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

ΠΡΑΚΤΙΚΑ Ι
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ
25ου ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ Σ.Ι.Ε.
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» (17-21/02/2020)

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

25ο *Ετήσιο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»*

Κατεβάστε δωρεάν την εφαρμογή του Σεμιναρίου μας, ώστε να ενημερώνεστε εγκαίρως για τις εξελίξεις...

Μια ευγενική χορηγία της

Roche

Κατεβάστε την εφαρμογή 25ο Ετήσιο Σεμινάριο Σ.Ι.Ε από:

ΑΠΟΚΤΗΣΤΕ ΤΟ ΣΤΟ Google Play

Λήψη στο App Store

25ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

17 - 21 Φεβρουαρίου 2020

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Πρόεδρος:	Μ. Παγώνη
Αντιπρόεδρος:	Κ. Αθανασιάδη
Γενικός Γραμματέας:	Σ. Ζακυνθινός
Ταμίας:	Ι. Τσώνης
Μέλη:	Θ. Αθανασιάδης
	Χ. Βαδάλα
	Ε. Μπελεσιώτου
	Γ. Στυλιανίδης
	Α. Παντελής

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:	Δ. Καρακάσης
Αντιπρόεδρος:	Κ. Αθανασιάδη
Αντιπρόεδρος:	Ε. Ισχάκη
Ταμίας:	Ι. Τσώνης
Μέλη:	Θ. Αθανασιάδης
	Ν. Αλεβιζόπουλος
	Μ. Βλάχου
	Π. Δεδεηλίας
	Σ. Ζακυνθινός
	Θ. Κρατημένος
	Ε. Μπελεσιώτου
	Β. Σεβαστιανός

ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Πρόεδρος: Ι. Κάκκας
Αντιπρόεδρος: Θ. Αποστόλου
Αντιπρόεδρος: Χ. Ζήσης

Μέλη:

Χ. Βαδάλα
Φ. Βεϊνή
Π. Γουνόπουλος
Α. Καζιάνη
Χ. Καρβουνιάρη
Β. Κίτσιου
Κ. Κότσιφας
Π. Κουτσογιάννη
Ι. Κουτσουβέλης
Μ. Μελά
Κ. Μπουχάγιερ
Η.-Ν. Παπαδοπούλου
Ε. Περιβολιώτη
Ε. Τζιότζιου
Μ. Χρόνη

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αγαπητοί φίλοι και συνάδελφοι,

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

Ευχαριστώ θερμά την Εκδοτική Γραμματεία και ιδιαίτερα τον Πρόεδρο κ. Ι. Κάκκα και τους Αντιπροέδρους της, κ.κ. Θ. Αποστόλου και Χ. Ζήση για τις προσπάθειες που κατέβαλαν για την ορθή έκδοση των πρακτικών.

Ευχαριστώ όλους τους συγγραφείς που υπέβαλαν περίληψη της εισήγησής τους. Εύχομαι τα πρακτικά του Σεμιναρίου να είναι χρήσιμα για την ενημέρωσή σας πάνω σε θέματα ευρέος ιατρικού ενδιαφέροντος, δεδομένου ότι το Πρόγραμμα είναι πράγματι πολυθεματικό, υψηλού επιστημονικού επιπέδου και απολύτως ανταποκρινόμενο στις ανάγκες της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Ευχαριστώ θερμά την Επιστημονική Επιτροπή και ιδιαίτερα τον Πρόεδρο κ. Σ. Καπίρη και τους Αντιπροέδρους της, κ.κ. Β. Μαργέλλο και Α. Τσιρογιάννη για τη συμβολή τους στην κατάρτιση ενός πολυθεματικού προγράμματος, με τη συμμετοχή όλων των Τμημάτων του Νοσοκομείου μας.

Ευχαριστώ θερμά την Οργανωτική Επιτροπή του 25^{ου} Ετήσιου Σεμιναρίου και ιδιαίτερα τον Πρόεδρο, κ. Δ. Καρακάση και τους Αντιπροέδρους της, κ.κ. Κ. Αθανασιάδη και Ε. Ισχάκη, που με συλλογική εργασία πέτυχαν την άρτια οργάνωση του Σεμιναρίου και εξασφάλισαν τη συμμετοχή πολλών χορηγών εταιρειών.

Ευχαριστούμε θερμά τις Χορηγούς Εταιρείες για την πολύτιμη βοήθειά τους, με ποικοίλους τρόπους, στην πραγματοποίηση του 25^{ου} Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»: *NOVARTIS, ROCHE, ASTELLAS, WINMEDICA, GILEAD, MEDIWAY, PFIZER ONCOLOGY, SANDOZ, BRISTOL-MYERS SQUIBB, ABBVIE, ABBOTT, AMGEN, CARDIO INNOVATION, GENESIS PHARMA, JANSSEN ONCOLOGY, PFIZER HOSPITAL, BOEHRINGER INGELHEIM, LILLY ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ, SERVIER, BAXTER, DEMO, EMERGY, AENORASIS, RONTIS, SPECIFAR.*

Ευχαριστίες ανήκουν στο Νοσηλευτικό Προσωπικό και τον Προϊστάμενο Διεύθυνσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, κ. Δ. Πιστόλα, που και φέτος συμμετέχει με επιτυχία στο Επιστημονικό μας Πρόγραμμα.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη Διοίκηση του Νοσοκομείου μας για την καλή συνεργασία στη διοργάνωση του Σεμιναρίου μας.

Ευχαριστώ θερμά όλους τους φίλους-συνεργάτες του Διοικητικού Συμβουλίου της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. για την επιτυχή κατάληξη αυτής της προσπάθειας.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τη Διοικητική Γραμματέα της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. κα Α. Παπαμαλή, που όπως κάθε χρόνο έτσι και φέτος είναι βασικός συντελεστής της επιτυχημένης ολοκλήρωσης αυτής της προσπάθειάς, όπως επίσης και την κα Ξ. Τρυφέρη για τη σημαντική συμβολή της.

Ευχαριστώ πολύ τη Γραμματεία του Σεμιναρίου, VitaCongress-Β. ΒΟΥΡΑΖΕΡΗΣ & ΣΙΑ ΟΕ που βοηθάει, ώστε όλες οι διαδικασίες να κυλάνε ομαλά.

Με την ευχή και την ελπίδα 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

Μαρία Παγώνη
Πρόεδρος
του Διοικητικού Συμβουλίου
της Ένωσης Επιστημονικού Προσωπικού
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Ολιστική προσέγγιση του νοσηλευόμενου ασθενή με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ)

Εννοιολογική προσέγγιση του ΣΔ
Ε. Παπαδοπούλου 14

Βασικός θεραπευτικός αλγόριθμος
Θ. Στρατηγού 16

Αιτίες απορρύθμισης και γλυκαιμική ρύθμιση
Σ. Κουτάκου 18

Η συμβολή του νοσηλευτή στην εκπαίδευση των ασθενών με ΣΔ
Γ. Τουρούκη 20

ΣΔ και ψυχική υγεία: Μια αμφίδρομη και χρόνια σχέση
Α. Αναγνωστοπούλου 22

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Η διαδρομή από την παραγγελία εργαστηριακών εξετάσεων μέχρι την προσέγγιση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από τον κλινικό γιατρό

Ο ρόλος της ορθής επιλογής και παραγγελίας εργαστηριακών εξετάσεων στη διάγνωση
Χ. Τότσικας 24

Λογική χρήση ή κατάχρηση στην παραγγελία εργαστηριακών εξετάσεων
Α. Προκοπίου-Αλευρά 26

Ορθολογική αναζήτηση και αξιολόγηση ανοσολογικών παραμέτρων
Α. Τσιρογιάννη 28

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Σπονδυλοδισκίτιδα: Από τη διάγνωση στη θεραπεία

Ο ρόλος του Παθολόγου: Κλινική υποψία - Διάγνωση - Θεραπεία
Α. Καζιάνη 30

Απεικονιστική διαγνωστική προσέγγιση με CT και MRI
Α. Παυλοπούλου 32

Ο ρόλος του Νευροχειρουργού: Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης
Χορηγούμενη ομιλία
Π. Σταυρινού 34

Ο ρόλος του Ορθοπαιδικού: Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης – Αποκατάσταση
Δ. Κουρτζής, Μ. Τζουρμπάκης 35

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Νεότερες ανοσοθεραπείες στην αντιμετώπιση των αιματολογικών κακοηθειών: Καινοφανείς τοξικότητες - Αντιμετώπιση

Οι βιολογικές αρχές
Σ. Γιγάντες 37

CAR-T cells: Εγκεκριμένες θεραπευτικές ενδείξεις και αποτελέσματα κλινικών μελετών
Ι. Μπαλταδάκης 39

Μηχανισμοί τοξικότητας
Ι. Τσώνης 41

Αντιμετώπιση της τοξικότητας
Σ. Κόκκορης 43

ΔΙΑΛΕΞΗ
Ιατρική του Μέλλοντος και τεχνητή νοημοσύνη: Σύμμαχοι ή εχθροί
Α. Παντελής 45

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ
Σύνδρομο μετά τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας: Ξεδιπλώνοντας το πρόβλημα και προτείνοντας λύσεις
Λειτουργικές, ψυχολογικές και γνωσιακές διαταραχές μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ (PICS)
Γ. Σιδηράς 47
Αποκατάσταση του βαρέως πάσχοντα ασθενή μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ
Ε. Πατσάκη 49
Το σύνδρομο μετά τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στην οικογένεια
Π. Μαγγούλια 51

ΔΙΑΛΕΞΗ
Τεχνικές ενδοστεφανιαίας απεικόνισης για την καθοδήγηση διαδερμικών στεφανιαίων παρεμβάσεων
Κ. Τριανταφύλλου 53

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ
Καρδιονεφρικό σύνδρομο
Από την πλευρά του Νεφρολόγου
Γ. Τσούκα 55
Από την πλευρά του Καρδιολόγου
Ι. Λακουμέντας, Α. Σιδέρης 57

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο - Νεότερα δεδομένα
Υπάρχει κάτι νέο στην ενδοφλέβια θρομβόλυση;
Β. Γκουρμπαλή 59
Υπάρχει κάτι νέο στην αντιπηκτική αγωγή και σύγκλειση ωοειδούς τρήματος;
Ι. Χαβελές, Κ. Κάππος 61
Υπάρχει κάτι νέο στην υπολιπιδαιμική αγωγή;
Ε. Μαυροκεφάλου 63

ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Διερεύνηση σπληνομεγαλίας - Παρουσίαση περιστατικών
Ασθενής με αυτόματη ρήξη σπληνός
Π. Θεοδωρόπουλος 65
Ασθενής με μαζική σπληνομεγαλία, παγκυτταροπενία και υπογαμμασφαιριναιμία
Χ. Νίχλος 67
Ασθενής με αναιμία, θρομβοπενία, σπληνομεγαλία και ίνωση στο μυελό
Ζ. Αραπίδου 69

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ
Διαχείριση επαπειλούμενου-δύσκολου αεραγωγού
Από την πλευρά του Αναισθησιολόγου
Α. Σταθόπουλος 71
Από την πλευρά του ΩΡΛ
Α. Τουργέλη 73

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Γιατί Ρομποτική;
Στην Ουρολογία (Χορηγούμενη ομιλία)
Α. Γρηγοράκης 75

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Η λαπαροσκοπική χειρουργική στην αντιμετώπιση των νεοπλασμάτων του πεπτικού και των συμπαγών οργάνων
Ανώτερου πεπτικού
Ι. Αλεβιζάκης 77
Κατώτερου πεπτικού
Α. Κολινιώτη 78
Συμπαγών οργάνων και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου
Π. Αλεξάκου 80

ΔΙΑΛΕΞΗ
Ενδυμασία Επαγγελματιών Υγείας στο Νοσοκομείο: Σύγχρονες τάσεις
Σ. Τσιτιρίδης 82

ΔΙΑΛΕΞΗ
Πρόληψη και αποτελεσματική διαχείριση έμφυλης βίας στον χώρο του νοσοκομείου: Ανάγκη για εναρμόνιση με τις ευρωπαϊκές συστάσεις
Α. Αλιμπέρτη 84

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ
Αποτελεσματική διαχείριση του νοσηλευτικού χρόνου (time management)
Είναι δυσχερής στην ελληνική πραγματικότητα
Φ. Καρυστινάκη 86
Είναι ρεαλιστική
Β. Ντόγκα 88

ΔΙΑΛΕΞΗ
Διαχείριση προβλημάτων υγείας νοσηλευτικού προσωπικού: Προτάσεις από τη διεθνή βιβλιογραφία
Δ. Τσιμπούκη 90

ΔΙΑΛΕΞΗ
Άγχος θανάτου και εσωτερική συγκρότηση Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας
Χ. Βουγιουκλάκη, Κ. Μεράκου, Δ. Μωυσίδου, Α. Μπαρμπούνη 92

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Βασικές αρχές ανοσολογίας
Δομή και λειτουργία του ανοσιακού συστήματος
Α. Ταράση 94
Μη ειδική ανοσιακή απάντηση
Α. Ψαρρά 96
Ειδική ανοσιακή απάντηση
Β. Κίτσιου 98

ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Διαχείριση αιμοθεραπείας στον παθολογικό και στον χειρουργικό ασθενή - Παρουσίαση περιστατικών

Ασθενής με ιστορικό αναιμίας από τετραμήνου και αντίδρασης υπερευαισθησίας μετά από μετάγγιση
Ε. Βεργενάκη, Κ. Τουρτίδου, Χ. Καλκανά,
Π. Χρονοπούλου, Α. Μεγάλου, Σ. Γκολφινοπούλου 100

Εφαρμογή πρωτοκόλλου μαζικής μετάγγισης σε πολυτραυματία
Δ. Μπαρτζιώτας, Π. Θεοδωρόπουλος, Γ. Στυλιανίδης 103

Ασθενής με αιμορραγία κατώτερου πεπτικού
Β. Ζιώζια 105

ΔΙΑΛΕΞΗ

Η προσέγγιση του ασθενούς με Λευχαιμία στην εποχή του NGS
Μ. Γαροφαλάκη 107

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την πνευμονική εμβολή
Σ. Μπούλια 109

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Δύσκολα αντιμετωπίσιμες λοιμώξεις του αναπνευστικού

Απόστημα των πνευμόνων που χρήζει επεμβατικής παρέμβασης
Χ. Ζήσης 111

Πνευμονική Φυματίωση από άτυπα Μυκοβακτηρίδια
Κ. Κότσιφας 113

Πνευμονία-Πνευμονίτιδα ή πρόοδος νόσου κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας στον καρκίνο του Πνεύμονα
Β. Λαζάρου 115

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Εξελίξεις και προοπτικές στις μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργάνων

Η σημερινή πραγματικότητα στον τομέα των μεταμοσχεύσεων και της δωρεάς οργάνων
Δ. Πιστόλας 117

Η διαχείριση και προετοιμασία ενός πιθανού δότη οργάνων
Π. Δημοπούλου 119

Προσέγγιση των συγγενών του δότη: «Η ιστορία μιας δωρεάς οργάνων»
Α. Σωτηρίου 121

Ο ρόλος του κλινικού συντονιστή μεταμοσχεύσεων στο Νοσοκομείο
Α. Μπαλάσκα 123

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Επίδραση των οθονών

Στην Όραση - Μπουμ Μυωπίας
Α. Μπισούκης, Χ. Λιναρδή 125

Στο Μυοσκελετικό Σύστημα
Γ. Αντωνίου 127

Στον ψυχισμό παιδιών, εφήβων και ενηλίκων
Κ. Προκοπάκη 129

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ

Πνευμονικές μεταστάσεις: Χειρουργούνται;

Ναι

Χ. Ζήσης 131

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Καρδιοχειρουργική στην αυγή της νέας δεκαετίας 2020

Τι φέρνουν οι μελέτες Noble και Excel στην αορτοστεφανιαία παράκαμψη;

Ν. Σχίζας, Κ. Παπακωνσταντίνου, Η. Σαμιώτης,
Β. Πάτρης, Μ. Αργυρίου, Π. Δεδεηλίας 133

Καρκίνος νεφρού με επέκταση στις καρδιακές κοιλότητες: Ποια είναι τα όρια της καρδιοχειρουργικής παρέμβασης;

Φ.-Π. Ρόρρης 135

Αγγειακές επιπλοκές σχετιζόμενες με τη διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδος Χορηγούμενη ομιλία

Β. Πάτρης 137

Ενδοαυλική αντιμετώπιση της ανιούσης αορτής Χορηγούμενη ομιλία

Η. Σαμιώτης, Π. Δεδεηλίας, Ν. Παπακωνσταντίνου,
Φ. Ρόρρης, Ν. Σχίζας, Μ. Αργυρίου, Χ. Χαρίτος 139

Υβριδική αντιμετώπιση των παθήσεων της αορτής: Είναι παρόν ή/και μέλλον;

Ν. Παπακωνσταντίνου 140

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Προκλήσεις για ειδικευόμενους και νέους ειδικούς

Βιογραφικό σημείωμα των επαγγελματικών αποτυχιών

Α. Παντελής 142

Μη-τεχνικά χαρακτηριστικά για Χειρουργούς

Γ. Λακιώτης 144

Αναγνώριση και καταγραφή του ιατρικού λάθους από τον ειδικευόμενο

Μ.-Χ. Παπαδοπούλου 146

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Μαζική εγκαυματική καταστροφή: Μετά από την εμπειρία μας στο Μάτι

Η διαλογή

Α. Ζώτου 148

Η ανάνηψη

Α. Κυριακόπουλος 150

Η ανατομική θέση του εγκαυματικού ασθενούς

Π. Γιαννόπουλος 152

Νέα υλικά στη νοσηλεία και τη χειρουργική αντιμετώπιση του εγκαύματος

Μ. Κοτρώτσιου 154

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Παχυσαρκία μία σύγχρονη επιδημία. Ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας στο τριτοβάθμιο νοσοκομείο

Αίτια - Διαγνωστική προσέγγιση

Μ. Τζανέλα 155

Μη χειρουργικές παρεμβάσεις - Διατροφική παρέμβαση

Ζ. Μπουλούμπαση 157

Μη χειρουργικές παρεμβάσεις - Φαρμακευτική παρέμβαση

Θ. Στρατηγού 159

ΔΙΑΛΕΞΗ
Ζώντας με θαλασσαιμία
Α. Δερίλα 161

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ
Νοσογόνος παχυσαρκία: Μια νόσος της σύγχρονης εποχής
Εννοιολογικός προσδιορισμός, αιτίες και συνέπειες της νόσου
Μ. Μελισσινάκη 163
Η σημασία της διεπιστημονικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση της νόσου
Π. Καρρή 165
Η Χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας: Νοσηλευτική προσέγγιση
Π. Τσικούρη, Ε. Σκένδρου 167

ΔΙΑΛΕΞΗ
Συμμόρφωση των ασθενών με χρόνια νόσο στη φαρμακευτική θεραπεία: Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευσή τους
Α. Γεωργιάδου 169

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ
Κληρονομούμενα σύνδρομα: Ο αναδυόμενος ρόλος του Παθολογοανατόμου στην αποκάλυψη και διερεύνησή τους
Κληρονομούμενα νεοπλάσματα ΓΕΣ: Από τη μορφολογία στη μοριακή διερεύνηση
Α. Συκαράς 171
Κληρονομούμενα νεοπλάσματα νεφρού: Ανοσομορφολογική διερεύνηση
Σ. Παντελάκος 173

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ
Μυοσκελετικά προβλήματα χειρουργών και λοιπού υγειονομικού προσωπικού: Πρόληψη, ασφάλεια και εργονομικές παρεμβάσεις
Μυοσκελετικά προβλήματα χειρουργών-υγειονομικού προσωπικού (Surgeons' back hurts)
Ε. Παπαδόπουλος 175
Ακόμη και η «σωστή» τεχνική μπορεί να εκθέτει το υγειονομικό προσωπικό σε επικίνδυνες δυνάμεις: Εργονομική πρόληψη και διαχείριση μυοσκελετικών καταστάσεων
Β. Σακελλάρη 177

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ
Απεικονιστική διερεύνηση και διαχείριση ασθενών με μονήρη πνευμονικό όζο/οζίδιο καθώς και πολλαπλούς όζους/οζίδια
Ως τυχαίο εύρημα: Ασυμπτωματικοί εξεταζόμενοι ασθενείς - Γενικός πληθυσμός
Μ. Σκυλακάκη 179
Στο πλαίσιο προληπτικού ελέγχου: Ασυμπτωματικοί εξεταζόμενοι ασθενείς - Ομάδες υψηλού κινδύνου
Φ. Δημητρούλη 181
Επεμβατικές τεχνικές στη διάγνωση και αντιμετώπιση του πνευμονικού όζου
Χ. Ζήσης 183

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Αδενώματα υπόφυσης

Απεικονιστική προσέγγιση

Ε. Λαζαρίδου 185

Ενδοκρινολογική αξιολόγηση και θεραπεία

Μ. Τζανέλα 187

Νευροχειρουργική αντιμετώπιση

Σ. Κορφιάς 189

Παθολογοανατομική επιβεβαίωση

Γ. Κυριακόπουλος 191

ΔΙΑΛΕΞΗ

Ενδοσκοπική θεραπεία οισοφαγικών παθήσεων

Α. Μανωλάκης 193

ΔΙΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

Επίκαιρα Ηπατολογικά Θέματα

Κλινική σημασία - Διάγνωση και Θεραπεία της μη-αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος

Β. Σεβαστιανός 195

Η δίαιτα στις ηπατοπάθειες

Ε. Γελαδάρη 197

Φαρμακευτικές Ηπατοπάθειες

Σ. Ντουράκης 199

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

Εικοσιτετράωρη καταγραφή ορμονών, μία καινοτόμος μέθοδος διερεύνησης των νοσημάτων των επινεφριδίων

Σ. Τσαγκαράκης 201

ΑΠΟΝΟΜΗ ΒΡΑΒΕΙΩΝ Ε.Ε.Π.Ν.Ε. 2018-2019

ΒΡΑΒΕΙΟ «Δ. ΙΚΚΟΣ»

Καλύτερης Παρουσίασης Κλινικής Περίπτωσης

Ασθενής με γνωστή χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία και αιφνίδια εγκατάσταση νευρολογικής συνδρομής

Δ. Γαρδέλη 204

ΒΡΑΒΕΙΟ «Δ. ΙΚΚΟΣ»

Καλύτερης Παρουσίασης Κλινικής Περίπτωσης

Γυναίκα 62 ετών με εμπύρετο, πτώση επιπέδου συνείδησης και μυξοιδηματικό λειχήνα

Η. Σιέμπος 206

ΒΡΑΒΕΙΟ «Κ. ΓΑΡΔΙΚΑΣ»

Καλύτερης Διαφορικής Διάγνωσης Κλινικής Περίπτωσης

Ασθενής με γνωστή χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία και αιφνίδια εγκατάσταση νευρολογικής συνδρομής

Μ. Παπαντωνίου 208

ΒΡΑΒΕΙΟ «Α. ΜΠΙΛΛΗΣ»
Καλύτερος Σχολιασμός Κλινικής Περίπτωσης
Άνδρας 63 ετών με ανθεκτική υπέρταση και μόρφωμα δεξιού επινεφριδίου
Δ.-Α. Βασιλειάδη 210

ΒΡΑΒΕΙΟ «Α. ΜΠΙΛΛΗΣ»
Καλύτερος Σχολιασμός Κλινικής Περίπτωσης
Ασθενής με γνωστή χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία και αιφνίδια εγκατάσταση νευρολογικής συνδρομής
Χ. Γιατρά 212

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ευδοξία Παπαδοπούλου

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Α΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6937716261

E-mail: evdoxiapap09@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) δεν είναι μια απλή νόσος, αλλά αποτελεί ένα σύνολο εκδηλώσεων που σχετίζονται με διαταραχές στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών, των λιπιδίων και των υδατανθράκων. Χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία και οφείλεται στην ελαττωματική έκκριση, ή δράση της ινσουλίνης ή και στα δύο. Η ινσουλίνη είναι μία ορμόνη που παράγεται από τα β-κύτταρα των νησιδίων του Lagerhans στο πάγκρεας και βοηθάει κάποια κύτταρα του οργανισμού να προσλάβουν γλυκόζη, η οποία αποτελεί βασική πηγή ενέργειας. Η ινσουλίνη μαζί με την γλυκαγόνη (ορμόνη που παράγεται από τα α-κύτταρα των νησιδίων του Lagerhans στο πάγκρεας) είναι κατά βάση υπεύθυνες για την διατήρηση της στάθμης της γλυκόζης στο αίμα. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ΣΔ, εκ των οποίων οι πιο συνηθισμένοι είναι ο τύπος Ι και ο τύπος ΙΙ. Στον τύπο Ι που σχετίζεται με γενετική προδιάθεση, υπάρχει σχετική ή απόλυτη έλλειψη ινσουλίνης, εμφανίζεται συνήθως στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία και οφείλεται σε ανοσολογική καταστροφή των β-κυττάρων. Εκδηλώνεται με πολυφαγία, πολυδιψία, πολυουρία και σε προχωρημένες περιπτώσεις με διαβητική κετοξέωση. Στον τύπου ΙΙ που εμφανίζεται συνήθως σε μεσήλικες, υπάρχει αντίσταση των κυττάρων στην ινσουλίνη και βασικοί παράγοντες εμφάνισης του θεωρούνται η παχυσαρκία και η κληρονομικότητα. Γίνεται αντιληπτό κυρίως όταν το άτομο αναζητήσει ιατρό για άλλη αιτία. Η διάγνωση γίνεται σύμφωνα με τα κριτήρια της Αμερικάνικης Διαβητολογικής εταιρείας (ADA), τιμή γλυκόζης πλάσματος νηστείας>126 mg/dl, «τυχαία» τιμή γλυκόζης πλάσματος>200 mg/dl, γλυκοζιωμένη αιμοσφαιρίνη=>6,5%. Οι επιπλοκές του ΣΔ διαβήτη μπορεί να είναι οξείες (διαβητική κετοξέωση, υπεροσμωτικό υπεργλυκαιμικό κώμα, υπογλυκαιμία) και να απειλείται άμεσα η ζωή του ατόμου ή χρονίες, μακροαγγειακές (καρδιαγγειακή νόσος, ΑΕΕ) και μικροαγγειακές

(διαβητική αμφιβληστροπάθεια, διαβητική νεφροπάθεια, διαβητική νευροπάθεια κ.α.) Η θεραπεία για τον τύπου Ι είναι χορήγηση εξωγενούς ινσουλίνης εφόρου ζωής, σε ενέσιμη μορφή. Η ινσουλίνη μπορεί να είναι υπερταχείας, ταχείας, ενδιάμεσης ή βραδείας δράσης, σε μορφή στυλεού, ένεσης και αντλίας. Η θεραπεία για τον τύπου ΙΙ σε μεγάλο βαθμό βασίζεται στην αλλαγή της δίαιτας και την συστηματική άσκηση, την χορήγηση υπογλυκαιμικών δισκίων (σουλφονυλουρίες, διγουανίδια, αναστολείς DPP κ.α.) και την χορήγηση ινσουλίνης σε ειδικές περιπτώσεις. Ο ΣΔ δεν είναι νόσος που με θεραπεία θα ξεπεραστεί, είναι τρόπος ζωής. Όσο πιο γρήγορα καταφέρει ο ασθενής να προσαρμοστεί σε αυτόν, τόσο καλύτερη ποιότητα ζωής θα έχει με τις λιγότερες επιπλοκές.

Λέξεις κλειδιά: Σακχαρώδης διαβήτης, ινσουλίνη, υπεργλυκαιμία, υπογλυκαιμία, τρόπος ζωής.

ΒΑΣΙΚΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ

Θεοδώρα Στρατηγού

Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Β΄ Ε.Σ.Υ, Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο,

Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο - Πολυκλινική»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041258

E-mail: theodorastratigou@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς με ΣΔ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα παρατεταμένης νοσηλείας συγκριτικά με μη-διαβητικούς ασθενείς. Η υπεργλυκαιμία, αλλά και η υπογλυκαιμία στη διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η θεραπεία σε νοσηλευόμενους διαβητικούς ασθενείς στοχεύει στη μείωση της θνησιμότητας, των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, την αποφυγή βαριάς υπεργλυκαιμίας και ΔΚΟ, την μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών, τη φυσική επούλωση τραυμάτων, ελκών, κατακλίσεων, καθώς και την αποφυγή επεισοδίων υπογλυκαιμίας. Για την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής λαμβάνουμε υπόψη τον τύπο του διαβήτη, την κατάσταση του ασθενούς, την προηγούμενη γλυκαιμική ρύθμιση, εάν σιτίζεται ή όχι, καθώς και το αίτιο νοσηλείας του. Θεραπεία εκλογής αποτελεί η ινσουλίνη. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις είναι δυνατόν να συνεχιστεί η από του στόματος αντιδιαβητική αγωγή που ελάμβανε ο ασθενής πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Η οδός χορήγησης της ινσουλίνης για τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε τμήματα είναι η υποδόρια, ενώ για τους νοσηλευόμενους σε ΜΕΘ είναι η ενδοφλέβια. Σε ασθενείς με καλή διατροφή η αντιδιαβητική αγωγή βασίζεται στην υποδόρια χορήγηση βασικής ινσουλίνης, στις γευματικές χορηγήσεις ταχείας ινσουλίνης αναλόγως με τα γεύματα και στις διορθωτικές χορηγήσεις ταχείας ινσουλίνης για επίτευξη του γλυκαιμικού στόχου. Η υποδόρια βασική ινσουλινοθεραπεία με διορθωτικές δόσεις είναι προτιμητέα για τους μη σιτιζόμενους ή μη επαρκώς σιτιζόμενους ασθενείς. Ενδείξεις ενδοφλέβιας χορήγησης ινσουλίνης αποτελούν η διαβητική κετοοξέωση, το υπερωσμωτικό μη κετωτικό κώμα, η σοβαρή υπεργλυκαιμία, οι βαρέως πάσχοντες, η παρεντερική διατροφή, το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, η καρδιογενής καταπληξία, η προεγχειρητική-διεγχειρητική-μετεγχειρητική περίοδος, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, οι υψηλές δόσεις γλυκοκορτικοειδών, ο τοκετός, καθώς και η έναρξη ή η επανέναρξη υποδόριας

ινσουλινοθεραπείας. Δεν συνιστάται η αποκλειστική χορήγηση ταχείας δράσης ινσουλίνης με την χρήση κλίμακας, ούτε η χρήση έτοιμων μειγμάτων γιατί αυξάνει τον κίνδυνο υπογλυκαιμιών.

Λέξεις κλειδιά: Διαβήτης, ινσουλίνη, ενδοφλέβια οδός χορήγησης, υποδόρια οδός χορήγησης.

ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ

Σταυρούλα Κουτάκου

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6970263622

E-mail: koutakou.stavroula@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να εμφανίσουν υπεργλυκαιμία, ακόμα και διαβητική κετοξέωση, όπως επίσης και υπογλυκαιμία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Έρευνες έχουν δείξει ότι στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη η διαμονή στο νοσοκομείο είναι μεγαλύτερη, απ' ότι σε ασθενείς που δεν υποφέρουν από την εν λόγω πάθηση. Εκτιμάται ότι το 2017 περίπου 9600 άνθρωποι χρειάστηκαν θεραπεία διάσωσης έπειτα από σοβαρή υπογλυκαιμική επίθεση και 2200 άτομα υπέφεραν από διαβητική κετοξέωση λόγω υποτακτικής θεραπείας με ινσουλίνη.

Στόχος λοιπόν, για τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, αποτελεί η σωστή γλυκαιμική ρύθμιση, που απαιτεί έλεγχο εμφάνισης υπεργλυκαιμίας και αποφυγή υπογλυκαιμίας.

Οι αιτίες απορρύθμισης των τιμών γλυκόζης στους διαβητικούς ασθενείς στο νοσοκομείο είναι οι εξής:

- Το στρες λόγω της ασθένειάς τους
- Λοιμώξεις/φλεγμονές και μετεγχειρητικές επιπλοκές
- Μειωμένη δραστηριότητα λόγω κατάκλισης
- Λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων (γλυκοκορτικοειδή)
- Διακοπή λήψης αντιδιαβητικών δισκίων
- Διακοπή σίτισης
- Χορήγηση παρεντερικής διατροφής δια της ενδοφλέβιας οδού.

Οι ειδικοί αναφέρουν ότι για μια σωστή γλυκαιμική ρύθμιση σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας οι τιμές γλυκόζης αίματος πρέπει να κυμαίνονται από 140 έως 180 mg/dl. Για ασθενείς που νοσηλεύονται στο τμήμα οι τιμές αυτές θα πρέπει να μην ξεπερνούν τα 140 mg/dl πριν τη σίτιση και σε τυχαίες μετρήσεις εντός της ημέρας να μην ξεπερνούν τα 180 mg/dl. Σε επιλεγμένους, μη βαρέως,

πάσχοντες οι γλυκαιμικοί στόχοι θα πρέπει να κυμαίνονται μεταξύ 110 και 140 mg/dl χωρίς όμως εμφάνιση υπογλυκαιμίας.

Η ινσουλινοθεραπεία, είτε δια της ενδοφλέβιας οδού, είτε υποδορίως, αποτελεί την πλέον αποτελεσματική μέθοδο για τον έλεγχο και τη ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος στους ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσηλευτικές μονάδες. Παρόλα αυτά υπάρχουν σοβαρές ανησυχίες όσων αφορά την ασφαλή χρήση της.

Νεότεροι παράγοντες, όπως οι θεραπείες που βασίζονται στις ινκρετίνες, προμηνύονται ενθαρρυντικές για την θεραπεία νοσηλευομένων ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, αλλά περισσότερη έρευνα απαιτείται προτού αυτές να μπορούν να συστηθούν.

Λέξεις κλειδιά: Υπογλυκαιμία, υπεργλυκαιμία, γλυκαιμική ρύθμιση, απορρύθμιση σακχαρώδους διαβήτη.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Γεωργία Τουρούκη

Νοσηλεύτρια Π.Ε., Πνευμονολογικό Τμήμα Α' Κλινικής Εντατικής Θεραπείας Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977478923

E-mail: gtourouki@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί ένα από τα πλέον συχνότερα χρόνια μεταβολικά νοσήματα το οποίο εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η διεπιστημονική συνεργασία είναι απαραίτητη λόγω της πολυπλοκότητας και της χρονιότητας της νόσου, τόσο σε επίπεδο θεραπείας όσο και σε επίπεδο πρόληψης. Η εκπαίδευση των ασθενών με ΣΔ αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο στην θεραπευτική αντιμετώπιση τους. Ο ρόλος του Ειδικού Νοσηλευτή στο Διαβήτη (ΕΝΔ) είναι πολύτιμος και έχει σαν στόχο όχι μόνο την αύξηση των γνώσεων των ασθενών αλλά κατά κύριο λόγο την τροποποίηση της συμπεριφοράς τους, που θα επιτρέψει τόσο τη διατήρηση της ευγλυκαιμίας, όσο και την πρόληψη των επιπλοκών, τη βελτίωση της αυτοφροντίδας, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και τελικά τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Σκοπός: Της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει το ρόλο και τις αρμοδιότητες του Νοσηλευτή στην εκπαίδευση των ασθενών με ΣΔ, ως μέλος της διεπιστημονικής διαβητολογικής ομάδας. Επιπλέον, να παρουσιάσει τα προσόντα του Νοσηλευτή και την εκπαίδευση την οποία θα πρέπει να διαθέτει προκειμένου να ανταποκριθεί στον δύσκολο και σημαντικό ρόλο του ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας φροντίδας ασθενών με ΣΔ.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της βιβλιογραφίας σε ελληνικά και διεθνή επιστημονικά περιοδικά. Ανακλήθηκαν οι σχετικές ανασκοπικές και ερευνητικές μελέτες από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (medline, pubmed).

Συμπέρασμα: Η ραγδαία αύξηση των ατόμων που πάσχουν από ΣΔ έχει κάνει επιτακτική την ανάγκη εκπαίδευσης των ιδίων αλλά και των οικογενειών τους, προκειμένου να ενισχυθεί η ικανότητα αυτοφροντίδας τους και να προληφθούν οι βραχυπρόθεσμες αλλά και μακροπρόθεσμες επιπλοκές της νόσου. Ο Ειδικός Νοσηλευτής στο Διαβήτη,

αποτελώντας αναπόσπαστο μέλος της διαβητολογικής διεπιστημονικής ομάδας, καλείται να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των ασθενών με ΣΔ αλλά και στη γενικότερη ολιστική τους φροντίδα. Η εκπαίδευση του ατόμου με ΣΔ θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη στην ηλικία, στις ανάγκες και τις επιθυμίες του προκειμένου να επιτευχθεί βελτίωση στην ποιότητα ζωής του.

Λέξεις κλειδιά: Εκπαίδευση και διαβήτης, ειδικός νοσηλευτής στο διαβήτη, ποιότητα ζωής και διαβήτης.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ:

ΜΙΑ ΑΜΦΙΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΣΧΕΣΗ

Αθανασία Αναγνωστοπούλου

Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973373179

E-mail: nancyanag85@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) πέρα από πολλά και ποικίλα σωματικά συμπτώματα, προκαλεί σημαντική επίδραση στην ψυχολογία και στην προσωπικότητα. Συναισθηματικές αντιδράσεις όπως παθητικότητα, αδυναμία αποδοχής της πάθησης και συναισθήματα θυμού, απελπισίας και φόβου, είναι συχνά.

Ως νόσος ο Σ.Δ. έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, διαταραχή γενικευμένου άγχους, διατροφικές διαταραχές και μια ποικιλία νευροψυχολογικών προβλημάτων. Ο διαβητικός έρχεται αντιμέτωπος με μια νέα πραγματικότητα που χαρακτηρίζεται από πολλαπλές ιατρικές εξετάσεις, αλλαγή στον καθημερινό τρόπο ζωής, ανάγκη για εκπαίδευση στον αυτοέλεγχο καθώς και από την κλινική εμφάνιση επώδυνων σοβαρών επιπλοκών. Ταυτόχρονα παρουσιάζονται κοινωνικά και επικοινωνιακά διλήμματα, όπως απόρριψη από το περιβάλλον που τον αντιμετωπίζει με κάποιο είδος περιθωριοποίησης, εργασιακά και ασφαλιστικά προβλήματα, τα οποία σταδιακά θα αρχίσουν να εκφράζονται ως ψυχολογικά.

Μηχανισμοί που συνδέουν τις μεταβολικές αλλαγές από το διαβήτη, με αλλαγές στην εγκεφαλική δομή και λειτουργία, σχετίζονται επίσης με κατάθλιψη, άγχος και αυξομειώσεις της διάθεσης.

Ο Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας παρεμβαίνει ως προς την ανάπτυξη υγιεινών συμπεριφορών, την ανακούφιση της συναισθηματικής δυσφορίας, στο υποσύνολο των ασθενών με εμφανή ψυχοπαθολογία και συμβουλευτικά στην ιατρική ομάδα, σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την ενίσχυση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, είναι η πλέον ενδεδειγμένη προσέγγιση για τα άτομα με Διαβήτη. Ο Ψυχολόγος παρέχει κατάλληλη στήριξη ώστε τα άτομα να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους σε καθημερινή βάση, να έχουν καλύτερη συνεργασία

και συμμόρφωση στη θεραπεία, να μάθουν να διαχειρίζονται τα επίπεδα του άγχους και τις αρνητικές σκέψεις.

Η συνειδητότητα (mindfulness) είναι μία τεχνική που επικεντρώνεται στο πως βιώνει ο ασθενής την πραγματικότητά του και βοηθάει να σπάσει ο κύκλος του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης.

Ο συνδυασμός ιατρικής, νοσηλευτικής, ψυχολογικής και διατροφικής υποστήριξης, έχουν σαν βασικό στόχο την αντιμετώπιση του διαβήτη σφαιρικά, σύμφωνα με τις σύγχρονες εξελίξεις στην ολιστική προσέγγιση του ασθενή με διαβήτη.

Λέξεις κλειδιά: Σακχαρώδης διαβήτης, κατάθλιψη, ψυχοπαθολογία, γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.

Η διαδρομή από την παραγγελία εργαστηριακών εξετάσεων μέχρι την προσέγγιση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από τον κλινικό γιατρό

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΡΘΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Χαρίσης Τότσικας

Παθολόγος, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Εξειδικευόμενος της Μονάδας Λοιμώξεων,

Ε' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6946648732

E-mail: charisistotsikas@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαγνωστική προσέγγιση ενός νοσήματος αρχίζει με το ιατρικό ιστορικό και ολοκληρώνεται με την κλινική εξέταση, τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο. Στόχος είναι η ταχεία διαγνωστική προσέγγιση του νοσήματος και η ορθότερη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτού. Ο ρόλος του εργαστηριακού ελέγχου στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αναντικατάστατος, τόσο στη διάγνωση όσο και στην παρακολούθηση μιας πάθησης. Στην εποχή μας περισσότερες από 40.000 εργαστηριακές εξετάσεις είναι διαθέσιμες στον κλινικό ιατρό. Η ορθή επιλογή και αξιολόγηση αυτών, βελτιώνει σημαντικά το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, μειώνοντας σημαντικά το κόστος.

Η επιλογή μιας εργαστηριακής εξέτασης μπορεί να επηρεάσει όλα τα επίπεδα της διαγνωστικής προσπέλασης ενός νοσήματος. Μερικοί από τους παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην ορθή επιλογή μιας εργαστηριακής εξέτασης για την ανάδειξη ενός νοσήματος είναι: α) το προς διάγνωση νόσημα, β) εάν απαιτείται μόνο μια ή περισσότερες εξετάσεις, γ) το αποτέλεσμα της επιλέξιμης μεθόδου (ποσοτικό ή ποιοτικό). Σε κάθε περίπτωση η ανάδειξη της διαγνωστικής ισχύος μιας εργαστηριακής εξέτασης προϋποθέτει τη γνώση βασικών στατιστικών εννοιών. Έννοιες όπως η ευαισθησία (*sensitivity*) και η ειδικότητα (*specificity*) μιας μεθόδου, δεν μπορούν να προσδιορίσουν την πιθανότητα ύπαρξης νοσήματος σε ένα ασθενή. Η σχετική πιθανότητα του αποτελέσματος της δοκιμασίας να ανταποκρίνεται σε ένα νόσημα, εκφράζεται από το λόγο πιθανοφάνειας (*Likehood Ratio, LR*). Σύμφωνα με τις αρχές του θεωρήματος του Bayes, ο *LR* σε συνδυασμό

με την πιθανότητα ύπαρξης μιας νόσου σε ένα ασθενή πριν τη δοκιμασία (*pre-test probability*), μπορούν να εκφράσουν την πιθανότητα ύπαρξης του συγκεκριμένου νοσήματος στο συγκεκριμένο ασθενή μετά τη δοκιμασία (*post-test probability*). Το νομόγραμμα του Fagan, αποτελεί μια γραφική απλοποίηση του θεωρήματος του Bayes, για τον υπολογισμό του *post-test probability*.

Στο παρόν θα γίνει μια προσπάθεια περιγραφικής προσέγγισης, της ορθής επιλογής και παραγγελίας των εργαστηριακών εξετάσεων όπως αυτή προκύπτει μέσα από στατιστικές έννοιες (*LR, pre-/post-test probability*).

Λέξεις κλειδιά: Εργαστηριακός έλεγχος, Likehood Ratio, pre-/post-test probability.

ΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ‘Η ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ

ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Ανδρούλα Προκοπίου-Αλευρά

Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη

του Βιοχημικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 5690, 6977249062

E-mail: aaprokopiou@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα της συγκεκριμένης παρουσίασης διαφέρει από τις συνήθεις ενδιαφέρουσες αναπτύξεις επιστημονικών θεμάτων. Είναι ωστόσο πολύ σημαντικό να θιγούν κάποια σημεία αναφορικά με την παραγγελία των εργαστηριακών εξετάσεων που αν βελτιωθούν θα είναι προς όφελος των ασθενών, των συναδέλφων κλινικών ιατρών και του εργαστηρίου.

Αναφέρομαι στην πληθωρική συνταγογράφηση τόσο σε επίπεδο αριθμού όσο και σε επίπεδο είδους εξετάσεων από τους θεράποντες ιατρούς. Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα του Βιοχημικού Τμήματος, αποστέλλονται στο εργαστήριο 800-1000 δείγματα ασθενών ημερησίως με μέσο όρο εξετάσεων 25 ανά δείγμα. Τα περισσότερα από αυτά επαναλαμβάνονται καθημερινά και καθ’ όλη τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα για πολλά από αυτά τα δείγματα είναι στα φυσιολογικά όρια. Θεμιτό θα ήταν να μπορούσε να γίνει επιλογή των εξετάσεων που χρήζουν επανέλεγχο κατά την κρίση του κλινικού ιατρού.

Παράδειγμα υπερσυνταγογράφησης, αποτελεί το γεγονός ότι 50% των δειγμάτων που αποστέλλονται, συμπεριλαμβάνουν τον έλεγχο τροπονίνης σύμφωνα πάντα με τα στατιστικά μας δεδομένα. Υπάρχει μια τάση να αντιμετωπίζεται ο προσδιορισμός της τροπονίνης ως εξέταση πρόληψης και όχι διάγνωσης. Έτερο παράδειγμα αποτελεί ο πλήρης θυρεοειδικός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένων των θυρεοειδικών αντισωμάτων, είτε σε καθημερινή βάση είτε σε πολύ σύντομο χρονικό μεσοδιάστημα, όπως και πολλών άλλων εξετάσεων (β12 φυλλικό οξύ, 25 υδροξυ vit D). Παράλληλα, από το τμήμα επειγόντων περιστατικών παραγγέλνονται εξετάσεις που δεν ανήκουν στη λίστα των επειγουσών εξετάσεων, όπως καρκινικοί δείκτες, λιποπρωτεΐνες, βιτ D και πολλές άλλες εξετάσεις.

Με απόλυτη κατανόηση στην πίεση και το στρες των ιατρών συναδέλφων, θα παρατηρήσουμε ότι εάν η συνταγογράφηση γινόταν με ορθολογικό τρόπο θα οδηγούσε στη μείωση των ζητούμενων εξετάσεων. Η μείωση αυτή θα είχε σαν αποτέλεσμα την ελάττωση του μεγάλου *κόστους* λειτουργίας του εργαστηρίου και την *ταχύτερη* διενέργεια των εξετάσεων, προς όφελος του ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά: Ορθολογική χρήση εργαστηριακών εξετάσεων, μείωση κόστους, μείωση χρόνου αποτελεσμάτων.

ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ

Αλεξάνδρα Τσιρογιάννη, MD, PhD,

Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη του Τμήματος Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132043180

E-mail: alextsir@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ορθολογική αναζήτηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των ανοσολογικών παραμέτρων αποτελεί αντικείμενο της καθημέρας κλινικής και εργαστηριακής πρακτικής, απασχολεί δε τόσο την ιατρική όσο και την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα κάθε μονάδας υγείας.

Στο Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας πραγματοποιείται ένας μεγάλος αριθμός εξετάσεων (>120) με άλλοτε άλλη συχνότητα αλλά και σημαντικότητα στη διαγνωστική προσέγγιση και παρακολούθηση νοσημάτων ανοσολογικής αρχής κατά βάση. Η στοχευμένη όμως αναζήτηση τέτοιων παραμέτρων αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ορθή εκτίμηση του αποτελέσματος σύμφωνα με την κλινική εικόνα από τη μια και τον περιορισμό των άσκοπων πολλές φορές εξετάσεων από την άλλη, που οδηγούν σε αποπροσανατολισμό για την τελική διάγνωση.

Έτσι, ο προσδιορισμός του ανοσοφαινότυπου με κυτταρομετρία ροής αποτελεί τη βασική ανοσολογική παράμετρο στο πλαίσιο της διαγνωστικής προσέγγισης και παρακολούθησης των αιματολογικών κακοηθειών, της κυτταρικής ανοσίας των ασθενών με HIV λοίμωξη, των ανοσοανεπαρκειών κ.λπ., δηλαδή συγκεκριμένων ειδικών νοσολογικών οντοτήτων. Επίσης, η ορολογική/μοριακή τυποποίηση των HLA αντιγόνων ρόλο έχει στην μεταμόσχευση καθώς και στην ανοσογενετική μελέτη συγκεκριμένων νοσημάτων όπως αγκυλωτική σπονδυλίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, κοιλιοκάκη.

Όπως είναι γνωστό, τα ευρήματα της Ηλεκτροφόρησης (Η/Φ) των πρωτεϊνών του ορού προσφέρουν σημαντική βοήθεια στη διερεύνηση αρκετών κλινικών συνδρόμων. Η διάχυτη υπεργαμμασφαιριναιμία, η εικόνα «αντίδρασης οξείας φάσεως», αλλά και η υπογαμμασφαιριναιμία αποτελούν σημαντικά οδηγά σημεία για την κλινική σκέψη κάθε ιατρού. Η παρουσία παραπρωτεΐνης με την Η/Φ των πρωτεϊνών του ορού, η ταυτοποίηση

της παραπρωτεΐνης στον ορό με Ανοσοκαθήλωση (ΑΚΘ) και ο ποσοτικός προσδιορισμός των ανοσοσφαιρινών, αποτελούν τον αναγκαίο έλεγχο για τη διάγνωση και τη σταδιοποίηση του Πολλαπλού Μυελώματος (ΠΜ) και άλλων Πλασματοκυτταρικών Δυσκρασιών (ΠΔ). Επίσης, είναι αναγκαία η μελέτη συμπυκνωμάτων ούρων 24ώρου με Η/Φ και ΑΚΘ καθώς και η μέτρηση ελεύθερων ελαφρών αλυσίδων (FLC) στον ορό, ιδιαίτερα για το μη εκκριτικό ΠΜ και το ΠΜ των ελαφρών αλυσίδων.

Η αναζήτηση των αντιπυρηνικών αντισωμάτων (ANA) αλλά και ο προσδιορισμός της ειδικότητας, σε επίπεδο κυρίως αντί-dsDNA και αντί-ENA, αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο της καθημέρας κλινικής πρακτικής στο πλαίσιο διερεύνησης και διαγνωστικής προσέγγισης νοσημάτων του συνδετικού ιστού (ΝΣΙ). Η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας, η εφαρμογή νέας μεθοδολογίας αλλά και η διαθεσιμότητα διαφόρων τεχνικών για την ανίχνευση του ίδιου δείκτη, έχει ως αποτέλεσμα μια συνεχόμενη αύξηση των παραγγελιών για την αναζήτηση τους. Το 2002 δημιουργήθηκε μια Ευρωπαϊκή ομάδα (EASI) με σκοπό την προτύπωση της μεθοδολογίας αλλά και της αξιολόγησης των εργαστηριακών δεδομένων καθώς και την εναρμόνιση της εφαρμοσμένης πρακτικής με τον καθορισμό αλγορίθμου. Άλλωστε το αίτημα για ανίχνευση των ANA όταν συνοδεύεται με κλινικές πληροφορίες είναι δυνατόν να αποτελέσει τη βάση για δημιουργία παρατηρήσεων/σχολίων για κάθε τύπο φθορισμού ξεχωριστά, γεγονός που θα αυξήσει την κλινική αξία του εργαστηριακού αποτελέσματος. Τέτοιες παρατηρήσεις βρίσκονται ήδη αναρτημένες στην ιστοσελίδα της ICAP (http: //www.anapatterns.org) εκεί όπου καταγράφεται η όλη δραστηριότητα της ICAP για την ανάδειξη και διάδοση της σημασίας της σωστής αναγνώρισης και ονοματολογίας των διαφόρων τύπων φθορισμού που παρατηρούνται στην ANA-HEp-2 δοκιμασία, συμπεριλαμβανομένου και του αρνητικού αποτελέσματος.

Συμπερασματικά, είναι αποδεδειγμένο ότι ένας εργαστηριακός έλεγχος και μάλιστα τόσο ειδικός είναι χρήσιμος και κλινικά αποτελεσματικός μόνο εφόσον ζητηθεί μέσα στο κατάλληλο κλινικό πλαίσιο και απαιτεί συνεργασία του εργαστηρίου με την κλινική.

Λέξεις κλειδιά: Ανοσολογικοί παράμετροι, ανοσοφαινότυπος, HLA, ανοσοσφαιρίνες, αυτοαντισώματα.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ:

ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΟΨΙΑ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αικατερίνη Καζιάνη

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

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974885089

E-mail: katkaziani@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με τον όρο σπονδυλοδισκίτιδα (ΣΔ) εννοούμε τη λοιμώδη προσβολή ενός ή περισσοτέρων σπονδύλων (σπονδυλική οστεομυελίτιδα-vertebralosteomyelitis) ή/και του μεσοσπονδυλίου δίσκου (δισκίτιδα-discitis), οι οποίες μπορεί να συνυπάρχουν ή να παρατηρούνται ανεξάρτητα. Ενίοτε επεκτείνονται στους παρασπονδυλικούς ιστούς και επιπλέκονται δημιουργώντας παρασπονδυλικά, ή επισκληρίδια αποστήματα.

Η αιτιοπαθογένεια τους είναι κατά κύριο λόγο η αιματογενής διασπορά, σπανιότερα δε μπορεί να οφείλονται σε ενοφθαλμισμό κατά τη διάρκεια τραυματισμού ή χειρουργικής επέμβασης ή σε προσβολή κατ' επέκταση ιστού από γειτονική λοίμωξη μαλακών μορίων.

Αν και κατατάσσεται στις σπάνιες λοιμώξεις, η ετήσια επίπτωσή της αυξάνει λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, αλλά και της συχνότερης παρουσίας ανοσοκαταστολής και ενδαγγειακών παρεμβάσεων.

Οι ασθενείς με ΣΔ συχνά στερούνται καθοδηγητικών στοιχείων από το ιστορικό τους ή χαρακτηριστικών συμπτωμάτων και κλινικών σημείων, με αποτέλεσμα πολύ συχνά να καθυστερεί σημαντικά η διάγνωση. Η κλινική υποψία συνήθως τίθεται σε περιπτώσεις νεοεμφανισθείσας ή επιδεινούμενης οσφυαλγίας, ιδίως αν συνοδεύεται από πυρετό, νευρολογική σημειολογία ή έχει προηγηθεί λοίμωξη αιματικής ροής. Συνυπάρχουσες εκφυλιστικές παθήσεις της ΣΣ ή άλλα χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα μπορεί να λειτουργήσουν αποπροσανατολιστικά. Παράγοντες κινδύνου αποτελούν: Η παρουσία ενδαγγειακών καθετήρων ή συσκευών, η ενδοφλέβια χρήση ουσιών, οι πρόσφατες επεμβάσεις ή οι ανοιχτοί τραυματισμοί της περιοχής, καθώς και η παρουσία σακχαρώδη διαβήτη ή ανοσοκαταστολής. Επί κλινικής υποψίας, απεικονιστική μέθοδος εκλογής είναι η

μαγνητική τομογραφία ως η πλέον ευαίσθητη, με αποδεκτή εναλλακτική την αξονική τομογραφία.

Εφόσον υπάρχουν νευρολογικά ελλείμματα ή απεικονιστικά ευρήματα επισκληριδίου ή παρασπονδυλικού αποστήματος ή πίεσης -έστω και επαπειλούμενης- του νωτιαίου μυελού επιβάλλεται η χειρουργική εκτίμηση. Επί απουσίας ενδείξεων χειρουργικής παρέμβασης, οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται -όπου είναι εφικτό- σε CTκαθοδηγούμενη βιοψία του πάσχοντος σπονδύλου ή δίσκου.

Η διάγνωση τεκμηριώνεται με βάση τα απεικονιστικά και μικροβιολογικά ευρήματα. Ιδανικά απαιτείται θετική καλλιέργεια υλικού που έχει ληφθεί υπό CT καθοδήγηση. Ωστόσο, τυπικά κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα που συνδυάζονται με λοίμωξη αιματικής ροής από στελέχη *Staphylococcus aureus*ή *lugdunensis*, ή ιστοπαθολογικά ευρήματα συμβατά με λοίμωξη ακόμα και επί αρνητικών καλλιεργειών μπορεί να στηρίξουν τη διάγνωση. Επί αδυναμίας διενέργειας βιοψίας και αρνητικών αιμοκαλλιεργειών η διάγνωση δεν μπορεί παρά να βασιστεί στην υψηλή κλινική υποψία, σε συνδυασμό με τυπικά απεικονιστικά ευρήματα και υψηλούς δείκτες φλεγμονής, ιδίως την τριψήφια ταχύτητα καθίζησης ερυθρών. Σε περίπτωση που συνυπάρχουν επιδημιολογικοί παράγοντες, επιπρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις συνιστώνται όπως ο ορολογικός έλεγχος για Βρουκέλλα και καλλιέργεια για Μυκοβακτηρίδια.

Στις περιπτώσεις ΣΔ όπου συνυπάρχει αιμοδυναμική αστάθεια, θετική αιμοκαλλιέργεια ή νευρολογική σημειολογία, εμπειρική θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται χωρίς καθυστέρηση. Η εμπειρική θεραπεία πρέπει να είναι ευρέως φάσματος, με καλή διεισδυτικότητα στο ΚΝΣ, με συνηθέστερα προτεινόμενο συνδυασμό την κεφτριαξόνη-βανκομυκίνη. Επί θετικών καλλιεργειών επιβάλλεται η στοχευμένη θεραπεία ή η αποκλιμάκωση της θεραπείας βάσει αντιβιογράμματος: Αντισταφυλοκοκκική πενικιλλίνη για τα ευαίσθητα στη μεθικιλλίνη και βανκομυκίνη ή δαπτομυκίνη για τα ανθεκτικά στελέχη *Staphylococcus spp*, κεφτριαξόνη για ευαίσθητα στελέχη *Streptococcus spp*, $3^{ης}$ ή $4^{ης}$ γενιάς κεφαλοσπορίνες ή σιπροφλοξασίνη για gram (-) μικροοργανισμούς. Η διάρκεια θεραπείας στις περισσότερες περιπτώσεις ορίζεται μεταξύ 6-8 εβδομάδων. Μεγαλύτερης διάρκειας θεραπεία μπορεί να χρειαστεί σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου υποτροπής.

Λέξεις κλειδιά: Σπονδυλοδισκίτιδα, σπονδυλική οστεομυελίτιδα, δισκίτιδα, επισκληρίδιο απόστημα.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕ CT ΚΑΙ MRI

Αικατερίνη Παυλοπούλου

Ακτινολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.,

Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932305165

E-mail: aik.pavlopoulou@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η λοιμώδης σπονδυλοδισκίτιδα είναι η λοίμωξη του σπονδυλικού σώματος και του παρακείμενου μεσοσπονδυλίου δίσκου ή διαφορετικά η λοίμωξη του μεσοσπονδυλίου δίσκου και των εκατέρωθεν σπονδυλικών σωμάτων. Θεωρείται η οστεομυελίτιδα της σπονδυλικής στήλης. Συνώνυμοι όροι είναι η σηπτική σπονδυλίτιδα και δισκίτιδα. Το συχνότερο παθογόνο μη φυματιώδους αιτιολογίας είναι ο σταφυλόκοκκος, ενώ άλλοι παθογόνοι μικροοργανισμοί είναι ο στρεπτόκοκκος, η ψευδομονάδα, η σαλμονέλλα, οι μύκητες, η βρουκέλλα κ.α. Στους ενήλικες η σπονδυλοδισκίτιδα είναι συνήθως αποτέλεσμα της αιματογενούς προσβολής του σπονδυλικού σώματος και της επέκτασης στο δίσκο κατά συνέχεια ιστού.

Συνηθέστερη θέση προσβολής της σπονδυλικής στήλης είναι η οσφυϊκή μοίρα (58%), ενώ ακολουθούν η θωρακική (30%) και η αυχενική μοίρα (12%). Η έναρξη της αλλοίωσης παρατηρείται στο πρόσθιο τμήμα του σπονδυλικού σώματος και μάλιστα στην επιφυσιακή πλάκα. Ενδέχεται να υπάρχει βλάβη μόνο στο σπόνδυλο ή και στον παρακείμενο δίσκο. Οι βλάβες μπορεί να εντοπίζονται σε ένα ή σε πολλαπλά επίπεδα, συνεχόμενα ή μη, με ή χωρίς τη συμμετοχή των μεσοσπονδυλίων δίσκων.

