το στάδιο. Απεικονιστικά αναδεικνύεται η πρωτοπαθής εστία ή η μεταστατική νόσος με την αξονική τομογραφία πολλαπλών φάσεων με σκιαγραφικό, μαγνητική τομογραφία, το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS), την κατευθυνόμενη με EUS λήψη βιοψιών, σπινθηρογράφημα (Octreoscan), την φλεβική δειγματοληψία αίματος μετά από αρτηριακή διέγερση και το PET-SCAN. Για τους μη λειτουργικούς όγκους, η Χρωμογρανίνη Α, ως καρκινικός δείκτης ιδιαίτερα για την μεταστατική νόσο, το παγκρεατικό πολυπεπτίδιο ως βιοχημικός δείκτης, και η γαστρίνη, ινσουλίνη, γλυκαγόνη, VIP ως ειδικοί καρκινικοί δείκτες για λειτουργικούς όγκους θα συμβάλλουν στην διάγνωση. Η TNM σταδιοποίηση που αφορά ενδοκρινείς και εξωκρινείς όγκους του παγκρέατος (AJCC), ή αποκλειστικά τους νευροενδοκρινείς όγκους του παγκρέατος (ENTs), έχει υψηλή προγνωστική αξία για την ελεύθερη υποτροπής νόσο και την ολική επιβίωση. Η σποραδικότητα ή η συνύπαρξη με γενετικό σύνδρομο (MEN1), επηρεάζει τον αριθμό και την έκταση των πρωτοπαθών PNETs, και την απόφαση για χειρουργική επέμβαση. Η διήθηση παρακείμενων δομών, οι μεταστάσεις και η υποτροπή καθορίζουν την επιθετικότητα και όχι το μέγεθος. Η χειρουργική για τους σποραδικούς όγκους, λειτουργικούς και μη στοχεύει στην αντιμετώπιση του ορμονικού συνδρόμου, των πιεστικών φαινομένων (ογκομείωση) και την αποτροπή της κακοήθους εξαλλαγής ή της διασποράς. Οι κακοήθεις σποραδικοί όγκοι αντιμετωπίζονται με ριζική χειρουργική εξαίρεση και λεμφαδενικό καθαρισμό ή ογκομείωση και χειρουργική εξαίρεση της ηπατικής μεταστατικής νόσου εάν είναι εφικτή. Επί μη εξαιρέσιμης ηπατικής μεταστατικής νόσου συνιστώνται ανάλογα σωματοστατίνης ή εκπυρήνιση (ablation), εμβολισμό, ορμονοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Επί υψηλής κακοηθείας και φτωχής διαφοροποίησης χημειοθεραπεία (cisplatin). Στα πλαίσια MEN1 και συνδρόμου ZE, αρχική θεραπεία η μακρόχρονη φαρμακευτική αγωγή. Οι παγκρεατεκτομές τυπικές ή μη, στοχεύουν στην ριζική αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας και των λεμφαδένων διασώζοντας παγκρεατική μάζα, ανάλογα με την εντόπιση. Επί πολυεστιακής παγκρεατικής νόσου συνιστάται η ολική και επί κεντρικής εντόπισης ή κεντρική παγκρεατεκτομή. Εκπυρήνιση συνιστάται για μικρούς, λειτουργικούς όγκους  $\leq 2-3$ εκ, ή μικρούς μη λειτουργικούς με χαμηλό Ki-67 χωρίς διήθηση του παγκρεατικού πόρου. Η επανεπέμβαση επί διαγνωσμένης υποτροπής επηρεάζει θετικά την επιβίωση του ασθενούς.

**Λέξεις κλειδιά:** νευροενδοκρινικά νεοπλασμάτα, NETs, νησιδιώματα.



# ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Γεώργιος Στυλιανίδης

Διευθυντής ΕΣΥ, Β΄ Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλέφωνο: 6974940447, 2132045463

Email: gfmhs@otenet.gr

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα κυστικά νεοπλάσματα αντιπροσωπεύουν 10% - 15% των κυστικών αλλοιώσεων του παγκρέατος και το 1% των παγκρεατικών νεοπλασμάτων. Διακρίνονται στα βλεννώδη κυστικά νεοπλάσματα, το ορώδες κυσταδένωμα, το ενδοπορικό θηλώδες βλεννώδες νεόπλασμα, τον συμπαγή ψευδοθηλώδη όγκο και άλλα σπανιότερα νεοπλάσματα. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν προκαλούν κλινικά συμπτώματα και ανακαλύπτονται τυχαία σε απεικονιστικό έλεγχο (CT, MRI) που πραγματοποιείται για άλλο λόγο. Οι κλινικές εκδηλώσεις, όταν υπάρχουν είναι συνήθως αμβληχρές και αφορούν κοιλιακό άλγος και δυσφορία, πυλωρική στένωση, υποτροπιάζοντα επεισόδια παγκρεατίτιδας, ψηλαφητή μάζα στο επιγάστριο. Αποφρακτικός ίκτερος, απώλεια βάρους, συρίγγια είναι ενδεικτικά κακοήθειας. Η διάγνωση που δεν είναι πάντα εύκολη, στηρίζεται στα ευρήματα της CT, MRI-MRCP, ERCP, του ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος (EUS), της EUS-FNA, του CEA του υγρού της κύστης. Με εξαίρεση το ορώδες κυσταδένωμα, το οποίο σπάνια (<1%) εξαλλάσσεται, θεωρούνται προκαρκινικές καταστάσεις. Θεραπεία εκλογής είναι η ριζική εκτομή του νεοπλάσματος. Κυστικά νεοπλάσματα της κεφαλής απαιτούν δωδεκαδάκτυλοπαγκρεατεκτομή κατά Whipple, του σώματος και της ουράς αντιμετωπίζονται με περιφερική ή ουραία παγκρεατεκτομή με ή χωρίς σπληνεκτομή, ενώ τα πολυεστιακά απαιτούν ολική παγκρεατεκτομή. Το **βλεννώδες κυστικό νεόπλασμα** καλύπτει περί το 25% των κυστικών νεοπλασμάτων. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες, ηλικίας άνω των 50 ετών. Ο κίνδυνος κακοήθειας ανέρχεται σε 17,5%, αν και σε παρασκευάσματα παγκρεατεκτομών το 1/3 των βλεννώδων κυστικών νεοπλασμάτων σχετίζονται με πορογενές αδενοκαρκίνωμα. Ενδείξεις κακοήθους μετεξέλιξης είναι το μεγάλο μέγεθος (>4cm), οι πολύχωρες κύστεις, οι

εσωτερικές ψευδοθηλώδεις προσεκβολές και τα τοιχωματικά οζίδια. Η πενταετής επιβίωση είναι εξαιρετική (>95%) για το καλόηθες και το μέσης δυσπλασίας νεόπλασμα και 50%-75% για το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα. Το **ορώδες κυσταδένωμα** αντιπροσωπεύει περίπου 16% των παγκρεατικών κυστικών νεοπλασμάτων. Αφορά κυρίως γυναίκες άνω των 60 χρόνων. Εντοπίζεται οπουδήποτε στο πάγκρεας, συχνότερα όμως στο σώμα και την ουρά (50% - 70%). Εκτομή ενδείκνυται όταν προκαλούνται πιεστικά φαινόμενα ή όταν δεν είναι δυνατή η διαφορική διάγνωση από κακοήθεις κύστεις. Ασυμπτωματικά ορώδη κυσταδενώματα παρακολουθούνται ώστε να διαγνωσθεί έγκαιρα αύξηση του μεγέθους η οποία δυνατόν να απαιτήσει μείζονα χειρουργική επέμβαση. Το **ενδοπορικό θηλώδες βλεννώδες νεόπλασμα** (Intraductal Papillary Mucinous neoplasm, IPMN) είναι το συχνότερο κυστικό νεόπλασμα και αφορά το 50% αυτών. Είναι συχνότερο στους άνδρες ηλικίας άνω των 50 ετών. Χαρακτηρίζεται από άλλοτε άλλης έκτασης και εύρους διάταση του κυρίως ή/και των πλάγιων παγκρεατικών πόρων. Διακρίνονται δύο μορφές, του κύριου παγκρεατικού πόρου (Main Duct IPMN, MD-IPMN) και των πλάγιων πόρων (Branch Duct IPMN, BD-IPMN). Εντοπίζονται σε όλη την έκταση του παγκρέατος, συχνότερα όμως στη κεφαλή. Δυνατόν να είναι πολυεστιακά. Στο 20% των ασθενών προκαλούν συμπτώματα που υποδύονται χρόνια παγκρεατίτιδα. Παθολογικό εύρημα είναι η εκροή βλέννας από το φύμα το Vater κατά την ERCP. Η πιθανότητα κακοήθειας του MD-IPMN ανέρχεται μέχρι 70% ενώ του BD-IPMN σε 20%. Διεγχειρητικές ταχείες βιοψίες είναι απαραίτητες για να επιβεβαιωθούν τα αρνητικά όρια εκτομής. Η πρόγνωση είναι εξαιρετική για τα μη διηθητικά IPMN. Η πρόγνωση των διηθητικών IPMN είναι καλύτερη από αυτήν του πορογενούς αδενοκαρκινώματος επί απουσίας λεμφαδενικής διήθησης, ενώ δεν διαφέρει αυτής όταν υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις. Το **συμπαγές ψευδοθηλώδες νεόπλασμα** καλύπτει 4% των κυστικών νεοπλασμάτων του παγκρέατος. Απαντάται σε νέες γυναίκες (60%), 30–38 ετών. Μπορεί να εντοπίζεται οπουδήποτε στο πάγκρεας και έχει καλοήθη πορεία. Ακόμα και επί μεταστατικής νόσου η εξέλιξη είναι βραδεία και σπάνια οδηγεί στον θάνατο. Η πλήρης εκτομή του όγκου είναι η ενδεικνυόμενη θεραπεία. Πενταετής επιβίωση ανέρχεται σε 97%.

**Λέξεις κλειδιά:** κυστικά νεοπλασμάτα παγκρέατος, συστάσεις ομοφωνίας, χειρουργική αντιμετώπιση, IPMN.

# ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

**Κωνσταντίνος Τζιαμαλής**

Ειδικευόμενος Ιατρός, Β' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας*

*Τηλ.: 6983507052*

*Email: kostziam@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο χρονικό διάστημα 01/01/2006 – 31/12/2015 νοσηλεύτηκαν στο Β' Χειρουργικό Τμήμα για νεοπλάσματα παγκρέατος 225 ασθενείς διάμεσης ηλικίας 70 χρόνων (30 – 89 χρόνων). Από αυτούς 216 (96,4%) χειρουργήθηκαν, ενώ 9 (3,6%) κρίθηκαν μη χειρουργήσιμοι και υποβλήθηκαν σε ERCP και τοποθέτηση ενδοπρόθεσης στο χοληδόχο πόρο για ύφεση του ικτέρου. Από τους ασθενείς που χειρουργήθηκαν 125 (70,2%) υπεβλήθησαν σε παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή (Whipple), 29 σε ουραία ή περιφερική παγκρεατεκτομή και σπληνεκτομής, 6 σε ολική παγκρεατεκτομή και 3 εκπυρήνιση μορφωμάτων παγκρέατος. Επίσης 53 (29,8%) ασθενείς, στους οποίους διεγχειρητικά κρίθηκε μη εξαιρέσιμη η βλάβη υποβλήθηκαν σε παρηγορητική επέμβαση (χολοπεπτική αναστόμωση, ή/και γαστρεντεροαναστόμωση και λήψη βιοψίας). Η ιστολογική εξέταση των εγχειρητικών παρασκευασμάτων της δωδεκαδάκτυλοπαγκρεατέκτομης ανέδειξε 106 (84,8%) αδenoκαρκινώματα, 8 (6,4%) IPMN (Intraductal Papillary-Mucinous Neoplasm: ενδοτορικά θηλώδη βλενώδη νεοπλάσματα παγκρέατος), 4 (3,2%) νευροεδοκρινείς όγκους παγκρέατος, 3 (2,4%) χρόνια παγκρεατίτιδα, 2 (1,6%) κυσταδενώματα, 1 (0,8%) μη σεμινωματώδη όγκο εκ γεννητικών κυττάρων τύπου όγκου λεκιθικού ασκού (yolk sac tumor) και 1 (0,8%) εχινόκοκκο κύστη. Η παθολογοανατομική εξέταση των παρασκευασμάτων ουραίας και περιφερικής παγκρεατεκτομής ανέδειξε 17 (58,6%) αδenoκαρκινώματα, 7 (24,1%) κυστικά νεοπλάσματα, 2 (6,8%) νευροεδοκρινείς όγκους και 1 (3,4%) περίπτωση αδenoπλακώδους καρκινώματος της εξωκρινούς μοίρας παγκρέατος. Οι ολικές παγκρεατεκτομές αφορούσαν 3 (50%) περιπτώσεις αδenoκαρκινώματος, 2 (37%)

IPMN και 1 (13%) νευροεδοκρινή όγκο παγκρέατος. Οι επεμβάσεις εκπυρήνισης αφορούσαν σε 2 (66,7%) νευροεδοκρινείς όγκους και σε 1 (33,3) IPMN.

**Λέξεις κλειδιά:** αδenoκαρκίνωμα παγκρέατος, κυστικά νεοπλάσματα παγκρέατος δωδεκαδάκτυλοπαγκρεατεκτομή, ουραία παγκρεατεκτομή, περιφερική, περιφερική.

**ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ****Σ. Κώνστα<sup>1</sup>, Γ. Κατσίκας<sup>2</sup>, Χ. Σφοντούρης<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Ειδικευόμενη Ιατρός, <sup>2</sup>Επιμελητής Α', <sup>3</sup>Διευθυντής, Επιστημονικά και Διοικητικά  
Υπεύθυνος, Ρευματολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Σ. Κώνστα*

*Τηλ.: 2107201243*

*E-mail: styliani.konsta@gmail.com*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Τα αυτοάνοσα νοσήματα του συνδετικού ιστού αποτελούν μια ετερογενή ομάδα χρόνιων νοσημάτων που πρωταρχικά επηρεάζουν τον συνδετικό ιστό μέσω ανοσολογικών μηχανισμών και διαταραχών. Τα φλεγμονώδη αυτά νοσήματα χαρακτηρίζονται από την εμπλοκή πολλών συστημάτων με ποικίλες και συχνές επικαλυπτόμενες κλινικές εκδηλώσεις. Ίδιον των αυτοάνοσων νοσημάτων του συνδετικού ιστού αποτελούν η απορρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος και η επίμονη φλεγμονή. Η αυτοανοσία και η φλεγμονή που σχετίζεται με κυτταρικούς και μοριακούς σχηματισμούς οδηγούν σε συνδιαμόρφωση αντιδράσεων που έχουν να κάνουν με τον αιμοποιητικό ιστό και τα κύτταρα του περιφερικού αίματος. Οι αιματολογικές διαταραχές που επηρεάζουν μία ή περισσότερες κυτταρικές σειρές συναντώνται πολύ συχνά στα νοσήματα του συνδετικού ιστού και μπορεί να παριστούν πολύ σημαντικό προγνωστικό παράγοντα, αντανακλώντας το βαθμό της δράσης των αυτονόσων φλεγμονωδών διαδικασιών. Φαίνεται πως υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ της χρόνιας αυτοανοσίας, της απορρύθμισης του ανοσοποιητικού συστήματος και της χρήσης ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, δημιουργώντας αυξημένο κίνδυνο για γενετική εκτροπή που μπορεί να οδηγήσει σε ανεξέλεγκτο κλωνικό πολλαπλασιασμό. Τα περισσότερα χρόνια φλεγμονώδη ρευματικά νοσήματα εμπλέκονται με διαταραχές ερυθρών και λευκών αιμοσφαιρίων, των αιμοπεταλίων, του πηκτικού μηχανισμού καθώς και με αιματολογικές κακοήθειες. Στον Συστηματικό Ερυθρηματώδη Λύκο εμφανίζονται πολύ συχνά αναιμία, λευκοπενία, λεμφοπενία, ουδετεροπενία, θρομβοπενία. Η αναιμία μπορεί να είναι χρόνιας νόσου ή να

προέρχεται από νεφρική ανεπάρκεια, απώλεια αίματος, αμιγή ερυθροκυτταρική απλασία, αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία, θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα ή μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία. Η ουδετεροπενία αποτελεί δείκτη ενεργότητας της νόσου ή είναι αποτέλεσμα της χρήσης των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, ενώ η ουδετεροφιλία αποδίδεται είτε σε λοίμωξη είτε στη χρήση των υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών. Θρομβοπενία μπορεί να επάγεται από διάφορες καταστάσεις, όπως λοιμώξεις, φάρμακα, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, θρομβωτικές μικροαγγειοπάθειες και αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο. Η λεμφαδενοπάθεια και η σπληνομεγαλία συναντώνται σε έξαρση του νοσήματος, σε λοιμώξεις και σε λεμφοϋπερπλαστικά νοσήματα όπως non-Hodgkin λέμφωμα ή T αγγειοανοσοβλαστικό λέμφωμα. Η αναιμία στην Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (ΡΑ) μπορεί να είναι χρόνιας νόσου, σιδηροπενική, μακροκυτταρική, αιμολυτική ή οφειλόμενη σε αμιγή ερυθροκυτταρική απλασία. Η ουδετεροπενία εμφανίζεται στα πλαίσια του συνδρόμου Felty, μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου ή της λευχαιμίας από μεγάλα κοκκίωδη λεμφοκύτταρα. Η ουδετεροφιλία συνήθως αποτελεί εκδήλωση της υποκείμενης νόσου ή μπορεί να είναι αποτέλεσμα λοίμωξης, φαρμάκων ή μυελοϋπερπλαστικού νοσήματος. Αυξημένος κίνδυνος λεμφοϋπερπλαστικού νοσήματος (non Hodgkin λέμφωμα) συναντάται σε ασθενείς με ΡΑ. Στις αιματολογικές διαταραχές του συνδρόμου Sjogren περιλαμβάνονται η αναιμία, η λευκοπενία, η μονοκλωνική γαμμαπάθεια, η κρουσφαιριναιμία και τα λεμφώματα. Οι συστηματικές αγγειίτιδες και τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου συνοδεύονται από αναιμία χρόνιας νόσου, ουδετεροφιλία και θρομβοκυττάρωση. Η θεραπεία των αιματολογικών διαταραχών θα πρέπει να κατευθύνεται κυρίως στην αντιμετώπιση του υποκείμενου αυτοανόσου νοσήματος. Τα κορτικοστεροειδή, οι κυτταροστατικοί και οι βιολογικοί παράγοντες έχουν χρησιμοποιηθεί για αυτόν το σκοπό. Από καθαρά κλινική σκοπιά η διάγνωση και η αντιμετώπιση των αιματολογικών διαταραχών έχει ιδιαίτερη σημασία για την κατανόηση συγκεκριμένων κλινικών εκδηλώσεων, την αντιμετώπιση δυνητικών σοβαρών επιπλοκών και την ορθολογική επιλογή θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ανακαλύπτοντας τη φύση των αιματολογικών διαταραχών και το πώς αυτές σχετίζονται με τα αυτοάνοσα/φλεγμονώδη νοσήματα, θα μας επιτραπεί η καλύτερη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των παραπάνω νοσημάτων.

**Λέξεις κλειδιά:** Νοσήματα του συνδετικού ιστού, αναιμία χρόνιας νόσου, κυτταροπενίες, θρομβοπενία, αιματολογικές κακοήθειες.

## ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ

### ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ

#### Σταύρος Γιάντες

Αιματολόγος, Διευθυντής, Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική  
και Μονάδα ΜΜΟ, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944314657

E-mail: [snikgigantes@gmail.com](mailto:snikgigantes@gmail.com)

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η θεραπευτική πλασμαφαίρεση αποτελεί θεραπευτική επιλογή για πολλά αιματολογικά, νευρολογικά, νεφρικά, αυτοάνοσα και μεταβολικά νοσήματα. Ενώ όμως για κάποια νοσήματα αποτελεί θεραπεία εκλογής, με εντυπωσιακή μείωση της θνητότητας, για άλλα είναι λιγότερο ή και καθόλου αποτελεσματική. Η καλά τεκμηριωμένη κλινική εφαρμογή είναι δύσκολη αλλά όμως και απαραίτητη, για την αποφυγή μιας θεραπείας χρονοβόρας, δαπανηρής και δυνητικά επικίνδυνης για τον ασθενή. Ο όγκος αίματος είναι περίπου 70 ml/kg ΣΒ (8% περίπου του ΣΒ ενήλικα), και το πλάσμα συνιστά το 55% του όγκου του αίματος. Κατά τη διαδικασία της πλασμαφαίρεσης σε ειδικά μηχανήματα διαχωρισμού παρουσία αντιπηκτικού το πλάσμα με τη μέθοδο της φυγοκέντρησης διαχωρίζεται και συλλέγεται από το υπόλοιπο αίμα, ενώ τα υπόλοιπα συστατικά του αίματος επιστρέφονται στον ασθενή. Με τη θεραπευτική **ολική ανταλλαγή πλάσματος** (ΤΡΕ), με την οποία θα ασχοληθούμε, αφαιρείται ένας όγκος πλάσματος. Λόγω της σοβαρής αιμοδυναμικής αστάθειας που συνεπάγεται, απαιτείται η αναπλήρωση του αφαιρεθέντος όγκου είτε με πλάσμα υγιούς δότη είτε με ισοοσμωτικό διάλυμα 4-5% λευκωματίνης με κolloειδή/κρυσταλλικά διαλύματα. Με την **απλή πλασμαφαίρεση**, η οποία εφαρμόζεται κυρίως σε υγιείς δότες αφαιρείται συνολικά <15% του όγκου του αίματος

και δεν απαιτείται αναπλήρωση όγκου. Η **θεωρητική βάση** της θεραπευτικής TPE στηρίζεται στην εντατική απομάκρυνση παθογενετικού αυτο/αλλο-αντισώματος ή παραπρωτεΐνης, στην απομάκρυνση ή τροποποίηση ανοσοσυμπλεγμάτων, στην απομάκρυνση τοξικών ουσιών, κυτταροκινών, λιπιδίων ή φαρμάκων με τη ταυτόχρονη χορήγηση υγρού αντικατάστασης. Ωστόσο η παρατεταμένη θεραπευτική ανταπόκριση που παρατηρείται σε πολλές περιπτώσεις μετά από TPE υποδηλώνει ότι υπάρχει και ανοσοτροποιοτική δράση, με ευόδωση Th2 ανοσολογικής απάντησης, καταστολή παραγωγής IL-2 και IFN-γ και καταστολή της κυτταρικής δραστηριότητας σε in vitro καλλιέργειες. Η θεραπευτική TPE έχει εφαρμοσθεί σε πλήθος νοσημάτων. Για τα περισσότερα εξ αυτών και με δεδομένη τη σπανιότητα των περισσότερων δεν υπάρχουν καλά σχεδιασμένες προοπτικές μελέτες που να τεκμηριώνουν τη θεραπευτική της αποτελεσματικότητα. Σύμφωνα με τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες η American Society of Apheresis (ASFA), οι ενδείξεις για TPE κατατάσσουν τα νοσήματα σε 4 κατηγορίες. **Κατηγορία I:** Η TPE αποτελεί τεκμηριωμένη και αποδεκτή θεραπεία 1<sup>ης</sup> γραμμής, αν και μη υποχρεωτική σε όλες τις περιπτώσεις και περιλαμβάνει τα ακόλουθα νοσήματα: **1) Θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα, 2) Χρόνια φλεγμονώδη απομυελινωτική πολυνευροπάθεια, 3) Μυασθένεια Gravis, 4) Οξεία φλεγμονώδη απομυελινωτική πολυνευροπάθεια (σ. Guillain–Barre), 5) Απομυελινωτικές πολυνευροπάθειες με παραπρωτεΐνη IgA/ IgG 6) σ. Υπεργλοιοτίας με μονοκλωνική παραπρωτεΐνη, 7) Νόσο έναντι της βασικής σπειραματικής μεμβράνης (σ. Goodpasture), 8) Κρυσφαιριναιμία, 9) Παιδιατρική αυτοάνοση νευροψυχιατρική διαταραχή σχετιζόμενη με στρεπτοκοκκική λοίμωξη (PANDAS) και χορεία Sydenham's, 10) Ταχέως εξελισσόμενη ANCA–σχετιζόμενη σπειραματονεφρίτιδα/αγγειίτιδα και 11) Απόρριψη νεφρικού μοσχεύματος επαγόμενη από αντισώματα. **Κατηγορία II:** Η TPE γενικά είναι αποδεκτή, όχι σαν 1<sup>ης</sup> γραμμής θεραπεία αλλά σαν υποστηρικτική ή επικουρική σε καλύτερα τεκμηριωμένες θεραπείες. Η **κατηγορία III** περιλαμβάνει νοσήματα για τα οποία η TPE αποτελεί θεραπεία με αντικρουόμενα και αμφισβητούμενα αποτελέσματα μεταξύ των μελετών. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί επί αστοχίας άλλων θεραπειών. Τέλος στη **κατηγορία IV** περιλαμβάνονται νοσήματα για τα οποία τυχαιοποιημένες μελέτες δείχνουν θεραπευτική αναποτελεσματικότητα και η TPE θα πρέπει να αποφεύγεται.**

**Λέξεις κλειδιά:** θεραπευτική πλασμαφαίρεση, θρομβωτικές μικροαγγειοπάθειες, αγγειίτιδες.



# ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΕ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Γεώργιος Ζαγκότσης

Ειδικευόμενος Νεφρολογίας, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973067285

E-mail: gzagotsis@yahoo.gr

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πρώτη εφαρμογή πλασμαφαίρεσης σε νεφρική νόσο περιγράφηκε το 1975 σε ασθενή με νόσο Goodpasture. Έκτοτε, χρησιμοποιείται για την θεραπεία πληθώρας νεφρολογικών νοσημάτων, αλλά οι ένδειξεις και η συχνότητα εφαρμογής έχουν αλλάξει σημαντικά τα τελευταία 15 χρόνια. Οι πιο συχνές νόσοι για τις οποίες πραγματοποιείται πλασμαφαίρεση παραμένουν η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα και το ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο, η κλινική εικόνα των οποίων συχνά αλληλοεπικαλύπτεται. Στην κλινική πράξη, η παρουσία ανεξήγητης μικροαγγειοπαθητικής αιμολυτικής αναιμίας, θρομβοπενίας και νεφριτικού ιζήματος ούρων αρκούν για να γίνει έναρξη θεραπείας. Η **θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα** αποτελεί απόλυτη ένδειξη για πλασμαφαίρεση (I,1A), αλλιώς η θνητότητα ξεπερνά το 80%. Χρήζει έγκαιρης έναρξης καθημερινών συνεδριών πλασμαφαίρεσης με φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα, μέχρι την επίτευξη ύφεσης. Σε περίπτωση ανθεκτικής νόσου πρέπει να αυξηθεί ο όγκος πλάσματος ή/και η συχνότητα των συνεδριών. Παρόμοιο θεραπευτικό σχήμα εφαρμόζεται και στο **άτυπο ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο**, κυρίως όταν οφείλεται σε αντισώματα έναντι του παράγοντα Η (I,2C), ώστε να αποφευχθεί η μόνιμη νεφρική βλάβη. Αντιθέτως, η πλασμαφαίρεση δεν έχει θέση στο ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο που συνοδεύει το διαρροϊκό σύνδρομο από E.Coli O157:H7. Οι ασθενείς με **ANCA αγγειίτιδα** επωφελούνται από την έγκαιρη έναρξη πλασμαφαίρεσης στις περιπτώσεις που εκδηλώνεται ως ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα που χρήζει αιμοκάθαρσης (I,1A) ή συνδυάζεται με πνευμονική αιμορραγία (I,1C). Η ANCA αγγειίτιδα αποτελεί πλέον την δεύτερη πιο συχνή νόσο που πραγματοποιείται πλασμαφαίρεση, αφού αυξάνεται η επιβίωση και βελτιώνεται η νεφρική λειτουργία. Αντιθέτως, στην **νόσο anti-GBM** (Goodpasture)

σαφής ένδειξη υπάρχει μόνο στις περιπτώσεις πνευμονικής αιμορραγίας (I,1C) και στις περιπτώσεις που διατηρείται η νεφρική λειτουργία (I,1B), αφού δεν βελτιώνεται η νεφρική επιβίωση αν ο ασθενής εξαρτάται από αιμοκάθαρση. Ευεργετικός είναι ο ρόλος της πλασμαφαίρεσης στην σοβαρή **κρουσφαιριναιμία** (I,2A) και στο σύνδρομο υπεργλοιοτότητας που συνοδεύει κυρίως την μακροσφαιριναιμία Waldstrom (I,1B). Επίσης, χρησιμοποιείται με ενθαρρυντικά αποτελέσματα στο **πολλαπλό μυέλωμα**, όταν η νεφρική προσβολή οφείλεται στην εναπόθεση ελαφρών αλυσίδων (II,2B). Στον **συστηματικό ερυθηματώδη λύκο** δεν συστήνεται, εκτός από τις περιπτώσεις αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου, εγκυμοσύνης, θρομβωτικής θρομβοπενικής πορφύρας και σε σοβαρή ανθεκτική νόσο που δεν ανταποκρίνεται στην θεραπεία (II, 2C). Τα τελευταία χρόνια, η πλασμαφαίρεση αποτελεί σημαντικό θεραπευτικό μέσο για την απομάκρυνση κυκλοφορούντων αντισωμάτων στην **μεταμόσχευση νεφρού**. Πλέον, απομακρύνοντας τα αντι-A και αντι-B αντισώματα, έχει καταστεί δυνατή η πραγματοποίηση μεταμόσχευσης νεφρού από ζώντα **ABO ασύμβατο δότη** (I,1B). Δυνατή είναι και η **απευαισθητοποίηση** υποψηφίων ληπτών που φέρουν πολλαπλά κυτταροτοξικά αντισώματα έναντι HLA αντιγόνων (I,1B). Τέλος, σημαντικές θεραπευτικές ενδείξεις της πλασμαφαίρεσης αποτελούν η **χυμική απόρριψη** του νεφρικού μοσχεύματος (I,1B) και η **υποτροπή της εστιακής τμηματικής σπειραματοσκλήρυνσης** μετά την μεταμόσχευση (I,1B).

**Λέξεις κλειδιά:** πλασμαφαίρεση, θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα, ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο, ANCA αγγειίτιδα, μεταμόσχευση νεφρού.

# ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ: ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

**Χαρά Γιατρά**

Ειδικευόμενη Αιματολόγος, Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική  
και Μονάδα ΜΜΟ, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6948183177*

*E-mail: xgiatra@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με τον όρο αφαίρεση αναφερόμαστε στη διαδικασία κατά την οποία αίμα ασθενούς ή δότη διέρχεται από ιατρική συσκευή που διαχωρίζει ένα ή περισσότερα συστατικά του αίματος και επιστρέφει τα υπόλοιπα, με ή χωρίς εξωσωματική επεξεργασία ή αναπλήρωση. Η θεραπευτική ανταλλαγή πλάσματος (therapeutic plasma exchange-TPE) αφορά στο διαχωρισμό του αίματος στα συστατικά του, με μεθόδους φυγοκέντρησης ή διήθησης, την απομάκρυνση του προκύπτοντος πλάσματος και την αντικατάστασή του από αντίστοιχο όγκο πλάσματος, κρυσταλλοειδών ή κολλοειδών διαλυμάτων. Στην καθημερινή πρακτική, οι όροι πλασμαφαίρεση και ανταλλαγή πλάσματος εσφαλμένα συγχέονται, ώστε με τον όρο πλασμαφαίρεση, πρακτικά να εννοούμε την TPE. Η TPE δρα μέσω δυο μηχανισμών: αφενός απομακρύνει τον αιτιολογικό παράγοντα της νόσου, αφετέρου επιτρέπει την αναπλήρωση του παράγοντα του οποίου η έλλειψη προκαλεί τη νόσο. Για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1950, όταν έδειξε θεαματικά αποτελέσματα σε ασθενείς με μακροσφαιριναιμία Waldeström. Έκτοτε, οι ενδείξεις της TPE διευρύνονται, ωστόσο κλασικές θεωρούνται η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα, το ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο, η μακροσφαιριναιμία Waldeström, η βαρεία μυασθένεια, τα σύνδρομα Guillain-Barré και Goodpasture, η ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα σχετιζόμενη με ANCA, η κρυσφαιριναιμία, η υποτροπιάζουσα εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση κ.α. Η συχνότητα με την οποία εφαρμόζεται δεν είναι ακριβώς γνωστή, εκτιμάται όμως ότι κάθε χρόνο λαμβάνουν χώρα περί τις 100 000 συνεδρίες TPE στις ΗΠΑ. Καθότι οι καταστάσεις στις οποίες η TPE πιθανώς να έχει κάποιο ρόλο είναι σαφώς περισσότερες από τις

καταστάσεις στις οποίες η ΤΡΕ έχει σαφή ρόλο, κανείς οφείλει να είναι εξοικειωμένος με τις επιπλοκές της διαδικασίας στην οποία προτίθεται να υποβάλει τον ασθενή του. Η συχνότητα των επιπλοκών που σχετίζονται με την ΤΡΕ και αναφέρονται στη βιβλιογραφία ποικίλει και εξαρτάται από το εάν οι ερευνητές θεωρούν ένα συμβάν ανεπιθύμητη αντίδραση ή αναμενόμενη απάντηση. Έτσι, ανεπιθύμητα συμβάματα έχουν καταγραφεί σε ποσοστό 4,75% έως 36% των συνεδριών ΤΡΕ. Τα ανεπιθύμητα συμβάματα μπορούν να αφορούν στον **κεντρικό καθετήρα**, ο οποίος απαιτείται για την διαδικασία αυτή (έχουν καταγραφεί πνευμοθώρακας ή αιμορραγία κατά την προσπάθεια τοποθέτησής του, συστηματικές λοιμώξεις, τοπική φλεγμονή ή αιμάτωμα στο σημείο εισόδου και θρομβώσεις, είτε εν τω βάθει, σχετιζόμενες με τον καθετήρα, είτε θρομβώσεις του αυλού του). Επίσης, έχουν καταγραφεί αντιδράσεις που σχετίζονται με τη **χορήγηση πλασμάτων**, όπως αλλεργικές αντιδράσεις, που μπορεί να εκδηλωθούν ήπια, με τη μορφή ουτρικάριας, ή να αφορούν ακόμη και σε αλλεργικό σοκ, αλλά και μετάδοση παθογόνων με παράγωγα του αίματος. Ρόλο επίσης στην εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών έχει και το **κιτρικό αντιπηκτικό** που χρησιμοποιείται τις περισσότερες φορές και μπορεί να είναι η αιτία ασυμπτωματικής ή συμπτωματικής υπασβεστιαμίας, υπότασης, ναυτίας και εμέτων. Συχνότερες, σαφώς, είναι οι ελάχιστον ανεπιθύμητες αντιδράσεις, ενώ η χρήση πλάσματος σχετίζεται με υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβαμάτων (συχνότερα αλλεργικής φύσης), σε σχέση με την αλβουμίνη (συχνότερη στην περίπτωση αυτή η εμφάνιση υπότασης). Πρόκληση για το μέλλον αποτελεί η ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων συμβαμάτων που σχετίζονται με τη διαδικασία της ΤΡΕ. Σημαντική στο σημείο αυτό κρίνεται η βελτιστοποίηση των τεχνικών ανίχνευσης παθογόνων και η χρήση ακόμη ασφαλέστερων παραγώγων αίματος, ενώ απλό αλλά σημαντικό βήμα είναι η πρόληψη λοιμώξεων σχετιζόμενων με κεντρικούς καθετήρες. Συμπερασματικά, όταν η ΤΡΕ διενεργείται από έμπειρο προσωπικό είναι ασφαλής διαδικασία και συντελεί στην ίαση καταστάσεων ανιάτων στο παρελθόν.

**Λέξεις κλειδιά:** πλασμαφαίρεση, επιπλοκές, καθετήρας, αλλεργικές αντιδράσεις.

## ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ: JUSTUM PRETIUM – THE JUST PRICE Ή ΑΛΛΩΣ Η «ΗΘΙΚΗ» ΤΙΜΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

Ιωάννης Μπαλταδάκης

Αιματολόγος, Διευθυντής, Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική  
και Μονάδα ΜΜΟ, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041103

E-mail: [ibaltadakis@icloud.com](mailto:ibaltadakis@icloud.com)

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πρόοδος στην κατανόηση της μοριακής βιολογίας του καρκίνου και η ανακάλυψη νέων θεραπευτικών στόχων με τη συνεπακόλουθη ανάπτυξη παραγόντων που αναστέλλουν σημαντικές για την καρκινογένεση κινάσες και οδούς μεταγωγής σήματος, έχουν ως αποτέλεσμα τη συνεχή αύξηση των θεραπευτικών επιλογών στην Ογκολογία. Η επιτυχία, όμως, αυτή συνοδεύεται από δραματική αύξηση του κόστους σε βαθμό απειλητικό για τη βιωσιμότητα των Συστημάτων Υγείας, που οφείλεται κατά κύριο λόγο στην τιμή των νεότερων αντικαρκινικών παραγόντων. Η τιμή των φαρμάκων αυτών είναι δυσανάλογα υψηλή σε σχέση με την πραγματική επένδυση στην έρευνα και την ανάπτυξη και δεν έχει κατά κανόνα συσχέτιση με την πραγματική αποτελεσματικότητα του φαρμάκου. Προκύπτει, λοιπόν, το ζήτημα της διαμόρφωσης μιας «δίκαιης» ή «ηθικής» τιμής, που να αντιστοιχεί στην πραγματική αξία του φαρμάκου. Η **αξία** ενός φαρμάκου καθορίζεται αντικειμενικά: α) από τη **συγκριτική αποτελεσματικότητα**, δηλαδή από την παράταση και το όφελος που προσφέρει στην επιβίωση σε ποιοτικά προσαρμοσμένα έτη ζωής (QALYs) και β) από τη **σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας** σε αναφορά με τις προϋπάρχουσες θεραπείες. Για την εκτίμηση της αξίας του φαρμάκου, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ο βαθμός παράτασης της επιβίωσης σε συνδυασμό με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την

ελάττωση των ανεπιθύμητων ενεργειών, που ενδέχεται να μεταφράζονται σε μείωση του συνολικού κόστους της θεραπείας. Πέρα από τη σημασία της στη διαμόρφωση της αρχικής τιμής, η εκτίμηση της αξίας του φαρμάκου παρέχει ένα πλαίσιο διαφάνειας και επιστημονικής τεκμηρίωσης για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κάλυψη της δαπάνης συγκεκριμένων θεραπειών. Διευκολύνεται έτσι ο εξορθολογισμός των δαπανών υγείας, παράλληλα δε αποφεύγονται οι αδιάκριτες περικοπές και εξασφαλίζεται η ισότιμη πρόσβαση των ασθενών σε υψηλού κόστους αλλά αποτελεσματικές (μεγάλης αξίας) θεραπείες. Σημασία αποκτά επίσης η ενσωμάτωση των δεδομένων για την αξία των νεότερων φαρμάκων στην ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών για τη θεραπεία των νεοπλασμάτων. Η συνεχής προσαρμογή των θεραπευτικών επιλογών με βάση κλινικές παραμέτρους, βιοδείκτες και νεότερους μοριακούς δείκτες βελτιώνει την αποτελεσματικότητα και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των αντικαρκινικών θεραπειών. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην επιλογή ασθενών για ένταξη σε κλινικές μελέτες με σκοπό την παροχή δεδομένων για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας, την ανάλυση του κόστους και τη λήψη σχετικών αποφάσεων. Συμπερασματικά, η διαμόρφωση μιας «δίκαιης» τιμής προϋποθέτει τον καθορισμό της πραγματικής αξίας κάθε νεότερου αντικαρκινικού φαρμάκου και συμβάλλει σημαντικά στην ορθολογική κατανομή των πόρων και τη δυνατότητα πρόσβασης των ασθενών σε αποτελεσματικές θεραπείες ανεξάρτητα από το κόστος.

**Λέξεις κλειδιά:** αντικαρκινικά φάρμακα, τιμή, πραγματική αξία, σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΣΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ****ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ - Η ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ****Ελένη Πλέσια**

Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος  
και Ιατρού Πόνου, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6936000818*

*E-mail: eplasia@hotmail.com*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ο οστικός πόνος από καρκινικές μεταστάσεις είναι συχνό επακόλουθο της εξέλιξης της νόσου και αποτελεί τη συχνότερη αιτία καρκινικού πόνου. Ακόμη, σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα, άγχος και κατάθλιψη, δηλαδή με μειωμένη γενικά ποιότητα ζωής. Η μεγάλη πλειοψηφία των οστικών μεταστάσεων προέρχεται από καρκίνους μαστού, πνευμόνων, προστάτη, νεφρών και θυρεοειδούς. Οι πιο συχνές εντοπίσεις είναι σε σπονδυλική στήλη, πύελο, πλευρές, άνω άκρα, μακρά οστά κάτω άκρων και κρανίο. Ο οστικός πόνος αποτελείται από μία τριάδα υποκειμένου, αυτόματου και σχετιζόμενου με την κίνηση πόνου. Ο υποκείμενος πόνος περιγράφεται ως βύθια ενόχληση αυξανόμενης έντασης με την πάροδο του χρόνου. Ο αυτόματος και ο σχετιζόμενος με την κίνηση πόνος αποτελούν αυτό που ονομάζεται παροξυσμικός (breakthrough) πόνος και απαιτεί ειδική αντιμετώπιση. Ο χαρακτήρας του πόνου μπορεί να είναι σωματικός (μυοσκελετικός), νευροπαθητικός ή μικτός, που είναι και το πιο συχνό. Η θεραπεία είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει: Μη φαρμακολογική, μη επεμβατική αντιμετώπιση, φαρμακολογική (αναλγητικά, καλσιτονίνη, διφωσφωνικά, δανοσομάμπη, κορτικοστεροειδή, ορμόνες) και επεμβατικές τεχνικές (εμφύτευση καθετήρων, καυτηρίαση με ραδιοσυχνότητα, ακτινοθεραπεία, ραδιοϊσότοπα, σπονδυλοπλαστική, στερεοτακτική ακτινοχειρουργική

κ.ά.). Οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές αφήνουν πάνω από το 45% των ασθενών με ανεπαρκή αναλγησία. Αυτό εν μέρει οφείλεται στην ελλιπή κατανόηση των μηχανισμών του καρκινικού οστικού πόνου. Τα τελευταία χρόνια η έρευνα φώτισε κάποιους από τους βασικούς μηχανισμούς που τον προκαλούν και τον καθιστούν ιδιαίτερα επώδυνη οντότητα. Πρόσφατα αποδείχτηκε ότι το περίοστεο καθώς και το υγιές οστό έχουν πλούσια νεύρωση από πρωτογενείς αλγαισθητικούς νευρώνες (Αδ και C ίνες). Γνωρίζουμε, επίσης, ότι τα καρκινικά εκκρίνουν προσταγλανδίνες, κυτοκίνες και άλλες αλγογόνες ουσίες που διεγείρουν τους αλγαισθητικούς υποδοχείς, όπως και τα μακροφάγα (20% των κυττάρων του όγκου) που παράγουν TNF, IL-1, ενδοθηλίνες και άλλους διεγερτικούς νευρομεταβιβαστές. Ειδικά η ενδοθηλίνη-1 (ET-1) εκκρίνεται σε μεγάλες ποσότητες από μεταστατικά κύτταρα και έχει συγκεντρώσει το ερευνητικό ενδιαφέρον, γιατί έχει δείχθει ότι οι ανταγωνιστές των υποδοχέων ενδοθηλίνης-1 μπορεί να μειώσουν τον πόνο. Επιπλέον, στα τμήματα του νωτιαίου μυελού που προσλαμβάνουν τα προσαγωγά ερεθίσματα από τα διηθημένα οστά (και μόνο σ' αυτά) έχει παρατηρηθεί εκσεσημασμένη υπερτροφία αστροκυττάρων και αυξημένη παραγωγή δυνορφίνης (πεπτιδίο που συμβάλλει στην εμφάνιση υπεραλγησίας). Αυτές οι αλλαγές φαίνεται ότι είναι διαφορετικές από αυτές που συμβαίνουν στο φλεγμονώδη και νευροπαθητικό πόνο, που ίσως να ερμηνεύει τη δυσκολία αντιμετώπισης του οστικού πόνου με τα αντίστοιχα φάρμακα. Μια άλλη παρατήρηση είναι ότι η σοβαρότητα της περιφερικής και κεντρικής ευαισθητοποίησης φαίνεται ότι σχετίζεται με το βαθμό της οστικής καταστροφής. Γι' αυτό προσέλκυσε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η οστεοπροτεγερίνη (υποδοχέας που μέσω πολλαπλών διεργασιών, μειώνει την παραγωγή οστεοκλαστών), που η χορήγησή της ελαττώνει τον αυτόματο και προκλητό πόνο και αποτρέπει την αναδιοργάνωση του νωτιαίου μυελού. Η γνώση της παθοφυσιολογίας δεν έχει μόνο ακαδημαϊκό ενδιαφέρον. Η κατανόηση των μηχανισμών πρόκλησης οστικού πόνου επιτρέπει τη στοχευμένη εφαρμογή των ήδη γνωστών και διαθέσιμων αναλγητικών μεθόδων, αλλά και τη δημιουργία νέων φαρμάκων, όπως οι ανταγωνιστές αστροκυττάρων, οστεοπροτεγερίνης και ενδοθηλίνης-1.

**Λέξεις κλειδιά:** οστικός πόνος, καρκινικός, παθοφυσιολογία, αντιμετώπιση.



# ΡΑΔΙΟΪΣΟΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΣΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

**Χαρίκλεια Γιαννοπούλου**

Πυρηνικός Ιατρός, Διευθύντρια,

Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6932460546*

*E-mail: harisg@otenet.gr*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι οστικές μεταστάσεις αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα των ασθενών με καρκίνο του προστάτη. Είναι κυρίως οστεοβλαστικές εμφανείς στο σπινθηρογράφημα οστών με  $^{99m}\text{Tc-MDP}$  ή στην ποζιτρονική τομογραφία με  $\text{Na}^{18}\text{F}$ . Ο πόνος, η υπερασβεστιαμία και τα κατάγματα, που οφείλονται στις οστικές μεταστάσεις επιβαρύνουν την γενική κατάσταση των ασθενών και χειροτερεύουν την ποιότητα της ζωής τους. Η επιλογή της θεραπείας του πόνου από οστικές μεταστάσεις εξαρτάται από την έκτασή τους: Για τις εντοπισμένες προτιμάται η ακτινοθεραπεία ή η χειρουργική θεραπεία, ενώ για τη διάχυτη οστική μεταστατική νόσο προτιμάται η χημειοθεραπεία, η ορμονική θεραπεία, και η ραδιοϊσοτοπική συστηματική θεραπεία. Το **Στρόντιο-89** ( $^{89}\text{SrCl}$ ) έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως με καλά αποτελέσματα, κατά τα τελευταία 30 χρόνια. Έχει φυσικό χρόνο ημιζωής 50.5 ημερών και διασπάται εκπέμποντας σωματίδια β με μέγιστο μήκος διαδρομής στους ιστούς 8mm. Το στρόντιο-89 είναι χημικά παρόμοιο με το ασβέστιο και καθλώνεται στις οστεοβλαστικού τύπου οστικές μεταστάσεις. Η ανακουφιστική δράση του Στροντίου αρχίζει να γίνεται αισθητή μέσα σε 10-20 ημέρες από την χορήγηση του ραδιοφαρμάκου και διαρκεί για 4-12 μήνες. Η χορήγηση στρόντιου-89 συνοδεύεται από μυελοτοξικότητα που συνήθως εμφανίζεται στις επόμενες 4-6 εβδομάδες. Η αποκατάσταση εξαρτάται από την εφεδρεία του μυελού των οστών και από την έκταση των μεταστάσεων. Το **Σαμάριο-153** ( $^{153}\text{Sm-EDTMP}$ ) έχει φυσικό χρόνο ημιζωής 46.3 ωρών και διασπάται εκπέμποντας τόσο σωματίδια β με μέσο μήκος διαδρομής στους ιστούς 0.6mm. Μπορεί να χορηγηθεί ασφάλεια και με καλά

αποτελέσματα σε επανειλημμένες δόσεις. Η χορήγησή του συνοδεύεται από ήπια και παροδική καταστολή του μυελού των οστών. Η μέση ανταπόκριση ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι 80% και με καρκίνο του προστάτη 56%-74%. Το **Ράδιο-223** (Ra-223 dichloride) είναι το πρώτο ραδιοφάρμακο με εκπομπή α σωματιδίων που χρησιμοποιείται στον μεταστατικό ευνοχοάντοχο καρκίνο του προστάτη χωρίς σπλαγχνικές μεταστάσεις. Η διαφορά του από τα υπόλοιπα αντίστοιχα ραδιοφάρμακα, έγκειται στο ότι, από τα αποτελέσματα μιας πολυκεντρικής μελέτης φάνηκε πως επιδρά και θεραπευτικά στις οστικές μεταστάσεις, προσφέροντας όφελος επιβίωσης 3,4 μηνών, έναντι ασθενών που έλαβαν placebo. Λόγω της μικρής εμβέλειας των α σωματιδίων αναμένεται θεωρητικά (αλλά δεν έχει αποδειχτεί) μικρότερη μυελοτοξικότητα του φαρμάκου αυτού έναντι των ραδιοφαρμάκων που εκπέμπουν β ακτινοβολία. Προβλήματα που δεν έχουν επιλυθεί, είναι η ενσωμάτωση του ραδίου-223 στους θεραπευτικούς αλγορίθμους, ο συνδυασμός με άλλα ανάλογα φάρμακα- επειδή στην μελέτη ALSYMPCA το Ra-223 dichloride δεν εξετάστηκε σε συνδυασμό ή head to head με τις άλλες συστηματικές θεραπείες (Enzalutamide, Abiraterone, Docitaxel), αλλά με τη χορήγηση placebo-και η ανάπτυξη δεύτερης νεοπλασίας, διότι η μελέτη ALSYMPCA ολοκληρώθηκε σε τρία μόλις χρόνια. Τέλος προς διερεύνηση είναι και η βέλτιστη δόση του ραδίου-223 (4 ή 6 δόσεις) που έχει τόσο ιατρικό όσο και οικονομικό ενδιαφέρον, δεδομένου του πολύ υψηλού κόστους του. **Συμπερασματικά**, η συστηματική ραδιοϊσοτοπική θεραπεία του πόνου από οστικές μεταστάσεις είναι μια αποτελεσματική και ασφαλής θεραπεία, που μειώνει τη νοσηρότητα και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, δεν απαιτεί νοσηλεία και οι προφυλάξεις που λαμβάνονται είναι κατανοητές και εφαρμόσιμες. Είναι ενδεδειγμένη για ασθενείς με πολλαπλές οστικές μεταστάσεις, και μπορεί να επαναληφθεί με ασφάλεια. Τα ποσοστά ανταπόκρισης είναι υψηλά και η θεραπεία καλά ανεκτή από τους ασθενείς.

**Λέξεις κλειδιά:** οστικές μεταστάσεις, πόνος, καρκίνος προστάτη, ραδιοϊσότοπα, ραδιοϊσοτοπική θεραπεία.

**ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ****Ε. Κάκαλου, MD, MSc,**

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, ΜΕΛ, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΠΜΣ «Διεθνής Ιατρική-Διαχείριση Κρίσεων Υγείας»,

Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

*Στοιχεία επικοινωνίας:**Τηλ.: 6971891740**E-mail: ekakalou@yahoo.gr***ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η μαζική εισροή των προσφύγων και αιτούντων άσυλο κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους, αντιπροσωπεύει μια μείζονα κρίση που θέτει σε δοκιμασία τις δυνατότητες του συστήματος υγείας της χώρας. Σύμφωνα με το UNHCR ο αριθμός των προσφύγων που έφτασαν στην Ευρώπη το 2015 ανήλθε σε 1.014.836 άτομα. Το 2016, 244 άνθρωποι κηρύχθηκαν νεκροί και συνολικά 2.989 το 2015, ενώ οι αφίξεις μέσω θαλάσσης στην Ελλάδα έφτασαν τις 52.055. Εδώ και αρκετά χρόνια το φαινόμενο του «Υγιούς Μετανάστη» έχει τεκμηριωθεί από την βιβλιογραφία. Στοιχεία από κέντρα κράτησης μεταναστών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα στην Ευρώπη, έχουν αναδείξει ότι η νοσηρότητα σχετίζεται κατά κύριο λόγο με τις συνθήκες της ίδιας της κράτησης παρά με το επιδημιολογικό προφίλ των χωρών καταγωγής. Το 2015 παρατηρήθηκε μία αλλαγή στις ροές των προσφυγικών κυμάτων. Λόγω της γενικότερης επιδείνωσης της κατάστασης ασφαλείας σε ευρύτερες ζώνες στη Μέση Ανατολή, την Ανατολική Αφρική και την Κεντρική Ασία, ολόκληρες οικογένειες, με παιδιά και ηλικιωμένους, κατευθύνθηκαν μαζικά προς την Ευρώπη, μέσω της Τουρκίας, φτάνοντας στις ελληνικές ακτές. Αυτός ο ευάλωτος πληθυσμός παρουσιάζει μεγαλύτερη νοσηρότητα και γενικά χρειάζεται περισσότερο εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Παρόλα αυτά, ένα μικρό ποσοστό από όσους

αναζήτησαν ιατρική βοήθεια βρέθηκαν να πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή από νοσήματα με ιδιαίτερη σημασία για τη δημόσια υγεία. Πρόσφατα δεδομένα από το Ηνωμένο Βασίλειο αναδεικνύουν το γεγονός ότι το 48% των διαγνώσεων HIV μεταξύ ετερόφυλων από την υποσαχάρια Αφρική συνέβη στη χώρα υποδοχής. Όσον αφορά τη φυματίωση, στις περισσότερες χώρες ο κίνδυνος μετάδοσης από μετανάστες στο ντόπιο πληθυσμό δεν έχει τεκμηριωθεί. Ο καθολικός ασυμπτωματικός έλεγχος για λοιμώδη νοσήματα, ακόμα και γι' αυτά που είναι σημαντικά για τη δημόσια υγεία, δεν είναι η καταλληλότερη στρατηγική. Αντίθετα μία προσέγγιση που βασίζεται α) στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας (που εργάζονται σε δομές του ΕΣΥ ή τοπικές και διεθνείς οργανώσεις), σε νοσήματα που θα μπορούσαν να είναι σημαντικά αλλά και β) στην διαθεσιμότητα των απαραίτητων πόρων, είναι υψίστης προτεραιότητας (τεστ ταχείας διάγνωσης για την ελονοσία, δυνατότητα εξέτασης πτυέλων για φυματίωση, ακτινογραφιών, δυνατότητα για απομόνωση και διαχείριση υπόπτων περιστατικών φυματίωσης ή άλλων περιπτώσεων με υψηλό δυναμικό μετάδοσης). Για όσους ανθρώπους τελικά υποβάλλουν αίτημα ασύλου ή παραμείνουν στη χώρα, στρατηγικές που σχετίζονται με επιδημιολογικά στοιχεία, κινδύνους που αφορούν ειδικές ομάδες πληθυσμού ή άλλα δεδομένα (διαμονή σε ξενώνες ή εμφάνιση επιδημιών σε κέντρα κράτησης ή καταυλισμούς) θα μπορούσαν να εξεταστούν στο μέλλον. Η συνδρομική επιτήρηση θα μπορούσε να είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για να πυροδοτήσει έγκαιρες αντιδράσεις και να καθοδηγήσει τη λήψη αποφάσεων για τη δημόσια υγεία σε επίπεδο εθνικό, περιφερειακό ή ευρωπαϊκό. Η ενίσχυση της ικανότητας για τη διενέργεια καθολικών εκστρατειών εμβολιασμού στις χώρες υποδοχής θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπ' όψιν, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του νεοεισερχόμενου πληθυσμού αλλά και για να υπάρχει επαρκής επιδημιολογική ετοιμότητα μέσα από συγκεκριμένα σχέδια δράσης. Δύο εμβόλια κρίνονται σημαντικά και θα πρέπει να προσφέρονται στην Ελλάδα στα παιδιά καταρχήν, εμβόλιο ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς (MMR) και διφθερίτιδας-τετάνου-κοκκύτη-πολιομυελίτιδας λόγω υψηλού επιδημικού δυναμικού των εν λόγω ασθενειών.

