



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

26^ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

31 Μαΐου - 4 Ιουνίου 2021

1884

1934

2014

ΤΟΜΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

ΧΟΡΗΓΗΣΤΕ ΜΗΝΙΑΙΑ*

HyQvia ▼
Human Normal Immunoglobulin (10%)
Recombinant Human Hyaluronidase

ΖΗΣΤΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ

*Σε διαστήματα 3 ή 4 εβδομάδων με βάση τη φαρμακοκινητική και την κλινική ανταπόκριση του ασθενούς.¹

Ενδείξεις¹

Θεραπεία υποκατάστασης σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους (0-18 ετών) με:

- Σύνδρομο πρωτοπαθούς ανοσοανεπάρκειας με μειωμένη παραγωγή αντισωμάτων (βλ. παράγραφο 4.4).
- Δευτεροπαθείς ανοσοανεπάρκειες (SID) σε ασθενείς που πάσχουν από σοβαρές ή υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, έχουν ακολουθήσει μη αποτελεσματική αντιμικροβιακή αγωγή και παρουσιάζουν είτε αποδειγμένη ειδική αντισωματική ανεπάρκεια (PSAF*) είτε επίπεδα IgG στον ορό <4 g/l.

*PSAF = αποτυχία επίτευξης τουλάχιστον 2πλάσιας αύξησης στον τίτλο των IgG αντισωμάτων μετά από εμβολιασμό με πολυσακχαριδικό εμβόλιο και εμβόλιο πολυπεπτιδικών αντιγόνων κατά του πνευμονιόκοκκου



ΑΠΞ ΜΗΝΙΑΙΩΣ* ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ^{1,2}

*Σε διαστήματα 3 ή 4 εβδομάδων με βάση τη φαρμακοκινητική και την κλινική ανταπόκριση του ασθενούς.¹



▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφαλείας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενο ανεπιθύμητο ενεργεία για την Ελλάδα: μέσω του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, Μεσογείων 284, 15562 Χολαργός, Αθήνα, Τηλ: + 30 21 32040380/337, Φαξ: + 30 21 06549585, Ιστότοπος: <http://www.eof.gr>

Βιβλιογραφία: 1. HyQvia Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Σεπτέμβριος 2020, 2. Wasserman RL et al. J Allergy Clin Immunol. 2012;130(4):951-957.

Baxalta Innovations GmbH, now part of Takeda, remains the Marketing Authorisation (MA) holder for HyQvia.

Copyright © 2020 Takeda Pharmaceutical Company Limited. All rights reserved. HyQvia, Takeda and the Takeda logo are trademarks of Takeda Pharmaceutical Company Limited used under license.

Περιορισμένη ιατρική συνταγή.
Η διάγνωση και/ή η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται εκτός νοσοκομείου υπό νοσοκομειακή παρακολούθηση.

Takeda Hellas S.A.
Green Plaza, Κτίριο B
Λ. Κηφισίας 117 & Αγ. Κωνσταντίνου 59-61
151 24 Μαρούσι, Αττική, Ελλάδα
Τηλ.: +30 216 90 04 000
Fax: +30 210 27 80 100





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

26^ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

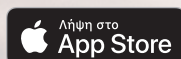


Κατεβάστε δωρεάν την εφαρμογή του Σεμιναρίου μας,
ώστε να ενημερώνεστε εγκαίρως για τις εξελίξεις...

Μια ευγενική χορηγία της



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



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

ΑΘΗΝΑ 31 ΜΑΪΟΥ - 4 ΙΟΥΝΙΟΥ 2021

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Πρόεδρος: Μ.Ν. ΠΑΓΩΝΗ

Αντιπρόεδρος: Κ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ

Γενικός Γραμματέας: Σ. ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ

Ταμίας: Ι. ΤΣΩΝΗΣ

Μέλη: Θ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ

Χ. ΒΑΔΑΛΑ

Ε. ΜΠΕΛΕΣΙΩΤΟΥ

Γ. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ

Α. ΠΑΝΤΕΛΗΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Γ. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ

Αντιπρόεδρος: Σ. ΓΚΟΛΦΙΝΟΠΟΥΛΟΥ

Αντιπρόεδρος: Β. ΣΕΒΑΣΤΙΑΝΟΣ

Γραμματέας: Ε. ΠΕΡΙΒΟΛΙΩΤΗ

Μέλη: Δ. ΕΞΑΡΧΟΣ

Δ. ΠΙΣΤΟΛΑΣ

Ι. ΤΣΩΝΗΣ

Χ. ΨΑΧΟΥΛΙΑ



*Η αρχική αίθουσα του Δ.Σ.
του «Ευαγγελισμού».*

ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Πρόεδρος: Χ. ΖΗΣΗΣ

Αντιπρόεδρος: Χ. ΒΑΔΑΛΑ

Μέλη:

Ι. ΑΛΕΒΙΖΑΚΗΣ	Κ. ΚΟΤΣΙΦΑΣ
Ν. ΒΑΛΛΙΑΝΟΥ	Δ. ΚΟΥΡΤΖΗΣ
Χ. ΒΟΥΛΓΑΡΗ	Γ. ΛΙΑΔΑΚΗΣ
Δ. ΖΕΡΒΑΚΗΣ	Α. ΜΠΟΥΛΤΑΔΑΚΗ
Ε. ΚΟΝΤΟΥ	

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΑΡΙΣΤΕΙΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ

Α. ΓΑΛΟΥΡΗΣ	Α. ΠΑΝΤΕΛΗΣ
Α. ΚΗΡΟΠΟΥΛΟΥ	Η. ΣΙΕΜΠΟΣ
Μ. ΠΑΓΩΝΗ	

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Πρόεδρος: Ι. ΚΑΚΚΑΣ

Μέλη:

Χ. ΓΙΑΤΡΑ	Γ. ΚΑΡΚΑΛΙΩΡΗΣ
Δ. ΕΞΑΡΧΟΣ	Ε. ΜΠΑΛΗΣ
Σ. ΚΑΠΙΡΗΣ	Μ. ΧΡΟΝΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Κ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ	Ε. ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ	Μ. ΤΖΑΝΕΛΑ
Χ. ΒΑΔΑΛΑ	Α. ΠΑΝΤΕΛΗΣ	Ε. ΤΖΙΟΤΖΙΟΥ
Ν. ΒΑΛΛΙΑΝΟΥ	Α. ΠΡΟΚΟΠΙΟΥ-ΑΛΕΥΡΑ	Δ. ΤΟΜΑΗΣ
Μ. ΚΑΤΣΑΡΕΛΗ	Γ. ΣΙΔΗΡΑΣ	Ι. ΤΣΩΝΗΣ

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Π. ΑΓΓΕΛΙΔΑΚΗΣ	Χ. ΓΑΡΝΑΒΟΣ	Γ. ΜΑΝΤΖΑΡΗΣ	Β. ΣΕΒΑΣΤΙΑΝΟΣ
Κ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗ	Ε. ΔΑΣΚΑΛΑΚΗ	Γ. ΜΑΡΑΚΟΜΙΧΕΛΑΚΗΣ	Α. ΣΙΔΕΡΗΣ
Μ. ΑΡΓΥΡΙΟΥ	Χ. ΖΗΣΗΣ	Ε. ΜΠΑΛΗΣ	Α. ΤΑΡΑΣΗ
Χ. ΒΑΔΑΛΑ	Ι. ΚΑΛΟΜΕΝΙΔΗΣ	Γ. ΜΠΟΥΛΜΠΑΣΑΚΟΣ	Σ. ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ
Ν. ΒΑΛΛΙΑΝΟΥ	Σ. ΚΟΚΚΟΡΗΣ	Ε. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ	Α. ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ
Μ. ΒΑΣΙΛΑΜΑΤΖΗΣ	Σ. ΚΟΡΦΙΑΣ	Ε. ΠΕΡΙΒΟΛΙΩΤΗ	Χ. ΧΑΡΙΤΟΣ
Β. ΒΟΥΓΑΣ	Χ. ΛΙΝΑΡΔΗ	Κ. ΡΩΜΑΝΑ	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

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. Χ. Ζήση και την Αντιπρόεδρό της, κα Χ. Βαδάλα για τις προσπάθειες που κατέβαλαν για την ορθή έκδοση των πρακτικών.

Ευχαριστώ όλους τους συγγραφείς που υπέβαλαν περίληψη της εισήγησής τους. Επίσης, ευχαριστώ τους συγγραφείς που κατέθεσαν εργασίες που έχουν εκπονηθεί στο Νοσοκομείο μας και όλες όσες επελέγησαν, θα παρουσιαστούν ως e Posters, αφού λόγω των ειδικών συνθηκών δεν θα υπάρξουν Προφορικές Ανακοινώσεις στο φετινό Σεμινάριο. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συγγραφείς που υπέβαλαν εργασίες για τα Αριστεία Επιστημονικής Επίδοσης της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. Εύχομαι τα πρακτικά του Σεμιναρίου να είναι χρήσιμα για την ενημέρωσή σας 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. Γ. Στυλιανίδη και τους Αντιπροέδρους της, κ.κ. Σ. Γκολφινόπουλου και Β. Σεβαστιανό για τη συμβολή τους στην κατάρτιση ενός πολυθεματικού προγράμματος.

Ευχαριστούμε θερμά τις Χορηγούς Εταιρείες για την πολύτιμη βοήθειά τους στην πραγματοποίηση του 26ου Ετήσιου Σεμιναρίου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»: ASTELLAS, ROCHE, GILEAD, PFIZER, BRISTOL-MYERS SQUIBB, WINMEDICA, ABBOTT, AMGEN, GENESIS PHARMA, JANSSEN, NOVARTIS, TAKEDA, ELPEN, BAYER, ETHICON, MEDIWAY, SANDOZ, DEMO.

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

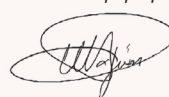
Ευχαριστώ θερμά όλους τους φίλους-συνεργάτες του Διοικητικού Συμβουλίου της Ε.Ε.Π.Ν.Ε., που αυτή τη χρονιά είχαν την ευθύνη Οργάνωσης του Σεμιναρίου, για την επιτυχή κατάληξη αυτής της προσπάθειας.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τη Διοικητική Γραμματέα της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. κ. Α. Παπαμαλή, που όπως κάθε χρόνο έτσι και φέτος είχε αποφασιστική συμβολή στην επιτυχημένη ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειάς, όπως επίσης και την κα Ξ. Τρυφέρη για τη σημαντική συμβολή της.

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

Με την ευχή και την ελπίδα ότι, αυτή την τόσο διαφορετική χρονιά, το Σεμινάριο θα ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας, όπως όλα τα προηγούμενα χρόνια, το Δ.Σ. της Ε.Ε.Π.Ν.Ε. σας ευχαριστεί για τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση



Μαρία Ν. Παγώνη

Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ε.Ε.Π.Ν.Ε.
και της Οργανωτικής Επιτροπής

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις Χορηγούς Εταιρείες



- Ευγενική Χορηγία Ζωντανής Αναμετάδοσης:  **astellas**
- Ευγενική Χορηγία Εφαρμογής Σεμιναρίου "Congress App":  **Roche**
- Ευγενική Χορηγία Βιντεοσκόπησης Ομιλιών για "On Demand" παρακολούθηση:  **Abbott**
- Ευγενική Χορηγία Ηλεκτρονικού Επιστημονικού Προγράμματος:  **WinMedica**
Serving Health for Life

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Θρέψη βαρέως πάσχοντα ασθενή στη ΜΕΘ

Διατροφική αξιολόγηση του βαρέως πάσχοντα ασθενή..... 16

Δημήτριος Καραγιάννης

Σύνθεση, χορήγηση τεχνητής διατροφής..... 17

Ζαφειρία Μάστορα

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα θρέψης..... 18

Θεόδωρος Μικρόπουλος

Θρεπτική υποστήριξη βαρέως πάσχοντα ασθενή με λοίμωξη COVID-19..... 19

Αικατερίνη Μαραγκούτη

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

Η επανάσταση στη διαγνωστική βακτηριολογία -

Εφαρμογή της σύγχρονης τεχνολογίας..... 20

Αθηνά Καλλιμάνη

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Η φυματίωση στο ΤΕΠ

Η αρχική προσέγγιση..... 21

Κωνσταντίνος Κότσιφας

Η εργαστηριακή διάγνωση..... 22

Ζωή Ψαρουδάκη

Θεραπευτική προσέγγιση ασθενούς με φυματίωση..... 23

Σταμάτιος Τσιπιλής

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Η χρήση των μονοκλωνικών αντισωμάτων στα νευρολογικά νοσήματα:

Οφέλη και κίνδυνοι

Ενδείξεις και αποτελεσματικότητα - Ανεπιθύμητες ενέργειες: Άμεσες και απώτερες..... 24

Α. Τσιρογιάννη, Δ. Καρακάλος, Π. Αγγελιδάκης, Χ. Τότσικας

ΔΙΑΙΤΕΡΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

SARS-COV-2: Ένας παράξενος ταξιδιώτης

Ανοσιακή απάντηση έναντι του SARS-CoV-2 και σύνδρομο υπερέκκρισης κυτταροκινών..... 25

Ματθαίος Σπελέτας

Διαταραχές αιμόστασης και σχετιζόμενες κλινικές εκδηλώσεις. Διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση..... 26

Ζώης Μέλλιος

Αντιμετώπιση ασθενών με Covid-19 λοίμωξη στην Κλινική του Νοσοκομείου μας..... 27

Ελευθερία Κρανιδιώτη, Ανδρέας Παναγόπουλος, Ιωάννης Καλομενίδης

Αντιμετώπιση ασθενών με Covid-19 λοίμωξη στη ΜΕΘ του νοσοκομείου μας..... 28

Στυλιανός Κόκκορης

ΔΙΑΛΕΞΗ

Ιατρική χρήση κάνναβης: Μύθοι και αλήθειες	29
<i>Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος, Δημήτριος Αλεξανδρής</i>	

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση.

Το παρόν και οι μελλοντικές προκλήσεις

Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Η ελληνική πραγματικότητα.....	31
---	----

Ευσταθία Καμπισιούλη

Ο ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή στη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση.....	32
--	----

Μαρία Παρίση

Η Υψηλής Αξιοπιστίας Προσομοίωση στη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση:

Κοιτάζοντας το μέλλον μέσα από την επίσκεψη στο Νοσοκομείο Johns Hopkins των ΗΠΑ.....	33
---	----

Γεώργιος Σιδηράς

ΔΙΑΛΕΞΗ

Η ιστορία της Νοσηλευτικής στο Νοσοκομείο μας: Ταξίδι στον χρόνο

και στις ρίζες μας μέσω σπάνιου φωτογραφικού υλικού-ντοκουμέντων	34
---	----

Δημήτριος Χ. Πιστόλας

ΔΙΑΛΕΞΗ

Ο ρόλος της νευροπαρακολούθησης στη χειρουργική θυρεοειδούς, παραθυρεοειδών και τραχήλου

.....	36
-------	----

Νικόλαος Ρουκουνάκης

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Αναστολείς SGLT-2: Απλώς άλλη μία κατηγορία αμιγώς αντιδιαβητικών δισκίων;

Η άποψη του Διαβητολόγου.....	37
-------------------------------	----

Θεοδώρα Στρατηγού

Η άποψη του Καρδιολόγου.....	38
------------------------------	----

Ναταλία Ζιμπουνούμη

ΔΙΑΛΕΞΗ

Θεραπευτική προσέγγιση της Οξείας Μυελογενούς Λευχαιμίας:

Does one size fit all in 2021?	39
---	----

Δήμητρα Οικονομοπούλου, Βασιλική Μπαμπαλή, Μαρία Παγώνη

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ως τεταρτοβάθμιο Νοσοκομείο και συγχρόνως Κέντρο Αναφοράς για τη νόσο SARS-COV-2. Η αποτίμηση...

Ο ασθενής στο ΤΕΠ.....	40
------------------------	----

Στέλλα Στουραϊτου

Η διαχείριση των ασθενών με χρόνια προβλήματα: Στον Παθολογικό Τομέα.....	41
---	----

Γεώργιος Μαρακομιχελάκης

ΔΙΑΛΕΞΗ

Δευτεροπαθής υπογαμμασφαιριναιμία ενηλίκων

.....	42
-------	----

Ιωάννης Κάκκας

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες Νοσηλευτικές Υπηρεσίες -

Πώς μας αξιολογούν οι ασθενείς μας

Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών στον χώρο του Νοσοκομείου:

Παράγοντες που την καθορίζουν και μέθοδοι εκτίμησης..... 43

Ισιδώρα Σκουρλή

Η εμπειρία του αυτοτελούς Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων του Νοσοκομείου μας..... 44

Σταύρος Κυριαζής

Προτάσεις για τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών σε ένα σύγχρονο Δημόσιο Νοσοκομείο..... 45

Διονυσία Ι. Μανιοπούλου

ΔΙΑΛΕΞΗ

Η χρήση περιοριστικών μέτρων καθήλωσης των ασθενών:

Προϋποθέσεις και προβληματισμοί..... 46

Ευστράτιος Πατσατζής

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Ο ρόλος της φυσικοθεραπείας στις ψυχοσωματικές διαταραχές

Ψυχοσωματικές διαταραχές..... 47

Μαρία Καρυτινού

Φυσικοθεραπευτική προσέγγιση ψυχοσωματικών διαταραχών..... 48

Άννα Χρηστάκου

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Σύγχρονες εξελίξεις στην καρδιοαγγειοχειρουργική

Νέες τεχνικές για την αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της αορτικής βαλβίδας..... 49

Ηλίας Σαμιώτης, Νικόλαος Σχίζας, Παναγιώτης Δεδεληλίας

Η αρτηριακή προσπέλαση στους διαχωρισμούς της αορτής τύπου Α..... 50

Βασίλειος Πάτρης, Νικόλαος Σχίζας, Μιχάλης Αργυρίου

Ενδαγγειακή αντιμετώπιση αορτής μετά από χειρουργείο για διαχωρισμό αορτής τύπου Α..... 51

Κωνσταντίνος Αντωνόπουλος, Βασίλειος Ζυμβραγουδάκης

Επέμβαση David..... 52

Φίλιππος-Πασχάλης Ρόρρης

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ..... 53

Νικόλαος Σχίζας, Ηλίας Σαμιώτης, Βασίλειος Πάτρης

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

“Steroidolomics”: Το μέλλον στη διερεύνηση των νοσημάτων των επινεφριδίων..... 54

Δήμητρα-Αργυρώ Βασιλειάδη

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Λοιμώξεις Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Εισαγωγή - Διαγνωστική προσπέλαση -

Η συμβολή του εργαστηρίου στην έγκαιρη διάγνωση - Θεραπεία..... 55

Ε. Μυλωνά, Β. Σκαρλάτου, Ε. Περιβολιώτη

Ο ασθενής μέσα από τα μάτια του απεικονιστή..... 56

Ελένη Λαζαρίδου

Νευροχειρουργική αντιμετώπιση..... 57

Στέφανος Ι. Κορφιάς, Δημήτρης Σκαρμούτσος, Αλέξανδρος Τσιμογιάννης

ΔΙΑΛΕΞΗ

Η ενδημικότητα της αντοχής του <i>Acinetobacter baumannii</i> στην κολιμυκίνη: Στην Ευρώπη, στη Χώρα μας, στο Νοσοκομείο μας	59
<i>Ευσταθία Περιβολιώτη</i>	

ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΘΕΜΑ

Η εμπειρία από την πανδημία COVID-19 στο Νοσοκομείο	
Η συμβολή της νοσηλευτικής υπηρεσίας στην αντιμετώπιση της πανδημίας	61
<i>Βασιλική Πίκουλα, Ευσταθία Καμπισιούλη, Δημήτριος Πιστόλας</i>	
Διαχείριση ασθενή με λοίμωξη Covid-19 στο Νοσοκομείο: Από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έως το εξιτήριο	62
<i>Χρυσούλα Κολοκοτρώνη</i>	
Ψυχολογικές επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας	63
<i>Αγγελική Σαρρή</i>	