Ο απλός απεικονιστικός έλεγχος έχει χαμηλή διαγνωστική αξία στη διάγνωση της σπονδυλοδισκίτιδας και καθυστερεί στην ανάδειξη αλλοιώσεων τουλάχιστον δύο με τρεις εβδομάδες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Παθολογικό εύρημα στις ακτινογραφίες αποτελεί η ασαφοποίηση των ορίων του φλοιού, η διάβρωση της πρόσθιας παρυφής του σπονδυλικού σώματος, καθώς και η ταχέως εξελισσόμενη μείωση του ύψους του μεσοσπονδυλίου διαστήματος. Προοδευτικά εμφανίζονται οστεολυτικές βλάβες και καθίζηση.

Σκοπός της απεικόνισης με CT και MRI είναι η έγκαιρη διάγνωση της σπονδυλοδισκίτιδας προς αποφυγή επιπλοκών, ο καθορισμός της έκτασης της βλάβης στη σπονδυλική στήλη και

της επέκτασης της λοίμωξης στα παρασπονδυλικά μαλακά μόρια και τον επισκληρίδιο χώρο.

Πρώιμα απεικονιστικά ευρήματα στον CT έλεγχο είναι η οστεοπενία, η διάβρωση της επιφυσιακής πλάκας και η ασαφοποίηση του κυτταρολιπώδους ιστού παρασπονδυλικά. Οι βλάβες είναι εμφανείς εντός δύο εβδομάδων από την έναρξη των συμπτωμάτων στο ήμισυ των ασθενών. Ακολουθούν οι οστεολυτικές βλάβες του σπονδυλικού σώματος και οι παρασπονδυλικές βλάβες πυκνότητας μαλακών μορίων. Η CT υπερτερεί στο συνολικό έλεγχο της σπονδυλικής στήλης και στην εκτίμηση της έκτασης της οστικής καταστροφής, ιδιαίτερα των οπισθίων τμημάτων των σπονδύλων, καθώς και στην ανάδειξη παρασπονδυλικών αποστημάτων. Επίσης ενδέχεται να απεικονίσει απομακρυσμένη πρωτογενή εστία λοίμωξης.

Η MRI αποτελεί την απεικονιστική εξέταση εκλογής στη διάγνωση της σπονδυλοδισκίτιδας λόγω της υψηλής ευαισθησίας (96%), ειδικότητας (93%) και ακρίβειας (94%). Τα χαρακτηριστικά παθολογικά ευρήματα στον MRI έλεγχο είναι η ελάττωση της έντασης του μαγνητικού σήματος στο μεσοσπονδύλιο δίσκο και την παρακείμενη επιφυσιακή πλάκα στην ακολουθία Τ1 προσανατολισμού και η αύξηση της έντασης του μαγνητικού σήματος στην ακολουθία Τ2 προσανατολισμού οφειλόμενη στο οίδημα. Συνυπάρχει μείωση του ύψους του μεσοσπονδυλίου δίσκου και απώλεια της χαμηλού μαγνητικού σήματος στο φλοιό. Μετά την ενδοφλέβιο χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας παρατηρείται αυξημένη ενίσχυση στο δίσκο και το υποχόνδριο οστό. Επιπρόσθετο εύρημα είναι η πάχυνση των παρασπονδυλικών μαλακών μορίων με μεταβολή του σήματος αυτών και η αυξημένη ενίσχυση μετά την ενδοφλέβιο χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας. Επιπλέον μετά την ενδοφλέβιο χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας απεικονίζεται σαφέστερα ο φλέγμονας, το απόστημα και η επισκληρίδια συλλογή.

Συμπερασματικά η MRI αποτελεί την απεικονιστική εξέταση εκλογής στην πρώιμη διάγνωση της σπονδυλοδισκίτιδας και στον έλεγχο του επισκληρίδιου χώρου. Σημαντικός θεωρείται ο ρόλος της CT στην ταυτοποίηση του αιτιοπαθογόνου μικροοργανισμού με την κατευθυνόμενη FNA- βιοψία.

Λέξεις κλειδιά: Σπονδυλοδισκίτιδα, μεσοσπονδύλιος δίσκος, σπονδυλική στήλη, μαγνητική τομογραφία, αξονική τομογραφία.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ:

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Παντελής Σταυρινού

Νευροχειρουργός, Διευθυντής, Νοσοκομείο METROPOLITAN,

Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Κολωνίας

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6987732268

E-mail: panstavrinou@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σπονδυλοδισκίτιδα, δηλαδή η φλεγμονή των σπονδυλικών σωμάτων, του μεσοσπονδύλιου δίσκου και των παρακειμένων μαλακών μορίων αποτελεί ένα όλο και σημαντικότερο πρόβλημα για το νευροχειρουργό. Παρόλες τις εξελίξεις στη διάγνωση και θεραπεία, η σπονδυλοδισκίτιδα παραμένει σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, ειδικά για τον ηλικιωμένο ασθενή. Η διάγνωση της σπονδυλοδισκίτιδας στηρίζεται στην κλινική εικόνα, τους δείκτες φλεγμονής και τα απεικονιστικά ευρήματα και κυρίως τη μαγνητική τομογραφία μετά από χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας. Ενδείξεις νευροχειρουργικής αντιμετώπισης είναι η αποσυμπίεση των νευρικών δομών σε περίπτωση εμπυήματος, η στήριξη της σπονδυλικής στήλης σε περιπτώσεις ασταθούς παραμορφωτικής σπονδυλοδισκίτιδας ή όταν απαιτείται ταχεία κινητοποίηση του ασθενούς, καθώς επίσης η λήψη υλικού όταν δεν έχει καταστεί δυνατό να απομονωθεί παθογόνος οργανισμός. Στόχος της ομιλίας είναι η παρουσίαση του διαγνωστικού και θεραπευτικού αλγορίθμου, εστιάζοντας κυρίως στη χειρουργική θεραπεία βάση των κατευθυντήριων οδηγιών, αλλά και της προσωπικής εμπειρίας του ομιλητή. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην επιλογή των υλικών καθώς επίσης στις τεχνικές στήριξης της σπονδυλικής στήλης και αποσυμπίεσης των νευρικών δομών.

Λέξεις κλειδιά: Σπονδυλοδισκίτιδα, οστεομυελίτιδα, διάγνωση, χειρουργική αντιμετώπιση, σπονδυλοδεσία.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΥ:

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ - ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Δημήτρης Κουρτζής[1], Δρ. Ματθαίος Τζουρμπάκης[2]

[1]Ορθοπαιδικός, Επικουρικός Ιατρός, [2]Ορθοπαιδικός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,

Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Δ. Κουρτζής

Τηλ.: 6932171550

E-mail: kourtzakos@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σπονδυλοδισκίτιδα είναι μία σοβαρή φλεγμονώδης πάθηση της σπονδυλικής στήλης, που εμφανίζει σταθερή αύξηση της επίπτωσης, καθώς αυξάνονται το προσδόκιμο ζωής, το σύνολο του ανοσοκατεσταλμένου πληθυσμού, καθώς και η επίπτωση της ενδονοσοκομειακής βακτηριαιμίας.

Γνωστοί προδιαθεσικοί και επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η αυξημένη ηλικία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η κατανάλωση αλκοόλ, η μακροχρόνια λήψη κορτικοστεροειδών, οι συνυπάρχουσες λοιμώξεις, η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών, οι πολλαπλές κακώσεις, το ιστορικό κακοήθους νεοπλάσματος ή πρόσφατης χειρουργικής επέμβασης.

Οι βλάβες εντοπίζονται συνήθως στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και ακολουθούν η θωρακική, η αυχενική και η ιερή, ενώ συχνά συνυπάρχει επισκληρίδια ή παρασπονδυλική επέκταση ή απόστημα λαγονοψοΐτη.

Η έγκαιρη διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας για τη νόσο αυτή, η οποία απαιτεί συνήθως επιθετική θεραπευτική προσέγγιση και σε ορισμένες περιπτώσεις χειρουργική παρέμβαση.

Ο ορθοπαιδικός για τη σωστή αντιμετώπιση ενός ασθενούς με σπονδυλοδισκίτιδα, είναι δυνατόν να συνδράμει σε όλα τα στάδια της θεραπευτικής προσέγγισης.

Στο στάδιο της διάγνωσης, εφόσον δεν έχουν προκύψει επαρκή διαγνωστικά στοιχεία (απομόνωση παθογόνου), πραγματοποιεί στη χειρουργική αίθουσα, διαδερμική λήψη βιοψίας από τον πάσχοντα σπόνδυλο.

Στο στάδιο της θεραπείας, σε περιπτώσεις αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής για έλεγχο των συμπτωμάτων ή προοδευτικής εμφάνισης παραμόρφωσης και αστάθειας της σπονδυλικής στήλης, προβαίνει σε επέμβαση ριζικού χειρουργικού καθαρισμού ή/και

σταθεροποίησης της περιοχής, με οπίσθια ή πρόσθια σπονδυλοδεσία ή συνδυασμό και των δύο.

Σε περίπτωση προηγηθείσας επέμβασης σπονδυλοδεσίας, ο ορθοπαιδικός αναλαμβάνει το τελευταίο, αλλά υψηλής σημασίας στάδιο της αποκατάστασης. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με το πρόγραμμα αποκατάστασης που πρέπει να επιλεγεί σε ασθενείς με σπονδυλοδισκίτιδα, παραμένουν ελλιπή, επισημαίνουν όμως ότι ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η έγκαιρη εφαρμογή του. Ανάλογα με τον κάθε ασθενή, το είδος της πάθησης με το οποίο διαγνώστηκε, τη φυσική του ικανότητα και το πιθανό νευρολογικό έλλειμμα, επιλέγεται πρόγραμμα αποκατάστασης με στόχο την άμεση διαχείριση του θεραπευτικού αποτελέσματος έως την πλήρη εκρίζωση της φλεγμονής και την επιδιόρθωση της οστικής βλάβης. Με τη συμμόρφωση και του ασθενούς, γίνεται έλεγχος του πόνου και σε συνεργασία με φυσικοθεραπευτή, πραγματοποιείται ενδυνάμωση των μυών και πρόωρη κινητοποίηση.

Απαιτείται μακρύ διάστημα παρακολούθησης για την πρόληψη υποτροπών.

Έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στη διάγνωση και διαχείριση της σπονδυλοδισκίτιδας. Παρά τη χρήση ευρέως φάσματος αντιβιοτικών και των επιτυχημένων χειρουργικών τεχνικών και μεθόδων σταθεροποίησης, οι φλεγμονώδεις παθήσεις της σπονδυλικής στήλης παραμένουν ένα πεδίο προς περαιτέρω διερεύνηση, τόσο στο πεδίο της διάγνωσης, όσο και της θεραπείας και αποκατάστασης.

Στην εργασία αυτή θα συζητηθεί ο ξεχωριστός ρόλος του ορθοπαιδικού και η συμβολή του στη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με σπονδυλοδισκίτιδα και θα αναλυθεί μέσα από παρουσίαση κλινικών περιστατικών ο τρόπος που διενεργεί τις χειρουργικές επεμβάσεις τόσο της βιοψίας, όσο και του χειρουργικού καθαρισμού και της σπονδυλοδεσίας.

Λέξεις κλειδιά: Σπονδυλοδισκίτιδα, σπονδυλοδεσία, βιοψία, αποκατάσταση.

ΟΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Σταύρος Γιγάντες

Αιματολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική,

Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944314657

E-mail: snikgigantes@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανοσοθεραπεία, με κύριους εκφραστές τους check point inhibitors (αναστολείς σημείων ελέγχου της κυτταρικής ανοσίας) και τα CART cells (Τ-κύτταρα με χιμαιρικούς αντιγονικούς υποδοχείς) αποτελεί την πλέον καινοτόμο θεραπεία με εντυπωσιακά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των νεοπλασιών.

Ο σχεδιασμός CARs αποσκοπεί στη δημιουργία γενετικώς τροποποιημένων κυττάρων (Τ κύτταρα, ΝΚ κύτταρα, ή άλλα δραστικά κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος) ώστε να αποκτήσουν ειδικότητα έναντι νέου αντιγονικού στόχου. Οι γενετικά τροποποιημένοι υποδοχείς CARs, αποτελούνται από:

Περιοχή σύνδεσης με τον κυτταρικό στόχο (target-binding domain): Τυπικά συνίσταται από τη πολυπεπτιδική αλληλουχία της ελαφράς και της βαριάς αλυσίδας μιας μονής αλυσίδας γ-σφαιρίνης (scFV). Ωστόσο, και άλλα μόρια ικανά να συνδέονται με αντίστοιχους υποδοχείς μπορεί να αποτελέσουν ανάλογη περιοχή σύνδεσης, όπως π.χ. δομές σύνδεσης πρωτεΐνης-πρωτεΐνης (HIV gp120/CD4-CD3ζ), κυτταροκίνες-υποδοχείς κυτταροκινών, υποδοχείς αναγνώρισης προτύπου (Dectin-1 για προσβολή β-glycan σε Aspergillus).

Εύκαμπτη συνδετική περιοχή (hinge domain): Παρέχει τη δυνατότητα ευέλικτης σύνδεσης με το αντιγόνο-στόχο χωρίς να υπάρξει στερεοχημική παρεμπόδιση.

Διαμεμβρανική περιοχή (transmembrane domain): Επιτρέπει στον χιμαιρικό υποδοχέα να διελαύνει την κυτταρική μεμβράνη και να παραμένει προσδεδεμένος στο δραστικό κύτταρο.

Περιοχή αρχικού σήματος (primary signaling domain): Τυπικά είναι η CD3ζ αλυσίδα του Τ κυτταρικού υποδοχέα.

Συνδιεγερτικές περιοχές (Co-stimulatory domains): Εξαιρετικής σημασίας καθώς σταθεροποιούν και ενισχύουν το σήμα ενεργοποίησης, αυξάνουν τον πολλαπλασιασμό και τη μακροχρόνια επιβίωση των CAR-Τ κυττάρων. Προέρχονται από κυτταροπλασματικές περιοχές των μορίων CD27, CD28, CD134, CD137 (4-1BB), CD244 (ICOS), με διαφορετική ανοσοβιολογική συμπεριφορά. Το CD28 επάγει την έκφραση της IL-2, καθιστώντας τα Τ κύτταρα σχετικά ανθεκτικά στην καταστολή από Tregs, ενώ το CD137 (4-1BB) αυξάνει την in vivo παραμονή, την αντινεοπλασματική δραστικότητα και την ικανότητα μετανάστευσης στους νεοπλασματικούς όγκους.

Ο συνηθέστερος τρόπος μεταφοράς του γενετικού υλικού που κωδικοποιεί τον CAR στο προς τροποποίηση επιλεγέν κύτταρο γίνεται με retrovirus-γ ή lentivirus, οι οποίοι ενσωματώνονται στο γονιδίωμα του κυττάρου και παρέχουν τη δυνατότητα μακροχρόνιας διαγονιδιακής έκφρασης.

Μετά τη γονιδιακή μεταφορά ακολουθεί η παραγωγή των CART κυττάρων σε μεγάλες ποσότητες για κλινική χρήση. Η ενεργοποίηση και η έκπτυξη των Τ κυττάρων επιτυγχάνεται με χρήση anti-CD3 (OKT3 κλώνου) με anti-CD28 αντισώματα, anti-CD3/CD28 σφαιρίδια, η τεχνητά αντιγονοπαρουσιαστικά κύτταρα. Η τελική φάση απαιτεί τη προσθήκη κυτταροκινών όπως IL-2, IL-7, IL-12, IL-15, IL-21. Συνήθως η όλη διαδικασία απαιτεί 2-6 εβδομάδες. Το προϊόν της λευκαφαίρεσης περιέχει σε ποικίλη αναλογία παρθένα, μνημονικά, μνημονικά στελεχιαία κύτταρα και δραστικά κύτταρα. Κάθε κατηγορία έχει διαφορετική ικανότητα πολλαπλασιασμού, επιβίωσης και κυτταροτοξικότητας. Έτσι εκτός από τη διαδικασία της συλλογής και της επεξεργασίας των Τ κυττάρων, σημαντικό ρόλο για την κλινική συμπεριφορά έχει ο φαινότυπος των Τ κυττάρων που πρόκειται να εκπτυχθούν καθώς και του τελικού προϊόντος που θα χορηγηθεί. Ενδεικτικό παράδειγμα η διαφορά αποτελεσματικότητας των CART κυττάρων σε ασθενείς με ΧΛΛ έναντι αυτών με Β-ΟΛΛ.

Η επιλογή και η παρασκευή των ιδανικών Τ κυττάρων αλλά και οι ραγδαίες εξελίξεις στη γενετική μηχανική, αναμένεται να διευρύνουν την εφαρμογή των ανοσοθεραπειών και σε πεδία πέραν των κακοηθειών, όπως λοιμώξεις, αυτοανοσία ή μεταμόσχευση οργάνων.

Λέξεις κλειδιά: Χιμαιρικός αντιγονικός υποδοχέας, CAR-Τ κύτταρα, υιοθετούμενη κυτταρική μεταφορά, ανοσο-ογκολογία.

CAR-T CELLS: ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Ιωάννης Μπαλταδάκης

Αιματολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974359426

E-mail: ibaltadakis@icloud.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Δύο είναι, επί του παρόντος, οι εγκεκριμένες ενδείξεις των CAR κυττάρων με ειδικότητα έναντι του αντιγόνου CD19, η Β-οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (Β-ΟΛΛ) σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες (≦25 ετών) και το ανθεκτικό/υποτροπιάζον διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα Β-κύτταρα (DLBCL) σε ενήλικες ασθενείς.

Η θεραπεία με CART-κύτταρα είναι ιδιαίτερα δραστική στην υποτροπιάζουσα Β-ΟΛΛ. Από τη μονοκεντρική και την πολυκεντρική μελέτη ELIANA, διαπιστώθηκαν πολύ υψηλά ποσοστά επίτευξης υφέσεων (80-90%) με αρνητική μετρήσιμη υπολειμματική νόσο (MRD) με CAR κύτταρα με συνδιεγερτικό μόριο 4-1BB. Σύμφωνα δε με τα επικαιροποιημένα αποτελέσματα της μελέτης ELIANA, το 66% των ασθενών με αρχική ανταπόκριση παρουσίαζαν διαρκή πλήρη ύφεση στους 18 μήνες από τη θεραπεία. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης οδήγησαν στην έγκριση του παραγώγου Tisagenlecleucel για παιδιά και νεαρούς ενήλικες με Β-ΟΛΛ. Επιπρόσθετα, μελέτη από το NIH με CAR κύτταρα με συνδιεγερτικό μόριο CD28 έδειξε συχνότητα πλήρους ύφεσης 70% επί του συνόλου των ασθενών που εντάχθηκαν στη μελέτη, ενώ μακρά επιβίωση επιτυγχάνεται στο 50% των ασθενών. Μάλιστα, οι ασθενείς με MRD-αρνητική ύφεση που προχώρησαν στη συνέχεια σε μεταμόσχευση, σύμφωνα με το σχεδιασμό αυτής της μελέτης, είχαν πολύ υψηλή πιθανότητα παρατεταμένης επιβίωσης ελεύθερης νόσου (80%). Επομένως, η θεραπεία με CAR κύτταρα έναντι του CD19 επιτυγχάνει MRD-αρνητικές υφέσεις στο 80-90% και μακροπρόθεσμη επιβίωση στο 50% των παιδιών με ανθεκτική ΟΛΛ. Παραμένει θέμα προς μελέτη, εάν τα CAR κύτταρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως οριστική θεραπεία της ΟΛΛ ή αποτελούν θεραπεία γέφυρας για την αλλογενή μεταμόσχευση. Τα CAR κύτταρα με συνδιεγερτικό μόριο CD28 συνδυάζονται κατά κανόνα με αλλογενή μεταμόσχευση, ενώ ο ρόλος της μεταμόσχευσης είναι αμφίβολος μετά από έγχυση CAR κυττάρων με

συνδιεγερτικό μόριο 4-1BB. Η εμπειρία σε ενήλικες με ΟΛΛ είναι εν μέρει παρόμοια με αυτήν των παιδιών, ενώ μεγάλη σημασία έχει η δόση κυττάρων για την εξισορρόπηση της ανταπόκρισης με την τοξικότητα.

Το DLBCL είναι ο συχνότερος υπότυπος μη Hodgkin λεμφώματος. Η πιθανότητα 5ετούς επιβίωσης με την ανοσοχημειοθεραπεία πρώτης γραμμής είναι 50-60%. Εν τούτοις, το ανθεκτικό DLBCL (μη ανταπόκριση στη θεραπεία 1ης-2ης γραμμής ή πρώιμη υποτροπή μετά αυτόλογη μεταμόσχευση) έχει πτωχή πρόγνωση με διάμεση επιβίωση μόλις 6 μήνες. Η μελέτη ZUMA-1 ήταν η μελέτη έγκρισης του παραγώγου CAR κυττάρων Axicabtagene Ciloleucel με συνδιεγερτικό μόριο CD28. Στη μελέτη εντάχθηκαν 111 ασθενείς με ανθεκτικό DLBCL, πρωτοπαθές λέμφωμα μεσοθωρακίου (PMBCL) ή λεμφοζιδιακό λέμφωμα σε μετατροπή (TFL). Η έγχυση CAR κυττάρων ήταν δυνατή στο 91% των περιπτώσεων με συνολική συχνότητα ανταπόκρισης 82% και πλήρους ύφεσης 54%.Η μελέτη JULIET είναι η μελέτη έγκρισης του παραγώγου Tisagenlecleucel με συνδιεγερτικό μόριο 4-1BB. Στη μελέτη εντάχθηκαν 165 ασθενείς με DLBCL ή TFL και έγχυση CAR κυττάρων πραγματοποιήθηκε στο 67% των ασθενών. Η συνολική συχνότητα ανταπόκρισης ήταν 54% και πλήρης ύφεση επιτεύχθηκε στο 40% των ασθενών. Με βάση δεδομένα από τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση, το 30-40% των ασθενών και από τις δύο μελέτες παραμένουν σε πλήρη ύφεση. Η θεραπεία με CAR κύτταρα έχει επομένως θέση στους ασθενείς με υποτροπή DLBCL που δεν είναι κατάλληλοι για αυτόλογη ΜΑΚ, σε ασθενείς με πτωχή ανταπόκριση στη θεραπεία διάσωσης, καθώς και σε ασθενείς με υποτροπή μετά από αυτόλογη μεταμόσχευση.

Λέξεις κλειδιά: CART-κύτταρα, οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία, διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα Β-κύτταρα.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ιωάννης Τσώνης

Αιματολόγος, Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική

και Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973828962

E-mail: jtsonis@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι νεότερες κυτταρικές ανοσοθεραπείες αναμφίβολα αλλάζουν το σκηνικό τόσο στη θεραπεία των κακοήθων νεοπλασματικών νοσημάτων, όσο και στη μεθοδολογία της μεταμόσχευσης αιμοποιητικών κυττάρων. Είναι σαφές, από τα τέλη της δεκαετίας του 1950, ότι η χορήγηση αιμοποιητικού μοσχεύματος από υγιή δότη συμβάλλει στην εξάλειψη των λευχαιμικών κυττάρων και στη βελτίωση της επιβίωσης. Αυτές οι αρχικές παρατηρήσεις οδήγησαν στην ανάπτυξη της αλλογενούς μεταμόσχευσης αιμοποιητικών κύτταρων ως την κύρια θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση κακοήθων αιματολογικών νοσημάτων. Η γνώση εμπεδώθηκε τις επόμενες δεκαετίες με τη διαπίστωση ότι η χορήγηση λεμφοκυττάρων υγιούς δότη είναι δυνατό να θεραπεύσει την υποτροπή της λευχαιμίας μετά από αλλογενή μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων. Αυτή η προσέγγιση είχε ως συνέπεια την επίτευξη ύφεσης σε ικανοποιητικό ποσοστό ασθενών με αντίτιμο, όμως, τη νοσηρότητα της νόσου μοσχεύματος έναντι ξενιστή. Από τη δεκαετία του 2000 η ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας σε συνδυασμό με τη χαρτογράφηση του γονιδιώματος έδωσε τη δυνατότητα τροποποίησης αυτόλογων Τ-λεμφοκύτταρων με διαμόλυνση με χιμαιρικούς υποδοχείς που στοχεύουν αντιγόνα των νεοπλασματικών κυττάρων (CAR-T κύτταρα), επιτυγχάνοντας εντυπωσιακές ανταποκρίσεις χωρίς την εμφάνιση των ανοσολογικών επιπλοκών από τους υγιείς ιστούς.

Οι επιπλοκές όμως των CAR-T κυττάρων αφορά στα επακόλουθα της διέγερσής τους από τα αντιγόνα των νεοπλασματικών κυττάρων και την επακόλουθη έκκριση κυτταροκινών. Διακρίνονται σε δύο κλινικές οντότητες: (i) Σύνδρομο απελευθέρωσης κυτταροκινών (CRS) και (ii) νευρολογικές επιπλοκές.

Το σύνδρομο απελευθέρωσης των κυτταροκινών εμφανίζεται σε ποσοστό 30-80%. Πολλές υποθέσεις έχουν διατυπωθεί για τις διαφορές στη συχνότητα εμφάνισής του, που αφορούν

στους διαφορετικούς τύπους CAR-T κυττάρων που έχουν χρησιμοποιηθεί, στα διαφορετικά αντιγόνα στόχευσης, στις διαφορετικές δόσεις χορήγησης καθώς και σε ποιοτικές διαφορές μεταξύ των προϊόντων. Ο κυριότερος όμως παράγοντας που εμφανίζεται σταθερά μεταξύ των μελετών είναι το φορτίο της νόσου. Υψηλότερο φορτίο νόσου οδηγεί σε μεγαλύτερη ενεργοποίηση των CAR-T κυττάρων και υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου.

Τα CAR-T κύτταρα μετά την ενεργοποίησή τους απελευθερώνουν ιντερφρόνη-γ (IFN-γ) και παράγοντα νέκρωσης των όγκων α (TNF-α), κυτταροκίνες που ενεργοποιούν τα μακροφάγα, τα οποία με τη σειρά τους εκκρίνουν ιντερλευκίνη-6 και άλλους παράγοντες (όπως π.χ. IL-1, IL-10, MCP-1, GM-CSF). Η έκκριση προφλεγμονωδών κυτταροκινών επιτείνεται από την ενεργοποίηση και άλλων κυττάρων όπως δενδριτικά και ενδοθηλιακά κύτταρα. Πολλές από τις εκδηλώσεις του CRS μπορούν να εξηγηθούν από τη φυσιολογική δράση των κυτταροκινών αυτών. Η IL-6 φαίνεται να παίζει κεντρικό ρόλο στην εκδήλωση του CRS και η χορήγηση του αναστολέα του υποδοχέα της, tocilizumab, συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση του συνδρόμου. Το CRS μεγάλης βαρύτητας έχει πολλές ομοιότητες με το σύνδρομο ενεργοποίησης του μακροφάγου (MAS) και εκδηλώνεται με πυρετό, υψηλά επίπεδα φερρτίνης και πολυοργανική ανεπάρκεια.

Η δεύτερη σημαντική επιπλοκή των CAR T-cells είναι η εμφάνιση νευρολογικών επιπλοκών, οι οποίες ενδέχεται να απειλήσουν τη ζωή του ασθενούς. Το φάσμα τους ποικίλλει από ήπια κεφαλαλγία και σύγχυση, διαταραχές γραφής, επιληπτικές κρίσεις, μέχρι κώμα και εγκεφαλικό οίδημα. Χρονικά εμφανίζονται είτε παράλληλα με το CRS είτε μετά τη λύση του συνδρόμου. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης τους είναι: Η προϋπάρχουσα νευρολογική νόσος, το φορτίο της νόσου, ιστορικό λεπτομηνιγγικής προσβολής από τη νόσο και προηγηθείσες θεραπείες που στοχεύουν το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Επίσης, η βαρύτητα των νευρολογικών επιπλοκών έχει συσχετιστεί με το βαθμό της λεμφοπενίας και την έκπτυξη των CAR T-κυττάρων. Πειραματικά δεδομένα συνηγορούν ότι ο κύριος παθογενετικός μηχανισμός είναι η βλάβη του αιματοεγκεφαλικού φραγμού και η εισροή κυτταροκινών και ενδεχομένως των ίδιων των CAR T-κυττάρων στο ΚΝΣ. Αναστολή της δράσης της IL-1 με anakinra φαίνεται να προφυλάσσει τα πειραματόζωα από τις νευρολογικές επιπλοκές των CAR T-κυττάρων.

Λέξεις κλειδιά: CAR T κύτταρα, σύνδρομο απελευθέρωσης κυτταροκινών, σύνδρομο ενεργοποίησης μακροφάγου, νευροξικότητα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ

Στέλιος Κόκκορης

Παθολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ.,

Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6946182837

E-mail: skokkoris2003@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σύγχρονη ανοσοθεραπεία των αιματολογικών κακοηθειών μέσω των CAR-T κυττάρων (chimeric antigen receptor-T cells) ανέδειξε καινοφανείς τοξικότητες, με πιο χαρακτηριστικές το σύνδρομο απελευθέρωσης κυτταροκινών (CRS-cytokine release syndrome) και την νευροτοξικότητα (ICANS-immune effector cells associated neurotoxicity syndrome). Το CRS, που είναι μία εκδήλωση του συνδρόμου τριχοειδικής διαφυγής, εκδηλώνεται συνήθως την πρώτη εβδομάδα μετά την έγχυση των κυττάρων, με πυρετό, υποξαιμία και υπόταση που μπορεί να εξελιχθεί σε καταπληξία. Το ICANS εκδηλώνεται συνήθως μετά τη δεύτερη εβδομάδα, με εγκεφαλοπάθεια, πτώση επιπέδου συνείδησης και επιληπτικές κρίσεις. Άλλες χαρακτηριστικές παρενέργειες της συγκεκριμένης θεραπείας είναι η υπογαμμασφαιριναιμία και το σύνδρομο ενεργοποίησης των μακροφάγων.

Κεντρικό ρόλο στη θεραπεία αυτών των καταστάσεων έχει η έγκαιρη διάγνωση και σταδιοποίησή τους, η όσο το δυνατόν γρηγορότερη μεταφορά τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθώς επίσης και η έγκαιρη έναρξη στοχευμένης θεραπείας. Κεντρικό ρόλο στη θεραπεία του συνδρόμου απελευθέρωσης κυτταροκινών κατέχει ο αναστολέας του υποδοχέα της ιντερλευκίνης-6 τοσιλιζουμάμπη, καθώς επίσης και οι υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών. Παρά τον αρχικό φόβο για μείωση του θεραπευτικού αποτελέσματος από τα δύο αυτά φάρμακα, τα μέχρι τώρα δεδομένα δεν επιβεβαιώνουν κάτι τέτοιο. Όσον αφορά την αντιμετώπιση της νευροτοξικότητας, στην πρώτη γραμμή βρίσκονται τα κορτικοστεροειδή σε υψηλές δόσεις και η συμπτωματική αντιμετώπιση του εγκεφαλικού οιδήματος και της επιληπτικής κατάστασης. Η τοσιλιζουμάμπη δεν βοηθάει διότι δεν περνάει τον αιματεγκεφαλικό φραγμό, παρόλα αυτά πρέπει να δίνεται εφόσον συνυπάρχει CRS.

Με τα έως τώρα δεδομένα περίπου το 15 έως 45% των ασθενών που λαμβάνουν αυτή τη θεραπεία θα οδηγηθούν τελικά στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για την αντιμετώπιση

των τοξικών παρενεργειών της, με την πλειοψηφία αυτών να καταφέρνει να τις ξεπεράσει επιτυχώς.

Λέξεις κλειδιά: Λευχαιμία, CAR-Tcells, ανοσοθεραπεία.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΟΥ ΜΕΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ: ΣΥΜΜΑΧΟΙ 'Η ΕΧΘΡΟΙ

Αθανάσιος Παντελής

Χειρουργός, Επιστημονικός Συνεργάτης του Β' Χειρουργικού Τμήματος,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6931410410

E-mail: *ath.pantelis@gmail.com*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εάν η αποκρυπτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος αποτέλεσε την επανάσταση στον τομέα των βιοεπιστημών στο λυκόφως του προηγούμενου αιώνα, η τεχνητή νοημοσύνη συνιστά την επανάσταση που εξελίσσεται στην εποχή μας. Στον όρο-ομπρέλα «τεχνητή νοημοσύνη» υπάγονται έννοιες όπως «μηχανική μάθηση» (machine learning) και «βαθιά μάθηση» (deep learning) και στην πραγματικότητα αποτελούν τα οχήματα μέσω των οποίων ενσωματώνεται η τεχνητή νοημοσύνη στην καθ' ημέραν κλινική πράξη. Οι έννοιες αυτές χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημες, υπάρχει ωστόσο σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ τους: Μία συσκευή ή ένα σύστημα που λειτουργεί με «μηχανική μάθηση» χρησιμοποιεί αλγόριθμους κατασκευασμένους από έναν «προγραμματιστή», ώστε να επεξεργαστεί δεδομένα, να μάθει από αυτά και να λάβει αποφάσεις με βάση το τι έχει μάθει. Απεναντίας, μία μηχανή που λειτουργεί με «βαθιά μάθηση» κατασκευάζει η ίδια αλγόριθμους εκμάθησης σε επίπεδα (ή στρώματα) και λαμβάνει «έξυπνες» αποφάσεις αφ' εαυτής. Οι αλγόριθμοι προκύπτουν από την ανάλυση μαζικών βάσεων δεδομένων (big data), ενώ το σύνολο των διαφορετικών επιπέδων επεξεργασίας (layers) απαρτίζουν αυτό που αποκαλούμε «νευρωνικό δίκτυο». Η «βαθιά μάθηση» αποτελεί υποσύνολο της «μηχανικής μάθησης» στο φάσμα της τεχνητής νοημοσύνης, η οποία προσιδιάζει στον ανθρώπινο τρόπο επεξεργασίας και αξιοποίησης της πληροφορίας. Οι δύο θεμελιώδεις εργασίες σχετικά με την εφαρμογή της «βαθιάς μάθησης» στην κλινική Ιατρική δημοσιεύτηκαν το 2017 και αφορούσαν α) την ανάπτυξη συστημάτων βαθιάς μάθησης (ΣΒΜ) για τη διάγνωση διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας μέσω χρήσης εικόνων

βυθοσκόπησης και σύγκριση της αποτελεσματικότητάς τους με πορίσματα ειδικών (Gulshan και συν. 2016, Shu Wei Ting και συν. 2017) και β) τη χρήση αλγόριθμων βαθιάς μάθησης για τη διάγνωση λεμφαδενικών μεταστάσεων από ιστολογικά παρασκευάσματα σε γυναίκες με καρκίνο μαστού (Ehteshami Bejnordi και συν. 2017). Μετά την επίτευξη ισάξιων ή καλύτερων επιπέδων ευαισθησίας και ειδικότητας σε σύγκριση με τους ανθρώπους-ομολόγους τους, τα ΣΒΜ άρχισαν να επεκτείνονται σε άλλα πεδία: Στην Εντατική Θεραπεία (ταυτοποίηση φαινότυπων σήψης, εξατομίκευση πρωτοκόλλων αντιμετώπισης και ανάπτυξη προγνωστικών μοντέλων), στην Καρδιολογία (π.χ. εξ αποστάσεως διάγνωση ΚΜ, πρόβλεψη επανεισαγωγών σε νοσηλευόμενους με ΣΚΑ), στη Δερματολογία (διάγνωση μελανώματος και μη-μελανωτικού καρκίνου δέρματος με χρήση νευρωνικών δικτύων), στη Νευρολογία (διάγνωση ανευρυσμάτων εγκεφάλου, πιθανότητα εκδήλωσης οργανικού ψυχοσυνδρόμου σε νοσηλευόμενους μέσω ανάλυσης ηλεκτρονικών φακέλων νοσηλείας), στην Ογκολογία (σταδιοποίηση καρκίνου, στόχευση ακτινοθεραπείας, εξατομικευμένη πρόγνωση επιβίωσης από ενάρξεως χημειοθεραπείας), στην Παιδιατρική (π.χ. ανίχνευση περιβαλλοντικής εντεροπάθειας και κοιλιοκάκης), στην Ψυχιατρική (προγνωστικά μοντέλα εκδήλωσης ψύχωσης σε ασθενείς με πρωτοδιάγνωση κατάθλιψης, εξατομικευμένη πρόβλεψη ανταπόκρισης στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία), και στη Χειρουργική (υποβοήθηση στη λήψη αποφάσεων στο τραύμα, διεγχειρητικά μοντέλα λήψης αποφάσεων, εξατομικευμένα πρωτόκολλα εξιτηρίου μετεγχειρητικά). Ασφαλώς, για κάθε καινοτόμο μέθοδο εκφράζονται προβληματισμοί. Για παράδειγμα, δεδομένου ότι τα ΣΒΜ στηρίζονται στην εφαρμοσμένη Στατιστική, εγείρονται ερωτηματικά σχετικά με συστηματικά σφάλματα (bias) που πιθανώς υπεισέρχονται στις συναφείς μελέτες. Επιπλέον, όσον αφορά την επεξεργασία μαζικών πληθυσμιακών βάσεων δεδομένων, δε λαμβάνεται υπόψη ο αποκλεισμός συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων που ενδέχεται να εκδηλωθεί ως συνέπεια της προγνωστικής δύναμης των αλγόριθμων βαθιάς μάθησης, ενώ είναι πρακτικά αβέβαιο αν η προστασία προσωπικών δεδομένων (GDPR) δύναται να διαφυλάξει την ισότιμη πρόσβαση στην υγεία. Τέλος, οι ιατροί σε όλο το φάσμα των ειδικοτήτων θα καλούνται να διαχειριστούν την πληροφορία και όχι το σύμπτωμα, τη νόσο, την εικόνα ή το ιστολογικό παρασκεύασμα. Όπως κάθε ανθρώπινο επίτευγμα, η βαθιά μάθηση δεν είναι εξ ορισμού καλή ή κακή. Ο τρόπος με τον οποίο καλούμαστε να την αξιοποιήσουμε είναι το κλειδί για την εδραίωσή της προς όφελος των ασθενών μας και της προόδου της επιστήμης.

Λέξεις κλειδιά: Τεχνητή νοημοσύνη, μηχανική μάθηση, βαθιά μάθηση, μαζικές πληθυσμιακές βάσεις δεδομένων, νευρωνικά δίκτυα.

Σύνδρομο μετά τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας: Ξεδιπλώνοντας το πρόβλημα και προτείνοντας λύσεις

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘ (PICS)

Γεώργιος Σιδηράς, MSc, PhD,

Νοσηλευτής Τ.Ε., Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6947832131

E-mail: gsdiras@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία 15 χρόνια παρατηρείται σημαντική αύξηση των εισαγωγών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) με παράλληλη αύξηση της βαρύτητας των περιστατικών που νοσηλεύονται σε αυτή. Σε αντίθεση με τα παραπάνω, έχουμε σημαντική αύξηση του αριθμού των ασθενών που επιβιώνουν και εξέρχονται από τη ΜΕΘ. Μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ ένας αριθμός ασθενών επιστρέφουν στο γνωσιακό και λειτουργικό επίπεδο που είχαν πριν την είσοδο τους σε αυτή ενώ από την άλλη ένα μεγάλο μέρος παρουσιάζει σημαντικές γνωσιακές, λειτουργικές και ψυχολογικές διαταραχές για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μετά. Ο όρος που έχει επικρατήσει για να εκφράσει το συνδυασμό των γνωσιακών, λειτουργικών και ψυχολογικών διαταραχών που οφείλονται στη νοσηλεία στη ΜΕΘ, εμφανίζονται μετά την έξοδο από αυτή και αφορά τόσο τους ασθενείς όσο και τις οικογένειές τους, είναι σύνδρομο μετά τη ΜΕΘ (Post Intensive Care Syndrome-PICS).

Αν και το ενδιαφέρον των ερευνητών τα τελευταία χρόνια είναι μεγάλο, η κατανόηση του προβλήματος είναι περιορισμένη. Αυτό οφείλεται στο μικρό δείγμα των μελετών, καθώς και στο μεγάλο αριθμό των μέσων αξιολόγησης τα οποία δεν είναι πάντα τα κατάλληλα για την ιδιαίτερη ομάδα των ασθενών της ΜΕΘ. Επίσης, περιορισμένα είναι τα δεδομένα των μελετών για την πριν την είσοδο στη ΜΕΘ κατάσταση των ασθενών, τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο, καθώς, όπως φαίνεται από μελέτες, η κατάσταση των ασθενών πριν την είσοδο στη ΜΕΘ αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης των διαταραχών μετά την έξοδο τους από αυτή. Τέλος, οι περισσότερες μελέτες περιορίζονται σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών όπως στους ασθενείς με ARDS και σήψη,

ενώ λίγες μελέτες έχουν ασχοληθεί με το συνολικό πληθυσμό της ΜΕΘ και την πολυπλοκότητα που τον χαρακτηρίζει.

Η αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος έγκειται στην πρόληψη και στον περιορισμό παραγόντων κινδύνου, όπως αποδέσμευση από το μηχανικό αερισμό όσο νωρίτερα γίνεται, περιορισμό της καταστολής και ειδικότερα της χρήσης βενζοδιαζεπινών, πρώιμη κινητοποίηση με χρήση μέσων της σύγχρονης τεχνολογίας, ενώ σημαντική είναι η έγκαιρη αναγνώριση και πρόληψη του παραληρήματος. Επίσης, καθώς η αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου είναι πολυπαραγοντική, σημαντική φαίνεται να είναι η διεπιστημονική προσέγγιση του προβλήματος. Ο συνδυασμός της λειτουργίας μιας διεπιστημονικής ομάδας, με τη χρήση των νέων τεχνολογιών και τη διαμόρφωση μιας νέας κουλτούρας με προτεραιότητα τον ασθενή και την έγκαιρη αναγνώριση των αναγκών και των προβλημάτων του, θα μπορέσει να φέρει σημαντικά θετικά αποτελέσματα τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα.

Λέξεις κλειδιά: ΜΕΘ, σύνδρομο μετά τη ΜΕΘ, αποκατάσταση, διαταραχές μετά τη ΜΕΘ.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘ

Ειρήνη Πατσάκη, MSc, PhD,

Φυσικοθεραπεύτρια, Γραφείο Φυσικοθεραπευτών, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»,

Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6942064363

E-mail: ipatsaki@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία σαράντα χρόνια έχουν σημειωθεί ριζικές αλλαγές στην παροχή ιατρικής φροντίδας σε ασθενείς που υποφέρουν από οξείες και απειλητικές για τη ζωής τους καταστάσεις. Η αλματώδης ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση του ποσοστού επιβίωσης του βαρέως πάσχοντος ασθενούς. Υπάρχει μια διαρκής και μεθοδευμένη προσπάθεια από την επιστημονική κοινότητα να διερευνηθούν σε βάθος οι συνέπειες της νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), όπως αυτές αναγνωρίστηκαν σε υψηλά ποσοστά στους επιβιώσαντες της κρίσιμης νόσου, αλλά και να βρεθεί η κατάλληλη θεραπείας τους.

Ο όρος «Σύνδρομο Μετά τη ΜΕΘ» έρχεται να υπογραμμίσει το ευρύ φάσμα των επιπλοκών της ΜΕΘ, αλλά και την ανάγκη μιας διεπιστημονικής προσέγγισης. Η μυϊκή αδυναμία και η έκπτωση της λειτουργικότητας αποτελούν τις πιο βασικές επιπλοκές εκ του μυοσκελετικού συστήματος. Η αποκατάστασή τους αποτελεί μία δυναμική διαδικασία κατά την οποία ο ασθενής αξιολογείται σε εβδομαδιαία βάση και οι θεραπευτικοί στόχοι επαναπροσδιορίζονται.

Υπάρχει μια διαρκής προσπάθεια να διερευνηθεί ο ρόλος ενός συστηματικού προγράμματος κινησιοθεραπείας στην φυσική κατάσταση του βαρέως πάσχοντος. Μετά την έξοδο από την ΜΕΘ και εφόσον η οξεία φάση της κρίσιμης νόσου έχει παρέλθει, ο βαρέως πάσχων μπορεί να ενταχθεί σε πρόγραμμα αποκατάστασης αναλόγως των δυνατοτήτων του και της γενικότερης κατάστασης της υγείας του. Η παρέμβαση συνήθως περιλαμβάνει είτε ασκήσεις ενδυνάμωσης, είτε ασκήσεις αντοχής μέσω βάδισης και χρήση σκάλας ή με τη χρήση κυκλοεργόμετρου, είτε ασκήσεις λειτουργικότητας. Επιπρόσθετα, διερευνάται η αποτελεσματικότητα του συνδυασμού άσκησης και διατροφής, καθώς και άσκησης και εφαρμογής ηλεκτρονευρομυϊκού ερεθισμού στη βελτίωση της μυϊκής ισχύος.

Καθώς οι νέες τεχνολογίες μπαίνουν δυναμικά στο χώρο της αποκατάστασης, την τελευταία πενταετία έχουμε ακόμα και τη χρήση της εικονικής πραγματικότητας και των πλεονεκτημάτων που προσφέρει έναντι των συμβατικών μεθόδων άσκησης.

Ο βαρέως πάσχων ασθενής είναι ένας πολύ ιδιαίτερος καθώς μπορεί να συνδυάσει όλο το φάσμα των επιπλοκών από τη παραμονή σε ΜΕΘ σε διαφορετική κλίμακα και χρειάζεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης, το οποίο θα πρέπει να επαναπροσδιορίζεται σε τακτά χρονικά διαστήματα ανάλογα με την εξέλιξη που ο ίδιος έχει και να ξεκινάει άμεσα ακόμα και μέσα από τη ΜΕΘ. Σημαντικό ρόλο σε αυτήν την προσπάθεια έχει και το συγγενικό περιβάλλον το οποίο θα πρέπει να το συμπεριλάβουμε στην όλη διαδικασία και να γίνει αρωγός αυτής της προσπάθειας.

Λέξεις κλειδιά: Αποκατάσταση, μυϊκή αδυναμία, βαρέως πάσχων, λειτουργικότητα, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Πολυξένη Μαγγούλια, MSc, PhD,

Νοσηλεύτρια Π.Ε., Διασυνδετική Ψυχιατρική,

Εξωτερικό Ιατρείο Ψυχιατρικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041194

E-mail: pmangoulia@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο αριθμός των ατόμων που έχουν κάποιο μέλος της οικογένειάς τους νοσηλευόμενο σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) έχει αυξηθεί σημαντικά, λόγω της αυξημένης χρήσης της ΜΕΘ τα τελευταία χρόνια για διάφορους λόγους. Συνεπώς, οι δυσμενείς σωματικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που βιώνει η οικογένεια εξαιτίας της εισαγωγής ενός μέλους της σε ΜΕΘ θα συνεχίσουν να αυξάνονται. Το σύνδρομο μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια (post intensive care syndrome-family-PICS-F), αναφέρεται στην εμφάνιση ή επιδείνωση μιας νοητικής ή ψυχικής διαταραχής μετά την εισαγωγή ενός αγαπημένου προσώπου σε ΜΕΘ και η οποία παραμένει μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Σκοπός: Η μελέτη και σφαιρική παρουσίαση του συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια και συγκεκριμένα οι παράγοντες κινδύνου, οι συνέπειες, η διάγνωση, η πρόληψη και η θεραπεία.

Υλικό και Μέθοδος: 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: ΜΕΘ, οικογένεια, σύνδρομο μετά τη ΜΕΘ (PICS), σύνδρομο μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια (PICS-F).

Αποτελέσματα: Το PICS-F μπορεί να ξεκινήσει από μια πραγματική ή νομιζόμενη απειλή της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας ενός αγαπημένου μέλους της οικογένειας που νοσηλεύεται σε ΜΕΘ. Το PICS-F μπορεί να συμπεριλαμβάνει άγχος, οξεία διαταραχή στρες, μετατραυματικό στρες, κατάθλιψη και επιπλεγμένο πένθος. Τα συμπτώματα μπορεί να αφορούν στο σώμα, στις σκέψεις, στα συναισθήματα ή στη νόηση και μπορεί να επηρεάσουν ολόκληρη την οικογένεια ή ακόμα και την εργασία του ατόμου που τα βιώνει. Το συγκεκριμένο άτομο μπορεί να έχει κάποια συμπτώματα όσο νοσηλεύεται κάποιος

αγαπημένος στη ΜΕΘ, αλλά η διάγνωση του PICS-F τυπικά προϋποθέτει να παραμείνει η συμπτωματολογία ένα μήνα τουλάχιστον μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Κάποιοι από τους παράγοντες κινδύνου που έχουν καταγραφεί περιλαμβάνουν την ηλικία του ασθενούς, την σχέση με τον ασθενή, την προηγούμενη εμπειρία με ΜΕΘ, τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη, τη διάρκεια της νοσηλείας σε ΜΕΘ και τη μη ικανοποίηση των αναγκών αυτοφροντίδας και επικοινωνίας.

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας και οι συγγενείς των ασθενών είναι σημαντικό να είναι ενημερωμένοι για το PICS-F, προκειμένου να υπάρξει πρόληψη ή τουλάχιστον έγκαιρη παρέμβαση και θεραπεία.

Λέξεις κλειδιά: ΜΕΘ, οικογένεια, σύνδρομο μετά τη ΜΕΘ (PICS), σύνδρομο μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια (PICS-F).

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου

Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ., Α΄ Καρδιολογικό Τμήμα

και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041456

E-mail: kontriad@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αγγειογραφία των στεφανιαίων αρτηριών (στεφανιογραφία) είναι η βασική μέθοδος απεικόνισης για την εξακρίβωση της στεφανιαίας ανατομίας και την καθοδήγηση των διαδερμικών στεφανιαίων παρεμβάσεων (PCI, percutaneous coronary intervention). Οι μέθοδοι ενδοστεφανιαίας απεικόνισης είναι κυρίως το ενδοστεφανιαίο υπερηχογράφημα (IVUS, intravascular ultrasound) και η οπτική συνεκτική τομογραφία (OCT, optical coherence tomography). Έναντι της απλής διδιάστατης σκιαγράφησης του αρτηριακού αυλού που προσφέρει η στεφανιογραφία τα IVUS και OCT μπορούν να προσφέρουν πολύτιμες επιπλέον πληροφορίες (π.χ. τα δομικά χαρακτηριστικά, το μέγεθος και τα όρια της αθηρωματικής πλάκας, τις ακριβείς διαστάσεις του αγγειακού αυλού, τη σωστή ή μη εμφύτευση stent, κ.λ.π.) που βοηθούν στη βελτιστοποίηση του τεχνικού αποτελέσματος των PCI. Η ενδοστεφανιαία απεικόνιση προεπεμβατικά με τη μέτρηση των διαστάσεων του αυλού και του αγγειακού τοιχώματος και παράλληλη κατανόηση των χαρακτηριστικών της αθηρωματικής πλάκας μπορεί να καθοδηγήσει καλύτερα τη στρατηγική της PCI και την σωστή επιλογή stent. Μετεπεμβατικά μπορεί να αξιολογηθεί η ποιότητα της εμφύτευσης των stent και αν χρειαστεί να ληφθούν μέτρα βελτιστοποίησης του αποτελέσματος. Υπάρχουν αρκετά δεδομένα από μελέτες αναδρομικές και τυχαιοποιημένες, καθώς και μεταναλύσεις που δείχνουν ότι η χρήση των τεχνικών ενδοστεφανιαίας απεικόνισης δεν βελτιώνει μόνο το άμεσο τεχνικό αποτέλεσμα των PCI αλλά επιπλέον και την απώτερη κλινική έκβαση. Πρόσφατα δημοσιεύτηκαν διεθνή άρθρα ομοφωνίας ειδικών (expert consensus documents) που συγκεντρώνουν τα δεδομένα που υποστηρίζουν την χρήση τους

και περιγράφουν με λεπτομέρειες τις ενδείξεις και τον τρόπο αξιοποίησής τους για την καθοδήγηση PCI. Παρά τα ανωτέρω δεδομένα η χρήση των τεχνικών αυτών παραμένει περιορισμένη στην καθημερινή πράξη και είναι γεωγραφικά ετερογενής, κάτι που έχει σχέση με τους περιορισμούς που τις συνοδεύουν και κυρίως είναι η αύξηση της διάρκειας και του κόστους των επεμβάσεων, καθώς και η έλλειψη γενικευμένης εξοικείωσης με τη χρήση τους. Τα τελευταία χρόνια τα IVUS και OCT παρουσίασαν σημαντική πρόοδο όσον αφορά την αποτελεσματικότητα τους (καλύτερη ανάλυση και λεπτομέρεια απεικόνισης) και την ταχύτητα χρήσης τους (ταχύτερη λήψη εικόνων, αυτοματοποιημένες μετρήσεις αγγειακού αυλού και αθηρωματικού φορτίου, παράλληλη απεικόνιση με την στεφανιογραφία, κ.λ.π.) και σε συνδυασμό με τα δεδομένα των μελετών οδήγησε σε κάποια αύξηση της χρήσης τους για επιλεγμένα περιστατικά. Η συνεχής βελτίωση της τεχνολογίας τους αναμένεται να τις καταστήσει ακόμα περισσότερο εύκολες και αποτελεσματικές στη χρήση και να αυξήσει ακόμα περισσότερο τη διείσδυσή τους στην κλινική πράξη.

Λέξεις κλειδιά: Ενδοστεφανιαία απεικόνιση, ενδοστεφανιαίο υπερηχογράφημα (IVUS), οπτική συνεκτική τομογραφία (OCT), διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI).

Καρδιονεφρικό σύνδρομο

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΥ

Γλυκερία Τσούκα

Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ.,

Νεφρολογικό Τμήμα «Αντώνιος Μπίλλης», Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977643926

E-mail: tsoukagly@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι γνωστό ότι η λειτουργία των νεφρών και της καρδιάς συνδέονται άρρηκτα και οποιαδήποτε διαταραχή του ενός οργάνου έχει αντίκτυπο στο άλλο. Τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκε στη βιβλιογραφία ο όρος καρδιονεφρικό σύνδρομο (ΚΝΣ) που περιλαμβάνει όλες τις παθοφυσιολογικές διαταραχές της καρδιάς και των νεφρών, όπου η οξεία ή χρόνια δυσλειτουργία του ενός οργάνου είναι δυνατόν να προκαλέσει οξεία ή χρόνια δυσλειτουργία του άλλου. Η ταξινόμηση του καρδιονεφρικού συνδρόμου είναι η εξής: ΚΝΣ τύπου Ι (Οξύ καρδιονεφρικό σύνδρομο): Οξεία έκπτωση καρδιακής λειτουργίας που οδηγεί σε οξεία νεφρική βλάβη (π.χ. καρδιογενές shock), ΚΝΣ τύπου ΙΙ (Χρόνιο καρδιονεφρικό σύνδρομο): Χρόνιες διαταραχές καρδιάς που οδηγούν σε χρόνια νεφρική νόσο (π.χ. χρόνια συμφ. καρδιακή ανεπάρκεια), ΚΝΣ τύπου ΙΙΙ (Οξύ νεφροκαρδιακό σύνδρομο): Οξεία έκπτωση νεφρικής λειτουργίας που οδηγεί σε οξεία καρδιακή διαταραχή. (π.χ. οξεία νεφρική ισχαιμία ή σπειραματονεφρίτιδα που οδηγεί σε καρδιακή ανεπάρκεια, ή ισχαιμία κλπ), ΚΝΣ τύπου IV (Χρόνιο νεφροκαρδιακό σύνδρομο): Χρόνια νεφρική νόσος (χρόνια σπειραματική ή σωληναριακή διαταραχή) που οδηγεί σε χρόνια διαταραχή καρδιάς (υπερτροφία, ισχαιμία κλπ), ΚΝΣ τύπου V (Δευτεροπαθές καρδιονεφρικό σύνδρομο): Συστηματικές καταστάσεις (π.χ. ΣΔ, σήψη, ΑΥ) που οδηγούν σε ταυτόχρονη βλάβη καρδιάς και νεφρών. Στην παθογένεια του συνδρόμου εμπλέκονται σύνθετοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που ξεκινούν από την ελάττωση δραστικού όγκου λόγω της μειωμένης

καρδιακής παροχής. Η ακόλουθη κινητοποίηση νευροορμονικών μηχανισμών κατακράτησης άλατος και νερού (σύστημα ΡΑΑ, συμπαθητικό σύστημα) προκαλούν φλεβική συμφόρηση και αύξηση της πίεσης στο φλεβικό σκέλος των νεφρικών αγγείων και στο διάμεσο ιστό του των νεφρών. Στις καταστάσεις όπου το πρώτο πάσχον όργανο είναι ο νεφρός, οι διαταραχές είναι παρόμοιες. Δηλαδή, η νεφρική βλάβη επιφέρει ενεργοποίηση των ίδιων νευρο-ορμονικών μηχανισμών, μείωση νεφρικών αιμοδυναμικών λειτουργιών, μείωση σπειραματικής διήθησης, κατακράτηση νατρίου και νερού, αύξηση του προφορτίου και της αριστεράς τελοδιαστολικής πίεσης, συμφόρηση, πνευμονικό οίδημα και καρδιακή βλάβη. Η ενδοθηλιακή βλάβη οδηγεί σε αύξηση έκκρισης κυτταροκινών και σε περαιτέρω ενεργοποίηση του παλίνδρομου κύκλου βλάβης των οργάνων.

Η θεραπεία του καρδιονεφρικού συνδρόμου περιλαμβάνει μείωση του προφόρτιου με διουρητικά της αγγύλης ή/και θειαζιδικά διουρητικά και ανταγωνιστές των υποδοχέων της αλδοστερόνης, αναστολείς του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης, ινότροπα για τόνωση της καρδιακής λειτουργίας, αγγειοδιασταλτικά, ειδική αντιμετώπιση της υποκείμενης νεφρικής διαταραχής όπου αυτό είναι δυνατό και εάν χρειαστεί, συνεχή υπερδιήθηση (ξηρά αιμοκάθαρση) ή εξωνεφρική κάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού όταν η χρόνια νεφρική νόσος είναι τελικού σταδίου.

Λέξεις κλειδιά: Καρδιονεφρικό σύνδρομο, καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια νεφρική νόσος.

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ

Ιωάννης Λακουμέντας[1], Αντώνιος Σιδέρης[2]

[1]Καρδιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,

[2]Καρδιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος,

Καρδιολογικό Τμήμα Β', Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Ι. Λακουμέντας

Τηλ.: 6946331134

E-mail: johnlakoumentas@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το καρδιονεφρικό σύνδρομο αποτελεί παθολογική κατάσταση κατά την οποία οξεία ή χρόνια βλάβη της καρδιάς προκαλεί οξεία ή χρόνια βλάβη στους νεφρούς και αντιστρόφως. Η ταξινόμηση του συνδρόμου γίνεται σε 5 τύπους, χωρίς ωστόσο αυτή να είναι απόλυτη και να αποκλείει τη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων τύπων ταυτόχρονα. Υπάρχει ακόμα και η ολιστική, ενωτική θεώρηση του κοινού παθοφυσιολογικού μηχανισμού πρόκλησης και επίτασης της βλάβης των δύο οργάνων. Για τη διάγνωση του συνδρόμου έχουν χρησιμοποιηθεί, από την πλευρά του καρδιολόγου, βιοδείκτες (νατριουρητικά πεπτίδια, τροπονίνες υψηλής ευαισθησίας, κρεατινική κινάση, ST2, Galectin-3) και απεικονιστικά μέσα καρδιακής δυσλειτουργίας και εκτίμησης ενδαγγειακού όγκου (υπερηχογράφημα, MRI καρδιάς). Η κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών αλληλεπίδρασης και διαταραχής της καρδιακής και νεφρικής λειτουργίας (αιμοδυναμικοί, νευροορμονικοί, φλεγμονώδεις παράγοντες) οδηγεί στην εφαρμογή των καλύτερων μεθόδων αντιμετώπισης στην καθημερινή πράξη, με τη συνεργασία κυρίως καρδιολόγων και νεφρολόγων. Η συνεισφορά του καρδιολόγου είναι ιδιαίτερα έκδηλη στους τύπους 1 και 2, όπου η οξεία και η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια αντίστοιχα, είναι οι πρωταρχικές εκδηλώσεις του συνδρόμου. Στη θεραπεία του τύπου 1 καρδιονεφρικού συνδρόμου (οξεία καρδιακή ανεπάρκεια οδηγεί σε οξεία νεφρική βλάβη) χρειάζεται πρωτίστως αποσυμφόρηση της κυκλοφορίας με τη χρήση διουρητικών τύπου αγκύλης και σε πολύ μικρότερο βαθμό με υπερδιήθηση. Ουδέτερη, επιβλαβή ή άγνωστη δράση έδειξαν νευροορμονοτροποποιητικές αγωγές (ανταγωνιστές βαζοπρεσσίνης όπως η τολβαπτάνη και ανασυνδυασμένα νατριουρητικά πεπτίδια όπως η νεσιριτίδη), καθώς και η ινότροπη φαρμακευτική υποστήριξη (κυρίως η ντοπαμίνη). Στον τύπο 2 (χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια οδηγεί σε

χρόνια νεφρική βλάβη) οι αναστολείς του άξονα ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης (κυριότερος εκπρόσωπος η εναλαπρίλη) έχουν τεκμηριώσει την καρδιονεφρική τους προστασία, ενώ ο συνδυασμός αναστολέα του άξονα με αναστολέα της διάσπασης του BNP (σαγκουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη και ομαπατριλάτη) έχει δείξει ανώτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τη μονοθεραπεία. Δεδομένη θεωρείται και η προσθήκη β-αναστολέων (βισοπρολόλη, μετοπρολόλη παρατεταμένης αποδέσμευσης, καρβεδιλόλη) και ανταγωνιστών αλδοστερόνης (σπειρονολακτόνη, επλερενόνη), που έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους σε βελτίωση συμπτωμάτων, νοσηλειών και επιβίωσης. Παρ' όλα αυτά, τα παραπάνω φάρμακα αποκλείστηκαν στις μεγάλες μελέτες σε ασθενείς με προχωρημένη νεφρική νόσο, κάτι που καθιστά επιβεβλημένη την ένταξη ασθενών με νεφρική νόσο σταδίου 4 και 5 στις επερχόμενες μελέτες. Επιπρόσθετα η εμφύτευση αμφικοιλιακού βηματοδότη-απινιδωτή αποτελεί χρήσιμη θεραπεία από καρδιολογικής πλευράς, σε επιλεγμένες ομάδες ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Καρδιονεφρικό σύνδρομο, καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια.

ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΙ ΝΕΟ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ;

Βασιλική Α. Γκουρμπαλή

Νευρολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ.,

Νευρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041406, 6945500823

Email: vanessagourbali@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αιφνίδια απώλεια κάποιας εγκεφαλικής λειτουργίας μπορεί να είναι κλινική εκδήλωση ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΙΑΕΕ). Σε κάθε ασθενή που φτάνει στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών με αυτή τη συμπτωματολογία, πρέπει να γίνεται πλην της νευρολογικής εκτίμησης, μία σειρά από εξετάσεις (αιματολογικές και απεικονιστικές), προκειμένου να αποκλεισθεί ή να διαγνωσθεί ένα ΙΑΕΕ. Από τη στιγμή δε που μπαίνει η διάγνωση, πρέπει να εφαρμόζονται μία σειρά από μέτρα της οξείας φάσης αντιμετώπισης του επεισοδίου. Μόλις εξασφαλιστεί η διαφύλαξη των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς και εφόσον έχει προσέλθει στο ΤΕΠ μέσα στο θεραπευτικό «παράθυρο» των 4.5 ωρών και δεν υπάρχουν αντενδείξεις, η ενδοφλέβια χορήγηση αλτεπλάσης πρέπει να γίνεται το συντομότερο δυνατόν προκειμένου να αποκατασταθεί η αιματική ροή στην περιοχή του εγκεφάλου που ισχαιμεί και δεν έχει νεκρωθεί ακόμη. Οι βασικές αρχές-ενδείξεις για την θρομβολυτική αγωγή συνολικά παραμένουν σταθερές και αφορούν-πλην του χρονικού παραθύρου των 3 έως 4.5 ωρών-στο να υπάρχει ένα εμμένον σημαντικό νευρολογικό έλλειμμα, να είναι δυνατή η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης (συστολική <185 mmHg και διαστολική <110 mmHg), να γίνεται εκτίμηση του επιπέδου του σακχάρου στο αίμα και στην αξονική εγκεφάλου να μην υπάρχει αιμορραγία ή άλλη αντένδειξη. Η αναθεώρηση των κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαχείριση της οξείας φάσης του ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου από την American Heart Association και από την American Stroke Association τον Νοέμβριο του 2019, τροποποιεί μερικώς τα κριτήρια εντάξεως ή αποκλεισμού στο πρωτόκολλο της θρομβολυτικής αγωγής. Αφορά δε, κυρίως στη βαρύτητα του επεισοδίου και την αναπηρία που προκαλεί, σε απεικονιστικά ευρήματα

προηγούμενων του επεισοδίου εξετάσεων και στη λήψη αντιπηκτικών. Η διενέργεια θρομβόλυσης στο συντομότερο χρονικό διάστημα από την εγκατάσταση των συμπτωμάτων, δίνει την πιθανότητα να μειωθεί η υπολειμματική σημειολογία και συνεπώς ο βαθμός αναπηρίας του ασθενούς συνεπεία του ΙΑΕΕ.

Λέξεις κλειδιά: Ισχαιμικό, θρομβόλυση, οξεία φάση, θεραπεία.

ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΙ ΝΕΟ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΩΟΕΙΔΟΥΣ ΤΡΗΜΑΤΟΣ;

Ιωάννης Α. Χαβελές[1], Κωνσταντίνος Γ. Κάππος[2],

[1]Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., [2]Καρδιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος, Καρδιολογικό Τμήμα Α' και Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Ι. Α. Χαβελές

Τηλ.: 2132041457

E-mail: giachaveles@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το **ανοικτό ωοειδές τρήμα** ή **PFO** (patent foramen ovale) είναι μια δομή που μοιάζει με τούνελ, ανάμεσα στο πρωτογενές και δευτερογενές μεσοκολπικό διάφραγμα που στο 75% των ανθρώπων συγκλείεται κατά τη γέννηση. Μπορεί να συνυπάρχει με μεσοκολπικά ανευρύσματα, με παραμονή ευσταχιανής βαλβίδας και με δίκτυο Chiari. Το PFO δεν αποτελεί από μόνο του παθολογικό εύρημα, έχει όμως συσχετιστεί με κρυπτογενή ισχαιμικά επεισόδια προδιαθέτοντας σε παράδοξη εμβολή R→L, ή δημιουργώντας in situ θρόμβους. Περίπου 25-30% των ισχαιμικών επεισοδίων είναι κρυπτογενή και υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αυτών και της ύπαρξης PFO. Βέβαια για να θεωρηθεί ένα ισχαιμικό επεισόδιο κρυπτογενές, πρέπει να έχουν αποκλειστεί όλα τα άλλα πιθανά αίτια (κολπική μαρμαρυγή, υπερπηκτικότητα, νόσος καρωτίδων και αορτής). Η θεωρία της παράδοξης εμβολής μέσω του PFO μπορεί να αποτελεί αιτία «ανεξήγητων» τέτοιων επεισοδίων. Υπάρχουν πολλές συσκευές σύγκλεισης οι περισσότερες από αυτές έχουν τη μορφή διπλής ομπρέλας. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες συσκευές είναι οι Amplatzer® PFO Occluder, Helex®, Solysafe® SeptalOccluder, Occlutech ASD device and Cardiac devices. Τα αποτελέσματα της χρήσης των συσκευών σύγκλεισης παρουσιάστηκαν σε τρείς τυχαιοποιημένες μελέτες (RESPECT, CLOSURE και PC Trial). Αυτές ανέδειξαν αμφιλεγόμενα αποτελέσματα όσον αφορά το σκέλος της ελάττωσης επανεμφάνισης ισχαιμικών επεισοδίων, σε σχέση με τη φαρμακευτική θεραπεία. Σε μετα-ανάλυση, μετά 5.9 έτη παρακολούθησης των ασθενών της μελέτης RESPECT, ανεδείχθη ελάττωση, αλλά όχι ικανοποιητική εξάλειψη, της πιθανότητας νέου ισχαιμικού επεισοδίου σε σύγκριση με τη φαρμακευτική θεραπεία. Σίγουρα απαιτούνται περισσότερες τυχαιοποιημένες μελέτες, με

μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και μεγαλύτερο χρόνο παρακολούθησης, για να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα. Όσον αφορά την **αντιπηκτική αγωγή στο PFO** μια προκαθορισμένη ανάλυση υποομάδων μιας τυχαιοποιημένης μελέτης δεν έδειξε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών φαρμάκων στη δευτεροπαθή πρόληψη των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Ωστόσο, μέχρι σήμερα, τα αποδεικτικά στοιχεία αφήνουν το ερώτημα αναπάντητο. Οι περισσότερες κλινικές μελέτες στις οποίες μετείχαν ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ και PFO έχουν επικεντρωθεί στη σύγκλειση με συσκευή έναντι της φαρμακευτικής θεραπείας. Λιγότερες μελέτες έχουν συγκρίνει την αντιπηκτική έναντι της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. Οι ερευνητές διεξήγαγαν μια προκαθορισμένη ανάλυση υποομάδων μιας μεγάλης κλινικής μελέτης (NAVIGATEESUS) που συνέκρινε τη χορήγηση ριβαροξαμπάνη σε σχέση με την ασπιρίνη σε ασθενείς με εμβολικό εγκεφαλικό επεισόδιο άγνωστης πηγής (ESUS). Από τα 7.213 άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη, 6.884 υποβλήθηκαν σε διαθωρακική και 1.382 υποβλήθηκαν σε διοισοφάγειο ηχωκαρδιογραφία. Συνολικά PFO βρέθηκε στο 7,4% των ασθενών. Οι ασθενείς με PFO που τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν ριβαροξαμπάνη είχαν στατιστικώς μη σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με εκείνους που έλαβαν ασπιρίνη. Ωστόσο, όταν συμπληρωματικά δεδομένα από δύο άλλες μελέτες (PICSS και CLOSE) συμπεριλήφθηκαν σε μια μετα-ανάλυση, η αντιπηκτική αγωγή συνδυάστηκε με σημαντικά μειωμένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σε σύγκριση με την αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία. Περισσότερες τυχαιοποιημένες μελέτες αναμένονται να δώσουν περισσότερα στοιχεία.

Λέξεις κλειδιά: Αντιπηκτική αγωγή, κρυπτογενές ΑΕΕ, σύγκλειση ανοικτού ωοειδούς τρήματος (PFO).

ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΙ ΝΕΟ ΣΤΗΝ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ;

Ευγενία Μαυροκεφάλου

Παθολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ.,

Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945426732

E-mail: evgmav@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν διεθνώς την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου και ταυτόχρονα την πιο συχνή αιτία μόνιμης αναπηρίας. Παγκοσμίως η ετήσια επίπτωση των Α.Ε.Ε. εκτιμάται ότι φθάνει τα 300 περιστατικά ανά 100000 άτομα του γενικού πληθυσμού. Στην Ευρώπη πεθαίνουν από ΑΕΕ περίπου 650000 άτομα κάθε χρόνο. Συνήθως προσβάλλονται άτομα άνω των 50 ετών και άντρες συχνότερα από τις γυναίκες. Στην Ελλάδα η θνησιμότητα φθάνει στις 130 περιπτώσεις ανά 100000 πληθυσμού. Το ΑΕΕ ταξινομείται ανάλογα με την παθογένειά του σε δυο μεγάλες κατηγορίες: Αιμορραγικού και ισχαιμικού τύπου. Το 20% των ΑΕΕ είναι αιμορραγικού τύπου και περίπου το 80% ισχαιμικού τύπου. Παρότι το ισχαιμικό επεισόδιο αποτελεί το πιο συνηθισμένο τύπο ΑΕΕ, εντούτοις η αιτιοπαθολογία του διαφέρει. Τα ΑΕΕ ισχαιμικού τύπου διακρίνονται σε: Θρομβωτικό, εμβολικό, κενοτοπιώδες, αγνώστου αιτιολογίας, παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο (ΠΙΕ) και ΑΕΕ λόγω συστηματικής χαμηλής ροής αίματος. Οι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου είναι η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα και η κληρονομικότητα. Οι πιο σημαντικοί τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου είναι η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία, η κολπική μαρμαρυγή, ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα, η στένωση των καρωτίδων, η κατανάλωση αλκοόλ, και η παχυσαρκία.

Η εφαρμογή υγιεινοδιαιτητικών μέτρων και η θεραπεία με στατίνες μπορεί να οδηγήσει στην πρόληψη ΑΕΕ και καρδιαγγειακών συμβαμάτων, στη μείωση της θνησιμότητας σε ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο (δευτερογενής πρόληψη), καθώς και στην πρόληψη εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με παράγοντες κινδύνου (πρωτογενής πρόληψη). Οι στατίνες είναι η θεραπεία εκλογής, με βάση ενδείξεις από πολλές και μεγάλες κλινικές μελέτες, αφού οι ασθενείς με ΑΕΕ εμπίπτουν στην ομάδα του πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου (στεφανιαία νόσος και ισοδύναμα), όπου και απαιτείται άμεσα εντατική τροποποίηση του τρόπου ζωής και έναρξη υπολιπιδαιμικής

αγωγής με στατίνη. Ο στόχος της θεραπείας στην περίπτωση αυτή είναι η μείωση της LDL σε επίπεδα μικρότερα του 50% από τα αρχικά και σε τιμές κάτω του 55 mg/dl. Επιβεβλημένη σε αυτούς τους ασθενείς είναι η προσθήκη εζετιμίμπης, εφόσον δεν επιτευχθεί ο στόχος της LDL με αγωγή με στατίνη. Η προσθήκη αναστολέων της PCSK9 αποτελεί μια επιλογή, ωστόσο στη χώρα μας η χρήση τους περιορίζεται σε α) ενήλικες ασθενείς με πρωτοπαθή υπερχοληστερολαιμία (ετερόζυγη οικογενή και μη οικογενή) ή μεικτή δυσλιπιδαιμία ως συμπληρωματική θεραπεία στη δίαιτα, β) σε συνδυασμό με μία στατίνη ή στατίνη και άλλες υπολιπιδαιμικές θεραπείες σε ασθενείς που δεν μπορούν να επιτύχουν το στόχο για την LDL χοληστερόλη υπό θεραπεία με τη μέγιστη ανεκτή δόση στατίνης, ή γ) σε ασθενείς οι οποίοι έχουν δυσανεξία στις στατίνες ή στους οποίους η χορήγηση στατίνης δεν θεωρείται κατάλληλη.

Λέξεις κλειδιά: Δυσλιπιδαιμία, ΑΕΕ, στατίνες, πρόληψη.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΡΗΞΗ ΣΠΛΗΝΟΣ

Παναγιώτης Θεοδωρόπουλος

Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Β' Χειρουργικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6938289734

E-mail: pantheo335@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μη τραυματική ή αυτόματη ρήξη σπληνός είναι μία σπάνια αλλά δυνητικά πολύ επικίνδυνη κατάσταση. Η καθυστερημένη διάγνωση, σε συνδυασμό με τη βαρύτητα της υποκείμενης παθολογίας ή και τις συννοσηρότητες του ασθενούς, αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου. Η σπληνεκτομή κρίνεται απαραίτητη στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Αυτόματη ρήξη είναι πιθανό να εμφανιστεί σε ασθενείς με μακροσκοπικά υγιή σπλήνα, αλλά και σε ασθενείς με υποκείμενες παθολογίες όπως ελονοσία, λοιμώδη μονοπυρήνωση, διαταραχές πηκτικότητας κ.α. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς, άνδρα 20 ετών από την Ερυθραία, με ιστορικό ελονοσίας από Plasmodium falciparum προ δεκαετίας, ο οποίος εισήχθη στη Δ’ Παθολογική Κλινική λόγω κακουχίας από εβδομάδος, εμπύρετο έως 40^{o}C με ρίγος, κεφαλαλγία και μυαλγίες. Κατά την κλινική εξέταση ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, με όψη πάσχοντος και ψηλαφητό ήπαρ 2,0 cm κάτωθεν του πλευρικού τόξου, ενώ ο σπλήνας ήταν μόλις ψηλαφητός αλλά επώδυνος. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε Plasmodium falciparumστο αίμα, βαριά θρομβοπενία, αναιμία και αύξηση της χολερυθρίνης, που συνηγορούν υπέρ βαριάς ελονοσίας. Ο ασθενής ετέθη σε ανθελονοσιακή και υποστηρικτική αγωγή. Την πέμπτη ημέρα νοσηλείας, στον εργαστηριακό έλεγχο, ο ασθενής παρουσίασε πτώση του αιματοκρίτη και διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας και υπεβλήθη επειγόντως σε απεικονιστικό έλεγχο με υπερηχογράφημα κοιλίας, που ανέδειξε περιοχή μειωμένης ηχογένειας στον κάτω πόλο του νεφρού και περισπληνική συλλογή. Από την αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας προέκυψε αύξηση των διαστάσεων του σπληνός με αιμορραγική υποκάψια συλλογή πέριξ αυτού, παρουσία ανομοιογένειας-υπόπυκνης απεικόνισης του κάτω πόλου ως επί

υποκάψιου αιματώματος με αυτόματη ρήξη σπληνός, αιμορραγική συλλογή μεταξύ των εντερικών ελίκων, στην πύελο, παρακολικά δεξιά και υφηπατικά. Ο ασθενής λόγω των ανωτέρω ευρημάτων οδηγήθηκε επειγόντως στο χειρουργείο όπου υπεβλήθη σε λαπαροτομία και σπληνεκτομή. Παρέμεινε στη Β' Χειρουργική κλινική, από την οποία εξήλθε απύρετος, σιτιζόμενος, μετά από τη χορήγηση των απαραίτητων εμβολίων λόγω σπληνεκτομής. Συμπερασματικά, η αυτόματη ρήξη σπληνός είναι μία σπάνια επιπλοκή σε ασθενείς με σπληνομεγαλία η οποία μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο του ασθενούς. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητο ο θεράπων ιατρός να γνωρίζει την επιπλοκή αυτή και να έχει υψηλό βαθμό υποψίας, με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή της.

Λέξεις κλειδιά: Σπλήνας, αυτόματη ρήξη, ελονοσία, σπληνεκτομή, Plasmodium Flaciparum.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΜΑΖΙΚΗ ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ, ΠΑΓΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΑΜΜΑΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ

Χρήστος Νίχλος

Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Ε' Παθολογικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6996575851

E-mail: xnichlos@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Άνδρας 40 ετών προσέρχεται στο ΤΕΠ λόγω επιδεινούμενων οιδημάτων κάτω άκρων. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρονται τα εξής: Χρήση εισπνεόμενων ναρκωτικών ουσιών από 20ετίας, πολλαπλές νοσηλείες λόγω λοιμώξεων κατώτερου αναπνευστικού από την παιδική ηλικία, χρόνια λοίμωξη HCV άνευ θεραπείας (γνωστή από 6ετίας), αναφερόμενη «κίρρωση» ήπατος άνευ ιστολογικής ή άλλης τεκμηρίωσης, δύο αναφερόμενα επεισόδια αντίδρασης κατά τη διάρκεια μετάγγισης παραγώγων αίματος στο παρελθόν, ετεροζυγωτία β-θαλασσαιμίας. Από την κλινική εξέταση αναδείχθηκαν: Άτομο αιμοδυναμικά σταθερό και απύρετο, ακρόαση καρδιάς: Τόνοι ρυθμικοί και συστολικό φύσημα στην εστία της τριγλώχινας, αναπνευστικό ψιθύρισμα: Ομότιμο, φυσιολογικό, χωρίς πρόσθετους ήχους, Κοιλία: Διατεταμένη, επικρουστική αμβλύτητα ΑΡ από το υποχόνδριο έως υποομφαλικά, εκσεσημασμένη σπληνομεγαλία υπόσκληρης υφής, δεν ψηλαφώνται περιφερικοί λεμφαδένες, διάταση σφαγιτίδων, σοβαρό οίδημα κάτω άκρων με εντύπωμα άμφω, πληκτροδακτυλία, πλατύπνοια. Δεν αναδείχθηκαν σημεία αιμορραγίας από την κλινική εξέταση και το ιστορικό.

Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε παγκυτταροπενία με τους εξής χαρακτήρες WBC: 1080, NEU: 450, HCT: 20.8%, MCV: 67.1, MCH: 19.7, PLT: 59000, φυσιολογική διορθωμένη τιμή ΔΕΚ, Ferritin: 6,9 ng/ml, VitB12: 1800 pg/ml, Folic acid: 2 ng/ml. Επίσης, παρουσίασε υπογαμμασφαιριναιμία (1.0 g/dl) με φυσιολογική λευκωματίνη ορού (4 g/dl). Δεν παρατηρήθηκαν άλλα παθολογικά ευρήματα στον βιοχημικό έλεγχο και στον έλεγχο πήξης του ασθενούς. Στον απεικονιστικό έλεγχο με υπερηχοτομογραφία κοιλίας αναδείχθηκαν: Διατεταμένη η πυλαία φλέβα (>2.5 cm) και οι κύριοι κλάδοι της, διατεταμένη σπληνική φλέβα, αγγεία βατά, πυλαιοσυστημικές αναστομώσεις (διάνοιξη δρεπανοειδούς συνδέσμου, διάταση αριστερής γαστρικής φλέβας, σπληνονεφρικές αναστομώσεις).

Εκσεσημασμένη σπληνομεγαλία (~25 cm), με υποψία παρουσίας διάσπαρτων αλλοιώσεων μεγέθους ολίγων χιλιοστών. Στο Triplex κάτω άκρων δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα. Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε αριστερή κοιλία οριακών διαστάσεων με φυσιολογική συστολική λειτουργία, δεξιές κοιλότητες κφ, μέτρια ανεπάρκεια τριγλώχινας, ελάχιστη ανεπάρκεια μιτροειδούς και αορτικής. Ακολούθησε υπολογιστική τομογραφία θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας, στις οποίες απεικονίστηκαν: Παρουσία πολλαπλών λεμφαδένων μεσοθωρακίου και ΔΕ πύλης με συνοδούς βρογχοπνευμονικές εστίες άνω λοβού (δε) και κάτω λοβού (αρ). Ατροφία (δε) πλάγιου θωρακικού τοιχώματος. Πολύ μεγάλη διόγκωση του σπληνός, παρουσία πολλαπλών παραορτικών λεμφαδένων και διάτασης σπληνοπυλαίου άξονα. Πορσελανοειδής χοληδόχος κύστη, διάταση ενδοηπατικών φλεβών. Θα συζητηθεί η διαφορική διάγνωση βάσει των κλινικοεργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων, καθώς και η περαιτέρω διαγνωστική προσέγγιση που οδήγησε στη διάγνωση.

Λέξεις κλειδιά: Σπληνομεγαλία, κοινή ποικίλη ανοσοανεπάρκεια, μη κιρρωτική πυλαία υπέρταση.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΝΑΙΜΙΑ, ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ, ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ ΚΑΙ ΙΝΩΣΗ ΣΤΟ ΜΥΕΛΟ

Ζωή Αραπίδου

Ιατρός, Ειδικευόμενη στην Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική

και Μονάδα Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6984362035

E-mail: zwi_arapidou@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Άνδρας ηλικίας 71 ετών παραπέμφθηκε για διερεύνηση υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας, που διαπιστώθηκε στο πλαίσιο προεγχειρητικού ελέγχου για χειρουργική αντιμετώπιση στένωσης ουρήθρας. Σε αυτή τη χρονική περίοδο, ο ασθενής δεν είχε άλλες αιτιάσεις, πλην των συμπτωμάτων από το ουροποιητικό σύστημα. Διεγχειρητικά δεν υπήρξε κάποιο πρόβλημα, αλλά μετεγχειρητικά εμφανίσθηκε ουρηθρορραγία. Στον ασθενή χορηγήθηκε αγωγή με σίδηρο από του στόματος χωρίς ικανοποιητική ανταπόκριση. Σταδιακά στην αναιμία του προστέθηκε θρομβοπενία. Επίσης ο ασθενής ανέφερε απώλεια σωματικού βάρους και έντονη κακουχία. Στο σημείο αυτό παραπέμφθηκε στην Αιματολογική Κλινική.

Από το ατομικό του αναμνηστικό σημειώνονται οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, χειρουργηθέν ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, χειρουργηθείσα στένωση ουρήθρας, ΑΥ, υπερουριχαιμία, υπερχοληστερολαιμία. Επίσης, ο ασθενής ανέφερε κατανάλωση ικανής ποσότητας αλκοόλ σε καθημερινή βάση. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ηπατομεγαλία (2 cm κάτω από το πλευρικό τόξο) και σπληνομεγαλία (3 cm κάτω από το πλευρικό τόξο). Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν, αναιμία υπόχρωμη και μικροκυτταρική (Hb 9,2 gr/dl, MCV 73.7 fl, MCH 22,6 pg), θρομβοπενία (79.000/μl) ενώ τα λευκά αιμοσφαίρια ήταν φυσιολογικά σε αριθμό με πολυμορφοπυρηνικό τύπο. Από τη μελέτη του επιχρίσματος του περιφερικού αίματος διαπιστώθηκαν, δυσπλαστικές αλλοιώσεις των πολυμορφοπυρήνων, θρομβοπενία, υποχρωμία, ανισοκυττάρωση, ποικιλοκυττάρωση και δακρυοκύτταρα. Από το βιοχημικό έλεγχο διαπιστώθηκε αύξηση των χολοστατικών ενζύμων και της χολερυθρίνης. Η μελέτη του μυελικού επιχρίσματος ήταν αδύνατη, καθώς η αναρρόφηση του μυελού ήταν ξηρά. Βάσει των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε μυελοϋπερπλαστικά νεοπλάσματα, όπως

η πρωτοπαθής μυελοΐνωση, μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο με ίνωση, και μη αιματολογικά νοσήματα, κυρίως κακοήθη με διήθηση του μυελού. Οστεομυελική βιοψία: Στο βιοπτικό υλικό αναγνωρίσθηκαν ελάχιστα τμήματα αιμοποιητικού μυελού, έντονη ίνωση του στρώματος και παρουσία κυττάρων της μυελικής σειράς εντός αυτού, απουσία CD34+ βλαστών, στοιχεία συνολικά συνηγορητικά υπέρ μυελοΐνωσης, η αιτία της οποίας δεν μπορούσε να προσδιορισθεί περαιτέρω. Ίνωση στο μυελό παρατηρείται σε αιματολογικά νεοπλάσματα, αλλά επίσης μπορεί να συνοδεύει πληθώρα άλλων νοσημάτων, ήτοι συμπαγείς όγκους, αυτοάνοσα νοσήματα, χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις, κοκκιωματώδεις νόσους και σοβαρές λοιμώξεις όπως η φυματίωση κλπ. Έτσι λοιπόν πραγματοποιήθηκε νέα οστεομυελική βιοψία, τα ευρήματα της οποίας για μια ακόμη φορά δεν ήταν διαγνωστικά. Επιμείναμε με νέα οστεομυελική βιοψία και συμπληρωματικό εργαστηριακό έλεγχο, που τελικά οδήγησε στην επίλυση του μυστηριώδους γρίφου και την τεκμηρίωση της διάγνωσης.

Λέξεις κλειδιά: Σπληνομεγαλία, ίνωση μυελού, κλωνικός δείκτης.

Διαχείριση επαπειλούμενου-δύσκολου αεραγωγού

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ

Αναστάσιος Σταθόπουλος

Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ.,

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944722276

E-mail: tstathop2003@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαχείριση του δύσκολου αεραγωγού από την πλευρά του αναισθησιολόγου, βασίζεται στην υιοθέτηση απλοποιημένου αλγορίθμου που εφαρμόζεται τόσο σε τακτική όσο και σε επείγουσα βάση και στοχεύει στην τοποθέτηση τραχειοσωλήνα με αεροθάλαμο εντός της τραχείας (οριστικός αεραγωγός). Έμφαση δίδεται στη λεπτομερή προ της παρέμβασης εκτίμηση του αεραγωγού, στην προετοιμασία και τη λήψη σωστής θέσης του ασθενούς, στην επαρκή προοξυγόνωση, στην επίτευξη οξυγόνωσης κατά τη διάρκεια των προσπαθειών, στην αποφυγή τραυματισμού και στην ύπαρξη εναλλακτικού σχεδίου σε περίπτωση αποτυχημένης διασωλήνωσης. Περιορίζεται ο αριθμός των προσπαθειών διασωλήνωσης με το συμβατικό λαρυγγοσκόπιο, αποφεύγεται η χρήση τυφλών τεχνικών και ενθαρρύνεται η χρήση ινοπτικών ή οπτικών βοηθημάτων. Όλοι οι αναισθησιολόγοι οφείλουν να έχουν επάρκεια στη χρήση video λαρυγγοσκοπίου και ινοπτικού βρογχοσκοπίου. Η χρήση υπεργλωττιδικής συσκευής σε αποτυχία διασωλήνωσης, αποτελεί την καλύτερη λύση για την επίτευξη οξυγόνωσης έως τη λήψη αποφάσεων για τη συνέχεια. Συστήνονται οι υπεργλωττιδικές συσκευές δεύτερης γενιάς που παρέχουν δυνατότητα παροχέτευσης του στομάχου. Στην περίπτωση που η διασωλήνωση και η χρήση υπεργλωττιδικής συσκευής αποτύχει ο ασθενής πρέπει να αφυπνίζεται εφόσον αυτό είναι εφικτό. Στην περίπτωση που είναι αδύνατος ο αερισμός με μάσκα και ασκό και η τοποθέτηση υπεργλωττιδικής συσκευής και ο ασθενής δεν προβλέπεται να ανακτήσει άμεσα αυτόματη αναπνοή επιβάλεται η κρικοθυρεοειδοτομή. Συστήνεται η κρικοθυρεοειδοτομή να γίνεται με νυστέρι και μακρύ οδηγό (bougie). Η επείγουσα διασωλήνωση (rapid sequence intubation-RSI) παραμένει η καλύτερη τεχνική διασφάλισης

του αεραγωγού σε επείγουσα βάση και εκτός της σουκινυλοχολίνης το ροκουρόνιο αποτελεί εναλλακτική λύση υπό την προϋπόθεση διαθεσιμότητας του ειδικού αντιδότου. Γενικότερα η χρήση νευρομυικού αποκλειστή παρέχει σημαντική βοήθεια εφόσον δεν υπάρχει ανατομικό κώλυμα στον αεραγωγό. Η εφαρμογή κρικοειδικής πίεσης στους ασθενείς με κίνδυνο αναγωγής εξακολουθεί να εφαρμόζεται. Ο αερισμός με μάσκα και ασκό στα πλαίσια της RSI κερδίζει συνεχώς έδαφος. Σε ασθενείς με ανατομικό κώλυμα στον αεραγωγό ή με ιστορικό αδυναμίας διασωλήνωσης η διασφάλιση του αεραγωγού πρέπει να γίνεται με διατήρηση αυτόματης αναπνοής ή/και συνείδησης.

Λέξεις κλειδιά: Διασωλήνωση, δύσκολος αεραγωγός, κρικοθυρεοειδοτομή.

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΩΡΛ

Αθανασία Τουργέλη

Ωτορινολαρυγγολόγος, Επικουρικός Ιατρός,

Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977132576

E-mail: ntourgeli@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ως επαπειλούμενος αεραγωγός ορίζεται οποιαδήποτε κατάσταση που οδηγεί σε μερική ή πλήρη απόφραξη του αεραγωγού και διαταραχή του αερισμού. Η κλινική του εικόνα χαρατηρίζεται από δύσπνοια, συριγμό, κυάνωση, σύγχυση ή και απώλεια συνείδησης. Τα κύρια αίτια είναι φλεγμονές ή αποστήματα ανωτέρου αεραγωγού, οίδημα αυτού, εξεργασία, τραυματικές κακώσεις (σπλαχνικού κρανίου, υποφάρυγγος, λάρυγγος, τραχείας), έγκαυμα (προσώπου, τραχήλου), εισρόφηση ξένου σώματος και λαρυγγόσπασμος.

Η διαχείριση μιας τέτοιας παθολογικής κατάστασης έγκειται στην εκτίμηση του νοσοκομειακού ΩΡΛ ιατρού και λήψη απόφασης για τη διαχείρισή του, βάσει βασικών αρχών επίλυσης των αιτιών που την προκαλούν. Μία απο τις κύριες μεθόδους εκτίμησης του αεραγωγού αποτελεί η λαρυγγοσκόπηση με χρήση εύκαμπτου ή άκαμπτου λαρυγγοσκοπίου καθώς και ο απεικονιστικός έλεγχος. Σε κάθε μία από αιτίες ακολουθούνται διαφορετικοί αλγόριθμοι διαχείρισης του αεραγωγού, διαφορετική συντηρητική ή χειρουργική αντιμετώπιση με τη διενέργεια τραχειοστομίας για τη διασφάλισή του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η εμπειρία της κλινικής μας στην αντιμετώπιση του επαπειλούμενου αεραγωγού σε εγκαυματίες καθώς κλήθηκε να αντιμετωπίσει 70 από αυτούς οι οποίοι προσήλθαν στα επείγοντα του νοσοκομείου μας κατά τη διάρκεια μιας μεγάλης πυρκαγιάς. Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη όπου έλαβαν μέρος και οι 70 εκ των οποίων 8 διασωληνώθηκαν και μεταφέρθηκαν στη ΜΕΘ με βαρύτατα εγκαύματα ανωτέρας αεροφόρου οδού. Μόνο 46% των εγκαυματιών με δύσπνοια και (+) σημεία ενδοσκόπησης διασωληνώθηκαν θέτοντας έτσι την αναγκαιότητα να λαμβάνονται πάντα όλες οι ενδείξεις διασωλήνωσης ανεξαρτήτου ενδοσκόπησης. Η αρνητική ενδοσκόπηση στους συμπτωματικούς ασθενείς σημαντικό εργαλείο στην αποφυγή περιττής διασωλήνωσης.

Η εκτίμηση και αντιμετώπιση επαπειλούμενου αεραγωγού είναι μια πολυπαραγοντική και σύνθετη διαδικασία ιδιαίτερα και λόγω του ότι αποτελεί μια δυνητικά θανατηφόρο κατάσταση.

Λέξεις κλειδιά: Επαπειλούμενος αεραγωγός, ρόλος του ΩΡΛ, αντιμετώπιση.

Γιατί Ρομποτική;

ΣΤΗΝ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ

Αλκιβιάδης Γρηγοράκης

Ουρολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ουρολογικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977905900

E-mail: agrigorakis@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εφέτος κλείνουμε είκοσι έτη από την πρώτη, επίσημα ανακοινωθείσα, ρομποτικά υποβοηθούμενη ριζική προστατεκτομή (da Vinci), που πραγματοποιήθηκε το 2000. Πράγματι ένα χρόνο αργότερα η συγκεκριμένη ρομποτική πλατφόρμα έλαβε άδεια από το FDA για χρήση στην Ουρολογία, την Γενική Χειρουργική, την Γυναικολογία, την Θωρακοχειρουργική και για κάποιες Καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Την συνέχεια την γνωρίζουμε όλοι, αφού σήμερα η εφαρμογή της ρομποτικά υποβοηθούμενης χειρουργικής είναι ραγδαία.

Γιατί όμως η Ουρολογία αποτέλεσε το όχημα για να εμπεδωθεί ευρέως η χρήση της ρομποτικής χειρουργικής; Η απάντηση προκύπτει από την ιδιαίτερη φύση των ουρολογικών λαπαροσκοπικών επεμβάσεων. Τα ουρολογικά όργανα είναι εξωπεριτοναϊκά, ενώ οι περισσότερες ουρολογικές επεμβάσεις, εκτός από τον θεραπευτικό τους σκοπό, έχουν σε μεγάλο ποσοστό επιπρόσθετο επανορθωτικό στόχο με πολύ σημαντικές λειτουργικές επιπτώσεις για τον ασθενή. Αυτό απαιτεί λεπτούς και ακριβείς χειρισμούς, όπως επί παραδείγματι στην αναστόμωση ενός ουρητήρα με τη νεφρική πύελο, ή σε μία εντερική νεοκύστη ή σε αναστόμωση της ουρήθρας με τον αυχένα της ουροδόχου κύστης μετά από προστατεκτομή. Λόγω της ιδιαιτερότητας αυτής και των απαιτήσεων που υφίστανται, οι χειρισμοί καθίστανται πολλές φορές αδύνατοι με τη συμβατική λαπαροσκόπηση που περιορίζεται από την διδιάστατη εικόνα και τη μειωμένη ικανότητα κίνησης των άκαμπτων λαπαροσκοπικών χειρουργικών εργαλείων. Η ρομποτική ήρθε να καλύψει αυτά ακριβώς τα κενά με την τρισδιάστατη εικόνα της και τα αρθρωτά εργαλεία που μιμούνται τις κινήσεις του ανθρώπινου καρπού.

Στην παρούσα ομιλία παρουσιάζονται και αναδεικνύονται διαδραστικά και απτά πολλές από τις προαναφερόμενες «αδυναμίες» της συμβατικής λαπαροσκοπικής σε μία σειρά λαπαροσκοπικών ουρολογικών επεμβάσεων από αυτές που διενεργούμε στη κλινική μας. Ο σκοπός μας είναι να κατανοήσει το κοινό ότι η εξέλιξη της συμβατικής λαπαροσκοπικής είναι η ρομποτικά υποβοηθούμενη χειρουργική. Αυτή εξασφαλίζει την περαιτέρω διεύρυνση και βελτίωση της χειρουργικής ελάχιστης επεμβατικότητας, με όλα τα επιβεβαιωμένα οφέλη για τον ασθενή και για τα συστήματα υγείας εν γένει.

Λέξεις κλειδιά: Ρομποτική χειρουργική, λαπαροσκοπική χειρουργική, ουρολογία.

Η λαπαροσκοπική χειρουργική στην αντιμετώπιση των νεοπλασμάτων του πεπτικού και των συμπαγών οργάνων

ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Ιωάννης Αλεβιζάκης

Χειρουργός, Επικουρικός Ιατρός,

Γ' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2107201895, 6947371685

E-mail: *ioannis229@gmail.com*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η λαπαροσκοπική χειρουργική έχει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των νεοπλασμάτων του ανωτέρου πεπτικού, με όλα τα εμφανή πλεονεκτήματα της, ήτοι μειωμένη απώλεια αίματος, μειωμένο μετεγχειρητικό άλγος, ταχεία κινητοποίηση και μετεγχειρητική αποκατάσταση. Επιπλέον επιτρέπει την ευχερέστερη προσπέλαση σε έναν ανατομικά δυσχερώς προσπελάσιμο χώρο (υποδιαφραγματικά) και την ευχερή διενέργεια ριζικών λεμφαδενικών καθαρισμών της περιοχής (με καλύτερη ογκολογική πρόγνωση), λόγω της βελτιωμένης πρόσβασης και της μεγέθυνσης του λαπαροσκοπικού πεδίου. Με αυτά τα δεδομένα, λαπαροσκοπικά είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί το σύνολο τον επεμβάσεων για νεοπλασίες του ανωτέρου πεπτικού, όπως λαπαροσκοπικές οισοφαγεκτομές (με ή χωρίς συνοδό θωρακοσκοπική προσπέλαση) και λαπαροσκοπικές γαστρεκτομές (ολική, υφολική, σφηνοειδής). Παρουσιάζουμε την εμπειρία της κλινικής μας στην εφαρμογή των ανωτέρω επεμβάσεων.

Λέξεις κλειδιά: Λαπαροσκοπική, οισοφαγεκτομή, γαστρεκτομή, ογκολογική, λεμφαδενικός καθαρισμός.

ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Αγγελική Κολινιώτη

Χειρουργός, Επικουρικός Ιατρός,

Γ' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974331779

E-mail: akolinioti@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εισαγωγή των ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών στη χειρουργική πράξη αποτέλεσε μία καινοτομία η οποία, λόγω των σημαντικών πλεονεκτημάτων, έγινε γρήγορα αποδεκτή στην καθημερινή πράξη.

Η πρώτη λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη κολεκτομή αναφέρεται από τον Jacobs το 1991. Συγκρινόμενη με τις υπόλοιπες επεμβάσεις της γενικής χειρουργικής, η λαπαροσκοπική κολεκτομή αποτελεί μία τεχνικά απαιτητική επέμβαση, η οποία συχνά αφορά σε περισσότερα από ένα τεταρτημόρια της κοιλιάς, εμπεριέχει την αναγνώριση, παρασκευή και διατομή κύριων αγγειακών δομών, την ανάσυρση του παρασκευάσματος και τη δημιουργία αναστόμωσης. Αυτό σημαίνει μεγαλύτερο χειρουργικό χρόνο και μεγαλύτερη καμπύλη εκμάθησης. Για αυτό, παρά τα αναμφίβολα πλεονεκτήματά της, άργησε σχετικά να εδραιωθεί ως η επέμβαση εκλογής.

Στη βιβλιογραφία υπάρχει πλέον μεγάλος αριθμός τυχαιοποιημένων μελετών και μετα-αναλύσεων που τεκμηριώνουν ότι η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική του παχέος εντέρου σχετίζεται με λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, ταχύτερη ανάκτηση της λειτουργίας του εντέρου και λιγότερο συνολικό χρόνο νοσηλείας σε σχέση με την ανοιχτή χειρουργική. Θεωρείται, δε, ότι τα παραπάνω πλεονεκτήματα σχετίζονται με ηπιότερη φλεγμονώδη αντίδραση του χειρουργικού τραύματος. Υπάρχουν μελέτες που ανέδειξαν χαμηλότερα επίπεδα ιντερλευκίνης-6 και άλλων προφλεγμονωδών κυτοκινών, ως ευαίσθητων δεικτών ιστικής καταστροφής, στη λαπαροσκοπική κολεκτομή σε σχέση με την ανοιχτή.

Μεγάλο θέμα υπήρξε στο παρελθόν η ογκολογική επάρκεια της λαπαροσκοπικής χειρουργικής του παχέος εντέρου. Σήμερα έχουμε πλέον τα αποτελέσματα από προοπτικές τυχαιοποιημένες πολυκεντρικές μελέτες, οι οποίες τεκμηριώνουν ότι δεν υπάρχει καμία διαφορά στο ποσοστό υποτροπής στη χειρουργική τομή ούτε στο ογκολογικό αποτέλεσμα, συγκρίνοντας την κλασσική ανοιχτή με τη λαπαροσκοπική ογκολογική κολεκτομή για

καρκίνο του παχέος εντέρου. Σε ένα υποσύνολο ασθενών με κολοορθικό καρκίνο σταδίου III μάλιστα, η λαπαροσκοπική κολεκτομή είχε μικρότερο ποσοστό υποτροπής και καλύτερη επιβίωση σε σχέση με τη λαπαροτομία.

Σήμερα, η λαπαροσκοπική εκτομή θεωρείται η επέμβαση εκλογής παγκοσμίως για ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι η αύξηση του ποσοστού των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων που προσφέρονται σε ασθενείς με νεοπλάσματα του κατώτερου πεπτικού αποτελεί στόχο για τα περισσότερα εθνικά συστήματα υγείας και ένδειξη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς.

Το επόμενο εξελικτικά βήμα αποτελεί η χρήση και των νέων ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών στην ογκολογική χειρουργική του παχέος εντέρου (ρομποτική χειρουργική, SILS).

Λέξεις κλειδιά: Κολοορθικός καρκίνος, παχύ έντερο, ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές, λαπαροσκοπική.

ΣΥΜΠΑΓΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΧΩΡΟΥ

Παρασκευή Αλεξάκου

Ιατρός, Ειδικευόμενη στο Γ' Χειρουργικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945343938

E-mail: *doc.palex28@gmail.com*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η λαπαροσκοπική χειρουργική αποτελεί καθημερινή πράξη του σύγχρονου χειρουργού, καθώς και το Gold Standard στην αντιμετώπιση των περισσότερων παθήσεων των οργάνων της περιτοναϊκής κοιλότητας αλλά και του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου. Σκοπός της παρουσίασής μας είναι να παραθέσουμε τις ενδείξεις και τα κριτήρια με τα οποία χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση των νεοπλασμάτων των συμπαγών οργάνων.

Μέθοδος: Για την διεξαγωγή της εργασίας μας χρησιμοποιήθηκε η εμπειρία της κλινικής μας στην λαπαροσκοπική χειρουργική αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών καθώς και ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα:

Επινεφρίδια*:* Η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή, διακοιλιακή ή εξωπεριτοναϊκή, αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλους τους καλοήθεις όγκους των επινεφριδίων, με μοναδικό περιορισμό το μέγεθος. Συγκεκριμένα δεν συνιστάται για όγκους μεγαλύτερους των 8-10 εκ. Η λαπαροσκοπική προσπέλαση αντενδείκνυται στους πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκους των επινεφριδίων, ενώ χρησιμοποιείται στους δευτεροπαθείς.

Σπλήνας: Η λαπαροσκοπική σπληνεκτομή θεωρείται η επέμβαση εκλογής σε ασθενείς με καλοήθη ή κακοήθη αιματολογικά νοσήματα που χρήζουν αφαίρεση του σπληνός και δεν έχουν εκσεσημασμένη σπληνομεγαλία (σπλήνας>20 εκ.).

Πάγκρεας: Η λαπαροσκοπική περιφερική παγκρεατεκτομή για καλοήθεις ή χαμηλής κακοήθειας βλάβες στο σώμα και στην ουρά του παγκρέατος αποτελεί μία εδραιωμένη προσέγγιση, η οποία απαιτεί υψηλού βαθμού εξοικείωση με τη λαπαροσκοπική χειρουργική.

Η ολική λαπαροσκοπική παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή για βλάβες στην κεφαλή του παγκρέατος, αποτελεί την πιο προηγμένη και απαιτητική λαπαροσκοπική επέμβαση.

Αναφέρονται λίγες στην διεθνή βιβλιογραφία και είναι ένα πεδίο του οποίου η ογκολογική επάρκεια είναι ακόμα υπό διερεύνηση.

Ήπαρ: Στα χέρια έμπειρου χειρουργού η λαπαροσκοπική χειρουργική του ήπατος, για μικρές αλλά και μεγαλύτερες βλάβες, μπορεί να είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Η εφαρμογή της εξαρτάται από το μέγεθος, τη θέση και το βαθμό κίρρωσης του ήπατος.

Νεφρός: Η λαπαροσκοπική χειρουργική του νεφρού κατακτά συνεχώς έδαφος. Χρησιμοποιείται τόσο στις επεμβάσεις διάσωσης του οργάνου αλλά και στις ολικές νεφρεκτομές. Τέλος πρέπει να αναφέρουμε τη σημαντική θέση της λαπαροσκοπικής χειρουργικής στις μεταμοσχεύσεις νεφρού, καθώς η μέθοδος Hand Assisted Laparoscopic Nephrectomy (HALN) αποτελεί το Gold Standard στη λήψη νεφρού από ζώντα δότη.

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική χειρουργική των συμπαγών οργάνων όταν χρησιμοποιείται από έμπειρο χειρουργό στους κατάλληλους ασθενείς αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο με πολλά πλεονεκτήματα για τον ασθενή. Συγκεκριμένα, μειώνει την διεγχειρητική απώλεια αίματος, τον μετεγχειρητικό πόνο, την μετεγχειρητική ανάνηψη και κατά συνέπεια τον χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο.

Λέξεις κλειδιά: Λαπαροσκοπική χειρουργική, συμπαγή όργανα.

ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ

Σταύρος Τσιτιρίδης

Νοσηλευτής Τ.Ε., Χειρουργείο, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932564494

E-mail: stavros.kajaani@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στον χώρο του νοσοκομείου εργάζονται πολλές ομάδες επαγγελματιών υγείας που επιτελούν διαφορετικό ρόλο στο κομμάτι της διαχείρισης ασθενών. Σε κάθε ομάδα δε, υπάρχει ιεραρχική δομή με στόχο την εύρυθμη λειτουργία της. Η πλειονότητα των εργαζομένων στο νοσοκομείο, κατά την εργασία τους, υποχρεούνται να φορούν στολή. Η στολή είναι ένα σταθερό και συνήθως επίσημο μοντέλο ρούχου που δηλώνει ξεκάθαρα ότι ο χρήστης ανήκει σε μια ομάδα, όπως και ποια ιεραρχική θέση κατέχει σ' αυτήν.

Η χρήση στολής προσδίδει αξιοπιστία και κύρος, δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και διευκολύνει την ομαλή λειτουργία και συνεργασία. Προστατεύει τον εργαζόμενο, εμποδίζει την μεταφορά και διασπορά μικροβίων. Ωστόσο για να μπορέσει να τα επιτύχει αυτά μια στολή, πρέπει να συντρέχουν ορισμένες συνθήκες. Είναι αναγκαίο να υπάρχουν προδιαγραφές σε σχέση με το είδος του υφάσματος από το οποίο είναι φτιαγμένη, τον τρόπο καθαρισμού της, τη συχνότητα αλλαγής της, το χρώμα της, καθώς και την αποκλειστικότητα χρήσης κάθε στολής από μια συγκεκριμένη ομάδα.

Η έλλειψη κονδυλίων, ή οι χρονοβόρες διαδικασίες για την προμήθεια στολών για το προσωπικό, οδηγεί τους εργαζόμενους στο να αγοράσουν οι ίδιοι στολές για να καλύψουν τις ανάγκες τους. Εναρμονισμένοι στην νέα αντίληψη περί αισθητικής των πραγμάτων αλλά και στις μελέτες που δίνουν μεγάλη βαρύτητα στην εμφάνιση και τη σημασία της ενδυμασίας ως φραγμό επικοινωνίας, οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας, τείνουν να εγκαταλείψουν τις παραδοσιακές λευκές στολές. Δημιουργείται «μόδα» με σειρές στολών που πωλούνται τόσο σε καταστήματα όσο και διαδικτυακά.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται το φαινόμενο οι εργαζόμενοι να φορούν στολές που αγοράζουν οι ίδιοι. Στολές οι οποίες διαφέρουν ως προς το χρώμα και την ποιότητα του υφάσματος, ή έχουν σχέδια/μοτίβα, ενώ έχει αλλάξει και ο τρόπος διαχείρισης των λερωμένων στολών καθώς αυτές μεταφέρονται και καθαρίζονται στο σπίτι.

Η σχετικά νέα αυτή πρακτική, γεννά ερωτηματικά ως προς την ορθή διαχείριση των λερωμένων στολών. Δημιουργεί κινδύνους για διασπορά μικροβιακού φορτίου στις κατοικίες των εργαζομένων καθώς και πιθανή αύξηση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων από την ανεπαρκή απολύμανση των στολών. Τέλος δημιουργεί σύγχυση στους ασθενείς αλλά και στους συνοδούς σε σχέση με την ταυτότητα και ιδιότητα του κάθε επαγγελματία που μπορεί να χρειαστεί ή να αναζητήσει.

Τόσο το νοσοκομείο όσο και η επιστημονική κοινότητα, καλούνται να πάρουν θέση σε σχέση με τις σύγχρονες τάσεις στην ενδυμασία των εργαζομένων.

Λέξεις κλειδιά: Νοσοκομειακές στολές, ρόλος στολής νοσοκομείου, μοντέρνες στολές.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΜΦΥΛΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Αικατερίνη Αλιμπέρτη, MSc,

Υποψήφια Διδάκτωρ, Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Γραφείο Καταγραφής Νεοπλασιών

και Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6936894881

E-mail: alikatrin@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι υπηρεσίες υγείας είναι συχνά το πρώτο -και ενίοτε, το μοναδικό- σημείο επικοινωνίας για επιζώντες που αναζητούν βοήθεια για την αντιμετώπιση της έμφυλης βίας. Δίδεται ο ορισμός σεξουαλικής βίας, τι είναι το βιολογικό και το κοινωνικό φύλο, παραδείγματα έμφυλης βίας, παράγοντες που συμβάλλουν, βασικές αιτίες, ορισμός βιασμού στις εθνικές νομοθεσίες.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας στη σεξουαλική βία, η κατάδειξη των επιπτώσεων της σεξουαλικής κακοποίησης και της διάρθρωσης της δομής της υγείας με επίκεντρο τον επιζώντα.

Μεθοδολογία: Στην εργασία αυτή παρατίθενται οι βασικές κατευθυντήριες αρχές που αφορούν στον σεβασμό, ασφάλεια, εμπιστευτικότητα και μη επιβολή διακρίσεων στους επιζώντες καθώς και το πρωτόκολλο αντιμετώπισης της σεξουαλικής κακοποίησης, που αφορά στη συναίνεση, συγκατάθεση, κλινική εξέταση, λήψη ιστορικού και θεραπευτική αντιμετώπιση του επιζώντα. Αναφέρεται ο ρόλος του κλάδου υγείας σχετικά με την ανταπόκριση και την πρόληψη της σεξουαλικής κακοποίησης, η διάρθρωση της δομής υγείας με επίκεντρο τον επιζώντα και οι πρώτες βοήθειες ψυχολογικής παρέμβασης. Παρατίθενται οι τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας του κράτους, ώστε να επιτυγχάνεται στο έπακρο η βοήθεια στον κάθε επιζώντα.

Αποτελέσματα: Η ύπαρξη ΤΔΛ και κατευθυντήριων αρχών, μηχανισμών παραπομπής και διασύνδεσης με αρμόδιους φορείς, επιφέρουν τη μέγιστη αντιμετώπιση της σεξουαλικής κακοποίησης.

Συμπεράσματα: Οι ΤΔΛ ενισχύουν το συντονισμό των εμπλεκομένων μερών, διευκολύνουν

την κοινή και συμφωνημένη ερμηνεία, την αποτελεσματική επικοινωνία και διασφαλίζουν την έγκαιρη και ποιοτική αντιμετώπιση για τους επιζώντες.
Λέξεις κλειδιά: Βιασμός, επιζώντας, υπηρεσίες υγείας, πρωτόκολλο.

Αποτελεσματική διαχείριση του νοσηλευτικού χρόνου (time management)

ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΧΕΡΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Φωτεινή Καρυστινάκη, MSc,

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας,

Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Έρευνας, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6972102193

E-mail: karistinakif@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου από το Νοσηλευτικό προσωπικό, την ραχοκοκαλιά του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αποτελεί μια πολύ σοβαρή παράμετρο ιδιαίτερα δε εάν ληφθεί υπόψη πως και στην Ελληνική πραγματικότητα δίνεται μια συνεχώς αυξανόμενη έμφαση σε έννοιες όπως η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα στο πεδίο των Υπηρεσιών Υγείας. Η άσκηση της Νοσηλευτικής επιστήμης στην Ελληνική πραγματικότητα της τελευταίας δεκαετίας έχει να επιδείξει εκ διαμέτρου αντίθετες εξελίξεις, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την διαχείριση χρόνου στη Νοσηλευτική καθημερινότητα. Συγκεκριμένα στη μια πλευρά βλέπουμε τη θετική ανάπτυξη της Νοσηλευτικής επιστήμης μέσω πληθώρας μεταπτυχιακών προγραμμάτων, εδραίωσης Νοσηλευτικών πρωτοκόλλων, την ενιαία πλέον τριτοβάθμια Νοσηλευτική εκπαίδευση και την όλο και αυξανόμενη συζήτηση σε θέματα ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. Δυστυχώς στην άλλη όψη του ίδιου νομίσματος υπάρχουν οι λόγοι που αποτελούν τις αιτίες που καθίστανται δυσχερής η αποτελεσματική διαχείριση του Νοσηλευτικού χρόνου. Την τελευταία δεκαετία η οικονομική κρίση είχε ανυπολόγιστες επιπτώσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Μόνο όσον αφορά στο προσωπικό των Δημόσιων νοσοκομείων είχαμε 30.000 αποχωρήσεις με δυσανάλογες τα τελευταία τέσσερα χρόνια προσλήψεις. Ταυτόχρονα η κατάργηση, στην αρχή της κρίσης, των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση των ροών των ασθενών προς τα νοσοκομεία. Στις δύσκολες συνθήκες εργασίας προστίθενται και η διαφορετικών βαθμίδων Νοσηλευτική εκπαίδευση που σε συνδυασμό με την έλλειψη καθηκοντολογίου στην πλειοψηφία των

νοσοκομείων, δημιουργεί ένα κράμα που αυξάνει τη δυσχέρεια στην αποτελεσματική διαχείριση του νοσηλευτικού χρόνου.

Τέλος δεν πρέπει να παραβλεφθούν ιδιαιτερότητες που συναντάμε στην Ελληνική πραγματικότητα και περιλαμβάνουν τομείς όπως η Αρχιτεκτονική των νοσοκομείων. Τα δημόσια νοσοκομεία εμφανίζονται να είναι χτισμένα από το τέλος του 19ου αιώνα έως και σήμερα. Παρατηρούμε μια άναρχη δόμηση των κλινικών με άλλοτε 25 κλίνες ανά νοσηλευτικό τμήμα και ταυτόχρονα στο ίδιο νοσοκομείο σε άλλο νοσηλευτικό τμήμα να έχει 50 ή 60 κλίνες. Η χωροταξία των νοσοκομείων που χτίστηκαν ακόμη και πριν 20-30 χρόνια, με την ραγδαία ιατροτεχνολογική ανάπτυξη, εμφανίζουν σοβαρές δυσλειτουργίες στην σημερινή καθημερινότητα.

Γίνεται σαφές πως σε τέτοιες συνθήκες εργασίας η διαχείριση χρόνου αποτελεί μια πολύπλοκη και εξαιρετικά δυσχερή διαδικασία για τους νοσηλευτές οι οποίοι λόγω της 24ωρης παρουσίας τους στο νοσηλευτικό τμήμα εκτός των άλλων καλούνται πολλές φορές να παίξουν κι άλλους ρόλους π.χ. του ψυχολόγου, του γραμματέα, του κοινωνικού λειτουργού, ακόμη και του τεχνικού.

Τα ποσοστά νοσηλευτικών λαθών σε συνδυασμό με την εμφάνιση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης εν είδει επιδημίας επιβάλει όχι μόνο να υποστηρίζουμε πως η διαχείριση του νοσηλευτικού χρόνου είναι δυσχερής αλλά και να βρούμε άμεσα λύσεις σε κάθε ένα από τα προαναφερθέντα προβλήματα.

Ο χρόνος για κάποιους «είναι χρήμα» για εμάς τους νοσηλευτές είναι η Ζωή των ασθενών μας, είναι η Ζωή η δική μας που οφείλουμε να διαφυλάξουμε εάν πραγματικά στοχεύουμε στην ουσιαστική ποιότητα Νοσηλευτικής φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: Διαχείριση χρόνου, νοσηλευτικό προσωπικό, δυσχέρειες.