**Λέξεις κλειδιά:** μετανάστες, πρόσφυγες, λοιμώδη νοσήματα, εμβολιασμοί, επιτήρηση.

**ΚΙΝΑΣΕΣ ΤΚ1 (ΘΥΜΙΔΙΝΙΚΗ ΚΙΝΑΣΗ 1) ΚΑΙ TUMOR M2-PK  
(ΔΙΜΕΡΕΣ ΤΗΣ ΙΣΟΜΟΡΦΗΣ M2 ΤΟΥ ΕΝΖΥΜΟΥ ΠΥΡΟΥΒΙΚΗ  
ΚΙΝΑΣΗ): ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ  
(Α) ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΚΑΙ (Β) ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ  
ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

**Ευαγγελία Βεργενάκη<sup>1</sup>, Λαμπρινή Κυρίου-Μάλλη<sup>2</sup>, Νικόλαος Ράπτης<sup>3</sup>,  
Σπυρίδων Ποταμιάνος<sup>4</sup>, Ευτυχία Αναγνώστου-Κακαρά<sup>5</sup>, Αγγελική Μελπίδου<sup>6</sup>,  
Σοφία Ιωαννίδου<sup>7</sup>, Γεράσιμος Μάντζαρης<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Βιολόγος, Ιατρός, Υποψ. Διδάκτωρ, Συνεργάτης Βιοχημικού Εργαστηρίου, <sup>2</sup>Χημικός,  
PhD, EurClinChem, Βιοχημικό Εργαστήριο και <sup>3</sup>Γαστρεντερολόγος-Παθολόγος,  
Διευθυντής, Γαστρεντερολογικό Τμήμα-Ενδοσκοπική Μονάδα  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» - ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ – ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ

<sup>4</sup>Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Διευθυντής Πανεπιστημιακής  
Γαστρεντερολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Λάρισας

<sup>5</sup>Δρ. Βιοπαθολόγος, Βιοχημικός, Υπεύθυνη ΕΣΕΑΠ, τ. Διευθύντρια Βιοχημικού  
Εργαστηρίου, <sup>6</sup>Χημικός, Ph.D., EurClinChem, Βιοχημικό Εργαστήριο,

<sup>7</sup>Ιατρός Βιοπαθολόγος, PhD, Διευθύντρια, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη  
Βιοχημικού Εργαστηρίου και <sup>8</sup>Γαστρεντερολόγος, Συντονιστής Διευθυντής  
Γαστρεντερολογικού Τμήματος,  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» - ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ – ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Ε. Βεργενάκη*

*Τηλ.: 2109940721, 6974630525*

*E-mail: evergenaki@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Σε κυτταρικό επίπεδο, τα ενζυμα TK1 και M2-PK ανευρίσκονται σε μονομερή (ανενεργός), διμερή και τετραμερή μορφή (ενεργείς), υποκείμενα σε πολύπλοκη αλλοστερική ρύθμιση. Σε αναβολικές συνθήκες (καρκίνος), ευνοείται η μετατροπή του τετραμερούς M2-PK σε διμερές, ενώ διαπιστώνονται υψηλής ενεργότητας-σταθερότητας πολυμερή TK1. Σε συνδυασμό με την αυξημένη ενεργότητά τους σε φλεγμονώδη κύτταρα του αίματος, συμβάλλουν στη διάγνωση φλεγμονωδών-προκαρκινωματωδών-κακοήθων νοσημάτων καθώς και στην πρόγνωση, υποτροπή και θεραπευτική ανταπόκρισή τους. **ΣΚΟΠΟΣ:** Συγκριτική μελέτη των επιπέδων TK1 και M2-PK, στον ορό και το πλάσμα αντίστοιχα, ασθενών με ενδοσκοπική τεκμηρίωση ύπαρξης ή μη εντερικής πολυποδίασης και συσχέτισή τους με ιστολογικά και απεικονιστικά ευρήματα, συνοδά καλοήθη (φλεγμονώδη ή μη) και κακοήθη νοσήματα. Συναξιολόγηση των ευρημάτων με τα επίπεδα M2-PK σε δείγματα κοπράνων των ασθενών. **ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Προσδιορισμός των επιπέδων TK1 (cut-off serum= $<7,5\text{U/L}$ ) με ανοσοχημειοφωταύγεια σε αυτόματο αναλυτή Liaison και M2-PK (cut-off plasma= $<15\text{U/mL}$ , stool= $<4\text{U/mL}$ ) με ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA, σε 160 δείγματα ορού, πλάσματος και κοπράνων ασθενών. Η στατιστική ανάλυση έγινε με t-test. Κριτήρια ομαδοποίησης: **(α)** η ηλικία ( $<50$ : [N=24], [50-65]: [N=77],  $\geq 66$ : [N=59]), **(β)** ο αριθμός πολυπόδων ΓΣ [ΠΓ(0): N=46, ΠΓ(1): N=43, ΠΓ(2): N=24,  $3 \leq \text{ΠΓ} \leq 5$ : N=28,  $6 \leq \text{ΠΓ} \leq 9$ : N=9,  $\text{ΠΓ} \geq 10$ : N=10], **(γ)** ο συνδυασμός του (β) με συνοδά καλοήθη και κακοήθη νοσήματα, διαμορφώνοντας τις ευρύτερες ομάδες **(Α)** καλοήθεια [N=142] και **(Β)** κακοήθεια [N=18], με υποδιαίρεση της πρώτης σε: **(i)** φλεγμονή [N=61], **(ii)** καλοήθεις όγκους-νοσήματα [N=81]. Διάκριση των ΠΓ(0) και φλεγμονή σε μη ειδικές (ΙΦΝΕ) [ΠΓ(0)Α: (N=6), ΦΑ: (N=7)] και ειδικές [ΠΓ(0)Β: (N=40), ΦΒ: (N=54)] φλεγμονές. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** **(α)** Μέση τιμή (ΜΤ) TK1 ασθενών  $<50$  (15,8) σε σχέση με: ΜΤ TK1 ασθενών [50-65] (11,4) [ $p=0,09$ ] και  $\geq 66$  (11,1) [ $p=0,09$ ]. Σύγκριση ΜΤ TK1 ασθενών μεταξύ [50-65] και  $\geq 66$  [ $p=0,77$ ]. Αντιστοίχως για M2-PK(p): ΜΤ ασθενών  $<50$  (71,15) σε σχέση με: ασθενείς [50-65] (40,63) [ $p=0,02$ ] και  $\geq 66$  (41,56) [ $p=0,049$ ]. Σύγκριση ΜΤ M2-PK(p) ασθενών μεταξύ [50-65] και  $\geq 66$  [ $p=0,82$ ]. ΜΤ M2-PK(st) ασθενών  $<50$  (11,72) συγκριτικά με: ΜΤ M2-PK(st) ασθενών [50-65] (10,91) [ $p=0,85$ ] και  $\geq 66$  (9,01) [ $p=0,40$ ]. ΜΤ M2-PK(st) ασθενών μεταξύ [50-65] και  $\geq 66$  [ $p=0,47$ ]. **(β)** ΜΤ TK1 ασθενών με ΠΓ(0) (13,53) συγκριτικά με: ΜΤ TK1 ασθενών με ΠΓ(1) (13,13) [ $p=0,88$ ], ΠΓ(2) (12,23) [ $p=0,69$ ],  $3 \leq \text{ΠΓ} \leq 5$  (11,09) [ $p=0,41$ ],  $6 \leq \text{ΠΓ} \leq 9$  (12,74) [ $p=0,88$ ],  $\text{ΠΓ} \geq 10$  (15,12) [ $p=0,74$ ]. ΜΤ M2-

PK(p) ασθενών με ΠΓ(0) (53,98) συγκριτικά με MT αυτών με: ΠΓ(1) (42,57) [p=0,39], ΠΓ(2) (40,42) [p=0,44],  $3 \leq \text{ΠΓ} \leq 5$  (47,51) [p<0,0001],  $6 \leq \text{ΠΓ} \leq 9$  (34,33) [p=0,48],  $\text{ΠΓ} \geq 10$  (40,96) [p=0,63]. MT M2-PK(st) ασθενών με ΠΓ(0) (12,95) σε σχέση με: MT M2-PK(st) αυτών με ΠΓ(1) (11,39) [p=0,71], ΠΓ(2) (7,68) [p=0,24],  $3 \leq \text{ΠΓ} \leq 5$  (7,13) [p=0,16],  $6 \leq \text{ΠΓ} \leq 9$  (11,67) [p=0,86],  $\text{ΠΓ} \geq 10$  (7,40) [p=0,41]. (βι) MT TK1 ΠΓ(0)A (27,77) με: MT TK1 ΠΓ(0)B (11,39) [p=0,007], ΠΓ(1) [p=0,02], ΠΓ(2) [p=0,04],  $3 \leq \text{ΠΓ} \leq 5$  [p=0,013],  $6 \leq \text{ΠΓ} \leq 9$  [p=0,20],  $\text{ΠΓ} \geq 10$  [p=0,25]. MT TK1 ΠΓ(0)B με: MT TK1 ΠΓ(1) [p=0,35], ΠΓ(2) [p=0,66],  $3 \leq \text{ΠΓ} \leq 5$  [p=0,85],  $6 \leq \text{ΠΓ} \leq 9$  [p=0,61],  $\text{ΠΓ} \geq 10$  [p=0,15]. MT M2-PK(p) ΠΓ(0)A (142,58) με: MT M2-PK(p) ΠΓ(0)B (42,62) [p=0,004], ΠΓ(1) [p=0,003], ΠΓ(2) [p=0,023],  $3 \leq \text{ΠΓ} \leq 5$  [p=0,019],  $6 \leq \text{ΠΓ} \leq 9$  [p=0,15],  $\text{ΠΓ} \geq 10$  [p=0,15]. MT M2-PK(p) ΠΓ(0)B με: MT M2-PK(p) ΠΓ(1) [p=0,99], ΠΓ(2) [p=0,75],  $3 \leq \text{ΠΓ} \leq 5$  [p=0,42],  $6 \leq \text{ΠΓ} \leq 9$  [p=0,40],  $\text{ΠΓ} \geq 10$  [p=0,88]. MT M2-PK(st) ΠΓ(0)A (22,71) με: MT M2-PK(st) ΠΓ(0)B (11,60) [p=0,22], ΠΓ(1) [p=0,21], ΠΓ(2) [p=0,048],  $3 \leq \text{ΠΓ} \leq 5$  [p=0,022],  $6 \leq \text{ΠΓ} \leq 9$  [p=0,37],  $\text{ΠΓ} \geq 10$  [p=0,18]. MT M2-PK(st) ΠΓ(0)B με: MT M2-PK(st) ΠΓ(1) [p=0,96], ΠΓ(2) [p=0,31],  $3 \leq \text{ΠΓ} \leq 5$  [p=0,22],  $6 \leq \text{ΠΓ} \leq 9$  [p=0,99],  $\text{ΠΓ} \geq 10$  [p=0,47]. (γ) MT TK1 ασθενών με φλεγμονή (12,77) σε σχέση με αυτήν ασθενών με κακοήθεια (15,31) [p=0,44] και ασθενών με καλοήγη νοσήματα (10,62) [p=0,18]. Συσχέτιση MT TK1 ασθενών με κακοήθεια και ασθενών με καλοήθεις όγκους [p=0,018]. Για M2-PK(p) αντιστοίχως: MT ασθενών με φλεγμονή (52,91) σε σχέση με: MT ασθενών με κακοήθεια (54,06) [p=0,95] και ασθενών με καλοήγη νοσήματα (39,30) [p=0,13]. Σύγκριση MT M2-PK(p) μεταξύ ασθενών με κακοήγη και καλοήγη νοσήματα [p=0,019]. Αναλόγως ισχύει: MT M2-PK(st) ασθενών με φλεγμονή (10,92) σε σχέση με την αντίστοιχη ασθενών με κακοήθεια (9,12) [p=0,69] και ασθενών με καλοήγη νοσήματα (10,17) [p=0,79]. Συσχέτιση MT M2-PK(st) μεταξύ ασθενών με κακοήγη και καλοήγη νοσήματα [p=0,77]. (γi) MT TK1 ασθενών με κακοήθεια με: MT TK1 αυτών με ΦΑ (25,19) [p=0,25] και ΦΒ (11,17) [p=0,035]. MT TK1 ασθενών με καλοήγη νοσήματα σε σχέση με: MT TK1 αυτών με ΦΑ [p=0,0006] και ΦΒ [p=0,60]. MT M2-PK(p) ασθενών με κακοήθεια με: MT M2-PK(p) αυτών με ΦΑ (129,16) [p=0,11] και ΦΒ (43,76) [p=0,19]. MT M2-PK(p) ασθενών με καλοήγη νοσήματα συγκριτικά με την αντίστοιχη αυτών με ΦΑ [p=0,0001] και ΦΒ [p=0,33]. MT M2-PK(st) ασθενών με κακοήθεια με: MT M2-PK(st) αυτών με ΦΑ (20,23) [p=0,17] και ΦΒ (9,74) [p=0,87]. MT M2-PK(st) ασθενών με καλοήγη νοσήματα με: MT M2-PK(st) αυτών με ΦΑ [p=0,13] και ΦΒ [p=0,87]. Σύγκριση ασθενών ΦΑ:ΦΒ για MT TK1 [p=0,0025], για MT M2-PK(p) [p=0,0029] και MT M2-PK(st) [p=0,15] αντιστοίχως.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** (α) Δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά στις δύο μελετούμενες παραμέτρους ανάμεσα στις συγκρινόμενες ηλικιακές ομάδες, με μόνη εξαίρεση την M2-PK(p), μεταξύ ασθενών <50 και [50-65] ετών και εκείνων <50 και ≥66 ετών. Με την TK1 επιτυγχάνεται διάκριση στα ίδια ζεύγη σύγκρισης ηλικιακών ομάδων, αλλά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%. (β) Στην ομαδοποίηση, με κριτήριο τον αριθμό πολύποδων, διαφαίνεται, από τα υψηλότερα επίπεδα TK1 και M2-PK (p/st), σε ασθενείς με ΠΓ(0), ότι ο παράγοντας φλεγμονή διαδραματίζει τον ρυθμιστικό παράγοντα αυτών. Στατιστικά σημαντική διαφορά 5% σημειώνεται μόνο για την M2-PK(p), ανάμεσα στις ομάδες ΠΓ(0) και  $3 \leq \text{ΠΓ} \leq 5$ . (βi). Οι TK1 και M2-PK(p) αποδεικνύονται χρήσιμες στη διάκριση ασθενών με ΙΦΝΕ και εκείνων: (i) με ειδικές φλεγμονές και 0 πολύποδες και (ii) με 1 έως 5 πολύποδες, ενώ για την M2-PK(st) στατιστικά σημαντική διαφορά, σε επίπεδο 5%, εμφανίζεται ανάμεσα στην ομάδα ασθενών με ΙΦΝΕ και αυτών με 2 έως 5 πολύποδες. (γ) Διάκριση ασθενών με καλοήθεις και κακοήθεις όγκους γαστρεντερικής ή/και εξωγαστρεντερικής εντοπίσεως επιτυγχάνεται με την TK1 και την M2-PK(p). (γi). Σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, η TK1 εμφανίζεται να διακρίνει ασθενείς με κακοήθεις όγκους και ειδικές φλεγμονές, ενώ σε συνδυασμό με την M2-PK(p) αναδεικνύονται ικανοποιητικές παράμετροι ως προς τη διάκριση μεταξύ ασθενών με ΙΦΝΕ και με καλοήθη νοσήματα-όγκους. Επιπρόσθετα, η TK1 και M2-PK(p) παρέχουν τη δυνατότητα διαχωρισμού μεταξύ ασθενών με ειδικές και μη ειδικές φλεγμονές. (δ) Από τη συσχέτιση των ευρημάτων, με το ιστορικό των ασθενών και τον λοιπό παρακλινικό έλεγχο, προκύπτει πως οι TK1, M2-PK(p) και M2-PK(st) αναδεικνύουν φλεγμονές, υφιστάμενες σε οξεία, αλλά κυρίως σε χρόνια βάση, όταν άλλοι καθιερωμένοι δείκτες φλεγμονής αποτυγχάνουν να διαδραματίσουν το ρόλο αυτό και ότι ο συσχετισμός των επιπέδων των δύο πρώτων παραμέτρων με αιματολογικές διαταραχές και αυτοάνοσα νοσήματα είναι επιβεβλημένος.

**Λέξεις κλειδιά:** TK1, TuM2-PK, φλεγμονή, κακοήθεια, αυτοανοσία.



**ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ****Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΛΟΓΟΥ****Αλκιβιάδης Γρηγοράκης**

Επιμελητής Α', Ουρολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:**Τηλ.: 6977905900**E-mail: agrigorakis@yahoo.com***ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ως Βιοχημική Υποτροπή (ΒΥ) μετά από ριζική εντοπισμένη θεραπεία στον καρκίνο του προστάτη (Ριζική Προστατεκτομή-ΡΠ ή Ακτινοθεραπεία-ΑΚΘ) ορίζεται η σταθερή χρονικά αύξηση του PSA, από ένα όριο και πάνω, χωρίς κάποιο άλλο «αντικειμενικό» εύρημα κλινικής υποτροπής. Υπολογίζεται ότι περίπου 27%-53% των ασθενών μετά από εντοπισμένη θεραπεία θα παρουσιάσουν ΒΥ. Η ΒΥ δεν ισοδυναμεί με κλινική υποτροπή ούτε υποδηλώνει σε όλους τους ασθενείς εξέλιξη της νόσου. Η εξέλιξη της ΒΥ σε κλινική υποτροπή εξαρτάται από κλινικούς και παθολογοανατομικούς παράγοντες του καρκίνου, το χρόνο εμφάνισης της μετά τη θεραπεία, το είδος της εφαρμοσθείσας θεραπείας, ΡΠ ή ΑΚΘ, όπως επίσης και από το ρυθμό αύξησης του PSA κατά την εμφάνιση της ΒΥ. Η σταδιοποίηση που κάνουμε κατά την ΒΥ αποσκοπεί στο να ελεγχθεί κατά πόσο αυτή οφείλεται σε τοπική υποτροπή ή σε γενικευμένη νόσο. Πολλές φορές με τις τρέχουσες μεθόδους, Bone scan, C/T, MRI, είναι ατελέσφορη. Το Choline PET scan έρχεται να ενισχύσει την απεικονιστική ακρίβεια σε αρκετές, αλλά όχι σε όλες τις περιπτώσεις με ΒΥ. Οι θεραπείες που επιλέγονται κατά την ΒΥ μετά ΡΠ εκτείνονται από την απλή παρακολούθηση, τη συμπληρωματική ΑΚΘ ή ΑΚΘ σωτηρίας (salvage), έως τη συστηματική ορμονοθεραπεία. Οι θεραπείες που διαθέτουμε κατά τη ΒΥ μετά από ΑΚΘ περιλαμβάνουν την συστηματική ορμονοθεραπεία με ή χωρίς διάφορες θεραπείες

σωτηρίας όπως προστατεκτομή σπηρίας, βραχυθεραπεία, κρυοθεραπεία και HIFU (Hugh Intensity Focused Ultrasound).

**Λέξεις κλειδιά:** καρκίνος προστάτη, βιοχημική υποτροπή, θεραπεία σπηρίας

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ: MRI

**Αικατερίνη Ταβερναράκη**

Ακτινολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου,  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6977597095*

*E-mail: katiatav@yahoo.com*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί το δεύτερο αίτιο θνητότητας ανδρών του δυτικού κόσμου μετά τον καρκίνο πνεύμονος. Η ριζική προστατεκτομή αποτελεί πρώτης γραμμής θεραπεία, ακολουθώντας η ακτινοθεραπεία. Η απεικόνιση της τοπικής υποτροπής μετά από θεραπεία είναι μείζονος σημασίας για την μετέπειτα αντιμετώπιση του ασθενούς. Η κλινική υποψία τοπικής υποτροπής καρκίνου του προστάτη βασίζεται στην έναρξη βιοχημικής υποτροπής. Με βάση τις Ευρωπαϊκές οδηγίες, ορίζεται ως αύξηση της τιμής του PSA του ορρού  $>0,2\text{ng/ml}$  σε δύο συνεχόμενες μετρήσεις. Εφόσον, συμβεί βιοχημική υποτροπή το ερώτημα που θα πρέπει να απαντηθεί είναι εάν οφείλεται σε τοπική υποτροπή ή σε παρουσία δευτεροπαθών εντοπίσεων. Για την εξακρίβωση του παραπάνω ερωτήματος, σημαντική θέση έχει ο έλεγχος με μαγνητική τομογραφία (Multiparametric- MRI) και PET/CT. Η μαγνητική τομογραφία (Multiparametric-MRI) αποτελεί την πιο χρήσιμη μέθοδο για την ανάδειξη τοπικής υποτροπής μετά από ριζική προστατεκτομή και ακτινοθεραπεία με τιμές του PSA του ορρού  $0.2-1\text{ng/ml}$ , ενώ το PET/CT βοηθάει στην ανάδειξη δευτεροπαθών εντοπίσεων με τιμές του PSA του ορρού  $>1\text{ng/ml}$ . Ως μέθοδος συνδυάζει πληροφορίες ανατομίας και λειτουργικής βιοχημίας με ακολουθίες όπως είναι η T2 WI, dynamic contrast enhancement, diffusion weighted imaging και MR spectroscopy. Πιο συγκεκριμένα, μελετάται η ανατομία της περιοχής και διαχωρίζεται η παρουσία ουλώδους ιστού από τον νεοπλασματικό ιστό. Η παραπάνω διάκριση επιτυγχάνεται με την απεικόνιση διαφοράς στην ένταση του σήματος στην περιοχή, με την μελέτη του φαινομένου περιορισμού διάχυσης, με τον τρόπο και το βαθμό πρόσληψης παραμαγνητικής ουσίας, αλλά και με την μέτρηση

συγκεκριμένων μεταβολιτών στην ύποπτη περιοχή όπως είναι η χολίνη και το κιτρικό. Όλα τα παραπάνω βοηθάνε στην ανάδειξη της ύποπτης περιοχής και καθοδηγούν έτσι την βιοψία υπό US καθώς και στην οριοθέτηση του πεδίου κατευθυνόμενης ακτινοθεραπείας.

**Λέξεις κλειδιά:** βιοχημική υποτροπή, προστάτης, MRI.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ PET/CT

### Ευαγγελία Βλόντζου

Επιμελήτρια Α΄, Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944296300

E-mail: [lilia\\_vlontzou@yahoo.gr](mailto:lilia_vlontzou@yahoo.gr)

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Περίπου το 20-40% των ασθενών με καρκίνο του προστάτου υποτροπιάζουν στα 10 έτη μετά από την αρχική θεραπεία με ριζική προστατεκτομή ή ακτινοθεραπεία (EBRT). Ως βιοχημική υποτροπή ορίζεται αύξηση του PSA ορού >0,2ng/ml μετά ριζική προστατεκτομή ή > PSA nadir μετά αρχική EBRT. Αν και το PSA είναι η πρώτη ένδειξη υποτροπής δεν αναδεικνύει τη θέση της. Για την θεραπευτική όμως αντιμετώπιση της βιοχημικής υποτροπής είναι σημαντική η διάκριση μεταξύ τοπικής υποτροπής και ύπαρξης λεμφαδενικών ή απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η όλη προσπάθεια έχει ως στόχο την απεικόνιση της θέσης της υποτροπής στην έγκαιρη φάση της, με χαμηλές τιμές PSA. Εκτός από το διορθικό υπερηχογράφημα, την αξονική τομογραφία και το σπινθηρογράφημα των οστών, για την απεικόνιση των θέσεων της υποτροπής η mpMRI και η 11C/18F-Choline PET/CT θεωρούνται ως οι πλέον υποσχόμενες μέθοδοι προς το παρόν. Η Choline PET/CT είναι ολόσωμη τεχνική και αναδεικνύει μεταβολική και ανατομική απεικόνιση στον ίδιο χρόνο. Από τις συγκριτικές μελέτες, ο ρόλος της Choline PET/CT στην τοπική υποτροπή είναι περιορισμένος, αλλά υπερέχει της mpMRI στην ανάδειξη πνευλικών μεταστατικών λεμφαδένων. Οι τιμές του PSA καθώς και του PSAvel και PSAdt, επηρεάζουν την πιθανότητα θετικών μελετών. Η καλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα φάνηκε στην ομάδα των ασθενών με PSA >1ng/ml, PSAvel >0,75ng/ml/y και PSAdt <6 μήνες. Φάνηκε επίσης ότι το Gleason score 7 ή >7 είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για την θετικότητα της Choline PET/CT, στους ασθενείς με βιοχημική υποτροπή του καρκίνου του προστάτου. Αναφέρεται δε ότι σε περίπου 20% των περιπτώσεων υπήρξε αλλαγή θεραπευτικής στρατηγικής, μετά τα αποτελέσματα της Choline-PET/CT. Μελλοντικά νέα ραδιοφάρμακα όπως το 68Ga-PSMA και

τεχνολογία όπως η PET/MRI αναμένεται να συνεισφέρουν πιο αποτελεσματικά στην έγκαιρη απεικόνιση της υποτροπής του καρκίνου του προστάτου.

**Λέξεις κλειδιά:** PET/CT, καρκίνος προστάτου, βιοχημική υποτροπή.

**ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ****ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ****Νίκος Βιάζης**

Διευθυντής, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:**Τηλ.: 2132041609**E-mail: nikos.viazis@gmail.com***ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ο όρος εκκόλπωμα του εντέρου υποδηλώνει το ασκοειδές μόρφωμα που σχηματίζεται και προβάλλει στην εξωτερική επιφάνεια του εντέρου. Εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου σημαίνει την παρουσία πολλαπλών εκκολπωμάτων σε ένα ή περισσότερα τμήματα του παχέος εντέρου, ενώ εκκολπωματίτιδα σημαίνει την ανάπτυξη φλεγμονής σε ένα ή περισσότερα εκκολπώματα, που μπορεί να συνοδεύεται από διάφορες επιπλοκές, όπως αιμορραγία, απόστημα, διάτρηση ή συρίγγιο. Ο όρος εκκολπωματική νόσος του παχέος εντέρου καλύπτει ολόκληρη την κλινική εικόνα που εκδηλώνεται από τη δημιουργία των εκκολπωμάτων, μέχρι την ανάπτυξη των επιπλοκών. Η εκκολπωματική νόσος είναι συχνή σε άτομα μεγάλης ηλικίας και συνήθως είναι ασυμπτωματική. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις εμφανίζονται συμπτώματα, όπως πόνος στον αριστερό λαγόνιο βόθρο, ευαισθησία στην ψηλάφηση, διαταραχές των κενώσεων που εκδηλώνονται με διάρροια ή δυσκοιλιότητα και αποβολή βλέννας από το ορθό. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται στο 20% των ασθενών με εκκολπώματα παχέος εντέρου. Η διάγνωση γίνεται με τη διενέργεια αξονικής τομογραφίας κοιλίας και κολονοσκόπηση. Η αντιμετώπιση των ασθενών με ήπια συμπτώματα περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιβιοτικών από το στόμα για 7-10 ημέρες. Τα αντιβιοτικά που προτιμούνται είναι η αμπικιλίνη, οι τρίτης γενιάς κεφαλοσπορίνες και ο συνδυασμός σιπροφλοξασίνης – μετρονιδαζόλης. Οι κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν εισαγωγή στο νοσοκομείο, σε

εκείνους τους ασθενείς που δεν μπορούν να ανεχτούν τη χορήγηση αντιβιοτικών από το στόμα, σε εκείνους που έχουν σοβαρά συμπαραμαρτούντα νοσήματα και σε εκείνους που δεν ανταποκρίνονται στην από του στόματος θεραπεία. Για την πρόληψη των υποτροπών έχει δοκιμασθεί η χορήγηση ριφαξιμίνης και μεσαλαζίνης. Η χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται για την αντιμετώπιση των επιπλοκών, ενώ σύμφωνα και με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρείας Χειρουργών Παχέος εντέρου και πρωκτού, εκλεκτική χειρουργική αφαίρεση ενδείκνυται μετά από 1-2 καλά τεκμηριωμένα επεισόδια εκκολπωματίτιδας, αφού πρώτα συνεκτιμηθεί η ηλικία του ασθενούς και η γενικότερη κατάσταση της υγείας του.

**Λέξεις κλειδιά:** εκκολπωματική νόσος, κολονοσκόπηση, αντιβιοτικά.



## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

**Δημήτρης Μαγγανάς**

Διευθυντής, Α΄ Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»,

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6977212784*

*E-mail: dmanganas@gmail.com*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εκκολπωματική νόσος του παχέος εντέρου είναι ιδιαίτερα συχνή στο δυτικό ημισφαίριο. Οι επιπλοκές της (αιμορραγία, διάτρηση συγκαλυμμένη ή ελεύθερη, φλεγμονή, σχηματισμός αποστημάτων, συριγγίων ή στενώσεως) σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα και σημαντική θνητότητα, επιβαρύνοντας σημαντικά τη δημόσια υγεία. Η κατανόηση της παθοφυσιολογίας και της φυσικής ιστορίας της νόσου καθώς και η πρόοδος στην απεικόνιση και τη συντηρητική θεραπεία έχουν οδηγήσει σε αλλαγές της αρχικής θεραπευτικής αντιμετώπισης, ακόμα και της επιπλεγμένης νόσου. Εξαιτίας της σημαντικής νοσηρότητας της χειρουργικής στην οξεία φάση, η τάση είναι οι περισσότερες περιπτώσεις να αντιμετωπίζονται αρχικά συντηρητικά (αντιβιοτική θεραπεία, διαδερμική παροχέτευση αποστημάτων κ.λ.π.) και οι ενδείξεις για επέμβαση να είναι πιο αυστηρές. Οι σύγχρονες συστάσεις επικεντρώνονται στην εξατομίκευση της χειρουργικής θεραπείας συνυπολογίζοντας για κάθε ασθενή τους παράγοντες κινδύνου, τη βαρύτητα της αρχικής προσβολής, το είδος των συμπτωμάτων και τις προτιμήσεις του. Η χειρουργική επέμβαση πλέον αποσκοπεί στη διατήρηση της συνέχειας του πεπτικού και η ελάχιστη επεμβατική χειρουργική κερδίζει συνεχώς έδαφος τόσο στις επείγουσες όσο και στις προγραμματισμένες επεμβάσεις. Λόγω του ευρέος κλινικού φάσματος της νόσου και της ελλείψεως προοπτικών μελετών (τα περισσότερα δεδομένα αφορούν αναδρομικές και μη τυχαιοποιημένες σειρές), δεν υπάρχει ομοφωνία, όσον αφορά την επιλογή των ασθενών, του κατάλληλου χρόνου για την επέμβαση, αλλά και του τύπου της επεμβάσεως τόσο στην επείγουσα, όσο και την προγραμματισμένη χειρουργική αντιμετώπιση. Η παρουσίασή μας επικεντρώνεται στη συζήτηση των συγχρόνων τάσεων, των ενδείξεων και της χειρουργικής τεχνικής.

**Λέξεις κλειδιά:** εκκολπωματική νόσος, οξεία εκκολπωματίτιδα, συστάσεις ομοφωνίας, χειρουργική αντιμετώπιση, λαπαροσκοπική χειρουργική.

## **FODMAPs-ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

**Αργυρώ Καρλή**

Κλινική Διαιτολόγος, MSc, Τμήμα Διατροφής, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041685*

*E-mail: irokarli@yahoo.gr*

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (ΣΕΕ) είναι η πιο κοινή γαστρεντερική διαταραχή και επηρεάζει το 10-15% του Δυτικού Πληθυσμού. Μέχρι στιγμής, η βασική θεραπευτική προσέγγιση αφορά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μέσω κατάλληλης φαρμακευτικής και διαιτητικής αγωγής, χωρίς ιδιαίτερη επιτυχία σε όλες τις περιπτώσεις. Πρόσφατα, η δίαιτα χαμηλή σε ζυμώσιμους ολιγοσακχαρίτες, δισακχαρίτες, μονοσακχαρίτες και πολυόλες (σακχαρούχες αλκοόλες) ή αλλιώς FODMAP δίαιτα έχει αναδειχθεί ως μια αποτελεσματική παρέμβαση για τη μείωση των γαστρεντερικών διαταραχών των ασθενών που πάσχουν από ΣΕΕ. Οι πρώτες έρευνες σχετικά με την κατανάλωση των FODMAPs (the FODMAP approach) δημοσιεύτηκαν στα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας, αρχικά από μία ερευνητική ομάδα στην Αυστραλία και μεταγενέστερα στη Βρετανία. Κοινή ιδιότητα των παραπάνω σακχάρων αποτελεί η δυσασπορόφηση τους στο λεπτό έντερο, γεγονός που συνεπάγεται αφενός με την αυτούσια παρουσία τους στο κόλον, όπου ζυμώνονται από την εντερική χλωρίδα και αφετέρου με την οσμωτική ενδοεντερική τους δράση. Επί του παρόντος, προοπτικές μελέτες και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές, από διάφορες χώρες, αποδεικνύουν την υψηλή αποτελεσματικότητα μιας δίαιτας χαμηλής σε FODMAPs στα συμπτώματα του ΣΕΕ (ύφεση έως και 70%), ιδιαίτερα στο κοιλιακό φούσκωμα, στον πόνο και στη διάρροια. Το αξιοσημείωτο είναι

ότι ο συνολικός περιορισμός των ζυμώσιμων αυτών υδατανθράκων προκαλεί καλύτερα αποτελέσματα, απ' ότι ο περιορισμός κάποιων από αυτούς. Με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα αυτή η δίαιτα φαίνεται να υπερέχει της δίαιτας ελεύθερης γλουτένης στα άτομα με αυτο-αναφερόμενη ευαισθησία στη γλουτένη που δε πάσχουν όμως από κοιλιοκάκη (non-celiac gluten sensitivity). Παρόλα αυτά δε πρόκειται για μια εύκολη υπόθεση, αφού ο ασθενής υπόκειται σε βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους περιορισμούς (υψηλό επίπεδο διατροφικού περιορισμού, ανάγκη για παρακολούθηση από εξειδικευμένο διαιτολόγο, πιθανές διατροφικές ελλείψεις, σημαντική μείωση της μικροχλωρίδας του έντερου) με αποτέλεσμα τη δυσκολία τήρησης του διατροφικού προγράμματος. Για τη διαχείριση των ασθενών με IBS συνίσταται η χορήγηση δίαιτας χαμηλής σε FODMAPs σε δύο φάσεις. Στη πρώτη φάση εκτιμάται ο βαθμός ευκολίας και το όφελος από την χορήγηση μίας τέτοιας δίαιτας. Έπειτα, πραγματοποιείται αποκλεισμός των τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε FODMAPs για 6-8 εβδομάδες με την καθοδήγηση διαιτολόγου. Η επανεισαγωγή των τροφίμων γίνεται σταδιακά προκειμένου να διαπιστωθεί το είδος και η ποσότητα των FODMAPs που γίνονται ανεκτά από κάθε ασθενή. Η δεύτερη αυτή φάση κρίνεται απολύτως απαραίτητη προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο αλόγιστος περιορισμός τροφίμων από το διαιτολόγιο των ατόμων με IBS, και να εξασφαλιστεί η μέγιστη ποικιλία με ταυτόχρονο ικανοποιητικό έλεγχο των συμπτωμάτων.