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ

Διασφάλιση των Προσωπικών Δεδομένων των Ασθενών: Αναγκαιότητα ή υπερβολή των καιρών. Λύνει ή περιπλέκει τα προβλήματα;	
Αναγκαιότητα	64
<i>Μαρία Μπαρμπαρούση</i>	
Υπερβολή	65
<i>Παύλος Κουτσομπός</i>	

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Οστεοπόρωση: Επιδημία ή σιωπηλή νόσος	
Αντι-οστεοπορωτική αγωγή: Σε ποιον ασθενή και πότε;	66
<i>Θεοδώρα Στρατηγού</i>	
Τα συχνότερα λάθη στην αντιμετώπιση των οστεοπορωτικών καταγμάτων	67
<i>Παναγιώτης Μασούρος</i>	

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Καρκίνος οισοφάγου και καρδιοοισοφαγικής συμβολής	
Καρκίνος οισοφάγου	68
<i>Χαράλαμπος Ζήσης</i>	
Καρκίνος καρδιοοισοφαγικής συμβολής	69
<i>Σεραφείμ Κλημόπουλος</i>	

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Στρατηγική διαχείρισης των μεταγγίσεων στις χειρουργικές επεμβάσεις	
Κανόνες διακοπής της αντιπηκτικής και αντιαιμοπεταλιακής αγωγής εν όψει χειρουργικών επεμβάσεων	70
<i>Μαρία Μικροβασίλη</i>	
Διαχείριση ασθενών με αιματολογικά νοσήματα σε επείγουσες και προγραμματισμένες επεμβάσεις	71
<i>Στυλιανή Γιανναράκη, Χρυσάνθη Μπάρμπα</i>	
Περιοριστική έναντι φιλελεύθερης, πολιτική μετάγγισης στην καρδιοχειρουργική	73
<i>Σοφία Βοντίτσου, Κυριάκος Κυριάζος</i>	
Αλγόριθμοι μετεγχειρητικής αιμορραγίας	74
<i>Βασίλειος Πάτρης</i>	
Ο ρόλος της θρομβοελαστογραφίας στη μετεγχειρητική αιμορραγία	75
<i>Άννα Παναγιώτου, Ιωάννα Βαρβαρίδη, Κωνσταντίνα Ρωμανά</i>	

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ

Καρκίνος του ορθού με πλήρη ανταπόκριση στη νέο-επικουρική θεραπεία - Τι ακολουθεί

Χειρουργείο.....	76
Δημήτριος Μαγγανάς	

ΔΙΕΤΑΙΡΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Η λαπαροσκοπική χειρουργική στην πανδημία COVID-19

Παρουσία του ιού SARS-COV-2 στα σωματικά υγρά-αερόλυμα-χειρουργικό καπνό: Τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής.....	77
Γεώργιος Σάμπαλης	

Διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες.....	78
Γεώργιος Δ. Αγιωματίτης	

Μέτρα για την ασφαλή διεξαγωγή των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων.....	79
Βασίλειος Δρακόπουλος	

Διεγχειρητική καθοδήγηση στη λαπαροσκοπική χειρουργική με τη χρήση φθορισμού της ινδοκυανίνης (near-infrared fluorescence imaging).....

80

Αγγελική Κολινιώτη, Μαρία Σωτηροπούλου, Στυλιανός Καπίρης

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Αποκατάσταση Ασθενών μετά από Οξύ έμφραγμα του Μυοκαρδίου-OEM

Εννοιολογική προσέγγιση, σκοπός και οφέλη της αποκατάστασης.....	81
Αλκέτα-Αγγελική Μπότση	

Φάσεις και είδη προγραμμάτων αποκατάστασης. Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	82
Δημήτριος Σφαλτός	

Η συμβολή της διεπιστημονικής προσέγγισης στην αποκατάσταση των ασθενών: Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	83
Ελένη Αναγνωστοπούλου, Δήμητρα Κόκκιου	

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προβλήματα υγείας νοσηλευτικού προσωπικού:

Επιπτώσεις και προτάσεις για τη διαχείρισή τους.....	84
Πολυξένη Μαγγούλια	

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Τεχνικές απεικόνισης καρδιάς στην κλινική πράξη: Πότε και γιατί

Σπινθηρογράφημα.....	85
Πέτρος Σταύρου	

Αξονική τομογραφία.....	86
Δημήτριος Ν. Έξαρχος	

PET-CT.....	87
Φοίβη Ροντογιάννη	

ΔΙΑΛΕΞΗ

Νέα δεδομένα στη χορήγηση I-131 στον καρκίνο θυρεοειδούς καλής διαφοροποίησης.....

88

Μαρινέλλα Τζανέλα

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Εξελίξεις στην ενδοσκόπηση του πεπτικού συστήματος

Διάγνωση και θεραπεία οισοφάγου Barrett	89
<i>Αγγελική Χρηστίδου</i>	
Ενδοσκοπική θεραπεία της αχαλασίας.....	90
<i>Αναστάσιος Μανωλάκης</i>	
Ενδοσκοπική κάψουλα στη διάγνωση παθήσεων του πεπτικού.....	91
<i>Νικόλαος Βιάζης</i>	
Νεότερες ενδοσκοπικές τεχνικές στη θεραπεία καλοήγων όγκων του παχέος εντέρου	92
<i>Ευάγγελος Βουδούκης</i>	

ΔΙΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

NAFLD/NASH: Διεπιστημονική διαχείριση μιας συστηματικής νόσου

Η άποψη του Ηπατολόγου.....	93
<i>Βασίλειος Α. Σεβαστιανός</i>	
Ο ρόλος του Ενδοκρινολόγου - Διαβητολόγου	94
<i>Κωνσταντίνος Μανωλόπουλος</i>	
Ο ρόλος του Καρδιολόγου.....	95
<i>Παντελής Γουνόπουλος</i>	

ΕΡΓΑΣΙΕΣ

Εργασίες Αριστείων Επιστημονικής Επίδοσης	97-99
Εργασίες e-POSTERS	101-157
Εργασίες προς δημοσίευση	159-162

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑ ΑΣΘΕΝΗ

Δημήτριος Καραγιάννης

Κλινικός Διαιτολόγος, Προϊστάμενος του Τμήματος Κλινικής Διατροφής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η διατροφική φροντίδα αποτελεί σημαντικό και απαραίτητο στοιχείο στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Οι συστάσεις και οι κατευθυντήριες οδηγίες Αμερικάνικων και Ευρωπαϊκών οργανισμών (ASPEN, ESPEN) παρέχουν ενδείξεις για την κάλυψη των ενεργειακών και πρωτεϊνικών αναγκών των βαρέως πασχόντων ασθενών καθώς και τον τρόπο κάλυψής αυτών.

Η διατροφική φροντίδα των βαρέως πασχόντων αποτελεί πρόκληση για τους επιστήμονες υγείας, διότι οι συνήθεις μηχανισμοί ελέγχου, όπως η όρεξη και η δίψα δεν υπάρχουν στους βαρέως πάσχοντες. Η παρουσία οξείας νόσου οδηγεί σε καταβολισμό, ο οποίος επιβαρύνει την κατάσταση των βαρέως πασχόντων. Η πλειοψηφία των βαρέως πασχόντων παρουσιάζει αλλαγές στη σύσταση σώματος και κυρίως παρατηρείται μείωση της άλιπης σωματικής μάζας. Η μείωση αυτή δεν είναι εύκολο να αναγνωρισθεί και χρειάζεται να χρησιμοποιηθούν μέθοδοι ανάλυσης της σύστασης σώματος (π.χ BIA, CT, MRI).

Αρχικά, προτείνεται σε όλους τους ασθενείς που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (βαρέως πάσχοντες ασθενείς) να πραγματοποιείται η διαδικασία ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου, προκειμένου να εντοπισθούν εκείνοι οι οποίοι θα ωφεληθούν από τυχόν διατροφική παρέμβαση. Μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς σε υψηλό διατροφικό κίνδυνο είναι πιο πιθανό να ευνοηθούν από την πρώιμη έναρξη χορήγησης εντερικής σίτισης εμφανίζοντας καλύτερη έκβαση (μικρότερη εμφάνιση νοσοκομειακών λοιμώξεων, επιπλοκών και θνησιμότητας) σε σύγκριση με τους ασθενείς που βρίσκονται σε μέτριο ή χαμηλό κίνδυνο.

Σε σχέση με την εκτίμηση των ενεργειακών απαιτήσεων του βαρέως πάσχοντα ασθενούς, προτείνεται η χρήση της έμμεσης θερμιδομετρίας, εφόσον είναι διαθέσιμη, καθώς αποτελεί το ακριβέστερο εργαλείο εκτίμησης του μεταβολικού ρυθμού ηρεμίας (Resting Energy Expenditure, REE) του ασθενούς. Η ενεργειακή δαπάνη υπολογίζεται με βάση την εξίσωση του Weir, ως ακολούθως:

$$\text{REE} = [\text{VO}_2 (\text{L/minute}) * 3.94] + [\text{VCO}_2 (\text{L/minute}) * 1.11] * 1440$$

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει δυνατότητα για διεξαγωγή έμμεσης θερμιδομετρίας προτείνεται η χρήση κάποιας

δημοσιευμένης εξίσωσης εκτίμησης ενεργειακών αναγκών. Εναλλακτικά, οι ενεργειακές απαιτήσεις μπορούν να υπολογισθούν με απλοϊκούς τύπους (25–30 kcal/kg σωματικού βάρους/ημέρα). Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESPEN για τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς, κατά τη διάρκεια της οξείας ή αρχικής κατάστασης θα πρέπει να παρέχονται 20–25 kcal/kg σωματικού βάρους ανά ημέρα, ενώ στην αναβολική φάση που έπεται χορηγούνται 25–30 kcal/kg σωματικού βάρους/ημέρα.

Σε σχέση με τις ανάγκες σε μακροθρεπτικά στοιχεία, λαμβάνοντας υπόψη τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESPEN, η ποσότητα πρωτεΐνης που χρειάζεται για να καλυφθούν οι ανάγκες των βαρέως πασχόντων κυμαίνεται μεταξύ 1,2–1,5 g/kg σωματικού βάρους/ημέρα (πιθανότατα και ακόμα μεγαλύτερες σε περίπτωση εγκαυμάτων ή πολυτραυματιών) ενώ με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της ASPEN (102) γίνεται κατηγοριοποίηση με βάση τον Δείκτη Μάζας Σώματος:

- 1,2–2,0 g/kg σωματικού βάρους/ημέρα εφόσον ΔΣΜ <30 kg/m²,
- 2,0 g/kg ιδανικού σωματικού βάρους/ημέρα εφόσον ΔΣΜ 30–40 kg/m²
- ή 2,5 g/kg ιδανικού σωματικού βάρους/ημέρα εφόσον ΔΣΜ >40 kg/m².

Δεν υπάρχει κάποια ιδεατή αναλογία στη χορήγηση υδατανθράκων/λίπους στην περίπτωση των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ καθώς η αναλογία χορήγησης καθορίζεται από τα συνοδά νοσήματα και τη χορήγηση πρωτεΐνης. Ως ένας γενικός κανόνας, η αναλογία χορήγησης υδατανθράκων/λίπους πρέπει να είναι 70/30 ή 60/40 ή 50/50 των επί τοις εκατό χορηγούμενων μη πρωτεϊνικών θερμίδων ανάλογα με το γλυκαιμικό και το εν γένει μεταβολικό προφίλ των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Διατροφικός κίνδυνος, έμμεση θερμιδομετρία, διατροφική φροντίδα.

Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ.: 2132045035, 6937158640

E-mail: jimkar_d@yahoo.com

ΣΥΝΘΕΣΗ, ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Ζαφειρία Μάστορα

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

Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς αποτελούν μια ετερογενή ομάδα ασθενών, οι οποίοι συχνά χαρακτηρίζονται μεταξύ άλλων από σοβαρό υπερκαταβολισμό, αιμοδυναμική αστάθεια, υπεργλυκαιμία και νεφρική δυσλειτουργία. Η τεχνητή διατροφή σ' αυτήν την ομάδα ασθενών αποτελεί μια κρίσιμη θεραπευτική παρέμβαση για τη διατήρηση της ζωής, τη μείωση των επιπτώσεων της υποθρεψίας, αλλά και την πιθανή θετική παρέμβαση στην πορεία της νόσου.

Στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς προτιμάται η χορήγηση εντερικής σίτισης έναντι της παρεντερικής ή συνδυασμός εντερικής σίτισης με παρεντερική, όταν οι στόχοι δεν επιτυγχάνονται μόνο με τη χορήγηση εντερικής σίτισης. Η χορήγηση εντερικής σίτισης θα πρέπει να ξεκινήσει το ταχύτερο δυνατόν (εντός του πρώτου 24ώρου νοσηλείας) για την αποφυγή περαιτέρω καταβολισμού του ασθενούς. Είτε μετρώνται με έμμεση θερμιδομετρία είτε υπολογίζονται από προβλεπτικές εξισώσεις, οι ενεργειακές ανάγκες θα πρέπει να επαναξιολογούνται τακτικά ανά εβδομάδα και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται στρατηγικές βελτιστοποίησης της πρόσληψης ενέργειας και πρωτεϊνών. Η κάλυψη των στόχων του εκάστοτε βαρέως πάσχοντα δε γίνεται επιθετικά αλλά σταδιακά (αρχικά κάλυψη του 65–70% των αναγκών του ασθενούς με σταδιακή αύξηση), με σκοπό την αποφυγή υπερσιτισμού και μεταβολικών επιπλοκών. Αξίζει να τονισθεί ότι οι ενεργειακές απαιτήσεις θα πρέπει να επαναξιολογούνται περισσότερες από μία

φορές την εβδομάδα και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται στρατηγικές βελτιστοποίησης της πρόσληψης ενέργειας και πρωτεϊνών.

Σε σχέση με την επιλογή του είδους σίτισης, η εντερική διατροφή, όταν είναι εφικτή, αποτελεί την προτιμότερη μέθοδο, επειδή είναι φθηνότερη, αποτρέπει την ατροφία των εντερικών λαχνών και συσχετίζεται με λιγότερες λοιμώδεις επιπλοκές. Παρέχεται υπό τη μορφή πολυμερών διαλυμάτων, όπου οι πρωτεΐνες, τα λίπη και οι υδατάνθρακες υπάρχουν σε μορφή μοριακών συμπλεγμάτων, είτε με στοιχειακή διαίτα, όπου το άζωτο παρέχεται από τα αμινοξέα και οι υδατάνθρακες από τους ολιγοσακχαρίτες. Αντίθετα, η ολική παρεντερική διατροφή αποτελεί τη μέθοδο εκλογής σε περιπτώσεις αδυναμίας χορήγησης της εντερικής και επιτυγχάνει εύκολα τους θερμιδικούς στόχους, αλλά συσχετίζεται με μεταβολικές διαταραχές, αυξημένο κόστος και λοιμώξεις, ενώ απαιτεί συχνό εργαστηριακό έλεγχο και χορήγηση από κεντρική γραμμή.

Λέξεις κλειδιά: Τεχνητή διατροφή, σύνθεση, χορήγηση, ενδείξεις, αντενδείξεις, επιπλοκές.

Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ.: 6977746403

E-mail: zafimast@yahoo.gr

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΘΡΕΨΗΣ

Θεόδωρος Μικρόπουλος

Νοσηλεύτης Τ.Ε., Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Μεταπτυχιακός Φοιτητής ΑΠΘ στην Εξωσωματική Κυκλοφορία της Καρδιάς (Τμήμα Ιατρικής)

Η ποιότητα στην πρόσληψη τροφής αποτελεί έναν από τους σημαντικούς παράγοντες για την προαγωγή και διατήρηση της υγείας των ανθρώπων. Τις τελευταίες δεκαετίες η δυσθρεψία θεωρείται μείζων πρόβλημα παγκοσμίως, που οδηγεί στην ανάπτυξη χρόνιων προβλημάτων υγείας και απειλεί την ίδια τη ζωή, τόσο στις αφρικανικές χώρες εξαιτίας της έλλειψης τροφής και πόσιμου νερού, όσο και στις δυτικές ανεπτυγμένες χώρες λόγω της υπερκατανάλωσης τροφής.

Στο χώρο της αγωγής υγείας οι νοσηλευτές καλούνται να υποστηρίξουν την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών μέσω του κατάλληλου διατροφικού σχεδιασμού και της επιτυχούς χορήγησης της σίτισης. Επιπλέον, καλούνται να ενημερώσουν τους ασθενείς και να τους εκπαιδεύσουν σε διαφορετικά διατροφικά μοντέλα, προσαρμοσμένα στις εξατομικευμένες ανάγκες τους.

Συνεπώς κρίνεται απαραίτητος ο σχεδιασμός ενός ολοκληρωμένου προγράμματος διατροφής που να προσανατολίζεται στις υποκειμενικές ανάγκες του ασθενούς, αναφορικά με την ασθένειά του, αλλά και να συμβαδίζει με τις πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις του. Σε αυτές τις ιδιαιτερότητες περιλαμβάνεται ο τρόπος σίτισης αφού για ορισμένους ασθενείς η λήψη τροφής επιτυγχάνεται μέσω της εντερικής σίτισης ενώ σε κάποιους άλλους μέσω της παρεντερικής.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να επισημάνει και να αναδείξει τη σπουδαιότητα της παρουσίας του νοσηλευτή

στη διεπιστημονική ομάδα (ιατρός, νοσηλεύτης, διατροφολόγος) στο σχεδιασμό της κλινικής διατροφής, αφού ο νοσηλεύτης έχει υπό την ευθύνη και παρακολουθήσει του την εκτίμηση των θερμιδικών αναγκών, τον τρόπο χορήγησης της τροφής, την πρόληψη πιθανών επιπλοκών και παρακολούθηση για την ομαλή έκβαση της θρέψης.

Μεθοδολογία: Αυτή η μελέτη είναι μια ανασκοπική εργασία, που βασίζεται σε επιστημονική βιβλιογραφία και ερευνητικές εκθέσεις όπως αυτά ανευρέθηκαν σε Ελληνικές και διεθνείς βάσεις δεδομένων.

Συμπεράσματα: Ο νοσηλεύτης κατέχει κεντρική θέση στη θρέψη του ασθενούς, αφού είναι το πρόσωπο που εφαρμόζει τον διατροφικό σχεδιασμό και παρακολουθεί συστηματικά την κλινική του εικόνα (παρακολούθηση πορείας, διάκριση επιπλοκών, ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας για περαιτέρω παρεμβάσεις). Η παρουσία του δεν περιορίζεται σε απλή διεκπεραίωση στη διαδικασία της θρέψης, αφού η γνώση του, η εμπειρία και η κατάρτισή του είναι που καθιστούν το ρόλο του αναντικατάστατο.

Λέξεις κλειδιά: Εκπαίδευση, θρέψη, ασθενής, σίτιση, ρόλος νοσηλευτή.

Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ: 6948591697

E-mail: tmikropoulos@gmail.com

ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19

Αικατερίνη Μαραγκούτη

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

Ο ιός SARS-CoV-2 ανήκει στην οικογένεια των κορονοϊών και είναι ο ιός που έχει προκαλέσει τη νέα ασθένεια ονομαζόμενη ως COVID-19 λοίμωξη, μεταδιδόμενη παγκοσμίως. Μεγάλο ποσοστό ασθενών χρήζει επείγουσας αναπνευστικής και αιμοδυναμικής υποστήριξης και εισάγεται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Ο ιός αποικίζει όχι μόνο το αναπνευστικό σύστημα αλλά και το γαστρεντερικό, το κεντρικό νευρικό, το ουροποιητικό, προκαλώντας πληθώρα επιπλοκών. Το χρονικό διάστημα που χρειάζονται οι ασθενείς για να αναρρώσουν από τη λοίμωξη ποικίλλει και αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διατροφική τους υποστήριξη.

Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), χαρακτηρίζονται από αυξημένες ενεργειακές ανάγκες, υπερκαταβολισμό και απώλεια της μυϊκής μάζας. Ο αντίκτυπος της ανεπαρκούς θρέψης σε βαρέως πάσχοντες συνδέεται με αυξημένη θνησιμότητα και σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής σε ΜΕΘ, αναπηρία και νοσηρότητα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα έχουν δημοσιευτεί από οργανισμούς που ασχολούνται με την κλινική διατροφή, τον μεταβολισμό και τη διατροφική διαχείριση ατόμων με λοίμωξη από SARS-CoV-2, οι οποίες περιλαμβάνουν συστάσεις για ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. Αυτές οι συστάσεις επικεντρώνονται στην παροχή πρώιμης εντερικής διατροφής, όταν είναι δυνατόν, στη χρήση παραγόντων προώθησης για τη βελτίωση της κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα, την έναρξη παρεντερικής διατροφής εάν η εντερική δεν

είναι ανεκτή, ή τη χρήση διεντερικής διατροφής εάν η στοματική διατροφή δεν είναι εφικτή. Ο υπολογισμός των ημερήσιων θερμιδικών αναγκών με χρήση ειδικών τύπων βασιζόμενων σε σωματομετρικά στοιχεία, καθώς και η αξιολόγηση κριτηρίων στους ασθενείς αυτούς, είναι μείζονος σημασίας. Η ημερήσια χορήγηση θρεπτικών συστατικών προσαρμόζεται στην κλινική κατάσταση των ασθενών.

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός διατροφικού πλάνου, πρέπει να αποτελέσει αναπόσπαστο τμήμα της συνολικής διαχείρισης των βαρέως πασχόντων ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με λοίμωξη COVID-19. Η βελτιστοποίηση της θρεπτικής υποστήριξης είναι σημαντική για την ομαλή λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος, υποστηρίζει την ανοσολογική απάντηση και αποφεύγονται η υποθρεψία και η απώλεια μυϊκής μάζας. Η συνέχιση της έρευνας και η εφαρμογή ερευνητικών πρωτοκόλλων σχετικά με τη θρέψη στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη, θα εμπλουτίσουν την γνώση για τον μεταβολισμό, ώστε να προσαρμοστεί κατάλληλα η θρεπτική τους υποστήριξη.

Λέξεις κλειδιά: Υποθρεψία, ιός SARS-CoV-2, covid-19 λοίμωξη, θρέψη, ΜΕΘ.

Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ.: 693941336

E-mail: katrinmara@hotmail.com

Η ΕΠΑΝΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΒΑΚΤΗΡΙΟΛΟΓΙΑ-ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

Αθηνά Καλλιμάνη

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

Τα λοιμώδη νοσήματα αποτελούν μείζον κλινικό και θεραπευτικό πρόβλημα, ενίοτε με αυξημένη θνητότητα, παρά την πρόοδο που έχει επιτευχθεί στη διαγνωστική βακτηριολογία. Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί διαρκώς εξελίσσονται και αναπτύσσουν μηχανισμούς αντοχής και επιβίωσης, με αποτέλεσμα να καθιστάται δύσκολη και μερικές φορές αδύνατη, η αντιμετώπιση τους θεραπευτικά.

Αξιοσημείωτο είναι το ότι η ανάπτυξη **νέων τεχνολογιών** για την ταχεία και αξιόπιστη ταυτοποίηση και έλεγχο της ευαισθησίας των μικροοργανισμών στα αντιμικροβιακά, αποτελεί πυλώνα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής μαζί με την επιμελητεία της χρήσης των αντιβιοτικών. (Diagnostic and antibiotic stewardship).

Επανάσταση στη σύγχρονη διαγνωστική έφερε η χρήση της PCR (polymerase chain reaction), η οποία επιτρέπει τον πολλαπλασιασμό μέσα σε λίγες ώρες ελάχιστης ποσότητας συγκεκριμένης DNA αλληλουχίας – στόχου, από μια δεξαμενή διαφόρων ετερογενών μορίων γενετικού υλικού. Εξελιγμένη μορφή της αποτελεί η Real-Time PCR, η οποία επιτρέπει την ποσοτικοποίηση του πυρηνικού οξέος του δείγματος και τη διάκριση μεταξύ μικροβίων ή στελεχών μικροβίων.

Η μέθοδος πολυπλεκτικής Real-Time PCR και μικροσυστοιχιών εφαρμόζεται στο σύστημα συνδρομικής προσέγγισης Filmarray (BIOFIRE). Πρόκειται για ένα οργανωμένο σύστημα πλήρους αυτοματοποιημένης εκχύλισης γενετικού υλικού, εκτέλεσης PCR και ερμηνείας αποτελεσμάτων από βιολογικά υλικά όπως: εγκεφαλονωτιαίο υγρό, αίμα, δείγματα αναπνευστικού συστήματος και κοπράνων. Ταυτοποιεί ένα μεγάλο αριθμό βακτηρίων και ανιχνεύει βασικούς μηχανισμούς αντοχής στα αντιβιοτικά σε περίπου μία ώρα με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα.

Ένα δεύτερο πλήρως αυτοματοποιημένο, κλειστό σύστημα Real-Time PCR, είναι το GeneXpert (Cepheid). Ανιχνεύει σε 90 λεπτά το M. Tuberculosis καθώς και την αντοχή στη RIF σε κατάλληλο κλινικό δείγμα. Επίσης ταυτοποιεί βακτήρια όπως το Clostridium difficile, B. anthracis, F. Tularensis, Yersinia pestis, MRSA, VRE και CPE στελέχη.

Εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο στην ταυτοποίηση μικροοργανισμών σε μικροβιολογικά εργαστήρια είναι το MALDI-TOF MS (Biomerieux) (Matrix-assisted laser desorption/ionization-time of flight). Βασική αρχή λειτουργίας είναι η

μέτρηση με φασματομετρία μάζας του λόγου μάζας προς φορτίο μορίων (συνήθως ριβονουκλεϊνικών πρωτεϊνών του απομονωθέντος βακτηρίου ή μύκητα) που έχουν μετατραπεί σε θετικά ή αρνητικά φορτισμένα ιόντα. Πρόκειται για ένα πολύ γρήγορο, χαμηλού κόστους και υψηλής απόδοσης σύστημα ταυτοποίησης βακτηρίων, μυκοβακτηριδίων και μυκήτων. Η βακτηριακή ταυτοποίηση ολοκληρώνεται σε λιγότερο από 10 λεπτά της ώρας, εν αντιθέσει με τις συμβατικές μεθόδους που απαιτούν 24-48 ώρες. Νέες προοπτικές για ταυτοποίηση βακτηρίων απευθείας από βιολογικά δείγματα όπως αίμα, ούρα, ΕΝΥ, καθώς και διενέργεια αντιβιογράμματος, προσφέρει το σύστημα MALDI-TOF MS, το οποίο καθίσταται πολύτιμο όπλο στη διάγνωση και θεραπεία των βακτηριακών λοιμώξεων.

Ένα ακόμα καινούριο σύστημα ταυτοποίησης βακτηρίων αποτελεί το Accelerate PhenoTest BC kit. Χρησιμοποιεί την τεχνική του φθορίζοντος *in situ* υβριδισμού (FISH) για την ταυτοποίηση των βακτηρίων και παράλληλα διενεργεί αντιβιογράμματα με MIC, βασιζόμενο στη μορφοκινητική κυτταρική ανάλυση μέσω ενσωματωμένου μικροσκοπίου. Αφορά την άμεση ταυτοποίηση του παθογόνου από αιμοκαλλιέργειες μέχρι και 8 ώρες μετά τη θετικοποίησή τους. Ανιχνεύει μικρό αριθμό μεν, αλλά κλινικά σημαντικών δε βακτηρίων, καθώς και βασικούς μηχανισμούς αντοχής σε 3-5 ώρες.

Όλα τα προαναφερθέντα συστήματα ταυτοποίησης βακτηρίων για να προσφέρουν το μέγιστο στην κλινική θεραπευτική πράξη απαιτούν γνώσεις για την εφαρμογή τους, τη διενέργειά τους και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους, καθώς όλα έχουν περιορισμούς και ψευδώς θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα.

Πρότυπη μέθοδος ανεύρεσης παθογόνου βακτηρίου εξακολουθεί να αποτελεί η καλλιέργεια βιολογικών υλικών, η απομόνωση του παθογόνου για έλεγχο ευαισθησίας στα αντιμικροβιακά καθώς και η ανίχνευση μηχανισμών αντοχής του σε αυτά.

Λέξεις κλειδιά: PCR, διαγνωστική βακτηριολογία, συνδρομική διάγνωση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974375260

E-mail: akalliman@yahoo.gr

Η ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κωνσταντίνος Κότσιφας

Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η φυματίωση παραμένει μία παγκόσμια πρόκληση με πάνω από 1 εκατομμύριο θανάτους το χρόνο παρά την ύπαρξη αποτελεσματικής θεραπείας. Στην Ελλάδα καταγράφονται περί τα 400-600 νέα περιστατικά κατ' έτος αν και πιστεύεται ότι υπάρχει σοβαρή υποδήλωση του νοσήματος.

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αποτελεί κύρια πύλη πρόσβασης των πολιτών στο Σύστημα Υγείας. Ειδικά για τη Φυματίωση φαίνεται ότι η πλειονότητα των περιστατικών απευθύνεται στο Τμήμα Επειγόντων παρά σε τακτικά ιατρεία, δημόσια ή ιδιωτικά. Η υποψία και διάγνωση της Φυματίωσης στα υπερφορτωμένα Τμήματα Επειγόντων παρουσιάζει προφανείς δυσκολίες. Η κλινική εικόνα μπορεί να είναι άτυπη, ή να επισκιάζεται από συνοδά νοσήματα. Οι ιατροί των επειγόντων μπορεί να μην έχουν επαρκή χρόνο και κατάλληλες συνθήκες να επεξεργαστούν το κάθε περιστατικό ή ακόμη και την εμπειρία να αναγνωρίσουν την κλινική και ακτινολογική εικόνα της Φυματίωσης. Εξάλλου, η άμεση μικροσκόπηση πτυέλων έχει περιορισμένη ευαισθησία, ειδικά στις περιορισμένης έκτασης ή άτυπες περιπτώσεις. Έτσι, σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων διαφεύγει και διαγιγνώσκεται σε δεύτερο χρόνο εκθέτοντας κατ' αυτόν τον τρόπο ασθενείς, οικείους και προσωπικό σε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης. Παράλληλα η καθυστερημένη διάγνωση της Φυματίωσης επιφέρει αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

Ασθενείς με κλινική ή και ακτινολογική υποψία πνευμονικής Φυματίωσης, ιδιαίτερα εάν αυτή υποστηρίζεται από

επιδημιολογικά δεδομένα ή συννοσηρότητες που προδιαθέτουν στη νόσο, θα πρέπει να μεταφέρονται ιδανικά σε θαλάμους απομόνωσης. Θάλαμοι αρνητικής πίεσης, θάλαμοι με χρήση τεχνολογιών καθαρισμού αέρα (φίλτρα HEPA, Υπεριώδης ακτινοβολία) και θάλαμοι με ικανό φυσικό αερισμό συστήνονται κατά σειρά προτίμησης. Το διάστημα που ο ασθενής παραμένει σε κοινό χώρο του Τμήματος Επειγόντων θα πρέπει να περιορίζεται στο ελάχιστο. Στο διάστημα αυτό θα πρέπει να εφαρμόζεται απλή χειρουργική μάσκα και προφύλαξη από ενέργειες δημιουργίας σταγονιδίων. Η λήψη πτυέλων - ειδικά προκλητών - και γαστρικού υγρού θα πρέπει να αποφεύγονται σε χώρους με άλλους ασθενείς. Ασθενείς με μόνη εξωπνευμονική εντόπιση Φυματίωσης δεν χρήζουν απομόνωσης.

Από την άλλη πλευρά, είναι σημαντικό η διάγνωση της Φυματίωσης να τίθεται έγκαιρα στο Τμήμα Επειγόντων. Άλλως, βάσει κλινικής υποψία και με τον ασθενή σε απομόνωση, να συλλέγονται όλα τα απαιτούμενα δείγματα για την τεκμηρίωση της Φυματίωσης και οπωσδήποτε πριν από την ενδεχόμενη έναρξη εμπειρικής αγωγής.

Λέξεις κλειδιά: Φυματίωση, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Θάλαμος Απομόνωσης.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 2132041631

E-mail: kotsifaskostas@yahoo.com

Η ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ζωή Ψαρουδάκη

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

Η φυματίωση είναι λοιμώδης μεταδοτική νόσος, μια από τις 10 κορυφαίες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και η κύρια αιτία θανάτου από ένα μόνο λοιμώδες αίτιο. Το 2019 εκτιμάται ότι 10 εκατομμύρια άνθρωποι εμφάνισαν φυματίωση και 1,4 εκατομμύρια πέθαναν. Το αίτιο είναι το *Mycobacterium tuberculosis*. Μεταδίδεται κυρίως με τα σταγονίδια. Προσβάλλει τους πνεύμονες (πνευμονική φυματίωση) ή άλλα όργανα του σώματος (εξωπνευμονική φυματίωση).

Η έγκαιρη διάγνωση είναι σημαντική για τη θεραπεία όπως επίσης για τον περιορισμό ανάπτυξης αντοχής και μετάδοσης της νόσου. Η μικροβιολογική διερεύνηση για την επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με τη μικροσκοπική εξέταση, την καλλιέργεια και τις μοριακές μεθόδους.

Η γρηγορότερη, απλούστερη και φθηνότερη μέθοδος, είναι η μικροσκοπική εξέταση. Βασίζεται στην άμεση παρατήρηση των οξεαντόχων βακτηριδίων σε κεχρωσμένα παρασκευάσματα με χρώση Ziehl-Neelsen. Για να έχουμε θετικό αποτέλεσμα το μικροβιακό φορτίο που απαιτείται να υπάρχει στο δείγμα είναι 1000–10000 μυκοβακτηρίδια/ml. Το είδος, η ποιότητα και η επεξεργασία του δείγματος, καθώς επίσης η εμπειρία του εξεταστή, οδηγεί σε ποικίλη ευαισθησία της μικροσκοπικής εξέτασης: από 20% έως 80% επί των θετικών καλλιιεργειών. Δεν μπορεί να μας δώσει πληροφορίες για την παρουσία ανθεκτικών μυκοβακτηριδίων στα αντιφυματικά φάρμακα ή την παρουσία άτυπων μυκοβακτηριδίων.

Η καλλιέργεια είναι η μέθοδος αναφοράς, καθυστερεί όμως έως και 8 εβδομάδες να μας δώσει αποτέλεσμα. Πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι αναπτύσσονται μόνο τα ζώντα μυκοβακτηρίδια, επιτρέπει αφενός τη διάκριση του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης από τα άτυπα μυκοβακτηρίδια και αφετέρου επιτρέπει τη διενέργεια αντιβιογράμματος για τη διάγνωση της αντοχής στα αντιφυματικά φάρμακα ή και την ανίχνευση αναδυόμενων μεταλλάξεων.

Η πρόοδος των μοριακών μεθόδων την τελευταία δεκαετία, οδήγησε στην ανάπτυξη νέων, ταχέων διαγνωστικών εξετάσεων για την ανίχνευση της φυματίωσης σε άτομα με σημεία ή συμπτώματα της νόσου. Το 2010 ο WHO υιοθέτησε και συνέστησε τη χρήση της μεθόδου GeneXpertMTB/

RIF (Cepheid, Sunnyvale, CA, USA και FIND Diagnostics, Geneva, Switzerland), στο πλαίσιο των Εθνικών Σχεδίων Αντιμετώπισης της φυματίωσης, της πολυανθεκτικής της μορφής και της συλλοίμωξης με HIV.

Το XpertMTB/RIF είναι αυτοματοποιημένη μέθοδος ημιποσοτικής nested real-timePCR για την ανίχνευση του DNA του *Mycobacterium tuberculosis complex* και της αντοχής στη ριφαμπικίνη που σχετίζεται με μεταλλάξεις του *rpoB* γονιδίου σε αυτούσιο δείγμα ή ίζημα μετά από εμπλουτισμό. Τα αποτελέσματα λαμβάνονται σε 2 περίπου ώρες. Η ευαισθησία της εξέτασης φτάνει το 96% στις περιπτώσεις θετικής μικροσκοπικής εξέτασης. Στις περιπτώσεις αρνητικής μικροσκοπικής εξέτασης η ευαισθησία περιορίζεται στο 72,5% για την εξέταση ενός δείγματος και φτάνει το 90% όταν ελέγχονται 3 δείγματα. Στα εξωπνευμονικά δείγματα η ευαισθησία περιορίζεται σημαντικά. Ειδικά στο ENY η ευαισθησία της μεθόδου δεν υπερβαίνει το 30%. Η ειδικότητα της δοκιμασίας είναι 99% και δεν επηρεάζεται από την παρουσία άτυπων μυκοβακτηριδίων. Για την ανίχνευση αντοχής στη ριφαμπικίνη η ευαισθησία είναι περίπου 99% και η ειδικότητα 100%.

Η διαγνωστική ικανότητα της άμεσης μικροσκοπικής εξέτασης και της ταχείας μοριακής ανίχνευσης περιορίζεται ακόμη περισσότερο σε γεωγραφικές περιοχές με χαμηλή επίπτωση όπως είναι η χώρα μας, σε ειδικές ομάδες όπως οι HIV(+) ασθενείς και τα παιδιά, καθώς επίσης σε εξωπνευμονικές μορφές της νόσου.

Συμπερασματικά, στις περιπτώσεις με υψηλή κλινική υποψία, η εφαρμογή ταχέων τεχνικών όπου το αποτέλεσμα λαμβάνεται εντός 24ώρου μπορεί να είναι διαγνωστική. Εντούτοις με τις ταχείες μεθόδους δεν μπορεί να αποκλειστεί η νόσος. Η καλλιέργεια είναι απαραίτητη και αναντικατάστατη για τη μικροβιολογική διερεύνηση των ύποπτων κρουσμάτων.

Λέξεις κλειδιά: Φυματίωση, Ziehl-Neelsen, XpertMTB/RIF.

Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ.: 6977346152

E-mail: zpsaroudaki@hotmail.com

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Σταμάτιος Τσιπιλής

Πνευμονολόγος, Επικουρικός Ιατρός, Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σύμφωνα με την έκθεση του 2020 για τη φυματίωση ο Π.Ο.Υ. υπολογίζει ότι κατά το έτος 2019 νόσησαν περίπου 10 εκατομμύρια άνθρωποι. Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών ανευρέθηκε στη Ν.Α. Ασία και στην Αφρική. Συνολικά 1.200.000 ασθενείς χωρίς HIV καθώς και 200.000 με HIV κατέληξαν από τη νόσο. Η χώρα μας ανήκει σε εκείνες με χαμηλό επιπολασμό της νόσου, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν πρέπει να αποτελεί μέρος της διαφορικής διάγνωσης ιδίως επί συμβατών συμπτωμάτων, καθότι η φυματίωση είναι γνωστή και ως ο μεγάλος «μύθος».

Οι στόχοι της αντιφυματικής θεραπείας είναι τρεις: η ταχεία μείωση του πληθυσμού των μυκοβακτηριδίων που συμβάλλει στην πρόληψη της μεταδοτικότητας αλλά και στη μείωση της θνητότητας και στην ίαση, η πρόληψη του κινδύνου αναζωπύρωσης και η πρόληψη ανάπτυξης ανθεκτικότητας στα αντιφυματικά φάρμακα.