ΕΙΝΑΙ ΡΕΑΛΙΣΤΙΚΗ

Βασιλική Ε. Ντόγκα, MSc,

Νοσηλεύτρια Π.Ε., Υπεύθυνη Γραφείου Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041987

E-mail: vdoga@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διαχείριση του χρόνου έγινε αντικείμενο επιστημονικής μελέτης γύρω στα τέλη της δεκαετίας του 1950, ως ένα μέσο για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ζητημάτων του χρόνου στο χώρο εργασίας. Η αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου έχει σημασία όχι μόνο για το νοσοκομείο αλλά και για τον ίδιο τον εργαζόμενο, καθώς του δίνει τη δυνατότητα να κερδίσει χρόνο και να αυξήσει την ικανότητά του να λαμβάνει αποφάσεις. Ειδικότερα ο χρόνος έχει ιδιάζουσα σημασία τόσο για τα ανώτερα στελέχη που έχουν την ευθύνη της αποτελεσματικής αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων και μέσων για την επίτευξη των καθορισμένων στόχων, όσο και για τους απλούς νοσηλευτές κάθε νοσοκομείου για την αποτελεσματική αξιοποίηση του χρόνου τους, ώστε να ολοκληρώσουν τις εργασίες τους. Η έννοια της διαχείρισης του χρόνου μπορεί να ερμηνευτεί ως η ικανότητα αυτοδιαχείρισης και λήψης κλινικών αποφάσεων που θα οδηγήσουν στην επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Επομένως διαχείριση του χρόνου (time management) είναι η βέλτιστη χρησιμοποίηση του διαθεσίμου χρόνου. Ουσιαστικά ο όρος «διαχείριση του χρόνου» είναι αδόκιμος. Δεν είναι εφικτή η διαχείριση του χρόνου, αλλά η διαχείριση των καθημερινών δραστηριοτήτων και γεγονότων της ζωής και του ίδιου μας του εαυτού, σε σχέση με το χρόνο. Υπάρχουν βέβαια περιορισμοί που μας εμποδίζουν να διαχειριζόμαστε αποτελεσματικά το χρόνο. Συγκεκριμένους περιορισμούς και εμπόδια αποτελεσματικής διαχείρισης του χρόνου αποτελούν η έλλειψη προσωπικού, ο φόρτος εργασίας, οι διακοπές (π.χ. τηλεφωνήματα, απρόσκλητοι επισκέπτες κτλ), οι συσκέψεις, η έλλειψη καθημερινών ή και εβδομαδιαίων σχεδίων εργασίας, η έλλειψη στόχων και προτεραιοτήτων, η έλλειψη προσωπικής οργάνωσης και αυτοπειθαρχίας, η μη αποτελεσματική επικοινωνία, η αδυναμία να λέμε «όχι» κ.ά. Η εκμάθηση λοιπόν της εποικοδομητικής χρήσης του χρόνου, απαιτεί ηγετικές και διοικητικές λειτουργίες και στηρίζεται σε δεξιότητες που αποκτώνται μέσω της αυτοδιαχείρισης, του σχεδιασμού, της

αυτοαξιολόγησης και του αυτοελέγχου. Αναλυτικότερα οι ικανότητες που χρειάζονται για την οργάνωση του χρόνου είναι ο προγραμματισμός, η οργάνωση, ο αυτοέλεγχος, η ανάθεση ευθυνών σε άλλους. Η οργάνωση του χρόνου μας, όμως, προϋποθέτει να ξεκαθαρίσουμε ποιοι είναι οι στόχοι μας, ποια είναι αυτά που θέλουμε να οργανώσουμε και πού θέλουμε να φτάσουμε. Με σωστές τεχνικές διαχείρισης μπορούμε να επιτύχουμε αυξημένη παραγωγικότητα, τήρηση των προθεσμιών, ικανοποίηση από την ολοκλήρωση εργασιών, μείωση του εργασιακού άγχους και προσωπική ηρεμία. Στις τεχνικές διαχείρισης χρόνου περιλαμβάνονται ο καθορισμός στόχων, η ανάλυση του χρόνου, ο καθορισμός προτεραιοτήτων, η αξιοποίηση νοσηλευτικών πρωτοκόλλων και της τεχνολογίας καθώς και η αντιμετώπιση των δραστηριοτήτων σπατάλης του χρόνου. Ο ηγέτης-προϊστάμενος πρέπει να ξεκινά μια ανάλυση διαχείρισης του χρόνου σε επίπεδο τμήματος, να εντάσσει τα μέλη της ομάδας και να κερδίσει τη συνεργασία τους για τη βέλτιστη αξιοποίηση του χρόνου και στη συνέχεια να καθοδηγεί την εργασία προς την ολοκλήρωση και επιτυχημένη εφαρμογή της. Η αφιέρωση κάποιου χρόνου στην αρχή της ημέρας για το σχεδιασμό της, επιτρέπει στον προϊστάμενο να έχει τον απαραίτητο χρόνο για τις εργασίες υψηλής προτεραιότητας. Η εργασία καταγραφής των εργασιών σε ημερήσια, σε εβδομαδιαία ή και σε πιο μακροπρόθεσμη βάση, είναι ένα καθοριστικό εργαλείο για την αξιοποίηση του νοσηλευτικού χρόνου.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτικός χρόνος, νοσηλευτής, διαχείριση, αξιοποίηση, οφέλη.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Δήμητρα Τσιμπούκη, MSc,

Νοσηλεύτρια Π.Ε., Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6976703507

E-mail: tsimpdimitra@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η απουσία από την εργασία με το αιτιολογικό της ασθένειας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στις δυτικές κοινωνίες. Ειδικότερα, οι επαγγελματίες υγείας που είναι οι κύριοι φροντιστές των ασθενών, είναι μία από τις επαγγελματικές ομάδες που παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά απουσιών. Τα αίτια αυτού του φαινομένου είναι πολυάριθμα. Οι απουσίες από την εργασία με το αιτιολογικό της ασθένειας, δεν καθορίζονται μόνο από τη σοβαρότητα του προβλήματος υγείας, αλλά και από μια σειρά κοινωνικών, ψυχολογικών και φυσικών παραγόντων. Φαίνεται πιθανό οι συνθήκες εργασίας να συμβάλουν στην ασθένεια και να επηρεάζουν την αντίληψη της ικανότητας για εργασία καθώς και την απόφαση του εργαζόμενου να απουσιάσει από την εργασία του. Ορισμένοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αναγνωρίζονται ως δυνητικοί, συμβάλλοντας στη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων υγείας μεταξύ των εργαζομένων. Τα δυο πιο συχνά τεκμηριωμένα μοντέλα για τους αρνητικούς παράγοντες ψυχοκοινωνικής εργασίας είναι: Το μοντέλο ελέγχου των Karasek και Theorell και το μοντέλο ανισορροπίας ανταμοιβής-προσπάθειας που ορίζει ο Siegrist. Το πρώτο προϋποθέτει μια συσχέτιση μεταξύ των προβλημάτων υγείας και της εργασιακής πίεσης που ασκείται στον χώρο εργασίας και προκαλείται από ένα συνδυασμό υψηλών ψυχολογικών απαιτήσεων και χαμηλού εύρους δυνατοτήτων λήψης αποφάσεων. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η κοινωνική στήριξη στην εργασία μειώνει την επίδραση της εργασιακής πίεσης. Το δεύτερο μοντέλο προϋποθέτει ότι, μια κατάσταση εργασίας που χαρακτηρίζεται από τον συνδυασμό υψηλών εξωγενών προσπαθειών και χαμηλών ανταμοιβών επιδρά αρνητικά στους εργαζόμενους, τόσο στο συναισθηματικό πεδίο, όσο

και στο πεδίο των παθοφυσιολογικών αντιδράσεων του οργανισμού. Κατά συνέπεια, το κλίμα και η κουλτούρα του οργανισμού επηρεάζουν τη δέσμευση του εργαζόμενου, την ικανοποίηση από την εργασία, τις αποχωρήσεις και τέλος την κατά συνήθεια απουσία λόγω επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στο νοσηλευτικό προσωπικό, μια σειρά επαγγελματικών παραγόντων όπως το είδος της νοσηλευτικής μονάδας, ο λόγος ασθενή/νοσηλευτή, το μοντέλο εργασίας και ο φυσικός εργασιακός φόρτος, αναφέρεται ότι συνδέονται με τα ποσοστά αναρρωτικών από την εργασία. Ειδικότερα στα δημόσια νοσοκομεία, σχεδόν οι μισοί νοσηλευτές πάσχουν από σοβαρή χρόνια οσφυαλγία, που πυροδοτεί φαινόμενα κατάθλιψης, έντονης γενικής κόπωσης, μειωμένης σωματικής δραστηριότητας και αυξημένου κινδύνου να ζήσουν λιγότερο από το προσδόκιμο. Η εργασία σε βάρδιες και κυρίως η εργασία κατά τη διάρκεια της νύχτας, επιδρά αρνητικά στην υγεία του νοσηλευτή και στην εκπλήρωση των οικογενειακών και κοινωνικών του υποχρεώσεων. Εκτιμάται ότι προκαλεί διαταραχές ύπνου, προβλήματα πέψης, νευροψυχολογικές διαταραχές και κόπωση. Κατά συνέπεια, η πίεση που προκαλεί ο φόρτος εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού σε συνδυασμό με τις βάρδιες, δημιουργεί συνθήκες που ευνοούν την κόπωση και τον τραυματισμό στον νοσηλευτικό πληθυσμό. Στην ορθότερη διαχείριση αυτού του φαινομένου μπορεί να συμβάλλει ο σωστός σχεδιασμός του προγράμματος εργασίας, η δίκαιη κατανομή των απογευματινών και νυκτερινών ωραρίων, η αύξηση της επαγγελματικής αυτονομίας αλλά και η αύξηση των αποδοχών. Το κλίμα και η κουλτούρα του οργανισμού συμβάλλουν στη δέσμευση του εργαζόμενου και στην ικανοποίηση του από την εργασία.

Λέξεις κλειδιά: Ασθένεια, νοσηλευτές, απουσία, επαγγελματική εξουθένωση, κουλτούρα οργανισμού.

ΑΓΧΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Χριστίνα Βουγιουκλάκη[1], Κυριακούλα Μεράκου[2], Δέσποινα Μωυσίδου[3], Αναστασία Μπαρμπούνη[4]

[1]MSc, Ιατρός, Ειδικευόμενη Παθολογίας, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»,

[2]Καθηγήτρια Αγωγής και Προαγωγής Υγείας, Τομέας Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, [3]MSc, Εκπαιδευτικός, Δ.Ι.Ε.Κ, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός», [4]Παιδίατρος, Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας, Τομέας Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Δ. Μωυσίδου

Τηλ.: 6937245705

E-mail: dmoisidou@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το άγχος θανάτου περιλαμβάνει το φόβο και την ανησυχία, που συνδέεται με την προσμονή, την άγνοια του θανάτου και της μη ύπαρξης. Εκδηλώνεται έμμεσα σαν γενικευμένη ανησυχία ή ως άλλο ψυχολογικό σύμπτωμα. Το άγχος θανάτου αντιμετωπίζουν καθημερινά γιατροί και νοσηλευτές στις ΜΕΘ (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των νοσοκομείων).

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί το άγχος θανάτου και ο βαθμός στον οποίο επηρεάζεται από την εσωτερική συγκρότηση γιατρών και νοσηλευτών της ΜΕΘ.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα αποτελέσαν 136 γιατροί και νοσηλευτές των ΜΕΘ τεσσάρων δημόσιων νοσοκομείων του νομού Αττικής. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση δύο ερωτηματολογίων: Το πρώτο ερωτηματολόγιο Death Anxiety Questionnaire (DAQ) χρησιμοποιήθηκε για να υπολογιστεί και να διερευνηθεί το άγχος θανάτου. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο για την διερεύνηση της εσωτερικής συγκρότησης Sence of Coherence-13 (SOC), που καθορίζει την αισιόδοξη ή απαισιόδοξη στάση ζωής και τις δεξιότητες διαχείρισης του στρες.

Αποτελέσματα: Η μέση συνολική βαθμολογία άγχους για το θάνατο ήταν 12,13 μονάδες (SD=5,87 μονάδες). Στατιστικά σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα άγχους για το θάνατο, είχαν οι συμμετέχοντες που είχαν διαγνωσθεί με κάποιο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας (p=0,044). Η μέση τιμή της βαθμολογίας στην εσωτερική συγκρότηση των συμμετεχόντων ήταν 59,38 μονάδες (SD=8,69 μονάδες). Η SOC βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά με την υποκειμενική αντίληψη για την επιβάρυνση της σωματικής και ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων λόγω εργασίας (p<0,001). Το άγχος θανάτου παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τη SOC (p=0,012).

Συμπεράσματα: Η ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων επιδρά στην αύξηση της θανατοφοβίας. Αντίθετα μια ισχυρή SOC αποτελεί παράγοντα πρόληψης του άγχους. Είναι σημαντική η ενίσχυση της εσωτερικής συγκρότησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις ΜΕΘ και της εξοικείωσης με τη διαδικασία του θανάτου, μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για την προαγωγή της ψυχικής τους υγείας και την εξασφάλιση ποιοτικότερης ιατρικής και νοσηλευτικής υποστήριξης στους ασθενείς.

Λέξεις κλειδιά: Άγχος θανάτου, θανατοφοβία, εσωτερική συγκρότηση, γιατροί ΜΕΘ, νοσηλευτές ΜΕΘ.

ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΟΣΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Αικατερίνη Ταράση

Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.,

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

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945385192

E-mail: katerinatarassi@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανατομική οργάνωση των κυττάρων και των ιστών του ανοσιακού συστήματος είναι καθοριστικής σημασίας για την έκλυση των ανοσοαπαντήσεων και επιτρέπει σε ένα μικρό αριθμό αντιγονοειδικών λεμφοκυττάρων να λαμβάνουν θέση και να απαντούν αποτελεσματικά, ανεξάρτητα από την πύλη εισόδου του αντιγόνου στον οργανισμό. Τα όργανα και οι ιστοί του ανοσιακού συστήματος, που διασκορπίζονται σε ολόκληρο το σώμα και αποτελούν την κύρια θέση εγκατάστασης των Τ και Β-Λεμφοκυττάρων, χαρακτηρίζονται ως δευτερογενή λεμφικά όργανα (secondary lymphoid organs). Εντός των λεμφικών οργάνων, τα λεμφοκύτταρα αλληλοεπιδρούν με άλλα κύτταρα (μακροφάγα, δενδριτικά, επιθηλιακά ή κύτταρα του στρώματος), τα οποία είναι απαραίτητα για την ωρίμανση και ολοκλήρωση της δράσης των λεμφοκυττάρων. Όλα μαζί τα λεμφικά όργανα και οι ιστοί αποτελούν το **λεμφικό σύστημα**, το οποίο είναι οργανωμένο λειτουργικά είτε σε διακριτά όργανα που περιβάλλονται από κάψα, είτε σε συσσωρεύσεις διάχυτου λεμφικού ιστού. Τα πρωτογενή λεμφικά όργανα αποτελούν τις θέσεις όπου τα Τ και Β-Λεμφοκύτταρα ανεξάρτητα από την παρουσία του αντιγόνου παράγονται ή/και ωριμάζουν, πολλαπλασιάζονται, διαφοροποιούνται, επιλέγονται και εκπαιδεύονται, ατροφούν δε με την πάροδο της ηλικίας. Στον άνθρωπο είναι ο **μυελός των οστών** και ο **θύμος.** Ώριμα και ανοσοϊκανά λεμφοκύτταρα μεταναστεύουν μέσω της κυκλοφορίας από τα πρωτογενή στα δευτερογενή λεμφικά όργανα, όπου έρχονται σε επαφή με το αντιγόνο, ενεργοποιούνται και ασκούν την δράση τους. Στα δευτερογενή λεμφικά όργανα περιλαμβάνονται ο **σπλήνας** και οι **λεμφαδένες** (και τα δύο καλά οργανωμένα όργανα με κάψα) και ο **λεμφικός ιστός των βλεννογόνων** (MALT*, Mucosa-Associated Lymphoid Tissue*). Όλα τα δευτερογενή

όργανα έχουν την ίδια βασική αρχιτεκτονική και λειτουργούν με την ίδια αρχή, δηλαδή την προσέλκυση του αντιγόνου από τις θέσεις της λοίμωξης, με αποτέλεσμα την παρουσίασή του στα λεμφοκύτταρα και τελικά την ειδική ανοσιακή απάντηση. Ο ρόλος τους στην άμυνα του οργανισμού εξαρτάται από την πύλη εισόδου του αντιγόνου: Ο σπλήνας προστατεύει από αντιγόνα που εισέρχονται δια της αιματικής κυκλοφορίας, οι λεμφαδένες προστατεύουν από αντιγόνα που εισέρχονται μέσω του δέρματος ή από εσωτερικές επιφάνειες και μεταφέρονται μέσω των λεμφαγγείων, ενώ ο MALT προστατεύει από αντιγόνα που εισβάλλουν μέσω των βλεννογόνων. Οι τριτογενείς λεμφικοί ιστοί είναι ανατομικές θέσεις (π.χ. δέρμα, αρθρικός υμένας, πνεύμονες), οι οποίες υπό φυσιολογικές συνθήκες περιέχουν αραιά ή καθόλου λεμφοκύτταρα και μόνο υπό παθολογικές συνθήκες αποικίζονται από πληθυσμούς λεμφοκυττάρων. Η **επανακυκλοφορία των λεμφοκυττάρων** λαμβάνει χώρα μεταξύ των λεμφικών οργάνων μέσω της αιματικής και λεμφικής κυκλοφορίας, είναι μια πολύπλοκη διεργασία και βασίζεται στις αλληλοεπιδράσεις λεμφοκυττάρων και ενδοθηλιακών κυττάρων. Υπολογίζεται ότι κάθε ώρα επανακυκλοφορεί περίπου το 2% της δεξαμενής των λεμφοκυττάρων. Οι λειτουργικές μονάδες του ανοσιακού συστήματος είναι ο οργανωμένος λεμφικός ιστός, τα κύτταρα (φαγοκύτταρα, NK, δενδριτικά, λεμφοκύτταρα) και οι διαλυτές ουσίες (ανοσοσφαιρίνες, κυτταροκίνες, χημειοκίνες).

Λέξεις κλειδιά: Πρωτογενή λεμφικά όργανα, δευτερογενή λεμφικά όργανα, επανακυκλοφορία των λεμφοκυττάρων, λεμφικό σύστημα.

ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΑΝΟΣΙΑΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

Αικατερίνη Ψαρρά

Χημικός, Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944842386

E-mail: kpsarra@outlook.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανοσιακή απάντηση διακρίνεται σε μη ειδική και ειδική, αν και υπάρχει στενή συνεργασία και αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Η μη ειδική ανοσία αποτελεί την πρώτη γραμμή άμυνας απέναντι στην εισβολή δυνητικά παθογόνου στον οργανισμό και είναι η παλαιότερη αναγνωρισμένη απάντηση οντολογικά (σε φυτά και ζώα). Τα συστατικά του συστήματος είναι: α) Φυσικοί και χημικοί φραγμοί και β) μια ομάδα από αμυντικές κυτταρικές απαντήσεις, που διαμεσολαβούνται από ποικίλους τύπους κυττάρων και φλεγμονώδεις απαντήσεις.

Οι φυσικοί φραγμοί που στην ουσία είναι ανατομικοί, αποτελούνται από το δέρμα και τις βλεννογονικές επιθηλιακές επιφάνειες. Είναι ένα περίβλημα, πού όχι μόνο αποκλείει και προστατεύει το εσωτερικό του σώματος από τις λοιμώξεις, αλλά συμμετέχοντας σε φυσικές και μηχανικές διεργασίες, επάγει την αντιμικροβιακή δράση του οργανισμού. Σε αυτή τη φάση είναι σημαντικό να αναφερθούμε στο ρόλο της ανίχνευσης ενός παθογόνου, ώστε να ενεργοποιηθεί η ανοσιακή απάντηση έναντι του λοιμογόνου παράγοντα. Η διαδικασία αυτή επιτυγχάνεται μέσω των υποδοχέων αναγνώρισης προτύπου (Pattern Recognition Receptors, PRRs), που συνδέονται και αναγνωρίζουν τα σχετιζόμενα με παθογόνα μοριακά πρότυπα (pathogen-associated molecular patterns, PAMPs) και τα σχετιζόμενα με βλάβη μοριακά πρότυπα (damage-associated molecular patterns, DAMPs), τα οποία απελευθερώνονται κατά την κυτταρική ή την ιστική βλάβη. Οι υποδοχείς τύπου Toll (Toll-like receptors, TLRs) ήταν οι πρώτοι PRRs, που ανακαλύφθηκαν και αποτελούν τους καλύτερα μελετημένους, όσον αφορά τη δομή τους, τον τρόπο σύνδεσής τους και την ποικιλία των μηχανισμών που κινητοποιούν.

Οι οδοί μεταγωγής των σημάτων των PRR διεγείρουν την έκφραση ποικίλων γονιδίων, στα οποία συμπεριλαμβάνονται εκείνα των αντιμικροβιακών πεπτιδίων, των ιντερφερονών τύπου Ι (της IFN-α και της IFN-β, που επάγουν ισχυρές αντιικές αποκρίσεις), κυτταροκινών

(συμπεριλαμβανομένων των προφλεγμονωδών IL-1β, TNF-α και IL-6), των χημειοκινών και των ενζύμων που βοηθούν στην παραγωγή αντιμικροβιακών μεσολαβητών (συμπεριλαμβανομένων των δραστικών ριζών Οξυγόνου και Αζώτου) και στην επαγωγή των φλεγμονωδών αποκρίσεων.

Η φαγοκυττάρωση, δηλαδή η πρόσληψη και η καταστροφή των παθογόνων, που εισέρχονται στον οργανισμό επιτελείται από τα μονοκύτταρα του αίματος, τα μακροφάγα, τα ουδετερόφιλα και τα δενδριτικά κύτταρα των ιστών. Μετά τη φαγοκυττάρωση ακολουθεί η οξειδωτική έκρηξη, όπου δημιουργούνται ιδιαίτερα τοξικές δραστικές ρίζες οξυγόνου (ReactiveOxygenSpecies-ROS) και δραστικές ρίζες αζώτου (ReactiveNitrogenSpecies-RNS), που προκαλούν βλάβη στις μεμβράνες και στις ενδοκυττάριες δομές των μικροβίων. Τα μακροφάγα εξάλλου, ως κύτταρα καθαριστές του σώματος (scavenger cells), χρησιμοποιούν τους υποδοχείς τους ώστε να δεσμεύουν και να καθαρίζουν τα κυτταρικά υπολείμματα, τα κύτταρα που έχουν νεκρωθεί λόγω βλάβης ή τοξικών ερεθισμάτων ή απόπτωσης, καθώς και τα γερασμένα ερυθρά αιμοσφαίρια. Η φλεγμονώδης αντίδραση που επάγεται από τις προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες οδηγεί στην αύξηση της αγγειακής διαπερατότητας. Ακολουθεί μετανάστευση των διαλυτών ουσιών στην μολυσμένη ή τραυματισμένη περιοχή, που επιστρατεύουν μέσω των χημειοκινών τα ουδετερόφιλα και τα μονοκύτταρα.

Στους μηχανισμούς της μη ειδικής ανοσίας συμμετέχουν και τα λεμφοκύτταρα της μη ειδικής ανοσίας (innate lymphoid cells, ILCs) με κύριο εκπρόσωπο τα φυσικά κυτταροκτόνα κύτταρα (Natural Killer, NK cells), που απελευθερώνουν άμεσα περφορίνη και κοκκιοένζυμα (granzymes) που θανατώνουν τα αλλοιωμένα κύτταρα επάγοντας την απόπτωσή τους. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι το σύστημα της μη ειδικής ανοσίας ενεργοποιεί την ειδική ανοσιακή απάντηση.

Λέξεις κλειδιά: Κυτταροκίνες, φαγοκυττάρωση, φυσικά κυτταροκτόνα κύτταρα, μακροφάγα, επιθηλιακοί φραγμοί.

ΕΙΔΙΚΗ ΑΝΟΣΙΑΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

Βασιλική Κίτσιου

Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.,

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

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6986488412, 2132043166

E-mail: vkitsiou@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η **ειδική ή επίκτητη ανοσιακή απάντηση** (ΕΑΑ) αποτελεί τη συλλογική και συντονισμένη απάντηση του οργανισμού σε ξένες ή επικίνδυνες για τον οργανισμό ουσίες (μικροβιακές ή μη μικροβιακές), που ονομάζονται αντιγόνα. Έπεται της φυσικής ΑΑ, συμπληρώνοντας και ενισχύοντας τη δράση της, χαρακτηρίζεται από ειδικότητα και μνήμη και αυξάνεται σε ένταση και προστατευτική ικανότητα σε κάθε επανέκθεση του οργανισμού στο ίδιο αντιγόνο. Διαμεσολαβείται κυρίως από Τ και Β-Λεμφοκύτταρα (Λ), τα οποία χαρακτηρίζονται από μεγάλο πολυμορφισμό των υποδοχέων τους για το αντιγόνο, με αποτέλεσμα να αναγνωρίζουν ένα τεράστιο φάσμα αντιγόνων.

Υπάρχουν δύο τύποι ΕΑΑ, η χυμική και η κυτταρική, οι οποίες επάγονται από διαφορετικούς τύπους λεμφοκυττάρων και λειτουργούν με σκοπό να εξαλείψουν διαφορετικούς τύπους μικροβίων. Η **χυμική ΑΑ** διαμεσολαβείται από μόρια που κυκλοφορούν στο αίμα και στις βλεννογόνιες εκκρίσεις, παράγονται από τα Β-Λ και ονομάζονται αντισώματα. Αποτελεί τον κύριο αμυντικό μηχανισμό έναντι εξωκυτταρίων μικροβίων και των τοξινών τους.Τα αντισώματα δρούν με διάφορους μηχανισμούς: Συνδέονται με τα μικρόβια και εξουδετερώνουν τη δράση τους προλαμβάνοντας την μόλυνση των κυττάρων, επικαλύπτουν τα μικρόβια και προάγουν τη φαγοκυττάρωσή τους μέσω ειδικών υποδοχέων, ενεργοποιούν το σύστημα του συμπληρώματος κλπ. Η **κυτταρική ΑΑ** διαμεσολαβείται από τα Τ-Λ. ενδοκυττάρια μικρόβια, όπως ιοί και ορισμένα βακτήρια, επιβιώνουν και πολλαπλασιάζονται μέσα σε φαγοκύτταρα και άλλα κύτταρα του ξενιστή, μη προσβάσιμα σε αντισώματα. Η αντιμετώπιση αυτών των αντιγόνων πραγματοποιείται από το κυτταρικό σκέλος της ΕΑΑ, το οποίο προάγει την καταστροφή των ενδοκυτταρίων μικροβίων ή τη θανάτωση των προσβεβλημένων κυττάρων για να περιοριστούν οι δεξαμενές της λοίμωξης. Η **ανοσοποίηση**, η απόκτηση δηλαδή προστατευτικής ανοσίας, έναντι ενός μικροβίου μπορεί να είναι το αποτέλεσμα είτε της έκθεσης και απάντησης του

οργανισμού στο μικρόβιο (ενεργητική ανοσία), είτε της μεταφοράς ειδικών αντισωμάτων, τα οποία προσφέρουν άμυνα έναντι του μικροβίου (παθητική ανοσία).

Στάδια της ΕΑΑ: Τα περισσότερα μικρόβια και άλλου τύπου αντιγόνα εισέρχονται στον οργανισμό μέσω των επιθηλιακών φραγμών και ΑΑ σε αυτά τα αντιγόνα αναπτύσσονται στα δευτερογενή λεμφικά όργανα. Η έναρξη της ΕΑΑ απαιτεί την πρόσληψη και παρουσίαση των μικροβιακών αντιγόνων από τα αντιγονοπαρουσιαστικά κύτταρα, στα λεμφοκύτταρα. Τα αντιγονοπαρουσιαστικά προσλαμβάνουν τα μικροβιακά αντιγόνα στο σημείο εισόδου, τα μεταφέρουν στα δευτερογενή λεμφικά όργανα και τα παρουσιάζουν σε παρθένα Τ-Λ (κύτταρα που δεν έχουν συναντήσει και απαντήσει στο ειδικό για αυτά αντιγόνο). Η αναγνώριση του ξένου αντιγόνου οδηγεί στην ενεργοποίηση, στον πολλαπλασιασμό και στη διαφοροποίηση των λεμφοκυττάρων που φέρουν τον ειδικό για το αντιγόνο υποδοχέα, με αποτέλεσμα την αύξηση των αντιγονοειδικών κλώνων και τη δημιουργία δραστικών κύτταρων, ικανών να εξουδετερώσουν το αντιγόνο καθώς και μνημονικών κύτταρων, τα οποία επιβιώνουν για μεγάλες περιόδους και είναι υπεύθυνα για τη δημιουργία ισχυρών ΑΑ σε επανέκθεση του οργανισμού στο ίδιο αντιγόνο (δευτερογενής ΑΑ). Στην εξουδετέρωση του παθογόνου συμμετέχουν και κύτταρα της φυσικής ανοσίας (μακροφάγα και ουδετερόφιλα). Η ενεργοποίηση των λεμφοκυττάρων απαιτεί χρονικό διάστημα μερικών ημερών, γεγονός που εξηγεί την καθυστέρηση στην εμφάνιση της ΕΑΑ. Οι κυτταροκίνες σε όλα τα στάδια της ΕΑΑ παίζουν σημαντικό ρόλο. Μετά την εξουδετέρωση του αντιγόνου, η ΑΑ μειώνεται ως αποτέλεσμα απουσίας του ερεθίσματος αλλά και ανάπτυξης ανοσορυθμιστικών μηχανισμών. Τα μνημονικά κύτταρα παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, για να απαντήσουν άμεσα σε επαναμόλυνση από το συγκεκριμένο αντιγόνο.

Λέξεις κλειδιά: Ειδική ανοσιακή απάντηση, κυτταρική ανοσία, χυμική ανοσία, λεμφοκύτταρα, αντιγόνα.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ ΤΕΤΡΑΜΗΝΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ

Ευαγγελία Βεργενάκη[1], Καλιρρόη Τουρτίδου[2,1], Χρύσα Καλκανά[3,2], Παρασκευή Χρονοπούλου[4,2], Αγγελική Μεγάλου[5,2], Στυλιανή Γκολφινοπούλου[6,1]

[1]Βιολόγος, Ιατρός Ειδικευόμενη, [2]Παθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., [3]Παθολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., [4]Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., [5]Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη, [6]Παθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη

[1]Γ' Παθολογικό Τμήμα, [2]Τμήμα Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Ε. Βεργενάκη

Τηλ.: 2109940721, 6974630525

E-mail: evergenaki@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της αναιμίας προϋποθέτει την αναγνώριση του/ων αιτίου/ίων που την προκαλούν, με τη μεταγγισιοθεραπεία να αποτελεί πρακτική πρώτης γραμμής στην προσπάθεια αναστροφής της ιστικής υποξίας στον ανθρώπινο οργανισμό. Οι επιτυχείς μεταγγίσεις βασίζονται στη συμβατότητα των ερυθροκυτταρικών αντιγόνων δότη και δέκτη, ενώ η διαπίστωση αιμολυτικής αντίδρασης υποδεικνύει την παρουσία αλλοαντισώματος ή ενδογενούς αντισώματος. Άτομα με φαινότυπο p (σύστημα P/GLOB) στερούνται των αντιγόνων P^k-P-P1 (συχνότητα 5.8/εκατομμύριο στην Ευρώπη) και το αντίσωμα anti-PP1P^k στον ορό τους έχει συσχετισθεί με αιμολυτικές αντιδράσεις κατά τη μετάγγιση αίματος και υψηλές συχνότητες αποβολών.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με ιστορικό πυρετικής κίνησης και διαπιστωθείσας ορθόχρωμης, ορθοκυτταρικής αναιμίας από τετραμήνου, η αρχική αντιμετώπιση της οποίας, με μετάγγιση αίματος, σε προηγηθείσα νοσηλεία, προκάλεσε αντίδραση υπερευαισθησίας. Ο περαιτέρω έλεγχος της ασθενούς (θετική έμμεση Coombs) συνέβαλε

στην αναγνώριση και ταυτοποίηση: α) της πανσυγκολλητίνης anti-PP1P^{k}, με αιμολυτική ικανότητα 100%, ευρέως φάσματος (Θ: 22-37 ^{o}C) και β) του φαινοτύπου p null στην ασθενή.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 94 ετών νοσηλεύτηκε μέσα στα πλαίσια διερεύνησης εμπυρέτου και ορθόχρωμης, ορθοκυτταρικής αναιμίας. Είχε προηγηθεί νοσηλεία της, προ τριμήνου, σε έτερο νοσοκομείο, λόγω υπονατριαιμίας και εμπυρέτου, που αποδόθηκε σε ουρολοίμωξη από E.coli και έλαβε αγωγή με Ciproxin. Κατά τη διάρκεια δε αυτής της νοσηλείας, διαπιστώθηκε αναιμία και αντίδραση υπερευαισθησίας σε μετάγγιση αίματος. Πυρετική κίνηση συνέχιζε να υφίσταται μετά το πέρας της νοσηλείας και η ασθενής έλαβε κεφακλόρη, μέσα στα πλαίσια πιθανολογούμενης υποτροπιάζουσας ουρολοίμωξης. Κατά διαστήματα, εμφάνιζε διόγκωση στις μικρές αρθρώσεις των άκρων χειρών και στις ποδοκνημικές, με αυτόματη υποχώρηση. Τη δεύτερη ημέρα νοσηλείας της στην κλινική μας, παρουσίασε εμπύρετο με συνοδό αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Από τις αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε Enterococcus faecalis και η ασθενής ολοκλήρωσε αγωγή 15 ημερών με συνδυασμό κεφτριαξόνης-δαπτομυκίνης, με υποχώρηση του εμπυρέτου και αρνητικοποίηση των AIMK. Διενεργήθηκε triplex καρδιάς, αρνητικό για σημεία ενδοκαρδίτιδας. Λόγω επιμένουσας δεκατικής πυρετικής κίνησης, η διαγνωστική σκέψη κατευθύνθηκε προς τη διερεύνηση συστηματικών νοσημάτων (νεοπλασματικής αρχής, αυτοάνοσης-φλεγμονώδους αιτιολογίας, ειδικές λοιμώξεις). Τα ευρήματα της αξονικής θώρακος (βρογχιεκτασίες ΑΡ κάτω λοβού, αποτιτάνωση υπεζωκότα, υποτροπιδικοί λεμφαδένες) σε συνδυασμό με θετικό quantiferon test, συνηγόρησαν υπέρ λανθάνουσας φυματίωσης. Η αξονική και ο υπέρηχος άνω και κάτω κοιλίας, δεν ανέδειξαν μάζα, ύποπτη εξεργασίας, παρά μόνο οίδημα στη χοληδόχο κύστη (μη αξιολογήσιμο, απουσία συνοδών συμπτωμάτων και σημείων χολοκυστίτιδας). Καρκινικοί δείκτες και ανοσολογικός έλεγχος αρνητικός. Η παρουσία πολυαρθρίτιδας, με αναιμία και δεκατική πυρετική κίνηση υπέδειξε φλεγμονώδες νόσημα και αντιμετωπίστηκε με πρεδνιζολόνη, με άμεση, ικανοποιητική ανταπόκριση της ασθενούς. Η παρατηρηθείσα αναιμία, με δεδομένη τη δυσκολία μετάγγισης (σπανιότητα φαινοτύπου) αντιμετωπίστηκε με χορήγηση ευθροποιητίνης για μία εβδομάδα. Σε συνδυασμό με τη χορήγηση πρεδνιζολόνης, η τιμή της αιμοσφαιρίνης διατηρήθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Συμπέρασμα: Η θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με αναιμία και σπάνιο ερυθροκυτταρικό φαινότυπο, που φέρουν στον ορό του αίματος αντισώματα-πανσυγκολλητίνες με ισχυρή αιμολυτική ικανότητα, έγκειται στη μετάγγιση μονάδων αίματος, μέσω της παγκόσμιας τράπεζας αίματος, από απόλυτα συμβατούς δότες. Εναλλακτικά, λόγω της κοστοβόρας προαναφερθείσας προσέγγισης, συνιστάται η χορήγηση

παραγόντων, που αυξάνουν και ενισχύουν την ερυθροποίηση, όπως η ερυθροποιητίνη, αλλά και τα κορτικοστεροειδή.

Λέξεις κλειδιά: Αναιμία, εμπύρετο, πανσυγκολλητίνη anti-PP1P^{k}, p null φαινότυπος, ασυμβατότητα.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΜΑΖΙΚΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΣΕ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ

Δημήτριος Μπαρτζιώτας[1], Παναγιώτης Θεοδωρόπουλος[1], Γεώργιος Στυλιανίδης[2]

[1]Ειδικευόμενος Ιατρός, [2]Χειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,

Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος, Β' Χειρουργικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Δ. Μπαρτζιώτας

Τηλ.: 6979278410

E-mail: dimibarg@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αιμορραγία είναι η κύρια αιτία αποτρέψιμων θανάτων στους βαριά τραυματίες. Η μαζική και ταχεία μετάγγιση μεγάλου όγκου παραγώγων του αίματος, στους τραυματίες με αιμορραγική καταπληξία, είναι δυνατόν να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές. Η εφαρμογή τα τελευταία χρόνια πρωτοκόλλων μαζικής μετάγγισης (ΠΜΜ), σε συνδυασμό με την αιμοστατική ανάνηψη του πολυτραυματία, μείωσε τόσο την θνητότητα όσο και τις ανάγκες των πολυτραυματιών σε παράγωγα του αίματος.

Σκοπός: Παρουσιάζεται η περίπτωση πολυτραυματία στην οποία εφαρμόστηκε πρωτόκολλο μαζικής μετάγγισης που διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στην έκβασή της

Η Περίπτωση: Γυναίκα 23 ετών με αναφερόμενη εκούσια αυτοδηλητηρίαση και πτώση από τον 5ο όροφο διακομίσθηκε στο ΤΕΠ σε κατάσταση αιμορραγικής καταπληξίας με ΣΑΠ 60-70 mmHg, 120 σφύξεις/λεπτό υπό νοραδρεναλίνη, Glasgow score 8-9/15, ανισοκορία υπέρ της δεξιάς χωρίς φωτοκινητικό αντανακλαστικό. Έφερε μεγάλα θλαστικά τραύματα στη δεξιά βρεγματοκροταφική χώρα, στον τράχηλο και στη δεξιά άκρα χείρα. Η τραυματίας αντιμετωπίστηκε σύμφωνα με το πρωτόκολλο του ATLS, διασωληνώθηκε, τέθηκε σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, συρράφτηκαν τα θλαστικά τραύματα, ζητήθηκαν 3 ΜΣΕ, 3 FPP, 3 PLT και άρχισε η χορήγησή τους στο ΤΕΠ. Υποβλήθηκε σε ολόσωμη αξονική τομογραφία η οποία ανέδειξε: Μόλις υποσημαινόμενες υποσκληρίδιες συλλογές μετωπιαία αμφοτερόπλευρα-υπαραχνοειδή αιμορραγία παρά το σκηνίδιο αριστερά-αιματώματα με υποδόριο εμφύσημα στα μαλακά μόρια της κεφαλής ιδία δεξιά-ελεύθερο αέρα επιχωρίως του τραχειοσωλήνα, σε όλο το μήκος του τραχήλου, εύρημα συνηγορητικό ρήξης της αεροφόρου οδού-σημαντικού βαθμού πνευμοθώρακα αριστερά, υποσημαινόμενο δεξιά

και θλάση του δεξιού πνεύμονα-διαφυγή σκιαγραφικού στον χώρο του Retzious με συνοδό εξαγγείωση-αποσπατικά κατάγματα ηβοισχιακών κλάδων αμφοτερόπλευρα-εξαγγείωση από κλάδους και των δύο έσω λαγόνιων αρτηριών με συνοδά αιματώματα κατά το κατώτερω κοιλιακό τοίχωμα. Τέθηκε bullau αριστερά και ακολούθως στο χειρουργείο, έγινε ανάταξη και σταθεροποίηση της λεκάνης με εξωτερική οστεοσύνθεση, συρραφή ουροδόχου κύστης και τοποθέτηση υπερηβικού καθετήρα. Σε σταθερή αιμοδυναμική κατάσταση υποβλήθηκε σε αγγειογραφία και εμβολισμό κλάδου της έσω λαγονίου-αιδοιικής αρτηρίας. Χορηγήθηκαν το $1^{ο}$ 24ωρο 9 ΜΣΕ, 10 FFP και 1 ασκός αιμοπεταλίων. Σε όλη την υπόλοιπη νοσηλεία της, 48 ημέρες, έλαβε άλλες 2 ΜΣΕ.

Συμπέρασμα: Η εφαρμογή πρωτοκόλλου μαζικής μετάγγισης έχει μειώσει την θνητότητα των πολυτραυματιών, αλλά είναι ένα υποβοηθητικό και όχι θεραπευτικό μέσο καθώς πρέπει να συνοδεύεται με επεμβατική ή χειρουργική επίσχεση της αιμορραγίας. Ωστόσο, η έγκαιρη εφαρμογή του σε τραυματίες που πληρούν τα μοντέρνα κριτήρια ενεργοποίησης του έχει ωφελήσει την αντιμετώπιση των πολυτραυματιών.

Λέξεις κλειδιά: Μαζική μετάγγιση, πρωτόκολλο μαζικής μετάγγισης, πολυτραυματίας, κριτήρια ενεργοποίησης πρωτοκόλλου.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Βασιλική Ζιώζια

Χειρουργός, Δ' Χειρουργικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6979592122

E-mail: vasilikiziozia@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θήλυ 83 ετών προσεκομίσθη από τους οικείους της στο χειρουργικό ΤΕΠ λόγω άτυπου κοιλιακού άλγους και αναιμίας αγνώστου ενάρξεως. Κατά την προσέλευση ήταν αιμοδυναμικά σταθερή. Από την κλινική εξέταση η κοιλιά της ήταν μαλακή, ευπίεστη, με ήπια ευαισθησία κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση της δεξιάς πλάγιας κοιλιακής χώρας, είχε εντερικούς ήχους και η δακτυλική εξέταση από τον ορθό ήταν αρνητική για αίμα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο, ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία (Hb= 7,0 g/dl, Hct= 20,5%) αυξημένη CRP και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία. Ο έλεγχος της αιμόστασης είχε τις ακόλουθες τιμές: INR= 1,01, APTT= 69,4 sec. Στο πλαίσιο διερεύνησης υπεβλήθη σε CT άνω και κάτω κοιλίας, η οποία ανέδειξε θολερότητα και πιθανή μάζα στην περιοχή του τυφλού. Εισήχθη στη Δ΄ Χειρουργική Κλινική για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση. Λόγω αδυναμίας τοποθέτησης περιφερικής φλεβικής γραμμής, τοποθετήθηκε κεντρική γραμμή στη δεξιά σφαγίτιδα φλέβα.

Μετά την εισαγωγή της, η ασθενής υπεβλήθη σε κολοσκόπηση που ανέδειξε πολλαπλές ψευδομεμβράνες στο τυφλό, το ανιόν και το εγκάρσιο καθώς και επιφανειακά έλκη στο σιγμοειδές και συνεστήθη έλεγχος για πιθανή ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα. Εστάλησαν δείγματα κοπράνων τα οποία ήταν αρνητικά για Clostridium Difficile.

Τις δύο επόμενες ημέρες παρουσίασε αιμορραγία με βυσσινόχροες κενώσεις (5-6 ημερησίως) χωρίς να αποσταθεροποιηθεί αιμοδυναμικά και στη συνέχεια εμφάνισε γενικευμένη αιμορραγική διάθεση με αιμορραγία από τα σημεία των φλεβοκεντήσεων καθώς και πέριξ της κεντρικής φλεβικής γραμμής που έφερε στη δεξιά σφαγίτιδα η οποία δεν περιορίστηκε με άμεση πίεση στο σημείο εισόδου. Λόγω αυτής της αιμορραγίας αποφασίστηκε αλλαγή της κεντρικής φλεβικής γραμμής και τοποθετήθηκε νέα στην αριστερή σφαγίτιδα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε σταδιακά επιδεινούμενη

παράταση του APTT. Η ασθενής μεταγγιζόταν σχεδόν καθημερινά με συμπυκνωμένα ερυθρά και πλάσμα. Μετά από εκτίμηση της ασθενούς από την αιματολογική κλινική ετέθη η υποψία υποκείμενης αιματολογικής νόσου. Η διαφορική διάγνωση συμπεριέλαβε ανεπάρκεια παραγόντων πήξης (IX, XI, VIII), νόσο von Willebrand, αναστολέα παράγοντα VIII ή V, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και χορήγηση ηπαρίνης. Εν συνεχεία διενεργήθηκε διαγνωστική εξέταση η οποία έθεσε διάγνωση.

Θα συζητηθεί ο έλεγχος που οδήγησε στη διάγνωση, η διαφορική διάγνωση της παράτασης του APTT καθώς και η περαιτέρω αντιμετώπιση περιστατικών με επίκτητη αιμορροφιλία.

Λέξεις κλειδιά: Επίκτητη αιμορροφιλία, mixing test, αιμορραγική διάθεση.

Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ NGS

Μαρία Γαροφαλάκη

Βιολόγος, Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας,

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

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6937105522

E-mail: mariakg@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο όρος «αλληλούχιση επόμενης γενιάς» (Next Generation Sequencing, NGS), αναφέρεται στις τεχνολογίες μαζικής και παράλληλης αλληλούχισης που επιτρέπουν την ταχεία και αξιόπιστη αλληλούχιση μεγάλου αριθμού γονιδίων ταυτόχρονα. Η NGS όμως δεν αφορά μόνο την ανάλυση DNA (genome sequencing) αλλά μπορεί να αναλύσει επιγενετικές αλλαγές (epigenome sequencing), το μεταγραφικό προφίλ του κυττάρου (RNA sequencing) και τις αλληλεπιδράσεις του DNA με μεταγραφικούς παράγοντες (ChIP sequencing). Υπάρχει η ανάλυση όλου του γονιδιώματος (Whole-genome sequencing, WGS), όλων των εξονίων (whole-exome sequencing, WES) και η ανάλυση σε στοχευμένες περιοχές (targeted sequencing). Η τελευταία εφαρμογή είναι αυτή που χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη και δίνει τη δυνατότητα ανίχνευσης, με σχετικά χαμηλό κόστος, σε σχετικά λίγο χρόνο, variant allele fraction (VAF) μέχρι και 2%. Η εφαρμογή της, άλλαξε τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται πια οι αιματολογικοί ασθενείς μιας και αποκάλυψε πλήθος επίκτητων πολυμορφισμών, κάποιους από τους οποίους χαρακτηρίζουν ομάδες κίνδυνου. Νοσήματα με όμοια μορφολογική εικόνα αποκαλύφθηκε ότι διαφέρουν πολύ μοριακά.

Ιδιαίτερα για τα μυελικά νοσήματα υπάρχουν πια εμπορικά διαθέσιμα έτοιμα πάνελ γονιδίων-στόχων ή hot spot εξονίων για την ανίχνευση γενετικών αλλοιώσεων με μία προσέγγιση. Αυτές οι γενετικές αλλοιώσεις είναι συνήθως απλοί νουκλεοτιδικοί πολυμορφισμοί (single nucleotide variant, SNV) και μικρές εισδοχές/απαλοιφές (insertions/deletions), που εμπλέκονται στη διάγνωση, πρόγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση. Επίσης οι πολυμορφισμοί γαμετικής σειράς σε γονίδια προδιάθεσης

αποτελούν μία άλλη σημαντική ομάδα που προστέθηκε το 2016 στη ταξινόμηση της ΠΟΥ και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.

Στα μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα (ΜΔΣ), με την NGS ανιχνεύονται μεταλλάξεις στο 90% των ασθενών, η ενσωμάτωση δε των δεδομένων που προκύπτουν, στο Αναθεωρημένο Διεθνές Προγνωστικό Σύστημα Βαθμολόγησης (Revised International Prognostic Scoring System, RIPSS) βελτίωσε την πρόβλεψη της έκβασης-πρόγνωσης.

Στα μυελοϋπερπλαστικά νεοπλάσματα (ΜΥΝ), όπως η Αληθή Πολυκυτταραιμία, η Θρομβοκυτταραιμία, η Μυελοΐνωση, παρόλο που οι περισσότεροι ασθενείς μοιράζονται ένα περιορισμένο αριθμό οδηγών-μεταλλάξεων, υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στην έκβαση και τα μοντέλα για την πρόβλεψη της φτωχής πρόγνωσης στη χρόνια φάση, είναι περιορισμένα. Με την NGS εκτός από τις γνωστές «οδηγούς» μεταλλάξεις στα γονίδια *JAK*, *MPL* και *CALR* ανιχνεύτηκαν και άλλες «μη-οδηγοί» μεταλλάξεις, γνωστές σε άλλα νοσήματα όπως τα ΜΔΣ και την ΟΜΛ. Η κλινική σημασία αυτών των νέων δεικτών δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί. Δεδομένου όμως της μεγάλης συχνότητας των γνωστών μεταλλάξεων οι οποίες μπορούν να ανιχνευτούν με τις παραδοσιακές μοριακές τεχνικές, η αξία της NGS στα ΜΥΝ προς το παρόν στηρίζεται στη βελτίωση της διαστρωμάτωσης κινδύνου σε δύσκολες περιπτώσεις για λήψη θεραπευτικής απόφασης. Στην ΟΜΛ εκτός από τις «οδηγούς» μεταλλάξεις *NPM1mut*, *FLT3*-ITD, η αναγνώριση επιπλέον μεταλλάξεων που καθορίζουν την πρόγνωση όπως οι δυσμενείς του *RUNX1* ή οι νέοι θεραπευτικοί στόχοι *IDH1/2,* δικαιολογεί τη ζήτησή της. Επίσης η γονιδιακή μελέτη των μυελικών νεοπλασμάτων τεκμηρίωσε τη σημασία των υποκλώνων που γίνονται οδηγοί-κλώνοι στις υποτροπές και ξεκαθάρισε δύο σημαντικές κατηγορίες λευχαιμογένεσης, τις προ-λευχαιμικές καταστάσεις σε υγιείς και τις καταστάσεις με γενετική προδιάθεση.

Η αλληλούχιση νέας γενιάς έχει σταδιακά ενσωματωθεί στις στρατηγικές διαχείρισης ασθενών με αιματολογική κακοήθεια, στη διάγνωση, τη διαστρωμάτωση κινδύνου και στη θεραπευτική προσέγγιση. Η γονιδιωματική ανάλυση μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας για κάθε ασθενή, να οδηγήσει στην ανάπτυξη φαρμάκων και τελικά να οδηγήσει στην καλύτερη έκβαση των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: NGS, ΟΜΛ, ΜΔΣ, ΜΥΝ.

ΝΕΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Σταυρούλα Μπούλια, MD,

Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ.,

Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041615

E-mail: boulstav@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πνευμονική εμβολή είναι μια επείγουσα, δυνητικά θανατηφόρα νόσος. Λόγω της μη ειδικής κλινικής της εικόνας και των συχνά άτυπων συμπτωμάτων, αλλά και της διαφορετικής πρόγνωσης των ασθενών ανάλογα με την ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων και συνοδών νοσημάτων, είναι απαραίτητο ο χειρισμός των ασθενών να γίνεται σύμφωνα με αξιολογημένους αλγόριθμους διάγνωσης, θεραπείας και παρακολούθησης.

Προς αυτή την κατεύθυνση κινούμενες, οι νεότερες ευρωπαϊκές οδηγίες για την πνευμονική εμβολή του 2019, εμπλουτίζουν τους διαγνωστικούς και θεραπευτικούς αλγόριθμους των προηγούμενων κατευθυντήριων οδηγιών συμπεριλαμβάνοντας νέες ή/και αναθεωρημένες ως προς την ισχύ τους συστάσεις. Συγκεκριμένα:

1. Προτείνουν σαφή ορισμό για την αιμοδυναμική αστάθεια.
2. Τονίζουν την ανάγκη χρήσης των d-dimers είτε με σταθερό cut-off όριο, είτε με όριο προσαρμοσμένο στην ηλικία ή στην κλινική πιθανότητα ύπαρξης πνευμονικής εμβολής.
3. Υποστηρίζουν την ανάγκη αξιολόγησης της επιβάρυνσης της δεξιάς κοιλίας ακόμη και σε χαμηλού κινδύνου ασθενείς.
4. Δίνουν οδηγίες για την αιμοδυναμική υποστήριξη του ασθενούς και την αντιμετώπιση της αναπνευστικής ανεπάρκειας.
5. Υποστηρίζουν την έγκαιρη χορήγηση θεραπειών επαναιμάτωσης-θρομβόλυσης στους αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς αλλά και στους ασθενείς ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου που επιδεινώνονται αιμοδυναμικά.

6. Συστήνουν την χορήγηση Νεότερων από του στόματος Αντιπηκτικών (NOACs) ως θεραπεία εκλογής στην οξεία φάση για μεγάλη ομάδα αιμοδυναμικά σταθερών ασθενών αλλά και δίνουν οδηγίες για παρατεταμένη χορήγησή τους σε σταθερή ή μειωμένη δόση.
7. Συστήνουν την παρατεταμένη χορήγηση ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ για ασθενείς με αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο.
8. Εστιάζοντας σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες δίνουν οδηγίες τόσο για ασθενείς με καρκίνο, όσο και για γυναίκες στην περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας.
9. Συστήνουν την παρατεταμένη χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής ανάλογα με την ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων (μείζονων ή ελάσσονων, αντιστρεπτών ή μη), τον κίνδυνο υποτροπής και τον κίνδυνο αιμορραγίας του εκάστοτε ασθενούς.
10. Συστήνουν στρατηγική παρακολούθησης και έγκαιρης διαγνωστικής προσέγγισης ασθενών με χρόνια θρομβοεμβολική νόσο ή/και χρόνια θρομβοεμβολική υπέρταση.

Παρ’ όλα αυτά, εξακολουθούν να υπάρχουν ερωτήματα τόσο ως προς τη διάγνωση, όσο και ως προς τη θεραπεία της πνευμονικής εμβολής που η τρέχουσα έρευνα και βιβλιογραφία δεν έχει κατορθώσει να απαντήσει επαρκώς.

Λέξεις κλειδιά: Κατευθυντήριες οδηγίες, πνευμονική εμβολή, διάγνωση, παράγοντες κινδύνου, θεραπεία.

ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΖΕΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Χαράλαμπος Ζήσης, MD, FETCS,

Χειρουργός Θώρακος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,

Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945875222

E-mail: chzisis@hotmail.fr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το πνευμονικό απόστημα είναι νεκρωτική κοιλοτική βλάβη του πνευμονικού παρεγχύματος. Η βασική θεραπευτική στρατηγική συνίσταται σε μακράς διάρκειας χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής. Η επεμβατική αντιμετώπιση (διαδερμική ή ενδοσκοπική παροχέτευση, ή χειρουργική εξαίρεση) αποκτά ένδειξη στο 10% περίπου των περιπτώσεων επί αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής, επιμονής ή επιδείνωσης της σήψης και άλλων επιπλοκών από το απόστημα. Απόλυτη ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης αποτελεί η ύπαρξη καρκινικού αποστήματος επί αρνητικού ογκολογικού ελέγχου σταδιοποίησης ή η ανάπτυξη αποστήματος από τήξη/νέκρωση νεοπλάσματος σε ασθενείς υποβαλλόμενους σε χημειοθεραπεία, υπό την προϋπόθεση ότι η γενική κατάσταση είναι αποδεκτή και οι καρδιοαναπνευστικές εφεδρείες στοιχειωδώς επαρκείς.

Σημαντική ένδειξη χειρουργικής συνιστά η ανάπτυξη μυκητιασικού αποστήματος σε αιματολογικούς ασθενείς υποψήφιους για χημειοθεραπεία ή μεταμόσχευση μυελού ή επί αιμορραγίας σε επείγουσα βάση λόγω διηθήσεως αγγειακού στελέχους (πνευμονικής αρτηρίας). Χειρουργική εξαίρεση πνευμονικού παρεγχύματος έχει αναγνωριστεί ως αναγκαία επί φυματιώσεως σε: 1. Επείγουσα βάση (μεγάλη πνευμονική αιμορραγία και αυτόματος πνευμοθώρακας υπό τάση), λόγω μη αναστρέψιμης προόδου της νόσου και υποτροπιάζουσας αιμόπτυσης μη αποκρινόμενης σε άλλες θεραπευτικές μεθόδους, 2. Προγραμματισμένη βάση, επί εντοπισμένης νόσου, λόγω συνεχούς απόχρεμψης Mycobacterium tuberculosis επιβεβαιωμένης με καλλιέργειες μετά από 4-6 μήνες

αντιφυματικής αγωγής και 3. Επιπλοκές και υπολειμματική νόσο μετά από εφαρμογή αντιφυματικής αγωγής.

Η πνευμονική μη φυματιώδης μυκοβακτηριδιακή λοίμωξη θεωρείται ότι μπορεί να χρειαστεί περιορισμένη εκτομή κατεστραμμένου πνεύμονα προκειμένου να αποστειρωθεί ο πνεύμονας απαλλασσόμενος από μία περιοχή που λειτουργεί ως δυνητική δεξαμενή αναζωπύρωσης της νόσου.

Τραυματικές πνευμονικές θλάσεις, αναπτυξιακές διαταραχές και συγγενείς διαμαρτίες περί την διάπλαση επιπλέκονται ενίοτε με απόστημα που χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης. Η βρογχογενής κύστη, το πνευμονικό απόλυμα, η κυστική αδενωματώδης δυσπλασία, όπως και η τραυματική πνευματοκήλη είναι οντότητες αυτής της κατηγορίας. Χειρουργική πρακτική κρίνεται επιβεβλημένη σε επιπλοκές πνευμονικών αποστημάτων με ανάπτυξη επικοινωνίας με άλλα όργανα (π.χ. ήπαρ, χοληφόρα).

Η επιτυχία της χειρουργικής αντιμετώπισης ανέρχεται στο 90%, αλλά η μετεγχειρητική θνητότητα κυμαίνεται μεταξύ 0-33%.

Η λιγότερο επεμβατική προσέγγιση με ενδοσκοπική ή διαδερμική παροχέτευση θεωρείται ότι μπορεί να αποδώσει σε 73-100% των περιπτώσεων και υπάρχουν σειρές ασθενών, στις οποίες περιγράφεται αποδεκτή θνητότητα (0-9%). Εντούτοις, για την διαδερμική διαθωρακική παροχέτευση εκφράζονται επιφυλάξεις λόγω μολύνσεως της υπεζωκοτικής κοιλότητας από το περιεχόμενο του αποστήματος και πιθανότητας ανάπτυξης εκ νέου δευτερογενώς πνευμονικού αποστήματος, ενώ παράγοντες αποτυχίας της μεθόδου είναι οι υψηλής παθογένειας μικροοργανισμοί, οι πολυεγκυστώσεις, το πτωχό περίγραμμα του ασαφώς αφοριζόμενου αποστήματος και η ύπαρξη πεπαχυσμένου τοιχώματος που δεν συμπίπτει.

Η ενδοσκοπική μέθοδος εφαρμόζεται σε: 1. Κεντρικά εντοπιζόμενα αποστήματα, 2. σε γειτνίαση με βρόγχο και 3. σε κεντρική απόφραξη από νεόπλασμα ή ξένο σώμα, που προκαλεί απόστημα λόγω αποφρακτικής πνευμονίας, οπότε η διάνοιξη του βρόγχου αποτελεί μονόδρομο για την παροχέτευση του αποστήματος.