**Λέξεις κλειδιά:** μονοσακχαρίτες, δισακχαρίτες, ολιγοσακχαρίτες, πολυόλες (σακχαρούχες αλκοόλες), ευερέθιστο έντερο.

**ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΛΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ  
ΤΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ**

**Ευάγγελος Παπαστεριάδης**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, FESC, FACC,  
τ. Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6972073114*

*E-mail: e.papasteriadis@gmail.com*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η τεχνητή βηματοδότηση της καρδιάς βρίσκεται ήδη στην έκτη δεκαετία κλινικής εφαρμογής της. Εκατομμύρια συσκευές διαφόρων τύπων έχουν εμφυτευθεί και συνεχίζουν να εμφυτεύονται σε ασθενείς με σοβαρές, συμπτωματικές ή και επικίνδυνες για τη ζωή βραδυαρρυθμίες, βελτιώνοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσής τους. Σήμερα οι εμφυτευόμενες συσκευές είναι πρακτικά ένας μικρός ηλεκτρονικός υπολογιστής με αρκετές δυνατότητες έξωθεν προγραμματισμού. Η μεγαλύτερη δυνατή διάρκεια ασφαλούς και ικανοποιητικής λειτουργίας μιας εμφυτευμένης συσκευής ήταν και παραμένει κύρια επιθυμία ιατρών και ασθενών. Οι επανεπεμβάσεις για την αντικατάσταση των συσκευών λόγω ενεργειακής εξάντλησης, πέρα από το οικονομικό κόστος και την ταλαιπωρία των ασθενών, ενέχουν τον μικρό αλλά όχι αμελητέο κίνδυνο επιπλοκών, με προεξάρχουσα την επιμόλυνση της βηματοδοτικής θήκης. Η επιπλοκή αυτή εμφανίζεται στο 1-2% των επανεπεμβάσεων και έχει σοβαρότατες συνέπειες, αφού πρακτικά επιβάλλει την αφαίρεση όλου του συστήματος της συσκευής και των ηλεκτροδίων, με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Στον τομέα της “παράτασης ζωής” των συσκευών και αναφορικά με τους ασθενείς με μόνιμο βηματοδότη, στόχος είναι η

εφαρμογή κατάλληλων παραμέτρων και αλγορίθμων λειτουργίας της συσκευής (σε συνάρτηση πάντα με τον υποκείμενο ενδογενή ρυθμό του ασθενούς), ώστε να περιοριστεί η κατανάλωση ενέργειας. Επιδιώκεται λοιπόν το μικρότερο δυνατό ποσοστό βηματοδότησης σε βάθος χρόνου, με τη μικρότερη κατανάλωση ενέργειας επί ασφαλούς λειτουργίας. Εκτός από την εξοικονόμηση ενέργειας, ο περιορισμός της κοιλιακής βηματοδότησης είναι θεμιτός και επιδιωκόμενος και για την αποφυγή της συστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας και κατ' επέκταση της καρδιακής ανεπάρκειας η οποία εμφανίζεται σε μικρό αλλά υπολογίσιμο ποσοστό ασθενών με υψηλά ποσοστά κοιλιακής βηματοδότησης και αποδίδεται στον επαγόμενο δυσυγχρονισμό της αριστερής κοιλίας λόγω του ιατρογενούς (βηματοδοτικού) LBBB και την αποφυγή τυχόν ανάδρομης κολποκοιλιακής αγωγής. Βεβαίως, η προσπάθεια αυτή γίνεται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα παρακολούθησης ασθενών με βηματοδότη, με την εφαρμογή αναίμακτης έξωθεν επικοινωνίας μεταξύ συσκευών και ηλεκτρονικών υπολογιστών-προγραμματιστών. Οι τρόποι λοιπόν αυτοί παρουσιάζονται επιγραμματικά και αφορούν κυρίως τη χρήση των δυνατοτήτων προγραμματισμού της εμφυτευμένης ήδη βηματοδοτικής συσκευής, χρησιμοποιώντας τα εκ κατασκευής προγράμματα αυτών. Έτσι προγραμματίζονται: η υστέρηση, ο αυτόματος τρόπος μετατροπής βηματοδότησης (Automatic mode switching), ο τρόπος διαχείρισης της κοιλιακής βηματοδότησης (Manage Ventricular Pacing), η ανίχνευση της κολποκοιλιακής καθυστέρησης (search A-V delay), η ασφαλής κοιλιακή βηματοδότηση (safe R), η χρήση του προγράμματος ημέρας-νύχτας, η αλλαγή του τρόπου βηματοδότησης π.χ. από DDD σε DDI με χαμηλή τιμή κατώτερης συχνότητας, του R off στους rate responsive βηματοδότες, (όπου αυτό ενδείκνυται), η εφαρμογή του τύπου της κατανάλωσης ενέργειας  $E = V^2/RXt$  με αλλαγές κυρίως του V και σπανιότερα του t και η χρήση εξ αρχής ηλεκτροδίων υψηλής αντίστασης. Με πρόσφατη δημοσίευσή μας, παρουσιάσαμε μια μοναδική διεθνώς περίπτωση μακροβιότητας συσκευής, άνω των 31 ετών. Η ασθενής αυτή φέρει βηματοδότη VVI (Multi-Programmable Siemens Elema 668, S.N. 336801220), συμπλήρωσε ήδη τα 32 έτη ελέγχου με καλή λειτουργία όλου του συστήματος βηματοδότησης (συσκευής και ηλεκτροδίου) το οποίο φέρει από την αρχική εμφύτευση (10.10.1983), η οποία εμφύτευση έγινε στο Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», χωρίς μέχρι σήμερα να παρουσιάζει ενδείξεις ενεργειακής εξάντλησης ή δυσλειτουργίας. Το μοντέλο αυτό έχει στα προγράμματά του το σύστημα Vario, το οποίο επιτρέπει εύκολα και αναίμακτα τον προσδιορισμό του χρόνιου ουδού βηματοδότησης, εφόσον είναι ενεργοποιημένο (On) και η ασθενής αυτή αποτελεί τη

μακροβιότερη εκ μιας σειράς 209 ασθενών, στους οποίους εμφυτεύθηκε το εν λόγω μοντέλο στο Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός».

**Λέξεις κλειδιά:** διάρκεια μπαταρίας βηματοδότη, προγραμματισμός βηματοδοτών, διαχρονική παρακολούθηση βηματοδοτών.

### ΜΟΡΙΑ ΔΙΠΛΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Σταμάτης Γεωργόπουλος<sup>1</sup>, Σωτήριος Ξυδώνας<sup>2</sup>, Αντώνιος Σιδέρης<sup>3</sup>,

<sup>1</sup>Ειδικευόμενος Ιατρός, <sup>2</sup>Επιμελητής Α', <sup>3</sup>Διευθυντής, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος, Καρδιολογικό Τμήμα Β', Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Σ. Ξυδώνας*

*Τηλ.: 2132041400*

*E-mail: sotxyd@gmail.com*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) ορίζεται το κλινικό σύνδρομο στο οποίο η διαταραχή της καρδιακής δομής ή λειτουργίας οδηγεί σε αδυναμία της καρδιάς να παρέχει επαρκή ποσότητα οξυγόνου στους ιστούς ώστε να καλυφθούν οι μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού παρά τις φυσιολογικές πιέσεις πλήρωσης. Αποτελεί πολύπλοκη νοσολογική οντότητα, η οποία ανεξάρτητα από την αιτιολογία που την προκάλεσε (πχ ΣΝ, βαλβιδοπάθειες), οδηγεί σε προοδευτική επιδείνωση της καρδιακής λειτουργίας, με επιβλαβείς επιδράσεις στα υπόλοιπα όργανα, εμφάνιση κλινικής συμπτωματολογίας, μείωση της λειτουργικής ικανότητας, επανειλημμένες νοσηλείες και τελική κατάληξη το θάνατο. Η επίπτωση της ΚΑ στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται στο 1-2%, με το ποσοστό αυτό να αυξάνεται εκθετικά με την πάροδο της ηλικίας και σε άτομα άνω των 65 ετών να εμφανίζεται σε 8-10% του πληθυσμού. Η πρόγνωση των ασθενών με ΚΑ, παρά τη σημαντική βελτίωση που παρουσίασε την τελευταία εικοσαετία με την εφαρμογή νεότερων φαρμακευτικών ουσιών (β-αναστολείς, α-ΜΕΑ), παραμένει κακή με ποσοστά 5ετούς θνητότητας που αγγίζουν το 50%, χειρότερη από την πρόγνωση που εμφανίζουν διάφορες κακοήθειες. Στον θεραπευτικό αλγόριθμο της ΚΑ, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της

αγγειοτενσίνης (α-MEA) και οι β-αδρενεργικοί αναστολείας(BB) κατέχουν κυρίαρχη θέση αποτελώντας την φαρμακευτική αγωγή πρώτης γραμμής. Δρουν αναστέλλοντας, σε διαφορετικό σημείο η καθεμία, τη νευροορμονική διέγερση που εμφανίζεται σαν αντιρροπιστικός μηχανισμός της ΚΑ η οποία τελικά έχει βλαπτική επίδραση στο ίδιο το μυοκάρδιο αλλά και σε άλλα όργανα (νεφροί, αγγεία, ήπαρ κ.α). Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια των ανωτέρω θεραπειών έχει αποδειχτεί σε μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες. Συγκεκριμένα στη μελέτη SOLVD η χορήγηση εναλαπρίλης σε ασθενείς με ΚΑ με μειωμένο κλάσμα εξώθησης σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο οδήγησε σε μείωση της θνητότητας κατά 16% και σε μείωση των νοσηλειών κατά 26%. Εκτός των ανωτέρω, φαρμακευτικές θεραπείες που μειώνουν τη θνητότητα στην ΚΑ αποτελούν οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ARB) και οι ανταγωνιστές των υποδοχέων των αλατοκορτικοειδών (MRA) και η ιβαμπραδίνη. Οι ARB χορηγούνται σε ασθενείς, όταν δεν είναι ανεκτοί λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών οι α-MEA. Οι MRA αποτελούν θεραπεία επιπρόσθετα των α-MEA και BB σε ασθενείς με  $KE \leq 35\%$ , που παραμένουν συμπτωματικοί παρά τη λήψη βέλτιστης φαρμακευτικής αγωγής. Σε ασθενείς που εμφανίζουν φλεβοκομβικό ρυθμό  $\geq 70$ /λεπτό παρά τη μέγιστη ανεκτή δόση BB, έχουν  $KE \leq 35\%$ , λαμβάνουν α-MEA και MRA και παραμένουν συμπτωματικοί συνίσταται η έναρξη ιβαμπραδίνης. Όλες οι ανωτέρω φαρμακευτικές θεραπείες αυξάνουν την επιβίωση σε ασθενείς με ΚΑ με ελαττωμένο ΚΕ. Καμία από τις ανωτέρω δεν έχει αποδείξει να μειώνει τη θνητότητα σε ΚΑ με διατηρημένο ΚΕ ( $KE \geq 50\%$ ). Στην παθοφυσιολογία της ΚΑ κυρίαρχο ρόλο, εκτός από την ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ) και του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης (RAAS), διαδραματίζουν τα ενδογενή νατριουρητικά πεπτιδία (ΝΠ), μέσω των πολλαπλών ευεργετικών επιδράσεων τους. Προκαλούν αγγειοδιαστολή, αύξηση της διούρησης και της νατριούρησης, αναστέλλουν την έκκριση της ρενίνης και την παραγωγή αλδοστερόνης, εξασθενούν την αναδιαμόρφωση της αριστερής κοιλίας και των αγγείων και ασκούν αντιαποπρωτική και αντιπρωτική δράση. Τα ΝΠ μεταβολίζονται στον οργανισμό με δύο μηχανισμούς: **α)** Την κάθαρση μέσω του υποδοχέα και **β)** Την ενζυμική αποδόμηση. Η αποδόμηση των ΝΠ πραγματοποιείται μέσω της δράσης μιας ενδοπεπτιδάσης, της νεπριλυσίνης. Αρκετές αγγειοδραστικές ουσίες εκτός των ΝΠ αποδομούνται με τη δράση της νεπριλυσίνης όπως η βραδυκίνη, η αγγειοτενσίνη I και II, η ενδοθελίνη και η αδρομεδουλίνη. Αναστέλλοντας τη δράση της νεπριλυσίνης, μειώνεται η αποδόμηση των ΝΠ και αυξάνονται οι ευεργετικές τους επιδράσεις στο μυοκάρδιο αλλά και στα υπόλοιπα



όργανα. Η χορήγηση αναστολέων νεπριλυσίνης έχει ως αποτέλεσμα τη φαρμακευτική δράση και στο τρίτο παθοφυσιολογικό μονοπάτι της ΚΑ, του συστήματος των ΝΠ, στο οποίο κατά το παρελθόν οι μελέτες με τη χορήγηση νεσιριτιδης απέτυχαν να αποδείξουν κλινικό όφελος σε ασθενείς με ΚΑ. Την τελευταία δεκαετία οι ερευνητικές προσπάθειες έχουν επικεντρωθεί στο συνδυασμό χορήγησης αναστολέων του RAAS και αναστολέων της νεπριλυσίνης. Η συγχορήση των δυο ανωτέρω θεραπειών στόχευε στο συνδυασμό των ευεργετικών επιδράσεων τους με στόχο την αύξηση της επιβίωσης των ασθενών με ΚΑ. Το LCZ696 αποτελεί το συνδυασμό αναστολέα του RAAS (βαλσαρτάνη) με αναστολέα της νεπριλυσίνης (sacubitril). Στην τυχαίοτημένη διπλή-τυφλή μελέτη PARADIGM-HF δοκιμάστηκε σε ασθενείς με ΚΑ με ελαττωμένο ΚΕ σε σύγκριση με την εναλαπρίλη με καταληκτικό σημείο της μελέτης τη μείωση της καρδιαγγειακής θνητότητας και νοσηρότητας από ΚΑ. Δευτερεύον καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν η ολική θνητότητα. Πληθυσμός 8.442 ασθενών με ΚΑ, με λειτουργική κλάση κατά NYHA II-IV και ΚΕ  $\leq 40\%$  τυχαίοτηθήκαν 1:1 να λάβουν εναλαπρίλη 20mg ημερησίως σε δύο δόσεις ή 400mg LCZ696 ημερησίως σε δύο δόσεις σε συνδυασμό με τη συμβατική θεραπεία της ΚΑ (BB και MRA). Μετά από διάστημα παρακολούθησης 27 μηνών η μελέτη διεκόπη με σαφές κλινικό όφελος από τη χορήγηση LCZ696. Στο προτεύον καταληκτικό σημείο της μελέτης η χορήγηση LCZ696 οδήγησε σε μείωση της καρδιαγγειακής θνητότητας κατά 20% σε σύγκριση με την εναλαπρίλη, μείωση της νοσηλείας για ΚΑ κατά 21%, ενώ και στο δευτερεύον καταληκτικό σημείο υπήρξε υπεροχή του LCZ696 έναντι της εναλαπρίλης με μείωση της ολικής θνητότητας κατά 16%. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης ο αριθμός ασθενών που απαιτείται να λάβουν LCZ696 ώστε να αποφευχθεί ένας καρδιαγγειακός θάνατος είναι 32. Ενώ στο σκέλος της ασφάλειας της χορήγησης του LCZ696, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές συγκριτικά με την εναλαπρίλη καθώς τα ποσοστά νεοεμφανιζόμενης κολπικής μαρμαρυγής ήτα παρόμοια και στις δύο ομάδες ασθενών, τα ποσοστά επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας ήταν μικρότερα στην ομάδα του LCZ696, η εμφάνιση υπότασης ήταν ελαφρώς μεγαλύτερη στην ομάδα του LCZ696, αλλά η συχνότητα διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής λόγω παρενεργειών ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα της εναλαπρίλης. Η μελέτη PARADIGM-HF αποτελεί την έναρξη μιας νέας θεραπευτικής επιλογής στην αντιμετώπιση της ΚΑ με ελαττωμένο ΚΕ, με την εμφάνιση μιας νέας φαρμακευτικής ουσίας που προστίθεται στην ήδη υπάρχουσα φαρμακευτική αγωγή και οδηγεί σε σαφές κλινικό όφελος με μείωση της θνητότητας (καρδιαγγειακής και μη αιτιολογίας) και της

νοσηλείας λόγω ΚΑ. Στα πλαίσια των ενθαρρυντικών αποτελεσμάτων της PARADIGM-HF, βρίσκονται σε εξέλιξη αρκετές μελέτες με χορήγηση LCZ696 σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών: **α)** Στη μελέτη PARAGON θα συμπεριληφθούν 4.300 ασθενείς με ΚΑ με διατηρημένο ΚΕ (ΚΕ>45%) με στόχο να διαπιστωθεί αν η χορήγηση LCZ696 θα οδηγήσει σε μείωση της καρδιαγγειακής θνητότητας και της νοσηλείας λόγω ΚΑ, **β)** Επίσης στη μελέτη PARADIGM-HF τα ποσοστά επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας ήταν μικρότερα στην ομάδα του LCZ696 σε σύγκριση με την εναλλαπρή ενώ αποκλείστηκαν εξαρχής ασθενείς με ΧΝΝ και GFR <30 ml/min. Η μελέτη UKHARP III θα συγκρίνει τη χορήγηση LCZ696 έναντι της ιβεσαρτάνης σε ασθενείς με ΧΝΝ και GFR  $\geq 20$ ml/min και  $\leq 60$ ml/min, **γ)** Η χορήγηση LCZ696 θα συγκριθεί με την ολμεσαρτάνη στη μελέτη PARAMETER σε υπερτασικούς ασθενείς ηλικίας  $\geq 60$ ετών, με διαφορεική πίεση  $\geq 60$ mmHg στο αν βελτιώνει την αορτική σκληρία και την αρτηρική πίεση.

**Λέξεις κλειδιά:** sacubitril, αναστολέας νεπριλυσίνης, μόρια διπλής δράσης.

# ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΗ ΣΤΑ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ

**Κωνσταντίνος Λέτσας**

Επιμελητής Α', Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6942463466*

*E-mail: k.letsas@mail.gr*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κολλική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι η συχνότερη αρρυθμία στην κλινική πράξη. Οι ασθενείς με ΚΜ εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Η ετήσια επίπτωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε ασθενείς με ΚΜ που δεν λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή ανέρχεται στο 4.5%. Ο κίνδυνος θρομβοεμβολικών επεισοδίων αυξάνεται σημαντικά στα ηλικιωμένα άτομα, τα οποία συχνά εμφανίζουν αντενδείξεις στην λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα θρομβοεμβολικά επεισόδια οφείλονται στην ανάπτυξη θρομβωτικού υλικού στο ωτίο του αριστερού κόλπου. Σε απεικονιστικές ή νεκροτομικές μελέτες ασθενών με ΚΜ και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ανευρίσκετε θρόμβος στο ωτίο του αριστερού κόλπου σε ποσοστό >90%. Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΚΜ και υψηλό θρομβοεμβολικό κίνδυνο όπως αυτός υπολογίζεται με το CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score (≥2) παρουσιάζει αντενδείξεις στην αντιπηκτική αγωγή με τα κουμαρινικά ή τα νεότερα αντιπηκτικά. Σύμφωνα με την μελέτη ORBIT-AF, το ιστορικό αιμορραγίας, ο υψηλός αιμορραγικός κίνδυνος όπως αυτός υπολογίζεται με το HASBLED score (≥3), η ανάγκη για διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στους στεφανιαίους ασθενείς, η άρνηση του ασθενούς να λάβει αντιπηκτική αγωγή και τέλος η κακή συμμόρφωση του ασθενούς στην συγκεκριμένη αγωγή αποτελούν τις συχνότερες αιτίες αντένδειξης ή διακοπής της χορήγησης των αντιπηκτικών φαρμάκων στους ασθενείς με ΚΜ. Επιπρόσθετα, μια σημαντική ομάδα ασθενών με ΚΜ είναι αυτοί που παρουσιάζουν θρομβοεμβολικά επεισόδια υπό αντιπηκτική αγωγή. Η διαδερμική σύγκλειση του ωτίου του αριστερού κόλπου αποτελεί μια νέα θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με ΚΜ που εμφανίζουν υψηλό θρομβοεμβολικό κίνδυνο και αντένδειξη στην

χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής. Τα αποτελέσματα των μελετών PROTECT AF, CAP και PREVAIL (συσσκευή WATCHMAN, Boston Scientific) ήταν αρκετά ενθαρρυντικά. Η εμφύτευση της συσκευής ήταν μη κατώτερη σε ότι αφορά την μείωση των ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και ανώτερη σε ότι αφορά την μείωση των αιμορραγικών εγκεφαλικών επεισοδίων σε σχέση με τα αντιπηκτικά. Παρόμοια αποτέλεσμα δημοσιεύθηκαν για την συσκευή Amplatzer Cardiac Plug (St. Jude Medical). Η επικαρδιακή σύγκλιση του ωτίου με την συσκευή LARIAT είναι υπό διερεύνηση. Η επιλογή της σύγκλισης του ωτίου του αριστερού κόλπου ως στρατηγική αντιμετώπισης ασθενών με ΚΜ και αντένδειξη στα αντιπηκτικά απαιτεί την συνεργασία ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων (καρδιολογίας, παθολογίας νευρολογίας, γαστρεντερολογίας) που εμπλέκονται στην διαχείριση αυτών των ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** κολπική μαρμαρυγή, αντιπηκτικά, ωτίο αριστερού κόλπου, σύγκλιση.

# ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ. ΠΕΡΑΝ ΤΩΝ Β-ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΩΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΩΝ

I. Λακουμέντας<sup>1</sup>, Α. Σιδέρης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολόγος, Διευθυντής, <sup>2</sup>Καρδιολόγος, Διευθυντής, Επιστημονικά και Διοικητικά  
Υπεύθυνος Καρδιολογικού Τμήματος Β', Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*I. Λακουμέντας*

*Τηλ.: 6946331134*

*E-mail: johnlakoumentas@yahoo.gr*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η καρδιακή συχνότητα φυσιολογικά προσδιορίζεται από τη συχνότητα της αυτόματης διαστολικής εκπόλωσης των κυττάρων του φλεβοκόμβου, που βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η αυξημένη καρδιακή συχνότητα προάγει την αθηροσκλήρωση, την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, την αγγειακή φλεγμονή, τη ρήξη της αθηρωματικής πλάκας και την καρδιακή συστολική δυσλειτουργία. Έχει επίσης συσχετισθεί με αυξημένη συνολική και καρδιαγγειακή θνητότητα στο γενικό πληθυσμό χωρίς γνωστή καρδιακή νόσο, όπως και σε ασθενείς με εγκατεστημένη στεφανιαία νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια. Στην καρδιακή ανεπάρκεια η καρδιακή συχνότητα ηρεμίας αυξάνεται σαν αποτέλεσμα της εξασθένησης του παρασυμπαθητικού και της αύξησης της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Η ιβαμπραδίνη προκαλεί άμεση και εκλεκτική αναστολή του ρεύματος *If* στον φλεβοκόμβο και μείωση της κλίσης της διαστολικής εκπόλωσης του δυναμικού ενέργειας των κυττάρων του με αποτέλεσμα την επιβράδυνση της καρδιακής συχνότητας. Έτσι επιφέρει μείωση των αναγκών του μυοκαρδίου σε οξυγόνο λόγω μείωσης της καρδιακής συχνότητας και αύξηση της στεφανιαίας ροής και της παροχής οξυγόνου λόγω παράτασης του διαστολικού χρόνου του καρδιακού κύκλου. Η ιβαμπραδίνη δεν έχει επίδραση στη μυοκαρδιακή συσταλτικότητα (ή χάλαση) και στην ενδοκαρδιακή αγωγιμότητα, ενώ έχει παρουσιάσει κλινικά οφέλη σε χρόνια σταθερή στηθάγχη και στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου όπου εμφάνισε μια ταχεία, αναστρέψιμη, ασφαλή και καλά ανεκτή

επιβράδυνση της καρδιακής συχνότητας έναντι εικονικού φαρμάκου και μια βελτίωση της αναδιαμόρφωσης της αριστερής κοιλίας σε συγχορήγηση ή όχι με β-αναστολείς. Σε πειραματικά ζωικά μοντέλα καρδιακής ανεπάρκειας έδειξε θετική επίδραση στην εξέλιξη της σφαιρικής καρδιακής αναδιαμόρφωσης (μείωση υπερτροφίας, ίνωσης, φλεγμονής, απόπτωσης, ενεργοποίησης συστήματος RAAS). Επιπλέον σε μεγάλες τυχαίοποιημένες μελέτες παρουσίασε όφελος στην πρόληψη καρδιαγγειακών συμβαμάτων στην καρδιακή ανεπάρκεια. Στην υποομάδα 5.392 ασθενών της μελέτης BEAUTIFUL (Fox K et al, 2008) με στεφανιαία νόσο, κλάσμα εξώθησης <40% και καρδιακή συχνότητα  $\geq 70$  bpm, που λάμβαναν συμβατική αγωγή βασισμένη στις κατευθυντήριες οδηγίες, η προσθήκη ιβαμπραδίνης μείωσε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την εισαγωγή στο νοσοκομείο για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, όπως και την ανάγκη στεφανιαίας επαναγγείωσης σε χρονικό διάστημα 19 μηνών. Στη μελέτη SHIFT (Swedberg K et al, 2010) σε 6.558 ασθενείς με συμπτωματική χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, κλάσμα εξώθησης  $\leq 35$  % και καρδιακή συχνότητα  $\geq 70$  bpm, η προσθήκη ιβαμπραδίνης για 23 μήνες στη συμβατική θεραπεία μείωσε σημαντικά το σύνθετο καταληκτικό σημείο του καρδιαγγειακού θανάτου και της εισαγωγής για επιδείνωση της καρδιακής ανεπάρκειας. Τα αποτελέσματα στην καρδιαγγειακή έκβαση ήταν πιο διακριτά σε αρχική καρδιακή συχνότητα  $\geq 75$  bpm (σημαντική μείωση του πρωτογενούς καταληκτικού σημείου, της καρδιαγγειακής θνητότητας, της ολικής θνητότητας, του θανάτου από καρδιακή ανεπάρκεια, της εισαγωγής για απορρύθμιση της καρδιακής ανεπάρκειας). Επιπλέον στην υπερηχοκαρδιογραφική υπομελέτη της SHIFT καταγράφηκε ωφέλιμη δράση στην καρδιακή αναδιαμόρφωση μετά από 8 μήνες θεραπείας. Τέλος επισημαίνεται η βελτίωση στην ποιότητα ζωής-ανοχή στην άσκηση-λειτουργική κλάση κατά NYHA ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια που έλαβαν ιβαμπραδίνη. Έτσι σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες η ιβαμπραδίνη συνιστάται για ασθενείς με φλεβοκομβικό ρυθμό, κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας  $\leq 35$  % και καρδιακή συχνότητα  $\geq 70$  bpm που παραμένουν συμπτωματικοί (κλάση II-IV κατά NYHA), παρά την συνιστώμενη, βέλτιστη (ή μέγιστη ανεκτή) θεραπευτική δόση αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (ή αναστολέων των υποδοχέων της αγγειοτασίνης), β-αναστολέων και αναστολέων των υποδοχέων της αλδοστερόνης (επίπεδο τεκμηρίωσης: IIa, B).