Σημαντικοί παράγοντες για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αποτελούν η γνώση των χαρακτηριστικών του μυκοβακτηριδίου και της συμπεριφοράς των υποπληθυσμών του καθώς και η δραστηριότητα των αντιφυματικών σε αυτούς.

Η απόφαση για έναρξη αγωγής βασίζεται σε κλινικά, εργαστηριακά, απεικονιστικά και επιδημιολογικά κριτήρια έχοντας εξαντλήσει κάθε προσπάθεια για λήψη επαρκούς υλικού για τη διάγνωση και τον έλεγχο ευαισθησίας. Σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, η έναρξη της θεραπείας

γίνεται το συντομότερο δυνατό, πριν την ταυτοποίηση του μυκοβακτηριδίου, με βάση το θεραπευτικό κριτήριο.

Τα πρωτεύοντα αντιφυματικά φάρμακα είναι η ισονιαζίδη, η ριφαμπικίνη, η πυραζιναμίδα και η εθαμβουτόλη και η θεραπεία χωρίζεται στην αρχική φάση και στη συνεχιζόμενη φάση με συνολική διάρκεια 6-9 μήνες. Οι ασθενείς υπό αντιφυματική αγωγή χρήζουν τακτικής κλινικοεργαστηριακής παρακολούθησης για τον έλεγχο πιθανών παρενεργειών από τα αντιφυματικά καθώς και για τον έλεγχο της ανταπόκρισης στην αγωγή.

Στον χώρο των ΤΕΠ καθώς και σε θαλάμους νοσηλείας ασθενών με φυματίωση ή υποψία φυματίωσης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να χρησιμοποιεί μάσκες με κατάλληλες προδιαγραφές. Η νοσηλεία των ασθενών και ιδιαίτερα όσων έχουν θετική άμεση μικροσκοπική εξέταση πρέπει να γίνεται σε απομονωμένο θάλαμο αρνητικής πίεσης με τακτική ανανέωση του αερισμού. Οι οδηγίες για τη διάρκεια της απομόνωσης των ασθενών διαφέρουν από χώρα σε χώρα.

Λέξεις κλειδιά: Φυματίωση, θεραπεία, προσέγγιση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 6976335729

E-mail: stamostsipil@gmail.com

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ: ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΑΠΩΤΕΡΕΣ

Α. Τσιρογιάννη¹, Δ. Καράκαλος², Π. Αγγελιδάκης³, Χ. Τότσικας⁴

¹Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη του Τμήματος Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας,

²Νευρολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος του Νευρολογικού Τμήματος, ³Νευρολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Νευρολογικό Τμήμα, ⁴Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Ε' Παθολογικό Τμήμα - Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο θεραπευτικός ρόλος των μονοκλωνικών αντισωμάτων έχει αυξηθεί κατακόρυφα από τη δεκαετία του 1970 που πρωτοεμφανίστηκαν.

Τα νευρολογικά νοσήματα έχουν δεχθεί μια καταιγίδα από εφαρμογές την τελευταία δεκαετία, με κύριο εκπρόσωπο τα απομυελινωτικά νοσήματα, αλλά και τις πολυνευροπάθειες, τη μυασθένεια και τη μυοπάθεια. Πρόσφατα μονοκλωνικά αντισώματα έχουν λάβει ένδειξη για την αντιμετώπιση της χρόνιας ημικρανίας και για την αναστροφή της δράσης ειδικής αντιπηκτικής αγωγής. Σε πειραματικό στάδιο είναι αγωγή για την αντιμετώπιση της άνοιας.

Είναι σαφές ότι τόσο η χρήση τους όσο και οι παρενέργειες που προκύπτουν από αυτά πρέπει να είναι στον έλεγχο του θεράποντος ιατρού.

Επιπροσθέτως, νευρολογικές παρενέργειες προκύπτουν από την χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων σε μη νευ-

ρολογικές παθήσεις, ανοσολογικού, ρευματολογικού, γαστρεντερολογικού περιεχομένου, που και αυτές θα πρέπει να είναι υπό όψιν του νευρολόγου. Η συγκεκριμένη παρουσίαση συνοψίζει τις τρέχουσες ανάγκες που προκύπτουν για το νευρολόγο, τόσο σε ό,τι αφορά τη χρήση τους ως θεραπεία όσο και τη δυνατότητα αναγνώρισης των παρενεργειών τους που αφορούν το νευρικό σύστημα.

Λέξεις κλειδιά: Μονοκλωνικά αντισώματα, νευρολογικό νόσημα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Π. Αγγελιδάκης

Τηλ.: 6979110562

E-mail: panodiangelo@gmail.com

ΑΝΟΣΙΑΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ SARS-COV-2 ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΕΚΚΡΙΣΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ

Ματθαίος Σπελέτας

Αιματολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Ανοσολογίας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

Η παρούσα πανδημία από τον κορονοϊό SARS-CoV-2 (Corona Virus Disease 2019, COVID-19), αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της σύγχρονης ιατρικής. Ο SARS-CoV-2 είναι ιός μονόκλωνου RNA θετικής πολικότητας (ssRNA), με μεγάλη ομολογία με το γονιδίωμα των ιών SARS-CoV και MERS-CoV. Προσβάλλει τους βλεννογόνους του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού δέντρου, όπου ειδικά στο ρινοφάρυγγα (και ειδικά στους ενήλικες) αφθονεί ο μεμβρανικός αναστολέας του μετατρεπτικού ενζύμου ACE2 (angiotensin-converting enzyme 2). Η σύνδεση της πρωτεΐνης-ακίδα (spike) του ιού με τον ACE2, επάγει την πρωτεολυτική της διάσπαση, με επακόλουθο την είσοδο του ιού στο κύτταρο με ενδοκυττάρωση και τον επακόλουθο πολλαπλασιασμό του. Παράλληλα, λαμβάνει χώρα μια αλυσίδα ανοσιακών απαντήσεων, στην οποία συμμετέχουν κύτταρα και μηχανισμοί τόσο της φυσικής όσο και της ειδικής (προσαρμοστικής) ανοσίας. Σκοπός της ενεργοποίησης του ανοσιακού συστήματος είναι η καταστολή του πολλαπλασιασμού του ιού και της διασποράς του στον οργανισμό, ενώ η παρουσία μνημονικών T και B λεμφοκυττάρων και η παραγωγή αντισωμάτων που αδρανοποιούν τον ιό, παρέχει ανοσία, η διάρκεια της οποίας ωστόσο δεν είναι ακόμη σαφώς καθορισμένη.

Από την έναρξη της πανδημίας, είχε διαπιστωθεί ότι περίπου 80% των ασθενών με COVID-19 παρουσιάζουν ήπια συμπτωματολογία (ήπια καταβολή με πυρετό, καταρροή, βήχα, πιθανώς διάρροιες και ανοσμία), ή και πλήρη απουσία συμπτωμάτων. Ωστόσο, 20% περίπου των ασθενών εμφανίζουν μια ανεξέλεγκτη ανοσιακή απάντηση, με αποτέλεσμα να απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο, όπου 15% χρήζουν κατά κανόνα νοσηλείας σε θαλάμους αρνητικής πίεσης με ανάγκη χορήγησης οξυγόνου λόγω σοβαρής

υποξαιμίας και ανάπτυξης διάχυτης πνευμονικής νόσου, ενώ 5% οδηγούνται σε μονάδες εντατικής θεραπείας λόγω σοβαρής αναπνευστικής δυσχέρειας/ανεπάρκειας. Κλινικά και επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι υπερήλικοι ασθενείς, με ή και χωρίς επιβαρυνόμενο ιατρικό ιστορικό, αποτελούν την πιο ευπαθή ομάδα του πληθυσμού για την ανάπτυξη αναπνευστικής δυσχέρειας και κακής πρόγνωσης της νόσου.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η κακή έκβαση των ασθενών με COVID-19 οφείλεται στην αρχική αδυναμία του ανοσιακού συστήματος να αντιμετωπίσει τη νόσο, γεγονός που οδηγεί (σαν μια ύστατη προσπάθεια εξάλειψης του ιού) σε ένα είδος υπερ-αντιδραστικότητας με υπερέκκριση κυτταροκινών (περιγράφεται ως «καταρράκτης κυτταροκινών», cytokine storm), με αποτέλεσμα την «εξάντληση» του ανοσιακού συστήματος (immune-exhaustion). Είναι συνεπώς προφανές ότι η κατανόηση των ανοσολογικών μηχανισμών είναι καθοριστικής σημασίας για την κατανόηση της παθογένεσης της νόσου, με σκοπό την καλύτερη θεραπευτική της αντιμετώπιση. Βιολογικοί παράγοντες που αναστέλλουν τη δράση φλεγμονωδών κυτταροκινών φάνηκε να έχουν καλά αποτελέσματα σε ορισμένους αρρώστους με δυσμενή πρόγνωση, ενώ η ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων και εμβολίων ελπίζουμε ότι σύντομα θα οδηγήσει σε εξάλειψη της νόσου.

Λέξεις κλειδιά: SARS-COV-2, COVID-19, σύνδρομο υπερέκκρισης κυτταροκινών, ανοσιακό σύστημα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6936644599

E-mail: maspel@med.uth.gr

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ζώης Μέλλιος

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

Η λοίμωξη από τον ιό SARS-CoV-2 μπορεί να συνοδεύεται από πολυσυστηματική προσβολή και έντονη φλεγμονώδη απάντηση του ανοσολογικού συστήματος του ασθενούς. Οι διαδικασίες αυτές επηρεάζουν τη φυσιολογική αιμοποίηση ποικιλοτρόπως, γεγονός που αποτυπώνεται στις εργαστηριακές τιμές της γενικής αίματος, π.χ. λευκοκυττάρωση, λευκοπενία, λεμφοπενία, θρομβοκυττάρωση, θρομβοπενία. Η διέγερση του ανοσολογικού μηχανισμού και η συστηματική φλεγμονώδης αντίδραση σε ασθενείς με COVID-19 έχει ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση και την καταστροφή του ενδοθηλίου, όπως έχει γίνει φανερό τόσο από νεκροτομικές μελέτες, όσο και από την εργαστηριακή μέτρηση παραγόντων που σχετίζονται με αυτές τις διεργασίες, με αποτέλεσμα την απελευθέρωση προπηκτικών ουσιών στην κυκλοφορία και την προσφορά της επιφάνειας πάνω στην οποία ενεργοποιείται ο μηχανισμός της πήξης. Κατά τη λοίμωξη από SARS-CoV-2 μπορεί να υπάρξει αθρόα παραγωγή πρωτεϊνών οξείας φάσης, όπως π.χ. ινωδογόνο, παράγοντας von Willebrand, παράγοντας VIII, οι οποίες σε συνδυασμό με την ύπαρξη άλλων προπηκτικών παραγόντων όπως π.χ. μικροκυστίδια από την κυτταρική καταστροφή, λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια κ.ά. τροφοδοτούν τον μηχανισμό της αιμόστασης, ο οποίος βρίσκεται σε μία κατάσταση που ομοιάζει με Διάχυτη Ενδαγγειακή Πήξη (ΔΕΠ) και που σπάνια μπορεί να λάβει την πλήρη μορφή αυτού του συνδρόμου. Ο αναπόφευκτος περιορισμός της κινητικότητας των νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19 και ο αερισμός με θετική πίεση μειώνει τη φυσιολογική ροή του αίματος. Ο συνδυασμός ενδοθηλιακής βλάβης, υπερπηκτικότητας και στάσης του αίματος μεταφράζεται κλινικά στην εμφάνιση φλεβοθρόμβωσης η συχνότητα της οποίας φάνηκε να είναι

αρκετά αυξημένη στους ασθενείς με COVID-19 και ειδικά στους νοσηλευόμενους σε ΜΕΘ, ήδη από την αρχή της πανδημίας. Οι διαγνωστικές και οι θεραπευτικές πρακτικές για το ζήτημα αυτό δε διαφέρουν σημαντικά από τις παραδοσιακές και βασίζονται στους άξονες της ασφάλειας του ασθενή και της ελαχιστοποίησης της έκθεσης του προσωπικού στον ιό. Τουλάχιστον στους νοσηλευόμενους ασθενείς εφαρμόζονται διάφορες στρατηγικές θρομβοπροφύλαξης σύμφωνα με τις εγχώριες ή τις διεθνείς οδηγίες των επιστημονικών εταιριών, οι οποίες όμως δε στηρίζονται σε δεδομένα τυχαιοποιημένων μελετών, όπως είναι αναμενόμενο σε πρωτόγνωρες καταστάσεις. Τόσο η επιλογή του κατάλληλου αντιπηκτικού φαρμάκου όσο και η διάρκεια για την οποία θα δοθεί αυτό, μερικές φορές αποτελεί σύνθετη απόφαση και συχνά πρέπει να λαμβάνει υπόψη ειδικές παραμέτρους του ασθενή. Στην καθημερινή κλινική πράξη σπανιότερα μπορεί να παρατηρηθούν και άλλες διαταραχές της αιμόστασης, όπως σοβαρή θρομβοπενία, κλασική ΔΕΠ, θρομβοπενία σχετιζόμενη με ηπαρίνη, αλλά και αιμορραγία, περιπλέκοντας ακόμα περισσότερο την κατάσταση των ασθενών αυτών. Προσεχώς αναμένονται τα αποτελέσματα τυχαιοποιημένων μελετών, ώστε να μπορούν να εξαχθούν περισσότερο ασφαλή επιστημονικά συμπεράσματα.

Λέξεις κλειδιά: Φλεβοθρόμβωση, COVID-19, θρομβοπροφύλαξη, αιμόσταση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041725

E-mail: zoismellios@hotmail.com

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ

Ελευθερία Κρανιδιώτη¹, Ανδρέας Παναγόπουλος², Ιωάννης Καλομενίδης³

¹Επικουρικός Ιατρός, ²Ιατρός, Ειδικευόμενος, Γ' Παθολογικό Τμήμα, Μονάδα Νοσηλευόμενων Ασθενών με COVID-19,

³Καθηγητής Πνευμονολογίας, Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακήρυξε τη νόσο COVID-19 ως πανδημία στις 11/03/2020. Το νοσοκομείο μας, υπό τις οδηγίες της Επιτροπής Λοιμώξεων, προχώρησε στις 26/03/2020 στη σύσταση της Μονάδας Νοσηλευόμενων Ασθενών με COVID-19 ως ανεξάρτητο τμήμα και η οποία νοσηλεύει τους ασθενείς σε τρεις πτέρυγες του κτιρίου ΠΑΤΕΡΑ (6Γ, 6Δ, 5Δ). Με την ύφεση της πανδημίας η κλινική διέκοψε τη λειτουργία της ως ανεξάρτητο τμήμα στις 8/5 και επανασυστάθηκε στις 10/9. Οι ειδικευμένοι γιατροί της κλινικής αντλήθηκαν από τις παθολογικές και πνευμονολογικές κλινικές του νοσοκομείου (συμβουλευτικά τοποθετήθηκαν και καρδιολόγοι) και οι ειδικευόμενοι από μία πληθώρα κλινικών του παθολογικού τομέα: καρδιολόγοι, νευρολόγοι, νεφρολόγοι, αιματολόγοι, γαστρεντερολόγοι και δερματολόγοι. Επιπροσθέτως, το τμήμα καλύπτεται από ομάδα ψυχιάτρων και ψυχολόγων, ένεκα της ψυχοπνευστικής κατάστασης της απομόνωσης την οποία βιώνουν οι ασθενείς.

Η κλινική φροντίζει ασθενείς με COVID-19 νόσο αλλά και ασθενείς με άλλα οξεία παθολογικά προβλήματα ή Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια υπό αιμοκάθαρση που είναι (+) στον νέο κορονοϊό. Να σημειωθεί πως SARS-CoV2 (+) χειρουργικοί ασθενείς νοσηλεύονται στις πτέρυγες απομόνωσης και παρακολουθούνται από τις αντίστοιχες χειρουργικές κλινικές εκτός και παρουσιάσουν κλινική νόσο COVID-19.

Οι ασθενείς μας προέρχονται από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), από άλλες κλινικές του νοσοκομείου ή και άλλα νοσοκομεία. Επίσης ασθενείς που προερχόμενοι από το ΤΕΠ ή από άλλα νοσοκομεία/κλινικές νοσηλεύτηκαν αρχικά στη ΜΕΘ και κατόπιν μεταφέρθηκαν σε μας για αποθεραπεία. Οι δεύτεροι δεν περιλαμβάνονται στις παρακάτω αναλύσεις. Κατά το πρώτο κύμα νοσηλεύτηκαν συνολικά 86 ασθενείς, κυρίως Καυκάσιοι, στην πλειοψηφία άνδρες (57,7%) με διάμεση ηλικία τα 60 έτη. Στο δεύτερο κύμα νοσηλεύτηκαν περί τα 800 κρούσματα. Αναλύσαμε τους ασθενείς που εισήχθησαν μέχρι τις 25/10, οι οποίοι είχαν διάμεση ηλικία τα 50 έτη, μικρότερη σε σχέση

με το πρώτο κύμα. Στο δεύτερο κύμα παρατηρήθηκε πως η πλειοψηφία των νοσηλευόμενων ήταν Καυκάσιοι, ωστόσο 20% ανήκαν στην Ινδική φυλή (Ινδία, Πακιστάν, Μπαγκλαντές). Τα υποκείμενα νοσήματα των ασθενών ήταν παρόμοια σε κατανομή και συχνότητα. Τα κυριότερα ήταν η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η νεοπλασία, η χρόνια νεφρική νόσος, και το κάπνισμα με την αρτηριακή υπέρταση να είναι η πιο συχνή. Η κατανομή βαρύτητας κατά WHO επίσης δεν διέφερε ανάμεσα στα δύο κύματα.

Στο πρώτο κύμα εισήχθη στη ΜΕΘ το 20% (14% χρειάστηκε διασωλήνωση). Στο δεύτερο κύμα μεταφέρθηκαν στη ΜΕΘ σημαντικά λιγότεροι ασθενείς (8,2%, $p < 0.05$), και οριακά λιγότεροι (6,2%, $p > 0.05$) χρειάστηκαν διασωλήνωση. Η νοσοκομειακή θνητότητα στο πρώτο και το δεύτερο κύμα ήταν 10,7% και 10% αντίστοιχα.

Η φαρμακοθεραπεία που εφαρμόζουμε ακολουθεί τις διεθνείς και εθνικές οδηγίες, ενώ παράλληλα συμμετέχουμε/διεξάγουμε διεθνείς και ελληνικές κλινικές δοκιμές και μελέτες παρατήρησης. Στο δεύτερο κύμα, εκτός από την αλλαγή στην φαρμακοθεραπεία, υπήρξε εκτεταμένη χρήση συστημάτων οξυγονοθεραπείας υψηλής ροής με ρινική κάνουλα (HFNO), σε ασθενείς με σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια στις πτέρυγες. Η μέθοδος αυτή που κατά το πρώτο κύμα χρησιμοποιήθηκε μόνο σε ΜΑΦ/ΜΕΘ, επέτρεψε την σχετική αποσυμπίεση της ΜΕΘ τις πιο δύσκολες μέρες του δεύτερου κύματος. Για την ευχερή και συνεχή παρακολούθηση των ασθενών, διαφανοποιήθηκε τμήμα των θυρών των θαλάμων και εφαρμόζεται τηλεμετρία.