Λέξεις κλειδιά: Ασπεργίλλωση, ανοσοκαταστολή, φυματίωση, διαδερμική διαθωρακική παροχέτευση, ενδοσκοπική παροχέτευση.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΑΠΟ ΑΤΥΠΑ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ

Κωνσταντίνος Κότσιφας

Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ.,

Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945390029

E-mail: kotsifaskostas@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα άτυπα μυκοβακτηρίδια απαντώνται ευρέως στο φυσικό περιβάλλον και ιδιαίτερα στο νερό και το χώμα. Από τα περίπου 180 περιγραφέντα είδη ένας μικρός αριθμός είναι δυνητικά λοιμογόνος για τον άνθρωπο. Η προσβολή των πνευμόνων είναι η συχνότερη. Η επίπτωση της νόσου έχει αυξητική τάση. Μελέτες δερματικής αντίδρασης σε αντιγόνα ατύπων μυκοβακτηριδίων δείχνουν ότι η αύξηση αυτή είναι αληθής και δεν μπορεί να αποδοθεί εξ ολοκλήρου σε αυξημένη ανίχνευση. Η λοίμωξη πιστεύεται ότι αποκτάται άμεσα από το περιβάλλον, με σπάνια εξαίρεση την μετάδοση του Mycobacterium abscessus μεταξύ ασθενών με Κυστική Ίνωση. Αν και η επιδημιολογία ποικίλει μεταξύ αλλά και εντός χωρών, τα συχνότερα είναι τα μυκοβακτηρίδια του συμπλέγματος avium-intracellulare (MAC), το M. kansasii και αυτά του συμπλέγματος abscessus. Η συμπτωματολογία είναι γενικά όμοια με της πνευμονικής φυματίωσης, αλλά ηπιότερη και με βραδύτερη εξέλιξη. Η νόσος εκδηλώνεται σχηματικά με δύο μορφές: Με κοιλοτικές βλάβες στους άνω λοβούς παρόμοια με τη φυματίωση και με οζίδια και βρογχεκτασίες με υπεροχή στο μέσο λοβό και τη γλωσσίδα. Πέραν της περιβαλλοντικής έκθεσης, παράγοντες κινδύνου αποτελούν υποκείμενη χρόνια δομική βλάβη (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, Βρογχεκτασίες), διαταραχές της βλεννοκροσσωτής κάθαρσης (Κυστική Ίνωση και η Πρωτοπαθής Δυσκινησία Κροσσών), καθώς και η Ανοσοκαταστολή. Ωστόσο εξίσου συχνό είναι το νόσημα σε άτομα δίχως εμφανή προδιάθεση. Χαρακτηριστική είναι η λοίμωξη από MAC σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με λεπτό και ψηλό σωματότυπο. Η διάγνωση λοίμωξης από άτυπα μυκοβακτηρίδια προϋποθέτει την εκπλήρωση τριών κριτηρίων: 1. συμβατά κλινικά συμπτώματα που να μην ερμηνεύονται διαφορετικά, 2. συμβατά ακτινολογικά ευρήματα καλύτερα αναγνωριζόμενα σε αξονική θώρακος υψηλής ευκρίνειας, και 3. μικροβιολογική επιβεβαίωση η οποία συνίσταται σε τουλάχιστον δύο θετικά δείγματα πτυέλων ή ένα θετικό δείγμα από βρογχοσκόπηση. Η διάγνωση λοίμωξης δεν συνεπάγεται απαραίτητα την

ανάγκη θεραπείας. Μία περίοδος αναμονής με θεραπευτική αντιμετώπιση τυχόν υποκείμενου νοσήματος, συννοσηρότητας ή άλλων μικροβιακών παθογόνων είναι συχνά σκόπιμη και όχι σπάνια επαρκής. Η απόφαση για θεραπεία θα πρέπει να ζυγίσει την βαρύτητα και εξέλιξη της λοίμωξης, αλλά και τους κινδύνους από μία παρατεταμένη συνδυαστική χημειοθεραπεία. Χορηγούνται κατά κανόνα σχήματα με τρία τουλάχιστον αντιμικροβιακά για διάστημα ως τη συμπλήρωση 12 μηνών αρνητικών καλλιεργειών πτυέλων. Τα θεραπευτικά σχήματα έχουν μικρή ως καθόλου σχέση με αυτά της φυματίωσης. Η αντιμετώπιση κάθε είδους ατύπου μυκοβακτηριδίου εξαρτάται από 1-2 κρίσιμα δραστικά φάρμακα γύρω από τα οποία οικοδομείται το κατάλληλο σχήμα. Ενδεικτικά για το MACείναι οι μακρολίδες που υποστηρίζονται από Ριφαμπικίνη και Εθαμβουτόλη. Για το M. Kansasii είναι η Ριφαμπικίνη που συνδυάζεται με Εθαμβουτόλη και Ισονιαζίδη. Το σύμπλεγμα του M. Abscessus είναι ανθεκτικό σε όλα τα αντιφυματικά και η θεραπεία του από τις πιο δύσκολες. Οι δοκιμασίες ευαισθησίας έχουν αξία σε ορισμένα μόνο φάρμακα και γενικά η invitro-invivosυσχέτιση είναι ασταθής. Προβλήματα μικροβιακής αντοχής, ανεπαρκής συμμόρφωση, φαρμακευτικές παρενέργειες και επιδείνωση ή υποτροπή της λοίμωξης παρά την ενδεικνυόμενη θεραπεία είναι συχνά φαινόμενα και καθιστούν τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ατύπων μυκοβακτηριδίων μια επίπονη πρόκληση για τον ασθενή και τον ιατρό. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις η χειρουργική εξαίρεση προσβεβλημένου λοβού μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στη θεραπεία. Για τους ως άνω λόγους, είναι σκόπιμο η αντιμετώπιση να γίνεται σε συνεργασία με εξειδικευμένα κέντρα αναφοράς.

Λέξεις κλειδιά: Φυματίωση, άτυπα μυκοβακτηρίδια, βρογχιεκτασίες.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ - ΠΝΕΥΜΟΝΙΤΙΔΑ Η ΠΡΟΟΔΟΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Βασιλική Λαζάρου

Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ.,

Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973244838

E-mail: vickylazpn@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη μορφή καρκίνου και την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο και για τα δύο φύλα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Ταυτόχρονα με την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών πλάνων, αυξάνεται η ανάγκη για αποτελεσματική πρόληψη καθώς και έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των πιθανών παρενεργειών από την χορηγούμενη αγωγή.

Η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χημειοθεραπεία εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, με κυριότερους τη διάρκεια της θεραπείας, τη δόση των χορηγούμενων φαρμάκων αλλά και το ατομικό ιστορικό του ασθενή. Η εγκατάστασή τους μπορεί να είναι άμεση-κατά τη διάρκεια της θεραπείας-ή και καθυστερημένη-αρκετές εβδομάδες μετά την έναρξή της. Οι περισσότερες παρενέργειες υποχωρούν συνήθως με τη διακοπή του ενοχοποιούμενου φαρμάκου, αν και μπορεί να καταγραφούν μακροπρόθεσμες, μη αναστρέψιμες βλάβες.

Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας παρατηρείται έκπτωση του ανοσοποιητικού συστήματος λόγω της δράσης των φαρμάκων στο μυελό, με αποτέλεσμα οι λοιμώξεις να συνιστούν ένα σημαντικό κίνδυνο. Συχνότερα παθογόνα σε ασθενείς με κυτταρική ανοσοανεπάρκεια είναι κοινά βακτήρια, ιοί, μύκητες, ενώ δεν αποκλείονται και μεικτές λοιμώξεις από πολλαπλά παθογόνα ταυτόχρονα.

Επιπλέον, υπολογίζεται ότι το 10% των ασθενών που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία για καρκίνο του πνεύμονα με κυτταροτοξικά φάρμακα, θα παρουσιάσει πνευμονική τοξικότητα. Οι συνηθέστερες μορφές εκδήλωσης πνευμονικής τοξικότητας είναι η διάμεση πνευμονίτιδα και η πνευμονική ίνωση, ενώ η βαρύτητα τους μπορεί να αυξηθεί υπό την επίδραση μιας σειράς άλλων παραγόντων. Τα συχνότερα ενοχοποιούμενα φάρμακα,

περιλαμβάνουν αντιβιοτικά, αντιμεταβολίτες, αλκυλιωτικούς παράγοντες, αλκαλοειδή της VINCA, ταξάνες και βιολογικούς παράγοντες.

Τέλος, η εμφάνιση νέων συμπτωμάτων ή οι αλλαγές στην απεικονιστική εικόνα ασθενών με καρκίνο πνεύμονα θέτουν πάντα την υποψία υποτροπής ή επέκτασης της βασικής τους νόσου.

Στα πλαίσια της διαφορικής διάγνωσης απαιτείται λήψη πλήρους ιστορικού και λεπτομερής κλινική εξέταση του ασθενούς. Επιπλέον, η διενέργεια απεικονιστικού και λειτουργικού ελέγχου προσφέρει σημαντικές πληροφορίες, ενώ μπορεί να απαιτηθεί και η χρήση επεμβατικών μεθόδων για την οριστική διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών στον ασθενή.

Η έγκαιρη διάγνωση αποτελεί κλειδί για τη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπιση, καθώς η θνητότητα ποικίλλει και η εγκατάσταση μόνιμων βλαβών δεν αποκλείεται παρά τη χορήγηση κατάλληλης αγωγής.

Λέξεις κλειδιά: Ανεπιθύμητες ενέργειες, καρκίνος πνεύμονα, πνευμονία, πνευμονίτιδα, υποτροπή νόσου.

Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Δρ. Δημήτριος Πιστόλας, MSc, PhD,

Νοσηλευτής Τ.Ε., Προϊστάμενος Διεύθυνσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132045800

E-mail: pistolasdim@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αλματώδης εξέλιξη της ιατρικής αλλά και της τεχνολογίας με τη συμβολή φυσικά και πολλών άλλων κλάδων, συνέβαλαν σημαντικά στο να καταστήσουν τις μεταμοσχεύσεις ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα. Η μεταμόσχευση ιστών και οργάνων έχει καθιερωθεί ως αποδεκτό μέσο θεραπείας και έχει δώσει ελπίδα σε πολλούς ανθρώπους να νικήσουν το θάνατο.

Η μεταμόσχευση για την κοινότατα της υγείας δεν είναι απλά η αναζήτηση ανθρωπίνων «ανταλλακτικών», είναι μια πράξη ανθρώπινου μεγαλείου, είναι η προσφορά ζωής στον συνάνθρωπο.

Η αλήθεια είναι ότι την τελευταία 15ετία δεν υπήρξε ουσιαστική στήριξη από την Πολιτεία που να βοηθήσει έστω να προσεγγίσουμε τον ευρωπαϊκό μέσο όρο δοτών οργάνων, που είναι 12 με 14 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Υπήρξαν παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης, αλλά ήταν σαν φωτοβολίδες μέσα στο σκοτάδι. Στη χώρα μας ποτέ δεν διαμορφώθηκε συνολική πολιτική ανάπτυξης των μεταμοσχεύσεων, μόνο αποσπασματικά μέτρα λαμβάνονται κατά καιρούς. Δυστυχώς, παραμένουμε στους 4 με 8 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού και είμαστε οι τελευταίοι στη δωρεά οργάνων στην Ευρώπη.

Ο στόχος να φτάσουμε στον ευρωπαϊκό μέσο όρο όσον αφορά την προσφορά οργάνων δεν είναι ανέφικτος. Υπάρχουν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε νοσοκομεία όπου η προσφορά και η μεταμόσχευση είναι συχνό φαινόμενο και άλλες, που θα μπορούσαν να

πρωτοστατούν, αλλά δείχνουν αδιαφορία. Αυτό και μόνο δείχνει ότι υπάρχουν μεγάλα περιθώρια βελτίωσης της κατάστασης.

Από το 2013 μέχρι το 2017, σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) 260 Έλληνες μεταφερθήκαν για μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων σε διάφορα νοσοκομεία της Ευρώπης. Σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία πραγματοποιήθηκαν 696 μετακινήσεις μεταμοσχευμένων για επανέλεγχο στο εξωτερικό, γεγονός που επιφέρει τεράστιο ψυχικό κόστος στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αλλά και οικονομικό για την Πολιτεία.

Τα επίσημα στοιχεία από τον ΕΟΜ είναι αποκαρδιωτικά. Το 2018 υπήρξαν μόλις 45 δότες οργάνων και έγιναν 172 μεταμοσχεύσεις, όταν σε Ευρωπαϊκές χώρες με ανάλογο πληθυσμό, όπως το Βέλγιο και η Πορτογαλία, οι αντίστοιχοι αριθμοί ήταν 344 δότες/1.021 μεταμοσχεύσεις και 344 δότες/783 μεταμοσχεύσεις. Επιπρόσθετα, όλες οι μεταμοσχεύσεις σε παιδιά πραγματοποιούνται μόνο στο εξωτερικό, ενώ το ίδιο ίσχυε μέχρι σήμερα και για τις μεταμοσχεύσεις πνεύμονα. Αιτία για όλα αυτά είναι το κατακερματισμένο και με κενά στη λειτουργία του σύστημα μεταμοσχεύσεων, η απουσία στρατηγικού σχεδίου και η έλλειψη των κατάλληλων υποδομών. Ένας άλλος βασικός λόγος είναι η απουσία εμπιστοσύνης των πολιτών στο σύστημα υγείας, γεγονός που επιδρά ανασταλτικά στη δωρεά οργάνων και κρατά τη μεταμοσχευτική δραστηριότητα στην Ελλάδα σε πολύ χαμηλά επίπεδα.

Η διοικητική αναδιοργάνωση του ΕΟΜ, η έναρξη μιας εθνικής προσπάθειας, η αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελούν βασικούς παράγοντες αύξησης των δοτών μοσχευμάτων.

Λέξεις κλειδιά: Μεταμόσχευση οργάνων, ΕΟΜ, δωρεά οργάνων.

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΝΟΣ ΠΙΘΑΝΟΥ ΔΟΤΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

Παναγιώτα Δημοπούλου

Νοσηλεύτρια Π.Ε., Μονάδα Εντατικής Θεραπείας,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6936853993

E-mail: pandimop@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δωρεά οργάνων είναι μια πολύπλοκη διαδικασία στην οποία συμμετέχουν πολλοί επαγγελματίες υγείας. Τα τελευταία 20 χρόνια έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στον τομέα αυτό, με την ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων που αφορούν την οργάνωση και την διεπιστημονική προσέγγιση της δωρεάς οργάνων. Η επιτυχία κάθε διαδικασίας δωρεάς οργάνων απαιτεί την έγκαιρη αναγνώριση και αξιολόγηση του πιθανού δότη, την άμεση ενημέρωση των υπεύθυνων επαγγελματιών υγείας με σκοπό την μετατροπή του πιθανού δότη σε πραγματικό και τέλος τη βέλτιστη διαχείριση και προετοιμασία του δότη για την συλλογή του μέγιστου δυνατού αριθμού ποιοτικών μοσχευμάτων. Περίπου το 80% των μοσχευμάτων προέρχεται από εγκεφαλικά νεκρούς δότες που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) «εγκεφαλικός θάνατος είναι η κατάσταση της μη αναστρέψιμης βλάβης του εγκεφάλου, με απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους». Τα κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου, που εφαρμόζονται και στη χώρα μας, είναι βασισμένα στις αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες που δημοσιεύθηκαν το 2010 από την Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας. Η διαχείριση των εγκεφαλικά νεκρών δοτών (ΕΝΔ) στις ΜΕΘ, όσον αφορά τουλάχιστον το καρδιαναπνευστικό, δεν διαφέρει σημαντικά με εκείνη των βαρέως πασχόντων ασθενών. Στόχος είναι η αιμοδυναμική σταθεροποίηση των ΕΝΔ, η αντιμετώπιση της υπογκαιμίας, των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, της υπεργλυκαιμίας, της υποθερμίας, της αναιμίας, των διαταραχών πήξης και η διαχείριση των λοιμώξεων, ενώ η θεραπεία υποκατάστασης της θυρεοειδικής λειτουργίας και η θεραπεία με κορτικοστεροειδή βρίσκονται ακόμη υπό συζήτηση. Κλείνοντας, λόγω του ότι τα περισσότερα στοιχεία στις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται σε παθοφυσιολογικά λογικές συλλογιστικές, σε επιδημιολογικές παρατηρήσεις και

χρησιμοποιούμενες στρατηγικές στις ΜΕΘ, θεωρείται αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση με τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες.

Λέξεις κλειδιά: Δωρεά οργάνων, μεταμόσχευση οργάνων, εγκεφαλικός θάνατος, πρώιμος στόχος, προμήθεια οργάνων.

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΟΤΗ:

«Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΜΙΑΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ»

Αδαμαντία Σωτηρίου

Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ.,

Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6976511245

E-mail: mandiasotiriou@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι πιθανοί δότες οργάνων εισάγονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), είτε με την ελπίδα αναστροφής της κλινικής τους κατάστασης είτε, μετά από συζήτηση με το οικογενειακό περιβάλλον, για τη διεκπεραίωση της διαδικασίας προς τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση. Στην περίπτωση της επιβεβαίωσης του εγκεφαλικού θανάτου και της πιθανής δωρεάς οργάνων, η συμβολή της οικογένειας είναι κύριας σημασίας στη διαδικασία της απόφασης. Η φροντίδα του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι ένας από τους κύριους ρόλους των ιατρών της ΜΕΘ. Ωστόσο, η συζήτηση σχετικά με τη δωρεά οργάνων αποτελεί μια πρόκληση τόσο για το οικογενειακό περιβάλλον όσο και για το ιατρικό προσωπικό της ΜΕΘ. Σύμφωνα με πολλές μελέτες, η επικοινωνία της οικογένειας με το ιατρικό προσωπικό της ΜΕΘ θεωρείται υψηλής αξίας για τη φροντίδα του ασθενούς, η οποία παραμένει τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας όσο και μετά το θάνατο του ασθενούς. Όσον αφορά τη δωρεά οργάνων, η ποιότητα αυτής της επικοινωνίας επηρεάζει την απόφαση της οικογένειας. Κάποιες φορές το ιατρικό προσωπικό της ΜΕΘ δυσκολεύεται στην προσέγγιση της οικογένειας του πιθανού δότη, είτε γιατί μια τέτοια συζήτηση αποτελεί πρόκληση για τους ιατρούς, είτε γιατί δεν επιθυμούν να προσθέσουν περισσότερο άγχος στην οικογένεια. Η επικοινωνία με τη συντονιστική ομάδα δωρεάς οργάνων (organ procurement organization) είναι απαραίτητη τόσο για την οικογένεια όσο και για τους ιατρούς της ΜΕΘ.

Η άρνηση της συγκατάθεσης των συγγενών για τη δωρεά οργάνων στην Ελλάδα φτάνει το 25% και στην Κύπρο το 31% ενώ στην Ισπανία το ποσοστό αυτό είναι πολύ χαμηλότερο (13%). Επίσης, ακόμη και μετά την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου στις μισές περιπτώσεις δεν πραγματοποιείται δωρεά οργάνων λόγω άρνησης των συγγενών. Τα αίτια αυτής της άρνησης για τον ελληνικό, και όχι μόνο, χώρο εστιάζονται κυρίως στην έλλειψη

εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας, στην αρνητική στάση των συγγενών απέναντι στη δωρεά οργάνων, στην έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο και την δωρεά οργάνων και στην ακατάλληλη προσέγγιση των συγγενών εκ μέρους του ιατρικού προσωπικού της ΜΕΘ. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις η πραγματοποίηση μεταμόσχευσης από νεκρό δότη φαίνεται ότι συμβάλλει θετικά στην ψυχολογία του συγγενικού περιβάλλοντος και απαλύνει σε μεγάλο βαθμό τη θλίψη για τον θάνατο. Η εκπαίδευση του ιατρικού ή/και νοσηλευτικού προσωπικού της ΜΕΘ στην προσέγγιση των συγγενών είναι κυρίαρχης σημασίας προκειμένου να βοηθήσουν τους συγγενείς στο να λάβουν μια δύσκολη απόφαση για το οικείο τους πρόσωπο. Σύμφωνα με μελέτες χρειάζεται συνεργασία με τον συντονιστή μεταμοσχεύσεων, ενημέρωση σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο και τη διαδικασία δωρεάς οργάνων, συμμετοχή ψυχολόγου για ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας. Σε όλες τις περιπτώσεις θα πρέπει να επιλεχθεί η κατάλληλη χρονική στιγμή για την έναρξη συζήτησης, ενώ οφείλει να τονίζεται η επιθυμία που πιθανόν να είχε εκφράσει ο ασθενής στο παρελθόν και η σημασία του να γίνει αυτή σεβαστή.

Λέξεις κλειδιά: Εγκεφαλικός θάνατος, συγκατάθεση οικογένειας, συντονιστής δωρεάς οργάνων, εντατική θεραπεία.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Δρ. Αικατερίνη Μπαλάσκα, RN, MSc, PhD,

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Κλινική Συντονίστρια Μεταμοσχεύσεων,

Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6942492203

E-mail: balaskak@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ιδέα της Δωρεάς Οργάνων και Ιστών αποτελεί την ύψιστη μορφή εθελοντικής προσφοράς και αλτρουισμού, καθώς και τη βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση του ιατρικού θαύματος της μεταμόσχευσης. Σήμερα η μεταμόσχευση αποτελεί τη μόνη θεραπευτική λύση για την τελικού σταδίου ανεπάρκεια καρδιάς, ήπατος και πνεύμονα και την πιο αποτελεσματική λύση για την τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια.

Η διαδικασία της δωρεάς οργάνων ξεκινάει από τη στιγμή που θα διαγνωσθεί ο εγκεφαλικός θάνατος του ασθενούς.

Ο συντονισμός της μεταμοσχευτικής διαδικασίας διακρίνεται σε «Κεντρικό» (Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων/Ε.Ο.Μ.), «Τοπικό» (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας/Μ.Ε.Θ.) και «Κλινικό» (Μονάδες Μεταμόσχευσης) επίπεδο. Οι Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: Α. Κλινικοί Συντονιστές, Β. Τοπικοί Συντονιστές και Γ. Κεντρικοί Συντονιστές.

Η αναγκαιότητα ύπαρξης του θεσμού του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων εμφανίζεται στο τέλος της δεκαετίας του ΄70: Σκοπός του ήταν η διευκόλυνση του συντονισμού των μεταμοσχεύσεων, εν όψει της ταχύτητας που πρέπει να διέπει τόσο την πληροφόρηση για την ύπαρξη, όσο και τη διακίνηση των μοσχευμάτων, όταν αυτά αναφερθούν. Μέσω του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων αξιοποιούνται στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τα προσφερόμενα μοσχεύματα και βελτιώνεται ποιοτικά η μεταμοσχευτική διαδικασία με την καθιέρωση κοινών πρωτοκόλλων που τη διευκολύνουν.

Οι πρώτοι Συντονιστές εμφανίστηκαν τη δεκαετία του ΄70 στις Η.Π.Α. όπου, σήμερα, περισσότεροι από 700 επαγγελματίες υγείας επανδρώνουν το θεσμό προσφέροντας τις υπηρεσίες τους σε 120 μεταμοσχευτικά προγράμματα ανά τη χώρα.

Το 1979 δημιουργήθηκε η πρώτη Ένωση Συντονιστών στις Η.Π.Α. (North American Transplant Coordinators Organization, NATO). Το 1982 ιδρύθηκε και στην Ευρώπη αντίστοιχη ένωση, η Ευρωπαϊκή Οργάνωση των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων (European Transplant Coordinators Organization, ETCO). Σκοπός: Η παροχή στο ιατρικό, παραϊατρικό προσωπικό και στο κοινό πληροφοριών για τις μεταμοσχεύσεις, προκειμένου να γίνεται η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση και αξιοποίηση των μοσχευμάτων με την κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την υποστήριξη των Συντονιστών στην άσκηση των καθηκόντων τους.

Ο Κλινικός Συντονιστής μεταμοσχεύσεων είναι ένας επαγγελματίας υγείας που υπηρετεί σε μεταμοσχευτικά κέντρα της χώρας. Έρευνες σχετικά με το προφίλ του Συντονιστή έχουν δείξει ότι αυτός θα πρέπει να είναι: Άνδρας ή γυναίκα, επαγγελματίας υγείας και δη ιατρός ή νοσηλευτής, η ηλικία του θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 30-45 ετών. Πρέπει να έχει ακλόνητη την πεποίθηση ότι η δωρεά οργάνων και η μεταμόσχευσή τους συνάδει απόλυτα προς τις αρχές της προστασίας της ανθρώπινης ζωής και του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, γι’ αυτό και οι επαγγελματίες υγείας που για λόγους προσωπικούς ή θρησκευτικούς έχουν ενστάσεις απέναντι σ’αυτή τη διαδικασία εξ ορισμού αποκλείονται από τις συγκεκριμένες θέσεις. Ως χαρακτήρας θα πρέπει να είναι επικοινωνιακός, αποδεκτός από όλους τους συναδέλφους του. Ιδιαίτερα θα πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων εργάζεται πάντοτε εντός και εκτός νοσοκομείου.

Συνοπτικά οι Κ.Σ.Μ.: Ασχολούνται με τη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, Ιστών και Κυττάρων. Συνεργάζονται με τους ιατρούς στη συμπλήρωση των προμεταμοσχευτικών ελέγχων ασθενών-υποψηφίων ληπτών μοσχεύματος. Παρακολουθούν την προ, κατά και μετά τη μεταμόσχευση παρεχόμενη φροντίδα σε υποψηφίους δότες και λήπτες καθώς και σε δότες και λήπτες μοσχεύματος. Συμμετέχουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με τη διάδοση της Ιδέας της Δωρεάς Οργάνων, Ιστών και Κυττάρων. Συμμετέχουν-συντονίζουν τις ομάδες λήψης Οργάνων, Ιστών και Κυττάρων.

Λέξεις κλειδιά: Συντονισμός μεταμοσχεύσεων, Ε.Ο.Μ, κλινικός συντονιστής μεταμοσχεύσεων.

ΣΤΗΝ ΟΡΑΣΗ - ΜΠΟΥΜ ΜΥΩΠΙΑΣ

Αναστάσιος Μπισούκης[1], Χαραλαμπία Λιναρδή[2]

[1]Ειδικευόμενος Ιατρός, [2]Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη, Οφθαλμολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Α. Μπισούκης

Τηλ.: 6974528655

E-mail: mpisanasiatr@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μυωπία φαίνεται να παίρνει σήμερα μορφή «επιδημίας» ιδίως στις χώρες της ανατολικής και νοτιοανατολικής Ασίας, καθώς και στην Ευρώπη και την Αμερική, παρόλο που παλαιότερα θεωρούνταν μια απλή διαθλαστική ανωμαλία. Η μυωπία ταξινομείται ως απλή (<-6.00D), υψηλή (>-6.00D ή αξονικό μήκος>26.5 mm) και παθολογική (υψηλή μυωπία με εμφανή παθολογικά ευρήματα σχετιζόμενα με αυτήν). Τα παθολογικά αυτά ευρήματα περιλαμβάνουν την εστιακή χοριοαμφιβληστροειδική ατροφία, ανώμαλη κεφαλή οπτικού νεύρου, επίκτητη οπή του οπτικού δίσκου, δικτυωτή εκφύλιση, ρήξεις δίκην λάκκας, υποαμφιβληστροειδικές νομισματοειδείς αιμορραγίες, κηλίδα του Fuch's ή σταφύλωμα. Η υψηλή μυωπία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ρηγματογενούς αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς, χοριοειδικής νεοαγγείωσης, οπή ωχράς, ρετινόσχισης και καταρράκτη, αυξάνοντας τις πιθανότητες δυσμενούς πρόγνωσης για την όραση του ασθενούς. Ο επιπολασμός τόσο της απλής όσο και της υψηλής μυωπίας αυξάνεται με ταχύτατους ρυθμούς, οδηγώντας αναπόφευκτα και στην αύξηση του πληθυσμού των ατόμων με χαμηλή όραση ή και τύφλωση λόγω παθολογικής μυωπίας. Με βάση τις προγνώσεις υπολογίζεται ότι έως το 2050 το 50% του πληθυσμού θα πάσχει από μυωπία. Φαίνεται ότι αίτια έξαρσης της μυωπίας αποτελούν μεταξύ άλλων ο αυξημένος χρόνος κοντινής εργασίας σε νεαρή ηλικία, καθώς και ο μειωμένος χρόνος έκθεσης στο φυσικό φως κυρίως μέσω δραστηριοτήτων σε εξωτερικούς χώρους. Αυτοί οι παράγοντες είναι οι κύριοι, που μαζί με την γενετική προδιάθεση ευθύνονται για την αυξημένη επίπτωση της μυωπίας ανά τον κόσμο. Μια θεωρία είναι ότι ο οφθαλμός τείνει να γίνει πιο μυωπικός προκειμένου να

καλύψει τις αυξημένες ανάγκες που προκύπτουν από την κοντινή εργασία ιδίως λόγω χρήσης οθονών χωρίς ωστόσο να υπάρχουν μελέτες οι οποίες να τεκμηριώνουν τον ακριβή παθοφυσιολογικό μηχανισμό. Στόχος είναι πλέον να βρεθούν οι τρόποι με τους οποίους θα ελεγχθεί αυτή η «επιδημία» είτε προλαμβάνοντας την έναρξη της πάθησης τροποποιώντας περιβαλλοντικούς παράγοντες, είτε περιορίζοντας την εξέλιξη αυτής εφαρμόζοντας ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές, όπως είναι η χρήση κολλυρίων ατροπίνης 0,01%, η ορθοκερατολογία και η χρήση ειδικών γυαλιών ή φακών επαφής.

Λέξεις κλειδιά: Μυωπία, οθόνες, όραση.

ΣΤΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Γεωργία Αντωνίου

Ιατρός, Ειδικευόμενη στο Ορθοπαιδικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6975063553

E-mail: gia_georgia@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η τεχνολογική ανάπτυξη έχει επιφέρει πληθώρα αλλαγών στο σύγχρονο τρόπο ζωής. Μια από τις πιο σημαντικές εισαγωγές στη καθημερινότητα είναι η χρήση οθονών τόσο στον επαγγελματικό χώρο όσο και στη ψυχαγωγία των ανθρώπων. Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανάδειξη της επίδρασης των οθονών στο μυοσκελετικό σύστημα.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις ηλεκτρονικές πλατφόρμες PubMed και Google Scholar για άρθρα που διερευνούν την επίδραση της τεχνολογίας στο μυοσκελετικό σύστημα. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οθόνη, μυοσκελετικό, tablet, smartphone και στη συνέχεια, μέσα από τις αναφορές των αρχικών άρθρων, εμπλουτίστηκε η έρευνα.

Αποτελέσματα: Το επιστημονικό ενδιαφέρον για την επίδραση των οθονών στο μυοσκελετικό σύστημα έχει αυξηθεί την τελευταία δεκαετία με άρθρα που εστιάζουν στην κακή στάση σώματος και την ιδιαίτερη κινηματική του αυχένα κατά τη διάρκεια της χρήσης. Συνολικά ανευρέθησαν 17 άρθρα στην διεθνή βιβλιογραφία, τα 16 από τα οποία αφορούσαν σε νέους ενήλικες και το ένα από αυτά σε άτομα άνω των 60 ετών. Ερωτηματολόγια κατανεμήθηκαν σε μαθητές λυκείων, φοιτητές και νέους εργαζόμενους κάτω των 30 ετών στην πλειονότητα αυτών των εργασιών. Σε μια έρευνα πραγματοποιήθηκε κινηματική ανάλυση, με καταγραφή της στάσης του σώματος των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια χρήσης οθόνης αφής. Επιπλέον αξίζει να σημειωθεί ότι οι μεγαλύτεροι πληθυσμοί που έχουν μελετηθεί βρίσκονται στην Ασία με την Ταϊλάνδη να κατέχει την πρώτη θέση το 2018 με μια μελέτη 779 ατόμων. Από την Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχουν δημοσιευθεί μεγάλες σειρές αναφορικά με την επίδραση των οθονών στο μυοσκελετικό σύστημα παρά την ευρεία χρήση τους. Όσον αφορά στην επίδραση των οθονών στα δύο φύλα, σαφής σύγκριση έχει γίνει μόνο σε ένα άρθρο στο οποίο φαίνεται το γυναικείο φύλο να έχει μεγαλύτερη ευαισθησία από το ανδρικό. Τα κυριότερα συμπτώματα

που έχουν περιγραφεί είναι η αυχεναλγία καθώς και το άλγος στην ωμική ζώνη, ενώ για τα άτομα άνω των 60 ετών η ευαισθησία και το άλγος στη περιοχή του καρπού αποτελεί ένα επιπλέον σύμπτωμα. Όσο μεγαλύτερη η χρήση των tablet και smartphones στους νέους ενήλικες τόσο πιο έντονη και η μυϊκή δραστηριότητα που απαιτείται από τους μυς των άνω άκρων και του αυχένα, με συνέπεια εντονότερη συμπτωματολογία. Από την ανασκόπηση επίσης τονίζεται η επιβάρυνση του μυοσκελετικού συστήματος από την προσπάθεια χρήσης των οθονών αφής με το ένα χέρι.

Συμπεράσματα: Η τεχνολογία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας του σύγχρονου ανθρώπου. Οι οθόνες, παρά την ευχρηστία και την αμεσότητα που παρέχουν, έχουν αρνητική επίδραση στην υγεία. Πέρα από την αρχική εντύπωση ότι το φαινόμενο αυτό επηρεάζει την ψυχική υγεία, νεότερες μελέτες τονίζουν επιπλέον τον αντίκτυπο στη σωματική υγεία μέσα από τις επιδράσεις στο μυοσκελετικό σύστημα. Η ευαισθησία της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και της ωμικής ζώνης τονίζονται σε άρθρα των τελευταίων δέκα χρόνων κυρίως σε χώρες της Ασίας. Η μελέτη περισσότερων πληθυσμών καθώς και η ανεύρεση εναλλακτικών μεθόδων χρήσης για να υπερκεραστεί η επιβάρυνση του μυοσκελετικού συστήματος είναι πιο επιτακτική από ποτέ και απαιτεί την συνεργασία τόσο των εταιρειών παραγωγής όσο και των επαγγελματιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Οθόνη, μυοσκελετικό, tablet, smartphone.

ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΣΜΟ ΠΑΙΔΙΩΝ, ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Καλλιόπη Προκοπάκη

Ψυχίατρος παιδιών και εφήβων, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Τμήμα παιδιών και εφήβων,

Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6987880821

E-mail: kallprok@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ζούμε σε περιβάλλοντα κορεσμένα από ποικιλία τεχνολογιών που χρησιμοποιούν οθόνες. Οι αρνητικές συνέπειες των μέσων οθόνης είναι πολλές και σχετίζονται με το περιεχόμενο, με τον χρόνο έκθεσης, τις γνώσεις για ασφαλή χρήση του διαδικτύου και τα ψυχικά χαρακτηριστικά του χρήστη.

Η πρώιμη χρήση οθονών είναι διαδεδομένη και **υπάρχουν πολλές ανησυχίες για την ανάπτυξη και την υγεία των μικρών παιδιών, που χρησιμοποιούν σε υπερβολικό βαθμό ψηφιακά πολυμέσα, καθώς φαίνεται ότι υπάρχουν πρώιμες επιδράσεις στον εγκέφαλο.** Νευροβιολογικές μελέτες δείχνουν επίσης δομικές και λειτουργικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο εφήβων και ενηλίκων ατόμων με εθισμό στην χρήση διαδικτύου. Οι βλάβες εντοπίζονται σε εγκεφαλικές περιοχές που σχετίζονται με την επιβράβευση, τα κίνητρα, τη μνήμη και τον νοητικό έλεγχο.

Τα μέσα οθόνης έχουν ενοχοποιηθεί για αύξηση της βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς, την πρόωρη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας, τις μιμητικές συμπεριφορές και αύξηση συμπεριφορών υψηλού κινδύνου, προβλήματα διατροφής και ύπνου, προβλήματα προσοχής και μειωμένης σχολικής επίδοσης καθώς και συμπεριφορές εξάρτησης. Το διαδίκτυο μπορεί να είναι χώρος παραβατικών συμπεριφορών, όπως εκφοβισμός και εκβιασμός, εξαπάτηση, παρακολούθηση και παιδική πορνογραφία. Επιπλέον, η συνεχής ενασχόληση με τα ηλεκτρονικά μέσα, εκτοπίζει άλλες δραστηριότητες που συνεισφέρουν σημαντικά στην σωματική και πνευματική υγεία.

Το διαδίκτυο είναι ένα πολύτιμο εργαλείο επικοινωνίας, κοινωνικής διασύνδεσης και δράσης, πρόσβασης σε πληροφορίες, εκπαίδευσης, έρευνας, οικονομικών και εμπορικών δραστηριοτήτων, διασκέδασης και δημιουργικότητας. Υπάρχουν περιπτώσεις, όπου η χρήση του διαδικτύου γίνεται με ακατάλληλο τρόπο, που μπορεί να λάβει παθολογικές διαστάσεις ή και χαρακτήρα ψυχιατρικής διαταραχής. Πολλές διαδικτυακές δραστηριότητες

όπως τα διαδικτυακά παιχνίδια, η κοινωνική δικτύωση, το κυβερνο-σεξ, οι αγορές, ο τζόγος κ.α., έχουν ηδονική χροιά που προδιαθέτει σε φαινόμενα εθισμού, παρόμοια με αυτά του εθισμού σε ουσίες, καθώς και αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική, σχολική/ακαδημαϊκή και επαγγελματική ζωή του ατόμου.

Ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί εθισμένο στα μέσα οθόνης, όταν η χρήση τους γίνεται το πιο σημαντικό πράγμα στην ζωή του. Παρουσιάζει αλλαγές στην συναισθηματική του κατάσταση, οι οποίες εξαρτώνται από την χρήση των οθονών, ενώ απαιτούνται όλο και μεγαλύτερες «δόσεις» χρήσης για να βιωθούν οι αρχικές εντυπώσεις και αισθήσεις. Εμφανίζει συμπτώματα απόσυρσης, όταν τερματίζεται η χρήση τους, συγκρούεται με τα οικεία του άτομα με θέμα την δραστηριότητα, παρουσιάζει μείωση της σχολικής επίδοσης καθώς και εγκατάλειψη δραστηριοτήτων και εμφανίζει υποτροπή μετά από διαστήματα αποχής ή εγκρατούς χρήσης. Άτομα επιβαρυμένα ψυχοκοινωνικά είναι περισσότερο ευάλωτα στις αρνητικές επιδράσεις. Η παρουσία κατάθλιψης, ΔΕΠΥ, μειωμένων κοινωνικών δεξιοτήτων και στρεσογόνων γεγονότων ζωής, συχνά είναι το υπόβαθρο της προβληματικής χρήσης των μέσων οθόνης.

Η αντιμετώπιση σε πρώιμα στάδια είναι περισσότερο αποτελεσματική. Επίσης η διάγνωση και η θεραπεία υποκείμενων ψυχιατρικών διαταραχών είναι θεμελιώδους σημασίας. Σημαντική είναι η ενίσχυση θετικών αλλαγών στον τρόπο ζωής, όπως η ανάπτυξη ενδιαφερόντων, κοινωνικής ζωής και οικογενειακών δραστηριοτήτων. Συνιστάται αποφυγή χρήσης ηλεκτρονικών μέσων με οθόνη πριν τα δύο έτη και χρήση μικρότερη της μιας ώρας στα νήπια και αποφυγή χρήσης οθονών πριν τον ύπνο. Σε μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους η τήρηση προσυμφωνημένων ορίων χρόνου και περιεχομένου είναι αναγκαία. Οι γονείς θα πρέπει να τηρούν τους κανόνες σωστής χρήσης και για τον εαυτό τους.

Τα μέσα οθόνης και το διαδίκτυο είναι εδώ και θα παραμείνουν, ως άλλος ένας χώρος, όπου οι άνθρωποι μπορούν να δρουν και να συναντώνται, τόσο για καλό, όσο και για κακό. Το μέτρο και η ηθική στην εικονική πραγματικότητα, όπως και στην πραγματική ζωή, είναι προϋπόθεση για ωφέλεια και αποφυγή βλάβης.

Λέξεις κλειδιά: Μέσα οθόνης, διαδίκτυο, εθισμός, επιπτώσεις.

Πνευμονικές μεταστάσεις: Χειρουργούνται;

ΝΑΙ

Χαράλαμπος Ζήσης, MD, FETCS,

Χειρουργός Θώρακος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,

Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945875222

E-mail: chzisis@hotmail.fr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το 1947 ανακοινώθηκε η πρώτη σειρά 24 ασθενών υποβληθέντων σε μεταστασεκτομή πνεύμονος με σημαντική τριετή επιβίωση. Έκτοτε πολλές μεταστασεκτομές επιχειρήθηκαν με άλλοτε άλλη επιτυχία, ώστε σήμερα να διαθέτουμε πληρέστερη εικόνα σχετικά με τις ενδείξεις και την εφαρμογή των μεταστασεκτομών στον πνεύμονα.

Συνήθως οι ασθενείς με δευτεροπαθή εντόπιση στον πνεύμονα είναι ασυμπτωματικοί και το εύρημα ανιχνεύεται στον μετεγχειρητικό έλεγχο ρουτίνας του ασθενούς (follow-up). Η πλήρης και ενδελεχής ογκολογική σταδιοποίηση προς αποκλεισμό έτερων εστιών σε άλλα όργανα είναι απαραίτητη για τη λήψη θεραπευτικής απόφασης.

Για να διενεργηθεί μεταστασεκτομή πνεύμονος πρέπει να εκπληρώνονται οι ακόλουθες προϋποθέσεις: *Πρωτοπαθής εστία ελεγχόμενη ή δυνητικά ελεγχόμενη, επί υπάρξεως εξωπνευμονικής εστίας απόλυτη δυνατότητα ελέγχου της εν λόγω εστίας, απουσία αξιόπιστης εναλλακτικής θεραπείας με μικρότερη νοσηρότητα, και ασθενής κατάλληλος υποψήφιος για χειρουργική εξαίρεση.* Όσο μεγαλύτερο το διάστημα από την πρωτοπαθή νόσο και όσο λιγότερες οι δευτεροπαθείς εντοπίσεις, τόσο ευνοϊκότερη η πρόγνωση. Κατά περίπτωση, είναι αδύνατη η διάκριση μεταξύ δευτεροπαθούς και δεύτερου πρωτοπαθούς νεοπλάσματος, ώστε η εκτομή να εξυπηρετεί διαγνωστικό ρόλο, πέραν του θεραπευτικού.

Η υφιστάμενη τεκμηρίωση είναι επαρκής ως προς τις μεταστασεκτομές στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού, στα σαρκώματα, στο μελάνωμα, σε όγκους από γεννητικά κύτταρα, σε καρκινώματα κεφαλής-τραχήλου, σε μονήρη μετάσταση από καρκίνο πνεύμονος, σε ενδοκρινικούς καρκίνους και στον καρκίνο του νεφρού. Αμφίβολη

τεκμηρίωση καταγράφεται στον καρκίνο του μαστού και στους γυναικολογικούς καρκίνους. Εντούτοις, κατά περίπτωση έχουν δοκιμαστεί με υποσχόμενα αποτελέσματα μεταστασεκτομές σε επιλεγμένους ασθενείς με καρκίνο οισοφάγου, στομάχου, ήπατος, χοληφόρων και παγκρέατος. Στόχος της μεταστασεκτομής είναι η αφαίρεση όλων των βλαβών, τα επαρκή χειρουργικά όρια εκτομής, η διατήρηση της μεγαλύτερης δυνατής ποσότητας λειτουργικού ιστού και η εξέταση και δειγματοληψία λεμφαδένων. Η θωρακοσκοπική προσπέλαση παραμένει αμφιλεγόμενη δεδομένης της αδυναμίας ψηλάφησης και ανεύρεσης έτερων βλαβών μη εμφανών κατά τον προεγχειρητικά διενεργηθέντα προεγχειρητικό έλεγχο.

Η χειρουργική αντιμετώπιση τοποθετείται στα πλαίσια ευρύτερης ογκολογικής θεραπείας σε συνδυασμό και με άλλες μορφές θεραπείας σε άλλοτε άλλο χρόνο κατά τη διαδρομή της νόσου. Υποτροπή στο θώρακα εξακολουθεί να αποτελεί ένδειξη επαναληπτικής εκτομής, εφόσον εκπληρώνονται τα κριτήρια που προαναφέρθηκαν. Επιμελής διαγνωστική προσπέλαση, ογκολογικά τεκμηριωμένη ένδειξη, άρτια χειρουργική εξαίρεση και συνεργασία των κλινικών και εργαστηριακών ειδικοτήτων εξασφαλίζουν για τους ασθενείς την καλύτερη δυνατή πρόγνωση.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοπαθής εστία, δευτεροπαθής, υποτροπή, θωρακοσκοπική χειρουργική, μεταστασεκτομή.

ΤΙ ΦΕΡΝΟΥΝ ΟΙ ΜΕΛΕΤΕΣ NOBLE ΚΑΙ EXCEL ΣΤΗΝ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ;

Νικόλαος Σχίζας[1], Κωνσταντίνος Παπακωνσταντίνου[2], Ηλίας Σαμιώτης[3,1], Βασίλειος Πάτρης[4,1], Μιχαήλ Αργυρίου[5,1], Παναγιώτης Δεδεηλίας[5,1]

[1]Ιατρός Ειδικευόμενος, [2]Ιατρός Ειδικευόμενος, [3]Χειρουργός Θώρακος, Επικουρικός Ιατρός, [4]Καρδιοχειρουργός, Επικουρικός Ιατρός, [6]Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.

[1]Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός», [2]Γενική Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Ν. Σχίζας

Τηλ.: 6936820715

E-mail: nikschizas@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην κλινική πράξη η ύπαρξη στενώσεων στο στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα και συνοδεύεται με υψηλό κίνδυνο για συμβάματα με σοβαρές επιπτώσεις για τους πάσχοντες. Η διαχείριση της επαναγγείωσης του μυοκαρδίου σε τέτοιες περιπτώσεις, δηλαδή η επιλογή διαδερμικής τοποθέτησης ενδοπρόθεσης (PCI) ή η χειρουργική αντιμετώπιση (CABG), είναι ένα σημείο το οποίο δεν είναι πλήρως διασαφηνισμένο απο την ιατρική κοινότητα. Τα τελευταία έτη διενεργούνται μελέτες μεγάλης κλίμακας με σκοπό να απαντηθεί αυτό το κρίσιμο ερώτημα, με τις πιο βασικές την NOBLE (North-Baltic-British Left Main Revascularization Study) και η EXCEL (Evaluation of XIENCE versus Coronary Artery Bypass Surgery for Effectiveness of Left Main Revascularization). Πρόκειται για δύο τυχαιοποιημένες μελέτες με σκοπό την σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ PCI και CABG για την αντιμετώπιση της στένωσης του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας. Οι δύο μελέτες διαφέρουν ως προς τον αριθμό των περιστατικών, με την EXCEL να είναι μεγαλύτερη, στα κριτήρια αποκλεισμού αλλά και στην ενδοπρόθεση που χρησιμοποιήθηκε. Ωστόσο, οι συγκρίσεις είναι εφικτές μεταξύ τους αλλά απαιτείται μεγάλη προσοχή στην ανάγνωση των ευρημάτων καθώς είναι αντικρουόμενα σε

αρκετά σημεία. Όσον αφορά στα αποτελέσματα, η NOBLE έδειξε ότι οι επιπλοκές, καρδιακές ή νευρολογικές, ήταν σαφώς λιγότερες για την ομάδα των ατόμων που υπεβλήθησαν σε επέμβαση (18%) σε σχέση με την ομάδα που υπεβλήθησαν σε PCI (28%), η ανάγκη για επαναγγείωση ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα της PCI, ενώ η περιεγχειρητική και συνολική θνητότητα ήταν αντίστοιχες. Από την άλλη πλευρά, η EXCEL κατέδειξε αντίστοιχα ποσοστά στην εμφάνιση επιλοκών, αυξημένη ανάγκη για επαγγείωση στα τρία χρόνια μετά την παρέμβαση για την ομάδα της PCI (23,1%) έναντι 19,1% για την ομάδα της CABG ενώ τέθηκε η υπόνοια ότι η επιτυχία της επαναγγείωσης επηρεάζεται από την εντόπιση της βλάβης. Συνοπτικά, τα αποτελέσματα της NOBLE δείχνουν ανωτερότητα της επέμβασης για την αντιμετώπιση της στένωσης του στελέχους της στεφανιαίας αρτηρίας ενώ σύμφωνα με τα ευρήματα της EXCEL οι δύο μέθοδοι έχουν αντίστοιχη αποτελεσματικότητα. Τα παραπάνω δεδομένα δεν δίνουν οριστική απάντηση πάνω στο ερώτημα και επομένως δεν είναι δυνατό να διαμορφώσουν ξεκάθαρες κατευθυντήριες οδηγίες. Συνεπώς η αξιολόγηση των ευρημάτων αυτών των μελετών επαφίεται στους ιατρούς στην καθ’ ημέρα κλινική πράξη όπου πρέπει να συνυπολογίζονται και άλλοι παράγοντες οι οποίοι δεν καλύπτονται απο τις παραπάνω μελέτες. Επιπλέον, η εξέλιξη των μελετών μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα αν τυχόν ανευρεθούν σημαντικές διαφορές στην μακροχρόνια παρακολούθηση. Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να διαλευκανθούν ζητήματα όπως η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας με βάσει την ανατομική θέση της βλάβης. Συμπερασματικά, τα ευρήματα των παραπάνω μελετών δεν δίνουν οριστική απάντηση πάνω σε αυτό το ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα, ωστόσο αποτελούν μια βάση για την μελλοντική εκπόνηση κατευθυντήριων οδηγιών που θα ορίζουν με σαφήνεια την καλύτερη θεραπευτική στρατηγική σε κάθε περίπτωση.

Λέξεις κλειδιά: EXCEL, NOBLE, επαναγγείωση, στέλεχος αριστερής στεφανιαίας.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΤΙΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΕΣ: ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΟΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ;

Φίλιππος Πασχάλης Ρόρρης

Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6947592622

E-mail: prorris@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα, ο πιο συνήθης τύπος κακοηθών όγκων του νεφρού, είναι ο ένατος πιο συνηθισμένος διαγνωσμένος καρκίνος. Στην Ελλάδα, το 2018, υπήρξαν 2097 νέα περιστατικά και 754 θάνατοι από τον καρκίνο του νεφρού, όπως καταγράφεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Όπως και άλλοι κακοήθεις όγκοι των συμπαγών οργάνων της κοιλιάς (π.χ. ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, καρκίνωμα επινεφριδίου) έτσι και το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα σε περίπου 4-10% των περιπτώσεων τείνει, σε προχωρημένο στάδιο, να διηθεί την κάτω κοίλη φλέβα και να επεκτείνεται μέσω αυτής με τη μορφή μάζας όγκου-θρόμβου στην καρδιά. Ο ασθενής με αδιάγνωστο νεφροκυτταρικό καρκίνωμα με επέκταση στις καρδιακές κοιλότητες μπορεί να εκδηλωθεί κλινικά με διαφορετικά συμπτώματα όπως δύσπνοια, οιδήματα κάτω άκρων, και συγκοπτικά επεισόδια. Τα συμπτώματα προκαλούνται εξαιτίας καταστάσεων που δημιουργεί ο χωροκατακτητικός χαρακτήρας των όγκων οι οποίες ποικίλουν από θρόμβωση της κάτω κοίλης φλέβας, πνευμονική εμβολή, έως αιμοδυναμική αστάθεια και καρδιακή ανεπάρκεια. Για την βέλτιστη αντιμετώπιση των όγκων νεφρού οι οποίοι διηθούν την κάτω κοίλη φλέβα, έχει καθιερωθεί η ταξινόμηση κατά Mayo (Class 0-IV), από την οποία προκύπτει ότι για τους όγκους της τάξης III και IV, είναι απαραίτητη η συμμετοχή της καρδιοχειρουργικής ειδικότητας και χρήση της εξωσωματικής κυκλοφορίας. Η αντιμετώπιση των όγκων νεφρού με επέκταση στην κάτω κοίλη φλέβα και την καρδιά, θα πρέπει να γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα και νοσοκομεία τριτοβάθμιας περίθαλψης, από ομάδα ουρολόγων και καρδιοχειρουργών. Οι ασθενείς αυτοί, θα πρέπει προεγχειρητικά να υποβάλλονται σε πλήρη απεικονιστικό και παρακλινικό έλεγχο καθώς και σε στεφανιογραφία. Μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση της εξωσωματικής κυκλοφορίας με κυκλοφοριακή παύση προσφέρουν μικρότερα ποσοστά διεγχειρητικής θνητότητας σε τέτοια περιστατικά. Η

καρδιοχειρουργική, με τη χρήση της εξωσωματικής κυκλοφορίας, παρέχει τη δυνατότητα ασφαλούς εξαίρεσης του όγκου, τόσο από την κοιλιά, όσο και μέσα από την κάτω κοίλη φλέβα και τις καρδιακές κοιλότητες. Μετεγχειρητικά, οι ασθενείς παραπέμπονται για ογκολογική παρακολούθηση.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος νεφρού, καρδιοχειρουργική, εξωσωματική κυκλοφορία.

ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ

Βασίλειος Πάτρης

Καρδιοχειρουργός, Επικουρικός Ιατρός, Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6972831268

E-mail: vaspatris@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στις μέρες μας η TAVI αποτελεί τη μοναδική θεραπευτική επιλογή στους ασθενείς με σοβαρή στένωση της αορτικής τους βαλβίδας, οι οποίοι αποκλείονται από την SAVR λόγω του εξαιρετικά υψηλού περιεγχειρητικού τους κινδύνου και οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως ανεγχείρητοι. Παράλληλα, αποτελεί μία πολύ καλά τεκμηριωμένη και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για τους ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου (high risk patients), ακόμη και για εκείνους που χαρακτηρίζονται ως ενδιάμεσου χειρουργικού κινδύνου. Στις αγγειακές επιπλοκές σύμφωνα με τα κριτήρια VACR-2 μπορούμε να συμπεριλάβουμε τον αορτικό διαχωρισμό, την αορτική ρήξη, τη ρήξη αορτικού δακτυλίου, τη διάτρηση της αριστεράς κοιλίας, τη δημιουργία ψευδοανευρύσματος, τον τραυματισμό του αγγείου προσπέλασης, τον εμβολισμό αγγειακής προέλευσης, η αντιμετώπιση του οποίου απαιτεί χειρουργική ή διακαθετηριακή παρέμβαση, καθώς και την αποτυχία σύγκλεισης της αρτηρίας πρόσβασης. Η διαμηριαία TAVI έχει συσχετιστεί με υψηλότερη επίπτωση αγγειακών επιπλοκών συγκριτικά με την TAVI η οποία διενεργείται μέσω της διακορυφαίας οδού. Πάντως η κατάλληλη επιλογή και εξατομικευμένη εκτίμηση των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε TAVI από την ομάδα καρδιάς καθώς και η πραγματοποίηση λεπτομερούς προεπεμβατικού ελέγχου, ο οποίος περιλαμβάνει αξονική τομογραφία υψηλής ευκρίνειας μπορεί να μειώσει σημαντικά την εμφάνιση αγγειακών επιπλοκών. Διάφορες μείζονες αγγειακές επιπλοκές, όπως ο τραυματισμός κύριων καρδιακών δομών ή της αορτής, αλλά ακόμη και ο αορτικός διαχωρισμός είναι καταστάσεις ιδιαίτερα σπάνιες. Στην περίπτωση όμως που συμβούν χρήζουν επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης, με την πρόγνωσή τους, δυστυχώς, να είναι εξαιρετικά φτωχή. Οι επιπλοκές αυτές σχετίζονται με εφαρμογή μηχανικών δυνάμεων κατά τη διάρκεια της επεμβατικής διαδικασίας. Επίσης, η εμφύτευση μιας υπερμεγέθους βιοπροσθετικής βαλβίδας μπορεί να οδηγήσει σε ρήξη

στο επίπεδο της τοποθέτησης, ενώ μία μικρότερη σε μέγεθος βαλβίδα μπορεί να οδηγήσει σε εμβολισμό ή παραβαλβιδική διαφυγή και ανεπάρκεια. Σημαντικό επακόλουθο των αγγειακών επιπλοκών πολλές φορές είναι η αιμορραγία. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων αυτού διεπεμβατικά συσχετίζονται με σημαντικά υψηλότερη νοσηρότητα και θνητότητα. Συνεπώς, φαίνεται πως η πρόληψη της αιμορραγίας και η ελαχιστοποίηση της ανάγκης για μετάγγιση μπορεί να επιφέρει ευνοϊκότερες εκβάσεις για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVI.

Λέξεις κλειδιά: Διακαθετηριακές βαλβίδες, αγγειακές επιπλοκές, αγγειακή προσπέλαση.

ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΙΟΥΣΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Ηλίας Σαμιώτης[1], Παναγιώτης Δεδενλίας[2], Νικόλαος Παπακωνσταντίνου[3], Φιλιππος Ρόρρης[3], Νικόλαος Σχίζας[3], Μιχαήλ Αργυρίου[2], Χρήστος Χαρίτος[4]

[1]Επικουρικός Ιατρός, [2]Διευθυντής Ε.Σ.Υ., [3]Ειδικευόμενος Ιατρός, [4]Συντονιστής Διευθυντής,

Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας: Η. Σαμιώτης

Τηλ.: 6973648348

E-mail: samiotisilias@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παθολογία της ανιούσας αορτής, και το οξύ αορτικό σύνδρομο της αορτής τύπου Α, που είναι μια δυνητικά θανατηφόρος κατάσταση, απαιτεί άμεση διαγνωστική και θεραπευτική παρέμβαση. Η ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση παραμένει η πρώτη επιλογή καθώς τα ποσοστά επιβίωσης συνεχίζουν να βελτιώνονται στη σύγχρονη χειρουργική εποχή. Δυστυχώς, περίπου το 20% των ασθενών εξαιρούνται από τη χειρουργική αποκατάσταση επειδή θεωρούνται υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου για να υποβληθούν σε αυτή. Η εφαρμογή της ενδοαγγειακής αποκατάστασης της αορτής (TEVAR) άλλαξε τα θεραπευτικά δεδομένα για την παθολογία της αορτής που περιλαμβάνει την κατιούσα θωρακική αορτή και μπορεί να είναι μια βιώσιμη επιλογή διάσωσης για ασθενείς με παθολογία στην ανιούσα οι οποίοι δεν είναι επιλέξιμοι για ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση. Τα νέα ενδομοσχεύματα και τα νέα διαγνωστικά μέσα εξελίσσονται συνεχώς. Μετά από μελέτη της βιβλιογραφίας και της στατιστικής ανάλυσης των ασθενών μας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση παραμένει η πρώτη επιλογή για την αποκατάσταση του οξέος διαχωρισμού τύπου Α, αλλά υπάρχει μία ομάδα ασθενών υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου όπου η ενδοαγγειακή αποκατάσταση (TEVAR) προσφέρει μια εναλλακτική θεραπεία επιλογής. Η ενδοαγγειακή αποκατάσταση προσφέρει μια εναλλακτική θεραπευτική επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς υψηλού κινδύνου με οξύ αορτικό σύνδρομο τύπου Α. Δεδομένου ότι υπάρχουν ακόμη πολλά τεχνικά ζητήματα που πρέπει να επιλυθούν, οι μελλοντικές τεχνολογικές καινοτομίες θα παράσχουν περισσότερες συσκευές και λύσεις, προκειμένου να υποστηρίξουν τους γιατρούς στον καθορισμό των ενδείξεων για την ενδοαυλική αποκατάσταση (TEVAR) της ανιούσας αορτής.

Λέξεις κλειδιά: Ανιούσα, ενδοαυλική, ενδομοσχέυματα.

ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΟΝ΄Η/ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ;

Νικόλαος Α. Παπακωνσταντίνου

Καρδιοχειρουργός, Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945046726

E-mail: nikppk@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η θεραπεία εκλογής στη χειρουργική αντιμετώπιση των παθήσεων του αορτικού τόξου είναι η συμβατική, ανοιχτή πλήρης αντικατάσταση του αορτικού τόξου. Ωστόσο, η συμβατική, ανοιχτή χειρουργική αποκατάσταση είναι μια επεμβατική διαδικασία, η οποία απαιτεί εξωσωματική κυκλοφορία και παύση της καρδιακής λειτουργίας σε βαθιά υποθερμία που οδηγούν σε σημαντικά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας. Η υβριδική προσέγγιση αφορά σε ένα συνδυασμό των μέσων που είναι διαθέσιμα μόνο στην αγγειογραφική σουίτα με εκείνα που είναι διαθέσιμα μόνο στη χειρουργική αίθουσα ώστε να αποκομιστεί το μέγιστο όφελος και από τις δύο προσεγγίσεις. Η υβριδική αποκατάσταση του τόξου αποσκοπεί στον περιορισμό του χειρουργικού χρόνου, του χρόνου της εξωσωματικής κυκλοφορίας και του χρόνου της παύσης της καρδιακής λειτουργίας, βραχύνοντας και απλοποιώντας τη διαδικασία της αποκατάστασης του αορτικού τόξου. Αυτές οι «υβριδικές τεχνικές» περιλαμβάνουν την αποκλαδοποίηση του αορτικού τόξου με (τύπος Ι) ή χωρίς (τύπος ΙΙ) συνοδό αντικατάσταση της ανιούσας αορτής και την τεχνική της παγωμένης προβοσκίδας ελέφαντα («frozen elephant trunk», τύπος ΙΙΙ) σε περίπτωση εκτεταμένης αορτικής νόσου.

Τα πλεονεκτήματα των υβριδικών τεχνικών είναι ποικίλα και διαφέρουν αναλόγως της προσέγγισης που χρησιμοποιείται. Στην τύπου Ι υβριδική αποκατάσταση είναι δυνατό να αποφευχθεί τόσο ο χρόνος βαθιάς υποθερμίας όσο και ο χρόνος ισχαιμίας λόγω αποκλεισμού της αορτής, ενώ η τύπου ΙΙ υβριδική προσέγγιση επιτρέπει την επέκταση των δυνατοτήτων υβριδικής αποκατάστασης του τόξου χωρίς βαθιά υποθερμία και σε περιπτώσεις ανευρυσματικής ανιούσης αορτής, αποφεύγοντας επιπλοκές της τύπου Ι υβριδικής αποκατάστασης, όπως η ενδοδιαφυγή τύπου ΙΑ, ο ανάδρομος διαχωρισμός τύπου Α και ο σχηματισμός ψευδοανευρύσματος. Παρόλα αυτά, οι νευρολογικές επιπλοκές

λόγω πολλαπλών χειρισμών στο επίπεδο του αορτικού τόξου και των αγγείων του τραχήλου αποτελεί την Αχίλλειο πτέρνα των υβριδικών τεχνικών. Τέλος, η υβριδική τύπου ΙΙΙ αποκατάσταση του αορτικού τόξου πλεονεκτεί στο ότι προσφέρει την σε ένα χρόνο αποκατάσταση της ανιούσας αορτής, του αορτικού τόξου και της κατιούσας θωρακικής αορτής, ενώ παράλληλα αυξάνει την πιθανότητα επιτυχούς ενδαγγειακής αποκατάστασης της περιφερικότερης αορτής σε περίπτωση που μια δευτέρου σταδίου επέμβαση κρίνεται απαραίτητη. Δυστυχώς όμως και αυτή συνοδεύεται από σημαντικά ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας με κύρια επιπλοκή την εγκατάσταση παραπληγίας. Οι σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες, πάντως, συμπεριλαμβάνουν ενδείξεις για την εφαρμογή των υβριδικών τεχνικών αποκατάστασης του αορτικού τόξου.