**Λέξεις κλειδιά:** ιβαμπραδίνη, καρδιακή ανεπάρκεια, φλεβοκομβική ταχυκαρδία.

**ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΝΕΥΡΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ**

**Γεώργιος Στράντζαλης, MD<sup>1</sup>, Ευαγγελία Λιούτα, MSc<sup>1</sup>,  
Βασίλης Κατσαρός, MD<sup>2</sup>, Θεόδωρος Αργυράκος MD<sup>3</sup>,  
Κωνσταντίνα Ρωμανά MD<sup>4</sup>, Φαίδων Λιάκος MD<sup>1</sup>, Χρήστος Μπόσκος MD<sup>5</sup>,  
Χρ.Αναγνωστόπουλος MD<sup>1</sup>, Αριστοτέλης Καλύβας MD<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νευροχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», <sup>2</sup>Ογκολογικό Νοσοκομείο «ΆΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», <sup>3</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», <sup>4</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», <sup>5</sup>Νοσοκομείο Αεροπορίας

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Γ. Στράντζαλης*

*Τηλ.: 2107229250*

*E-mail: stranjal@otenet.gr*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η Νευρο-ογκολογία έχει ως αντικείμενο τη διάγνωση και θεραπεία των όγκων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), δηλαδή του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Τα όργανα αυτά παρουσιάζουν ιδιαίτερη δυσκολία στη διάγνωση και θεραπεία των όγκων τους. Το ΚΝΣ προσβάλλεται από περίπου 150 είδη όγκων και η θεραπεία που θα επιλεγεί θα πρέπει να προκαλεί μηδενικές βλάβες και ελάχιστες παρενέργειες. Στο σύγχρονο σύστημα υγείας οι ασθενείς με νεοπλασίες του ΚΝΣ αντιμετωπίζονται από εξειδικευμένη πολυκλαδική ομάδα. Η Νευροχειρουργική Κλινική του Ευαγγελισμού έχει μακρά ιστορία στην αντιμετώπιση των όγκων του ΚΝΣ με πλέον των πέντε χιλιάδων περιστατικών κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Με βάση αυτήν την εμπειρία οργανώθηκε η Ομάδα Νευρο-ογκολογίας, αποτελούμενη από διαφορετικές ειδικότητες με κοινό αντικείμενο τις νεοπλασίες του ΚΝΣ. Η Ομάδα καλύπτει το επιστημονικό κενό που υπάρχει στο χώρο των νεοπλασιών του ΚΝΣ και

συντονίζει όλες τις ειδικότητες που εμπλέκονται στη διάγνωση και τη θεραπεία τους (Νευρο-Απεικόνιση, Νευρο-Παθολογοανατομία, Νευρο-Ψυχολογία, Νευρο-Χειρουργική, Ακτινοθεραπευτική-Ογκολογία, Παθολογική-Ογκολογία, Νευρο-Εντατικολογία, Νευρο-Αναισθησιολογία). Εξειδικευμένοι επιστήμονες αναλύουν κάθε περιστατικό και προτείνουν εξατομικευμένη θεραπεία (χειρουργείο, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία). **Προεγχειρητικός Έλεγχος:** Περιλαμβάνει νευροψυχολογική (ψυχονοητικές λειτουργίες) και νευροακτινολογική εξέταση (μορφολογική, λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού, δεσμιδογραφία και φασματοσκοπία). Σκοπός αυτού του ελέγχου είναι η προστασία-διατήρηση των νευρολογικών λειτουργιών κατά τη διάρκεια της θεραπείας. **Χειρουργική:** Τα απεικονιστικά δεδομένα καταχωρούνται σε ειδικό υπολογιστή (Νευροπλοηγό) για χρήση σε πραγματικό χρόνο κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Ο Νευροπλοηγός αυξάνει τη χειρουργική ακρίβεια, μειώνει το μέγεθος της τομής και το χρόνο επέμβασης, ενώ ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο πρόκλησης βλαβών στις γειτονικές υγιείς περιοχές. Ταυτόχρονα, με ειδικά ηλεκτρόδια παρακολουθείται η λειτουργία του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού, προκειμένου να αποφευχθεί η πρόκληση βλαβών στις γειτονικές φυσιολογικές περιοχές. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται η αφύπνιση του ασθενούς κατά τη διάρκεια της, προκειμένου να αξιολογηθούν σημαντικές λειτουργίες, όπως η ομιλία και η κινητικότητα των άκρων. **Παθολογοανατομικό Εργαστήριο:** Με βάση τις πληροφορίες που παρέχει η ιστολογική διάγνωση καθορίζεται το είδος της συμπληρωματικής θεραπείας (ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία), η πρόγνωση και η ανταπόκριση στη θεραπεία. **Ακτινοθεραπεία:** Στους κακοήθεις όγκους είτε ακολουθεί συμπληρωματικά τη χειρουργική επέμβαση, είτε εφαρμόζεται ευθύς εξ αρχής σε περιστατικά που κρίνονται ανεγχείρητα. Παραμένει η μοναδική θεραπεία για καλοήθεις όγκους μικρού μεγέθους, που εντοπίζονται σε εξαιρετικά κεντρικές (δύσβατες) περιοχές του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού. Με τη σύγχρονη Ακτινοθεραπεία χορηγούνται υψηλές δόσεις ακτινοβολίας στον όγκο με αντίστοιχα χαμηλή διάχυση ακτινοβολίας στο γειτονικό υγιή νευρικό ιστό με στόχο τον τοπικό έλεγχο της νόσου με χαμηλό ποσοστό παρενεργειών. Μορφές Ακτινοθεραπείας αποτελούν η 3D Conformal, η IMRT, όπως και η Ακτινοχειρουργική Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία και η Ακτινοθεραπεία Πρωτονίων. **Χημειοθεραπεία:** Χορηγείται με δισκία ή ενδοφλεβίως, κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή μετά το τέλος αυτής, σε πρωτοπαθείς όγκους ή μετά από υποτροπή. **Πορεία:** Γίνεται σύγκριση των νευροψυχολογικών και νευροαπεικονιστικών εξετάσεων πριν και μετά τη θεραπεία με



σκοπό την αξιολόγηση του αποτελέσματός της. Τα αποτελέσματα αρχειοθετούνται σε ειδική βάση δεδομένων για κλινικούς, επιστημονικούς και εκπαιδευτικούς σκοπούς.

**Λέξεις κλειδιά:** νευρο-ογκολογία, νευροπλοήγηση, νευροψυχολογία, νευροαπεικόνιση

## **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ**

**Χαράλαμπος Κ. Σταθόπουλος**

Διευθυντής ΕΣΥ, Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041823, 6944702304*

*E-mail: parsec98@otenet.gr*

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Τα λιπίδια αποτελούν το πλέον συμπυκνωμένο ενεργειακό απόθεμα του οργανισμού ενώ είναι και σημαντικά δομικά και λειτουργικά συστατικά του. Παίζουν ρόλο στη δομική ακεραιότητα του κυττάρου και ιδιαίτερα της κυτταρικής μεμβράνης. Η χοληστερόλη είναι πρόδρομη ουσία για τη σύνθεση των στεροειδών ορμονών, που επηρεάζουν το μεταβολισμό πολλών φυσιολογικών και νεοπλασματικών κυττάρων, και συνδέονται επιδημιολογικά με την καρκινογένεση, ενώ σε πολλά νεοπλάσματα διαπιστώνονται σημαντικές μεταβολές στα επίπεδα της. Εν τούτοις η σύνδεση μεταξύ δυσλιπιδαιμιών και νεοπλασίας παραμένει αμφιλεγόμενη, γιατί σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες τόσο η υπολιπιδαιμία όσο και η υπερχοληστερολαιμία συνδέονται με νεοπλασματικά νοσήματα. Η συσχέτιση χαμηλής χοληστερόλης με νεοπλασία διαπιστώνεται κυρίως τα πρώτα 6 έτη της παρακολούθησης και αφορά συνήθως ταχέως εξελισσόμενες νεοπλασίες, θέτοντας την υπόνοια προϋπάρχουσας ύπαρξης προκλινικής νεοπλασίας. Είναι διαπιστωμένο ότι η θεραπεία με στατίνες δεν επηρεάζει δυσμενώς τον κίνδυνο καρκινογένεσης. Το μεταβολικό σύνδρομο και οι διαταραχές των λιπιδίων που το συνοδεύουν συνδέονται επιδημιολογικά με πολλά νεοπλάσματα (ηπατοκυτταρικό, κολορθικό, ενδομητρίου, μαστού, προστάτη), είτε λόγω επίδρασής τους σε ορμονικές μεταβολές, είτε επειδή συνδέονται με κοινούς

αιτιολογικούς παράγοντες (π.χ διατροφή ή αύξηση φλεγμονής). Συνεπώς, το λιπιδαιμικό προφίλ και οι ενδεχόμενες διαταραχές του σε νεοπλασματικούς ασθενείς αρχικού σταδίου δεν σχετίζονται μόνο με τη νόσο αλλά και με προδιαθεσικούς προς αυτήν παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τα λιπίδια, όπως η πολυκυστική νόσος ωοθηκών για καρκίνο ενδομητρίου και η παχυσαρκία για καρκίνο μαστού. Τα επίπεδα της χοληστερόλης και ειδικά της HDL είναι συνήθως χαμηλότερα του αναμενόμενου σε νεοπλασματικούς ασθενείς, ενώ οι μεμβράνες των νεοπλασματικών κυττάρων είναι πλούσιες σε χοληστερόλη, υποδηλώνοντας ότι η πρόσληψη χοληστερόλης από νεοπλασματικά κύτταρα είναι σημαντική για την εξέλιξη της νόσου. Κλινικά και πειραματικά δεδομένα υποδηλώνουν αυξημένες ανάγκες νεοπλασματικών ιστών για χοληστερόλη και ενδιάμεσα μόρια της βιοσύνθεσής της. Οι χαμηλές τιμές λιπιδίων ορού, πέραν της αυξημένης πρόσληψης από κακοήθη κύτταρα, μπορεί να οφείλονται σε κακή διατροφή, απότοκη μηχανικής επίδρασης της νεοπλασίας (σε καρκίνο κεφαλής-τραχήλου ή γαστρεντερικού) και στη γενικότερη καχεξία του οργανισμού, απότοκη νεοπλασματικών κυτταροκινών. Η επιτυχή θεραπεία παιδιατρικών νεοπλασιών έχει βρεθεί ότι συνδέεται με αποκατάσταση στο φυσιολογικό της προϋπάρχουσας χαμηλής τιμής της HDL-Χοληστερόλης. Σημαντική είναι η επίδραση στο λιπιδαιμικό προφίλ των σύγχρονων στοχευουσών θεραπειών (αναστολέων mTor, αντιορμονικών θεραπειών), που καθιστούν αναγκαία την παρακολούθηση του λιπιδαιμικού προφίλ κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

**Λέξεις κλειδιά:** δυσλιπιδαιμία, υποχοληστερολαιμία, νεοπλασία, καρκίνος.

**ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ****Βασίλης Πετσίνης**

Επίκουρος Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής,

Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:**Τηλ.: 6972874219**E-mail: vasipets@yahoo.gr***ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ένα από τα σχετικά καινούργια προβλήματα που αντιμετωπίζει η σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική, είναι οι επιπτώσεις της χρήσης των διφωσφονικών αλλά και άλλων αντιοστεοπενικών φαρμάκων. Τα διφωσφονικά είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία και την πρόληψη μιας σειράς νοσημάτων όπως της μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης, της οστεοπόρωσης από γλυκοκορτικοειδή, της νόσου Paget, της κακοήθους υπερασβεστιαϊμίας καθώς και σε περιπτώσεις οστικών μεταστάσεων (Ca μαστού προστάτη και πνεύμονα, πολλαπλό μυέλωμα κλπ). Τα διφωσφονικά είναι ισχυρά αντιοστεοκλαστικά φάρμακα και μειώνουν την οστική ανακατασκευή, όπως αυτή εκτιμάται από τη μέτρηση των δεικτών του οστικού μεταβολισμού. Η ικανότητά τους να αναστέλλουν την οστική απορρόφηση εξαρτάται από τη μεγάλη τους συγγένεια με το μεταλλικό τμήμα των οστών και τη δομή της πλευρικής τους αλυσίδας R2, που προσδιορίζει την αντιαπορροφητική τους ισχύ. Παρουσιάζουν ωστόσο μια μεγάλη σειρά από ανεπιθύμητες ενέργειες, αντενδείξεις και αλληλεπιδράσεις. Οι σημαντικότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι: οισοφαγίτιδα, οισοφαγικό έλκος, κοιλιακά άλγη, ναυτία, έμετοι, διάρροια, δυσπεψία, κεφαλαλγία, περιφερική νευροπάθεια, αιματολογικές διαταραχές, οστικά άλγη, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υποφωσφοραιμία, ασυμπτωματική υπασβαστιαϊμία και πολλές άλλες. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον

παρουσιάζουν το άτυπο υποτροχανθήριο κάταγμα του μηριαίου, η οστεονέκρωση του οστέινου μέρους του έξω ακουστικού πόρου και βέβαια η οστεονέκρωση των γνάθων. Πρόκειται για σοβαρή επιπλοκή της χρήσης των διφωσφονικών φαρμάκων που επιφέρει μεγάλη επιδείνωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η επίπτωση της οστεονέκρωσης από λήψη διφωσφονικών σε ασθενείς με πολλαπλούν μυέλωμα, καρκίνο του μαστού και του προστάτη αναφέρεται 3-11% και 7-21%, στις αναδρομικές και τις προοπτικές μελέτες αντίστοιχα. Από το σύνολο των ασθενών που εμφάνισαν οστεονέκρωση από διφωσφονικά, το 96% τα ελάμβαναν ενδοφλέβια και μόλις το 4% από το στόμα. Για την διάγνωση της νόσου απαιτούνται: Ιστορικό χρήσης διφωσφονικών, εκτεθειμένο οστό των γνάθων για πάνω από 8 εβδομάδες, όχι ιστορικό ακτινοθεραπείας της στοματικής χώρας. Η σταδιοποίηση της νόσου περιλαμβάνει: Στάδιο 0 (χωρίς κλινικά και ακτινογραφικά σημεία νεκρωτικού οστού), Στάδιο 1 (ασυμπτωματικός ασθενής, με εκτεθειμένο νεκρωτικό οστό χωρίς σημεία φλεγμονής), Στάδιο 2 (εκτεθειμένο νεκρωτικό οστό, με συμπτώματα και σημεία φλεγμονής), Στάδιο 3 (εκτεθειμένο νεκρωτικό οστό, με συμπτώματα και σημεία φλεγμονής ή ένα από τα ακόλουθα: παθολογικό κάταγμα, δερματικό συρίγγιο, οστεολυτική βλάβη που φτάνει μέχρι το κάτω χείλος της κάτω γνάθου). Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει: Στάδιο 1 (συντηρητική θεραπεία), Στάδιο 2 (χειρουργικός καθαρισμός, περιφερική οστεκτομή), Στάδιο 3 (χειρουργικός καθαρισμός, περιφερική οστεκτομή, τμηματική οστεκτομή με διάφορα είδη αποκατάστασης). Στην διάλεξη αυτή παρουσιάζονται όλες οι πτυχές των προβλημάτων που δημιουργούνται στις γνάθους από την χρήση των διφωσφονικών, οι δυνατότητες πρόληψης της οστεονέκρωσης από διφωσφονικά και οι θεραπευτικές δυνατότητες για την αντιμετώπισή της.

**Λέξεις κλειδιά:** διφωσφονικά, γναθοπροσωπικός ασθενής, οστεονέκρωση γνάθων.

## **ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΧΕΡΙΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

**Παρασκευή Γεωργιάδου<sup>1</sup>, Ιωάννης Ακριβός<sup>2</sup>, Κωνσταντίνος Σούμπασης<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Διευθύντρια, <sup>2</sup> Συντονιστής Διευθυντής, <sup>3</sup>Ειδικευόμενος Ιατρός  
Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας*

*Π. Γεωργιάδου*

*Τηλ: 2132041729*

*E-mail: vigeorgiadiou@gmail.com*

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Το χέρι αποτελεί την τελειότερη και πολυπλοκότερη κατασκευή του ανθρωπίνου σώματος, όσον αφορά τον σχεδιασμό και τη λειτουργία του. Εκτός από την προφανή χρήση για την αίσθηση και τη σύλληψη, λειτουργεί και ως όργανο έκφρασης και επικοινωνίας. Επειδή το χέρι είναι το πλέον εκτεθειμένο όργανο του ανθρωπίνου σώματος, είναι και το πλέον επιρρεπές στους τραυματισμούς. Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα, στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών οι κακώσεις του χεριού ανέρχονται στο 10-15% ενώ τα κατάγματα των φαλάγγων και μετακαρπίων αποτελούν το 19% των καταγμάτων ολοκλήρου του σκελετού. Η θαυμαστή λειτουργικότητα του χεριού, έχει άμεση σχέση με την περίπλοκη ανατομική του. Έτσι, η αντιμετώπιση του τραύματος στο χέρι αποτελεί μια πρόκληση για το γιατρό απαιτώντας την άριστη γνώση της ανατομίας αυτού. Στα πλαίσια αυτά έχει αναπτυχθεί μια ξεχωριστή εξειδίκευση, η Χειρουργική του Χεριού, απευθυνόμενη κυρίως σε ορθοπαιδικούς και πλαστικούς χειρουργούς. Συνήθεις αιτίες του τραύματος στο χέρι είναι τα εργατικά και τροχαία ατυχήματα, οι τραυματισμοί στις αθλητικές δραστηριότητες και οι πτώσεις. Οι κακώσεις του χεριού μπορεί να αφορούν μια μεμονωμένη βλάβη (κάταγμα ενός οστού), ή να συνίστανται σε μεικτές βλάβες οστών, αγγείων, νεύρων, τενόντων,

δέρματος. Η αντιμετώπιση των κακώσεων στο χέρι αρχίζει με ένα σύντομο ιστορικό, που αναφέρεται κυρίως στο μηχανισμό κάκωσης και ακολουθεί η επισκόπηση τυχόν οιδήματος, εκχυμώσεων, παραμορφώσεων, λύσης συνεχείας του δέρματος, ακρωτηριαστικών βλαβών. Εν συνεχεία γίνεται νευροαγγειακή εκτίμηση και έλεγχος της ακεραιότητας και λειτουργικότητας των τενόντων. Ο απεικονιστικός έλεγχος ολοκληρώνει την διαγνωστική προσέγγιση. Επί υποψίας βλάβης νεύρων, αγγείων, τενόντων θα πρέπει να ακολουθήσει οπωσδήποτε χειρουργική διερεύνηση του τραύματος. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών σε ασθενείς πολυτραυματίες, κυρίως εκείνους οι οποίοι δεν επικοινωνούν, και στους οποίους μπορεί να διαλάβουν σοβαρές τραυματικές βλάβες στο χέρι. Εάν δε για κάποιους από αυτούς ακολουθήσει παρατεταμένη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας δυνατόν να προκύψει μεγάλη καθυστέρηση στη διάγνωση κάποιων βλαβών (π.χ. διατομή τένοντα, εξαρθρώματα οσταρίων καρπού, εξαρθρώματα, κατάγματα φαλάγγων) η οποία θα αποβεί μοιραία για τη λειτουργικότητα του χεριού με αποτέλεσμα σημαντική αναπηρία. Τέλος, μετά τη χειρουργική αποκατάσταση, το χέρι πρέπει να ακινητοποιηθεί στη σωστή θέση και ο ασθενής να παρακολουθείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα με σκοπό την σωστή κινητοποίηση και αποκατάσταση και την αποφυγή μετατραυματικής δυσκαμψίας, συγκάμψεων και αλγοδυστροφίας.

**Λέξεις κλειδιά:** κακώσεις χεριού, διάγνωση, αποκατάσταση.

## ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

### ΟΡΙΣΜΟΙ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

**Χρυσταλλένη Χριστοδουλίδου**

Νεφρολόγος, Διευθύντρια, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6944537587*

*E-mail: christstalo@yahoo.gr*

#### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο χαρακτηρισμός «Χρόνια Νεφρική Νόσος» (ΧΝΝ) είχε προταθεί κι έγινε δεκτός, γιατί, παρά την ποικιλία των αρχικών αιτιών μιας νεφρικής βλάβης, δίνει τη δυνατότητα να αναζητηθούν κοινοί παθογενετικοί μηχανισμοί, που είναι υπεύθυνοι για την εξέλιξή της. **Ορισμός Χρόνιας Νεφρικής Νόσου: 1. Είναι η Νεφρική βλάβη για διάστημα  $\geq 3$  μήνες, η οποία καθορίζεται από δομικές και λειτουργικές διαταραχές των νεφρών, με ή χωρίς μείωση του GFR, που εκδηλώνονται με παθολογοανατομικές αλλοιώσεις ή δείκτες νεφρικής βλάβης (διαταραχές στον εργαστηριακό-αίμα, ούρα-ή απεικονιστικό έλεγχο). 2. Είναι η μείωση του  $GFR < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$  για διάστημα  $\geq 3$  μήνες, με ή χωρίς νεφρική βλάβη.** Η τελευταία ορίζεται είτε από το επίπεδο του  $GFR < 15 \text{ ml/min/1.73m}^2$ , που τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από σημεία και συμπτώματα ουραιμίας ή από την ανάγκη έναρξης θεραπείας υποκατάστασης για την αντιμετώπιση επιπλοκών, που οφείλονται στην μείωση του GFR, ειδάλτως αυξάνεται ο κίνδυνος νοσηρότητας και θνητότητας. Μερικοί ασθενείς χρειάζονται εξωνεφρική κάθαρση σε  $GFR > 15 \text{ ml/min/1,73m}^2$ , διότι εμφανίζουν συμπτώματα ουραιμίας. **Καταστάσεις με μείωση του GFR χωρίς την ύπαρξη δεικτών νεφρικής βλάβης: α) παιδιά-**



ηλικιωμένοι: «φυσιολογικό για την ηλικία», **β)** χορτοφάγοι, **γ)** ετερόπλευρη νεφρεκτομή, **δ)** μείωση εξωκυτταρίου όγκου, **ε)** καρδιακή ανεπάρκεια και **στ)** κίρρωση. Τα σημεία και συμπτώματα της νεφρικής ανεπάρκειας αναπτύσσονται αργά με την πάροδο του χρόνου, αν η νεφρική βλάβη εξελίσσεται με αργούς ρυθμούς. Τα σημεία και συμπτώματα της νεφρικής ανεπάρκειας μπορεί να περιλαμβάνουν: **1)** ναυτία, **2)** έμετο, **3)** ανορεξία, **4)** κόπωση και αδυναμία, αδυναμία συγκέντρωσης, **5)** προβλήματα ύπνου, **6)** νυχτουρία, **7)** ούρα θολά ή με πρόσμιξη αίματος, **8)** δυσκολία στην ούρηση, **9)** αφρώδη ούρα, **10)** λεύκωμα στα ούρα, **11)** ξηρότητα δέρματος, **12)** μυϊκές κράμπες, **13)** επίμονο, γενικευμένο κνησμό, **14)** αδυναμία συγκέντρωσης, **15)** οιδήματα, κυρίως στα κάτω άκρα, **16)** αρτηριακή υπέρταση. Η υψηλή αρτηριακή πίεση (ΑΠ) είναι συχνή αιτία και επιπλοκή της ΧΝΝ: **α)** Ασθενείς με ΧΝΝ και υψηλή ΑΠ βρίσκονται σε κίνδυνο για επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου, **β)** η υψηλή ΑΠ είναι επίσης συχνή σε ηλικιωμένα άτομα χωρίς ΧΝΝ και συσχετίζεται με την μείωση του GFR με την πρόοδο της ηλικίας και **γ)** ασθενείς με υψηλή ΑΠ πρέπει προσεκτικά να ελέγχονται για παρουσία ΧΝΝ, ιδιαίτερα αυτοί με μειωμένο GFR. **Επιδημιολογία:** Η ΧΝΝ είναι σιωπηλή νόσος κι αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, που αφορά ποσοστό περίπου 8-16% του γενικού πληθυσμού παγκοσμίως. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής περίπου 9.6% των ενηλίκων πάσχουν από ΧΝΝ (19 εκατομμύρια άτομα) και σχεδόν 3% των ατόμων του πληθυσμού εμφανίζει τιμή κρεατινίνης ορού > 1.4 mg/dl. Περίπου 8.8% παρουσιάζουν μικροαλβουμινουρία (αλβουμίνη ούρων > 30mg/24h ή ACR >30mg/gr). Ποσοστό 4.7% των ενηλίκων του γενικού πληθυσμού στις ΗΠΑ παρουσιάζει GFR < 60 ml/min/ 1.73 m<sup>2</sup>. Ασθενείς με ΧΝΝ σταδίου 1 και 2 εμφανίζονται με ανάλογα ποσοστά στο γενικό πληθυσμό, δηλαδή 3-3.5%, ενώ ασθενείς με ΧΝΝ σταδίου 4 και 5 αποτελούν το μικρότερο ποσοστό (0.2% του γενικού πληθυσμού). Οι περισσότεροι ενήλικες με ΧΝΝ σταδίου 1-2 δεν την εξελίσσουν προς νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, όμως οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν καρδιαγγειακή νόσο, όπως στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και περιφερική αγγειακή νόσο. Αντιθέτως, ασθενείς με προχωρημένη νεφρική νόσο (στάδιο 3- 4) θα οδηγηθούν αναμφισβήτητα προς νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, αν και είναι εφικτό να διατηρήσουν σταθερή τη νεφρική τους λειτουργία για μεγάλο χρονικό διάστημα. Καταστάσεις όπως λοιμώξεις, αφυδάτωση, ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικών ή λήψη νεφροτοξικών φαρμάκων (πχ μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη) μπορεί να επιταχύνουν την εξέλιξη προς νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Η συχνότητα

εμφάνισης της ΧΝΝ αυξάνει στους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πλέον αξιόπιστης επιδημιολογικής έρευνας NHANES III, που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ σε δείγμα 18.723 ατόμων μεταξύ 1988-1994, το 11% του γενικού πληθυσμού πάσχει από χρόνια νεφρική νόσο. Το ετήσιο ποσοστό αύξησης της ΧΝΝ στις ανεπτυγμένες χώρες κυμαίνεται από 5-8 %. Από τα στατιστικά στοιχεία του EDTA-ERA προκύπτει ότι 63.000 νέοι ασθενείς εντάσσονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας ετησίως. Αν και τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι η νόσος καλπάζει κι αποκτά τα χαρακτηριστικά επιδημίας, αναμφισβήτητα η γήρανση του πληθυσμού σε συνδυασμό με τη ραγδαία αύξηση των ποσοστών των ασθενών με υπέρταση και διαβήτη τύπου II συμβάλλουν καθοριστικά στην αύξηση των ποσοστών της ΧΝΝ τελικού σταδίου.

**Λέξεις κλειδιά:** Χρόνια Νεφρική Νόσος, ορισμοί, επιδημιολογία.

# ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Αγγελική Παϊκοπούλου

Επιμελήτρια Α', Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2102027570, 6973013981

E-mail: [angelinapaik@yahoo.gr](mailto:angelinapaik@yahoo.gr)

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) αποτελεί παγκόσμιο επιδημιολογικό πρόβλημα λόγω της αύξησης της συχνότητάς της, συνέπεια κυρίως της αύξησης της συχνότητας εμφάνισης της αρτηριακής πίεσης και του σακχαρώδους διαβήτου. Συνήθως η πρόοδος της νεφρικής βλάβης προς το τελικό στάδιό της είναι αναπόφευκτη, εκτός αν ληφθούν προληπτικά μέτρα. Τα συμπτώματα της ΧΝΝ εμφανίζονται συνήθως μετά την απώλεια του 75% της νεφρικής λειτουργίας, που έχει αποτέλεσμα την καθυστερημένη διάγνωση της νόσου. **Ορισμός ΧΝΝ:** Χρόνια Νεφρική Νόσος τεκμηριώνεται όταν: **α)** Υπάρχει Νεφρική βλάβη για διάστημα  $\geq 3$  μηνών, η οποία καθορίζεται από δομικές ή λειτουργικές διαταραχές των νεφρών, με ή χωρίς μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (ΡΣΔ ή GFR), ή **β)** Όταν ο ρυθμός σπειραματική διήθησης είναι  $< 60 \text{ mL/min/1.73m}^2$  για διάστημα  $\geq 3$  μηνών, με ή χωρίς ένδειξη νεφρικής βλάβης. Με βάση τον ορισμό αυτό η ΧΝΝ ταξινομείται σε **5 στάδια** ανάλογα με το επίπεδο του ΡΣΔ. Στο στάδιο 1 υπάρχει νεφρική βλάβη με φυσιολογικό ή αυξημένο ΡΣΔ  $\geq 90 \text{ mL/min/1.73m}^2$ , ενώ στο στάδιο 5 ΧΝΝ τελικού σταδίου με ΡΣΔ  $< 15 \text{ mL/min/1.73m}^2$ , που χρειάζεται υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας. Το 2012, σύμφωνα με τις νεότερες οδηγίες Νεφρολογικών Εταιρειών (Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO)), ο ορισμός της ΧΝΝ δεν άλλαξε, η σταδιοποίηση όμως στηρίζεται πλέον και στην προσθήκη της αλβουμινουρίας στον τρόπο αξιολόγησης της βαρύτητας της νεφρικής νόσου, που δείχνει τον κίνδυνο εξέλιξης της ΧΝΝ προς το τελικό της στάδιο και ταξινομείται σε 3 κατηγορίες: **A1** (μέτριου κινδύνου), **A2** (υψηλού κινδύνου) και **A3** (πολύ υψηλού κινδύνου), ανάλογα με το βαθμό αλβουμινουρίας. Όπως φαίνεται, για την ταξινόμηση

και την παρακολούθηση της ΧΝΝ είναι απαραίτητος ο υπολογισμός της σπειραματικής διήθησης. Από τις κλασσικές μεθόδους υπολογισμού του ΡΣΔ η ακριβέστερη είναι αυτή που στηρίζεται στην κάθαρση ινουλίνης, αλλά η μέθοδος αυτή έχει πολλά πρακτικά προβλήματα. Ουσιαστικά, στηριζόμαστε ακόμα στην εκτίμηση της κρεατινίνης του ορού για την αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας. Εναλλακτικές και πιο αξιόπιστες μέθοδοι εκτίμησης του ΡΣΔ είναι οι εξισώσεις υπολογισμού του με βάση την κρεατινίνη ορού, όπως η Cockcroft-Gault, η εξίσωση MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) και η **CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology). Η μέτρηση της κάθαρσης κρεατινίνης από συλλογή ούρων 24ωρου δεν παρέχει την πιο αξιόπιστη εκτίμηση της σπειραματικής διήθησης σε σχέση με τη χρήση μιας εξίσωσης υπολογισμού της. Έτσι, οι ασθενείς με ΧΝΝ πρέπει να εκτιμώνται και να αξιολογούνται, για να καθορισθούν η πρόγνωση, οι επιπλοκές και η συννοσηρότητα που σχετίζονται με το επίπεδο νεφρικής λειτουργίας και κυρίως ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου, που φαίνεται να λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας σε αυτούς τους ασθενείς, με τελικό σκοπό την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπισή τους.

**Λέξεις κλειδιά:** ΧΝΝ, σπειραματική διήθηση, στάδια ΧΝΝ, αλβουμινουρία, MDRD, CKD-EPI.

## ΠΡΟΟΔΟΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ. ΑΠΟ ΤΙ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ;

**Μυρτώ Γιαννοπούλου**

Επιμελήτρια Β', Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2106233820, 6944621419*

*E-mail: myrgian@hotmail.com*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νεφρικά νοσήματα συνήθως παρουσιάζουν προοδευτική εξέλιξη της βλάβης τους, με συνέπεια το τελικό στάδιο νεφρικής νόσου. Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η αρτηριακή υπέρταση (ΑΠ) είναι ο δεύτερος σημαντικότερος τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση αλλά και την εξέλιξη της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου μετά το σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Ο ρυθμός μείωσης της σπειραματικής διήθησης (glomerular filtration rate, GFR) θα πρέπει να προσδιορίζεται στους ασθενείς με χρόνια νεφρικά νοσήματα, ώστε να προβλέπεται το χρονικό διάστημα μέχρι την εμφάνιση νεφρικής ανεπάρκειας αλλά και να αποτιμάται το αποτέλεσμα παρεμβάσεων για την επιβράδυνση του ρυθμού μείωσης του GFR. Αυτό επιτυγχάνεται: **A.** Με τον υπολογισμό της μείωσης του GFR από παρελθούσες και τρέχουσες μετρήσεις της κρεατινίνης του ορού και **B.** Με τον προσδιορισμό παραγόντων κινδύνου για ταχύτερη ή βραδύτερη μείωση του GFR, περιλαμβανομένων του τύπου της νεφρικής νόσου (διάγνωση) και των τροποποιήσιμων και μη τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου. Πολλές μελέτες σε πειραματικά μοντέλα αλλά και σε ανθρώπους προτείνουν ότι η εξέλιξη της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΧΝΝ) μπορεί να οφείλεται και σε δευτερεύοντες παράγοντες, οι οποίοι είναι ανεξάρτητοι από την πρωτοπαθή νεφρική νόσο ή τη δραστηριότητα αυτής. Παρεμβάσεις για την επιβράδυνση της εξέλιξης της νεφρικής νόσου πρέπει να συστήνονται σε όλους τους ασθενείς με ΧΝΝ και αυτές που έχει διαπιστωθεί ότι είναι αποτελεσματικές περιλαμβάνουν: **A.** Τον αυστηρό γλυκαιμικό έλεγχο στους διαβητικούς ασθενείς, **B.** Την αυστηρή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και **Γ.** Την προσθήκη στη φαρμακευτική αγωγή των αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου ή αποκλειστών υποδοχέων Ang II, οι οποίοι οδηγούν στον έλεγχο της συστηματικής αλλά

και της ενδοσπειραματικής υπέρτασης και στη μείωση της σπειραματικής υπερτροφίας. Η τελευταία είναι γνωστό από μελέτες ότι οδηγεί σε αύξηση της λευκωματουρίας που παρατηρείται κατά την εξέλιξη της νεφρικής νόσου. Υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ του βαθμού της πρωτεϊνουρίας και εξέλιξης σε τελικό στάδιο ΧΝΝ, ενώ η μείωση της πρωτεϊνουρίας κατά 30% οδηγεί σε μείωση του κινδύνου αιμοκάθαρσης κατά 30-72%. Εκτός από την ΑΥ και το ΣΔ, άλλοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση και επιδείνωση της ΧΝΝ είναι η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό για ΑΥ, η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία και το κάπνισμα. Επιπλέον, η υπερουριχαιμία, η υποξία που προκαλείται από την αναιμία και η μειωμένη φυσική δραστηριότητα έχουν αποδειχθεί ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου.