Λέξεις κλειδιά: COVID-19, απομόνωση, HFNO, θνητότητα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Ι. Καλομενίδης

Τηλ.: 6973887068

E-mail: ikalom@med.uoa.gr

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΤΗ ΜΕΘ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ

Στυλιανός Κόκκορης, MD, PhD

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

Τον Δεκέμβριο του 2019 εμφανίστηκε στην Κίνα ένα νέο στέλεχος κορωνοϊού που προκαλούσε σοβαρή πνευμονία και ονομάστηκε SARS-CoV-2 ή Covid-19. Εξαπλώθηκε ραγδαία με τη μορφή πανδημίας και έχει προκαλέσει μέχρι σήμερα πάνω από 2 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως. Μια σύντομη περιγραφή της πορείας του ιού στην Ελλάδα είναι η ακόλουθη:

- 1ο κρούσμα στην Ελλάδα: 21/02/2020.
- 1ος ασθενής με Covid-19 στη ΜΕΘ του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»: 11/03/2020.
- 16/01/2021: 148.370 κρούσματα στην Ελλάδα.
- 16/01/2021: 5.441 θάνατοι στην Ελλάδα.
- Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα περιγράφονται 2 διακριτά κύματα της πανδημίας: 1ο κύμα: Μάρτιος – Ιούλιος 2020. 2ο κύμα: Αύγουστος 2020 – σήμερα.

Σε αυτή την κατάσταση έκτακτης ανάγκης το ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» ανταποκρίθηκε ως εξής:

Δημιουργία σε χρόνο ρεκόρ 30 άμεσα διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ Covid: Στη ΜΕΘ2 (18 κλίνες) που αποτέλεσε τον βασικό κορμό, προστέθηκε η μονάδα εμφραγμάτων η οποία μετατράπηκε σε ΜΕΘ Covid (και μετονομάστηκε σε ΜΕΘ1: 12 κλίνες). Σε άμεση ετοιμότητα τέθηκε η ΜΑΦ για μετατροπή σε ΜΕΘ Covid (12 κλίνες). Η ΜΕΘ4 εξυπηρέτούσε τις ανάγκες του νοσοκομείου για τα υπόλοιπα περιστατικά (12 κλίνες). Έγιναν μετατάξεις ιατρών από άλλα τμήματα και νοσοκομεία στις ΜΕΘ Covid. Επίσης, έγιναν προσλήψεις νοσηλευτών και ιατρών Εντατικολόγων.

Για την προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα απαιτήθηκαν: η απαγόρευση του επισκεπτηρίου, η απομόνωση των ασθενών για την αποφυγή διασποράς του ιού στο προσωπικό και ο περιορισμός του χρόνου επαφής ασθενών-προσωπικού στο μέτρο του δυνατού. Επίσης, έγιναν χωροταξικές τροποποιήσεις όπως: δημιουργήθηκε χώρος ένδυσης προσωπικού, ο νοσηλευτικός πάγκος με όλα τα monitor και τα φύλλα νοσηλείας των ασθενών τοποθετήθηκε έξω από τους θαλάμους νοσηλείας των ασθενών, ενώ το γραφείο των ιατρών βρισκόταν σε ξεχωριστό 'καθαρό' χώρο. Επίσης, το προσωπικό χρησιμοποιούσε

ειδικό προστατευτικό εξοπλισμό (Personal Protective Equipment-PPE).

Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα των 2 κυμάτων διέφεραν, ανάλογα με τα αποτελέσματα των διαθέσιμων κλινικών μελετών. Πιο συγκεκριμένα:

1° κύμα:

- Hydroxychloroquine
- Kaletra®
- Azithromycin
- Colchicine
- Enoxaparine 40mg × 2 (Υψηλή προστατευτική δόση, λόγω πολύ αυξημένου κινδύνου φλεβοθρόμβωσης)

2° κύμα:

- Remdesivir
- Dexamethasone 6mg ×1
- Famotidine
- Colchicine
- Enoxaparine 40mg × 2

Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν ευρέως οι εξής θεραπευτικές πρακτικές:

- High Flow Nasal Cannula
- Prone position
- Neuromuscular blocking
- Closed suctioning
- Protective ventilation: Ppl<30cmH₂O, ΔP<15cmH₂O, Vt 6-8 ml/Kg PBW, permissive hypercapnia

Μέχρι σήμερα, η συνολική θνητότητα των ασθενών στις Covid ΜΕΘ του νοσοκομείου μας είναι 43% (σε σύνολο 155 ασθενών), ποσοστό συγκρίσιμο ή και καλύτερο από αυτά που έχουν ανακοινωθεί διεθνώς (31-97%).

Λέξεις κλειδιά: Covid-19, SARS-CoV-2, ARDS, ICU, pandemic.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 2132041928

E-mail: skokkoris2003@yahoo.gr

ΙΑΤΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΝΝΑΒΗΣ: ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ

Νεκτάριος Αλεβιζόπουλος¹, Δημήτριος Αλεξανδρής²¹Παθολόγος - Ογκολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Ιατρός, Ειδικευόμενος Παθολογίας, 251 ΓΝΑ

Εισαγωγή: Οι μύθοι είναι συνηθισμένο φαινόμενο στο χώρο της ιατρικής. Αποκυήματα της ανεπαρκούς γνώσης, εξορκισμοί διογκούμενων ασύμμετρων απειλών και φανός της ανάγκης να αποκτήσουμε «οδηγίες χρήσης και κατευθυντήριους άξονες δράσης». Τέτοιο σύνθετο και πολυδιάστατο θέμα, είναι τα τελευταία χρόνια, η απομυθοποίηση και δικαιολόγηση χρήσης ή η αποπομπή της θεραπείας με χρήση φαρμακευτικής κάνναβης.

Η κάνναβη είναι φυτό του γένους των κνιδωδών, περιλαμβάνει ένα μόνο είδος, την Κάνναβη την ήμερη (Cannabissativa) και υπάρχει στη φύση σε εκατοντάδες παραλλαγές. Η κάνναβη περιέχει τουλάχιστον 426 χημικές ενώσεις και περισσότερα από 60 αλκαλοειδή, γνωστά ως κανναβινοειδή. Δύο απ' αυτά έχουν σωματικές και ψυχικές επιδράσεις στον άνθρωπο, με τα υπόλοιπα να θεωρούνται αδρανή:

α) Η Δ9-Τετραυδροκανναβινόλη ή THC, είναι το κύριο δραστικό συστατικό της κάνναβης και εντοπίζεται σε μεγάλες συγκεντρώσεις στα παράνθια φύλλα του θηλυκού φυτού και β) Η Δ8-Τετραυδροκανναβινόλη, που είναι πολύ λιγότερο δραστική από την THC. Τα αποτελέσματα δράσης των κανναβινοειδών οφείλονται κυρίως στην ενεργοποίηση ενδογενών υποδοχέων τους, των CB1 και CB2. Έως σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί πολλές κλινικές μελέτες με διάφορα κανναβινοειδή ή με παρασκευάσματα φυτών σε διάφορες ιατρικές ενδείξεις. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών οδήγησαν σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, στην έγκριση των δυο φαρμάκων που βασίζονται στην κάνναβη, το Dronabinol και το Sativex.

Φαρμακολογία: Η THC (Tetrahydrocannabinol) είναι η ουσία με την μεγαλύτερη ψυχοτρόπο δράση. Δρα ως αγωνιστής στους υποδοχείς κανναβινοειδών αλλά δε στερείται επίδρασης και σε άλλους υποδοχείς όπως της σεροτονίνης. Η CBD (Cannabidiol) έχει αντιεμετικές, νευροπροστατευτικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες, με σύνθετο μηχανισμό δράσης, σε περισσότερους του ενός υποδοχέων. Η CBD στερείται αγωνιστικής δράσης σε υποδοχείς κανναβινοειδών και δεν προκαλεί ψυχοτρόπες δράσεις.

Η κάνναβη φαρμακολογικά έχει τέσσερα σημαντικά πλεονεκτήματα για τη θεραπευτική της δράση:

1. Είναι το πιο ατοξικό από τα διαθέσιμα φάρμακα.

2. Έχει ευρύτατο πεδίο θεραπευτικών εφαρμογών.

3. Δρα μέσω διαφορετικών μηχανισμών από άλλα φάρμακα.

4. Δύναται να συνδυαστεί αποτελεσματικά και με ασφάλεια με άλλα φάρμακα.

Επιστημονικά Δεδομένα Υποστήριξης Χρήσης της Ιατρικής Κάνναβης: Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι έχουν ισχυρό θεραπευτικό ενδιαφέρον. Οι κλινικές μελέτες πραγματοποιούνται με συγκεκριμένες ουσίες της κάνναβης οι οποίες πλέον κυκλοφορούν με τη μορφή φαρμακευτικών σκευασμάτων και έχουν συγκεκριμένα συστατικά. Τα κανναβινοειδή έχουν ελεγχθεί ως προς την αποτελεσματικότητα και ασφάλειά τους και ακολουθώντας εγκριθεί σε αρκετές χώρες για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου από τη χημειοθεραπεία, την ενίσχυση της όρεξης στον HIV και άλλες νόσους, καθώς και αρκετές επιληψίες της παιδικής ηλικίας. Υπάρχουν επίσης αρκετά δεδομένα που δείχνουν ότι η κάνναβη και τα κανναβινοειδή έχουν χρησιμότητα στη διαχείριση του χρόνιου πόνου και της σπαστικότητας των μυών στην πολλαπλή σκλήρυνση. Μέχρι στιγμής υπάρχουν θετικά στοιχεία για νευροπαθητικό πόνο που σχετίζεται με HIV, πολλαπλή σκλήρυνση, όγκους, ρευματικά νοσήματα και ινομυαλγία. Λοιπές ενδείξεις αποτελούν οι διαταραχές λειτουργίας ουροδόχου κύστης, τα τικ στο σύνδρομο Tourette και οι δυσκινησίες στη νόσο του Parkinson που σχετίζονται με τη θεραπεία με Levodopa. Στις υπόλοιπες ενδείξεις τα δεδομένα είναι ανεπαρκή και δεν μπορούν προς το παρόν να αξιολογηθούν. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα, η ιατρική κάνναβη δεν αποτελεί πρώτης ή δεύτερης γραμμής ενδεδειγμένη ή προτεινόμενη θεραπεία για κανένα νόσημα.

Επιστημονικά Δεδομένα Υποστήριξης Μη Χρήσης της Ιατρικής Κάνναβης: Οι σταυροφόροι της απαγόρευσης και του περιορισμού της χρήσης τους επισημαίνουν και υπογραμμίζουν ότι η χρήση της ιατρικής κάνναβης έχει συνδεθεί τόσο με βραχυπρόθεσμους όσο και με μακροπρόθεσμους σημαντικούς και αξιολογικούς κινδύνους. Βραχυπρόθεσμα, η ιατρική κάνναβη μπορεί να προκαλέσει διαταραχές της μάθησης, της μνήμης, της προσοχής, της κρίσης και του συντονισμού, ενώ η μακροχρόνια χρήση συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ψυχιατρικών νόσων και εθισμό, αλλά και επιπλοκές της κύησης. Άλλες πιθανές

ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν ίλιγγο, ναυτία, έμετο, καταστολή, σύγχυση, αποπροσανατολισμό και ψευδαισθήσεις. Όταν η προσλαμβανόμενη δόση υπερβεί το ψυχοτρόπο κατώφλι εμφανίζονται ποικίλες επιδράσεις όπως χαλάρωση, ευφορία, αύξηση της αισθητικής αντίληψης, δυσφορία, άγχος, πανικός, διαταραχές αντίληψης του χρόνου, εξασθένηση μνήμης, ελάττωση ψυχοκινητικής και νοητικής απόδοσης. Σε άτομα με σχετική ευαλωτότητα ή υποκείμενο νόσημα ψυχικής σφαίρας, μπορεί να προκληθεί έξαρση σχιζοφρενικής ψύχωσης ενώ νεαρά άτομα όταν καταναλώνουν κάνναβη έχουν διπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν σχιζοφρένεια σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Μια ήδη υπάρχουσα ψύχωση είναι αντένδειξη της θεραπείας με φαρμακευτική κάνναβη.

Για πολλές από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής κάνναβης αναπτύσσεται ανοχή, ενώ σύνδρομο στέρησης κατά τη διακοπή χρήσης της ιατρικής κάνναβης πρακτικά δε συναντάται, σε αντίθεση με το κάπνισμα κάνναβης. Ιδιαίτερη επισήμανση γίνεται και στο θέμα των αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα που μεταβολίζονται από τα ίδια ένζυμα. Έτσι η συγκέντρωση στο αίμα μερικών αντιψυχωσικών μπορεί να μειωθεί, ενώ μπορεί να μεταβληθούν οι συγκεντρώσεις αντιρετροϊκών ή αντικαρκινικών φαρμάκων. Η παράλληλη λήψη και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών μπορεί να προκαλέσει επιπλέον

κόπωση ή διαταραχές από την ψυχική σφαίρα μη εύκολα ελεγχόμενες. Αθροιστική δράση μπορεί να υπάρξει επιπλέον με μυοχαλαρωτικά, αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα, οι οποίες μπορεί να είναι θεμιτές στη διαχείριση στον χρόνιο νευροπαθητικό πόνο, και τη σπαστικότητα αλλά επιβαρυντικές στην περίπτωση ανάνηψης από ένα χειρουργείο.

Συμπέρασμα: Η θεραπεία με χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης εντάσσεται στην κατηγορία των συμπληρωματικών θεραπειών. Αναμφισβήτητα, η χρήση της, είναι ένα αμφιλεγόμενο θέμα ακόμη στους επαγγελματίες υγείας που συνοδεύεται από ηθικά και κοινωνικά διλήμματα-ερωτήματα και νομικά θέματα χρήσης.

Λέξεις κλειδιά: Φαρμακευτική κάνναβη, ιατρική κάνναβη, φαρμακευτική μαριχουάνα, κανναβιδιόλη, τετραϋδροκανναβινόλη, ενδοκανναβινοειδές σύστημα, ενδοκανναβινοειδή.

Στοιχεία επικοινωνίας:

N. Αλεβιζόπουλος

Τηλ.: 6944868352

E-mail: nalevizopoulos@gmail.com

ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ευσταθία Καμπισιούλη, RN, MSc, PhD

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Υπεύθυνη Διατομεακού Τομέα Μονάδων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση (ΣΝΕ) είναι μία διαδικασία με διάρκεια και στρατηγική που ενισχύει τον νοσηλευτή να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες ανάγκες της σύγχρονης εποχής. Σε ένα συνεχώς εξελισσόμενο και ανταγωνιστικό περιβάλλον η ΣΝΕ αποτελεί επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό με πολλαπλασιαστικά οφέλη για την κοινωνία.

Σκοπός: Η εννοιολογική προσέγγιση του όρου ΣΝΕ, η διερεύνηση της σκοπιμότητας και της αναγκαιότητάς της μέσα σε ένα σύγχρονο, απαιτητικό και διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον.

Αποτελέσματα: Ως ΣΝΕ ορίζεται η εκπαίδευση που λαμβάνει ο νοσηλευτής μετά το τέλος της βασικής επαγγελματικής του κατάρτισης ή οποιασδήποτε πρόσθετης μετεκπαίδευσης. Πρόκειται για μια διαδικασία διά βίου ανασύνθεσης των γνώσεων, με αφετηρία τη λήψη του βασικού πτυχίου. Η ανάγκη των νοσηλευτών για Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση χρονολογείται από το 1950, επιστημονικά όμως άρχισε να διερευνάται από τη δεκαετία του 1980 με αποκορύφωμα το διάστημα 1988-1995. Στην Ελλάδα, η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση είναι μια διαδικασία που άρχισε να μελετάται από το 1990. Η φιλοσοφία της είναι να ενθαρρύνει τους νοσηλευτές να αναζητούν οι ίδιοι την νέα γνώση, εντάσσοντας τη διαδικασία αυτή στον νοσηλευτικό τους ρόλο και αναπτύσσοντας «κουλτούρα» διά βίου εκπαίδευσης. Ο σύγχρονος νοσηλευτής οφείλει να μαθαίνει συνεχώς. Η συμμετοχή του σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και η δίψα του για μάθηση αποτελούν τα ειδοποιά γνωρίσματα της αυξημένης επαγγελματικής του συνείδησης. Μέσα από τη συνεχιζόμενη εκπαιδευτική διαδικασία διευρύνει τους επαγγελματικούς του ορίζοντες, αναπτύσσει νέες δεξιότητες, αποκτά σύγχρονες γνώσεις και εξασφαλίζει επαγγελματική αυτονομία και αυτοπεποίθηση. Βασικός σκοπός της ΣΝΕ είναι η βελτίωση των γνώσεων, η επαγγελματική ανάπτυξη, η ενδυνάμωση και η αυτονομία. Τα οφέλη που κομίζει η ΣΝΕ είναι πολλαπλά, τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για τους αρμόδιους φορείς. Η ΣΝΕ σχετίζεται άμεσα με

τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και με την ενίσχυση της ασφάλειας στο χώρο εργασίας. Η ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων βοηθά στη μείωση του εργασιακού άγχους και στην εμφάνιση λιγότερων επαγγελματικών ατυχημάτων και λαθών. Επιπρόσθετα, οι άρτια εκπαιδευμένοι νοσηλευτές επιδεικνύουν αυξημένη αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα, καλύτερη συνεργασία, αυτοπεποίθηση, και υψηλότερο βαθμό επαγγελματικής και προσωπικής ικανοποίησης. Προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των νοσηλευτών σε δραστηριότητες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης είναι η διάθεση για προσωπική ανάπτυξη, η ύπαρξη κινήτρων αλλά και η πρακτική διευκόλυνση και ηθική ενθάρρυνση από όλα τα επίπεδα της Νοσηλευτικής Διοίκησης. Ο προσανατολισμός στα κίνητρα είναι υψίστης σημασίας και περιγράφεται ως ο σημαντικότερος παράγοντας που ωθεί κάποιον να συμμετέχει σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Τα κίνητρα έχουν σχέση με τις αντιλήψεις και τις αξίες του ατόμου αλλά και με τις προσδοκίες που έχει από το επάγγελμα του. Εκτός από την έλλειψη κινήτρων όμως υπάρχουν και φραγμοί όπως η έλλειψη πληροφόρησης, η υποστέλεχωση των νοσηλευτικών μονάδων, η έλλειψη ενθάρρυνσης από τη διοίκηση, το υψηλό κόστος, οι οικογενειακές υποχρεώσεις, η απόσταση και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου.

Συμπεράσματα: Η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση αποτελεί την αναγκαία συνθήκη για την επαγγελματική ανάπτυξη, ενδυνάμωση και αυτονομία των νοσηλευτών και απαραίτητη προϋπόθεση για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση, διά βίου εκπαίδευση, Επαγγελματική ανάπτυξη, κίνητρα συμμετοχής.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 6976441243

E-mail: efikamp@yahoo.gr

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Μαρία Παρίση, MSc, PhD

Νοσηλεύτρια Π.Ε., Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Είναι γεγονός πως η ραγδαία επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος έχει επιφέρει πολλές αλλαγές ακόμη και στο χώρο της Νοσηλευτικής. Σε ένα διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον η ανάγκη για Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας. Οι σύγχρονες ανάγκες απαιτούν νοσηλευτές με περισσότερη γνώση, καλύτερη εκπαίδευση και νέες τεχνικές και δεξιότητες κάτι το οποίο δεν μπορεί εύκολα να καλυφθεί κατά τη διάρκεια των βασικών σπουδών τους. Ο κλινικός χώρος από την άλλη είναι ένα πολύπλοκο περιβάλλον μάθησης που συχνά προκαλεί αισθήματα πίεσης και άγχους σε νέους συναδέλφους.

Αυτό το κενό ανάμεσα στη νοσηλευτική θεωρία και την κλινική πρακτική έρχεται να καλύψει ο θεσμός του κλινικού εκπαιδευτή. Σκοπός αυτού του θεσμού είναι η συμβολή του στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση μέσω της δημιουργίας δικτύων ατόμων που μπορούν να μεταφέρουν τη γνώση και να επικαιροποιούν την πρακτική. Ο θεσμός του κλινικού εκπαιδευτή είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος σε προηγμένα κράτη και στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας, τη μείωση του χρόνου προσαρμογής για την ανάληψη καθηκόντων νεοπροσλαμβανόμενου ή μετακινούμενου προσωπικού, την εφαρμογή και αξιολόγηση πρωτοκόλλων κλινικής πρακτικής και την εκπαίδευση των νοσηλευτών που παρακολουθούν προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων ή εξειδικεύσεων καθώς και των φοιτητών κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους άσκησης.