Συμπερασματικά, οι τεχνικές υβριδικής αντιμετώπισης του αορτικού τόξου επεκτείνουν τις ενδείξεις της αντιμετώπισης των παθήσεων του αορτικού τόξου, ιδιαίτερα στους υψηλού κινδύνου ασθενείς που δεν είναι καλοί υποψήφιοι για ανοιχτή χειρουργική επέμβαση. Είναι μια ασφαλής εναλλακτική της ανοιχτής αποκατάστασης επιλογή με αποδεκτά βραχυ-και μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα. Ωστόσο, τα ποσοστά νευρολογικών επιπλοκών και θνητότητας παραμένουν αξιοσημείωτα. Για την εφαρμογή τους σε χαμηλού κινδύνου ασθενείς, είναι απαραίτητη η διεξαγωγή μελλοντικών προοπτικών μελετών άμεσης σύγκρισης των ανοιχτών συμβατικών τεχνικών, με τις υβριδικές ή τις εξ’ ολοκλήρου ενδαγγειακές προσπελάσεις σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και μακρύτερους χρόνους παρακολούθησης.

Λέξεις κλειδιά: Υβριδικές τεχνικές, αορτικό τόξο, αποκλαδοποίηση, παγωμένη προβοσκίδα ελέφαντα.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΥΧΙΩΝ

Αθανάσιος Παντελής

Χειρουργός, Επιστημονικός Συνεργάτης του Β' Χειρουργικού Τμήματος,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6931410410

E-mail: ath.pantelis@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύγχρονο περιβάλλον στο οποίο καλούμαστε να ασκήσουμε την Ιατρική χαρακτηρίζεται από ευκολία και παγκοσμιοποίηση της πρόσβασης στην πληροφορία, υψηλό ανταγωνισμό και ελαστικές εργασιακές σχέσεις. Το βιογραφικό σημείωμα (*curriculum vitae*-CV) αποτελεί ένα γρήγορο καθρέφτη της μέχρι ενός χρονικού σημείου επαγγελματικής πορείας μας, όπου έχουν πρόσβαση δυνητικοί εργοδότες, πιθανοί ανταγωνιστές, υποψήφιοι ασθενείς, ασφαλιστικοί φορείς κοκ. Ως εκ τούτου, ο καθένας από εμάς, και ειδικά οι νεότεροι ιατροί, οι οποίοι σπανίως έχουμε εξασφαλίσει επαγγελματική σταθερότητα, καταγράφουμε στο CV μας αποκλειστικά την εκπαίδευσή μας, την επιστημονική μας κατάρτιση, τα ακαδημαϊκά μας επιτεύγματα και την προϋπηρεσία μας. Η κατάρτιση του CV μπορεί να είναι επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία, ειδικά εάν στην πορεία μας έχουν υπάρξει μακρά διαστήματα αποχής από το αντικείμενό μας. Για τους λόγους αυτούς, έχουν αναπτυχθεί υπηρεσίες (φυσικές και διαδικτυακές) που αναλαμβάνουν την κατάρτιση ενός ελκυστικού CV προσαρμοσμένου στην κατάλληλη περίσταση (εύρεση εργασίας, αίτηση για επιχορήγηση, αποδοχή σε προγράμματα εξειδίκευσης και μεταπτυχιακούς τίτλους σπουδών κοκ) με την καταβολή του αντίστοιχου αντιτίμου. Ήδη από το 2010 καλλιεργήθηκε στους ακαδημαϊκούς κόλπους η έννοια της καταγραφής των επαγγελματικών αποτυχιών με μία δημοσίευση-ορόσημο στο πιο αναγνωρίσιμο, ίσως, επιστημονικό περιοδικό, το Nature, με τίτλο «A CV of failures», από την Melanie Stefan. Αφορμή για αυτό στάθηκε η απόρριψη της συγγραφέως από ένα πρόγραμμα εξειδίκευσης (fellowship) και η συνειδητοποίηση του δεδομένου ότι σε τέτοιου είδους προγράμματα το ποσοστό επιτυχίας είναι περίπου 15%. Με άλλα λόγια, για κάθε 1 ώρα που επενδύεται σε δραστηριότητες καριέρας με επιτυχή έκβαση, δαπανώνται

άλλες 6 ώρες σε ενασχολήσεις που δεν τελεσφορούν επαγγελματικά. Κατά συνέπεια, το CV στην κλασική μορφή του δεν αντικατοπτρίζει την πραγματική προσπάθεια που έχει καταβληθεί, αλλά αποτελεί τη συνισταμένη των επιτυχημένων και αποτυχημένων προσπαθειών. Οι «χαμένες» ώρες συνιστούν πρόκληση για έναν νέο ιατρό και θέτουν εν αμφιβόλω την ικανότητα, την αποφασιστικότητα και το όραμά του/της, ιδίως επειδή πρόκειται για τον πολύτιμο χρόνο επαγγελματιών με πλήρες καθημερινό πρόγραμμα και εξοικειωμένων με την αριστεία και τη διάκριση. Επιπλέον, ο νέος ιατρός βιώνει την αποτυχία κατά κανόνα σε απομόνωση και απόρριψη, αφού ακόμα και το στενό υποστηρικτικό περιβάλλον από ένα σημείο και έπειτα δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τον αντίκτυπό της λόγω μη συνάφειας με το αντικείμενο και μη εξοικείωσης με την προαναφερθείσα δαπάνη χρόνου και ενέργειας. Κοινό συμπέρασμα καταξιωμένων επιστημόνων-ιατρών είναι η ανάγκη για κατάρτιση ενός «βιογραφικού των αποτυχιών», όπου χωρίς το άγχος της «τελειότητας» που επιβάλλεται να αποπνέουν τα «κλασικά» βιογραφικά, θα πρέπει να καταγράφονται τα εξής: Τα προπτυχιακά προγράμματα στα οποία δεν έγινε δεκτός/ή ή δεν κατόρθωσε να ολοκληρώσει, οι ακαδημαϊκές θέσεις και θέσεις εξειδίκευσης που ο υποψήφιος δεν έλαβε, τα βραβεία και οι υποτροφίες στα οποία η υποψηφιότητά του/της δεν προκρίθηκε, οι εργασίες που δεν έγιναν δεκτές για δημοσίευση και οι ερευνητικές επιχορηγήσεις που δεν κατόρθωσε να αντλήσει. Η κατάρτιση ενός τέτοιου βιογραφικού δεν είναι χρησιμοθηρική και δε θα πρέπει να λειτουργεί ως ένας αμιγώς υπολογιστικός συσχετισμός με πυρήνα την αναλογία 1:6 που προαναφέρθηκε. Με το CV των αποτυχιών ο νέος επιστήμονας καθιστά τις αποτυχίες του εξίσου «ορατές» με τις επιτυχίες, τόσο για τον ίδιο όσο και για τους άλλους.

Λέξεις κλειδιά: Νέοι ιατροί, βιογραφικό σημείωμα, επαγγελματική αποτυχία, επαγγελματική ανέλιξη.

ΜΗ ΤΕΧΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥΣ

Γρηγόριος Λακιώτης

Χειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,

Β' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944333740

E-mail: lakiotisgreg@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η άσκηση της ιατρικής επιστήμης με σκοπό την αντιμετώπιση της ασθένειας των πολιτών, είναι υποχρέωση όλων των λειτουργών της υγείας. Πρέπει όμως να εμπίπτει σε κανόνες, καθόσον καθήκον τους είναι να διαφυλάσσουν το υπέρτατο αγαθό που είναι η υγεία, έτσι ώστε να μην υφίσταται βλάβη από τυχόν πλημμελή άσκηση των καθηκόντων τους.

Θα μπορούσε να διερωτηθεί κάποιος αν η άσκηση της χειρουργικής είναι υπόθεση μόνον καλώς εφαρμοζόμενων τεχνικών ανά περίπτωση, με επιπλοκές ή όχι, και ότι η προσωπική ικανοποίηση του χειρουργού εξαντλείται με την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.

Άραγε ο χειρουργός είναι ένας καλός τεχνίτης, που είναι σε θέση να χρησιμοποιεί πολύπλοκα μηχανήματα και να εφαρμόζει τις χειρουργικές μεθόδους σε ανθρώπινες μονάδες, που απλά διεκπεραιώνει την καθημερινή λίστα, μη γνωρίζοντας ποιο είναι το πρόσωπο του ασθενούς του, αφού έχει ενημερωθεί από το ιστορικό που είναι καταγεγραμμένο από άλλο άτομο; Ενεργεί απρόσωπα καθιστώντας απρόσωπη την άσκηση της χειρουργικής;

Ο χειρουργός πρέπει να ενεργεί και να κινείται ως υπεύθυνο μέλος μιας μεγάλης ομάδας που απαρτίζεται από τους συνεργάτες του, ειδικούς και ειδικευόμενους, το νοσηλευτικό προσωπικό, το περιβάλλον του ασθενούς, τον ίδιο τον ασθενή και την συνείδησή του. Η συμπεριφορά του πρέπει να διέπεται από αξίες και αρχές της ιατρικής και ηθικής δεοντολογίας και να αποτελεί πρότυπο ολοκληρωμένης προσωπικότητας που να αποπνέει εμπιστοσύνη, πολιτισμό, σεβασμό προς το περιβάλλον του καθιστώντας τον εαυτό του πρότυπο μίμησης.

Η μη αξιολόγηση της καταλληλόλητας για την άσκηση της χειρουργικής ειδικότητας, πολλές φορές δημιουργεί προσωπικά αδιέξοδα τα οποία μπορεί να λάβουν τραγικό χαρακτήρα για τον ίδιο τον χειρουργό και τον ασθενή του. Εφ’ όσον ελήφθη όμως η απόφαση για την

άσκηση της χειρουργικής, τότε θα πρέπει να καταβάλλεται προσωπικό κόστος ώστε να ασκείται με υπευθυνότητα και με οδηγό το «ωφελέειν ή μη βλάπτειν».

Η επιστημονική γνώση και εξειδίκευση διογκώνεται αλματωδώς. Η φυσική και πνευματική αντοχή του χειρουργού είναι εκ των «ων ουκ άνευ». Η λιτότητα στην προσωπική του ζωή, η διαρκής ενημέρωση, η διατήρηση της σωματικής και πνευματικής ευεξίας, η ανάπτυξη εκτός της χειρουργικής ικανοτήτων της τέχνης, η δημιουργία οικογένειας, ως μέλους της κοινωνίας των ανθρώπων, η συστηματική βιβλιογραφική ενημέρωση, η γνώση της ιστορικής εξέλιξης της ιατρικής γενικότερα και ειδικότερα της χειρουργικής, η αρμονία προσωπικότητας και εξωτερικής εμφάνισης, ο απόλυτος σεβασμός στην συμπεριφορά και την έκφραση προς τους συνεργάτες, είναι χαρακτηριστικά τα οποία θα συμβάλλουν στον προσδιορισμό των ηθικών-δεοντολογικών ορίων του χειρουργού απέναντι στον ασθενή και την ασθένεια.

Η κατάρτιση του χειρουργού δεν πρέπει να εξαντλείται μόνον στη απόκτηση γνώσεων και τεχνικών αλλά να στοχεύει και στην διαρκή σμίλευση του χαρακτήρα και της προσωπικότητας, στην κατεύθυνση ενός ήθους που να τοποθετεί τον ασθενή ως ανεπανάληπτη οντότητα, στο επίκεντρο της άσκησης του λειτουργήματος της χειρουργικής.

Αν κατά το παρελθόν η μαθητεία των νεότερων, δίπλα σε έμπειρους ειδικούς αρκούσε στην ενσυνείδητη γνώση της λεγόμενης ιατρικής δεοντολογίας και αυτό αρκούσε, σήμερα τα νέα ήθη της όλο και συχνότερης διερεύνησης των συνθηκών βλάβης της υγείας των πολιτών, επιβάλουν την επιστημονική ενημέρωση όλων των λειτουργών της υγείας, γύρω από τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις τους στην συνήθη ιατρική πράξη.

Λέξεις κλειδιά: Αποφθέγματα και αξίες για τους χειρουργούς, χειρουργική πρακτική, μη τεχνικές δεξιότητες, εκπαίδευση, ομαδική εργασία.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΛΑΘΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟ

Μαρία Χριστίνα Παπαδοπούλου, MD, MSc,

Ιατρός, Ειδικευόμενη στο Α' Χειρουργικό Τμήμα - Μ.Μ.Ο.,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6980291535

E-mail: mxpapadopoulou@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

"Ωφελέειν, ή μη βλάπτειν". Η βασική έννοια του ιατρικού λάθους περικλείεται στη θεμελιώδη αυτή αρχή της Ιατρικής, με βάση την οποία κάθε Ιατρός καλείται να εξασκήσει το λειτούργημά του.

Το ιατρικό λάθος μπορεί να οριστεί ως η αποτυχία ενός θεραπευτικού πλάνου να επιτύχει το στόχο του, ή η χρήση ενός λανθασμένου θεραπευτικού πλάνου για την επίτευξη κάποιου στόχου. Το λάθος μπορεί να είναι διαγνωστικό, θεραπευτικό, λάθος παρακολούθησης, αστοχία υλικοτεχνικού εξοπλισμού, αστοχία επικοινωνίας. Από ένα ιατρικό λάθος μπορεί να προκύψει σημαντικό κόστος, τόσο οικονομικό για το Νοσοκομείο όσο και για τη ζωή και την ακεραιότητα του ασθενούς.

Ένα ιατρικό λάθος συνήθως αποτελεί αποτέλεσμα ενός ελαττωματικού συστήματος, παρά μιας μεμονωμένης συνθήκης που οφείλεται αποκλειστικά στον ανθρώπινο παράγοντα, ειδικά σε περιβάλλον υψηλής πίεσης.

Ιατρικά λάθη συμβαίνουν και πολλές φορές είναι αδύνατον να αποφευχθούν. Οι Ιατροί συνήθως είναι ηθικά υποχρεωμένοι να αναγνωρίσουν, να καταγράψουν και να αναφέρουν τα λάθη αυτά, προκειμένου να βελτιωθούν τα στοιχεία του συστήματος που συντείνουν στην κατάσταση, και να το καταστήσουν ασφαλέστερο για τον ασθενή και τον ιατρό.

Σχετικά με την ευθύνη του Ειδικευόμενου Ιατρού απέναντι στο ιατρικό λάθος, είναι ευρέως αποδεκτό ότι η θέση του Ειδικευόμενου Ιατρού αποτελεί πρωτίστως θέση εκπαίδευσης, χωρίς αυτό να αναιρεί τη σημασία της ως ιατρική εργασία, και κατά συνέπεια θέση ευθύνης. Στο πλαίσιο του Ποινικού Κώδικα ο ειδικευόμενος, καθώς τελεί υπό καθεστώς εποπτείας και εκπαίδευσης, σπάνια επωμίζεται ο ίδιος όλο το βάρος ενός ιατρικού λάθος, και αυτό συμβαίνει συνήθως σε περιπτώσεις πλημμελούς ενημέρωσης του εποπτεύοντος ιατρού. Όσον αφορά την αναγνώριση και καταγραφή του ιατρικού λάθους όμως, ο

ειδικευόμενος ανάλογα με την κλινική του εμπειρία οφείλει να μπορεί να αναγνωρίσει τα στοιχεία που το αποτελούν, αν όχι εν τη γενέσει του, έστω αργότερα.

Η συνειδητοποίηση του ιατρικού λάθους μπορεί να επιφέρει πολύπλοκους ηθικούς και ψυχολογικούς προβληματισμούς στον ειδικευόμενο. Καθώς η πραγματοποίηση του λάθους τραντάζει τα ίδια τα θεμέλια αυτού που αντιλαμβανόμαστε ως Ιατρική Επιστήμη, ο νέος Ιατρός μπροστά σε αυτή την τρομακτική πραγματικότητα κατακλύζεται από αισθήματα φόβου, ενοχής, ντροπής, ανεπάρκειας, ανησυχίας για το μέλλον του ασθενούς, το μέλλον του ιδίου.

Η αναφορά του ιατρικού λάθους απευθύνεται σε δύο κατευθύνσεις: Την παραδοχή του λάθους στον ασθενή, και την αναφορά του στον εποπτεύοντα ιατρό. Όσον αφορά την παραδοχή στον ασθενή, ο κοινός λόγος που αποφεύγεται είναι ο φόβος εμπλοκής με το νομικό σύστημα, ενώ ως προς την αναφορά στους ανωτέρους, ο φόβος της ντροπής και της απώλειας εμπιστοσύνης.

Όλοι οι Ιατροί οφείλουν να είναι ικανοί να αναγνωρίσουν, να αναφέρουν και να μάθουν από το Ιατρικό λάθος. Η συζήτηση ανάλογων περιστατικών σε ενδονοσοκομειακές συνεδρίες συνεισφέρει στο συλλογικό όφελος από την αναγνώριση του λάθους. Η διατήρηση ενός θετικού, εκπαιδευτικού περιβάλλοντος στο πλαίσιο αυτής είναι καίρια για την επιτυχία, οδηγώντας στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για τη μελλοντική αποφυγή του.

Συμπερασματικά, η αναγνώριση και παραδοχή του λάθους αποτελεί τον ασφαλέστερο τρόπο μελλοντικής αποφυγής του, και η αποκάλυψη και συζήτηση της αλήθειας πρέπει να αποτελεί τη μόνη και άμεμπτη επιλογή για τον Ιατρό.

Λέξεις κλειδιά: Ιατρικό λάθος, ειδικευόμενος, ευθύνη.

Μαζική εγκαυματική καταστροφή: Μετά από την εμπειρία μας στο Μάτι

Η ΔΙΑΛΟΓΗ

Αικατερίνη Ζώτου

Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,

Πλαστικός Χειρουργός, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ., Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132045582

E-mail: *z_katrin25@yahoo.gr*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαλογή (triage) είναι μια πολύπλοκη, δυναμική διαδικασία ταξινόμησης των θυμάτων κατά προτεραιότητα, ανάλογα με τη σοβαρότητα του τραυματισμού και τον βαθμό επείγουσας ανάγκης για ιατρική φροντίδα. Έχει εξελιχθεί σε ένα σημαντικό εργαλείο, για να εξασφαλίσει ότι οι δεδομένοι ιατρικοί πόροι κατευθύνονται προς την επίτευξη του μέγιστου καλού για τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων.

Μετά από μια μαζική εγκαυματική καταστροφή, ο επιχειρησιακός σχεδιασμός θα πρέπει να επικεντρώνεται στην ορθή ταξινόμηση και τη διαλογή των θυμάτων στα τριτοβάθμια θεραπευτικά κέντρα, αποφεύγοντας ταυτόχρονα την υπερφόρτωση του τοπικού νοσοκομείου ή της μονάδας εγκαυμάτων με περιστατικά που δε χρειάζονται άμεση εξειδικευμένη φροντίδα.

Η πιο κρίσιμη πτυχή μιας αποτελεσματικής αντίδρασης σε μαζικές καταστροφές είναι η σωστή προ-νοσοκομειακή διαλογή στον τόπο του συμβάντος, καθώς και η επιτυχημένη διαλογή κατά την άφιξη στο τριτοβάθμιο νοσοκομείο, ανάλογα με την βαρύτητα των τραυμάτων. Δυστυχώς, πολλά συστήματα διαλογής έχουν σοβαρές ελλείψεις στις μεθοδολογίες τους και κανένα υπάρχον σύστημα διαλογής δεν διαθέτει αρκετά επιστημονικά στοιχεία για να δικαιολογήσει την καθολική υιοθέτησή του.

Παρατηρείται ότι η βέλτιστη προσέγγιση στον προγραμματισμό δεν είναι καθόλου σαφής και ότι κάθε νέο περιστατικό που σχετίζεται με μαζικά εγκαύματα φαίνεται να παράγει τα δικά του μοναδικά προβλήματα, τα οποία δεν ήταν όλα προβλέψιμα. Στις περισσότερες μαζικές εγκαυματικές καταστροφές, τα θύματα εκτός από τα εγκαύματα φέρουν πολλαπλά

τραύματα και σε άλλα συστήματα, αποτελώντας έτσι μια ανομοιογενή ομάδα με ευρύ φάσμα απειλητικών για τη ζωή προβλημάτων.

Το ποσοστό του εγκαύματος επί της ολικής επιφανείας σώματος (ΟΕΣ-TBSA), παρέχει έναν αδρό και αντικειμενικό δείκτη βαρύτητας του εγκαύματος. Η εκτίμηση της έκτασης της βλάβης είναι καίριας σημασίας για την κατάλληλη εφαρμογή των κριτηρίων διαλογής και ταξινόμησης. Επιπλέον, άλλοι παράγοντες, όπως η ηλικία των ασθενών και το εισπνευστικό έγκαυμα, επηρεάζουν σημαντικά την επιβίωση. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολη την ιεράρχηση των ασθενών με έγκαυμα σε μια μαζική εγκαυματική καταστροφή.

Η συνεκτίμηση του εγκαυματικού μηχανισμού, το βάθος του εγκαύματος, η έκταση και η ανατομική του θέση συμβάλλουν στον προσδιορισμό της συνολικής βαρύτητας της βλάβης (ελάσσονα, μέτρια ή σοβαρά εγκαύματα), που παρέχει γενική καθοδήγηση για την προτιμώμενη διάθεση και φροντίδα αυτών των ασθενών.

Τα μείζονα εγκαύματα συγκαταλέγονται στις πιο πολύπλοκες περιπτώσεις τραυμάτων που πρέπει να αντιμετωπιστούν, δεδομένης της παθοφυσιολογίας του εγκαυματικού τραύματος, των πιθανών συνυπαρχόντων τραυμάτων και της ανάγκης για πολυεπιστημονική φροντίδα. Τα θύματα απαιτούν εξειδικευμένη φροντίδα, τόσο στην οξεία φάση, όσο και κατά τις επόμενες εβδομάδες ή και μήνες. Για την ορθότερη θεραπευτική αντιμετώπιση και την βελτιστοποίηση της επιβίωσης μετά από μια μαζική εγκαυματική καταστροφή, η αρχή είναι η σωστή διαλογή των θυμάτων.

Λέξεις κλειδιά: Διαλογή, μαζικές καταστροφές, μαζικά εγκαύματα.

Η ΑΝΑΝΗΨΗ

Αντώνιος Β. Κυριακόπουλος

Πλαστικός Χειρουργός, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ.,

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6999922220

E-mail: drkyriakopoulos@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μετά την υποδοχή των εγκαυματιών και τη διαλογή τους αρχίζει η ανάνηψη του εγκαυματικού ασθενούς με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες αλλά προσωποποιημένη, βάσει του ιατρικού ιστορικού, της επιφάνειας και του βάθους του εγκαύματος και της συνύπαρξης ή όχι εισπνευστικής νόσου, όπως καθορίζονται από το Advanced Life Burn Support (ABLS) της American Burn Association και της πιο όψιμης European Burn Association. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι γενικές κατευθυντήριες οδηγίες ανάνηψης της ειδικότητας της Εντατικολογίας είναι διαφορετικές από τις γενικές οδηγίες της ανάνηψης του εγκαύματος και η διασφάλιση της επιβίωσης των ασθενών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την τήρηση των ειδικών οδηγιών για την εγκαυματική νόσο.

Η αποκάλυψη και αξιολόγηση του ασθενούς επαναλαμβάνεται εκ νέου και με την αρχή του ABLS γίνεται έλεγχος με το ABCDE, Airway, Breathing κτλ. Με επαναλαμβανόμενους κύκλους σταθεροποίησης του ασθενούς. Τις πρώτες 48 ώρες είναι διασφαλισμένη 100% η επιβίωση του εγκαυματικού ασθενούς, για ασθενείς μέσης ηλικίας με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, αν γίνει σωστά και πλήρως η ανάνηψη. Η formula Parkland είναι το gold standard στην υποκατάσταση υγρών το πρώτο 48ωρο.

Το πρώτο τετράωρο είναι κρίσιμο στην περίπτωση κυκλοτερούς εγκαύματος ολικού πάχους που οδηγεί στο χειρουργείο για εσχαροτομές με σεβασμό στις ανατομικές δομές νεύρων και αγγείων. Τις πρώτες 18 ώρες υπάρχει απόλυτο απαγορευτικό στην χορήγηση πρωτεϊνών, διότι το ενδοθήλιο των αγγείων είναι διαπερατό για αυτές λόγω του νευρογενούς shock και θα χαθούν στον τρίτο χώρο αν χορηγηθούν, δυσκολεύοντας την επόμενη φάση που είναι η κινητοποίηση των υγρών του τρίτου χώρου. Πρωτεΐνες ξεκινάμε να χορηγούμε επιθετικά μετά τις 18 ώρες για να κινητοποιήσουμε τα υγρά του τρίτου χώρου.

Ισχυρή αναλγησία πρέπει να χορηγείται, με αντένδειξη σε όσα αναλγητικά προκαλούν μείωση της αρτηριακής πίεσης. Οι ρυθμίσεις του αναπνευστήρα πρέπει να είναι σύμφωνες με πρωτόκολλο ασθενούς με ARDS από την πρώτη στιγμή για όλους τους διασωληνωμένους εγκαυματίες.

Απόλυτη στο έγκαυμα είναι η χορήγηση αγγειοσυσταλτικών φαρμάκων που ενώ φαινομενικά συμβάλουν στην αιμοδυναμική σταθεροποίηση, πρακτικά οδηγούν σε αύξηση της ισχαιμίας του δέρματος, αύξηση έμμεσα της επιφάνειας νέκρωσης-εγκαύματος, άρα φαύλο κύκλο μεγαλύτερης ανάγκης σε υγρά.

Θεωρητικά μετά τις 48 πρώτες ώρες είναι η χρονική στιγμή της πρώιμης χειρουργικής εσχαρεκτομής ή της μεταφοράς του ασθενούς σε μονάδα εγκαύματος. Τότε θεωρητικά τελειώνει η ανάνηψη. Σε βαριά διασωληνωμένα περιστατικά, λήξη της ανάνηψης στην πράξη, είναι η στιγμή της επιτυχούς αποσωλήνωσής τους.

Λέξεις κλειδιά: Έγκαυμα, εγκαυματική νόσος, ανάνηψη εγκαυματία, φόρμουλα Parkland.

Η ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Παναγιώτης Γιαννόπουλος

Πλαστικός Χειρουργός, Επικουρικός Ιατρός,

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6946793146

E-mail: panosgplast@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ως έγκαυμα ορίζεται ο τραυματισμός του δέρματος χωρίς/ή και των υποκείμενων ιστών αυτού, που προκαλείται από τη θερμότητα, τον ηλεκτρισμό, από χημικές ουσίες, την ακτινοβολία (υπεριώδη ή ιοντίζουσα) σε τυχαίες ή μη συνθήκες. Σχεδόν έντεκα εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως τυγχάνουν κάποιας ιατρικής θεραπείας για εγκαύματα, ενώ ετησίως οι θάνατοι από τα εγκαύματα ανέρχονται στις τριακόσιες χιλιάδες. Η σωστή τοποθέτηση του σώματος του ασθενούς και των εγκαυματικών περιοχών αυτού στη νοσοκομειακή κλίνη παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη σωστή αντιμετώπιση του εγκαύματος αλλά και στην πρόληψη των αρνητικών επιπτώσεων του τελευταίου. Σε αυτές ανήκουν οι ρικνωτικές ουλές, οι δυσκαμψίες ή οι συγκάμψεις, ο περιορισμός ή ακόμα και η απώλεια της κινητικότητας μεμονωμένων αρθρώσεων ή και άκρων, η εμφάνιση ελκών εκ πιέσεως/κατακλίσεων. Όλα τα παραπάνω συναντώνται κυρίως σε επιπλεγμένα εν τω βάθει εγκαύματα και σε βαρέως πάσχοντες εγκαυματίες με ποσοστά εγκαύματος> 25-30% Ολικής Επιφανείας Σώματος. Ο εύθετος κλινοστατισμός του εγκαυματία δρα αποιδηματικά για τις εγκαυματικές περιοχές, επιτρέπει τον εύκολο έλεγχο, αερισμό και άνετη περιποίηση των εγκαυματικών επιφανειών, διευκολύνει την αναπνοή του ασθενούς και απλοποιεί τη νοσηλευτική φροντίδα αυτού. Η «εγκαυματική θέση» είναι διαφορετική της γνωστής ανατομικής θέσης. Διαφέρει ως προς τις γωνιώσεις των άνω και κάτω άκρων με τον κορμό αλλά και ως προς τη θέση των αρθρώσεων του μυοσκελετικού μας συστήματος εμπλεκόμενων ή μη σε έγκαυμα. Οι αρθρώσεις ενός εγκαυματία τοποθετούνται σε λειτουργική θέση και όχι ανατομική. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η επούλωση του υπερκείμενου των αρθρώσεων δέρματος, ώστε και με την κατάλληλη φυσικοθεραπεία να ανακτηθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα η μέγιστη δυνατή ελαστικότητά του επιτρέποντας καλύτερη λειτουργικότητα των εκάστοτε εμπλεκόμενων αρθρώσεων. Καίρια βοήθεια στην επίτευξη αυτής της τοποθέτησης παρέχουν οι ειδικοί θερμοπλαστικοί ή μη νάρθηκες που

πρέπει να είναι διαθέσιμοι σε κάθε Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής ή Εγκαυμάτων. Υπογραμμίζεται δε η αναγκαιότητα στενής συνεργασίας πλαστικών χειρουργών, νοσηλευτών και φυσικοθεραπευτών στην επίτευξη και διατήρηση της ειδικής αυτής θέσης του εγκαυματία καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Λέξεις κλειδιά: Έγκαυμα, ρικνωτική ουλή, θέση εγκαυματία, λειτουργική, νάρθηκας.

ΝΕΑ ΥΛΙΚΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ

Μαρία Κοτρώτσιου

Πλαστικός Χειρουργός, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932308008

E-mail: markotro@otenet.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σύγχρονη βιοϊατρική τεχνολογία εξελίχθηκε και για τα υλικά που σχετίζονται με την αντιμετώπιση της εγκαυματικής νόσου. Έτσι ανάλογα με τη φάση του εγκαυματικού ασθενή χρησιμοποιούνται νέα υλικά σε συνδυασμό με νέες τεχνικές που εφαρμόστηκαν στην κλινική μας για την αντιμετώπιση των ασθενών από το Μάτι.

Διαλογή: Στη διαλογή των εγκαυματιών στα επείγοντα εδώ και τρία χρόνια χρησιμοποιούμε την καρβοξυαιμοσφαιρίνη για τη διάγνωση του πιθανού εισπνευστικού εγκαύματος.

Περίδεση: Χρησιμοποιούμε υλικά βασισμένα στο νανοκρυσταλικό άργυρο.

Χειρουργική αποκατάσταση: Νέα συστήματα λήψης προετοιμασίας και καθήλωσης μοσχευμάτων. Χρήση υποστρωμάτων συνθετικού χορίου ζωικής προέλευσης, χοίριο ή βόειο για την πρόληψη των ουλών και των ρικνώσεων άρα και των κινητικών προβλημάτων μετεγχειρητικά. Χρήση ανθρώπινου κολλαγόνου τεχνητά παρακευασμένου για την επιτάχυνση της επούλωσης.

Αποκατάσταση: Σύγχρονα επιθέματα επούλωσης διαφόρων υλικών και συστάσεις.

Παρακολούθηση: Χρήση αυτόλογων αυξητικών παραγόντων για τη διακοπή των συμπτωμάτων κνησμού και πόνου στις ουλές.

Στόχος της κλινικής είναι η συνεχής εξέλιξη στις τεχνικές μας, βάση των νέων κατευθυντήριων οδηγιών της European Burn Association που είμαστε μέλη καθώς και η έρευνα σε επίπεδο κλινικής δοκιμής νέων υλικών και νέων τεχνικών.

Λέξεις κλειδιά: Τεχνολογία και έγκαυμα, σύγχρονα επιθέματα στο έγκαυμα, συνθετικό χόριο.

Παχυσαρκία μία σύγχρονη επιδημία. Ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας στο τριτοβάθμιο νοσοκομείο

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, ΑΙΤΙΑ

Μαρινέλλα Τζανέλα

Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ενδοκρινολογικό Τμήμα-Διαβητολογικό Κέντρο,

Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944284637

E-mail: mtzanel@med.uoa.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παχυσαρκία έχει λάβει στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες διαστάσεις πανδημίας που εκτός από την αύξηση της θνησιμότητας έχει και σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Η παχυσαρκία είναι αποτέλεσμα της περίσσειας ενέργειας που αποθηκεύεται ως λίπος, η οποία συμβαίνει όταν η θερμιδική πρόσληψη υπερβαίνει τη θερμιδική κατανάλωση. Η πρόσληψη θερμίδων ελέγχεται από την όρεξη (που καθορίζει την έναρξη της λήψης τροφής) και τον κορεσμό (που καθορίζει τον τερματισμό της λήψης τροφής) αλλά και συνήθειες της διατροφής (πρόσληψη τροφής ανεξάρτητα όρεξης και κορεσμού).

Το φυσιολογικό σύστημα που ελέγχει την πρόσληψη τροφής και την κατανάλωση ενέργειας χαρακτηρίζεται από: 1) Μακροπρόθεσμα και βραχυπρόθεσμα προσαγωγά σήματα που ανιχνεύουν της ενεργειακή κατάσταση του ατόμου, 2) εγκεφαλικά κέντρα στον υποθάλαμο όπου προσδιορίζεται το επίπεδο των σημάτων αυτών και 3) απαγωγά σήματα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που ρυθμίζουν την ένταση της πείνας και το επίπεδο της κατανάλωσης ενέργειας.

Η αιτιοπαθογένεια της παχυσαρκίας είναι πολυπαραγοντική (γενετικό υπόστρωμα, συμπεριφορά του ατόμου, κοινωνικοοικονομικό και ιατρικό ιστορικό) όμως η διατροφή και ο τρόπος ζωής είναι οι πλέον σημαντικοί. Η κατανάλωση επεξεργασμένων τροφών και ιδιαίτερα υδατανθράκων, κόκκινου κρέατος και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας έχουν συσχετιστεί με αυξημένη επίπτωση παχυσαρκίας και νοσηρότητας.

Σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι περίπου το 70% της διακύμανσης της παχυσαρκίας μεταξύ των ανθρώπων οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Όσοι έχουν γενετικούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για την παχυσαρκία είναι πιο ευαίσθητοι στις επιπτώσεις της ανθυγιεινής σύγχρονης διατροφής/περιβάλλοντος. Έτσι η ηλικία και το φύλο (αυξημένη επίπτωση> 50-60 ετών και στις γυναίκες) και η φυλή (χαμηλότερη επίπτωση στους λευκούς) είναι γνωστοί γενετικοί προδιαθεσικοί παράγοντες.

Ορμονικές διαταραχές όπως υποθαλαμικά νοσήματα, η υπερκορτιζολαιμία, ο υποθυρεοειδισμός και η ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης επηρεάζουν το ισοζύγιο ενέργειας και μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση του σωματικού βάρους και ίσως παχυσαρκία. Επιπλέον μια σειρά φαρμακευτικών ουσιών, όπως αντιψυχωτικά, αντικαταθλιπτικά και αντιεπιληπτικά εμφανίζουν παρόμοια δράση.

Λέξεις κλειδιά: Ενέργεια, παχυσαρκία, κληρονομικότητα.

ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ - ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ζωή Μπουλούμπαση

Κλινική Διαιτολόγος, Τμήμα Κλινικής Διατροφής,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974384230

E-mail: zoippp@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παχυσαρκία αποτελεί μια πολυπαραγοντική νόσο που σχετίζεται με αυξημένη εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. Η κυριότερη αιτία αποτελεί το θετικό ενεργειακό ισοζύγιο, ενώ τεκμηριωμένα επιστημονικά δεδομένα επισημαίνουν ότι απώλεια βάρους> 5%-10% μέσα σε 6 μήνες μπορεί να επιφέρει σημαντικό κλινικό όφελος. Σχετικά με τις διατροφικές παρεμβάσεις για τη θεραπεία της παχυσαρκίας, πρωταρχικός στόχος είναι ο ενεργειακός περιορισμός και το αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο. Ωστόσο νέες τεκμηριωμένες διαιτητικές στρατηγικές έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να επιτευχθεί αποτελεσματική απώλεια βάρους, αλλά και μακροχρόνια διατήρηση του χαμένου βάρους. Ανάμεσα σε αυτές εμπεριέχονται κατηγορίες διαιτών που βασίζονται είτε *στο χειρισμό της μακροθρεπτικής σύστασης* (LFD, Low Fat Diet έναντι LCD-HP, Low Carbohydrate Diet-High Protein), είτε *στον περιορισμό ή την επιλογή συγκεκριμένων τροφίμων* όπως π.χ., χορτοφαγική δίαιτα είτε τέλος *στο χειρισμό του χρόνου κατανάλωσης τροφής* όπως π.χ. διαλείπουσα νηστεία (IF, Intermittent Fasting). Επιπλέον, επιστημονικά δεδομένα περιλαμβάνουν συντηρητικές προσεγγίσεις όπως το βασικό πρόγραμμα (δίαιτα, άσκηση, συμπεριφορά), αλλά και το πολυπαραγοντικό μοντέλο θεραπείας (βασικό πρόγραμμα + φόρμουλα + φάρμακα), αλλά και άλλες μεθόδους όπως η πλήρης ή μερική υποκατάσταση γευμάτων, ο περιορισμός λήψης τροφής το βράδυ.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση διατροφικών παρεμβάσεων για απώλεια βάρους που βασίζονται σε τεκμηριωμένα επιστημονικά δεδομένα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Τεκμηριωμένα δεδομένα από διεθνείς οργανισμούς, μεταναλύσεις και τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες αποτέλεσαν κυρίως τη βάση για την παρουσίαση των διατροφικών παρεμβάσεων, ενώ η απώλεια βάρους ήταν το τελικό σημείο έκβασης που ενδιέφερε την συγκεκριμένη παρουσίαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι LCD-HP δίαιτες (πρωτεΐνη> 20% της ενεργειακής πρόσληψης) μπορούν να επιτύχουν μεγαλύτερη απώλεια βάρους στους 6 μήνες, ωστόσο στο 1 έτος τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά των διαιτών χαμηλών σε λίπος. Η χορτοφαγική δίαιτα μπορεί βραχυπρόθεσμα να συμβάλλει σε απώλεια βάρους πάντα με επιστημονική επίβλεψη, ωστόσο χρειάζονται επιπλέον μακροπρόθεσμες μελέτες. Αν και η μεσογειακή διατροφή έχει συσχετισθεί με απώλεια βάρους σε κάποιες κλινικές μελέτες μεταναλύσεις επισημαίνουν ότι το ποσοστό ήταν παρόμοιο με αυτό άλλων διαιτών. Όσον αφορά τη σημασία του χρόνου κατανάλωσης τροφής, οι μεταναλύσεις καταλήγουν ότι η διαλειμματική νηστεία (IF) επιφέρει παρόμοια απώλεια βάρους σε σχέση με τη συνήθη δίαιτα (συνεχή ενεργειακό περιορισμό) αν και συχνά είναι πιο ανεκτή και εύκολη στην εφαρμογή εμφανίζοντας μεγαλύτερο ποσοστό προσκόλλησης, ωστόσο χρειάζονται μεγαλύτερης διάρκειας μελέτες προκειμένου να διαπιστωθεί η ασφαλής μακροχρόνια χρήση της. Η πλήρης ή μερική αντικατάσταση γευμάτων μπορεί να επιτύχει σημαντική απώλεια βάρους, ωστόσο η μακροχρόνια χρήση τους δεν είναι εφικτή καθώς πρόκειται για δίαιτα πολύ χαμηλών θερμίδων. Τέλος, μεταξύ των συντηρητικών προσεγγίσεων, το πολυπαραγοντικό μοντέλο διάρκειας τουλάχιστον 6 μηνών θεωρείται «μέθοδος αναφοράς», καθώς επιφέρει τη μεγαλύτερη απώλεια βάρους (15-25%) από κάθε μεμονωμένη στρατηγική ιδίως όταν συνδυάζεται με τη χρήση φόρμουλας στα αρχικά στάδια (μέγιστο χρόνο 12 εβδομάδες).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Για τη θεραπεία της παχυσαρκίας τύπου Ι (ΔΜΣ 30-34.99 kg/m^2) συστήνεται το βασικό πρόγραμμα (ανεξάρτητα από τη μακροθρεπτική σύσταση της δίαιτας) με την επιπλέον χρήση υποκατάστατων γευμάτων αν ο ΔΜΣ> 30, ενώ για την παχυσαρκία τύπου ΙΙ (ΔΜΣ 35-39.9 kg/m^2) συστήνεται το πολυπαραγοντικό μοντέλο. Στο πλαίσιο αυτό η έμφαση στην υψηλή πρωτεΐνη μπορεί να δώσει ώθηση στην απώλεια βάρους καθώς επιτυγχάνει κορεσμό και επιφέρει ταχύτερη γεγονός που ενθαρρύνει τη συνέχιση της προσπάθειας.

Λέξεις κλειδιά: Δίαιτα, απώλεια βάρους, θεραπεία παχυσαρκίας, μελέτες παρέμβασης.

ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ - ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Θεοδώρα Στρατηγού

Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Β΄ Ε.Σ.Υ, Ενδοκρινολογικό Τμήμα-Διαβητολογικό Κέντρο,

Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων,

Γ.Ν.Α «ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο-Πολυκλινική»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041258

E-mail: theodorastratigou@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παχυσαρκία είναι μια χρόνια νόσος με περίπλοκη αιτιολογία και όχι επιλογή τρόπου ζωής.Οι πιθανοί αλληλοσυσχετιζόμενοι παράγοντες που συμβάλλουν στην παχυσαρκία είναι γενετικοί και ενδοκρινικοί, συμπεριφορικοί και περιβαλλοντικοί. Εάν η απώλεια βάρους θα μπορούσε να επιτευχθεί και να διατηρηθεί αποκλειστικά με αλλαγές στις διατροφικές μας συνήθειες και με αύξηση της φυσικής δραστηριότητας δεν θα χρειαζόταν φάρμακα για την παχυσαρκία.Η απώλεια βάρους είναι δύσκολη για τους περισσότερους ασθενείς και η επιθυμία του ασθενούς να περιορίσει την πρόσληψη τροφής και ενέργειας, αντισταθμίζεται από προσαρμοστικές βιολογικές απαντήσεις στην απώλεια βάρους. Φάρμακα κατά της παχυσαρκίας τα οποία επί του παρόντος είναι εγκεκριμένα στην Ευρώπη είναι: Η ορλιστάτη (αναστολέας γαστρεντερικών λιπασών), η λιραγλουτίδη (ενέσιμο ανάλογο του υποδοχέα GLP-1) και ο συνδυασμός ναλτρεξόνης-βουπροπιόνης (ανταγωνιστής των υποδοχέων των οπιοειδών και αναστολέας επαναπρόσληψης ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης). Η φεντερμίνη-τοπιραμάτη και η λορκασερίνη εγκρίθηκαν από την υπηρεσία φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA), αλλά απορρίφθηκαν από τον ευρωπαϊκό οργανισμό φαρμάκων λόγω ανησυχίας σχετικά με την ασφάλειά τους. Η θεραπεία με συνδυασμό ναλτρεξόνης-βουπροπιόνης θα πρέπει να διακόπτεται μετά από 16 εβδομάδες εάν οι ασθενείς δεν έχουν χάσει τουλάχιστον 5% του αρχικού σωματικού βάρους τους. Ηλιραγλουτίδη 3.0 mg θα πρέπει να διακοπεί εάν ο ασθενής δεν έχει χάσει≥5% του αρχικού σωματικού του βάρους στις 12 εβδομάδες αγωγής.Τα φάρμακα αυτά έχουν ένδειξη σε άτομα με Δ.Μ.Σ.>30 Kg/m^2 με προηγηθείσα αποτυχία απώλειας βάρους με δίαιτα, άσκηση και αλλαγή συμπεριφοράς. Επίσης, έχουν ένδειξη σε άτομα με Δ.Μ.Σ.>27 Kg/m^2 και συνυπάρχουσες σοβαρές παθολογικές καταστάσεις (π.χ. ΣΔ2, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία). Δεν θεραπεύουν οριστικά την παχυσαρκία και πρέπει να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό

με δίαιτα, άσκηση και αλλαγή στον τρόπο ζωής. Πρέπει να χρησιμοποιούνται κάτω από ιατρική παρακολούθηση και για να είναι αποτελεσματικά πρέπει να λαμβάνονται σωστά, ως μέρος μιας μακροχρόνιας στρατηγικής αντιμετώπισης.

Λέξεις κλειδιά: Παχυσαρκία, ορλιστάτη, λιραγλουτίδη, ναλτρεξόνη-βουπροπιόνη.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Αικατερίνη Δερίλα, RSN, MSc,

Νοσηλεύτρια Τ.Ε. Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας

και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944310430

E-mail: katerinaderila@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Σε 5.000 ανέρχεται ο αριθμός των ασθενών με Μεσογειακή Αναιμία στη χώρα μας, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της ελληνικής ομοσπονδίας θαλασσαιμίας. Είναι ένα ταξίδι από τα χρόνια της τρυφερότητας στην ενσυνείδητη ωριμότητα, με σταθμούς και φορτία που σημαδεύουν όλους όσους αποτελούν το πλήρωμα αυτού του ταξιδιού: Τα παιδιά, που πάντα κρατάνε κάτι από την παιδικότητά τους, τους γονείς, που ποτέ δεν παύουν να είναι γονείς και τους γιατρούς και νοσηλευτές, που ποτέ δεν παύουν να είναι «δικοί τους», ανήκοντας εξ αρχής και οριστικά σε αυτή την οικογένεια. Η οικογένεια λοιπόν αυτή αναπτύχθηκε, ενηλικιώθηκε και πήγε πολύ πιο πέρα από τα σύνορα των αριθμών που την όριζαν παλαιότερα. Η ορθή θεραπευτική στόχευση και εφαρμογή των μεταγγίσεων και η σωτήρια προσθήκη της αποσιδήρωσης, επέτρεψαν τη θεαματική βελτίωση του προσδόκιμου και της ποιότητας ζωής αυτών των ανθρώπων.

Σκοπός: Η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται και περιγράφουν οι ίδιοι οι ασθενείς της ποιότητας ζωής τους μέσα από μαρτυρίες τους.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μια ποιοτική μελέτη ερμηνευτικής φαινομενολογικής προσέγγισης. Σαράντα ασθενείς αφηγήθηκαν τις εμπειρίες και τα βιώματά τους, από την παιδική τους ηλικία έως σήμερα, ως ενήλικες πλέον, μέσα από ημιδομημένες συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν στην Αθήνα στο Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός» την τελευταία διετία. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε σύμφωνα με την τεχνική των Diekelmann, Allen, and Tanner (1989).

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των αφηγήσεων των θαλασσαιμικών προκύπτει ότι: Τα επιτεύγματα της σύγχρονης επιστήμης και ο σκληρός αγώνας των θαλασσαιμικών, του

οικογενειακού περιβάλλοντος και του υγειονομικού προσωπικού, οδήγησε σήμερα τη νόσο της θαλασσαιμίας σε μια εικόνα που δεν απέχει καθόλου από εκείνη του φυσιολογικού ατόμου. Όταν ο θαλασσαιμικός ακολουθεί την ενδεδειγμένη ιατροφαρμακευτική αγωγή (μεταγγίσεις-αποσιδήρωση), οι επιπλοκές ελαχιστοποιούνται και η ποιότητα ζωής βρίσκεται σε άριστο επίπεδο. Η επαγγελματική τους αποκατάσταση συνετέλεσε στην αύξηση της αυτοεκτίμησης, στην κοινωνικοποίηση καθώς και στην οικονομική τους ανεξαρτησία. Υπάρχουν σήμερα πολλοί θαλασσαιμικοί γιατροί, δάσκαλοι, δικηγόροι αλλά κυρίως οικογενειάρχες με συζύγους και παιδιά.

Συμπεράσματα: Σήμερα οι θαλασσαιμικοί απολαμβάνουν υψηλότερης ποιότητος υπηρεσιών υγείας, με επιτυχή οικογενειακή και επαγγελματική αποκατάσταση και φυσιολογική ζωή, ενώ νέες στρατηγικές αναμένεται στο μέλλον να βελτιώσουν ακόμη περισσότερο, το προσδόκιμο επιβίωσης και την ποιότητα ζωής τους.

Λέξεις κλειδιά: Θαλασσαιμία, μεταγγίσεις, αποσιδήρωση.

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ, ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μαρία Μελισσινάκη

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Νευρολογικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6976144676

E-mail: m_melissinaki@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νοσογόνος παχυσαρκία είναι μια νόσος της σύγχρονης εποχής και οι πρόσφατες επιστημονικές μελέτες όλο και περισσότερο επισημαίνουν τους κινδύνους που επιφέρει και τις διαστάσεις επιδημίας που έχει πάρει. Αποτελεί το σημαντικότερο μεταβολικό νόσημα της εποχής μας που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής του ατόμου και να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές που οδηγούν ακόμα και σε πρόωρο θάνατο. Ο Π.Ο.Υ. έχει αναγνωρίσει την παχυσαρκία ως νόσο ήδη από το 1948.

Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι να διασαφηνιστούν οι βασικές έννοιες που αφορούν την νόσο αυτή καθώς και να αναγνωριστούν οι βασικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισής της. Τέλος γίνεται μια προσπάθεια αποτύπωσης των κυριότερων συνεπειών της νόσου αυτής τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για την κοινωνία.

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των απαραίτητων εννοιών και στοιχείων για την διαμόρφωση της εργασίας αφορά πρόσφατα άρθρα, δημοσιεύσεις και παρουσιάσεις από επίσημες σελίδες υγείας του διαδικτύου καθώς και βιβλιογραφία και περιοδικά με όσο το δυνατόν πιο πρόσφατα δεδομένα.

Τα αποτελέσματα από τη συλλογή του υλικού αυτού δείχνουν ότι η νοσογόνος παχυσαρκία αποτελεί μια πολυσυστηματική νόσο, η παθογένεια της οποίας είναι πολύπλοκη και πολυπαραγοντική με σπουδαιότερο προδιαθεσικό παράγοντα την κληρονομικότητα. Πέρα από τα σαφή ενδογενή: Γενετικά και παθολογικά, και τα εξωγενή: Περιβαλλοντικά, κοινωνικά και ψυχολογικά, αίτια που έχουν αναγνωριστεί ως παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της παχυσαρκίας σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν και παράγοντες όπως η ηλικία και συνήθειες όπως η διακοπή του καπνίσματος. Τέλος οι συνέπειες της

νόσου αυτής αφορούν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου λόγω των συννοσηροτήτων που την συνοδεύουν τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Πέρα από τις επιπτώσεις στον ίδιο τον ασθενή η νόσος αυτή έχει αντίκτυπο και στην κοινωνία κυρίως οικονομικής φύσεως.

Το συμπέρασμα της εργασίας αυτής είναι ότι η νοσογόνος παχυσαρκία αποτελεί μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο που μπορεί να επηρεάσει πέρα από την ποιότητα ζωής του ατόμου και το προσδόκιμο επιβίωσης του. Αναγνωρίζεται παγκοσμίως ως η δεύτερη σε σειρά νόσος, με την πρώτη θέση να καταλαμβάνει το κάπνισμα, που μπορεί μέσω της πρόληψης να αποφευχθεί το ενδεχόμενο του πρόωρου θανάτου. Αναγνωρίζεται λοιπόν η ανάγκη που προκύπτει οι επιστημονικοί φορείς να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στον τομέα της πρόληψης η οποία σκόπιμο είναι να ξεκινάει με ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση από την παιδική ηλικία.

Λέξεις κλειδιά: Παχυσαρκία, νοσογόνος, αιτιολογία, συνέπειες.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Παναγιώτα Καρρή

Επισκέπτρια Υγείας, Τμήμα Αιμοδοσίας,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977607237

E-mail: yot15karr@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών τεκμηριώνει τη σημασία και την αποτελεσματικότητα της ομαδικής εργασίας στον χώρο της υγείας. Η αναγκαιότητα ανάπτυξης κοινής γλώσσας μεταξύ των επαγγελματιών για την αντίληψη των εννοιών και την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της ομάδας προϋποθέτει τον εννοιολογικό προσδιορισμό των όρων. Βασικές προϋποθέσεις και χαρακτηριστικά των μελών της ομάδας αναλύονται με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της ομάδας αλλά και την παροχή συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας στον ασθενή. Σκοπός είναι η προσέγγιση ζητημάτων παρατήρησης, καταγραφής και σχολιασμού, όσον αφορά σε ζητήματα που εγείρονται στο πλαίσιο της διεπιστημονικής συνεργασίας στο χώρο της υγείας, καθώς και η ανάδειξη ενός πλαισίου συνεργασίας στελεχών υγείας και εκπαίδευσης. Διεπιστημονική συνεργασία στη θεραπευτική ομάδα υγείας, είναι η επιστημονικά σχεδιασμένη, ισότιμη, συνεργατική και διασυνδετική προσπάθεια για την επίτευξη ενός σκοπού, που απαιτεί αλληλοεξαρτώμενες γνώσεις, εμπειρία και υπηρεσίες διαφορετικών επιστημονικών γνωστικών αντικειμένων. Η ομαδική εργασία μπορεί να γίνει κατανοητή ως μια δυναμική διαδικασία των επαγγελματιών υγείας που έχουν διαφορετικό υπόβαθρο και δεξιότητες, συμπληρώνοντας ο ένας τον άλλο. Ωστόσο, μοιράζονται κοινούς στόχους για την υγεία και ενεργούν με συντονισμένες προσπάθειες στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας μέσω αλληλοεξαρτώμενης συνεργασίας, ανοιχτής επικοινωνίας και από κοινού λήψης αποφάσεων. Η δημιουργία ενός πλαισίου το οποίο διευκολύνει την ανάλυση και τη συζήτηση για την ομάδα υγείας επηρεάζει θετικά την επιτυχία της συνεργασίας των μελών της ακόμη και όταν η ανάπτυξη μιας συνεργασίας μπορεί να είναι δύσκολη. Αυτή η συνεργατική προσέγγιση ενισχύει τον αυτοπροσδιορισμό των επαγγελματιών και την αυτοδυναμία τους, ενώ παράλληλα βασικοί αποδέκτες με πολλαπλά οφέλη από τη

λειτουργία της είναι ο ίδιος ο χρήστης αλλά και το σύστημα υγείας. Η επιτακτική ανάγκη για τη δημιουργία και τη διατήρηση αποτελεσματικών ομάδων προάγεται από την κατάλληλη εκπαίδευση των μελών τους και τη μεγιστοποίηση των δεξιοτήτων τους για τη λειτουργία τους εντός της ομάδας.

Λέξεις κλειδιά: Διεπιστημονική ομάδα, ομάδα υγείας, πολυεπιστημονική ομάδα, ενδοεπιστημονική ομάδα.

Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Πηνελόπη Τσικούρη[1], Έλλη Σκένδρου[2]

[1]Νοσηλεύτρια Εξωτερικών Ιατρείων, Πολυκλινική Αθηνών,

[2]Νοσηλεύτρια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Π. Τσικούρη

Τηλ.: 6945036049

E-mail: penelopetsik@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παχυσαρκία αποτελεί παγκοσμίως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας με δραματικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία. Έχει δειχθεί ότι η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων νοσημάτων όπως: Καρδιαγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα, σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, οστεοαρθρίτιδα, κάποιες μορφές καρκίνου, κατάθλιψη κ.λ.π.

Με τον όρο παχυσαρκία ορίζεται η παθολογική αύξηση του λιπώδους ιστού, η οποία συνοδεύεται από αντίστοιχη αύξηση του σωματικού βάρους. Μέτρο αξιολόγησης της παχυσαρκίας αποτελεί ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ). Ο ΔΜΣ ισούται με το βάρος ενός ατόμου σε κιλά προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα.

Η πυραμίδα της θεραπευτικής προσέγγισης της παχυσαρκίας έχει ως βάση την τροποποίηση των διαιτητικών συνηθειών του ατόμου και την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας. Εν συνεχεία η φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με την αλλαγή στον τρόπο ζωής συνεισφέρει σημαντικά στον τελικό στόχο που είναι η απώλεια βάρους. Η χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αποτελεί ίσως τη μοναδική μέθοδο άμεσης απώλειας βάρους και μακροχρόνιας διατήρησης των χαμένων κιλών για τους ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία. Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης αποτελούν άτομα με ΔΜΣ <40 ή <35 με συννοσηρότητες (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης τύπου ΙΙ ή αρτηριακή υπέρταση ή στεφανιαία νόσος ή καταστάσεις οφειλόμενες στην παχυσαρκία όπως πνευμονική υπέρταση ή αρθροπάθειες ή άπνοιες ύπνου), Νοσογόνος Παχυσαρκία για διάστημα άνω των 2 ετών με συνυπολογισμό των παρελθουσών αποτυχημένων προσπαθειών συντηρητικής αντιμετώπισης. Σήμερα εφαρμόζονται μια σειρά χειρουργικών τεχνικών, με πολύ καλά αποτελέσματα και λίγες επιπλοκές. Η καινοτομία στην χειρουργική της

νοσογόνου παχυσαρκίας είναι η λαπαροσκοπική χειρουργική. Το ποσοστό θνησιμότητας είναι εξαιρετικά χαμηλό (3 στους 1000). Η μέθοδος αυτή ικανοποιεί όλα τα κριτήρια των επεμβάσεων (γαστρική παράκαμψη ή επιμήκης γαστρεκτομή), κι επιπλέον προκαλεί λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, ταχύτερη επιστροφή στις δραστηριότητες και καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα. Οι παχύσαρκοι ασθενείς που υποβάλλονται σε βαριατρικές επεμβάσεις χρήζουν διεπιστημονικής προσέγγισης από ομάδα επαγγελματιών υγείας, η οποία περιλαμβάνει το χειρουργό παχυσαρκίας, νοσηλευτή, διαιτολόγο, ενδοκρινολόγο, ψυχολόγο ώστε το αποτέλεσμα να είναι επιτυχές και να εξασφαλίσει τη μέγιστη συμμόρφωση του ασθενή στη θεραπεία του. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην παρεχόμενη προεγχειρητική, μετεγχειρητική αλλά και στην κατ' οίκον φροντίδα, συνιστά πρόκληση για την εφαρμογή των επιστημονικών γνώσεων και δεξιοτήτων του, με στόχο τόσο την πρόληψη των επιπλοκών, όσο και την προσαρμογή και αποκατάσταση των ασθενών αυτών και τελικά τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Συμπερασματικά, η βαριατρική χειρουργική αποτελεί μέθοδο επιλογής για την νοσογόνο παχυσαρκία. Απαιτεί όμως συνεργασία του ασθενή με τη διεπιστημονική ομάδα παχυσαρκίας, στην οποία σημαντική θέση κατέχει ο νοσηλευτής, τόσο κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο όσο και στα υπόλοιπα στάδια της θεραπευτικής προσέγγισης του ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά: Παχυσαρκία, χειρουργική αντιμετώπιση, νοσηλευτική φροντίδα.

ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥΣ

Αναστασία Γεωργιάδου, Msc,

Νοσηλεύτρια Π.Ε., Γαστρεντερολογικό και Πνευμονολογικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974918217

E-mail: georgiadounatasa@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η φαρμακευτική συμμόρφωση είναι ο βαθμός κατά τον οποίο ο ασθενής ακολουθεί τις συμβουλές του ιατρού ενεργητικά και όχι παθητικά, για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου του. Η ελλιπής συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία επηρεάζει αρνητικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα και αυξάνει το κόστος περίθαλψης με πολλαπλές και επαναλαμβανόμενες νοσηλείες. Τα στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή των χρονίως πασχόντων είναι άκρως απογοητευτικά, καθώς περίπου το 50% των ασθενών αυτών δεν λαμβάνουν τα φάρμακά τους όπως συνταγογραφούνται. Η συμμόρφωση του ασθενούς αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που επηρεάζεται από πέντε παραμέτρους όπως: Παράγοντες που αφορούν το σύστημα υγείας, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, παράγοντες που αφορούν στη θεραπεία, ατομικοί παράγοντες του ασθενούς και παράγοντες που επηρεάζονται από την ίδια την πάθηση. Τα κυριότερα αίτια της ελλιπούς συμμόρφωσης στη φαρμακοθεραπεία συνοψίζονται παρακάτω: Το κόστος και η πολυπλοκότητα της φαρμακευτικής αγωγής, οι δυσκολίες, ο τρόπος και ο χρόνος λήψης των φαρμάκων και ο φόβος για πιθανές παρενέργειες. Σημαντικό αίτιο ελλιπούς συμμόρφωσης αποτελεί και η αμέλεια στην λήψη των φαρμάκων. Επιβαρυντικό παράγοντα στη μη συμμόρφωση στη θεραπεία αποτελεί σαφώς και η κακή ενημέρωση των ασθενών για τους κινδύνους που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν από την παράλειψη μερικών δόσεων ή την ολοκληρωτική διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Χρόνιοι ασθενείς που έχουν αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με τη θεραπευτική ομάδα, είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι για τον τρόπο και το χρόνο λήψης των φαρμάκων τους και ενήμεροι για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και

τείνουν να παραμένουν πιο προσηλωμένοι στη φαρμακευτική αγωγή συγκριτικά με άλλους ασθενείς. Ο νοσηλευτής ως σημαντικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας, μπορεί να συντελέσει θετικά στην ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και θεραπευτικής ομάδας και ουσιαστικό δίαυλο επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και θεράποντα ιατρού. Επιπροσθέτως, μπορεί να εκπαιδεύσει τον ασθενή στον τρόπο και στο χρόνο λήψης των φαρμάκων, να τον ενημερώσει για τα οφέλη της συνεχούς λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και τη σημαντικότητα της παράλειψης οποιασδήποτε δόσης ή οριστικής διακοπής της αγωγής. Επιπλέον, δύναται να ενημερώσει για τις παρενέργειες που ενδέχεται να προκύψουν από τη λήψη των φαρμάκων. Βασικές στρατηγικές για τη βελτίωση της μακροχρόνιας συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή έχουν προταθεί και αποτελούν σημαντικά εργαλεία στα χέρια του επαγγελματία υγείας. Οι Atreja et al (2005) δημιούργησαν έναν μνημονικό κανόνα, ώστε να κατηγοριοποιηθούν απλές παρεμβάσεις που βελτιώνουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Ο μνημονικός κανόνας S.I.M.P.L.E. περιλαμβάνει: Simplify regimen-απλοποίηση θεραπείας, impart appropriate knowledge-μετάδοση κατάλληλης γνώσης, διανομή έντυπου υλικού και χρήση ηλεκτρονικών πηγών πληροφόρησης, modify patient beliefs and human behavior-τροποποίηση της πεποίθησης και της συμπεριφοράς του ασθενούς, patient communication and trust-βελτιστοποίηση της επικοινωνίας με τον ασθενή και ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης, leave the bias-εγκατάλειψη των προκαταλήψεων, evaluate adherence-εκτίμηση επιπέδου προσήλωσης. Το σημαντικότερο όμως βήμα στην επίλυση του προβλήματος της μη συμμόρφωσης αποτελεί η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών που φαίνεται να είναι υποψήφιοι να μην ακολουθήσουν σωστά τη φαρμακευτική αγωγή. Συμπερασματικά, μελέτες έχουν δείξει πως η επίβλεψη από εξειδικευμένο νοσηλευτή καθώς και η συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς, αποτελούν ισχυρό κίνητρο για να ακολουθηθεί σωστά η θεραπεία. Συμπληρωματικά, ένα πρόγραμμα συνεχιζόμενης συμβουλευτικής με επίκεντρο τον ασθενή και τις ανάγκες του, θα συμβάλλει θετικά στη διατήρηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία.

Λέξεις κλειδιά: Συμμόρφωση, προσήλωση, θεραπεία, χρόνιο νόσημα, επαγγελματίας υγείας.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΥΜΕΝΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΓΕΣ:

ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗ ΜΟΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Αλέξανδρος Συκαράς

Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Παθολογοανατομικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974588419

E-mail: alexander.sykaras@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρόλο που η συντριπτική πλειοψηφία των νεοπλασμάτων του γαστρεντερικού σωλήνα είναι σποραδικού τύπου, η αναγνώριση των κληρονομούμενων μορφών-συνδρόμων είναι μείζονος σημασίας τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους.

Το κυριότερο κληρονομούμενο σύνδρομο καρκίνου του στομάχου είναι το κληρονομούμενο σύνδρομο διάχυτου γαστρικού καρκίνου (Hereditary Diffuse Gastric Cancer). Στο παχύ έντερο, το πιο συχνό σύνδρομο που προκαλεί καρκίνο είναι το σύνδρομο Lynch που οφείλεται σε μεταλλάξεις των γονιδίων των επιδιορθωτικών ενζύμων του DNA (DNA Mismatch Repair-MMR) MLH1, MSH2, MSH6 και PMS2 ή του γονιδίου EPCAM. Τα άτομα με σύνδρομο Lynch φέρουν ένα μεταλλαγμένο-απενεργοποιημένο αλληλόμορφο κάποιου MMR γονιδίου, με αποτέλεσμα μια σωματική μετάλλαξη του έτερου φυσιολογικού αλληλόμορφου να οδηγεί σε πλήρη απώλεια της ικανότητας επιδιόρθωσης του DNA. Σε αυτήν την περίπτωση, τα κύτταρα αποκτούν αυξημένο ρυθμό πολλαπλασιασμού και συσσωρεύουν σωματικές μεταλλάξεις, ειδικά σε επαναλαμβανόμενες αλληλουχίες του DNA που ονομάζονται μικροδορυφόροι. Με αυτό το μηχανισμό προκαλείται το φαινόμενο της μικροδορυφορικής αστάθειας. Επιπλέον, η απενεργοποίηση των MMR γονιδίων μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της έκφρασής τους που ανιχνεύεται με τεχνικές ανοσοϊστοχημείας.

Τα υπόλοιπα πιο συχνά κληρονομούμενα σύνδρομα νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου, χαρακτηρίζονται από την παρουσία ιδιαίτερα αυξημένου αριθμού πολυπόδων. Γενετικές μεταλλάξεις του γονιδίου APC προκαλούν το σύνδρομο της οικογενούς αδενωματώδους

πολυποδίασης (Familial Adenomatous Polyposis-FAP) που χαρακτηρίζεται από την παρουσία εκατοντάδων πολυπόδων με πιθανότητα εξαλλαγής κάποιων εξ΄ αυτών σε αδενοκαρκίνωμα σχεδόν 100%. Άλλα γενετικά σύνδρομα που χαρακτηρίζονται από την παρουσία πολυάριθμων αμαρτωματωδών πολυπόδων στο λεπτό και στο παχύ έντερο με αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου, είναι το σύνδρομο της νεανικής πολυποδίασης (Juvenile Polyposis Syndrome) που οφείλεται σε μεταλλάξεις του γονιδίου SMAD4 και το σύνδρομο Peutz-Jeghers που οφείλεται σε μεταλλάξεις του γονιδίου LKB1/STK11.

Η βέλτιστη αντιμετώπιση ενός ασθενούς με κληρονομούμενο νεόπλασμα απαιτεί τη συγκρότηση ογκολογικού συμβουλίου με συμμετοχή πολλών ειδικοτήτων (χειρουργοί, παθολογοανατόμοι, ογκολόγοι, γενετιστές). Ο σύγχρονος παθολογοανατόμος έχει κύριο ρόλο όχι μόνο στην αναγνώριση των κληρονομούμενων νεοπλασμάτων (ή των πρόδρομων αλλοιώσεών τους) αλλά και στη διερεύνηση της μοριακής τους βάσης. Η ιστολογική έκθεση που αφορά ένα κληρονομούμενο νεόπλασμα θα πρέπει να το ταυτοποιεί μορφολογικά και ανοσοφαινοτυπικά, να δίνει πληροφορίες για τις πιθανές γενετικές μεταλλαγές που οδήγησαν στην εμφάνιση της νεοπλασίας καθώς και να καθοδηγήσει τον περαιτέρω απαραίτητο γενετικό έλεγχο για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Λέξεις κλειδιά: Κληρονομούμενα σύνδρομα, γενετικές μεταλλάξεις, σύνδρομο Lynch, μικροδορυφορική αστάθεια, οικογενής πολυποδίαση.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΥΜΕΝΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΝΕΦΡΟΥ:

ΑΝΟΣΟΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Σταύρος Παντελάκος

Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Παθολογοανατομικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944040066

E-mail: stpnts13@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατανόηση των μοριακών μηχανισμών που ενέχονται σε ένα μεγάλο εύρος κληρονομούμενων νοσημάτων σχετιζόμενων με την εμφάνιση νεοπλασιών του νεφρού έχει επιτρέψει αφενός την ταυτοποίηση και το χαρακτηρισμό των τελευταίων και αφετέρου τη θέσπιση μορφολογικών και ανοσοϊστοχημικών κριτηρίων που συνδέουν την εκάστοτε νεοπλασία με το υποκείμενο νόσημα. Χαρακτηριστικά όπως η εμφάνιση σε μικρότερες ηλικίες, σε πολλές εστίες, η αμφοτερόπλευρη προσβολή των νεφρών, το ιδιαίτερο αρχιτεκτονικό ιστολογικό πρότυπο ανάπτυξης, η κυτταρομορφολογία και ο ανοσοσφαινότυπος σε συνδυασμό με ιστορικό άλλων νεοπλασιών (λόγου χάρη πολλαπλών δερματικών λειομυομάτων στον σύνδρομο κληρονομούμενης λειομυομάτωσης και νεφροκυτταρικού καρκινώματος, HLRCC, είτε νεοπλασιών του παραθυρεοειδούς στο σύνδρομο υπερπαραθυρεοειδισμού-όγκων της γνάθου, HP-JT), στο πάσχον άτομο είτε στην οικογένειά του, θέτουν την υπόνοια του γενετικού υποστρώματος της νεοπλασίας, το οποίο επιβεβαιώνεται με τον κατάλληλο ανά περίπτωση μοριακό έλεγχο. Η έγκαιρη διάγνωση ενός γενετικού νοσήματος επιτρέπει τόσο την στοχευμένη παρακολούθηση των ασθενών ή/και αντιμετώπιση της εκάστοτε νεοπλασίας όσο και την παροχή γενετικής συμβουλευτικής στον/στην ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του/της. Προκειμένου να επιτευχθεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο εντοπισμού των νοσημάτων αυτών, απαιτείται επαγρύπνηση τόσο από πλευράς θεράποντος ιατρού, ώστε να παράσχει τις απαραίτητες κλινικές πληροφορίες στον παθολογοανατόμο, όσο και από τον ιατρό που θέτει την διάγνωση, ώστε να μπορεί είτε να θέσει την υπόνοια ενός γενετικού νοσήματος ελλείψει άλλων κλινικών πληροφοριών είτε να ενισχύσει με τα ιστοπαθολογικά ευρήματά του την προϋπάρχουσα υπόθεση του θεράποντος για την ύπαρξη γενετικού υποστρώματος. Δεδομένου ότι ένα ποσοστό μόλις της τάξεως του 2-4% των νεοπλασμάτων του νεφρού

σχετίζονται με κληρονομούμενα νοσήματα, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό της θνησιμότητας των νοσημάτων αυτών οφείλεται σε μεταστατικά νεοπλάσματα του νεφρού, καθιστούν επιτακτική την ανάγκη εκπαίδευσης της ιατρικής κοινότητας στην αναγνώριση των κλικών και παθολογοανατομικών στοιχείων τέτοιων νεοπλασμάτων του νεφρού που αναπτύσσονται επί εδάφους των επιμέρους κληρονομούμενων νοσημάτων. Στην κατηγορία αυτών των νοσημάτων εντάσσονται το σύνδρομο von Hippel-Lindau, το σύνδρομο κληρονομούμενου θηλώδους νεφροκυτταρικού καρκινώματος (HPRC), το σύνδρομο Birt-Hogg-Dubé, το σύνδρομο κληρονομούμενου παραγαγγλιώματος-φαιοχρωμοκυττώματος, το σύνδρομο Cowden και άλλα.

Λέξεις κλειδιά: Κληρονομούμενα νεοπλάσματα νεφρού, γενετικά σύνδρομα, μορφολογία, ανοσοφαινότυπος, μοριακός έλεγχος.

Μυοσκελετικά προβλήματα χειρουργών και λοιπού υγειονομικού προσωπικού: Πρόληψη, ασφάλεια και εργονομικές παρεμβάσεις

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ - ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (SURGEONS' BACK HURTS)

Εμμναουήλ Παπαδόπουλος, PhD, MSc, SRP(UK),

Φυσικοθεραπευτής, Υπεύθυνος του Γραφείου Φυσικοθεραπευτών,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932737219

E-mail: epapas2@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αποτελεί γεγονός ότι οι χειρουργοί πραγματοποιούν πολύωρες, πολύ εξειδικευμένες χειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες απαιτούν την υιοθέτηση, συγκεκριμένων παρατεταμένων θέσεων του σώματος. Συγκεκριμένα, εκτίθενται σε σωρευτικές λανθασμένες στάσεις, επαναλαμβανόμενες κινήσεις και δυναμικές δραστηριότητες κατά την εκτέλεση της χειρουργικής επέμβασης, υποβάλλοντας το μυοσκελετικό τους σύστημα σε αυξημένες ροπές και φορτία, με επακόλουθο έντονο πόνο και δυσφορία στη σπονδυλική στήλη και τις αρθρώσεις των άνω άκρων κυρίως. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, η επίπτωση των προβλημάτων κατά ανατομική περιοχή κυμάνθηκε από 50-70% στην αυχενική και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, 30-50% στην ωμική ζώνη και τη θωρακική μοίρα, 0-10% στον αριστερό αγκώνα, 10-30% στο δεξιό αγκώνα και 10-30% στην άκρα χείρα αμφοτερόπλευρα. Όπως αναφέρεται, τα συμπτώματα αυτά μπορεί να εμφανιστούν σε περισσότερες από μια ανατομικές περιοχές, ή να είναι πολυεστιακά. Η μη τήρηση των εργονομικών κανόνων πρόληψης μυοσκελετικού πόνου, σε συνδυασμό με το σύνθετο περιβάλλον των χειρουργικών αιθουσών, την επάρκεια του προσωπικού και τη διαφύλαξη της ασφάλειας του ασθενούς, θέτει σε δεύτερη προτεραιότητα την ασφάλεια και άνεση των χειρουργών κατά την επέμβαση. Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές, ο μυοσκελετικός πόνος αντιπροσωπεύει περίπου το 40% όλων των επαγγελματικών ασθενειών στην Ευρώπη, θεωρείται ότι αποτελεί αυξανόμενο πρόβλημα και συνδέεται με μειωμένη ικανότητα εργασίας και αυξημένη απουσία λόγω ασθένειας, με οικονομικές και

κοινωνικές συνέπειες. Προηγούμενες μελέτες αναφέρουν υψηλό ποσοστό μυοσκελετικού πόνου στους χειρουργούς που κυμαίνεται από 73% έως 88%. Αυτό είναι σημαντικό δεδομένου ότι ο μυοσκελετικός πόνος έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει την επιδεξιότητα και την ποιότητα ζωής ενός χειρουργού, ενώ ο πολυεστιακός πόνος μπορεί να επιβαρύνει σημαντικά την υγεία του. Μελέτες αναφέρουν ότι οι χειρουργοί δεν έχουν γνώση των κανόνων εργονομίας και προσαρμογής σε λιγότερο σωματικά απαιτητικές στάσεις εργασίας, αγνοώντας έτσι συχνά τη προσωπική τους άνεση και ασφάλεια. Τα μυοσκελετικά προβλήματα δεν περιορίζονται μόνο στη γενική χειρουργική αλλά και σε άλλες ειδικότητες, με συγκεκριμένες μελέτες να αναφέρουν επίπτωση μυοσκελετικού πόνου, 47-89% στους χειρουργούς οδοντιάτρους, ωτορινολαρυγγολόγους και γναθοπροσωπικούς χειρουργούς, 48,3% στους οφθαλμιάτρους και 25% στους ορθοπεδικούς και τους γενικούς χειρουργούς. Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι φανερό ότι οι χειρουργοί εμφανίζουν σοβαρά μυοσκελετικά προβλήματα που δυσχεραίνουν σημαντικά το έργο τους. Αυτό καθιστά αναγκαία την διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας προς αυτή τη κατεύθυνση και το σχεδιασμό ειδικών προγραμμάτων εργονομικής παρέμβασης, με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση αυτών των επώδυνων συνδρόμων.

Λέξεις κλειδιά: Μυοσκελετικός πόνος, χειρουργοί, εργονομία.

ΑΚΟΜΗ ΚΑΙ Η «ΣΩΣΤΗ» ΤΕΧΝΙΚΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΚΘΕΤΕΙ ΤΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ: ΕΡΓΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Βασιλική Σακελλάρη

Φυσικοθεραπεύτρια, Εργονόμος, Καθηγήτρια Τμήματος Φυσικοθεραπείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, Υπεύθυνη Κλινικής Εκπαίδευσης Φοιτητών Φυσικοθεραπείας, Νευρολογικό Τμήμα-Νευροχειρουρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6979033952

E-mail: *vsakellari@uniwa.gr*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ενδιαφέρον της Εμβιομηχανικής Εργονομίας στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης έχει εστιαστεί σε μεγάλο ποσοστό στο θέμα της άρσης και μετακίνησης των ασθενών και όχι άδικα αφού είναι καθοριστικό για τις οξείες και χρόνιες Μυοσκελετικές Διαταραχές που σχετίζονται με την Εργασία (WMSD) στους επαγγελματίες υγείας. Λόγοι όπως οι κακές τεχνικές, οι επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες, η έλλειψη ή μη χρήση βοηθητικού εξοπλισμού και βοήθειας, η μορφολογία του σώματος του ασθενή και η απρόβλεπτη συμπεριφορά του, οδηγούν σε άσκηση μη ανεκτών δυνάμεων.

Σήμερα πολλές είναι οι αναφορές των μελών του υγειονομικού προσωπικού για μυοσκελετικά προβλήματα λόγω εργονομικών θεμάτων πέραν της μετακίνησης των ασθενών. Οι μακρές ώρες εργασίας, το στρες, η θερμοκρασία, η χρήση δονητικών οργάνων και οθονών, ο περιορισμένος χώρος εργασίας και η κακή συντήρηση του εξοπλισμού ή η μη ρύθμισή του, σε συνδυασμό με τη φτωχή στάση του σώματος και την έλλειψη άσκησης, είναι επίσης δυνητικοί παράγοντες για τη δημιουργία σωρευτικών διαταραχών.

Οι WMSD μπορεί να εξελιχθούν σε επίπονες διαταραχές, δημιουργούν κόπωση, επηρεάζουν την έκβαση των ασθενών, οδηγούν σε απουσίες από την εργασία και έχουν αντίκτυπο ακόμη και στη μακροβιότητα της σταδιοδρομίας του προσωπικού.

Η εργονομική προσαρμογή των φυσικών και γνωστικών απαιτήσεων της εργασίας στον εργαζόμενο για την πρόληψη τραυματισμού, ανθρώπινου σφάλματος και τη βελτίωση της άνεσής του και των ασθενών του προσκρούει σε ιδιαιτερότητες του υγειονομικού περιβάλλοντος, όπως οι επείγουσες καταστάσεις, η τοποθέτηση προτεραιοτήτων και η ανθρωπομετρία του ασθενή.

Είναι πια αποδεδειγμένο ότι η φυσική και ψυχική προσπάθεια που απαιτείται από μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων στους νοσοκομειακούς χώρους είναι μεγαλύτερη από τα όρια ανοχής των ανθρώπινων συστημάτων. Το υγειονομικό προσωπικό που εργάζεται σε περιβάλλοντα υψηλών απαιτήσεων όπως το χειρουργείο, μπορούν να ωφεληθούν μέγιστα από εργονομικές συστάσεις και στρατηγικές για τη δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας. Εξειδικευμένοι φυσιοθεραπευτές στον τομέα της επαγγελματικής υγείας συμβάλλουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο, στις εργονομικές εκπαιδεύσεις για την πρόληψη τραυματισμών, σε προγράμματα άσκησης για την εργασία, με θεραπείες τραυματιών εργαζομένων, ακόμη και μέσα στο χώρο εργασίας και στην υποβοήθηση εύρεσης εναλλακτικών για τη διευθέτηση της διαχείρισης των καθηκόντων.

Εργονομικά προγράμματα κατάρτισης, για τη μείωση του επιπολασμού των μυοσκελετικών διαταραχών, με παθητικές (π.χ. διαλέξεις για την υγεία και την ασφάλεια, βίντεο και φυλλάδια) και ενεργητικές τεχνικές (π.χ. προσαρμογές του σταθμού εργασίας, συμμετοχική εργονομική παρέμβαση με διασφάλιση δεξιοτήτων αξιολόγησης του περιβάλλοντος εργασίας, εκπαίδευση στη χρήση αλγορίθμων αποφάσεων, υποβολή προτάσεων για βελτιώσεις, καθώς και παρεμβάσεις πρόληψης των συμπτωμάτων από τις WRMD) μπορούν να εφαρμοστούν με τεκμηριωμένα οφέλη.

Πρόσφατα η ανάγκη περιορισμού του χρόνου παρέμβασης για ανακούφιση και πρόληψη των συμπτωμάτων από τις WRMD μέσα στο περιβάλλον υψηλών απαιτήσεων του χειρουργείου οδήγησε στη δημιουργία τυποποιημένων φυσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων με δραστηριότητες χρόνου εκτέλεσης μόλις ενός λεπτού. Κινήσεις που εμπλέκουν πολλαπλά τμήματα του σώματος συνδυαστικά στοχεύουν στο να παρέχουν αποτελεσματική παρέμβαση σε ιστούς-στόχους.Λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς που τίθενται, για να είναι η παρέμβαση αποτελεσματική, η τήρησή της πρέπει να είναι συνεπής, αλλιώς η έκβασή της θα είναι πτωχή και μη βιώσιμη. Ένα υποστηρικτικό περιβάλλον με πλήρη δέσμευση για την εφαρμογή της παρέμβασης συμβάλει σημαντικά στην επιτυχία της.

Λέξεις κλειδιά: WMSD, υγειονομικό προσωπικό, εργονομία, φυσικοθεραπεία.

Απεικονιστική διερεύνηση και διαχείριση ασθενών με μονήρη πνευμονικό όζο/οζίδιο καθώς και πολλαπλούς όζους/οζίδια

ΩΣ ΤΥΧΑΙΟ ΕΥΡΗΜΑ:

ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΙ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΙ - ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Δρ. Μαρία Γ. Σκυλακάκη

Ακτινολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944540371

E-mail: skmaria@otenet.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Α. Μονήρης Πνευμονικός Όζος

Ως μονήρης πνευμονικός όζος (solitary pulmonary nodule, SPN) χαρακτηρίζεται η καλώς αφοριζόμενη, ακτινοσκιερή βλάβη, μέσης διαμέτρου μέχρι 30 χιλιοστά, η οποία περιβάλλεται εξ ολοκλήρου από πνευμονικό παρέγχυμα. Αποτελεί συχνό κλινικό πρόβλημα δεδομένου ότι εμφανίζεται ως τυχαίο εύρημα στο 30% των ελέγχων με υπολογιστική τομογραφία (CT).

Με γνώμονα την πυκνότητά τους οι πνευμονικοί όζοι διακρίνονται σε υψηλής πυκνότητας, συμπαγείς-solid, (οι συχνότεροι) και χαμηλότερης πυκνότητας, μη συμπαγείς-subsolid που χαρακτηρίζονται περαιτέρω ανάλογα με την πλήρη απουσία ή συνύπαρξη συμπαγούς στοιχείου σε όζους δίκην θαμβής υάλου/ground glass και όζους μερικώς συμπαγείς/part-solid, αντίστοιχα.

Η μεγάλη πλειοψηφία των συμπαγών όζων που ανιχνεύονται με CT είναι καλοήθεις και το 80% εξ αυτών αφορούν σε κοκκιώματα. Οι μη συμπαγείς όζοι είναι είτε φλεγμονώδους/λοιμώδους αιτιολογίας είτε αφορούν σε εστίες άτυπης αδενωματώδους υπερπλασίας, αδενοκαρκινώματος in situ και ελάχιστα διηθητικού αδενοκαρκινώματος. Έχουν αυξηθεί σε συχνότητα τα τελευταία χρόνια λόγω της αύξησης της χρήσης της CT αλλά και της αύξησης της συχνότητας του αδενοκαρκινώματος.

Η διαγνωστική προσέγγιση του SPN αποσκοπεί στην εκτίμηση της πιθανότητας κακοήθειας (χαμηλή: <5%, ενδιάμεση: 5-65%, υψηλή: >65%) ώστε να ρυθμισθεί ανάλογα η περαιτέρω

αντιμετώπιση. Λαμβάνονται υπόψη κλινικά στοιχεία, (**ηλικία**, **κάπνισμα**, οικογενειακό ιστορικό Ca πνεύμονα, φύλο, ατομικό ιστορικό Ca, εμφύσημα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, πνευμονική ίνωση, έκθεση σε αμίαντο και άλλες καρκινογόνες ουσίες) και οι απεικονιστικοί χαρακτήρες του όζου, (**μέγεθος**, **πυκνότητα**, μορφολογία παρυφής, εντόπιση στο πνευμονικό παρέγχυμα, **μεταβολική δραστηριότητα**).

Η μέθοδος εκλογής για την αξιολόγηση του SPN είναι η CT θώρακος χαμηλής δόσεως.-χωρίς ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού- με συνεχείς λεπτές τομές, (πάχους 1-1,5χιλ.).

Το 2017 επανεκδόθηκαν οι οδηγίες της Fleischner Society σχετικά με την διαχείριση του SPN, όταν αποτελεί τυχαίο εύρημα σε άτομα ηλικίας> 35ετών που δεν είναι ανοσοκατεσταλμένα, δεν υποβάλλονται σε προληπτικό πληθυσμιακό έλεγχο (screening) για Ca πνεύμονα ούτε έχουν γνωστή κακοήθεια. Οι δύο καθοριστικοί παράγοντες κινδύνου για Ca πνεύμονα που ρυθμίζουν τις συγκεκριμένες οδηγίες είναι: **Το μέγεθος του όζου και η σταθερότητα ή αύξηση αυτού με την πάροδο του χρόνου και η μορφολογία του όζου, (πυκνότητα: Συμπαγής/η μη συμπαγής, παρυφή: Ομαλή, λοβωτή, ακτινωτή).** Για τους συμπαγείς όζους αύξηση με μεγέθους εκτιμάται όταν αυξηθεί η διάμετρός τους κατά 2χιλ. ή περισσότερο. Για τους μη συμπαγείς όζους επιπρόσθετα εκλαμβάνεται ως αύξηση μεγέθους η συνολική αύξηση της πυκνότητάς τους και η ανάπτυξη νέου ή η επίταση προϋπάρχοντος συμπαγούς στοιχείου.

Β. Πολλαπλοί Πνευμονικοί Όζοι

Οι πολλαπλοί πνευμονικοί όζοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις, συμπαγείς ή μη συμπαγείς και διακρίνονται βάσει του μεγέθους τους σε οζίδια, (διαμέτρου μέχρι 10χιλ.) και όζους, (διαμέτρου> 10χιλ). Όταν αποτελούν τυχαίο εύρημα σε άτομα χωρίς ιστορικό καρκίνου είναι: πιθανότερα καλοήθεις εφόσον δεν υπερβαίνουν τα 5χιλ και πιθανότερα μεταστάσεις εφόσον υπερβαίνουν το 1 εκ. Η μέθοδος εκλογής για την αξιολόγηση και την παρακολούθησή τους είναι η CT με συνεχείς, λεπτές, τομές, κατά κανόνα χωρίς ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού.

Οι οδηγίες της Fleischner Society για τη διαχείριση των πολλαπλών πνευμονικών όζων, γενικά, ρυθμίζονται από: - Το μέγεθος και τη μορφολογία του πλέον ύποπτου όζου, - τον συνολικό αριθμό των όζων, - την επίπτωση των κοκκιωματωδών λοιμώξεων στην συγκεκριμένη περιοχή, - τους πιθανούς συνυπάρχοντες παράγοντες κινδύνου.

Λέξεις κλειδιά: Μονήρης πνευμονικός όζος, πολλαπλοί πνευμονικοί όζοι.

ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ:

ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΙ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Φανή Δημητρούλη

Ακτινολόγος, Επικουρικός Ιατρός,

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974352380

E-mail: fanidimi11@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην καθημερινή κλινική πράξη ολοένα και συχνότερα, καλούμαστε να διαχειριστούμε την παρουσία ενός ή περισσοτέρων πνευμονικών οζιδίων/όζων, που αναγνωρίζονται σε μελέτες προληπτικού πληθυσμιακού ελέγχου (screening) για καρκίνο του πνεύμονα (αναφέρεται ποσοστό της τάξεως του 50%). Ως μονήρης όζος ορίζεται μία σαφώς αφοριζόμενη, ακτινοσκιερή αλλοίωση, διαμέτρου έως 3 εκ., η οποία περιβάλλεται εξ' ολοκλήρου από υγιές πνευμονικό παρέγχυμα. Μέθοδος εκλογής για την αξιολόγηση των πνευμονικών όζων είναι η υπολογιστική τομογραφία (CT) χαμηλής δόσεως (εκτιμώμενη μέση δόση ακτινοβολίας 1,5 mSv), με συνεχείς, λεπτές τομές (πάχους 1-1,5 χιλ.) ενώ ιδιαίτερα σημαντική είναι και η ποζιτρονική και υπολογιστική τομογραφία (PET/CT) όπου εκτιμάται η μεταβολική δραστηριότητα ενός όζου/ων τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά. Για τη διαχείριση των ευρημάτων όσων υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο (screening) εφαρμόζονται τα Lung-RADS κριτήρια, τα οποία αποτελούνται από δύο τμήματα. Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνουν την κατηγορία (τμήμα 1) και τον τροποποιητή (τμήμα 2). Η κατηγορία ταξινομεί τους όζους (κατηγορίες 0-4) με γνώμονα τη μορφολογία αυτών (συμπαγής, εν μέρει συμπαγής, μη συμπαγής) καθώς επίσης και το μέγεθός τους. Το τμήμα 2 αφορά στον τροποποιητή που μπορεί να αναφέρεται σε επιπρόσθετα ευρήματα σχετιζόμενα ή μη με τον όζο/ους ή σε σημαντικά στοιχεία από το ιστορικό του εξεταζομένου τα οποία θα πρέπει να συναξιολογηθούν (τροποποιητής X, C, S). Ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ταξινομείται ένας όζος/οι θα πρέπει να ακολουθείται και το αντίστοιχο πρωτόκολλο παρακολούθησης. Αναλυτικότερα, στην κατηγορία 0 όπου δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες για τον χαρακτηρισμό ενός όζου/ων, συνιστάται σύγκριση με τυχόν προηγούμενους απεικονιστικούς ελέγχους πριν την ταξινόμηση αυτού/ών κατά Lung-RADS. Στην κατηγορία 1 όπου είτε δεν αναγνωρίζονται όζοι είτε αναγνωρίζονται όζοι με τυπικά

καλοήθεις χαρακτήρες καθώς και στην κατηγορία 2 στην οποία ταξινομούνται όζοι καλοήθους μορφολογίας/συμπεριφοράς (πιθανότητα κακοήθειας<1%) συνιστάται ετήσιος επανέλεγχος με υπολογιστική τομογραφία χαμηλής δόσεως (LDCT). Στην κατηγορία 3 αναφερόμαστε στην παρουσία όζου/όζων που είναι πιθανά καλοήθεις (πιθανότητα κακοήθειας 1-2%) και για το λόγο αυτό συστήνεται επανέλεγχος σε 6 μήνες με LDCT. Τέλος, στην κατηγορία 4 συμπεριλαμβάνονται οι όζοι με χαρακτηριστικά ύποπτα κακοήθειας. Πιο συγκεκριμένα, στην κατηγορία 4Α αναφέρεται πιθανότητα κακοήθειας της τάξεως του 5%-15% και ενδείκνυται επανέλεγχος σε 3 μήνες με LDCT ενώ ποζιτρονική/υπολογιστική τομογραφία (PET/CT) μπορεί να πραγματοποιηθεί στις περιπτώσεις παρουσίας συμπαγούς τμήματος εντός του όζου διαμέτρου τουλάχιστον 8 χιλιοστών. Στην κατηγορία 4Β η πιθανότητα κακοήθειας ανέρχεται σε>15% όπως και στην κατηγορία 4Χ και για το λόγο αυτό συστήνεται υπολογιστική τομογραφία θώρακος (με ή χωρίς χορήγηση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού μέσου), ποζιτρονική/υπολογιστική τομογραφία (PET/CT) ή βιοψία του ευρήματος (η επιλογή εξαρτάται από την πιθανότητα κακοήθειας και τη συνοσηρότητα). Συνοψίζοντας, με βάσει τα ανωτέρω καθίσταται σαφής η ανάγκη γνώσης και εφαρμογής των κατάλληλων διαγνωστικών κατευθυντήριων οδηγιών καθώς είναι κρίσιμης σημασίας το επόμενο βήμα στη διαχείριση και την θεραπευτική αντιμετώπιση αλλοιώσεων δυνητικά κακοήθους δυναμικού για την μετέπειτα πορεία του εξεταζομένου.

Λέξεις κλειδιά: Προληπτικός πληθυσμιακός έλεγχος, υπολογιστική τομογραφία χαμηλής δόσεως, ποζιτρονική υπολογιστική τομογραφία (PET/CT), διαγνωστικά κριτήρια Lung-RADS.

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΟΖΟΥ

Χαράλαμπος Ζήσης, MD, FETCS,

Χειρουργός Θώρακος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,

Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6945875222

E-mail: chzisis@hotmail.fr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαγνωστική διερεύνηση του μονήρους πνευμονικού όζου (ΜΠΟ) αποτελεί αντικείμενο συζήτησης εδώ και δεκαετίες. Μαζί με την ποσοτική και ποιοτική εξέλιξη των υφιστάμενων διαγνωστικών τεχνικών έχει ανάλογα αναπτυχθεί και η δυνατότητα αξιοποίησής τους, ώστε να καθίσταται απαραίτητη η καθιέρωση και εφαρμογή διαγνωστικών και θεραπευτικών αλγορίθμων. Ο αριθμός των ασθενών με ΜΠΟ έχει αυξηθεί λόγω διενέργειας αξονικών τομογραφιών υψηλής ευκρίνειας και ευρείας εφαρμογής προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου σε πολλές διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Ως εκ τούτου προκύπτει πιεστική ανάγκη αξιόπιστης διαγνωστικής μεθόδευσης.

Εξ ορισμού ο ΜΠΟ έχει διάμετρο μικρότερη των 3 εκ. και τυπικά εντοπίζεται πέραν των βρογχοσκοπικώς προσεγγιζόμενων τμηματικών βρόγχων. Οι επεμβατικές διαγνωστικές εναλλακτικές περιλαμβάνουν την κλασσική βρογχοσκόπηση με βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα και τη λήψη κυτταρολογικής με ψήκτρα, την διαβρογχική βιοψία (TBBx) και διά βελόνης αναρρόφηση (TBNA), την ενδοβρογχική υπερηχογραφία (R-EBUS), την ηλεκτρομαγνητική πλοήγηση (EMN), την εικονική βρογχοσκόπηση, την υπό αξονικό τομογράφο (ή έτερη απεικονιστική μέθοδο) διά βελόνης βιοψία και την χειρουργική εξαίρεση της βλάβης.

Η διαγνωστική απόδοση των συμβατικών βρογχοσκοπικών τεχνικών κυμαίνεται μεταξύ 14-50%. Με την προσθήκη ενδοβρογχικής υπερηχογραφίας (EBUS) καθίσταται εφικτή η ανίχνευση και ταυτοποίηση βλαβών σε θέση παρακείμενη προς τους αεραγωγούς και διευκολύνεται η TBNA. Με το Radial-EBUS λαμβάνονται εικόνες 360 μοιρών με ικανότητα διείσδυσης 5εκ. Η ευαισθησία της τεχνικής στην ταυτοποίηση νεοπλασίας είναι 73% για οζίδια οποιουδήποτε μεγέθους και 71% για βλάβες μικρότερες των 2.5 εκ. Ωστόσο, η

επίτευξη αξιόπιστων αποτελεσμάτων εξαρτάται απόλυτα από την εμπειρία του διενεργούντος την εξέταση και τη συνολική συγκρότηση ομάδας ειδικών.

Η ΕΜΝ είναι τεχνολογία που δημιουργεί μαγνητικό πεδίο πέριξ του ασθενούς επιτρέποντας τη χωροταξική μετακίνηση ενός αισθητήρα εντός του μαγνητικού πεδίου. Η πληροφορία επιπροβάλλεται σε ληφθείσες προηγουμένως εικόνες αξονικής τομογραφίας, που επιτρέπουν την τοποθέτηση του αισθητήρα με ακρίβεια σε σχέση με την ανατομία. Ανασύνθεση εικονικής βρογχοσκόπησης των αεραγωγών του ασθενούς επιτρέπει την πλοήγηση στη βλάβη-στόχο. Η συνολική διαγνωστική ακρίβεια με την μεγαλύτερη συνδυασμένη αξιοποίηση των τεχνικών αυτών ανέρχεται σε 74%. Η διαθωρακική αναρρόφηση διά βελόνης (ΤΤΝΑ) μπορεί να διενεργηθεί υπό υπερηχογραφία, ακτινοσκόπηση, αξονική τομογραφία ή ηλεκτρομαγνητική καθοδήγηση και η ευαισθησία της μεθόδου στη διάγνωση περιφερικού βρογχογενούς καρκινώματος φτάνει έως και 90%.

Η χειρουργική εξαίρεση συνιστά την ασφαλέστερη διαγνωστική και θεραπευτική επεμβατική τεχνική. Το εξαιρετικό πλεονέκτημα της χειρουργικής είναι η δυνατότητα θεραπείας στον ίδιο χρόνο με διενέργεια ογκολογικής εκτομής του τύπου της λοβεκτομής ή της τυπικής ανατομικής τμηματεκτομής. Το δεδομένο αυτό αποβαίνει κρίσιμης σημασίας αν λάβουμε υπόψη μας ότι σε σειρές ασθενών το ποσοστό κακοήθειας εγγίζει το 80%.

Εντούτοις, επειδή η θωρακοσκοπική και η ρομποτική προσπέλαση δυσχεραίνονται από την απουσία απτικού αισθήματος, έχουν αναπτυχθεί εκλεπτυσμένες μέθοδοι εντόπισης της βλάβης προκειμένου να εκτελεστεί ακριβής εκτομή με τη μικρότερη δυνατή θυσία πνευμονικού παρεγχύματος. Χαρακτηριστικά αναφέρονται η διεγχειρητική στόχευση της βλάβης με χρήση αξονικού τομογράφου-τριδιάστατης ανασύνθεσης ή ΕΜΝ με έγχυση χρωστικής.

Υβριδικές χειρουργικές αίθουσες με δυνατότητες απεικονιστικής παρακολούθησης είναι απαραίτητες για τη συγκεκριμένη εφαρμογή. Οι τεχνικές αυτές υπογραμμίζουν την εξάρτηση από την τεχνολογία, λόγω μηχανημάτων με προηγμένη τεχνολογία και πολύπλοκο λογισμικό, με καμπύλη εκμάθησης στη χρήση τους, απαιτήσεις εξειδικευμένου προσωπικού και κόστος που δεν έχει εκτιμηθεί επακριβώς ως προς το ισοζύγιο κόστους-οφέλους.

Λέξεις κλειδιά: Βρογχοσκόπηση, διαβρογχική αναρρόφηση, ενδοβρογχική υπερηχογραφία, ηλεκτρομαγνητική πλοήγηση, διαθωρακική βιοψία.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ελένη Λαζαρίδου

Ακτινολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ.,

Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6972881510

E-mail: helenlaz@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα αδενώματα της υπόφυσης αποτελούν το 10-15% των ενδοκράνιων νεοπλασμάτων. Είναι συνήθως καλοήθη και αργά εξελισσόμενα. Βιβλιογραφικά αναφέρεται διήθηση της κάψας στο 50% αυτών, ως εκ τούτου η έγκαιρη διάγνωση καθίσταται αναγκαία. Η ταξινόμησή τους γίνεται κυρίως βάσει της ορμόνης που εκκρίνουν (GH, ACTH, PRL, TSH, Null cell, FH-LH, Μεικτός τύπος), καθώς και του μεγέθους τους. Τα αδενώματα με διάμετρο< 3 mm χαρακτηρίζονται ως πικοαδενώματα, αυτά με διάμετρο < 1 εκ. ως μικροαδενώματα κι αυτά με διάμετρο> 1εκ. ως μακροαδενώματα. Όταν υπερβαίνουν σε διάμετρο τα 4 εκ. χαρακτηρίζονται ως γιγαντιαία. Τα αδενώματα διακρίνονται σε λειτουργικά ή μη ανάλογα με το αν εκκρίνουν ή όχι ορμόνες. Στην πρώτη κατηγορία η κλινική σημειολογία επηρεάζεται από την εκκρινόμενη ορμόνη, ενώ στη δεύτερη από τα πιεστικά φαινόμενα που προκαλούν. Ο απεικονιστικός έλεγχος αποτελεί μέρος της διερεύνησης. Σημειώνεται ότι η Απλή ακτινογραφία παρουσιάζει σημαντική διαγνωστική δυσχέρεια. Η Αξονική Τομογραφία με λεπτές τομές και ανασυνθέσεις αναδεικνύει τις αποτιτανώσεις, συμβάλλει στη αξιολόγηση των οστικών δομών και στον προεγχειρητικό έλεγχο, ειδικά όταν η Μαγνητική Τομογραφία αντενδείκνυται. Η δειγματοληψία από τους φλεβώδεις κόλπους βοηθά στον χειρουργικό σχεδιασμό σε ασθενείς με αμφίβολα απεικονιστικά ευρήματα, θετικό ορμονολογικό έλεγχο και αποτυχία της συντηρητικής αντιμετώπισης. Η ψηφιακή αγγειογραφία συμβάλλει στην απεικόνιση της διήθησης του σηραγγώδους κόλπου. Η Μαγνητική Τομογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής. Το πρωτόκολλο περιλαμβάνει λεπτές τομές με μικρό πεδίο σάρωσης, ακολουθίες Τ1 και Τ2 σε στεφανιαίο και οβελιαίο επίπεδο, ακολουθία διάχυσης, καθώς και δυναμικό έλεγχο. Χαμηλό σήμα στην Τ1 και υψηλό σήμα στην Τ2 είναι παθογνωμονικά

αδενώματος (PRL). Ωστόσο κάποια εξ αυτών έχουν χαμηλό σήμα στην T2 (GH). Το 10-30% των αδενωμάτων απεικονίζονται στο δυναμικό έλεγχο που διενεργείται στα 30-60 λεπτά μετά την ενδοφλέβια χορήγηση παραμαγνητικής ουσία. Η κλίμακα HARDY-WILSON ταξινομεί τα αδενώματα σε πέντε κατηγορίες βάσει των ανατομικών πληροφοριών (μέγεθος, διάβρωση του εδάφους του εφιππίου, επέκταση/διήθηση). Με βάση την κλίμακα Knosp-Steiner όταν το αδένωμα περιβάλλει τουλάχιστον κατά 67% την καρωτίδα, τότε η διήθηση του σηραγγώδους κόλπου θεωρείται βέβαιη, αυξάνοντας τα ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας, ενώ καθιστά αναγκαία την περαιτέρω ακτινο/χημειοθεραπεία. Η αποπληξία αποτελεί επιπλοκή που αφορά στο 20% των αδενωμάτων. Αναφέρεται ότι μόνο στο 25% των περιστατικών με απεικονιστική αποπληξία συνυπάρχει ανάλογη κλινική σημειολογία. Η ακολουθία της διάχυσης βοηθά την διάκριση της αιμορραγίας και της ισχαιμίας σε οξεία φάση, ενώ η βλεννογονική πάχυνση στο σφηνοειδή και η ενίσχυση των μηνίγγων θεωρούνται ως πρώιμα σημεία. Στο πλαίσιο της μετεγχειρητικής απεικόνισης, που επίσης η Μαγνητική Τομογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής, πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν το μαγνητικό σήμα και ο χρόνος απορρόφησης των υλικών που χρησιμοποιούνται για την αιμόσταση, την επανέκπτυξη του αδένα, την σταθεροποίηση του εδάφους του εφιππίου και του σφηνοειδούς κόλπου για την αποφυγή εκροής ΕΝΥ. Ο άμεσος προεγχειρητικός έλεγχος (έως 2-3 μέρες) συμβάλλει στην ανάδειξη των επιπλοκών, αλλά και στην απεικόνιση του υπολειμματικού ιστού (συγκριτικά με την προεγχειρητική απεικόνιση). Για την εκτίμηση του χειρουργικού αποτελέσματος και την ανάδειξη υπολειμματικού ιστού ή υποτροπής συστήνεται επανέλεγχος σε 2-3 μήνες. Επισημαίνεται ότι η φυσιολογική μετεγχειρητική απεικόνιση δεν συσχετίζεται απαραίτητα με φυσιολογική ορμονική λειτουργία.

Λέξεις κλειδιά: Μαγνητική τομογραφία, αδενώματα, υπόφυση.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μαρινέλλα Τζανέλα

Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ενδοκρινολογικό Τμήμα-Διαβητολογικό Κέντρο,

Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944284637

E-mail: mtzanel@med.uoa.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα αδενώματα της υπόφυσης αποτελούν το 10% των ενδοκρανιακών νεοπλασμάτων στον άνθρωπο. Η παθογένεια των υποφυσιακών αδενωμάτων εξακολουθεί να παραμένει ασαφής. Πιθανότατα το αρχικό στάδιο συνίσταται σε διαταραχή του γονιδιώματος και οδηγεί στη παραγωγή ενός κλώνου επιρρεπών προς πολλαπλασιασμό κυττάρων. Σε επόμενα στάδια συμμετέχουν αυτοκρινικοί-παρακρινικοί η ακόμη και γενετικοί ευοδωτικοί μηχανισμοί. Ευοδωτικό (παρα-η αυτο-κρινικό) ρόλο φαίνεται ότι έχουν οι υποθαλαμικές ορμόνες, διάφοροι αυξητικοί παράγοντες και οι κυτταροκίνες.

Παρά το ότι η συχνότητα των κλινικά εμφανών αδενωμάτων στο γενικό πληθυσμό είναι χαμηλή (0,020-0,025%), η συχνότητα ανεύρεσης κλινικά ανενεργών αδενωμάτων σε αυτοψιακό υλικό είναι ιδιαίτερα υψηλή (11-23%). Τα αδενώματα της υπόφυσης στη μεγάλη πλειοψηφία τους συμπεριφέρονται ως καλοήθη νεοπλάσματα με χρόνο υπερδιπλασιασμού 100-700 ημέρες. Εντούτοις, διηθητική συμπεριφορά παρατηρείται περίπου στο 42%. Τα αδενώματα της υπόφυσης στη πλειονότητα τους είναι σποραδικά. Σπανιότατα είναι κληρονομικά στα πλαίσια του συνδρόμου MEN-1, που κληρονομείται με επικρατούντα σωματικό χαρακτήρα. Τα αδενώματα της υπόφυσης διακρίνονται σε ορμονοεκκριτικά και μη-ορμονοεκκριτικά. Στα ορμονοεκκριτικά αδενώματα ανήκουν το προλακτίνωμα (υπερεκκρίνει PRL), το σωματοτρόπο αδένωμα (υπερεκκρίνει αυξητική ορμόνη και προκαλεί μεγαλακρία), και το κορτικοτρόπο αδένωμα (υπερεκκρίνει ACTH και προκαλεί σύνδρομο Cushing). Σπάνια ορμονοεκκριτικά αδενώματα είναι εκείνα που προκαλούν κλινική συμπτωματολογία από υπερέκκριση γοναδοτροπινών και TSH. Επίσης, αναλόγως του μεγέθους τους τα αδενώματα της υπόφυσης διακρίνονται σε μικρο-(< 10 mm) και μακροαδενώματα (> 10 mm).

Η διάγνωση των αδενωμάτων γίνεται λόγω συμπτωματολογίας της ορμονικής υπερέκκρισης (στα ορμονοπαραγωγά) ή λόγω πιεστικών φαινομένων (στα μακροαδενώματα που επεκτείνονται πέραν του τουρκικού εφιππίου) ή σπανιότερα λόγω υποφυσιακής ανεπάρκειας λειτουργικής από πίεση των ορμονοεκκριτικών κυττάρων από το αδένωμα. Τέλος μπορεί να διαγνωστεί ως τυχαίωμα σε απεικόνιση της περιοχής που γίνεται για άλλους λόγους.

Ο στόχος της θεραπείας καθορίζεται από τη συμπτωματολογία, την ηλικία και τις συνοσηρότητες του ασθενούς. Η διασφηνοειδική αδενωματεκτομή είναι η θεραπεία εκλογής για τις περισσότερες κατηγορίες, εκτός των προλακτινωμάτων τα οποία απαντούν εντυπωσιακά με μείωση τόσο των επιπέδων προλακτίνης, όσο και του μεγέθους τους στην χορήγηση αγωνιστών ντοπαμίνης. Επί αστοχίας της χειρουργικής αντιμετώπισης μπορεί να χρησιμοποιηθούν φαρμακευτικού παράγοντες όπως τα ανάλογα σωματοστατίνης για τα σωματοτρόπα και τα κορτικοτρόπα αδενώματα. Τέλος η ακτινοβολία της υπόφυσης είτε συμβατική ακτινοβολία, είτε στερεοτακτική (γ-knife, Cyberknife, ακτινοβολία πρωτονίων) αποτελεί 3^{ης} γραμμής αντιμετώπιση στα ανθεκτικά στις προηγούμενες θεραπείες αδενώματα.

Λέξεις κλειδιά: Υπόφυση, αδένωμα, προλακτίνωμα, μεγαλακρία.

ΑΔΕΝΩΜΑΤΑ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στέφανος Ι. Κορφιάς

Επίκουρος Καθηγητής Νευροχειρουργικής,

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

Νευροχειρουργική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932458361

E-mail: skorfias@otenet.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα αδενώματα υπόφυσης είναι κατά βάση καλοήθεις όγκοι, οι οποίοι αντιστοιχούν στο 8-10% των όγκων εγκεφάλου. Διακρίνονται σε μη ορμονοεκκριτικά και ορμονοεκκριτικά. Τα τελευταία προκαλούν ενδοκρινολογικές επιδράσεις εκκρίνοντας ορμόνες όπως η προλακτίνη (PRL), η αδενοκορτικοτρόπος ορμόνη (ACTH) και η αυξητική ορμόνη (GH). Επίσης με βάση το μέγεθός τους ταξινομούνται σε μικροαδενώματα (διάμετρος < 1 εκ) και μακροαδενώματα (διάμετρος > 1 εκ). Η διάγνωσή τους περιλαμβάνει ενδοκρινολογικές δοκιμασίες και επιβεβαιώνεται συνήθως με μαγνητική τομογραφία τουρκικού εφιππίου - υπόφυσης.

Η θεραπεία των αδενωμάτων είναι συντηρητική, χειρουργική, ακτινοθεραπευτική ή συνδυασμός όλων αυτών.

Ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης στα αδενώματα υπόφυσης αποτελούν α) η πίεση γειτονικών δομών (από μακροαδενώματα), όπως το οπτικό χίασμα, με αποτέλεσμα απώλεια όρασης και β) η πρόκληση σοβαρών ενδοκρινολογικών διαταραχών, οι οποίες δεν ανταποκρίνονται σε συντηρητική αντιμετώπιση. Επίσης η αυτόματη αιμορραγία μέσα στον υποφυσιακό όγκο, η οποία χαρακτηρίζεται **αποπληξία υπόφυσης** και μπορεί να εκδηλωθεί με κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία, οφθαλμοπληγία, οπτική επιδείνωση ή ακόμη και απώλεια συνείδησης, αποτελεί ένδειξη για επίσπευση χειρουργικής επέμβασης.

Η νευροχειρουργική επέμβαση πραγματοποιείται συνήθως με διασφηνοειδική προσπέλαση και σπανίως με κρανιοτομία σε περιπτώσεις όγκων με σημαντική υπερεφιππιακή επέκταση και ινώδη υφή. Προηγείται προετοιμασία του ασθενούς με κορτικοειδή (stress-dose hydrocortisone 100 mg) σύμφωνα με τα ενδοκρινολογικά πρωτόκολλα. Επιπλέον αναγκαία κρίνεται η διεγχειρητική και μετεγχειρητική παραμέτρηση της παραγωγής ούρων. Η χρήση

συστημάτων νευροπλοήγησης έχει αποδειχθεί ιδιαιτέρως χρήσιμη ιδιαίτερα σε περιπτώσεις επανεπεμβάσεων.

Για την **διασφηνοειδική προσπέλαση** έχουν περιγραφεί διάφορες παραλλαγές με **συνδυασμό ενδοσκοπικής και μικροσκοπικής τεχνικής**: Η υποχειλική (sublabial), η δια-ηθμοειδική (trans-ethmoidal), η διαρινική παρα-διαφραγματική (trans nasal para-septal) και η διαρινική διά του σφηνοειδικού στομίου και της σφηνο-ηθμοειδικής εσοχής (trans nasal via ostium & spheno-ethtmoidal recess). Η τελευταία αποτελεί την προσπέλαση εκλογής. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης πραγματοποιείται υποβλεννογόνια έγχυση διαλύματος ξυλοκαίνης/αδρεναλίνης 2% πέριξ του διαφράγματος της μύτης και του πρόσθιου τοιχώματος του σφηνοειδούς κόλπου στο ύψος της μέσης ρινικής κόγχης. Τοποθετείται ρινικός διαστολέας (nasal speculum), κατά προτίμηση ομόπλευρα με το πιο ευμέγεθες σφηνοειδικό διαμέρισμα και αναγνωρίζεται και διανοίγεται το ομόπλευρο σφηνοειδικό στόμιο (ostium). Ακολουθεί επέκταση της διάνοιξης του πρόσθιου τοιχώματος του σφηνοειδούς κόλπου (rostrum) πέριξ της μέσης γραμμής και του οπίσθιου ρινικού διαφράγματος μέχρι το αντίπλευρο σφηνοειδικό στόμιο με ειδικές λαβίδες (Kerrison's) και microdrill. Αφαιρείται ο σφηνοειδικός βλεννογόνος και το σφηνοειδικό διάφραγμα και αναγνωρίζεται το έδαφος του τουρκικού εφιππίου. Ακολουθεί διάνοιξη του οπίσθιου σφηνοειδικού τοιχώματος με microdrill και διάνοιξη της σκληράς μήνιγγας. Το αδένωμα αφαιρείται με τη βοήθεια ειδικών λαβίδων (ring curets). Λαμβάνεται μέριμνα για αποφυγή διάνοιξης της αραχνοειδούς μήνιγγας και της διαφυγής εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Σε περίπτωση που αυτό δεν γίνει εφικτό απαιτείται στεγανοποίηση του εδάφους του τουρκικού εφιππίου με τεχνικά και βιολογικά υλικά, όπως λίπος, πλατιά περιτονία και μυς από την έξω επιφάνεια του δεξιού μηρού.

Μετεγχειρητικά ο ασθενής παρακολουθείται συνδυαστικά από τη Νευροχειρουργική Κλινική για αντιμετώπιση τυχόν χειρουργικών επιπλοκών (π.χ. μετεγχειρητική ρινόρροια, ρινική επίσταξη κ.α.) και την Ενδοκρινολογική Κλινική για αντιμετώπιση τυχόν ορμονολογικών μεταβολών (π.χ. μετεγχειρητική υποφυσιακή ανεπάρκεια, άποιος διαβήτης, κ.α.)

Η ακτινοθεραπεία με τη μορφή της στερεοτακτικής ακτινοχειρουργικής (cyber-knife ή γ-knife) εφαρμόζεται κυρίως σε περιπτώσεις υποτροπής του αδενώματος.

Λέξεις Κλειδιά: Αδένωμα υπόφυσης, τουρκικό εφίππιο, ενδοσκοπική, διασφηνοειδική προσπέλαση.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΝΟΑΤΟΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ

Γεώργιος Κυριακόπουλος

Παθολογοανατόμος, Παθολογοανατομικό Τμήμα,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 697 7127469

E-mail: geokyr11@hotmail.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η τελευταία ταξινόμηση των νεοπλασμάτων του Ενδοκρινούς Συστήματος σύμφωνα με την 4η έκδοση του αντίστοιχου Blue Book της World Health Organization (WHO) του 2017 αποσαφηνίζει τις ήδη υπάρχουσες, σύμφωνα με την προηγούμενη ταξινόμηση (WHO/2004), κατηγορίες των υποφυσιακών αδενωμάτων αλλά και προσθέτει νέες κατηγορίες με ιδιαίτερο επιστημονικό και κλινικό ενδιαφέρον (κατηγορίες πολυορμονικών, δικλωνικών αδενωμάτων κτλ). Στη νέα ταξινόμηση εκτός από το ορμονικό προφίλ του εκάστοτε αδενώματος προστίθενται οι μεταγραφικοί παράγοντες κυτταρικής προέλευσης: TPIT (για τα κορτικοτρόφα αδενώματα), PIT1 (για τα σωματοτρόφα και τα θυρεοειδοτρόφα αδενώματα καθώς και τα προλακτινώματα) και SF1 (για τα γοναδροτρόφα αδενώματα). Η έκφραση περισσότερων του ενός μεταγραφικών παραγόντων κυτταρικής προέλευσης παρατηρείται στα πολυμορμονικά και τα δικλωνικά (*double*) αδενώματα, ενώ η πλήρης απουσία αυτών αποσαφηνίζει την έννοια του αδενώματος null cell. Τα κριτήρια για το διαχωρισμό ορισμένων αδενωμάτων σε πυκνά κοκκιώδη (*densely granulated*) και αδρά κοκκιώδη (*sparsely granulated*) γίνονται πλέον πιο ακριβή με ορισμένους πρόσθετους ανοσοϊστοχημικούς δείκτες, όπως η κερατίνη χαμηλού μοριακού βάρους, η E-cadherin και η p120-catenin. Η ανοσοϊστοχημική δυνατότητα ανίχνευσης των υποδοχέων σωματοστατίνης SSTR2a και SSTR5 διευκολύνει τόσο την απεικονιστική προσέγγιση όσο και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των υποτροπιαζόντων αδενωμάτων. Ο ακρογωνιαίος ρόλος του δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67 (clone MIB-1) στη διαβάθμιση κακοήθειας της νευροενδοκρινικής νεοπλασίας, αντανακλάται επίσης στα υποφυσιακά αδενώματα παρά την κατάργηση του όρου «άτυπο αδένωμα» και παρότι δεν υπάρχει ακόμα κοινή συμφωνία (consensus) για τα επιμέρους επίπεδα του ποσοστού του δείκτη Ki-67 όπως με ακρίβεια έχει περιγραφεί στους περιφερικούς νευροενδοκρινικούς όγκους. Αδενώματα με υψηλότερο δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67 έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα

επιθετικότερης βιολογικής συμπεριφοράς όπως υποτροπή, μεγάλο μέγεθος και τοπική διηθητική ανάπτυξη. Σημαντική βοήθεια στην πρόβλεψη της βιολογικής συμπεριφοράς του εκάστοτε αδενώματος προσφέρει το πρότυπο έκφρασης της ογκοπρωτεΐνης p53. Τουτέστιν καθίσταται σαφής η αδυναμία των ανοσοϊστολογικών χαρακτηριστικών του αδενώματος να προβλέψει το σπάνιο αλλά υπαρκτό μεταστατικό δυναμικό του υποφυσιακού καρκινώματος, καθώς μόνο η πιστοποίηση της μετάστασης το τεκμηριώνει.

Λέξεις κλειδιά: Κορτικοτρόφο, σωματοτρόφο, γοναδοτρόφο, TPIT, PIT1.