**Λέξεις κλειδιά:** ΧΝΝ, παράγοντες κινδύνου εξέλιξης, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης.

# ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Γλυκερία Τσούκα

Επιμελήτρια Β', Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6977643926*

*E-mail: gltsouka@yahoo.gr*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ). Ήδη από το 2003 η American Heart Association, αναγνωρίζοντας την υψηλή επίπτωση ΚΑΝ στους ασθενείς με ΧΝΝ [είτε αυτή εκδηλώνεται με αλβουμινουρία ή/και μειωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR)], πρότεινε ότι οι ασθενείς με ΧΝΝ πρέπει να θεωρούνται ως η ομάδα του υψηλότερου κινδύνου για καρδιαγγειακά επεισόδια. Ο μειωμένος GFR και η αλβουμινουρία σχετίζονται με αύξηση της καρδιαγγειακής θνητότητας, με τα καρδιαγγειακά επεισόδια να αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου σε ποσοστό 42% στους ασθενείς με ΧΝΝ (ΗΠΑ-2014), με αντίστοιχο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό 30%. Φαίνεται ότι οι ασθενείς με ΧΝΝ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ΚΑΝ και να αποβιώσουν, παρά να φτάσουν σε τελικό στάδιο ΧΝΝ και στην ανάγκη υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας με εξωνεφρική κάθαρση. Η ύπαρξη ΧΝΝ αποτελεί τον πιο σημαντικό δυσμενή προγνωστικό παράγοντα για τη βαρύτητα και την έκβαση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, τοποθέτησης stent και επεμβάσεων αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Η αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα στο συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών αποδίδεται τόσο στην υψηλή επίπτωση των παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου για ΚΑΝ (ηλικία, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, απουσία άσκησης κ.α.) όσο και σε μη παραδοσιακούς παράγοντες που σχετίζονται με την ίδια τη νεφρική νόσο, όπως η αύξηση προφλεγμονωδών κυτταροκινών, το οξειδωτικό stress, η ενεργοποίηση του συμπαθητικού, η κατακράτηση ύδατος και νατρίου, οι διαταραχές ασβεστίου, φωσφόρου και του οστικού μεταβολισμού, η υποθρεψία, η αναιμία, η υπερομοκυστεϊναιμία, η μείωση των επιπέδων φετουίνης Α κ.α. Στη ΧΝΝ υπάρχουν

δύο τύποι αρτηριακής αγγειακής νόσου: η αθηροσκλήρωση και η αρτηριοσκλήρυνση. Η αθηροσκλήρωση είναι νόσος του ενδοθηλίου των αγγείων, που χαρακτηρίζεται, όπως και στο γενικό πληθυσμό, από την παρουσία αθηρωματικών πλακών, οι οποίες στη νεφρική νόσο συχνά αποτιτανώνονται. Η αρτηριοσκλήρυνση είναι η πάχυνση και ασβέστωση του μέσου χιτώνα, με αποτέλεσμα την απουσία ελαστικότητας και την αυξημένη σκληρία των αγγείων. Οι κλινικές εκφράσεις αυτών των βλαβών είναι η ισχαιμική καρδιακή νόσος, η καρδιομυοπάθεια, η εγκεφαλική αγγειακή νόσος, η περιφερική αγγειακή νόσος, οι αρρυθμίες και ο αιφνίδιος θάνατος. Η παρέμβαση θα πρέπει να είναι πολυεπίπεδη και να αφορά τόσο την πρόληψη των νοσημάτων που οδηγούν σε ΧΝΝ όσο και τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, του σακχάρου, του ασβεστίου, του φωσφόρου και της παραθορμόνης, την επιθετική θεραπεία της δυσλιπιδαιμίας, τη διόρθωση της αναιμίας και τη διατήρηση ευβολαιμίας από τα πρώιμα στάδια της ΧΝΝ.

**Λέξεις κλειδιά:** καρδιαγγειακή νόσος, χρόνια νεφρική νόσος, αθηροσκλήρωση.



# ΣΗΜΑΣΙΑ ΠΡΩΪΜΗΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΣΤΟΝ ΕΙΔΙΚΟ

**Ανδρέας Γεωργακόπουλος**

Επιμελητής Α', Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2299085673, 6944774434*

*E-mail: ageorgako@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι γενικά αποδεκτό, ότι οι νεφρολόγοι συμβάλλουν περισσότερο στην αντιμετώπιση των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ). Ο όρος καθυστερημένη παραπομπή εισήχθη για πρώτη φορά το 1984 από τους Ratcliffe και συν., που έδειξαν ότι όσοι παραπέμπονται καθυστερημένα έχουν αυξημένο κίνδυνο για μεγαλύτερη νοσηρότητα, θνητότητα, κόστος θεραπείας και χειρότερη ποιότητα ζωής. Στοιχεία από μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει καθυστέρηση στην εξέλιξη της ΧΝΝ ή ακόμα και υποστροφή όταν ο ασθενής παρακολουθείται από νεφρολόγο. Οι στόχοι της έγκαιρης αναγνώρισης και παραπομπής στο νεφρολόγο είναι πολλαπλοί: Παροχή ειδικής θεραπείας με βάση τη διάγνωση, πιθανή βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών, επιβράδυνση της εξέλιξης της ΧΝΝ (οξέωση-αναιμία-οστική νόσος), επιλογή της μεθόδου αιμοκάθαρσης, έγκαιρη δημιουργία αγγειακής προσπέλασης (fistula-μόσχευμα) για την αιμοκάθαρση, έναρξη αιμοκάθαρσης στον κατάλληλο χρόνο, μεταμόσχευση, μικρότερη νοσηρότητα, μικρότερες σε διάρκεια και συχνότητα νοσηλείες, μεγαλύτερο οικονομικό όφελος, πιθανή βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών και επιβράδυνση της εξέλιξης της ΧΝΝ. Ο Levin ισχυρίζεται ότι «πολλοί ειδικοί» και γενικοί γιατροί αντιλαμβάνονται τους νεφρολόγους μόνο ως αυτούς που κάνουν «αιμοκάθαρση» και δεν μπορούν να εκτιμήσουν τη χρησιμότητα της νεφρολογικής φροντίδας κατά τα πρώτα στάδια της νεφρικής ανεπάρκειας. Υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για την έγκαιρη παραπομπή. Ο νεφρολόγος πρέπει να βλέπει όλους τους ασθενείς με GFR από 30-60ml/min. Συστήνεται όλοι οι διαβητικοί με GFR<60ml/min να παραπέμπονται σε νεφρολόγο. Τα NKF-KDOQI συστήνουν την παροχή συμβουλών και τη συνδιαχείριση ασθενών με νεφρικά νοσήματα στο στάδιο 3 και παραπομπή σε νεφρολόγο από το στάδιο 4. Πρακτικές

που μπορεί να διευκολύνουν την επίτευξη του στόχου για έγκαιρη παραπομπή στους νεφρολόγους είναι: 1) Η ιατρική εκπαίδευση. 2) Η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ του οικογενειακού γιατρού και του νεφρολόγου. 3) Η ομαδική προσέγγιση και ενημέρωση που παρέχει στους ασθενείς πληροφορίες.

**Λέξεις κλειδιά:** χρόνια νεφρική νόσος, ειδικός νεφρολόγος.

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ – ΖΩΝΤΑΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**  
**ΕΠΙΔΕΙΞΗ – ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

**ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΚΑΡΕΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**

**ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ**  
**ΜΕ ΑΥΤΟΕΚΤΠΥΣΣΟΜΕΝΗ ΧΩΡΙΣ ΡΑΜΜΑΤΑ**  
**ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΒΑΛΒΙΔΑ ΔΙΑ ΜΙΚΡΗΣ ΣΤΕΡΝΟΤΟΜΗΣ**

**Νικόλαος Γ. Μπαϊκούσης<sup>1</sup>, Παναγιώτης Δεδεηλίας<sup>2</sup>,**

**Μιχάλης Αργυρίου<sup>2</sup>, Βίκτωρ Παναγιωτακόπουλος<sup>3</sup>,**

**Ηλίας Σαμιώτης<sup>4</sup>, Ευσταθία Πράππα<sup>5</sup>, Χρήστος Χαρίτος<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Επικουρικός Επιμελητής, <sup>2</sup>Διευθυντής ΕΣΥ, <sup>3</sup>Επιμελητής Α',

<sup>4</sup>Ειδικευόμενος Ιατρός, Καρδιοχειρουργική Κλινική, <sup>5</sup>Επιμελήτρια Α',

Καρδιολογικό Τμήμα Β', <sup>6</sup>Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιοχειρουργική Κλινική,

Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*N. Μπαϊκούσης*

*Τηλ.: 6974201838*

*E-mail: nikolaos.baikoussis@gmail.com*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η αντικατάσταση της πάσχουσας αορτικής βαλβίδας είναι η επέμβαση εκλογής στην περίπτωση σοβαρής ή/και συμπτωματικής στένωσης ή ανεπάρκεια αυτής. Η κλασική χειρουργική επέμβαση γίνεται με πλήρη μέση στερνοτομή και τη χρήση της εξωσωματικής κυκλοφορίας. Τα τελευταία χρόνια με την βοήθεια της τεχνολογίας η επέμβαση δύναται να εκτελεστεί με μικρή-μερική άνω στερνοτομή (partial upper j mini-sternotomy) ή μέσω μικρής πρόσθιας θωρακοτομής (anterior mini-thoracotomy). Εκτελώντας αυτή τη χειρουργική, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, ο ασθενής αναρρώνει γρηγορότερα, οι απώλειες αίματος και η ανάγκη μετάγγισης είναι

μικρότερες, η μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή είναι πιο σπάνια ενώ έχει σαφώς καλύτερα κοσμητικά αποτελέσματα. Από την άλλη όμως, είναι χειρουργικά πιο απαιτητική, και υστερεί στο ότι ο χρόνος ισχαιμίας και ο χρόνος εξωσωματικής κυκλοφορίας είναι μεγαλύτερος. Με την χρήση όμως των αυτοεκπτυσσόμενων βαλβίδων που δεν απαιτούν συρραφή στον αορτικό δακτύλιο (sutureless), ξεπερνούνται τα παραπάνω μειονεκτήματα της χειρουργικής δια ελαχίστων τομών. Η πιο γνωστή με τις περισσότερες μελέτες τέτοιου είδους βαλβίδα είναι η Perceval S αορτική βαλβίδα. Η Perceval S αορτική βαλβίδα είναι μια βιοπροσθετικού τύπου βαλβίδα που στηρίζεται σε ένα μεταλλικό κλωβό (stent) ο οποίος εκπτύσσεται και με αυτόν τον τρόπο η βαλβίδα δεν απαιτεί συρραφή στον αορτικό δακτύλιο για την εμφύτευσή της. Η επέμβαση γίνεται με την χρήση της εξωσωματικής κυκλοφορίας και την χορήγηση καρδιοπληγίας. Εκτελείται αορτοτομή και αφαιρείται η πάσχουσα βαλβίδα. Η Perceval S βαλβίδα, “φορτωμένη” σε μια συσκευή οδηγείται με τρία οδηγιά ράμματα στο δακτύλιο, εκπτύσσεται, ελέγχεται η θέση της και τα οδηγιά ράμματα αφαιρούνται. Στην κλινική μας από 5ετίας εμφυτεύουμε την παραπάνω βαλβίδα με μέση στερνοτομή. Έχουν εμφυτευτεί περισσότερες από 50 βαλβίδες. Με follow-up άμεσα μετεγχειρητικά, μετά από ένα μήνα και μετά από 6 μήνες, οι ασθενείς είναι σε άριστη κατάσταση ενώ το αιμοδυναμικό τους προφίλ είναι απόλυτα ικανοποιητικό. Ο ασθενής λαμβάνει την μέγιστη δυνατή βαλβίδα και αποφεύγει το mismatch (PPM). Το τελευταίο διάστημα εκτελούμε σε επιλεγμένες περιπτώσεις αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας με μερική άνω στερνοτομή με άριστα αποτελέσματα. Στο πλάνο είναι η έναρξη αντικατάστασης της αορτικής βαλβίδας με μικρή πρόσθια θωρακοτομή.

**Λέξεις κλειδιά:** perceval s αορτική βαλβίδα, καρδιοχειρουργική δια ελαχίστων τομών, άνω μερική στερνοτομή, αυτοεκπτυσσόμενη αορτική βαλβίδα, sutureless.

# ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

**Θεόδωρος Κρατημένος**

Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας,  
Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041072*

*E-mail: tkratimenos@gmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Οξύ Αορτικό Σύνδρομο της θωρακικής αορτής περιλαμβάνει επείγουσες διασυνδεόμενες μεταξύ τους καταστάσεις, με παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά και ανάλογες θεραπευτικές προκλήσεις. Οι παθήσεις αυτές είναι ο αορτικός διαχωρισμός, το ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα, το διαπιτραίνων έλκος και από πολλούς μελετητές συμπεριλαμβάνεται και η τραυματική ρήξη του ισθμού της αορτής. Κοινός παρανομαστής των παθήσεων αυτών είναι η διάσπαση της συνέχειας του μέσου χιτώνα του τοιχώματος της Θωρακικής Αορτής, που κλινικά εκδηλώνεται πάντα με έντονο διαξιφιστικό θωρακικό άλγος. Το διαπιτραίνων έλκος αποτελεί μια αθηρωματική αλλοίωση με εξέλκωση, που εισχωρεί στον έσω χιτώνα και προκαλεί αιμάτωμα στο μέσο χιτώνα του αορτικού τοιχώματος. Είναι το εφελτήριο για την ανάπτυξη του ενδοτοιχωματικού αιματώματος, αορτικού διαχωρισμού, ή ακόμη και της ρήξης του αγγείου. Το ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα αποτελεί το 10-20% των περιπτώσεων οξέος αορτικού συνδρόμου και μπορεί να επεκταθεί τόσο περιφερικά στην κατιούσα και την κοιλιακή αορτή όσο και κεντρικά προς την ανιούσα αορτή. Ο αορτικός διαχωρισμός, αποτελεί το συχνότερο αίτιο οξέος αορτικού συνδρόμου και χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Τον τύπου Α, αν ξεκινά από την ανιούσα και απαιτεί χειρουργική αποκατάσταση και τον τύπου Β, όταν ξεκινά αμέσως μετά την έκφυση της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας. Πληθώρα διαγνωστικών μεθόδων διαθέτει η σύγχρονη κλινική πρακτική για τη διαγνωστική προσπέλαση του οξέος αορτικού συνδρόμου, ωστόσο η κυρίαρχη απεικονιστική μέθοδος είναι, η πολυτομική αξονική τομογραφία με τη συνοδό έγχυση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού, με ποσοστά

ευαισθησίας και ειδικότητας της μεθόδου, που αγγίζουν το 100%. Πολλαπλές σύγχρονες δημοσιευμένες μελέτες επιβεβαιώνουν, με όλο και μεγαλύτερη σαφήνεια, την υπεροχή της μεθόδου της ενδοαγγειακής αντιμετώπισης των οξέων παθήσεων της θωρακικής αορτής, σε ότι αφορά τόσο στις επιπλοκές, αλλά και την επιβίωση συνολικά των ασθενών με οξύ αορτικό σύνδρομο, σε σύγκριση με τη συντηρητική φαρμακευτική αγωγή ή την ανοικτή χειρουργική επέμβαση. Παράλληλα θα πρέπει να τονιστεί η διαρκής τεχνολογική βελτίωση των ενδομοσχευμάτων, που καθιστά όλο και πιο φιλική τη χρήση τους από το ειδικά εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο επεμβατικό ιατρικό προσωπικό, επιτρέποντας τη χρήση τους σε όλο και μεγαλύτερο εύρος περιστατικών. Ως αποτέλεσμα η ενδοαγγειακή αποκατάσταση με χρήση ενδομοσχευμάτων (stent-grafts), των παθήσεων που απαρτίζουν το οξύ αορτικό σύνδρομο, κερδίζει συνεχώς έδαφος στη σύγχρονη κλινική πρακτική, αποτελώντας πλέον τη βασική θεραπευτική επιλογή, για την αντιμετώπιση αυτής της επείγουσας για τη ζωή των ασθενών κατάστασης.

**Λέξεις κλειδιά:** οξύ αορτικό σύνδρομο, ενδοαγγειακή αντιμετώπιση.

## ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ

**Δ. Μανωλάτος**

Επιμελητής Α', Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Δεν κατέθεσε περίληψη για τα πρακτικά του 21<sup>ου</sup> ΕΣΣΙΕ.*

## ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ

Ιωάννης Α. Χαβελές

Επιμελητής Β΄, Καρδιολογικό Τμήμα Α΄, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945718027

E-mail: giachaveles@yahoo.gr

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η χρήση του εμφυτεύσιμου καρδιακού απινιδωτή αποτελεί επανάσταση στην αντιμετώπιση της ισχαιμικής και διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας, καθώς και των κληρονομούμενων αρρυθμιολογικών συνδρόμων, αφού ελαττώνει την επίπτωση του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου κατά 40%. Τα συχνότερα προβλήματα με τη χρήση των κλασικών διαφλέβιων απινιδωτών, αφορούν τη φυσιολογική φθορά των καλωδίων (0.58%/έτος), τη μετακίνησή τους, την εξωτερίκευσή τους, τις λοιμώξεις τους, καθώς και την ενδοκαρδίτιδα ως τελική δυσμενή εξέλιξη αυτών. Το ποσοστό της "γήρανσης" αυτής των καλωδίων αυξάνεται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου και μπορεί να φτάσει προοδευτικά ακόμα και το 40 %. Από το 2012, μετά την έγκριση του FDA, για λόγους αρχικά παρατήρησης, η χρήση των υποδόριων απινιδωτών (s-ICDs) σε επιλεγμένους ασθενείς υπόσχεται λύσεις στα ανωτέρω ζητήματα. Η τοποθέτησή τους γίνεται με 3 τομές στο θωρακικό τοίχωμα, ενώ η συσκευή τοποθετείται υπό γενική αναισθησία στην αριστερή μασχालιαία γραμμή, στο πέμπτο μεσοπλεύριο διάστημα, ενώ δεν απαιτείται ακτινοσκόπηση. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του s-ICD είναι ο διπλάσιος όγκος του, η υψηλή ένταση του shock, αλλά με μικρότερη μυοκαρδιακή βλάβη, καθώς και η αδυναμία αντιταχυκαρδικής βηματοδότησης. Υποψήφιοι λήπτες είναι οι παιδιατρικοί και γενικά οι νέοι ασθενείς, αυτοί χωρίς φλεβική πρόσβαση, αυτοί με ιστορικό ενδοκαρδίτιδας, οι ανοσοκατασταλμένοι και όσοι χρησιμοποιούν ήδη κεντρικές φλεβικές γραμμές για άλλα αίτια. Αποτελεί καλή επιλογή για ασθενείς με διαυλοπάθειες όπου η πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία είναι ο κύριος μηχανισμός ανακοπής. Ακατάλληλοι είναι το 5-18 % των ασθενών, μεταξύ άλλων όσοι χρειάζονται τη μόνιμη βηματοδότηση, όσοι είναι υποψήφιοι για αμφικοιλιακή βηματοδότηση, οι πάσχοντες από υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια καθώς και αυτοί



που δεν έχουν τα κατάλληλα ηλεκτροκαρδιογραφικά και ανατομικά χαρακτηριστικά. Η έλλειψη της αντιταχυκαρδικής βηματοδότησης, η οποία όπως είναι γνωστό ελαττώνει τα shocks κατά 43%, τα υψηλά joules απινίδωσης και το υψηλό τους κόστος είναι θέματα που καθιστούν τη χρήση τους περιορισμένη προς το παρόν. Αρκετές μελέτες πάντως, όπως η START, η IDE και η EFFORTLESS, υποστηρίζουν τη χρήση τους, ενώ στην Ελλάδα έχουν γίνει το τελευταίο διάστημα μερικές εμφυτεύσεις σε κέντρα που περιλαμβάνουν και το Νοσοκομείο μας. Πρόσφατα (2015) τέλος, η χρήση τους περιλήφθηκε στις Ευρωπαϊκές Καρδιολογικές οδηγίες για επιλεγμένους ασθενείς με ένδειξη IIa και IIβ.

**Λέξεις κλειδιά:** εμφυτεύσιμος υποδόριος απινιδωτής (s-ICD), κοιλιακή ταχυκαρδία, καρδιακή ανακοπή.

**ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΒΑΡΕΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ****Μαρινέλλα Τζανέλα**

Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια,

Ενδοκρινολογικό Τμήμα-Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:**Τηλ.: 6944284637**E-mail: mtzanel@med.uoa.gr***ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων είναι γνωστό ότι ενεργοποιείται σε καταστάσεις έντασης. Επιπλέον τα επίπεδα της σφαιρίνης με την οποία συνδέεται η κορτιζόλη στην κυκλοφορία (CBG) μειώνονται λόγω της οξείας έντασης, με αποτέλεσμα αύξηση της ελεύθερης κορτιζόλης. Η αύξηση της κορτιζόλης είναι ανάλογη της βαρύτητας της νόσου και απαραίτητη για την επιβίωση, διότι με την καταβολική της επίδραση στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών λιπών και υδατανθράκων, προσφέρεται η απαραίτητη ενέργεια για την αντιμετώπιση της βαρείας νόσου και την διατήρηση της λειτουργίας των ζωτικών οργάνων. Επιπλέον συμβάλλει στο αιμοδυναμικό ισοζύγιο με την κατακράτηση νατρίου και ύδατος και την αύξηση της ευαισθησίας στην αγγιοτενσίνη II και στην αγγειοσυσπαστική και ινότροπο δράση των κατεχολαμινών. Τέλος, λόγω της αντιφλεγμονώδους δράσης τους, η αυξημένη έκκριση των γλυκοκορτικοειδών είναι απαραίτητη για τον έλεγχο της φλεγμονώδους αντίδρασης στην οξεία φάση. Όταν η βαρεία νόσος παρατείνεται τα επίπεδα της ACTH μειώνονται. Τα επίπεδα της κορτιζόλης όμως μειώνονται ελάχιστα, πιθανότατα διότι τα επινεφρίδια απαντούν σε άλλα ερεθίσματα (ενδοθηλίνη, κυτταροκίνες, κτλ). Φαίνεται όμως, ότι σε πολλές περιπτώσεις αυτά τα επίπεδα της κορτιζόλης σε συνδυασμό με την περιφερική αντίσταση των ιστών στα

γλυκοκορτικοειδή και τον αυξημένο καταβολισμό τους που προκαλούν οι κυτταροκίνες, είναι απρόσφορα για την αντιμετώπιση της νόσου, οδηγώντας στην κατάσταση της «σχετικής» επινεφριδιακής ανεπάρκειας τον βαρέως πάσχοντα. Την κατάσταση αυτή επιβαρύνουν φάρμακα όπως η ετομιδάτη και η κετοκοναζόλη που μειώνουν την σύνθεση των γλυκοκορτικοειδών, ενώ η φαινυτοΐνη, τα βαρβιτουρικά, η καρβαμαζεπίνη και η ριφαμπικίνη αυξάνουν τον ρυθμό μεταβολισμού τους. Η κλινική εικόνα της «σχετικής» επινεφριδιακής ανεπάρκειας στον βαρέως πάσχοντα είναι μη ειδική. Αιμοδυναμική αστάθεια, υπογλυκαιμία, νευρολογικές διαταραχές (αδυναμία-κώμα), διάρροιες, έμετοι εγείρουν την υποψία του συνδρόμου. Η εργαστηριακή επιβεβαίωση, απαραίτητη λόγω μη ειδικών κλινικών σημείων, είναι εξαιρετικά δύσκολη και αμφιλεγόμενη, διότι δεν υπάρχουν σαφή διαχωριστικά όρια μεταξύ φυσιολογικών και παθολογικών τιμών κορτιζόλης στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Στη βιβλιογραφία προτείνεται ότι πρωινή τιμή κορτιζόλης  $<15\mu\text{g/dl}$  ή μέγιστη τιμή  $<9\mu\text{g/dl}$  μετά διέγερση με  $250\text{ mg}$  συνθετικής ACTH ή μέγιστη τιμή  $<18\mu\text{g/dl}$  μετά διέγερση με  $1\text{ mg}$  συνθετικής ACTH (lowdose ACTH), είναι ενδεικτική «σχετικής» επινεφριδιακής ανεπάρκειας. Θα πρέπει να γίνει σαφές, ότι τα μετρούμενα επίπεδα κορτιζόλης δεν αντιστοιχούν με τα επίπεδα κορτιζόλης που δρουν στους ιστούς-στόχους της ορμόνης. Είναι πλέον γνωστό, ότι σημαντικό ρόλο παίζει η δέσμευση της ορμόνης με πρωτεΐνες στο πλάσμα κυρίως τη CBG. Τα επίπεδα της CBG μειώνονται ταχέως σε βαρέως πάσχοντες είτε λόγω αυξημένης κάθαρσής της είτε λόγω μειωμένης παραγωγής της, με αποτέλεσμα μείωση των επιπέδων ολικής κορτιζόλης στο πλάσμα ενώ η ελεύθερη κορτιζόλη μπορεί να είναι αυξημένη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η τοπική σε φλεγμονώδεις περιοχές, ενζυμική διάσπαση της CBG από την ελασάση των ουδετεροφίλων, με συνέπεια άμεση απελευθέρωση της κορτιζόλης στοχευμένα. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η κυτταρική ρύθμιση των επιπέδων κορτιζόλης με αλλαγή του αριθμού των υποδοχέων, η οποία μάλιστα μπορεί να διαφέρει στους διάφορους ιστούς. Με τα παραπάνω δεδομένα μπορεί να εξηγηθεί ότι ενώ διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι χορήγηση υδροκορτιζόνης σε ασθενείς με «σχετική» επινεφριδιακή ανεπάρκεια έχει ως αποτέλεσμα πρωϊμότερη διακοπή των αγγειοσυσπαστικών, προοπτική μελέτη έδειξε καλύτερη επιβίωση στους ασθενείς αυτούς όταν τέθηκαν σε αγωγή με κορτιζόνη.

**Λέξεις κλειδιά:** ανεπάρκεια κορτιζόλης, MEΘ, βαρέως πάσχοντες.

**ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑ ΜΙΑΣ ΘΥΡΑΣ**

**Dr.med. Καλλιόπη Αθανασιάδη<sup>1</sup>, Νικόλαος Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>,  
Ιωάννης Αλεβιζάκης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Επιμελήτρια Α', <sup>2</sup>Ειδικευόμενοι Ιατροί,  
Καρδιοθωρακοαγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Κ. Αθανασιάδη*

*Τηλ.: 2132045539*

*E-mail: k.athanassiadi@hotmail.de*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η Θωρακοσκοπική Χειρουργική (Video-assisted Thoracoscopic Surgery, VATS) έχει εξελιχθεί με ταχείς ρυθμούς τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Το τελικό βήμα στην εξέλιξη της παραπάνω τεχνικής είναι η χρήση μίας οπής ως θύρας εργασίας (Uniportal VATS), η οποία γίνεται όλο και περισσότερο δημοφιλής στην χειρουργική προσέγγιση παθήσεων του θώρακα λόγω του περιορισμένου τραύματος και της μειωμένης νοσηλείας. Τα πλεονεκτήματα αυτά σε συνδυασμό με τη ζήτηση των ασθενών βοήθησαν στην ταχεία εξάπλωση της μεθόδου σε όλον τον κόσμο. Επιπλέον, οι βελτιώσεις στα οπτικά συστήματα, και η προσαρμογή και ανάπτυξη της τεχνολογίας των συρραπτικών διευκόλυνε στην ευρεία αποδοχή της. Η ιδέα χρονολογείται από το 1924, όταν ο Singer παρουσίασε το θωρακοσκόπιό του, αποσκοπώντας στην εισαγωγή περισσότερων εργαλείων μέσω της ίδιας τομής. Από τις αρχές του 2000, ο G. Rocco επινόησε μία τεχνική θωρακοσκοπικής χειρουργικής για άτυπες εκτομές (σφηνοειδείς) πνευμονικού παρεγχύματος δια μίας τομής μεγέθους 2.5εκ. Η σύγχρονη εισαγωγή εργαλείων παράλληλα με το βιντεοθωρακοσκόπιο χωρίς χρήση διαστολέα στο μεσοπλεύριο διάστημα, έτσι ώστε να απεικονισθεί η θέση των οργάνων σε οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της

διαδικασίας με απλό ζουμ μέσα ή έξω από το εγχειρητικό πεδίο διαθέτει τελείως διαφορετική λογική από την κλασική θωρακοσκοπική χειρουργική. Αυτή η γεωμετρική διαμόρφωση καθιστά τη θωρακοσκοπική χειρουργική δια μίας οπής παρόμοια με την ανοικτή προσέγγιση και αποφεύγει την εισαγωγή των εργαλείων σε σχήμα τρίγωνου για την εστίαση της περιοχής στόχου στον πνεύμονα. Στην επόμενη δεκαετία, εκτελέσθηκαν πολλές επεμβάσεις με αυτήν τη μέθοδο, όπως, βιοψίες υπεζωκότα, μεσοθωρακίου παροχέτευση εγκυστωμένων συλλογών και μερική αποφλοίωση πνεύμονα σε εμπύημα υπεζωκοτικής κοιλότητας, πλευρόδεση, εκτομή φουσαλίδων σε περίπτωση πνευμοθώρακα καθώς και εκτομές νευρινωμάτων και ινωδών όγκων και ταυτοποίηση πνευμονικών οζιδίων. Ένα σημαντικό ορόσημο για την παραπάνω τεχνική αποτέλεσε και η εκτέλεση με τον τρόπο αυτό της πρώτης λοβεκτομής τον Ιούνιο του 2010, από την ομάδα του Gonzalez Rivas στην Κορούνια, της Ισπανίας. Οι επεμβάσεις αυτές μπορούν να εκτελεσθούν τόσο με γενική όσο και με τοπική αναισθησία, με στόχο απώτερο να γίνονται και σε εξωτερικούς ασθενείς χωρίς ανάγκη νοσηλείας. Επιπλέον, στη σημερινή εποχή της μοριακής βιολογίας, όταν η λήψη ιστού για τη διάγνωση είναι απαραίτητη, θα μπορούσε η μέθοδος να αποτελέσει μία πολύτιμη προσθήκη σε διαγνωστικά πρωτόκολλα για την αξιόπιστη διάγνωση πνευμονικών οζιδίων με τη βοήθεια των υπερήχων. Σε αυτό το πλαίσιο, η δυνατότητα του uniportal VATS στην επίλυση διαγνωστικών διλημάτων είναι προφανής. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι: μικρότερος χρόνος νοσηλείας, λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος, γρήγορη επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο-εργασία, μικρότερη κάκωση θωρακικού τοιχώματος, καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα και μικρότερη φλεγμονώδης αντίδραση. Εν κατακλείδι, η θωρακοσκοπική χειρουργική «δια μίας θύρας» είναι μια τεχνική εφικτή και ασφαλής με πολλές ενδείξεις στη χειρουργική θώρακος, και αποτελεί το παρόν και το μέλλον της ελάχιστα επεμβατικής θωρακοχειρουργικής. Τα περιεγχειρητικά αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, η τεχνική δε αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί από πεπειραμένους θωρακοχειρουργούς χωρίς ιδιαίτερη εκπαίδευση.