Ιδανικός για τη κάλυψη αυτού του ρόλου δεν είναι άλλος

από τον κατάλληλα εκπαιδευμένο - έμπειρο νοσηλευτή ο οποίος, πέρα από τη θεωρητική κατάρτιση και κλινική εμπειρία στο αντικείμενο που στοχεύει η εκπαιδευτική διαδικασία, διαθέτει ικανότητα έκφρασης και μετάδοσης της νοσηλευτικής γνώσης, δύναμη να παρακινεί το ενδιαφέρον του εκπαιδευόμενου, ηγετικές ικανότητες και ερευνητικό πνεύμα.

Η εκπαίδευση στον κλινικό χώρο δεν είναι εύκολη υπόθεση. Η λειτουργία αυτού του θεσμού απαιτεί ορισμένες συνθήκες. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε Νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και η διαρκής συνεργασία του Κλινικού Εκπαιδευτή με τη Διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, τον/την Προϊστάμενο/-η του κάθε τμήματος και το Γραφείο Εκπαίδευσης.

Λαμβάνοντας υπόψη τις εξελίξεις που έχουν προκύψει στις Υπηρεσίες Υγειονομικής Περίθαλψης, την ταχεία αύξηση των νέων πληροφοριών και τις σύγχρονες ανάγκες για συνεχή εκπαίδευση είναι προφανές πως η επιλογή και η εκπαίδευση κατάλληλων Κλινικών Εκπαιδευτών είναι περισσότερο ανάγκη παρά πολυτέλεια.

Λέξεις κλειδιά: Κλινικός Εκπαιδευτής, Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση, Νοσηλευτική θεωρία, Κλινική πρακτική.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041210

E-mail: mairylo83@gmail.com

Η ΥΨΗΛΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΣΗ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΚΟΙΤΑΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ JOHNS HOPKINS ΤΩΝ ΗΠΑ

Γεώργιος Σιδηράς, RN, MSc, PhD

Νοσηλεύτης Τ.Ε., Προϊστάμενος της Μονάδας Εμφραγμάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο υψηλός ρυθμός μεταβολής των γνώσεων και των χρησιμοποιούμενων τεχνολογιών στη νοσηλευτική επιστήμη, ο μεγάλος βαθμός εξειδίκευσης και τέλος η κρισιμότητα των αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν από τις οποίες εξαρτώνται ανθρωπινές ζωές, απαιτούν νοσηλευτές με υψηλά ακαδημαϊκά και κλινικά προσόντα, με αναπτυγμένη κριτική σκέψη και αυξημένη προσαρμοστικότητα στις γρήγορες αλλαγές που παρατηρούνται στο χώρο της υγείας.

Παραδοσιακά την νοσηλευτική εκπαίδευση συνθέτει ο συνδυασμός διαλέξεων με κλινική εκπαίδευση με στόχο την ικανότητα για την αυτόνομη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Τα τελευταία χρόνια με την πρόοδο της πληροφορικής καθίσταται εφικτή η εκπαίδευση με προπλάσματα προσομοίωσης υψηλής αξιοπιστίας (High fidelity simulation – HFS).

Η HFS αποτελεί μια βιωματική, διαδραστική διαδικασία μάθησης βασισμένη κυρίως σε κλινικά σενάρια. Για την εφαρμογή της είναι απαραίτητα προπλάσματα (ολόκληρου ανθρώπινου σώματος) με δυνατότητες αληθοφανούς αξιολόγησης λειτουργιών σχετικά με το αναπνευστικό, κυκλοφορικό, πεπτικό, ουροποιητικό, νευρολογικό σύστημα καθώς και διαισθητικές λειτουργικές πλατφόρμες λογισμικού που παρέχουν ευέλικτη διαχείριση των παραμέτρων του ασθενούς, ολοκληρωμένη καταγραφή δεδομένων και πράξεων, ενώ όλα αυτά καταγράφονται οπτικοακουστικά. Στα προπλάσματα αυτά υπάρχει η δυνατότητα χορήγησης υγρών, φαρμάκων, οξυγόνου, καθώς και η εφαρμογή παρεμβάσεων νοσηλευτικών πράξεων. Είναι δυνατή η εξάσκηση στη νοσηλευτική αξιολόγηση ασθενούς, στην κλινική αντικειμενική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση, επίκρουση, ακρόαση). Ο εκπαιδευτής θέτει σε γνώση του εκπαιδευόμενου τις επιθυμητές μεταβλητές (ένα πλήρες σενάριο) και αξιολογεί τον εκπαιδευόμενο από τον τρόπο διαχείρισης αλλά και το τελικό αποτέλεσμα της έκβασης του ασθενούς.

Η HFS βρίσκει εφαρμογή σήμερα στην εκπαίδευση σε προπτυχιακό, μεταπτυχιακό και διδακτορικό επίπεδο, σε προγράμματα εισαγωγής νεοπροσληφθέντων νοσηλευτών, στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού, σε προγράμματα πιστοποίησης, στην αναβάθμιση των ικανοτήτων και των γνώσεων του νοσηλευτικού προ-

σωπικού καθώς και στην αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Βασικοί στόχοι της HFS αποτελούν η ενίσχυση των θεωρητικών γνώσεων και των δεξιοτήτων, η βελτίωση της κριτικής σκέψης και τέλος η ικανοποίηση του εκπαιδευόμενου.

Σε μια σειρά μελετών έχουν καταγραφεί τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής της HFS στη συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση. Αυτά είναι η ασφάλεια του ασθενούς και του εκπαιδευόμενου, η αποτελεσματική διαχείριση κρίσιμων καταστάσεων πριν εμφανιστούν στο κλινικό περιβάλλον, η ενίσχυση της κριτικής σκέψης και της ικανότητας για επικοινωνία και διεπιστημονική συνεργασία. Επίσης βοηθάει στην ανάπτυξη ηγετικών ικανοτήτων ενώ στην εφαρμογή της δεν υπάρχουν ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα όπως είναι η ασφάλεια του ασθενούς, το δικαίωμα του επαγγελματία για εκπαίδευση, το ιατρικό απόρρητο και η εμπιστευτικότητα. Σαν μειονεκτήματα αυτής έχουν αναφερθεί το υψηλό κόστος, η δυσκολία συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων, ο μεγάλος χρόνος που απαιτείται τόσο για την προετοιμασία των εκπαιδευτών όσο και για την εκπαιδευτική διαδικασία και τέλος η περιορισμένη διαδραστικότητα μεταξύ των εμπλεκόμενων.

Η εφαρμογή της HFS στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» και η αναβάθμιση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας μέσω αυτής ήταν ο σκοπός της επίσκεψης στις εκπαιδευτικές δομές του Νοσοκομείου και της Νοσηλευτικής σχολής του Johns Hopkins στη Βαλτιμόρη των ΗΠΑ τον Μάρτιο του 2019. Η επίσκεψη έγινε στα πλαίσια δωρεάς του Ιδρύματος «Σταύρος Νιάρχος» για την ενίσχυση του νοσηλευτικού τομέα. Η επίσκεψη καθώς και τα αποτελέσματα αυτής παρουσιάζονται σε αυτή τη διάλεξη.

Λέξεις κλειδιά: Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση, υψηλής αξιοπιστίας προσομοίωση, κλινική εκπαίδευση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 6947832131

E-mail: gsdiras@yahoo.gr

Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΣ: ΤΑΞΙΔΙ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΡΙΖΕΣ ΜΑΣ ΜΕΣΩ ΣΠΑΝΙΟΥ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ-ΝΤΟΚΟΥΜΕΝΤΩΝ

Δημήτριος Χ. Πιστόλας, RN, MSc, PhD

Νοσηλεύτης Τ.Ε., Προϊστάμενος Διεύθυνσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Την εποχή που οι γυναίκες δεν αναμιγνύονταν με συλλόγους και σωματεία εξήντα δύο κυρίες των Αθηνών κατά το 1872 αποτέλεσαν τον πυρήνα του πρώτου γυναικείου σωματείου της Ελλάδος ή μάλλον της Ανατολής «του Συλλόγου Κυριών υπέρ της Γυναικείας Παιδείσεως».

Κύριος σκοπός του σωματείου ήταν η σύσταση σχολείων για άπορα κορίτσια, η έκδοση διδακτικών βιβλίων, η ίδρυση εργαστηρίων ραπτικής, υφαντουργίας καθώς και η μόρφωση νοσοκόμων.

Στους σκοπούς του συλλόγου όπως αναφέραμε ήταν και η εκπαίδευση γυναικών νοσοκόμων λόγω της παντελούς έλλειψης μορφωμένων αδελφών νοσοκόμων. Η πραγματοποίηση όμως αυτού του σκοπού δεν ήταν εύκολη επειδή δεν υπήρχε η απαραίτητη χρηματοδότηση. Τρία χρόνια μετά τη σύσταση του συλλόγου το 1875 και με τη συνδρομή της Βασ. Όλγας συγκεντρώθηκε το χρηματικό ποσό για την ίδρυση της πρώτης σχολής Νοσοκόμων στην Ελλάδα, το «Νοσοκομικόν Παιδευτήριον» το οποίο τέθηκε υπό την προστασία της Βασίλισσας. Πρώτη πρόεδρος ορίστηκε η Κα Παπαρρηγοπούλου.

Η Βασ. Όλγα πεισθείσα ότι η μόρφωση των αδελφών νοσοκόμων της σχολής χρειάζεται νοσοκομείο, τότε μάλιστα που η νοσηλεία ήταν άγνωστη στην Ελλάδα, ιδρύει για το σκοπό αυτό τον πυρήνα του σημερινού μεγάλου νοσοκομείου «Ευαγγελισμός».

Ο Ευαγγελισμός μάλιστα αποτελεί το μοναδικό ίσως νοσοκομείο στον κόσμο που ιδρύθηκε για την εκπαίδευση Αδελφών Νοσοκόμων.

Η ανέγερση του κτηρίου πραγματοποιήθηκε με χρηματικές δωρεές και σύμφωνα με σχέδιο του αρχιτέκτονα Αναστάση Θεοφίλα.

Το οικόπεδο στο οποίο ανεγέρθηκε ο Ευαγγελισμός ήταν δωρεά της Μονής Πετράκη, ήταν μάλιστα γήπεδο έκτασης 30.000 περίπου πήχων. Στο κέντρο του δωρητηρίου του γηπέδου της Μονής Πετράκη αναφέρεται: «*προς ίδρυση εν τω γηπέδω τούτω.....ανεγερθησομένου θεραπευτηρίου προορισμένου κυρίως προς μόρφωσιν νοσοκόμων γυναικών*».

Η ανέγερση του θεραπευτηρίου έγινε με τη βοήθεια του κράτους, πολλών Ελλήνων φιλόνητων, με επικεφαλής τον Εθνικό Ευεργέτη Ανδρέα Συγγρό, καθώς και με χρήματα του ξαδέλφου της Βασ. Όλγας και τότε αυτοκράτορα της Ρωσίας Αλέξανδρου του Γ'.

Η βασίλισσα Όλγα ζήτησε από τη διάδοχό της Σοφία να αναλάβει υπό την προστασία της και να προστατεύσει τον Ευαγγελισμό «από πάσης αναμίξεως της Πολιτείας και των Δημοτικών Αρχών, εν τη διοικήσει αυτού και τη διαχείριση της περιουσίας του»

Το θεραπευτήριο Ευαγγελισμός ιδρύθηκε 25 Μαρτίου του 1884, τρία χρόνια ακριβώς μετά τον θεμέλιο λίθο του, ήταν ένα συγκρότημα τριών διώροφων οικοδομημάτων. Η κύρια είσοδος βρισκόταν στο κεντρικό κτήριο. Δύο στοές, δεξιά και αριστερά του κεντρικού κτηρίου οδηγούσαν αντίστοιχα σε δύο πτέρυγες την ανατολική και τη δυτική.

Στις 16 Απριλίου το 1884 άρχισαν να λειτουργούν οι δύο πρώτες κλινικές με 48 κλίνες: η παθολογική με διευθυντή τον παθολόγο Νικόλαο Μακκά και η Χειρουργική υπό τη διεύθυνση του οφθαλμιάτρου - χειρουργού Ιουλίου Γαλβάνη. Στο θεραπευτήριο υπήρχε επίσης ένα χειρουργείο, το 1885 λειτούργησε η ανατολικομεσημβρινή πτέρυγα Ανδρέα Συγγρού. οι συνολικές κλίνες έφτασαν τις 95.

Ο πρώτος ασθενής του θεραπευτηρίου έκανε εισαγωγή στις 16 Απριλίου του 1884, ήταν ο μαθητής ηλικίας 10 ετών Γεώργιος Ζιζάκος και εισήχθη στην χειρουργική κλινική. Έλαβε εξιτήριο στις 3 Μαΐου τελείως ιαθείς.

Ο πρώτος θάνατος ασθενούς σημειώθηκε στις 4 Ιουλίου του 1884, ήταν η Ζαμπέτα Κούντζουλα 17 ετών είχε κάνει εισαγωγή στις 19 Απριλίου του 1884 με διάγνωση «Χοιράδωσις προκεχωρημένη» Νοσηλεύτηκε συνολικά για 75 ημέρες στην παθολογική κλινική στην αίθουσα Αγίας Όλγας και στο υπ' αριθ. Κρεβάτι 2.

Ο Ευαγγελισμός από την ίδρυση του το 1884 ενισχύθηκε από απλούς και σημαντικούς ευεργέτες. Μερικοί από τους σημαντικότερους ήταν ο Ανδρέας Συγγρός και ο Δημήτριος Θεοδωρίδης και αντίστοιχα οι πτέρυγες που έγιναν με την βοήθεια τους πήραν και το όνομά τους.

Στο πέρασμα του χρόνου με τη βοήθεια μεγάλων ευεργετών ο Ευαγγελισμός έφτασε στη σημερινή του μορφή. Αποτελούσε και συνεχίζει να αποτελεί στολίδι του συστήματος υγείας τόσο λόγω του σύγχρονου ιατροτεχνολογικού του εξοπλισμού όσο και του άρτια εκπαιδευμένου προσωπικού του.

Λέξεις κλειδιά: Νοσοκομικόν Παιδευτήριο, μόρφωση νοσοκόμων, θεραπευτήριο Ευαγγελισμός.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2107205800, 6945558254

E-mail: pistolasdim@gmail.com

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ, ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΩΝ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Νικόλαος Ρουκουνάκης

Χειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Α' Χειρουργικό Τμήμα - Μ.Μ.Ο., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η κυριότερη επιπλοκή στην χειρουργική των ενδοκρινικών παθήσεων του τραχήλου είναι η κάκωση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου και ιδιαίτερα η αμφοτερόπλευρη κάκωση αυτού.

Στην παρούσα ομιλία θα αναφερθούν οι βασικές αρχές της νευροπαρακολούθησης, τα είδη των βλαβών που μπορούν να διαπιστωθούν κατά την διάρκεια της εφαρμογής της και οι συνεισφορά της στην αλλαγή της διεγχειρητικής χειρουργικής προσέγγισης των ενδοκρινικών παθήσεων του τραχήλου.

Η διεγχειρητική αναγνώριση και παρασκευή του εν λόγω νεύρου, δεν εξασφαλίζει από μόνη της την λειτουργία του μετά το πέρας του χειρουργείου.

Η διεγχειρητική νευροπαρακολούθηση μπορεί να συνεισφέρει στην εντόπιση και κυρίως στην εκτίμηση της λειτουργικής ακεραιότητας του νεύρου, τόσο κατά την διάρκεια της επέμβασης, όσο και πριν την αφύπνιση του ασθενούς.

Η εφαρμογή της πρέπει να διέπεται από καθορισμένο πρωτόκολλο που περιλαμβάνει προεγχειρητική λαρυγγοσκόπηση, διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου πριν την σύστοιχη λοβεκτομή ή παραθυροειδεκτομή, διέγερση του σύστοιχου παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου καθώς και του άνω λαρυγγικού νεύρου.

Δύο παράμετροι είναι καθοριστικής σημασίας για τη σωστή εκτίμηση της λειτουργίας του νεύρου, η ένταση της διέγερσης και ο λανθάνων χρόνος.

Οι αρχικές τιμές που λαμβάνονται συγκρίνονται με τις τελικές μετά το πέρας της λοβεκτομής διασφαλίζοντας έτσι τη λειτουργική και όχι μόνο την ανατομική ακεραιότητα του νεύρου.

Η απώλεια σήματος ή η ελάττωση του κάτω από το 50% της αρχικής καταγραφής καταδεικνύει απώλεια κινητικότητας της σύστοιχης φωνητικής χορδής, επιβάλλοντας την αναστολή της εκτομής του ετέρου λοβού, αποφεύγοντας έτσι την δυνητική αμφοτερόπλευρη βλάβη που θα οδηγήσει σε λειτουργική απόφραξη της αναπνευστικής οδού.

Είναι βιβλιογραφικά αποδεδειγμένο ότι η χρήση της νευροδιέγερσης ελαττώνει τα ποσοστά κάκωσης των λαρυγγικών νεύρων.

Λέξεις κλειδιά: Νευροδιέγερση, θυρεοειδεκτομή, παραθυροειδεκτομή, λαρυγγικά νεύρα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932325989

E-mail: nicrouk@hotmail.com

Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΥ

Θεοδώρα Στρατηγού

Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ., Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης
Σπάνιων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί τη σύγχρονη μάστιγα του Δυτικού κόσμου. Στις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικάνικης αλλά και της Ευρωπαϊκής Ενδοκρινολογικής εταιρίας αυτό που τονίζεται ιδιαίτερα είναι ότι η προσέγγιση του διαβητικού ατόμου πρέπει να είναι ασθενοκεντρική και η αντιμετώπιση του ολιστική. Σκοπός του θεράποντα είναι η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής που εκτός από τη γλυκαιμική ρύθμιση στοχεύει και στη μείωση του καρδιακού αλλά και του νεφρικού κινδύνου. Πρώτη θεραπευτική επιλογή εξακολουθεί να είναι η μετφορμίνη. Ωστόσο ανεξάρτητα από τη γλυκαιμική ρύθμιση, με κριτήριο το εάν ο ασθενής έχει είτε εγκατεστημένη καρδιακή νόσο είτε αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, θα πρέπει να επιλέγονται συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων όπως οι αναστολείς SGLT2 ή τα ανάλογα GLP-1. Σε άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια ή χρόνια νεφρική νόσο και με επιτρεπτή τιμή GFR προτείνεται η χορήγηση αναστολέων SGLT2 (μετά τη μετφορμίνη), λόγω αποδεδειγμένης καρδιο-νεφροπροστασίας. Πρόσφατες μελέτες τόσο καρδιαγγειακών

αλλά και νεφρικών εκβάσεων υποστηρίζουν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της εμπαγλιφλοζίνης, της νταπαγλιφλοζίνης και της καναγλιφλοζίνης στη θεραπεία διαβητικών. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η έναρξη αγωγής με τα φάρμακα της κατηγορίας γίνεται με $GFR \geq 60$ και επιτρέπεται η συνέχισή τους έως και $GFR \geq 45$. Σπάνια αλλά εξαιρετικά επικίνδυνη επιπλοκή χορήγησής τους είναι η ευγλυκαιμική οξέωση. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και αποφυγή χορήγησης σε άτομα μεγάλης ηλικίας με ινσουλινοπενία, όχι επαρκώς ενυδατωμένα. Επιπλέον υπάρχει σύσταση για διακοπή τους τουλάχιστον 24 ώρες πριν τη διενέργεια χειρουργείου.