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Αναστάσιος Μανωλάκης, MD, PhD,

Γαστρεντερολόγος, Επικουρικός Ιατρός,

Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977041123

E-mail: amanwl@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Επί πολλές δεκαετίες, ο οισοφάγος θεωρούνταν απλά ένα σωληνώδες όργανο επιφορτισμένο με την μεταφορά των βλωμών διαφορετικής σύστασης από τον υποφάρυγγα στο στόμαχο. Με την πάροδο των ετών έγινε ωστόσο κατανοητό, ότι ο μυώδης, αυλοειδής οισοφάγος αποτελούσε «εστία» εμφάνισης σύνθετης και συχνά απειλητικής για τη ζωή παθολογίας που απαιτούσε ιδιαίτερα απαιτητικούς χειρισμούς για την αντιμετώπισή της.

Σκοπός και Μέθοδοι: Η ανάδειξη του φάσματος των παθήσεων του οισοφάγου με έμφαση στην αντιμετώπισή τους, με τη χρήση των σύγχρονων μεθόδων της επεμβατικής ενδοσκόπησης του γαστρεντερικού σωλήνα (ΓΕΣ).

Παρουσίαση: Στο Δυτικό κόσμο οι συχνότερες και μεγαλύτερες προκλήσεις, οισοφαγικής προέλευσης, για το γαστρεντερολόγο-ενδοσκόπο, προκύπτουν από τρεις κυρίως καταστάσεις: Την πυλαία υπέρταση π.χ. στα πλαίσια κίρρωσης, την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και την ενδοαυλική παραμονή/στάση τροφής. Απότοκος της πρώτης η εμφάνιση οισοφαγικών κιρσών, των οποίων η αιμορραγία συνιστά μία από τις επείγουσες καταστάσεις στη γαστρεντερολογία και απαιτεί ενδοσκοπική παρέμβαση για την ουσιαστική αντιμετώπισή της: α) Ενδοσκοπική σκληροθεραπεία, β) περίδεση με ελαστικούς δακτυλίους. Το φάσμα εκδηλώσεων της δεύτερης διαταραχής, δηλαδή της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου (ΓΟΠΝ), περιλαμβάνει τόσο τη φλεγμονή π.χ. οισοφαγίτιδα, όσο και περισσότερο επιπλεγμένες καταστάσεις όπως π.χ. την στένωση, την εμφάνιση προ-νεοπλασματικών ή νεοπλασματικών αλλοιώσεων (Barrett, αδενοCa). Η θέση της ενδοσκοπικής παρέμβασης στη ΓΟΠΝ δύναται να αφορά είτε την πρόληψη π.χ. αντι-

παλινδρομικές ενδοσκοπικές επεμβάσεις, είτε την θεραπεία των επιπλοκών αυτής π.χ. διαστολή στενώσεων, βλεννογονικός καυτηριασμός, βλεννογόνια αφαίρεση, υποβλεννογόνια εκτομή προ- και νεοπλασματικών βλαβών. Όσον αφορά την παγίδευση βλωμών εντός του οισοφάγου, αυτή μπορεί να ενσκήψει ως ενσφήνωση ή να αποτελεί μέρος μιας χρόνιας κατάστασης με δυσφαγία, απότοκος κινητικής διαταραχής όπως η αχαλασία. Στην περίπτωση ενσφήνωσης απαιτείται η σε επείγουσα βάση ενδοσκοπική απομάκρυνση του βλωμού από τον οισοφαγικό αυλό, ενώ για την αντιμετώπιση κινητικών διαταραχών που περιλαμβάνουν τον κάτω οισοφαγικό σφιγκτήρα, «κλασικές» π.χ. αεροδιαστολή αλλά και νεότερες τεχνικές π.χ. από του στόματος ενδοσκοπική μυοτομή (per-oral endoscopic myotomy, POEM) εφαρμόζονται με επιτυχία. Μια σειρά από σπανιότερες παθήσεις του οισοφάγου, όπως εκκολπώματα και υποεπιθηλιακοί όγκοι, μπορούν πλέον να αντιμετωπιστούν με την εφαρμογή εξειδικευμένων τεχνικών από του στόματος ενδοσκοπικής υποβλεννογόνιας διατομής-εκτομής (diverticular POEM/D-POEM, submucosal tunnel ingresection/STER). Τέλος, παρηγορητικές ή ενδοσκοπικές θεραπείες διάσωσης (rescuetherapies) είναι εφικτές σε περιπτώσεις στενώσεων/ενδοαυλικής απόφραξης π.χ. από προχωρημένο Ca, κατάποση καυστικών διαλυμάτων, αλλά και διατρήσεων/διαφυγών, κυρίως υπό τη μορφή τοποθέτησης ενδοπροθέσεων (stents) ή clips μεγάλης διαμέτρου δίκην «αρκουδοπαγίδας».

Συμπεράσματα: Η σύγχρονη ενδοσκόπηση του ΓΕΣ δύναται να καλύψει σχεδόν στο σύνολό τους τις θεραπευτικές προκλήσεις και ανάγκες που προκύπτουν κατά την αντιμετώπιση των παθήσεων του οισοφάγου.

Λέξεις κλειδιά: Οισοφάγος, ενδοσκοπική θεραπεία.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Βασίλειος Α. Σεβαστιανός

Παθολόγος-Ηπατολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,

Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973795493

E-mail: vsevastianos@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Όπως είναι γνωστό, το ήπαρ συμμετέχει στο μεταβολισμό των λιποπρωτεϊνών και των λιπιδίων. Η λίπωση (στεάτωση) του ήπατος αποτελεί κλινικο-παθολογοανατομική οντότητα που αποδίδεται σε συσσώρευση λίπους (τριγλυκερίδια, λιπαρά οξέα, φωσφολιπίδια, χοληστερόλη, εστέρες χοληστερόλης) σε περισσότερο από το 5% των ηπατοκυττάρων. Η παρουσία φλεγμονής σε ιστολογικό επίπεδο προβάλει τη διάγνωση της στεατοηπατίτιδας. Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (ΜΑΛΝΗ), περιλαμβάνει το φάσμα της μεταβολικής νόσου του ήπατος που εκτείνεται από την απλή λίπωση και τη στεατοηπατίτιδα (βλάβη του ηπατοκυττάρου, φλεγμονή, περικυτταρική ίνωση-μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα, ΜΑΣΗ) μέχρι την κρυψιγενή κίρρωση και τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο, σε άτομα που δεν επιβαρύνονται από την κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης. Υπολογίζεται ότι η συχνότητα της κίρρωσης του ήπατος (περίπου 10%) σε διαβητικά άτομα είναι τετραπλάσια από την παρατηρούμενη σε μη διαβητικά.

Η ΜΑΣΗ εκφράζει ένα υποσύνολο της ΜΑΛΝΗ. Υπολογίζεται ότι η ΜΑΛΝΗ/ΜΑΣΗ προσβάλλει ένα μεγάλο ποσοστό (20-40%) του πληθυσμού της γης. Μάλιστα στις δυτικές κοινωνίες, όπως εκτιμάται μέσω απεικονιστικών εξετάσεων (υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία), το 15% του γενικού πληθυσμού εμφανίζει ΜΑΛΝΗ, ενώ το 2-3% ΜΑΣΗ. Η νόσος αφορά συχνότερα σε άτομα 40-60 ετών, κυρίως άνδρες, αλλά μπορεί να προσβάλει οποιαδήποτε ηλικία συμπεριλαμβανομένων των παιδιών. Αποτελεί δε την συχνότερη αιτία αύξησης των αμινοτρασφερασών σε αιμοδότες.

Η παθογένεια της νόσου συσχετίζεται με την αντίσταση στην ινσουλίνη και το οξειδωτικό stress (με βάση γενετικούς παράγοντες που θα επηρεάσουν το μέγεθος του). Οι ασθενείς με ΜΑΛΝΗ/ΜΑΣΗ είναι παχύσαρκοι στο 70-100%, εμφανίζουν ΣΔ τύπου ΙΙ στο 35-75% και στο 20-80% δυσλιπιδαιμία. Μπορεί δε να αφορά και σε λεπτόσωμα άτομα που παρουσιάζουν αντίσταση στην ινσουλίνη. Η ΜΑΛΝΗ/ΜΑΣΗ, μέσω της διαταραχής του μεταβολισμού των υδατανθράκων και των λιπιδίων, θεωρείται ως η ηπατική εκδήλωση του μεταβολικού συνδρόμου σε ποσοστό υψηλότερο του 85% των περιπτώσεων. Η ιστολογική εξέταση της βιοψίας του ήπατος εκφράζει με ευαισθησία και ειδικότητα την πρόγνωση της νόσου. Η απλή λίπωση έχει άριστη πρόγνωση, ενώ η στεατοηπατίτιδα παρουσιάζει πιθανότητα εξέλιξης με παρουσία ίνωσης και ανάπτυξη κίρρωσης. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει σημαντική συσχέτιση της ΜΑΛΝΗ/ΜΑΣΗ με την εκδήλωση καρδιαγγειακής νόσου και με την αύξηση του πάχους του έσω μέσου χιτώνα του τοιχώματος των καρωτίδων. Η λογική στην προσέγγιση της ΜΑΛΝΗ/ΜΑΣΗ, όσον αφορά στην πρόληψη και τη θεραπεία της, περιλαμβάνει τη διόρθωση της αντίστασης στην ινσουλίνη, της παχυσαρκίας (ειδικότερα της κεντρικής/σπλαγχνικής), του σακχαρώδους διαβήτη και των διαταραχών των λιπιδίων με την αλλαγή του τρόπου ζωής (αύξηση της σωματικής άσκησης-δραστηριότητας, τροποποίηση του διαιτολογίου). Η απώλεια σωματικού βάρους και οι βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις κατά κανόνα βελτιώνουν την ηπατική νόσο. Ο ιδεώδης ρυθμός απώλειας βάρους είναι ½-1 kg ανά εβδομάδα. Μεταξύ των θεραπευτικών προσεγγίσεων της ΜΑΣΗ, τα φάρμακα τα οποία βελτιώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη (θειαζολιδινεδιόνες-ροσιγλιταζόνη και πιογλιταζόνη) είναι τα πλέον ελκυστικά. Επίσης, σε κλινικές μελέτες μελετώνται αντιοξειδωτικές ουσίες (βιταμίνη Ε, προβουχόλη) και τα αναφερόμενα ως «ηπατοπροστατευτικά» (αρκτο-δεοξυ-χολικό οξύ) φάρμακα.

Λέξεις κλειδιά: Μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος, μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα, κρυψιγενής κίρρωση.

ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ

Ηλιάνα Μάνη

Παθολόγος, Επικουρικός Ιατρός, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική

και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6939002200

E-mail: ilianamani@windowslive.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κίρρωση είναι πολυσυστηματική νόσος. Η αντιρροπούμενη κίρρωση είναι γενικά ασυμπτωματική. Με την πρόοδο της πυλαίας υπέρτασης και της ηπατικής ανεπάρκειας, παρουσιάζονται οι κλασικές εκδηλώσεις ρήξης της αντιρρόπησης, ενώ παράλληλα γίνονται έκδηλες οι επιδράσεις της νόσου στα λοιπά συστήματα. Ο ασκίτης αποτελεί το συχνότερο σύμβαμα ρήξης της αντιρρόπησης. Η αντιμετώπισή του βασίζεται στον περιορισμό λήψης άλατος και τη χορήγηση διουρητικών. Ο ανθεκτικός ασκίτης αντιμετωπίζεται με εκκενωτικές παρακεντήσεις και ταυτόχρονη χορήγηση λευκωματίνης ή τη διενέργεια διασφαγιτιδικής διηπατικής πυλαιοσυστηματικής αναστόμωσης, εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις. Η κιρσορραγία αποτελεί το δεύτερο συχνότερο σύμβαμα ρήξης της αντιρρόπησης. Το οξύ επεισόδιο αντιμετωπίζεται με ενδοσκοπική παρέμβαση (περίδεση των κιρσών) παράλληλα με τη χορήγηση αγγειοδραστικών παραγόντων (σωματοστατίνης) και την προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών. Επί αποτυχίας, συστήνεται η διενέργεια διασφαγιτιδικής διηπατικής πυλαιοσυστηματικής αναστόμωσης. Ο επιπωματισμός με μπαλόνι αποτελεί μόνο προσωρινό μέτρο. Η πρωτογενής πρόληψη της κιρσορραγίας βασίζεται στη χορήγηση μη εκλεκτικών β-αποκλειστών, ιδίως προπανολόλης και καρβεδιλόλης, ενώ η δευτερογενής στο συνδυασμό τους με συνεδρίες περιδέσεων. Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια αντιμετωπίζεται με την άρση της εκλυτικής αιτίας και τη χορήγηση μη απορροφήσιμων δισακχαριτών (λακτουλόζη, λακτιτόλη) και ριφαξιμίνης. Η κίρρωση με ποικίλους μηχανισμούς αυξάνει την ευπάθεια σε λοιμώξεις. Τα τελευταία έτη, η επιδημιολογία αλλάζει με αύξηση των ανθεκτικών στις κινολόνες στελεχών και της επίπτωσης των λοιμώξεων από gram θετικά και πολυανθεκτικά/πανανθεκτικά στελέχη, ιδίως αναφορικά με τις νοσοκομειακές λοιμώξεις. Η γνώση της επιδημιολογίας του εκάστοτε νοσοκομείου και η σωστή επιλογή αντιβιοτικών είναι καθοριστικής σημασίας. Ειδική λοίμωξη στην κίρρωση είναι η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα (ΑΒΠ).

Διαγιγνώσκεται με την εύρεση ≥250 πολυμορφοπύρηνων/mm^3 στο ασκιτικό υγρό και αντιμετωπίζεται με άμεση έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής με διάρκεια 5-7 ημέρες και χορήγηση λευκωματίνης 1.5 g/kg την ημέρα 1 και 1 mg/kg την ημέρα 3 με στόχο τη μείωση της επίπτωσης του ηπατονεφρικού συνδρόμου και της θνητότητας. Όλοι οι ασθενείς με επεισόδιο ΑΒΠ έχουν ένδειξη προφύλαξης με νορφοξασίνη καθημερινώς. Άλλη επιπλοκή είναι η οξεία νεφρική βλάβη (ΟΝΒ). Η προνεφρική μορφή της είναι η συχνότερη και αντιμετωπίζεται με άρση της εκλυτικής αιτίας και αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου. Από τα νεφρικά αίτια, η διαφορική διάγνωση γίνεται κυρίως μεταξύ οξείας σωληναριακής νέκρωσης και ηπατονεφρικού συνδρόμου (ΗΝΣ). Το ΗΝΣ αντιμετωπίζεται με χορήγηση λευκωματίνης 20-40 gr ανά ημέρα και αγγειοσυσπαστικών παραγόντων (Terlipressin, noradrenalin) ως γέφυρα με τη μεταμόσχευση ήπατος. Άλλη επιπλοκή της κίρρωσης είναι η θρόμβωση της πυλαίας φλέβας, με επίπτωση που αυξάνεται με την πρόοδο της ηπατικής νόσου. Σαφή ένδειξη αντιμετώπισης έχουν μόνο τα οξέα επεισόδια, με χορήγηση ηπαρίνης ή κουμαρινικών αντιπηκτικών για ≥6 μήνες. Η κιρρωτική καρδιομυοπάθεια αναφέρεται στο συνδυασμό διαστολικής και συστολικής δυσλειτουργίας σε συνθήκες stress και ηλεκτροφυσιολογικών μεταβολών. Δεν υπάρχει ειδική αντιμετώπιση και υποστρέφει με τη μεταμόσχευση ήπατος. Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος αντιμετωπίζεται επιτυχώς με χειρουργική (εκτομή, μεταμόσχευση) και περιοχική θεραπεία (ραδιοσυχνότητες) σε αρχικά στάδια, σε ασθενείς με καλή ηπατική λειτουργία. Σε ενδιάμεσο στάδιο, ο χημειοεμβολισμός μπορεί να έχει καλά αποτελέσματα, ενώ σε προχωρημένη νόσο χορηγείται συστηματική θεραπεία. Μεγάλη πρόοδο αποτελεί η ένταξη νέων παραγόντων στη συστηματική θεραπεία του ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Η πρώτη γραμμή θεραπείας περιλαμβάνει τα Sorafenib και Lenvatinib, ενώ η δεύτερη τα Regorafenib, Cabozantinib και η 3η γραμμή το Ramucirumab και την ανοσοθεραπεία (Nivolumab).

Λέξεις κλειδιά: Ασκίτης, κιρσορραγία, εγκεφαλοπάθεια, ηπατονεφρικό σύνδρομο, ηπατοκυτταρικός καρκίνος.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

Σπυρίδων Π. Ντουράκης

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής και Ομώνυμου Εργαστήριου Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Πρόεδρος Επιστημονικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας και Κλινικής Ηπατολογίας

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932272477

E-mail: spdour@med.uoa.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα φάρμακα που έχουν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες διαπιστώνονται κατά τις 3 κλινικές φάσεις μελέτης τους, δεν κυκλοφορούν ποτέ στην αγορά. Όμως, περισσότερα από 1000 φάρμακα (χωρίς να συμπεριληφθούν οι τοξικές ουσίες και τα «θεραπευτικά φυτά») συσχετίζονται με εκδήλωση ποικίλης μορφής ηπατοτοξικότητας. Η ηπατοτοξικότητα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου λόγω ανεπιθύμητης ενέργειας φαρμάκου ή απόσυρσής του από την αγορά. Τα βότανα, είναι δυνατόν κάποιες φορές να προκαλούν φαινόμενα τοξικότητας. Η φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα αποδίδεται είτε σε άμεση δράση των μεταβολιτών στα ηπατοκύτταρα, είτε σε ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση (η συχνότερη) γενετικώς προδιαθετημένων ατόμων. Η ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση εκδηλώνεται σε λίγα σχετικώς άτομα που παρουσιάζουν απροσδιόριστη, γενετικώς καθορισμένη (ενζυμικός πολυμορφισμός, Pharmacogenomics), ευαισθησία σε κάποιον από τους μεταβολίτες του φαρμάκου. Η μορφή αυτή της ηπατοτοξικότητας είναι απρόβλεπτη και δεν εξαρτάται από τη δόση του φαρμάκου (συνήθως>10 mg), ενώ είναι αδύνατος ο έλεγχος ή η αναπαραγωγή της σε ζώα-μοντέλα. Η αντίδραση στο φάρμακο μπορεί να μην εκδηλωθεί ποτέ, παρά τη συνέχιση της αγωγής λόγω της ανάπτυξης προσαρμογής (adaptation) που αποδίδεται στη δράση σαπερονών (heat-shock proteins). Όλα τα κύτταρα του ηπατικού λόβιου μπορεί να προσβληθούν οδηγώντας σε μεγάλο αριθμό κλινικο-παθολογοανατομικών συσχετίσεων. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων από το ήπαρ μιμούνται όλες τις ηπατοπάθειες, ενώ κάθε φάρμακο μπορεί να προκαλέσει περισσότερα από ένα κλινικά σύνδρομα. Η ηπατική βλάβη στα πλαίσια ανεπιθυμήτων εκδηλώσεων χαρακτηρίζεται ως οξεία όταν διαρκεί λιγότερο από 3 μήνες και ως χρονία όταν διαρκεί περισσότερο. Η οξεία ηπατοπάθεια χαρακτηρίζεται ως ηπατοκυτταρική και ως χολοστατική. Η έναρξη της κλινικής εκδήλωσης της ηπατοτοξικής αντίδρασης συνήθως παρατηρείται 2-6 εβδομάδες μετά από την έναρξη

της θεραπείας (δοκιμασία έκθεσης). Το πιθανώς ηπατοτοξικό φάρμακο θα πρέπει να διακόπτεται αμέσως (δοκιμασία απόσυρσης) και τα ηπατικά ένζυμα με τη χολερυθρίνη να παρακολουθούνται στενά (συνήθως βελτιώνονται κατά 50% στις 2 εβδομάδες). Η χολοστατική βλάβη υποχωρεί βραδύτερα από την ηπατοκυτταρική. Σε μερικές περιπτώσεις, η ηπατοτοξικότητα μπορεί να εμφανισθεί α) και από την πρώτη ημέρα χορήγησης, β) καθυστερημένα μέχρι και 6-12 μήνες (αμιωδαρόνη, χλωροπρομαζίνη) ή και γ) να συνεχίζεται και μετά από τη διακοπή της ενοχοποιούμενης φαρμακευτικής ουσίας (αμοξυκιλλίνη-κλαβουλανικό, διφαινυλυδαντοΐνη). Η απόδειξη της ενοχοποίησης ενός φαρμάκου ως του αιτίου της ηπατοπάθειας γίνεται με τη δοκιμασία επανέκθεσης. Εάν παρατηρηθεί πιθανότητα φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας, θα πρέπει να αναφερθεί στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ), με τη συμπλήρωση της γνωστής «κίτρινης κάρτας». Επίσης, είναι σημαντική η αναζήτηση πληροφοριών σε μεγάλα συγγράμματα Ηπατολογίας, στο Διαδύκτιο ή από εξειδικευμένους συναδέλφους.

Η κλινική βαρύτητα των ανεπιθυμήτων εκδηλώσεων των φαρμάκων από το ήπαρ ποικίλλει, από ασυμπτωματική μέχρι την εκδήλωση οξείας ηπατικής ανεπάρκειας ή κίρρωσης. Η πρώιμη διάγνωση της φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας (ισοδυναμεί με την πρόληψη) γίνεται με το συστηματικό βιοχημικό έλεγχο. Το πιθανώς ηπατοτοξικό φάρμακο θα πρέπει να διακόπτεται αμέσως και η ηπατική λειτουργία να παρακολουθείται στενά. Στο 50% των περιπτώσεων, οι κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις υποχωρούν ταχέως σε λιγότερο από 15 ημέρες, συνήθως μάλιστα σε λιγότερο από 8 ημέρες. Μερικές φορές, η βελτίωση είναι βραδύτερη (π.χ. χολόσταση από χλωροπρομαζίνη ή ηπατοκυτταρική βλάβη από αμιωδαρόνη). Τα στεροειδή μπορεί να βοηθήσουν θεραπευτικώς ασθενείς με βαριά κλινική αντίδραση υπερευαισθησίας. Σε περιπτώσεις άμεσης τοξικότητας από παρακεταμόλη (ακεταμινοφαίνη) χορηγείται ακετυλ-κυστεϊνη ως αντίδοτο. Σε ασθενείς με εκδηλώσεις οξείας ηπατικής ανεπάρκειας (κεραυνοβόλος ηπατίτιδα), συχνά (>50%) απαιτείται μεταμόσχευση του ήπατος. Η πρόληψη της υποτροπής γίνεται με την ορθή επιλογή εναλλακτικής θεραπείας. Η διασταυρούμενη αντίδραση μεταξύ των φαρμάκων είναι σπάνια. Συνιστάται να αποκλείεται η «ομάδα» του φαρμάκου και όσα φάρμακα έχουν παρόμοια χημική σύσταση.

Λέξεις κλειδιά: Φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα, αντίδραση υπερευαισθησίας, οξεία φαρμακευτική ηπατίτιδα, φαρμακευτική χολόσταση.

ΕΙΚΟΣΙΤΕΤΡΑΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΟΡΜΟΝΩΝ, ΜΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ

Στυλιανός Τσαγκαράκης

Ενδοκρινολόγος, Συντονιστής Διευθυντής του Ενδοκρινολογικού Τμήματος-Διαβητολογικού Κέντρου, Κέντρου Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041825

E-mail: stsagara@otenet.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά του ενδοκρινικού συστήματος είναι ότι οι ορμόνες εκκρίνονται κατά ώσεις με αποτέλεσμα τα επίπεδά τους να είναι αυξομειούμενα σε συνάρτηση με το χρόνο. Αυτές οι μεταβολές στην έκκριση των ορμονών όταν γίνονται σε χρονική κλίμακα μικρότερη των 24 ωρών ονομάζονται ουλτράδιοι ρυθμοί, ενώ οι μεταβολές που ακολουθούν τον 24ωρο κύκλο φωτός-σκότους ονομάζονται κιρκάδιοι ρυθμοί. Μέχρι σήμερα η 24ωρη καταγραφή ορμονών πραγματοποιείται μόνο με την επίπονη μέθοδο επαναλαμβανόμενων αιμοληψιών στη διάρκεια του 24ώρου.

Με τη νέα μέθοδο καταγραφής ορμονών που ονομάζεται ULTRADIAN διενεργείται 24ωρη, ανά 20 λεπτά, δειγματοληψία μέσω της συνεχούς συλλογής των ελεύθερων (μη συνδεδεμένων με πρωτεΐνες) κλασμάτων των στεροειδών ορμονών στο διάμεσο ιστό με τη μέθοδο της μικροδιάλυσης. Το σύστημα δυναμικού διαγνωστικού ελέγχου ULTRADIAN αποτελείται από 3 μέρη: Την αντλία έγχυσης, τον καθετήρα μικροδιάλυσης και τον συλλέκτη των δειγμάτων. Ο καθετήρας εισάγεται στον υποδόριο ιστό του ασθενή και συνδέεται από τη μία πλευρά με την αντλία έγχυσης ρυθμιστικού διαλύματος και από την άλλη με τον συλλέκτη των δειγμάτων. Το όλο σύστημα συνδέεται εύκολα με μία ζώνη επιτρέποντας στον ασθενή να είναι περιπατητικός και να συνεχίσει τις συνήθεις καθημερινές του δραστηριότητες ενώ υποβάλλεται σε δειγματοληψία. Τα δείγματα μετριούνται με φασματοσκοπία μάζας με υγρή χρωματογραφία (LCMS/MS).

Η καινοτόμος αυτή μέθοδος 24ωρης καταγραφής ορμονών, που μπορούμε να την αποκαλέσουμε και «holter ορμονών», βρίσκει μια πρώτη σημαντικότατη εφαρμογή στη διερεύνηση των νοσημάτων των επινεφριδίων. Τα νοσήματα των επινεφριδίων χαρακτηρίζονται είτε από την υπερπαραγωγή είτε από την ανεπαρκή παραγωγή ορμονών. Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσεται ο πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός και το σύνδρομο Cushing, όπου υπάρχει αντίστοιχα υπερπαραγωγή αλδοστερόνης και κορτιζόλης. Τελευταία, έχει αναγνωριστεί και το σύνδρομο Connshing, όπου συνυπάρχει ταυτόχρονη υπερέκκριση αλδοστερόνης και κορτιζόλης. Από τις μελέτες μας με το σύστημα ULTRADIAN διαπιστώθηκε κατάργηση της κιρκάδιας διακύμανσης των στεροειδών ορμονών των επινεφριδίων σε περιπτώσεις υπερέκκρισης. Το ULTRADIAN χρησιμοποιείται όχι μόνο για τη διάγνωση αυτών των παθήσεων, αλλά και για την τεκμηρίωση της ίασης μετά από χειρουργική επέμβαση, τον έλεγχο υποτροπής της νόσου, ή ακόμα και για την επάρκεια μιας φαρμακευτικής παρέμβασης. Τα πλεονεκτήματά του είναι ότι παρέχει πολύ πιο ακριβείς και ολοκληρωμένες πληροφορίες, μπορεί να διαγνώσει μορφές της νόσου πολύ νωρίτερα και σε λιγότερο χρόνο, να ελέγξει την επάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής και όλα αυτά χωρίς οι ασθενείς να νοσηλεύονται.

Λέξεις κλειδιά: Σύνδρομο Cushing, ultradian, holter ορμονών.

Βραβεία Ε.Ε.Π.Ν.Ε. 2018-2019

«Ασθενής με γνωστή χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία και αιφνίδια εγκατάσταση νευρολογικής συνδρομής»

Παρουσίαση: Γαρδέλη Δήμητρα,
Ιατρός, Ειδικευόμενη στην Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μ.Μ.Ο.

Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μ.Μ.Ο. Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Διευθυντής: Θ. Καρμίρης, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος

Διαφορική Διάγνωση: Παπαντωνίου Μιχαήλ, Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Νευρολογικό Τμήμα

Σχολιασμός: Γιατρά Χαρά, Αιματολόγος, Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μ.Μ.Μ.Ο.

Πρόκειται για γυναίκα 61 ετών που πάσχει από Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία (ΧΛΛ) και την παρακολουθούσαν συστηματικά σε Ιδιωτικό Θεραπευτήριο. Η ασθενής ήρθε στο νοσοκομείο μας το Νοέμβριο του 2018, λόγω αναφερόμενων **δυσαισθησιών κάτω άκρων** από τριμήνου, που προοδευτικά επιδεινώθηκαν.

Η ΧΛΛ είχε εκδηλωθεί προ εξαετίας και μέχρι τώρα δεν υπήρχαν ενδείξεις θεραπείας. Η ασθενής ανέφερε στο ιστορικό της θρόμβωση κεντρικής φλέβας του δεξιού οφθαλμού προ εξαμήνου περίπου - δεν είχε βρεθεί κάποιο αίτιο - , χολοστεάτωμα που χειρουργήθηκε επιτυχώς προ 30 ετών και βαρηκοΐα για την οποία έφερε κοχλιακό εμφύτευμα από πολλών ετών.

Η ασθενής ήταν αρτιμελής και περιπατητική, απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή. Από τη **φυσική εξέταση** δεν υπήρχαν αξιοσημείωτα παθολογικά ευρήματα, εκτός από μικρού όγκου τραχηλική λεμφαδενοπάθεια, συμβατή με τη ΧΛΛ. Ειδικότερα, στην **αδρή νευρολογική εξέταση** η ασθενής ήταν τετρακινητική και σε εγρήγορση, προσανατολισμένη στο χώρο, τον χρόνο και τα πρόσωπα. Οι ανώτερες νοητικές της λειτουργίες δεν ήταν επηρεασμένες. Εγκεφαλικές συζυγίες: Ισοκορική, φωτοκινητικό αντανακλαστικό παρόν, λοιπές συζυγίες κατά φύση. Κινητικό σύστημα: Απουσία σημείων Barre και Mingazzini. Μυϊκή ισχύς κατά ομάδες: Άνω άκρα: (δεξιά) 5/5, (αριστερά) 5/5, κάτω άκρα: (δεξιά) 5/5, (αριστερά) 5/5. Τενόντια αντανακλαστικά: Εκλύονται ζωηρά, ομότιμα άμφω σε άνω και κάτω άκρα. Πελματιαία αντανακλαστικά: Καμπτικά. Στάση και βάδιση: Κατά φύση. Επιπολής αισθητικότητα: Χωρίς σαφή παθολογικά ευρήματα. Εν τω βάθει αισθητικότητα: Ήπια συμμετρική υποπαλλαισθησία σε κάτω άκρα. Ιδιοδεκτική αισθητικότητα κατά φύση. Λειτουργία σφιγκτήρων: Χωρίς αντικειμενικά παθολογικά ευρήματα.

Από τον **παρακλινικό έλεγχο** σημειώνονται τα εξής:
Γενική αίματος: Αιματοκρίτης 24.7%, αιμοσφαιρίνη 8.8 g/dL, μέσος όγκος ερυθρών 93.2 fL, απόλυτος αριθμός λευκοκυττάρων 25.560/κκχ, απόλυτος αριθμός ουδετεροφίλων 3.220/κκχ, απόλυτος αριθμός λεμφοκυττάρων 21.540/κκχ (τύπος λευκών πολυμορφοπύρηνα 13%, λεμφοκύτταρα 84%, μονοπύρηνα 3%), αιμοπετάλια 209.000/κκχ.
Αδρός βιοχημικός έλεγχος ορού: Κατά φύσιν, πλην τιμών καλίου 3 mmol/L, γ-γλουταμινικής τρανσφεράσης 6 mg/dL, γαλακτικής αφυδρογονάσης 245 IU/L, βιταμίνης B12>2000 pg/mL.
Ηλεκτοφόρηση λευκωμάτων ορού: Κατά φύση, χωρίς ανάδειξη παραπρωτεΐνης.
Νεοπλασματικοί δείκτες: Αρνητικοί.
Αδρός κολλαγονικός έλεγχος: Αρνητικός.
Ιολογικός έλεγχος: Αρνητικός για ιούς ηπατίτιδας και επίκτητης ανοσοανεπάρκειας.
Αξονική τομογραφία εγκεφάλου: Αρνητική.

Αξονική τομογραφία οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης: Εκφυλιστικού τύπου σπονδυλοαρθροπάθεια με πολυεπίπεδους όζους του Schmorl, πιο έκδηλα στην άνω επιφυσιακή πλάκα του Ο5 και στις επιφυσιακές πλάκες του διαστήματος Ο2-Ο3. Οπίσθια κεντρική προβολή του Ο3-Ο4 μεσοσπονδύλιου δίσκου με ήπια στένωση του νωτιαίου σωλήνα και στένωση αμφότερων των μεσοσπονδυλίων τρημάτων. Κυκλοτερής αποπλάτυνση του Ο4-Ο5 μεσοσπονδύλιου δίσκου με ήπια στένωση του νωτιαίου σωλήνα και των μεσοσπονδυλίων τρημάτων.
Αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας: Μη ογκώδης λεμφαδενοπάθεια εκατέρωθεν του διαφράγματος, απουσία οργανομεγαλίας.
Ηλεκτροφυσιολογική μελέτη: Ενδείξεις συμβατές με χρόνια ριζιτική συνδρομή Ο5 αριστερά.

Η διενέργεια μαγνητικών τομογραφιών κρίθηκε επισφαλής λόγω του κοχλιακού της εμφυτεύματος.

Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα δεν ήταν δυνατό να βρεθεί η ακριβής αιτία της νευρολογικής της συνδρομής, ο διαγνωστικός έλεγχος συνεχίστηκε με τη διενέργεια μιας ακόμη εξέτασης η οποία έθεσε τη διάγνωση.

Καλύτερης Παρουσίασης Κλινικής Περίπτωσης

«Γυναίκα 62 ετών με εμπύρετο, πτώση επιπέδου συνείδησης και μυξοιδηματικό λειχήνα»

Παρουσίαση περιστατικού: Η. Σιέμπος,
Εξειδικευόμενος Εντατικολογίας, Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ

Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Διευθυντής: Καθηγητής Σ. Ζακυνθινός

Διαφορική Διάγνωση: Ε. Μάγειρα, Επίκουρη Καθηγήτρια Εντατικολογίας, Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ

Σχολιασμός:
-Γ. Αναστασιάδης, Διευθυντής ΕΣΥ, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος, Ν. Μαυροπούλου, Ειδικευόμενη Ιατρός, Δερματολογικό Τμήμα
-Χ. Βουρλάκου, Διευθύντρια ΕΣΥ, Α. Συκαράς, Ειδικευόμενος Ιατρός, Παθολογοανατομικό Τμήμα

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Ασθενής 62 ετών μεταφέρθηκε στην Κλινική Εντατικής Θεραπείας από Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας μετά την ενδοτραχειακή διασωλήνωσή της λόγω πτώσης επιπέδου συνείδησης.

Η ασθενής ήταν στη σταθερή κατάσταση υγείας της έως 5 ημέρες πριν την εισαγωγή της στην Παθολογική Κλινική, οπότε εμφάνισε αναφερόμενο εμπύρετο έως 39^{o}C, μυαλγίες και διάχυτη κακουχία. Τις επόμενες ημέρες προστέθηκε κεφαλαγία και την ημέρα πριν την εισαγωγή της εμφάνισε δυσαρθρία και κολλώδη ομιλία. Εισήχθηκε στην Παθολογική Κλινική για τη διερεύνηση του εμπύρετου και των νευρολογικών συμπτωμάτων.

Αμέσως μετά την εισαγωγή της στην Παθολογική Κλινική, αναφέρεται ότι η ασθενής εμφάνισε ολιγόλεπτο επεισόδιο απώλειας συνείδησης, το οποίο αποδόθηκε σε επιληπτική κρίση και για το οποίο έγινε έναρξη λεβετιρακετάμης. Αναφέρεται ότι η ασθενής παρέμεινε έπειτα συγχυτική για τις επόμενες 24 ώρες και ακολούθως, εμφάνισε νέο επεισόδιο απώλειας συνείδησης για το οποίο διασωληνώθηκε για προστασία αεραγωγού. Εντός 12ώρου μεταφέρθηκε στην Κλινική Εντατικής Θεραπείας.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται μυξοιδηματικός λειχήνας διαγνωσθείς προ διετίας υπό τοπική δερματική αγωγή και παρακολούθηση στο Νοσοκομείο «Συγγρός», γαστρική παράκαμψη προ εξαετίας (η οποία οδήγησε σε αναφερόμενη μείωση σωματικού βάρους κατά 50 κιλά), αναφερόμενη νοσηλεία προ 16 μηνών στο Νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός» για επεισόδιο επιγαστραλγίας, κεφαλαγίας και δυσαρθρίας (για το οποίο τέθηκε η διάγνωση της ημικρανίας με αύρα και δόθηκε αγωγή με flunarazine/frovatriptan για έξι μήνες).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η κλινική εξέταση ανέδειξε:

- Άτομο καλής θρέψης, εμπύρετο (39 ^{o}C)
- Ισοκορικό με θετικό, αλλά νωθρό φωτοκινητικό αντανακλαστικό, απουσία αυχενικής δυσκαμψίας, υπό καταστολή με μιδαζολάμη
- Στοματοτραχειακά διασωληνωμένο σε μηχανικό αερισμό ελεγχόμενου όγκου με μείγμα εισπνεομένου οξυγόνου (FiO2) 60% και θετική τελο-εκπνευστική πίεση (PEEP) 5 cmH2O

με ικανοποιητική οξυγόνωση (PaO2: 141mmHg) και αερισμό (PaCO2: 35mmHg, pH: 7.43, H2CO3: 24, Lac: 0.5mmoL/L), φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα από την ακρόαση πνευμόνων

- Αιμοδυναμικά σταθερό (Part = 122/75mmHg), ταχυκαρδικό (130 σφύξεις/λεπτό) με ευκρινείς και ρυθμικούς καρδιακούς τόνους και φλεβοκομβικό ρυθμό στο ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Μαλακή, ευπίεστη κοιλιά με παρόντες εντερικούς ήχους
- Σαφή όρια οπτικών θηλών χωρίς οιδήμα
- Βλατιδώδες εξάνθημα σε τράχηλο, άνω άκρα (ιδίως στους πήχεις) και κάτω άκρα (ιδίως στους μηρούς και στα γόνατα).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

WBC: 7.87x10^3/μL, NEU: 70%, Ht: 46%, PLT: 213x10^3/μL, INR: 1.21, FIB: 526mg/dL.
GLU: 122mg/dL, UR: 68mg/dL, CREAT: 1.0mg/dL, Na: 144mmoL/L, SGOT: 119iu/L, SGPT: 85iu/L, γGT: 17iu/L, LDH: 442iu/L, CK: 127iu/L, CK-MB: 31iu/L, AMYL: 40iu/L, CRP: 1.3mg/dL,T3: 97ng/dL, fT4: 1.2ng/dL, TSH: 2.84μU/mL.
Από την οσφυονωτιαία παρακέντηση: Διαυγές εγκεφαλονωτιαίο υγρό με 3 κύτταρα και 2 ερυθρά, σάκχαρο 92mg/dL (176mg/dL στο αίμα) και λεύκωμα 75.3mg/dL.
Ακτινογραφία θώρακος: Χωρίς διηθήματα.
Υπερηχοκαρδιογραφία: Απουσία περικαρδιακού υγρού και φυσιολογικές διαστάσεις και συσταλτικότητα κοιλοτήτων. Triplex καρωτίδων: Χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.
Αξονική τομογραφία εγκεφάλου και CT φλεβογραφία: Μικροαγγειακού τύπου ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια και διεύρυνση των υπαραχνοειδών χώρων. Χωρίς παθολογική πρόσληψη σκιαγραφικού. Χωρίς εικόνα ελλείμματος πλήρωσης στους φλεβώδεις κόλπους.
Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα: Βραδέου τύπου, χωρίς σημεία δηλωτικά επιληψίας.

Μια εξέταση έθεσε τη διάγνωση.

Καλύτερης Διαφορικής Διάγνωσης Κλινικής Περίπτωσης

«Ασθενής με γνωστή χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία και αιφνίδια εγκατάσταση νευρολογικής συνδρομής»

Διαφορική Διάγνωση: Παπαντωνίου Μιχαήλ,
Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Νευρολογικό Τμήμα

Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μ.Μ.Ο. Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Διευθυντής: Θ. Καρμίρης, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος

Παρουσίαση: Γαρδέλη Δήμητρα, Ιατρός, Ειδικευόμενη στην Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μ.Μ.Ο.

Σχολιασμός: Γιατρά Χαρά, Αιματολόγος, Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μ.Μ.Μ.Ο.

Πρόκειται για γυναίκα 61 ετών που πάσχει από Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία (ΧΛΛ) και την παρακολουθούσαν συστηματικά σε Ιδιωτικό Θεραπευτήριο. Η ασθενής ήρθε στο νοσοκομείο μας το Νοέμβριο του 2018, λόγω αναφερόμενων **δυσαισθησιών κάτω άκρων** από τριμήνου, που προοδευτικά επιδεινώθηκαν.

Η ΧΛΛ είχε εκδηλωθεί προ εξαετίας και μέχρι τώρα δεν υπήρχαν ενδείξεις θεραπείας. Η ασθενής ανέφερε στο ιστορικό της θρόμβωση κεντρικής φλέβας του δεξιού οφθαλμού προ εξαμήνου περίπου - δεν είχε βρεθεί κάποιο αίτιο - , χολοστεάτωμα που χειρουργήθηκε επιτυχώς προ 30 ετών και βαρηκοΐα για την οποία έφερε κοχλιακό εμφύτευμα από πολλών ετών.

Η ασθενής ήταν αρτιμελής και περιπατητική, απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή. Από τη **φυσική εξέταση** δεν υπήρχαν αξιοσημείωτα παθολογικά ευρήματα, εκτός από μικρού όγκου τραχηλική λεμφαδενοπάθεια, συμβατή με τη ΧΛΛ. Ειδικότερα, στην **αδρή νευρολογική εξέταση** η ασθενής ήταν τετρακινητική και σε εγρήγορση, προσανατολισμένη στο χώρο, τον χρόνο και τα πρόσωπα. Οι ανώτερες νοητικές της λειτουργίες δεν ήταν επηρεασμένες. Εγκεφαλικές συζυγίες: Ισοκορική, φωτοκινητικό αντανακλαστικό παρόν, λοιπές συζυγίες κατά φύση. Κινητικό σύστημα: Απουσία σημείων Barre και Mingazzini. Μυϊκή ισχύς κατά ομάδες: Άνω άκρα: (δεξιά) 5/5, (αριστερά) 5/5, κάτω άκρα: (δεξιά) 5/5, (αριστερά) 5/5. Τενόντια αντανακλαστικά: Εκλύονται ζωηρά, ομότιμα άμφω σε άνω και κάτω άκρα. Πελματιαία αντανακλαστικά: Καμπτικά. Στάση και βάδιση: Κατά φύση. Επιπολής αισθητικότητα: Χωρίς σαφή παθολογικά ευρήματα. Εν τω βάθει αισθητικότητα: Ήπια συμμετρική υποπαλλαισθησία σε κάτω άκρα. Ιδιοδεκτική αισθητικότητα κατά φύση. Λειτουργία σφιγκτήρων: Χωρίς αντικειμενικά παθολογικά ευρήματα.

Από τον **παρακλινικό έλεγχο** σημειώνονται τα εξής:
Γενική αίματος: Αιματοκρίτης 24.7%, αιμοσφαιρίνη 8.8 g/dL, μέσος όγκος ερυθρών 93.2 fL, απόλυτος αριθμός λευκοκυττάρων 25.560/κκχ, απόλυτος αριθμός ουδετεροφίλων 3.220/κκχ, απόλυτος αριθμός λεμφοκυττάρων 21.540/κκχ (τύπος λευκών πολυμορφοπύρηνα 13%, λεμφοκύτταρα 84%, μονοπύρηνα 3%), αιμοπετάλια 209.000/κκχ.
Αδρός βιοχημικός έλεγχος ορού: Κατά φύσιν, πλην τιμών καλίου 3 mmol/L, γ-γλουταμινικής τρανσφεράσης 6 mg/dL, γαλακτικής αφυδρογονάσης 245 IU/L, βιταμίνης B12>2000 pg/mL.
Ηλεκτοφόρηση λευκωμάτων ορού: Κατά φύση, χωρίς ανάδειξη παραπρωτεΐνης.
Νεοπλασματικοί δείκτες: Αρνητικοί.
Αδρός κολλαγονικός έλεγχος: Αρνητικός.
Ιολογικός έλεγχος: Αρνητικός για ιούς ηπατίτιδας και επίκτητης ανοσοανεπάρκειας.

Αξονική τομογραφία εγκεφάλου: Αρνητική.
Αξονική τομογραφία οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης: Εκφυλιστικού τύπου σπονδυλοαρθροπάθεια με πολυεπίπεδους όζους του Schmorl, πιο έκδηλα στην άνω επιφυσιακή πλάκα του Ο5 και στις επιφυσιακές πλάκες του διαστήματος Ο2-Ο3. Οπίσθια κεντρική προβολή του Ο3-Ο4 μεσοσπονδύλιου δίσκου με ήπια στένωση του νωτιαίου σωλήνα και στένωση αμφότερων των μεσοσπονδυλίων τρημάτων. Κυκλοτερής αποπλάτυνση του Ο4-Ο5 μεσοσπονδύλιου δίσκου με ήπια στένωση του νωτιαίου σωλήνα και των μεσοσπονδυλίων τρημάτων.
Αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας: Μη ογκώδης λεμφαδενοπάθεια εκατέρωθεν του διαφράγματος, απουσία οργανομεγαλίας.
Ηλεκτροφυσιολογική μελέτη: Ενδείξεις συμβατές με χρόνια ριζιτική συνδρομή Ο5 αριστερά.

Η διενέργεια μαγνητικών τομογραφιών κρίθηκε επισφαλής λόγω του κοχλιακού της εμφυτεύματος.

Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα δεν ήταν δυνατό να βρεθεί η ακριβής αιτία της νευρολογικής της συνδρομής, ο διαγνωστικός έλεγχος συνεχίστηκε με τη διενέργεια μιας ακόμη εξέτασης η οποία έθεσε τη διάγνωση.

Καλύτερος Σχολιασμός Κλινικής Περίπτωσης

ΘΕΜΑ: «Άνδρας 63 ετών με ανθεκτική υπέρταση και μόρφωμα δεξιού επινεφριδίου»

2ος Σχολιασμός: Βασιλειάδη Δήμητρα Αργυρώ,
Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο

Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Συντονιστής Διευθυντής: Σ. Τσαγκαράκης

Παρουσίαση: Καρδαλάς Ευστράτιος, Ειδικευόμενος Ενδοκρινολογίας, Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο

Διαφορική Διάγνωση: Χαλιάσου Άννα-Λουίζα, Ειδικευόμενη Παθολογίας, Δ' Παθολογικό Τμήμα

1ος Σχολιασμός: Κρατημένος Θεόδωρος, Επιμελητής Α', Ακτινολογικό Τμήμα

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Ασθενής 63 ετών με ιστορικό δυσρύθμιστης αρτηριακής υπέρτασης απο 3ετίας τουλάχιστον με πολλαπλές αλλαγές αντιυπερτασικής αγωγής. Σε CT θώρακα (12ος/2017) και CT οπισθοπεριτοναικού χώρου (4ος/2018) διαπιστώθηκαν *"αδένωμα 2.4 εκ. στο δεξιό επινεφρίδιο και υπερπλασία έξω σκέλους ΑΡ επινεφριδίου".* Αναφέρει αύξηση σωματικού βάρους κατά 7 kg το τελευταίο έτος και επεισόδια "αρρυθμίας". Δεν αναφέρει επεισόδια υπερτασικών κρίσεων ούτε κεφαλαλγία, εφίδρωση ή αίσθημα καύσους.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

- Σακχαρώδης διαβήτης
- Δυσλιπιδαιμία
- Ρευματική πολυμυαλγία, υπό αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη, στην παρούσα φάση διακοπή αγωγής απο μηνός.
- Χειρουργηθείσα κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου
- Ηπατίτις C (έχει λάβει αγωγή με ιντερφερόνη προ 3ετίας/τακτική ηπατολογική παρακολούθηση).

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

- Tabl μοξονιδίνη 0.3 mg x 2
- Tabl διλτιαζέμη 120 mg 1 x 1
- Tabl τεραζοσίνη 2 mg x 3
- Tabl νιφεδιπίνη CR 30 mg x 1
- Tabl μετφορμίνη 1000 mg x 2
- Tabl μεθυλπρεδνιζολόνη 2 mg x 1 (διακοπή από μηνός)
- Tabl ατορβαστατίνη 20 mg 1 x 1
- Tabl D3 Fix 1200 IU x 1.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Επάγγελμα: Συνταξιούχος ψυχολόγος. Πρώην καπνιστής-20 ΡΥ. Δεν καταναλώνει αλκοόλ. Δεν αναφέρει γνωστές αλλεργίες.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Ο πατέρας του απεβίωσε σε ηλικία 76 ετών και έπασχε απο ΣΔ και ΑΥ. Η μητέρα του είναι ηλικίας 86 ετών και πάσχει απο ορθοπαιδικής φύσεως προβλήματα. Έχει μια αδερφή 57 ετών υγιή και δύο τέκνα 34 και 29 ετών, υγιή.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Άτομο αρτιμελές σε καλή γενική κατάσταση. ΑΠ (ύπτια): 120/70 mmHg, σφ: 70/min, spO2: 98%, T= 36.3 ^{o}C. **Βάρος**: 80 kg (-2 kg) **Ύψος**: 173 cm, BMI: 26.8 kg/m2. W/H: 94/99. **Δέρμα**: κ.φ. Απουσία βουβάλειου ύβου, πλήρωσης υπερκλειδίων βόθρων, πανσεληνοειδούς προσωπείου, ερυθρότητας προσώπου. **Τριχοφυΐα**: κ.φ. **Καρδιαγγειακό**: Καρδιακοί τόνοι S1, S2 ευκρινείς, ρυθμικοί. **Αναπνευστικό**: Ομότιμο άμφω. **Κοιλιά**: Παρόντες εντερικοί ήχοι, ήπαρ/σπλην αψηλάφητα. **Κάτω άκρα:** Σφύξεις αρτηριών κάτω άκρων: Ψηλαφητές. Χωρίς οιδήματα κάτω άκρων. **Νευρομυϊκό**: Μυϊκή ισχύς 5/5, ευχερής έγερση από το βαθύ κάθισμα, τενόντια αντανακλαστικά: κ.φ. Αισθητικότης επιπολής και εν τω βάθει: κ.φ.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ - ΤΚΕ - ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

WBC (x10^3)	9.00	**MCV** (fl)	79.3	**Πολυ/Λεμφ** %	54.2/34.7	**PT** (sec)	11
RBC (x10^6)	4.68	**MCH** (pg)	28.0	**Μον/Βασ/Ηως** %	6.8/0.3/4.0	**APTT** (sec)	31.2
HCT %	37.1	**PLT** (x10^3)	168	**ΤΚΕ** (1^{η} ώρα)	22	**INR**	1.06

ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Σάκχαρο (mg/dl)	86	**Ουρικό οξύ** (mg/dl)	9.8	**ΚΑΛΙΟ ΟΥΡΩΝ 24ΩΡΟΥ**	59 mmol/24h
Ουρία (mg/dl)	24	**LDH** (IU/l)	283		
Κρεατινίνη (mg/dl)	1,0	**CPK/CKMB** (IU/l)	86	**ΝΑΤΡΙΟ ΟΥΡΩΝ 24ΩΡΟΥ**	55.36 mmol/24h
Na$^+$ (mmol/l)	143/143/142	**Χοληστερίνη** (mg/dl)	155		
K$^+$ (mmol/l)	4.6/4.3/4.0	**Τριγλυκερίδια** (mg/dl)	109	**Ca^{++}** (mg/dl)	9.6
SGOT (U/L)	29	**HDL** (mg/dl)	58	**PO$_4^{3-}$** (mg/dl)	4.3
SGPT (U/L)	56	**LDL** (mg/dl)	75	**Λεύκωμα** (gr/dl)	7.4
ALP (U/L)	68	**HbA$_{1C}$%**	6.1	**Αλβουμίνες** (g/dl)	4.6
γ-GT (U/L)	64	**CRP** (mg/dL)	2.7	**Σφαιρίνες** (g/dl)	2.8
Χολερυθρίνη (mg/dl)	1.43	**Mg^{++}** (mg/dl)	1.90	**Αλβουμ/Σφαιρ**	1.6

ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

T3 (ng/dl)	148	**CT** (pg/ml)	<2	**DHEA-S** (μg/dl)	<15.0
FT4 (ng/dl	1.2	**LH** (mU/ml)	3.4	**Δ4A** (ng/ml)	0.8
TSH (μU/ml)	0.76	**FSH** (mU/ml)	8.2	**17OHPR** (ng/ml)	2.0
Tg (ng/ml)		**PRL** (ng/ml)	8.1	**Testo** (ng/dl)	601
PTH (pg/ml)	92	**E$_2$** (pg/ml)		**FreeTesto** (pg/ml)	
BGP (ng/ml)	12	**PROG** (ng/ml)		**SHBG** (nmol/l)	45.4
GH (ng/ml)	0.24	**ACTH** 8πμ (pg/ml)		**Ρενίνη** (μU/ml)	20.2
IGF$_1$ (ng/ml)	118	**F** 8πμ (μg/dl)	11.8	**ALDO** (pg/ml)	462

- **Ολικές μετανεφρίνες ούρων 24ώρου:** 586 μg/24hr (ΦΤ 100-800)
- **Νορμετανεφρίνες ούρων 24ώρου:** 474 μg/24hr (ΦΤ 88-444).

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΦΟΡΤΙΣΗΣ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΟΡΟ

	0'	**2h**	**4h**
Ρενίνη (μU/ml)	2.1	2.2	1.5
Αλδοστερόνη (pg/ml)	293	218	202
F (μg/dl)	11.8	5.1	2.8

	ΤΑΧΕΙΑ ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΜΕ ΔΕΞΑΜΕΘΑΖΟΝΗ (1mg DEX στις 12 μεσάνυχτα)
F (μg/dl)	1.2

Μία εξέταση έθεσε τη διάγνωση.

Καλύτερος Σχολιασμός Κλινικής Περίπτωσης

«Ασθενής με γνωστή χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία και αιφνίδια εγκατάσταση νευρολογικής συνδρομής»

Σχολιασμός: Γιατρά Χαρά,
Αιματολόγος, Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μ.Μ.Ο.

Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μ.Μ.Ο. Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Διευθυντής: Θ. Καρμίρης, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος

Παρουσίαση: Γαρδέλη Δήμητρα, Ιατρός, Ειδικευόμενη στην Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μ.Μ.Ο.

Διαφορική Διάγνωση: Παπαντωνίου Μιχαήλ, Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Νευρολογικό Τμήμα

Πρόκειται για γυναίκα 61 ετών που πάσχει από Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία (ΧΛΛ) και την παρακολουθούσαν συστηματικά σε Ιδιωτικό Θεραπευτήριο. Η ασθενής ήρθε στο νοσοκομείο μας το Νοέμβριο του 2018, λόγω αναφερόμενων **δυσαισθησιών κάτω άκρων** από τριμήνου, που προοδευτικά επιδεινώθηκαν.

Η ΧΛΛ είχε εκδηλωθεί προ εξαετίας και μέχρι τώρα δεν υπήρχαν ενδείξεις θεραπείας. Η ασθενής ανέφερε στο ιστορικό της θρόμβωση κεντρικής φλέβας του δεξιού οφθαλμού προ εξαμήνου περίπου - δεν είχε βρεθεί κάποιο αίτιο - , χολοστεάτωμα που χειρουργήθηκε επιτυχώς προ 30 ετών και βαρηκοΐα για την οποία έφερε κοχλιακό εμφύτευμα από πολλών ετών.

Η ασθενής ήταν αρτιμελής και περιπατητική, απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή. Από τη **φυσική εξέταση** δεν υπήρχαν αξιοσημείωτα παθολογικά ευρήματα, εκτός από μικρού όγκου τραχηλική λεμφαδενοπάθεια, συμβατή με τη ΧΛΛ. Ειδικότερα, στην **αδρή νευρολογική εξέταση** η ασθενής ήταν τετρακινητική και σε εγρήγορση, προσανατολισμένη στο χώρο, τον χρόνο και τα πρόσωπα. Οι ανώτερες νοητικές της λειτουργίες δεν ήταν επηρεασμένες. Εγκεφαλικές συζυγίες: Ισοκορική, φωτοκινητικό αντανακλαστικό παρόν, λοιπές συζυγίες κατά φύση. Κινητικό σύστημα: Απουσία σημείων Barre και Mingazzini. Μυϊκή ισχύς κατά ομάδες: Άνω άκρα: (δεξιά) 5/5, (αριστερά) 5/5, κάτω άκρα: (δεξιά) 5/5, (αριστερά) 5/5. Τενόντια αντανακλαστικά: Εκλύονται ζωηρά, ομότιμα άμφω σε άνω και κάτω άκρα. Πελματιαία αντανακλαστικά: Καμπτικά. Στάση και βάδιση: Κατά φύση. Επιπολής αισθητικότητα: Χωρίς σαφή παθολογικά ευρήματα. Εν τω βάθει αισθητικότητα: Ήπια συμμετρική υποπαλλαισθησία σε κάτω άκρα. Ιδιοδεκτική αισθητικότητα κατά φύση. Λειτουργία σφιγκτήρων: Χωρίς αντικειμενικά παθολογικά ευρήματα.

Από τον **παρακλινικό έλεγχο** σημειώνονται τα εξής:
Γενική αίματος: Αιματοκρίτης 24.7%, αιμοσφαιρίνη 8.8 g/dL, μέσος όγκος ερυθρών 93.2 fL, απόλυτος αριθμός λευκοκυττάρων 25.560/κκχ, απόλυτος αριθμός ουδετεροφίλων 3.220/κκχ, απόλυτος αριθμός λεμφοκυττάρων 21.540/κκχ (τύπος λευκών πολυμορφοπύρηνα 13%, λεμφοκύτταρα 84%, μονοπύρηνα 3%), αιμοπετάλια 209.000/κκχ.
Αδρός βιοχημικός έλεγχος ορού: Κατά φύσιν, πλην τιμών καλίου 3 mmol/L, γ-γλουταμινικής τρανσφεράσης 6 mg/dL, γαλακτικής αφυδρογονάσης 245 IU/L, βιταμίνης B12>2000 pg/mL.
Ηλεκτοφόρηση λευκωμάτων ορού: Κατά φύση, χωρίς ανάδειξη παραπρωτεΐνης.
Νεοπλασματικοί δείκτες: Αρνητικοί.
Αδρός κολλαγονικός έλεγχος: Αρνητικός.
Ιολογικός έλεγχος: Αρνητικός για ιούς ηπατίτιδας και επίκτητης ανοσοανεπάρκειας.

Αξονική τομογραφία εγκεφάλου: Αρνητική.
Αξονική τομογραφία οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης: Εκφυλιστικού τύπου σπονδυλοαρθροπάθεια με πολυεπίπεδους όζους του Schmorl, πιο έκδηλα στην άνω επιφυσιακή πλάκα του Ο5 και στις επιφυσιακές πλάκες του διαστήματος Ο2-Ο3. Οπίσθια κεντρική προβολή του Ο3-Ο4 μεσοσπονδύλιου δίσκου με ήπια στένωση του νωτιαίου σωλήνα και στένωση αμφότερων των μεσοσπονδυλίων τρημάτων. Κυκλοτερής αποπλάτυνση του Ο4-Ο5 μεσοσπονδύλιου δίσκου με ήπια στένωση του νωτιαίου σωλήνα και των μεσοσπονδυλίων τρημάτων.
Αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας: Μη ογκώδης λεμφαδενοπάθεια εκατέρωθεν του διαφράγματος, απουσία οργανομεγαλίας.
Ηλεκτροφυσιολογική μελέτη: Ενδείξεις συμβατές με χρόνια ριζιτική συνδρομή Ο5 αριστερά.

Η διενέργεια μαγνητικών τομογραφιών κρίθηκε επισφαλής λόγω του κοχλιακού της εμφυτεύματος.

Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα δεν ήταν δυνατό να βρεθεί η ακριβής αιτία της νευρολογικής της συνδρομής, ο διαγνωστικός έλεγχος συνεχίστηκε με τη διενέργεια μιας ακόμη εξέτασης η οποία έθεσε τη διάγνωση.