**Λέξεις κλειδιά:** θωρακοσκοπική χειρουργική, μία θύρα, uniportal vats.

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΠΕΡΑΝ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ****ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΩΡΙΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ;****Θεμιστοκλής Δ. Καρμίρης**Διευθυντής, Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική  
και Μονάδα ΜΜΟ, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»*Στοιχεία επικοινωνίας:**Τηλ.: 2132041721**E-mail: tdkarmir@otenet.gr***ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ήταν στις αρχές του περασμένου αιώνα όταν ο P. Ehrlich πίστεψε στις “μαγικές σφαίρες” (magic bullets) χωρίς να είναι αλχημιστής. Ήταν ένας σπουδαίος γιατρός του ορθού λόγου, που υποστήριξε πως πρέπει να αναζητήσουμε θεραπευτικούς παράγοντες που στοχεύουν τα παθολογικά κύτταρα ενώ “σέβονται” τους φυσιολογικούς ιστούς. Ο σπόρος για τις στοχευμένες θεραπείες είχε πέσει. Από τότε οι μαγικές σφαίρες και η θεραπεία των κακοηθειών χωρίς την τοξικότητα της χημειοθεραπείας ήταν το όνειρο των ογκολόγων. Ο θερισμός άργησε περίπου έναν αιώνα, το φορτίο όμως του θερισμού είναι βαρύ, τόσο για τα συστήματα υγείας όσο και για τους γιατρούς. Τις τελευταίες δεκαετίες εξελίσσεται μια επανάσταση στη βιολογία, στη βιοτεχνολογία και στη θεραπευτική αναζητώντας το ιερό δισκοπότηρο της θεραπείας χωρίς χημειοθεραπεία. Η αρχή αυτής της επανάστασης, στην κοινή συνείδηση, είναι η επιτυχής θεραπεία της Χρόνιας Μυελογενούς Λευχαιμίας. Ένας αναστολέας της τυροσινικής κινάσης άλλαξε την πορεία ενός ανίατου νοσήματος και όχι μόνο. Άλλαξε τη στάση μας απέναντι στην καινοτομία και τους νεότερους παράγοντες, άλλαξε τη σχέση μας με τις κλινικές μελέτες και μάλλον άλλαξε και τη

στάση μας απέναντι στις φαρμακευτικές εταιρείες. Πιστεύουμε πια στην πρωτοπορία χωρίς να δαιμονολογούμε. Η πορεία όμως αυτή προς τη Δαμασκό της απαλλαγής από τη χημειοθεραπεία φαίνεται καλύτερα στα λεμφουπερπλαστικά νοσήματα. Η χημειοθεραπεία άρχισε θριαμβευτικά στο NCI στη δεκαετία του 60. Από τότε, και για τα επόμενα 30-40 χρόνια, επενδύσαμε στην απλή όσο και ελκυστική άποψη ότι “more is better”. Δεν γνωρίζαμε βέβαια τότε τους βιολογικούς φραγμούς. Όταν βέβαια ο σχεδιασμός των μελετών ήταν όσο καλός έπρεπε, φάνηκε ότι οι επιθετικοί δεν υπερέχουν των απλών συνδυασμών. Δυστυχώς, η άποψη αυτή δεν δικαιώθηκε ούτε στα επιθετικά λεμφώματα ούτε στα χρόνια λεμφουπερπλαστικά νοσήματα (ΧΛΝ). Το πρώτο σημαντικό βήμα προόδου στη θεραπευτική των λεμφικών κακοηθειών έγινε με την εισαγωγή στη θεραπευτική του μονοκλωνικού αντισώματος anti CD20 (Rituximab). Το Rituximab ήταν ο παράγοντας που πρόσφερε θεραπευτικό πλεονέκτημα-σε συνδυασμό αρχικά με τη συμβατική θεραπεία-μετά από 30 χρόνια στασιμότητας. Πλεονέκτημα τόσο στα επιθετικά λεμφώματα όσο στα ΧΛΝ. Στα λεμφοζιδιακά λεμφώματα με χαμηλό φορτίο νόσου φάνηκε ότι ίσως αρκεί μόνο η ανοσοθεραπεία (Rituximab) και άρχισε να φαίνεται ο δρόμος της αντιμετώπισης χωρίς χημειοθεραπεία. Η έκρηξη όμως έγινε όταν κατανοήσαμε τη βιολογία του κυττάρου, όταν περιγράψαμε τις οδούς μετάδοσης σήματος, όταν εντοπίσαμε τους πιθανούς στόχους για την αναστολή του πολλαπλασιασμού και, τελικά, όταν συνθέσαμε στο εργαστήριο τους αντίστοιχους παράγοντες, τις “μαγικές σφαίρες” όπως θα έλεγε ο P. Ehrlich. Οι εξελίξεις, τα τελευταία χρόνια, είναι κατακλυσμιαίες. Οι νέοι παράγοντες-lenalidomide, ibrutinb, idelalisib, bortezomib-κυριαρχούν πλέον στη θεραπευτική των αιματολογικών κακοηθειών. Ήταν τελικά η βιολογία... και αποδείχθηκε ότι *different is better* και όχι more. Στα επιθετικά λεμφώματα οι νέοι παράγοντες χρησιμοποιούνται ακόμα, τουλάχιστον ως θεραπεία 1<sup>ης</sup> γραμμής, σε συνδυασμό με τη συμβατική θεραπεία. Ωστόσο, έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται και χωρίς χημειοθεραπεία. Σε εξέλιξη όμως είναι μια καταιγίδα μελετών με νέους παράγοντες είτε ως μονοθεραπεία είτε με συνδυασμούς τους, οπωσδήποτε χωρίς χημειοθεραπεία. Εμείς μπορούμε να αναφέρουμε εξαιρετικά θεραπευτικά αποτελέσματα με νέους παράγοντες, προς το παρόν ως case reports, ασθενών με πολυανθεκτικά λεμφώματα. Εκεί όμως που οι στοχευμένες θεραπείες σηματοδοτούν ήδη μια νέα εποχή είναι τα λεμφώματα χαμηλής κακοηθείας και η Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία (ΧΛΛ). Ως θεραπεία 2<sup>ης</sup> γραμμής τα αποτελέσματα είναι πραγματικά εντυπωσιακά-έχουν ήδη εγκριθεί από το FDA-και χρησιμοποιούνται ως αρχική θεραπεία τουλάχιστον σε ασθενείς με δυσμενή χαρακτηριστικά. Η θεραπεία

της ΧΛΛ μέχρι πριν από λίγα χρόνια ήταν απλή έως και απλοϊκή και τα ανάλογα των πουργιών, που δεν δικαίωσαν τον αρχικό ενθουσιασμό, δεν υπερείχαν της χλωραμβουκίλης. Το Rituximab πρόσφερε κάποιο θεραπευτικό πλεονέκτημα. Ωστόσο, οι νέοι παράγοντες, όπως ibrutinib και idelalisib φαίνεται πως θα αλλάξουν την πορεία της νόσου. Έτσι για τα λεμφώματα χαμηλής κακοηθείας και τη ΧΛΛ φαίνεται πως το μέλλον είναι λαμπρό (*The future is bright*) και το τέλος της χημειοθεραπείας είναι κοντά (*CLL and NHL: The end of chemotherapy?*) όπως δηλώνουν ή αναρωτιούνται επιφανείς ερευνητές με ιδιαίτερα στοχαστικά άρθρα στα πιο έγκριτα περιοδικά. Χωρίς χημειοθεραπεία όμως δεν σημαίνει και χωρίς προβλήματα. Οπωσδήποτε η ελπίδα, δικαιολογημένα, για τους ασθενείς είναι μεγάλη. Όμως και τα προβλήματα δεν είναι μικρά. Το κόστος των νέων παραγόντων είναι μεγάλο, ίσως δυσβάστακτο, για ασθενείς οικονομίες και οι προκλήσεις πολλές. Ο Κ. Γαρδίκας σχολιάζοντας πολύ πιο αθώες εποχές είχε γράψει ένα δοκίμιο με τίτλο “Ηθικά Παραπτώματα στην Έρευνα”. Σήμερα μάλλον θα ήταν πιο αυστηρός. Με ποια κριτήρια και με ποια εφόδια θα επιλέξουμε τους νέους παράγοντες; Ο γιατρός στη νέα εποχή καλείται να είναι κλινικός γιατρός, όπως πάντα. Οφείλει όμως συγχρόνως να ενημερώνεται σε διαδικτυακούς χρόνους. Ακόμα, πρέπει να έχει κοινωνική ευαισθησία ώστε να αντιλαμβάνεται το κόστος, όχι μόνο το λογιστικό, που έχουν οι επιλογές του για κάποιες άλλες κοινωνικές ομάδες. Πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός όταν συνταγογραφεί τέτοιους παράγοντες και οφείλει να ενημερώνει με σεβασμό τους ασθενείς. Πρέπει τέλος να έχει και θεολογική προσέγγιση ώστε να αποφασίζει ακριβοδίκαια πότε υπάρχει ένδειξη και πότε όχι μιάς τέτοιας θεραπείας. Το βάρος των ευθυνών αυτών είναι μεγάλο για τους γιατρούς αλλά αυτή είναι και μια μεγάλη πρόκληση για το μέλλον.

**Λέξεις κλειδιά:** λεμφοϋπερπλαστικά νοσήματα, στοχευμένες θεραπείες.



## ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΤΙ;

**Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος**

Παθολόγος-Ογκολόγος, Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6944868352*

*E-mail: nalevizopoulos@gmail.com*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι συμβατικές αντικαρκινικές θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν να επιδείξουν σωρεία δημοσιεύσεων με την εμφάνιση τους από «μέγιστου ανεκτού» σε αυτήν του «ελάχιστου αποτελεσματικού». Πλήθος αντινεοπλασματικών φαρμάκων από τις ανθρακυκλίνες έως τις νεότερες ταξάνες έχουν κατακλύσει το εμπόριο τις τελευταίες δεκαετίες με κυμαινόμενη πορεία δημοφιλίας στους αλγορίθμους της θεραπευτικής ογκολογίας, σε μια διαρκή εναλλαγή μεταξύ των προσωπείων του καινού έως της καταρρίψεως τους στο κενό υφαίνοντας την κατάρρευση και τη μη προτίμηση τους. Οι στόχοι της αντικαρκινικής θεραπείας διάγουν από ετών φάση μετάβασης από το γνωστό σταθμό αφετηρίας της κλασικής χημειοθεραπείας, με τη σωρεία των γνωστών κυτταροτοξικών ουσιών, που δεν απεκδύθηκαν των τοξικοτήτων, και του μικρού βεληνεκούς μη ειδικής στόχευσης. Η χρήση ειδικών στοχευουσών θεραπευτικών μορίων, φερέλπιδων πίστης στη δυνατότητα εκρίζωσης, ή σε αδυναμία επίτευξης ίασης, ικανοποίησης του ρεαλιστικότερου στόχου της μετατροπής των ταχέως θανατηφόρων νεοπλασμάτων σε «χρόνιες νόσους δυνητικά διαχειρίσιμες» είναι ο νέος θεραπευτικός στόχος. Η ανωτέρα θέση αποδίδεται κυρίως στην εκρηκτική συσσώρευση πληροφοριών από τη βασική έρευνα και την επιταχυνόμενη μεταφορά τους στην κλινική εφαρμογή. Αρχικά, η εύρεση αναστολέων των κλασικών ογκογονιδίων είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία φαρμάκων που αυτή τη στιγμή είναι διαθέσιμα για την αντιμετώπιση διαφόρων τύπων καρκίνου (στόχευση HER/2,EGFR,K-Ras κτλ) με τη μορφή μονοκλωνικών αντισωμάτων εκλεκτικά εξειδικευμένων. Ο προσδιορισμός των μονοπατιών της απόπτωσης άνοιξε επίσης το δρόμο για την ανάπτυξη παραγόντων, που στοχεύουν είτε στην φαρμακευτική επαγωγή της απόπτωσης είτε στην αναστολή πρωτεϊνών που αποτρέπουν την αποπτωτική διαδικασία στα καρκινικά κύτταρα. Πλήθος αυξανόμενο μικρομοριακών

αναστολέων τυροσινικής κινάσης, του ενδοκυττάριου τμήματος μεμβρανικών υποδοχέων, που αποκλείουν τη μεταγωγή του σήματος αυξητικών παραγόντων, αναστέλλοντας την έκφραση και την επιθετική συμπεριφορά των νεοπλασματικών κυττάρων, ευρίσκονται πλέον στους θεραπευτικούς αλγορίθμους διαχείρισης νεοπλασμάτων συμπαγών οργάνων. Έτσι, ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός στοχευμένων αντικαρκινικών παραγόντων αφενός έχει διευρύνει τις θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση του καρκίνου αλλά αφετέρου έχει αυξήσει την πολυπλοκότητα του σχεδιασμού της θεραπευτικής αγωγής. Εξελίξεις βασισμένες σε νέες ιδέες, νέες πρακτικές, νέες τεχνικές, ριζικά διάφορες από τις προηγούμενες που αποφέρουν σημαντική βελτίωση στη θεραπευτική, με αποτέλεσμα επιβράδυνση της εξέλιξης ή εκρίζωση μιας κακοήθους νόσου. Φάρμακα από το στόμα, θεραπεία ευχερής και όχι εξαρτώμενη από νοσηλεία, αποτελεσματικότητα ικανοποιητική έναντι χαμηλής τοξικότητας και υπερεκλεκτικές στοχεύουσες θεραπείες αντισωμάτων που εγγυώνται βέλτιστο και απόλυτα εξειδικευμένο αποτέλεσμα που δύνανται να χορηγούνται σε υποδόρια ή ταχεία ενδοφλέβια έγχυση με ελάχιστους κινδύνους και διαχειρίσιμη τοξικότητα. Το βασικότερο πρόβλημα που εμφανίζεται με τις νέες στοχευμένες θεραπείες είναι η επίκτητη ανθεκτικότητα των όγκων στους στοχευμένους αντικαρκινικούς παράγοντες, καθώς τα νεοπλάσματα συχνά παρουσιάζουν μεγάλη προσαρμοστικότητα είτε μεταλλάσσοντας τη στοχευόμενη πρωτεΐνη είτε αποκτώντας περαιτέρω μεταλλάξεις σε άλλα γονίδια. Η ανακατεύθυνση του ενδιαφέροντος των επιστημόνων προς την ανοσοθεραπεία, η οποία αποτελεί τύπο θεραπείας που έχει ως στόχο την ενίσχυση και την επικέντρωση της ανοσιακής απάντησης απέναντι στο νεόπλασμα, είναι η νέα χαραυγή της θεραπευτικής αντικαρκινικής στρατηγικής. Η κατεύθυνση της ανοσιακής απάντησης στην αντιμετώπιση του καρκίνου βασίζεται στη στενή αλληλεπίδραση καρκίνου και ανοσιακού συστήματος, έρρισμα και οπλοστάσιο ταυτόχρονα για την αντιμετώπιση και στόχευση της νεοπλασματικής νόσου που μέσα από τα διάφορα μοριακά μονοπάτια εμπαίζει και διαφεύγει του ανοσιακού συστήματος. Μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι κάθε γνωστός ανοσιακός εκτελεστικός μηχανισμός συμμετέχει στην αναγνώριση και την εξάλειψη των υπολειπόμενων καρκινικών κυττάρων σε φυσιολογικές συνθήκες. Οι όγκοι όμως δημιουργούνται όταν τα νέα καρκινικά κύτταρα κατορθώσουν με διάφορους μηχανισμούς να διαφύγουν από την επιτήρηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Στο σημείο αυτό ανεβαίνει στη σκηνή του δράματος η ανοσοθεραπεία ως “από μηχανής θεός της τραγωδίας”, καθώς με ποικίλους τρόπους επιδιώκει να καταστήσει και πάλι τα καρκινικά κύτταρα ορατά

διευκολύνοντας το ανοσοποιητικό σύστημα να τα αναχαιτίσει, είτε παρακωλύοντας τον πολλαπλασιασμό τους, είτε εμποδίζοντας την ανάπτυξη μεταστάσεων. Το ενδιαφέρον ευρίσκεται πλέον στην ανοσοθεραπεία, η οποία αποτελεί το νέο τύπο θεραπείας για την ενίσχυση και την επικέντρωση της ανοσιακής απάντησης απέναντι στο νεόπλασμα, ενώ παράλληλα εκμεταλλεύεται και τις μοναδικές ιδιότητες του ανοσιακού συστήματος -μνήμη, δραστικότητα, ειδικότητα- τις οποίες κανένα φάρμακο έως τώρα δεν μπόρεσε να υποκαταστήσει. Οι μεγάλες εξελίξεις στον τομέα της ανοσολογίας του καρκίνου τα τελευταία έτη, έχουν προσφέρει τη γνώση και τις τεχνικές για να αναπτυχθούν καινοτόμες ανοσοθεραπευτικές προσεγγίσεις: ενεργητική, παθητική και επαγωγική ανοσοθεραπεία. Αν και η επαγωγή δυναμικών αμυντικών και επιθετικών απαντήσεων μέσω του εμβολιασμού φαντάζει θεωρητικά λογική, εν τούτοις η χρήση αντικαρκινικών μονοκλωνικών αντισωμάτων με την έννοια της παθητικής ανοσίας, διεκδικεί καταφανέστερες αποδείξεις αντικειμενικής κλινικής βελτίωσης στους ασθενείς στους οποίους εφαρμόστηκε. Τελευταία, μάλιστα, έχει αναπτυχθεί μια νέα ανοσοθεραπευτική προσέγγιση του καρκίνου, η θεραπεία με χιμαιρικούς αντιγονικούς υποδοχείς (chimeric antigen receptor therapy, CAR therapy) με υποσχόμενες προσεγγίσεις στην ανοσοθεραπεία του καρκίνου, που φαντάζει σήμερα το μέλλον και η ανατολή της κρυμμένης ελπίδας. Είναι οι νέες πύλες για τη μετάβαση στην εποχή της ανοσοθεραπείας του καρκίνου από πειραματική σε καθιερωμένη θεραπεία ποικιλίας νεοπλασμάτων όπως μελανώματος, πνεύμονα, μαστού. Δεν πρέπει όμως να λησμονούμε, πως το καινόν χαρακτηρίζεται πάντα από βιασύνη και αυθομολογία να αποδείξει όσα έχει υποσχεθεί καθώς εισέρχεται στη σκηνή, και σπρώχνει, σπρώχνεται και ποδοπατιέται από άλλα καινά που διεκδικούν το προσκήνιο και τα παλαιότερα που άρρηκτα συνδέονται στην ασφάλεια της αποδεδειγμένης κλινικής πρακτικής. Δέον είναι να επιδείξουμε αρετές εκπληκτικές, υπομονής και επιμονής, προτού βιαστούμε αβρόχοις ποσίν να το εξοβελίσουμε υπό το καθεστώς του φόβου του αγνώστου. Η δυνατότητα του να παραμείνει στη σκηνή εγγυάται ελπιδοφόρες προοπτικές στην αντιμετώπιση και ενδεχομένως στη θεραπεία του καρκίνου. Με το ανοσιακό σύστημα σύμμαχο, το μέλλον καθίσταται ευοίωνο για την ολιστική αντιμετώπιση της νεοπλασματικής νόσου.

**Λέξεις κλειδιά:** ανοσοθεραπεία, στοχευμένη θεραπεία, μονοκλωνικά αντισώματα, αντικαρκινικά εμβόλια, καρκίνος.

## **ΓΚΡΙΖΕΣ ΖΩΝΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ**

**Εμμανουήλ Α. Ανδρεάδης**

Διευθυντής Δ' Παθολογικού Τμήματος,

Υπεύθυνος Κέντρου Υπέρτασης, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132045149, 6945291946*

*E-mail: andreadise@ath.forthnet.gr, andreadise@usa.net*

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Συνεπώς, η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη αντιμετώπισή της είναι καίριας σημασίας για την πρόληψη των καταστροφικών επιπλοκών που προέρχονται από την υπέρταση. Παρά ταύτα οι κατευθυντήριες οδηγίες των επιστημονικών εταιρειών δεν συμφωνούν μεταξύ τους, τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία της υπέρτασης δημιουργώντας γκρίζες ζώνες ή με άλλα λόγια σύγχυση στους ιατρούς όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν ασθενείς με υψηλή αρτηριακή πίεση. Σύμφωνα με τις Αμερικανικές κατευθυντήριες οδηγίες η διάγνωση της υπέρτασης γίνεται στο ιατρείο. Για τη διάγνωση απαιτούνται επανειλημμένες μετρήσεις σε διαδοχικές επισκέψεις. Συνεπώς η διάγνωση τίθεται από μετρήσεις της πίεσης στο ιατρείο και μετρήσεις εκτός ιατρείου με 24ωρη καταγραφή μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της υπέρτασης πριν από την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής. Οι μετρήσεις στο σπίτι γίνονται αποδεκτές αλλά υστερούν της 24ωρης καταγραφής λόγω έλλειψης σημαντικών μελετών. Οι Ευρωπαϊκές οδηγίες συνιστούν την μέτρηση της πίεσης στο ιατρείο για τη διαλογή και διάγνωση της υπέρτασης. Οι μετρήσεις της πίεσης εκτός ιατρείου συνιστώνται όχι

μόνο για την επιβεβαίωση της διάγνωσης αλλά και για τον προσδιορισμό του τύπου της υπέρτασης και των διακυμάνσεων της κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης και του ύπνου, την ανίχνευση υποτασικών επεισοδίων και την αξιολόγηση του ολικού καρδιαγγειακού κινδύνου κάθε ασθενούς. Αναφορικά με την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής οι Αμερικανοί καταλήγουν ότι όταν η πίεση στο ιατρείο σε επανειλημμένες μετρήσεις είναι  $\geq 140/90$  mmHg απαιτείται έναρξη αγωγής σε αντίθεση με τους Ευρωπαίους οι οποίοι συνιστούν επιβεβαίωση των τιμών αυτών με μετρήσεις εκτός ιατρείου. Συμπερασματικά για την αποφυγή σύγχυσης στη λήψη αποφάσεων οι μετρήσεις στο ιατρείο είναι κατάλληλες κυρίως ως εξέταση διαλογής. Όταν η πίεση είναι  $>130/85$  mmHg συνιστάται αξιολόγηση με μετρήσεις εκτός ιατρείου. Η διάγνωση της υπέρτασης τίθεται κυρίως με 24ωρη καταγραφή της πίεσης ή με μετρήσεις στο σπίτι με ηλεκτρονική συσκευή και αυτόματη μνήμη. Για την έναρξη της θεραπείας κατάλληλη για τις περισσότερες περιπτώσεις και εύκολα εφαρμόσιμη στην κλινική πράξη είναι η κατά βήματα στρατηγική. Τα νεότερα δεδομένα δείχνουν ότι καταλληλότερος στόχος για τη συστολική πίεση φαίνεται να είναι  $<130$  mmHg, τουλάχιστον σε άτομα με μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

**Λέξεις κλειδιά:** κατευθυντήριες οδηγίες στην υπέρταση, διάγνωση υπέρτασης, μετρήσεις στο ιατρείο, μετρήσεις εκτός ιατρείου, φαρμακευτική αγωγή.

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΔΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΑΤΡΙΟΥ  
ΣΤΗΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΒΛΑΒΗ**

**ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΡΟΣΦΟΡΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ  
ΑΝΤΙΔΙΟΥΡΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ**

**Χαρίκλεια Σ. Βρεττού**

Παθολόγος, Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Β΄,  
Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041928*

*E-mail: vrettou@hotmail.com*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η υπονατριαιμία στα πλαίσια του συνδρόμου Απρόσφορης Εκκρίσης Αντιδιουρητικής Ορμόνης (ΑΕΑΟ) αναφέρεται στη βιβλιογραφία σε ποσοστό από 2.3 έως 36% των ασθενών με Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση (ΚΕΚ). Οι μεγάλες αυτές αποκλίσεις πιθανά οφείλονται σε διαφορές στα κριτήρια επιλογής ασθενών και διάγνωσης και σε διαφορές στο χρονικό διάστημα παρακολούθησης της τιμής του νατρίου μεταξύ μελετών. Στις περισσότερες περιπτώσεις το σύνδρομο εμφανίζεται λίγες ημέρες μετά το τραύμα και είναι αυτοπεριοριζόμενο, ενώ δεν έχει βρεθεί να σχετίζεται με τη βαρύτητα της ΚΕΚ. Θεμελιώδη κριτήρια για τη διάγνωση είναι: α) δραστική ωσμωτικότητα ορού < 275 mOsm/kg, β) ωσμωτικότητα ούρων > 100 mOsm/kg, γ) κλινική ευογκαιμία, δ) τιμή νατρίου ούρων > 30 mmol/l με παράλληλη φυσιολογική πρόσληψη νατρίου και νερού, ε) απουσία νεφρικής ανεπάρκειας καθώς και ανεπάρκειας θυρεοειδούς, υπόφυσης ή επινεφριδίων και στ) απουσία πρόσφατης λήψης διουρητικών φαρμάκων. Συμπληρωματικά κριτήρια περιλαμβάνουν: α) ουρικό οξύ ορού < 0.24 mmol/l (< 4 mg/dl), β) ουρία ορού < 3.6 mmol/l (< 21.6 mg/dl), γ)

αδυναμία διόρθωσης της υπονατριαιμίας με τη χορήγηση διαλύματος 0.9% χλωριούχου νατρίου, δ) κλασματική απέκκριση νατρίου < 0.5%, ε) κλασματική απέκκριση ουρίας < 55%, στ) κλασματική απέκκριση ουρικού οξέως < 12% και ζ) διόρθωση της υπονατριαιμίας με περιορισμό της λήψης ελεύθερου ύδατος. Το σύνδρομο ΑΕΑΟ σε ασθενείς με ΚΕΚ είναι συνήθως παροδικό. Χρειάζεται αντιμετώπιση σε περίπτωση παρουσίας συμπτωμάτων και όταν η τιμή του νατρίου του ορού είναι σημαντικά κατώτερη του φυσιολογικού ή εμφανίζει γρήγορη πτώση. Η θεραπεία του στοχεύει κατά κύριο λόγο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και όχι στην αποκατάσταση μιας απόλυτα φυσιολογικής τιμής νατρίου στον ορό. Οι οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας (European Society of Intensive Care Medicine, ESICM) για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της υπονατριαιμίας περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων τις ακόλουθες συστάσεις για το σύνδρομο ΑΕΑΟ σύμφωνα με την ταξινόμηση GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation): Στην υπονατριαιμία μέτριας βιοχημικής βαρύτητας (με τιμή νατρίου ορού μεταξύ 125 και 129 mmol/l) και σημαντικής βιοχημικής βαρύτητας (με τιμή νατρίου ορού <125 mmol/l) στα πλαίσια συνδρόμου ΑΕΑΟ, πρώτης γραμμής θεραπεία αποτελεί ο περιορισμός των προσλαμβανόμενων υγρών (οδηγία τάξης τεκμηρίωσης 2D) και θεραπεία δεύτερης γραμμής η διεντερική χορήγηση διαλύματος ουρίας 0.25–0.50 g/kg/ημέρα ή ο συνδυασμός διεντερικής χορήγησης χλωριούχου νατρίου με χαμηλή δόση διουρητικών της αγγύλης (2D). Συνιστάται επίσης να μη χορηγείται λίθιο ή δεμεκλοκυκλίνη στις ανωτερω περιπτώσεις (1D). Σχετικά με τη νέα κατηγορία φαρμάκων, τους ανταγωνιστές των υποδοχέων της αντιδιουρητικής ορμόνης (βαππάνες), δεν συνιστάται η χρήση τους στη μέτριας βιοχημικής βαρύτητας υπονατριαιμία, ενώ επιπλέον συνιστάται να μη χορηγούνται σε ασθενείς με σημαντική υπονατριαιμία (1C). Η χορήγηση υπέρτονου διαλύματος NaCl 3% ενδείκνυται για ασθενείς με μέτρια ή σοβαρά συμπτώματα (ναυτία, σύγχυση, κεφαλαγία, έμετο, αιμοδυναμική επιβάρυνση, λήθαργο, σπασμούς, κώμα με τιμή κλίμακας Γλασκώβης <8), στους οποίους ο κίνδυνος εγκεφαλικού οιδήματος υπερσκελίζει εκείνον της εμφάνισης του συνδρόμου ωσμωτικής απομυελίνωσης. Τέτοιοι ασθενείς χρειάζεται να νοσηλεύονται σε περιβάλλον όπου εξασφαλίζεται η στενή βιοχημική και κλινική παρακολούθηση. Σε κάθε περίπτωση η άνοδος της τιμής του νατρίου του ορού δεν θα πρέπει να υπερβεί τα 10 mmol/l τις πρώτες 24 ώρες και τα 8 mmol/l σε κάθε επόμενο 24ωρο, έως ότου φτάσει τα 130 mmol/l.