Λέξεις κλειδιά: Διαβήτης, καρδιαγγειακή νόσος, νεφρική νόσος, αναστολείς SGLT2.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 2132041258

E-mail: theodorastratigou@yahoo.gr

Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ

Ναταλία Ζιμπουνούμη*Ιατρός, Ειδικευόμενη στο Καρδιολογικό Τμήμα Β', Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

Από το 2015, οπότε και ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα της EMPA-REG, φάνηκε ότι οι αναστολείς SGLT-2 υπερτερούν σε σχέση με το placebo όχι μόνο στον γλυκαιμικό έλεγχο αλλά και στην μείωση του καρδιαγγειακού θανάτου (~38%) και των νοσηλείων λόγω καρδιακής ανεπάρκειας (~35%), σε ασθενείς με ΣΔ τύπου II και τεκμηριωμένη καρδιαγγειακή νόσο. Έκτοτε έχουν δημοσιευθεί τρεις επιπλέον μελέτες (CANVAS Program, CREDENCE, DECLARE-TIMI 58) που υποστηρίζουν αυτά τα αποτελέσματα.

Η μείωση του αριθμού νοσηλείων λόγω καρδιακής ανεπάρκειας στην ομάδα των ασθενών που τέθηκε σε εμπαιγμολοζίνη δεν φάνηκε να σχετίζεται με την αντιδιαβητική/μεταβολική της δράση καθώς παρουσιάστηκε στα πολύ αρχικά στάδια παρακολούθησης των ασθενών. Επιπλέον η συνολική μείωση της HbA1c στην ομάδα που έλαβε εμπαιγμολοζίνη έναντι placebo, ήταν μικρή (~0.4%). Αυτό το γεγονός δημιούργησε ερωτηματικά ως αναφορά τον πιθανό παθοφυσιολογικό μηχανισμό δράσης των SGLT-2, αλλά και το κατά πόσον θα μπορούσαν να αποτελέσουν θεραπευτικό όπλο για την καρδιακή ανεπάρκεια ανεξαρτήτως συνύπαρξης ΣΔ.

Για να απαντηθεί αυτό το ερώτημα, διενεργήθηκαν δύο επιπλέον τυχαιοποιημένες, placebo-controlled μελέτες, η DAPA-HF (Dapagliflozin and prevention of Adverse Outcomes in Heart Failure, n=4744) και η EMPEROR-Reduced (Empagliflozin Outcome Trial in Patients with Chronic Heart Failure with Reduced Ejection Fraction, n=3730). Σε αυτές συμπεριλήφθηκαν διαβητικοί και μη διαβητικοί ασθενείς με τεκμηριωμένη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (<40%). Και στις δύο μελέτες οι ασθενείς λάμβαναν ήδη βέλτιστη αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας (ACEinhibitors, β-blocker, MRA, ARNI, CRT) αλλά στην EMPEROR συμμετείχαν ασθενείς με συγκριτικά χαμηλότερο κλάσμα εξώθησης, μεγαλύτερη μέση τιμή NT-proBNP και χαμηλότερο eGFR. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν ο καρδιαγγειακός θάνατος ή η επιδείνωση της καρδιακής ανεπάρκειας (οριζόμενη ως ανάγκη νοσηλείας στην EMPEROR και ως ανάγκη νοσηλείας ή επείγουσας επίσκεψης για ενδοφλέβια διουρητική αγωγή στην DAPA-HF). Παρόλη τη διαφορά στα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών των δύο μελετών, υπάρχει συμφωνία στα αποτελέσματα τους: η χρήση αναστολέων SGLT-2 μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακού θανάτου (μείωση κατά 8% στην EMPEROR και κατά 18% στην DAPA-HF) και

τον κίνδυνο επιδείνωσης καρδιακής ανεπάρκειας (μείωση 31% στην EMPEROR και 30% στην DAPA-HF), τόσο σε διαβητικούς όσο και σε μη διαβητικούς ασθενείς.

Η καρδιακή ανεπάρκεια και η χρόνια νεφρική νόσος συχνά συνυπάρχουν όχι μόνο λόγω κοινών παραγόντων κινδύνου αλλά και παθοφυσιολογικών μηχανισμών. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η καρδιακή δυσλειτουργία μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική δυσλειτουργία, και το αντίστροφο. Στις EMPEROR και DAPA-HF, η επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας αποτελούσε δευτερογενές καταληκτικό σημείο. Και στις δύο φάνηκε ότι οι αναστολείς SGLT-2 μειώνουν τον ρυθμό επιδείνωσης του eGFR, αν και αυτό αποτυπώθηκε με στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φάρμακο και το placebo μόνο στην EMPEROR. Μία επιπλέον μελέτη, η DAPA-CKD (Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease, n=4303), εξέτασε την επίδραση της δαπαγλιφλοζίνης σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ανεξαρτήτως συνύπαρξης ΣΔ (και καρδιαγγειακής νόσου επίσης). Η μελέτη τερματίστηκε πρόωρα, καθώς φάνηκε νωρίς ότι η δαπαγλιφλοζίνη υπερτερεί έναντι του placebo στην μείωση του κινδύνου για επιδείνωση του eGFR, για νεφρική νόσο τελικού σταδίου και θάνατο οφειλόμενο σε νεφρικά ή καρδιαγγειακά αίτια.

Ο ακριβής παθοφυσιολογικός μηχανισμός δράσης των αναστολέων SGLT-2 στο καρδιαγγειακό και νεφρικό σύστημα παραμένει αντικείμενο συζητήσεων και ερευνών. Εκτός από τη νατριούρηση και την αιμοδυναμική δράση τους στην αριστερή κοιλία και το νεφρικό σπείραμα, έχουν γίνει διάφορες υποθέσεις για την επίδραση τους στον μυοκαρδιακό μεταβολισμό, την ανταλλαγή ιόντων, την ίνωση, τις αδιποκίνες και την αγγειακή λειτουργία.

Εν ολίγοις, αναμένεται να διευκρινιστούν αρκετά ακόμα όσον αφορά την δράση των SGLT-2, αλλά τα στοιχεία που έχουμε προς το παρόν συνηγορούν στο ότι δεν αποτελούν αμιγώς αντιδιαβητικά φάρμακα, αλλά και θεραπευτικά εργαλεία για ασθενείς με καρδιαγγειακή και νεφρική νόσο.

Λέξεις κλειδιά: Αναστολείς SGLT-2, καρδιακή ανεπάρκεια, DAPA-HF, EMPEROR-REDUCED, DAPA-CKD.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6976323975

E-mail: nanapnz@hotmail.com

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΜΥΕΛΟΓΕΝΟΥΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ: DOES ONE SIZE FIT ALL IN 2021?

Δήμητρα Οικονομοπούλου¹, Βασιλική Μπαμπαλή², Μαρία Παγώνη³

¹Αιματολόγος, Επικουρική Ιατρός, ²Ειδικευόμενη Ιατρός, ³Αιματολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Αιματολογική και Λεμφωμάτων Κλινική, ΜΜΜΟ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η Οξεία Μυελογενής Λευχαιμία (ΟΜΛ) περιγράφηκε για πρώτη φορά πριν από 160 χρόνια. Από τότε έχει συντελεστεί τεράστια πρόοδος στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας, αλλά και της μοριακής ετερογένειας του νοσήματος. Ωστόσο, η εφαρμογή των πληροφοριών αυτών στην καθημερινή κλινική πράξη είναι δύσκολη, με αποτέλεσμα να μην είναι εξίσου εντυπωσιακή η πρόοδος στη θεραπευτική αντιμετώπιση, και η βελτίωση της έκβασης των ασθενών. Για πάνω από 4 δεκαετίες, η αρασιτίνη, και η ανθρακυκλίνη, αποτέλεσαν τα μοναδικά όπλα στη φαρέτρα μας για την αντιμετώπιση της ΟΜΛ. Η καλύτερη περιγραφή των κυτταρογενετικών αρχικά, και των μοριακών χαρακτηριστικών αργότερα, οδήγησαν σε καλύτερη ταξινόμηση του νοσήματος, και σε συνδυασμό με την παράλληλη πρόοδο στις μεταμοσχεύσεις, και την καλύτερη υποστηρικτική αγωγή, τα αποτελέσματα για τους ασθενείς με ΟΜΛ βελτιώθηκαν. Μάλιστα σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως συμβαίνει στην Οξεία Προμυελοκυτταρική Λευχαιμία, η θεραπεία έχει στόχο το μοριακό παθογενετικό αίτιο του νοσήματος, κάνοντας έτσι δυνατή την ίαση αυτού του νοσήματος χωρίς κυτταροτοξική θεραπεία. Σε ό,τι αφορά την ΟΜΛ, μετά από δεκαετίες θεραπείας με το κλασικό σχήμα «3+7», φαίνεται πως μπαίνουμε πλέον στην εποχή των στοχευμένων θεραπειών.

Η ΟΜΛ αποτελεί κλωνική διαταραχή του αιμοποιητικού στελεχιαίου κυττάρου, και χαρακτηρίζεται από επίκτητες γενετικές και επιγενετικές βλάβες, που οδηγούν σε αναστολή της διαφοροποίησης, και ανεξέλεγκτη ανάπτυξη, καθώς και συσσώρευση λευχαιμικών βλαστών στο αίμα, και στον μυελό των οστών. Η γενετική μελέτη αποκαλύπτει σε 50-55% των περιπτώσεων της ΟΜΛ ενηλίκων χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ενώ οι υπόλοιπες εμφανίζουν φυσιολογικό

καρυότυπο. Οι περιπτώσεις με φυσιολογικό καρυότυπο χαρακτηρίζονται από σημαντική ετερογένεια ως προς την κλινική έκβαση. Την τελευταία δεκαετία οι εξελίξεις στην τεχνολογία της αλληλούχησης του γονιδιώματος, και η εφαρμογή τους στη μελέτη της ΟΜΛ ανέδειξε ένα ευρύ φάσμα μοριακών βλαβών, που καταδεικνύουν τη γενετική ετερογένεια, και σχετίζονται τόσο με την παθογένεια όσο, και με την πρόγνωση της νόσου.

Η εξέλιξη νέων τεχνικών στο γονιδιακό τοπίο της νόσου, και η ανάπτυξη νέων αντιλευχαιμικών παραγόντων οδήγησαν στην έκδοση νέων, βασισμένων σε τεκμήρια και στη γνώμη ειδικών, συστάσεων από το ELN για τη διάγνωση, και τη διαχείριση των ασθενών με ΟΜΛ (ELN AML Recommendations 2017), που περιλαμβάνουν μια αναθεωρημένη έκδοση των ELN γενετικών κατηγοριών σε 3 ομάδες κινδύνου: ευνοϊκού, ενδιάμεσου, και αυξημένου κινδύνου.

Η γνώση, που έχει συσσωρευτεί αθροιστικά σαν αποτέλεσμα ερευνητικών προσπαθειών, μας δίνουν τη δυνατότητα εξατομίκευσης της θεραπείας, και αποφυγής του δόγματος «μία θεραπεία για όλους». Οι νεώτερες θεραπευτικές στρατηγικές δημιουργούν βάσιμες ελπίδες για το μέλλον της θεραπείας της ΟΜΛ.

Λέξεις κλειδιά: Οξεία Μυελογενής Λευχαιμία, στοχευμένη θεραπεία, WHO, ELN κριτήρια.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6988610027

E-mail: dikonomopoulou@yahoo.gr

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΤΕΠ

Στέλλα Στουραϊτού

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

Στις 31 Δεκεμβρίου 2019 αναφέρθηκε για πρώτη φορά επίσημα, από τις υγειονομικές υπηρεσίες της Κίνας, επιδημία με λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος. Η αιτιολογία αυτής της ασθένειας εντοπίστηκε σε έναν νέο ιό που ανήκει στην οικογένεια των κοροναϊών ή κορονοϊών (Coronaviruses-CoV). Σήμερα, ο κορονοϊός SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) που προκαλεί τη λοιμώδη νόσο από κορονοϊό 2019 (Coronavirus disease 2019 ή COVID-19) έχει πλέον καταστεί ένα σοβαρό παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Έως τον Ιανουάριο του 2021 αναφέρονται πάνω από 97 εκατομμύρια διαγνωσμένες περιπτώσεις λοίμωξης και 2,1 εκατομμύρια θάνατοι παγκοσμίως. Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) είναι κομβικό σημείο στη διαχείριση τόσο των ύποπτων, όσο και των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων COVID-19, που χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης ή φροντίδας. Με την άφιξη των ασθενών στο χώρο του νοσοκομείου, είτε ως περιπατητικοί είτε με ΕΚΑΒ, κρίνεται απαραίτητη η έγκαιρη ανίχνευση κρουσμάτων που εμπίπτουν στον ορισμό του ύποπτου ή επιβεβαιωμένου κρούσματος COVID-19, βάσει των αναθεωρημένων οδηγιών, η αξιολόγηση της βαρύτητας της λοίμωξης και η μεταφορά τους στο αντίστοιχο τμήμα του ΤΕΠ. Οι εργαζόμενοι στο ΤΕΠ οφείλουν να εφαρμόζουν τα απαραίτητα μέτρα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ), να είναι καλά εκπαιδευμένοι και μόνο

οι απαραίτητοι σε αριθμό να εισέρχονται στο ειδικά διαμορφωμένο χώρο. Εκεί ρόλος τους είναι να εκτιμήσουν τον ασθενή και να παράσχουν την ενδεδειγμένη φροντίδα. Αναλόγως της βαρύτητας της κλινικής εικόνας του ασθενούς, συνυπολογίζοντας τα υποκείμενα νοσήματα, διενεργείται ο απαραίτητος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος και αποφασίζεται η εισαγωγή του ή όχι στο νοσοκομείο. Αναθεωρημένες οδηγίες έχουν δοθεί όσον αφορά την αιμοδυναμική και αναπνευστική υποστήριξη του βαρέως πάσχοντα και τους ειδικούς χειρισμούς που πρέπει να πραγματοποιηθούν. Ειδική μνεία δίνεται στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση στο χώρο του ΤΕΠ, με πρώτη προτεραιότητα την εφαρμογή κατάλληλων ΜΑΠ και την αποφυγή δημιουργίας αερολύματος. Ο ασθενής μετά την πλήρη κλινικοεργαστηριακή εκτίμηση δύναται να εξέλθει του νοσοκομείου με οδηγίες για κατ'οίκον ανάρρωση ή να εισαχθεί για νοσηλεία σε μονάδα COVID ή στη ΜΕΘ.

Λέξεις κλειδιά: COVID-19, ΤΕΠ, αναθεωρημένες οδηγίες.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932836683

E-mail: s30stoyraitoy@hotmail.com

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ: ΣΤΟΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Γεώργιος Μαρακομιχελάκης

Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος του Δ' Παθολογικού Τμήματος,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τα περιστατικά που αντιμετωπίζονται από τα εξωτερικά ιατρεία του Παθολογικού Τομέα ενός Νοσοκομείου θα μπορούσαν σχηματικά να διαιρεθούν σε επείγοντα και χρόνια. Ο διαχωρισμός αυτός δεν είναι πάντα διακριτός εφόσον ένα χρόνιο νόσημα μπορεί στην πορεία του να παρουσιάσει επείγουσες εξάρσεις. Παράλληλα, η έξαρση ενός χρόνιου συμπτώματος ή η εμφάνιση ενός νέου μπορεί να απαιτήσουν επείγουσα διερεύνηση.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας από τον COVID-19 είναι προφανές πως οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα στερήθηκαν σε μεγάλο βαθμό των ιατρικών υπηρεσιών. Αυτό προέκυψε είτε από τη μείωση των διαθέσιμων ραντεβού στα εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων και των Ιατρείων Πρωτοβάθμιας φροντίδας, είτε από τη δυσλειτουργία του Ιδιωτικού φορέα, είτε από την απροθυμία των ασθενών να διερευνηθούν φοβούμενοι πιθανή έκθεσή τους στον κορωνοϊό.

Τα παθολογικά περιστατικά που παρουσίασαν μεγάλη επιδείνωση των δεικτών ρύθμισης αφορούν κυρίως ασθενείς πάσχοντες από Σακχαρώδη Διαβήτη και Αρτηριακή Υπέρταση. Ακολούθως, φαίνεται πως επιδεινώθηκαν ασθενείς με χρόνια αναπνευστικά και καρδιολογικά προβλήματα και διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος.

Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί η επιδείνωση των ψυχιατρικών δεικτών του πληθυσμού με τον επιπολασμό της κατάθλιψης να αγγίζει το 30% και του άγχους το 28%, ιδιαίτερα στις περιόδους απαγόρευσης της κυκλοφορίας. Επιπρόσθετα, η αυξημένη ψυχολογική πίεση δρα ανασταλτικά στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και για οργανικά προβλήματα που προκύπτουν, ενώ παράλληλα επιδεινώνει τους υγιεινοδιαιτητικούς δείκτες (αύξηση σωματικού βάρους, κάπνισμα, καθιστική ζωή, κατάχρηση αλκοόλης κ.λπ.).

Το πρώτο κύμα της πανδημίας αιφνιδίασε το σύστημα υγείας που αναμενόμενα έδειξε αργά αντανakλαστικά. Τα

επείγοντα non-COVID περιστατικά μειώθηκαν δραστικά, σε κάποιο βαθμό λόγω μείωσης της επίπτωσής τους (π.χ. λιγότερο εργασιακό στρες, λιγότερα OEM), αλλά κυρίως από την άρνηση των ασθενών ή και των συγγενών τους να επισκεφθούν το χώρο του Νοσοκομείου. Από τις χρόνιες ανάγκες το μόνο που ουσιαστικά αντιμετωπίστηκε σε σημαντικό ποσοστό ήταν η προμήθεια φαρμάκων στην περίοδο της καραντίνας με τη χρήση της άυλης συνταγογράφησης.

Οι επιπτώσεις της αλλαγής του προφίλ υγείας των ασθενών αναμένεται να γίνουν εμφανείς σε μεταγενέστερα στάδια. Εντούτοις, ήδη από τους πρώτους καλοκαιρινούς μήνες, γίναμε μάρτυρες απώλειας ανθρωπίνων ζωών από γενικευμένα νεοπλάσματα που δεν πρόλαβαν να διερευνηθούν και αντιμετωπιστούν εγκαίρως, σηπτικών ασθενών από δυνητικά αντιμετωπίσιμες αιτίες, π.χ. γάγγραινα διαβητικών ποδιών κ.λπ.

Δυστυχώς, η οικονομική πίεση που θα προκληθεί μεσο-μακροπρόθεσμα σε όλα τα συστήματα υγείας είναι ανυπολόγιστη. Σε αναμονή πιθανά και άλλων κυμάτων της πανδημίας απαιτείται η περαιτέρω οργάνωση της τηλεϊατρικής παρέμβασης και η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσα από σχεδιασμό που θα πρέπει να περιλαμβάνει τη συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα. Σε κάθε περίπτωση όμως θα πρέπει να διασφαλιστεί η ταχεία επαναφορά στα γνωστά πρότυπα επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς που δεν μπορούν εύκολα να αντικατασταθούν.

Λέξεις κλειδιά: Χρόνια νοσήματα, επιβάρυνση υγείας, τηλεϊατρική.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932457758

E-mail: gmarakom@gmail.com

ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΓΑΜΜΑΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Ιωάννης Κάκκας

Αιματολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Τμήμα Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι κύριες ομάδες νοσημάτων στις οποίες περιλαμβάνονται περιπτώσεις ενηλίκων ασθενών οι οποίοι είναι πιθανόν να εμφανίσουν δευτεροπαθή υπογαμμασφαιριναιμία είναι:

Α) Τα λοιμώδη νοσήματα, Β) τα νεοπλασματικά νοσήματα, Γ) τα αυτοάνοσα νοσήματα και Δ) τα νοσήματα που συνοδεύονται από απώλεια λευκώματος. Επίσης, Ε) θεραπευτικές παρεμβάσεις (μεταμοσχεύσεις) καθώς και φάρμακα αποτελούν αίτια δευτεροπαθούς υπογαμμασφαιριναιμίας.