**Λέξεις κλειδιά:** αντιδιουρητική ορμόνη, νάτριο, ωσμωτικότητα, τραύμα.

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΝΑΤΡΙΟΥ

**Κωνσταντίνος Παππάς**

Πνευμονολόγος, Εξειδικευόμενος Εντατικολόγος,  
Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6936604877*

*E-mail: drkonrappas@yahoo.gr*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υπονατριαιμία αποτελεί ένα αρκετά συχνό αλλά και δύσκολο διαγνωστικό και θεραπευτικό πρόβλημα για τους κλινικούς ιατρούς που διαχειρίζονται ασθενείς με τραυματική εγκεφαλική βλάβη. Ο όρος εγκεφαλική νατριούρηση (Cerebral Salt Wasting, CSW) περιγράφηκε ήδη από τη δεκαετία του 1950, πριν από την περιγραφή του συνδρόμου απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone secretion, SIADH). Όμως, η αδυναμία επαρκούς παθοφυσιολογικής αιτιολόγησης του συνδρόμου νατριούρησης, η έκτοτε εξ' ολοκλήρου απόδοση των περιπτώσεων υπονατριαιμίας στους κρανιοεγκεφαλικούς ασθενείς σε SIADH καθώς και η συσχέτιση του τελευταίου με πολλές άλλες παθολογικές καταστάσεις, έφεραν το σύνδρομο CSW στην αφάνεια έως τη δεκαετία του '80. Ακολούθησαν δημοσιεύσεις περιστατικών ασθενών κυρίως με ανευρυσματική υπαραχνοειδή αιμορραγία που συνδυάζονταν με υπογκαιμία, αυξημένη διούρηση και αρνητικό ισοζύγιο νατρίου που οδήγησαν στην αποδοχή του συνδρόμου CSW ως σημαντικής αιτίας υπονατριαιμίας και στους ασθενείς με τραυματική εγκεφαλική βλάβη και γενικά σε εκτεταμένη έρευνα γύρω από τις παθοφυσιολογικές διαταραχές της ομοιόστασης του νατρίου και του ύδατος στα νευρολογικά και νευροχειρουργικά νοσήματα. Συγκεκριμένα, στο σύνδρομο CSW έχει ενοχοποιηθεί η παρουσία παθολογικά αυξημένων κυκλοφορούντων επιπέδων νατριοουρητικών ορμονών και η διαταραχή της συμπαθητικής εκφόρτισης στους νεφρούς. Το κύριο χαρακτηριστικό που διακρίνει το CSW από το SIADH είναι η ελάττωση του εξωκυττάριου όγκου, αλλά η κλινική αξιολόγηση της κατάστασης όγκου είναι συχνά ανακριβής. Επίσης, τα χαμηλά επίπεδα ουρίας και ουρικού οξέος



αποτελούν χαρακτηριστικά τόσο του CSW όσο και του SIADH και δε μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαφοροδιάγνωσή τους. Η διάγνωση του συνδρόμου CSW απαιτεί επομένως την κατάδειξη μίας περιόδου απρόσφορης νεφρικής απώλειας νατρίου και υγρών πριν την ανάπτυξη υπογκαιμικής υπονατριαιμίας. Η αυξημένη διούρηση και συγκέντρωση νατρίου ούρων από μόνες τους μετά από εξωγενή χορήγηση νατρίου κατά την αναζωογόνηση είναι ανεπαρκείς ενδείξεις επειδή και ο ασθενής με SIADH θα απεκκρίνει το χορηγούμενο φορτίο νατρίου και υγρών για τη διατήρηση του ισοζυγίου. Πρόσφατα, η διατήρηση αυξημένης κλασματικής απέκκρισης ουρικού οξέος μετά τη διόρθωση της υπονατριαιμίας έχει καταδειχθεί ως ένας αξιόπιστος δείκτης διάκρισης του συνδρόμου CSW. Η διαφοροδιάγνωση των δύο συνδρόμων είναι σημαντική, δεδομένης της διαφορετικής τους αντιμετώπισης και των δυνητικών επιπλοκών από τη χορήγηση λανθασμένης θεραπευτικής αγωγής. Η κύρια θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου CSW είναι η αντικατάσταση των απωλειών νατρίου και ύδατος, σε αντιδιαστολή με τη θεραπεία του συνδρόμου SIADH που έγκειται στον περιορισμό πρόσληψης ελευθέρου ύδατος. Έτσι, η αρχική θεραπεία του CSW είναι η ενδοφλέβια χορήγηση ισότονων κρυσταλλοειδών διαλυμάτων για την αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου και ακολούθως υπέρτονων διαλυμάτων νατρίου για τη διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και της συγκέντρωσης νατρίου πλάσματος. Για την αποφυγή των επιπλοκών της ταχείας διόρθωσης της υπονατριαιμίας, απαιτείται τακτική παρακολούθηση των επιπέδων νατρίου, ρυθμός ωριαίας διόρθωσης της συγκέντρωσης νατρίου πλάσματος έως 0,5mEq/L και αποφυγή επαναφοράς αυτής στα ανώτερα φυσιολογικά επίπεδα. Στους ασθενείς που χρήζουν χορήγησης μεγάλων ποσοτήτων ύδατος και νατρίου, χρήσιμη μπορεί να είναι επίσης η αγωγή με αλατοκορτικοειδή (φθοριούδροκορτιζόνη) μέχρι τη σταθεροποίηση της συγκέντρωσης νατρίου και του ενδαγγειακού όγκου.

**Λέξεις κλειδιά:** υπονατριαιμία, εγκεφαλική νατριούρηση, τραυματική εγκεφαλική βλάβη, υπογκαιμία.

**ΕΠΑΠΕΙΛΟΥΜΕΝΟΣ ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ****Ματθίλδη Χρόνη<sup>1</sup>, Ηρώ Κοκκέβη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Επιμελήτρια Β', <sup>2</sup>Διευθύντρια, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη,  
Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6977437945*

*E-mail: chronimatilda@yahoo.co.uk*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η απόφραξη αεραγωγού είναι μία ιδιαίτερα δύσκολη και επείγουσα κατάσταση. Αποτυχία αερισμού έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση μόνιμων εγκεφαλικών βλαβών, ή το θάνατο του ασθενούς. Η πλήρης απόφραξη οδηγεί σε αναπνευστική ανεπάρκεια, που ακολουθείται από καρδιακή ανεπάρκεια μέσα σε λίγα λεπτά. Τα αίτια απόφραξης αεραγωγού είναι συνήθως καρκίνος του λάρυγγα, επιγλωττίτιδα, πάρεση φωνητικών χορδών. Όταν η διασωλήνωση δεν είναι δυνατή η αποκατάσταση της βατότητας του αεραγωγού γίνεται χειρουργικά με κρικοθυρεοτομή. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων, με εμπειρία σε ασθενείς με επαπειλούμενο αεραγωγό, καθώς και άμεση διαθεσιμότητα του απαραίτητου εξοπλισμού. Στη κλινική μας τα τελευταία 2 χρόνια αντιμετωπίστηκαν 15 περιστατικά με επαπειλούμενο αεραγωγό, από τους οποίους οι 5 νοσηλεύονταν ήδη στο νοσοκομείο, για άλλο λόγο, όταν χρειάστηκε η χειρουργική αποκατάσταση του αεραγωγού. Στις περιπτώσεις αυτές η αντιμετώπιση είναι περισσότερο δύσκολη καθώς η απόφραξη μπορεί να γίνει σε χώρο που δεν υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός. Η κρικοθυρεοτομή δεν είναι εφικτή σε όλες τις περιπτώσεις απόφραξης αεραγωγού, όπως συμβαίνει σε ασθενείς με εκτεταμένους όγκους τραχήλου ή μετακτινικές αλλοιώσεις στη περιοχή του τραχήλου. Στις περιπτώσεις αυτές γίνεται επείγουσα τραχειοστομία υπό τοπική αναισθησία. Η έλλειψη συνεργασίας από την

πλευρά του ασθενή, ο οποίος κάνει έντονες αναπνευστικές κινήσεις, κάνει ακόμα δυσκολότερη την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

**Λέξεις κλειδιά:** κρικοθυρεοτομή, απόφραξη αεραγωγού, τραχειοστομία.

### ΠΡΟΚΑΡΔΙΟ ΑΛΓΟΣ

**Παντελήξ Γουσόπουλος**

Επικουρικός Καρδιολόγος, Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών,  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041016*

*E-mail: gounopoulos@yahoo.gr*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το προκάρδιο άλγος είναι μια πολύ συχνή αιτία προσέλευσης στα τμήματα επείγοντων περιστατικών παγκοσμίως και η διερεύνησή του αποτελεί συχνά πρόκληση. Κυρίαρχη θέση στην αιτιολογία του έχει η στεφανιαία νόσος, στην οποία οφείλεται το 13% των θανάτων παγκοσμίως για το 2012, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, και ακολουθούν σε αρκετή απόσταση από πλευράς επίπτωσης, άλλες καρδιακές παθήσεις και νόσοι του περικαρδίου. Ο μηχανισμός πρόκλησης της στηθάγχης είναι πολύπλοκος και όχι πλήρως καθορισμένος, αλλά σχετίζεται σίγουρα με την εμφάνιση ισχαιμίας και την παραγωγή οξειωτικού περιβάλλοντος, την απελευθέρωση μεσολαβητών, όπως σεροτονίνης και βραδυκινίνης, που με τη σειρά τους ερεθίζουν υποδοχείς απομυελινωτικών νευρικών ινών. Πολύ σημαντική για τη διαφορική διάγνωση είναι, η κλινική διάγνωση της στηθάγχης να βασίζεται στο ιστορικό, τους χαρακτήρες του προκάρδιου άλγους (ποιότητα, εντόπιση, ακτινοβολήση, διάρκεια, συνοδά συμπτώματα) και τη φυσική εξέταση. Η κλινική διάγνωση, φαίνεται να έχει την ίδια διαγνωστική ακρίβεια με τη δοκιμασία κοπώσεως. Η ολοκλήρωση της διαγνωστικής διαδικασίας, γίνεται με τη λήψη των ζωτικών σημείων, την διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος, του υπερηχογραφήματος και

των εργαστηριακών εξετάσεων και η οριστική διάγνωση και πιθανόν και η αντιμετώπιση με τη στεφανιογραφία. Ιδιαίτερη αξία για την πρόγνωση των ασθενών έχει, η αναγνώριση και διάκριση των εμφραγμάτων σε εκείνα με ανάσπαση και χωρίς ανάσπαση του ST, αλλά και η διάκρισή τους σε τύπου I και τύπου II, ανάλογα με το αν ευθύνεται η ρήξη αθηρωματικής πλάκας για την πρόκληση του οξέως στεφανιαίου συνδρόμου, ή άλλοι παράγοντες και μηχανισμοί ισχαιμίας (υπόταση, αναιμία, κ.ά.). Η σημαντική αύξηση που έχει παρατηρηθεί την τελευταία δεκαετία στον συνολικό αριθμό παρεμβάσεων και εγχειρήσεων της στεφανιαίας νόσου παγκοσμίως, μαζί με την χρησιμοποίηση νεώτερων φαρμάκων (αναστολείς IIb/IIIa υποδοχέων, αναστολέας της θρομβίνης μπιβαλιρουδίνη, αναστολέας του ενεργοποιημένου Παράγοντα X (Xa) fontaparinux, αναστολέας αιμοπεταλίων τικαγρελόρη), έχουν οδηγήσει σε ελάττωση της θνητότητας από στεφανιαία νόσο στο δυτικό κόσμο.

**Λέξεις κλειδιά:** στηθάγχη, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, τικαγρελόρη.

## ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

**Ματθαίος Θωμόπουλος**

Καρδιολόγος, Επικουρικός Επιμελητής,

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 2132041034*

*E-mail: t\_matthaios@hotmail.com*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση ξεκινά με ένα απλό κλινικό πρόβλημα: Σας διακομίζουν μια επιβάτη αεροσκάφους, συνάδελφο ορθοπεδικό ηλικίας 28 ετών, που κατά την πτήση παραπονιόταν για θωρακικό άλγος. Είχε προηγηθεί μια πολύωρη και εργώδης χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία η ασθενής αισθάνθηκε ένα οξύ άλγος στο θώρακα, που υποχώρησε στην ανάπαυση, αλλά μετά την απογείωση ο πόνος επανήλθε με σταθερή ένταση και συνοδό δύσπνοια. Τι πρέπει να προσέξει ο γιατρός, ποια η διαφορική διάγνωση και ποιά η αντιμετώπιση της ασθενούς; Το οξύ θωρακικό άλγος, αποτελεί ένα από τα πιο συνηθισμένα και περίπλοκα συμπτώματα, η διαφοροδιάγνωση του οποίου περιλαμβάνει μεγάλη ποικιλία παθήσεων, μερικές από τις οποίες εγκυμονούν σημαντικό και άμεσο κίνδυνο για τη ζωή των ασθενών. Το είδος του πόνου μπορεί να είναι **οξύ προκάρδιο**, **σωματικό** (από τις δομές του μεσοδέρματος όπως μυς, οστά, δέρμα, τοιχωματικός υπεζωκότας) ή **σπλαγγνικό** (περικάρδιο, αορτή, πνευμονική αρτηρία, οισοφάγος, μεσοθωράκιο). Οι ασθενείς μπορεί να προσέλθουν τόσο με οξεία εικόνα, όσο και με ήπια ενοχλήματα. Επιβάλλεται η αυξημένη καχυποψία του θεράποντος ιατρού και η διεξοδική διερεύνηση της συμπτωματολογίας, που ενίοτε υποκρύπτει παθήσεις δυνητικά θανατηφόρες. Η αρχική αξιολόγηση του θωρακικού πόνου περιλαμβάνει **την λήψη ιστορικού** (χαρακτήρας, εντόπιση, διάρκεια και εκλυτικό αίτιο άλγους, τα συνοδά συμπτώματα και τους παράγοντες κινδύνου ανάλογα με τη νόσο) και **την φυσική εξέταση** του ασθενούς (έλεγχος ζωτικών σημείων, επισκόπηση θωρακικού τοιχώματος, ακρόαση πνευμόνων και καρδιάς, έλεγχος κάτω άκρων για θρομβοφλεβίτιδα). Ακολουθούν **οι διαγνωστικές εξετάσεις** (Η.Κ.Γ. 12 απαγωγών,

ακτινογραφία θώρακος, εξετάσεις αίματος, αέρια αίματος και ειδικές απεικονιστικές εξετάσεις). Στην συνέχεια της παρουσίασης θα αναφερθούμε σε **δυναμικά απειλητικά** (όπως καρδιολογικές παθήσεις, διαχωρισμός αορτής, πνευμονική εμβολή, πνευμοθώρακας, κατάγματα πλευρών, ή μη τραυματική ρήξη οισοφάγου) **και μη απειλητικά για τη ζωή αίτια θωρακαλγίας** (μυοσκελετικές, γαστρεντερικές διαταραχές, έρπητας ζωστήρας, κρίση δρεπανοκυτταρικής αναιμίας και ψυχολογικά αίτια) και θα εμβαθύνουμε στην διαγνωστική προσέγγιση και τη προνοσοκομειακή και νοσοκομειακή αντιμετώπιση κάποιων από αυτές. Εν τέλει θα υπογραμμίσουμε κάποια σημεία-κλειδιά στη διαφορική διάγνωση του προκάρδιου άλγους.

**Λέξεις κλειδιά:** θωρακικό άλγος, ιστορικό, φυσική εξέταση, πνευμονική εμβολή, διαχωρισμός αορτής.

## ΟΞΥΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΤΕΠ

**Εμμανουήλ Υδραΐος<sup>1</sup>, Νικόλαος Κάβουρας<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Χειρουργός, Επιμελητής Α', <sup>2</sup>Χειρουργός, Επικουρικός Επιμελητής,  
Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Ε. Υδραΐος*

*Τηλ.: 213-2041034*

*E-mail: spyroskolias@yahoo.gr*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο κοιλιακός πόνος είναι από τις συχνότερες αιτίες (αφορά 5 - 10% των συνολικών επισκέψεων) που οι ασθενείς ζητούν ιατρική βοήθεια και προσέρχονται στο ΤΕΠ. Η διάγνωση και η διαχείριση αποτελεί πρόκληση για τον γιατρό και είναι η πιο συχνή αιτία επείγουσας χειρουργικής εισαγωγής. Οι πιθανές αιτίες του οξέος κοιλιακού πόνου είναι ποικίλες, μπορεί να προέρχεται από παθήσεις ενδοκοιλιακών σπλάγχων ή οργάνων, του οπισθοπεριτόναιου, αλλά και από εξωκοιλιακές παθήσεις (καρδιά, πνεύμονες κ.λ.π). Η κλινική πορεία κυμαίνεται από λεπτά, ώρες ή εβδομάδες. Μπορεί όμως να αποτελεί οξεία εκδήλωση ενός προϋπάρχοντος προβλήματος π.χ χρόνια παγκρεατίτιδα, αγγειακή ανεπάρκεια. Ειδική μνεία πρέπει να ληφθεί για ειδικές κατηγορίες ασθενών όπως ανοσοκατασταλμένοι και ηλικιωμένοι ασθενείς (έχουν 6-8 φορές αυξημένη θνητότητα σε σχέση με τους νέους, τα 2/3 απαιτούν νοσηλεία, το 1/3 χειρουργική παρέμβαση και συνοδεύονται από αυξημένη θνητότητα σε μη έγκαιρη διάγνωση). Οι χαρακτήρες του πόνου θα μας δώσουν πολύτιμες πληροφορίες και θα κατευθύνουν τη διάγνωση (είσοδος, σοβαρότητα, τύπος πόνου, αντανάκλαση, αλλαγές, συνδυασμός με ουρολογικά ή εντερικά ενοχλήματα, παράγοντες που συνδυάζονται με επιδείνωση ή ανακούφιση). Η λήψη φαρμάκων πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη όπως α) corticosteroids - καλύπτουν τον πόνο β) αντιπηκτικά - μπορεί να προκαλέσουν ενδοτοξωματικό αιμάτωμα και απόφραξη γ) αντισυλληπτικά - ρήξη ηπατικού αδενώματος και δ) NSAIDs – διαβρωτική γαστρίτιδα και πεπτικό έλκος. Έτσι η προσεκτική λήψη ιστορικού, η κλινική εξέταση και τέλος ο στοχευμένος παρακλινικός έλεγχος, αποτελούν το κλειδί για την προσέγγιση και



διαφοροδιάγνωση του κλινικού προβλήματος. Η ανακούφιση του πόνου, βάσει πρωτοκόλλων, αποτελεί σημαντικό μέρος στη διαχείριση του πάσχοντος και από πολλές μελέτες φαίνεται να μην επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων. Ο στόχος του ιατρού του ΤΕΠ είναι, α) να τεθεί γρήγορα η διάγνωση, β) να απαντηθεί το ερώτημα αν χρειάζεται ή όχι χειρουργική επέμβαση και γ) η θεραπευτική και υποστηρικτική αντιμετώπιση. Η προσεκτική λήψη ιστορικού, η σωστή κλινικοεργαστηριακή εξέταση, μαζί με τη βοήθεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, αποτελούν το κλειδί της επιτυχίας στη διαχείριση του οξέος κοιλιακού πόνου στο ΤΕΠ.

**Λέξεις κλειδιά:** οξύς κοιλιακός πόνος, διαχείριση, ΤΕΠ.

# ΟΣΦΥΪΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

## Θεμιστοκλής Φλώρος

Ειδικευόμενος Ιατρός, Ορθοπαιδικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

*Στοιχεία επικοινωνίας:*

*Τηλ.: 6945890930*

*E-mail: themisflo7@hotmail.com*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οσφυαλγία με ή χωρίς ριζοπάθεια, αποτελούν συχνές καταστάσεις και ανήκουν στις συνηθέστερες αιτίες, για τις οποίες γίνεται παραπομπή σε εξωτερικό ιατρείο για οσφυϊκό πόνο. Τα 2/3 των ενηλίκων θα εμφανίσουν πόνο στη σπονδυλική στήλη, στη διάρκεια της ζωής τους. Ως Οξεία οσφυαλγία ορίζεται πόνος στην οσφύ διάρκειας < 6 εβδομάδων. Οι περισσότερες περιπτώσεις οσφυοϊερής ή ριζοπάθειας, σχετίζονται με εκφυλιστικές δομικές μεταβολές στη σπονδυλική στήλη, με κήλη δίσκων ή με τοπική σπονδύλωση και είναι πιθανό ότι θα βελτιωθούν χωρίς κάποιο διαγνωστικό έλεγχο ή κάποια παρέμβαση. Η συχνότερη αιτία είναι η οσφυϊκή «θλάση» ή «διάστρεμμα» 70%, οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις 10%, η δισκοκήλη 4%, το οστεοπορωτικό συμπιεστικό κάταγμα 4%, η σπονδυλική στένωση 3%, η σπονδυλολίθηση 2% κ.ά. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει: ανεύρυσμα αορτής, όγκοι/καρκίνος, οστική μετάσταση, πνευλική & κοιλιακή παθολογία κ.ά. Κατά την αξιολόγηση των ασθενών με άλγος των άκρων, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην ταυτοποίηση κάποιου συνδρόμου που προσβάλλει την ιππουρίδα, τον μυελικό κώνο ή τον νωτιαίο μυελό, εξαιτίας του ότι οι οξείες-υποξείες εκδηλώσεις τέτοιων συνδρόμων, αποτελούν επείγουσες νευρολογικές καταστάσεις και χρειάζονται επείγουσα εξελιγμένη απεικόνιση και νευροχειρουργική αξιολόγηση. Σημαντική παράμετρος στην αντιμετώπιση της οξείας οσφυαλγίας είναι οι «Μιμητές Δομικής Ριζοπάθειας» δηλαδή, τα λοιμώδη, φλεγμονώδη, νεοπλασματικά και δομικά αίτια που δεν αφορούν τη σπονδυλική στήλη, ώστε να αποτραπεί μια ακατάλληλη παρέμβαση στη σπονδυλική στήλη, να κατευθυνθεί η κατάλληλη θεραπεία και να περιοριστεί η θνησιμότητα και νοσηρότητα του ασθενούς. Η παρουσία σημείων ή

συμπτωμάτων-κόκκινης σημαίας και τα ευρήματα από το διαγνωστικό έλεγχο, αναμένεται ότι θα ταυτοποιήσουν τους ασθενείς με άλλες διαταραχές, που μπορεί να μιμούνται μια ριζοπάθεια και να χρειάζονται εναλλακτική αντιμετώπιση. Στα «σημεία κόκκινης σημαίας», περιλαμβάνονται παθολογικές οντότητες, όπως ακράτεια ούρων ή κοπράνων, ανοσοκαταστολή, εμπύρετα, προηγηθείσα βακτηριακή λοίμωξη, πρόσφατη χειρουργική επέμβαση, ιστορικό καρκίνου, ανεξήγητη απώλεια σωματικού βάρους, άλγος κατά την ύπτια θέση, άλγος κατά τον ύπνο, ηλικία άνω των 50 ετών, τραύμα σπονδυλικής στήλης, οστεοπόρωση, προϊούσα ή σοβαρή μυϊκή αδυναμία άκρου. Οι ασθενείς με ταυτοποιημένη οσφυο-ιερή ριζοπάθεια, χρειάζεται να διασπρωματωθούν σε αυτούς τους οποίους μπορούν να εφαρμοστούν συντηρητικά μέτρα θεραπείας και σε αυτούς στους οποίους πρέπει να λογαριαστεί και η χειρουργική επέμβαση. Από τους ασθενείς με δομικού τύπου ριζοπάθεια, αυτοί με δυσλειτουργία του εντέρου ή της κύστης, θα πρέπει να παραπέμπονται επειγόντως για χειρουργική αξιολόγηση. Κατά παρόμοιο τρόπο, αυτοί με προϊούσα ή σοβαρή μυϊκή αδυναμία, ιδίως εάν περιορίζει τη λειτουργικότητα, καθώς και αυτοί με σπονδυλική αστάθεια, θα πρέπει να παραπέμπονται πρώιμα για χειρουργική αξιολόγηση. Ο απεικονιστικός έλεγχος ως ρουτίνα δεν είναι αναγκαίος, για τη συντριπτική πλειονότητα των ασθενών και δεν βελτιώνει την έκβαση τους. Μέσω του προσεκτικού ιστορικού, της αντικειμενικής εξέτασης και των ηλεκτροδιαγνωστικών εξετάσεων, ο ειδικός μπορεί να επιβεβαιώσει τη διάγνωση, να αποκλείσει μιμητές που μεταβάλουν την αντιμετώπιση και να διαχωρίσει τους ασθενείς, ώστε να υποβληθούν στην κατάλληλη συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία. Οι εξελιγμένες τεχνικές απεικόνισης (MRI, υπολογιστική τομογραφία CT), θα πρέπει να πραγματοποιούνται πρώιμα σε ασθενείς με κόκκινες σημαίες ή μετά από 4 έως 6 εβδομάδες συμπτωματικής αντιμετώπισης στους άλλους ασθενείς.

**Λέξεις κλειδιά:** οσφυϊκός πόνος, οσφυαλγία, δισκοκήλη, οσφυο-ιερή ριζοπάθεια.

## ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Βασιλική Α. Γκουρμπαλή

Επιμελήτρια Β΄, Νευρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945500823

E-mail: [vanessagourbali@yahoo.gr](mailto:vanessagourbali@yahoo.gr)

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κεφαλαλγία αποτελεί μία από τις πιο συνήθεις παθήσεις του νευρικού συστήματος. Σημαντικός είναι ο διαχωρισμός της κεφαλαλγίας σε πρωτοπαθή (τάσης, ημικρανία, αρθροιστική) ή δευτεροπαθή (π.χ. προκαλούμενη από λοίμωξη ή αγγειακή νόσο). Η **οξεία κεφαλαλγία** αφορά το 8% των περιστατικών που φτάνουν στο τμήμα των επειγόντων και το 3% των εισαγωγών στη γενική εφημερία. Το λεπτομερές **ιστορικό** και η **κλινική εξέταση**, αποτελούν τον πιο αξιόπιστο τρόπο προσέγγισης του ασθενούς με οξεία κεφαλαλγία, ώστε να καθοριστεί εάν ο ασθενής εμπίπτει στην κατηγορία υψηλού κινδύνου για υποκείμενη νόσο και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Στο τμήμα των επειγόντων, ο ιατρός θα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος στην αναγνώριση σημείων και συμπτωμάτων (**red flags**), ενδεικτικών υποκείμενης νόσου. Στη λήψη του ιστορικού θα πρέπει να διευκρινίζεται: Η ηλικία (υψηλού κινδύνου >50ετών), ο τρόπος έναρξης της κεφαλαλγίας, εάν είναι η πρώτη φορά που ο ασθενής βιώνει τέτοια κεφαλαλγία, εάν συνυπάρχει κάποια λοίμωξη, εάν παρατηρήθηκαν από τους οικείους, αλλαγή συμπεριφοράς, επιπέδου συνείδησης ή επιληπτικές κρίσεις, εάν υπάρχει αιτία υποκείμενης ανοσοκαταστολής, επιδείνωση της κεφαλαλγίας με την άσκηση, ύπαρξη οπτικών διαταραχών, εντόπιση του πόνου, το οικογενειακό ιστορικό (π.χ. συγγενείς με ιστορικό ρήξης ανευρύσματος), λήψη φαρμάκων (αντιπηκτικά, κορτικοστεροειδή, παυσίπονα), χρήση ναρκωτικών (αυξάνει τον κίνδυνο ενδοκράνιας αιμορραγίας ή ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου), έκθεση σε τοξικούς παράγοντες, επιπλέον ιστορικό κάκωσης, κακοήθειας, νόσου του συνδετικού ιστού, και παθήσεων που επηρεάζουν την πήκτικότητα του αίματος. Κατά την κλινική εκτίμηση θα πρέπει να αναζητούνται νευρολογικά παθολογικά σημεία,

έκπτωση του επιπέδου συνείδησης, μηνιγγισμός, απόκλιση των ζωτικών παραμέτρων από τις φυσιολογικές τιμές (υπερπυρεξία, ΑΠ: διαστολική > 120mmHg ή συστολική > 180mmHg), βαρεία κλινική εικόνα του ασθενούς, ευρήματα από τους οφθαλμούς (π.χ. οίδημα οπτικής θηλής, έκπτωση οπτικής οξύτητας ή ολική απώλεια όρασης), επιπρόσθετα ευρήματα όπως ναυτία και έμετοι, φύσημα καρωτίδος, οδοντικά αποστήματα, και αυξημένες ρινικές εκκρίσεις. Η **διαγνωστική προσέγγιση** του ασθενούς με οξεία κεφαλαλγία, πρέπει να περιλαμβάνει έλεγχο με αξονική εγκεφάλου ή/και έλεγχο καρωτίδων ή/και οσφυονωτιαία παρακέντηση ή/και βυθοσκόπηση (οι εξετάσεις επιλέγονται ανάλογα με τα συμπτώματα που περιγράφει και τα σημεία που ανευρίσκονται από την κλινική εξέταση). Ο νευρολόγος στο τμήμα επειγόντων θα κλιθεί να εξετάσει πολλούς ασθενείς που επικαλούνται οξεία κεφαλαλγία. Από αυτούς τους ασθενείς περίπου το ένα τρίτο θα έχει μία σοβαρή υποκείμενη πάθηση. Η λεπτομερής λήψη του ιστορικού και η ολοκληρωμένη κλινική εξέταση, είναι τα κύρια μέσα που θα επιτρέψουν την αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου και θα δρομολογήσουν την περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπισή τους.

**Λέξεις κλειδιά:** οξεία, κεφαλαλγία, τμήμα επειγόντων.