Α) *Λοιμώδη νοσήματα.* Από τις ιογενείς λοιμώξεις, η HIV λοίμωξη, εκτός από την γνωστή CD4 λεμφοπενία, έχει συσχετιστεί σπάνια και με υπογαμμασφαιριναιμία. Επίσης, οι λοιμώξεις από EBV και CMV έχουν συσχετιστεί σχετικά σπάνια με CD4 λεμφοπενία και υπογαμμασφαιριναιμία. Τέλος, στη σήψη μπορεί να προκληθεί υπογαμμασφαιριναιμία λόγω κατανάλωσης των ανοσοσφαιρινών.

Β) *Νεοπλασματικά νοσήματα.* Τα χαμηλής κακοήθειας λεμφώματα και ιδιαίτερα η Χρόνια Λεμφογενής Λευχαιμία και το Οζώδες Λέμφωμα, είναι γνωστά αίτια βαριάς, πολλές φορές, υπογαμμασφαιριναιμίας. Το ίδιο ισχύει και για ορισμένες περιπτώσεις Πολλαπλού Μυελώματος (ελαφρών αλυσίδων και μη εκκριτικό) αλλά και Πρωτοπαθούς Ανοσοκυτταρικής Αμυλοείδωσης. Τέλος, πέρα από τις προαναφερθείσες αιματολογικές κακοήθειες, γνωστό αίτιο βαριάς υπογαμμασφαιριναιμίας είναι και το Θύμωμα.

Γ) *Αυτοάνοσα νοσήματα.* Σπάνια κατά τη διάγνωση Συστηματικού Ερυθηματώδους Λύκου, Σκληροδερμίας και Δερματομυοσίτιδας-Πολυμυοσίτιδας μπορεί να παρατηρηθεί υπογαμμασφαιριναιμία.

Δ) *Νοσήματα τα οποία συνοδεύονται από απώλεια λευκώματος.* Είναι γνωστό ότι απώλεια λευκώματος από τον ανθρώπινο οργανισμό μπορεί να συμβεί μέσω δύο κυρίων οδών: των νεφρών και του γαστρεντερικού σωλήνα. Έτσι, υπογαμμασφαιριναιμία λόγω απώλειας λευκώματος παρατηρείται κυρίως σε περιπτώσεις νεφρωσικού συνδρόμου, φλεγμονωδών εντεροπαθειών, εντερικής λεμφαγγειεκτασίας (νόσου Waldman) και γαστροπάθειας με απώλεια λευκώματος (σύνδρομο Menetrier). Επίσης, τα εκτεταμένα εγκαύματα και τραύματα έχουν συσχετιστεί σπάνια με υπογαμμασφαιριναιμία.

Ε) *Θεραπευτικές παρεμβάσεις.* Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (μεταμοσχεύσεις, φάρμακα) ίσως αποτελούν πλέον τα σημαντικότερα αίτια δευτεροπαθούς υπογαμμασφαιριναιμίας.

Οι *Μεταμοσχεύσεις Αιμοποιητικών Κυττάρων (ΜΑΚ)* έχουν συσχετισθεί με διαταράξεις όλων των συνιστωσών του ανο-

σιακού συστήματος. Οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε ΜΑΚ λόγω του μυελοαφανιστικού σχήματος προετοιμασίας εμφανίζουν βαριά λευκοπενία, η οποία βαθμιαία αποκαθίσταται. Καθυστερεί η αποκατάσταση των CD4 Τ-λεμφοκυττάρων και των Β-λεμφοκυττάρων. Αποτέλεσμα της προαναφερθείσας παρατεταμένης Β-λεμφοπενίας είναι η εμφάνιση υπογαμμασφαιριναιμίας, η διάρκεια της οποίας στις περιπτώσεις των ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται σε Αλλογενή ΜΑΚ παρατείνεται τόσο λόγω της εντονότερης ανοσοκαταστολής του σχήματος προετοιμασίας, όσο και λόγω της χορήγησης ανοσοκατασταλτικής αγωγής για την αντιμετώπιση είτε της οξείας νόσου του μοσχεύματος κατά του ξενιστή (acute GVHD), είτε της χρόνιας νόσου του μοσχεύματος κατά του ξενιστή (chronic GVHD), είτε και των δύο.

Οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε *μεταμοσχεύσεις οργάνων* (κυρίως νεφρών), λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική αγωγή. Αυτή η ανοσοκατασταλτική αγωγή έχει συσχετισθεί εκτός από λεμφοπενία και με υπογαμμασφαιριναιμία, για την οποία έχουν ενοχοποιηθεί κυρίως η αζαθειοπρίνη και τα κορτικοειδή.

Από τα *φάρμακα*, τα κορτικοειδή μάλλον ήταν τα πρώτα που συσχετίστηκαν με επίκτητη ανοσοανεπάρκεια. Η λεμφοπενία και η υπογαμμασφαιριναιμία είναι γνωστές συνέπειες της παρατεταμένης χορήγησης κορτικοειδών. Η χορήγηση μονοκλωνικών αντισωμάτων έναντι του CD20 έχει συσχετισθεί με παρατεταμένη υπογαμμασφαιριναιμία. Σημαντικός αριθμός φαρμάκων έχει συσχετισθεί με δευτεροπαθή υπογαμμασφαιριναιμία. Τέτοια είναι κυρίως φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση συστηματικών-φλεγμονωδών νοσημάτων (σουλφασαλαζίνη, άλατα χρυσού, χλωροκίνη, D-πενικιλλαμίνη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη) καθώς και αντιεπιληπτικά (φαινυτοΐνη, καρβαμαζεπίνη, βαλπροϊκό νάτριο). Τέλος, με υπογαμμασφαιριναιμία έχει συσχετιστεί και η χορήγηση, τόσο των αναστολέων της Btk, όσο και των λοιπών αναστολέων τυροσινικής κινάσης.

Λέξεις κλειδιά: Δευτεροπαθής υπογαμμασφαιριναιμία, αιματολογικές κακοήθειες, μεταμοσχεύσεις, φάρμακα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132043172, 6937106275

E-mail: ioankakkas@gmail.com

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Ισιδώρα Σκουρλή, MSc, PhD(c)

Νοσηλεύτρια Π.Ε., Ψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η ευεξία των χρηστών των Υπηρεσιών Υγείας είναι το σημαντικότερο αγαθό. Επιβάλλεται λοιπόν η ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Η αποτύπωση της γνώμης των ασθενών αποτελεί ηθική επιταγή. Αξιολογώντας και ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών, επιτυγχάνεται η προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι να οριστεί η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών του νοσοκομείου, να καταγραφούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν σύμφωνα με τη βιωμένη εμπειρία των χρηστών των υπηρεσιών υγείας καθώς και να αποδοθούν οι μέθοδοι εκτίμησής της.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας το χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2020 - Ιανουάριος 2021 αναφορικά με την εμπειρία των χρηστών των Υπηρεσιών Υγείας στο νοσοκομείο, στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed χρησιμοποιώντας ως λέξεις-κλειδιά: «patient satisfaction», «influencing factors», «patient satisfaction metrics», «hospital quality» σε όλους τους συνδυασμούς.

Αποτελέσματα: Οι βασικές περιοχές ικανοποίησης των ασθενών είναι η υποδοχή των ασθενών και ο χρόνος αναμονής, η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, η ορθή πληροφόρηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τις διαδικασίες και τις θεραπείες, η καθαριότητα και η διαμόρφωση των χώρων του νοσοκομείου, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του τεχνολογικού και ξενοδοχειακού

εξοπλισμού, οι συνθήκες νοσηλείας, η συμπεριφορά και η εμφάνιση του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, η διασφάλιση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων, ο σεβασμός της προσωπικότητας και η κάλυψη των θρησκευτικών αναγκών καθώς και οι διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης επιτυγχάνεται με τη χρήση μη-χρηματοοικονομικών δεικτών μέτρησης της αποδοτικότητας καθώς και με ποιοτικές μεθόδους όπως με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων και τη διεξαγωγή συνεντεύξεων.

Συμπεράσματα: Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών παρέχει χρήσιμα δεδομένα προς τις διοικήσεις των νοσοκομείων που καλούνται να λάβουν αποφάσεις για τις υπηρεσίες υγείας, αφού μπορεί να μετρηθεί σε συνάρτηση με το κόστος, την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών και έτσι να διαμορφώσει στρατηγικές υγείας. Οι απόψεις των ασθενών μπορούν να αξιοποιηθούν από τις διοικήσεις στην αξιολόγηση, επιβράβευση και ενίσχυση του ηθικού των λειτουργών υγείας συνεισφέροντας στην ποιοτική βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Ικανοποίηση ασθενούς, παράγοντες ικανοποίησης, μετρητές ικανοποίησης ασθενούς, ποιότητα φροντίδας.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6949100582

E-mail: isidoraskourli@gmail.com

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΤΕΛΟΥΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ

Σταύρος Κυριαζής, MSc Healthcare Management

Π.Ε. Διοικητικού Λογιστικού, Υπεύθυνος Αυτοτελούς Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Παρότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έννοια εύκολα αντιληπτή, δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός εννοιολογικός ορισμός. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει συμφωνία για το εάν πρόκειται για στάση, αντίληψη, ή απλά γνώμη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Κατά την μέτρηση της ικανοποίησης αποτιμώνται διαστάσεις που σχετίζονται με την προσβασιμότητα, αποτελεσματικότητα, καταλληλότητα, διαθεσιμότητα, συνέχεια, ασφάλεια, κόστος και ποιότητα ανθρώπινου δυναμικού (τέχνη φροντίδας, διαπροσωπικές σχέσεις) και φυσικού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα, αξιολογούνται παράμετροι, όπως: καθαριότητα, χωροταξία, ποιότητα και διαθεσιμότητα τεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, συνθήκες νοσηλείας (ησυχία, αερισμός, θερμοκρασία, άνεση), ποιότητα φαγητού, ενημέρωση για πρόβλημα υγείας, χρόνος αναμονής, ποσοστά επιτυχούς διάγνωσης-θεραπείας, συμπεριφορά προσωπικού, σεβασμός προσωπικότητας, προστασία απορρήτου και ιδιωτικότητας καθώς και παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας.

Ο βαθμός ικανοποίησης εξαρτάται από: α. τις προσδοκίες, β. τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, γ. τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Όσον αφορά στο ιατρικό προσωπικό, ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας, το σκοπό και είδος των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων και τη φαρμακευτική αγωγή, καθώς και η συμπεριφορά, επηρεάζουν την τελική ικανοποίηση.

Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό, οι ασθενείς αξιολογούν θετικά την προθυμία, ευγένεια, ανταπόκριση και την παροχή αποτελεσματικής και εξειδικευμένης φροντίδας και θεωρούν ότι απαιτεί μικρότερο βαθμό βελτίωσης σε σχέση με τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού. Το γεγονός μπορεί να αποδοθεί στη συχνότερη επαφή του νοσηλευτικού προσωπικού με τους ασθενείς, σε σχέση με τους ιατρούς, που περιορίζονται στις τυπικές ιατρικές επισκέψεις.

Όσον αφορά στο διοικητικό προσωπικό, οι ασθενείς εκτιμούν την ευγένεια και το χρόνο διεκπεραίωσης της εργασίας, ενώ ως σημαντικό πρόβλημα καταδεικνύουν

τον υψηλό χρόνο αναμονής.

Η πλειονότητα παραμένει ικανοποιημένη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, συγκεκριμένοι τομείς χρήζουν ποιοτικής αναβάθμισης. Τα σημαντικότερα προβλήματα έγκεινται στην έλλειψη ικανοποίησης βασικών αναγκών των ασθενών, όπως, στέγαση, σίτιση, υγιεινή και καθαριότητα, καθώς και ο παρωχημένος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός.

Συνοψίζοντας, η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή για ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και χαμηλότερη για τις ξενοδοχειακές. Υψηλό επίπεδο ικανοποίησης αποδίδεται στην καλή επικοινωνία και κατανόηση του προσωπικού. Η δυσαρέσκεια αφορά σε διαχειριστικές λειτουργίες σχετικά με την πρόσβαση, αναμονή και οργάνωση των υπηρεσιών και είναι εντονότερη στα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, καθώς παρουσιάζουν αυξημένες προσδοκίες.

Συμπερασματικά, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί το προσαρμοσμένο μέτρο αντίληψης για την αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την: α. αξιολόγηση ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών, β. αξιολόγηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων, γ. λήψη διοικητικών αποφάσεων, δ. αξιολόγηση επίδρασης αλλαγών στην οργάνωση της φροντίδας, ε. αξιοποίηση ανθρώπινου δυναμικού, στ. διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας.

Ένας ικανοποιημένος ασθενής είναι περισσότερο δεκτικός ως προς τη διάγνωση και την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή, εμπιστεύεται το προσωπικό και τον φορέα που του παρείχε υπηρεσίες και τέλος, είναι λιγότερο διεκδικητικός σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος.

Λέξεις κλειδιά: Ικανοποίηση ασθενών, παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 6972133693

E-mail: stakyr3@gmail.com

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Διονυσία Ι. Μανιοπούλου, PGDip (Ed), MSc, MHSA, MSHCM, PhD(c)

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Την τελευταία δεκαετία -παγκοσμίως- παρατηρείται ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μελέτη και έρευνα της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς η μέτρησή της αποσκοπεί στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθιστώντας την καθοριστικό παράγοντα στη βελτίωση της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και στη χάραξη και διαμόρφωση πολιτικών ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας. Η έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών οργανισμών στις ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών αυτών, αποτελούν βασικές συνιστώσες της φροντίδας υγείας και η εστίαση ενός νοσοκομείου σε αυτές παρέχει ένα συγκριτικό πλεονέκτημα στο ολόκληρο και πιο ανταγωνιστικό περιβάλλον. Οι ασθενείς, ως τελικοί αποδέκτες των εν λόγω υπηρεσιών συμβάλλουν με τη συμμετοχή τους στην ποιοτική βελτίωση αυτών, με την προϋπόθεση -πάντα- ότι οι παρεχόμενες πληροφορίες τους θα αξιολογηθούν σωστά. Τότε, τα οφέλη αδιαμφισβήτητα μπορεί να είναι υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά.

Άλλωστε, η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενούς, την οποία οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να δουν ως πραγματικότητα, ανεξάρτητα αν οι αντιλήψεις των ασθενών είναι ή όχι αληθινές όπως δηλώνονται. Το σημαντικό είναι τι νιώθει ο ασθενής, ακόμα και αν η άποψη των επαγγελματιών υγείας είναι διαφορετική, γιατί η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει άμεση σχέση με τη συμπεριφορά τους, και δίνει τη δυνατότητα ενίσχυσης και ποιοτικής ανάπτυξης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Απλές παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ένα σύγχρονο δημόσιο νοσοκομείο, είναι: (α) Η συνεχιζόμενη επιμόρφωση του προσωπικού, με στόχο την ευαισθητοποίησή του απέναντι στην έννοια της ποιότητας και τη δημιουργία κουλτούρας προς επιθυμητές συμπεριφορές που θα οδηγήσουν στο σεβασμό των δικαιωμάτων των ασθενών, στην αποφυγή συγκρούσεων

με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, (β) Η παροχή κινήτρων στο προσωπικό για να προωθήσει και να μην παρακωλύει τις διοικητικές αλλαγές, (γ) Η θέσπιση συναντήσεων με όλο το προσωπικό για ανταλλαγή απόψεων και θέσπιση κοινών στόχων, (δ) Η επάρκεια στελέχωσης με εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όλων των κλάδων και των κατηγοριών που θα συμφωνούν με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, η εφαρμογή διεθνών κλινικών νοσηλευτικών πρωτοκόλλων για τη διεκπεραίωση περιστατικών, και γενικότερα η προώθηση συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού ανεξαρτήτου ειδικότητας και ανεξαρτήτου βαθμίδας, (ε) Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), ούτως ώστε οι ασθενείς με λιγότερο άμεσα και σοβαρά προβλήματα να μην φθάνουν έως το δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο νοσοκομείο προκαλώντας συμφόρηση στη λειτουργία του, (στ) Η αναβάθμιση του ρόλου των Κέντρων Υγείας, καθώς και του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, προκειμένου να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τα σχετικά απλά και καθημερινά περιστατικά, (ζ) Η προσπάθεια εκπαίδευσης και ενημέρωσης για την αλλαγή της κουλτούρας των χρηστών υγείας, οι οποίοι -όπως αποδεικνύεται και από τις έρευνες- επιλέγουν τα δημόσια νοσοκομεία, γιατί εκεί αισθάνονται περισσότερο ασφαλείς και προσδοκούν μια απόλυτα αξιόπιστη λύση των προβλημάτων υγείας που τους απασχολούν, και (η) Η εκτενής πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της ηγεσίας σε θέματα ποιότητας, γιατί η ένταξη της έννοιας αυτής στη λήψη αποφάσεων αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών, και κατά συνέπεια στην υψηλή ικανοποίηση των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα, παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αξιολόγηση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 6950661089

E-mail: dionysiam4@gmail.com

Η ΧΡΗΣΗ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Ευστράτιος Πατσατζής, MsD

Νοσηλεύτης Τ.Ε., Ανάνηψη Καρδιοχειρουργημένων Ασθενών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πλέον και δη οι νοσηλεύτες, που έχουν υπό την επίβλεψή τους ασθενείς για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα υγείας, γνωρίζουν πολύ καλά πως ο περιορισμός των ασθενών εγείρει ηθικά και νομικά ζητήματα που αφορούν στην στέρηση της ελευθερίας των ασθενών.

Επιπλέον πολλές φορές, όταν κατά ανάγκη περιορίζεται ένας ασθενής μηχανικά ή φαρμακευτικά, το ψυχολογικό, συναισθηματικό αλλά και εργασιακό φορτίο που καλείται να διαχειριστεί ο επαγγελματίας υγείας είναι αρκετά πιο δύσκολο.

Ο σωματικός περιορισμός των ασθενών αν και παραπέμπει ως έκφραση σε ψυχιατρικές δομές είναι γεγονός αδιαμφισβήτητο πως κάποιες φορές αναπόφευκτα χρησιμοποιείται και σε άλλες δομές υγείας όπως γενικές κλινικές ή και ακόμη πιο συχνά σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Επίσης συναντάμε τον προστατευτικό περιορισμό ως προφυλακτικό μέσο για τον ασθενή, σε διάφορα πρωτόκολλα αφύπνισης ασθενών.

Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι, μέσα από μια βιβλιογραφική ανασκόπηση να επισημάνει τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν κατά τη χρήση περιοριστικών μέτρων καθήλωσης, τους τρόπους που μπορεί αυτό να συμβεί και φυσικά το ποια είναι η κατάλληλη χρονική στιγμή που θα λάβει κάποιος την απόφαση αυτή.

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν αναζήτηση στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία αλλά και στη σχετική ελληνική νομοθεσία.

Αποτελέσματα της ανασκόπησης: σύμφωνα με τη διεθνή

βιβλιογραφία και τις συστάσεις των ειδικών επαγγελματιών υγείας και εργαζόμενων σε ψυχιατρικές και μη δομές υγείας, περιοριστικά μέτρα καθήλωσης των ασθενών πρέπει να χρησιμοποιούνται ως ακραίο και τελευταίο μετρώ, για το μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα και συνδυασμό πάντα με εξειδικευμένη και εντατική παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Ο πρωταρχικός στόχος των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να εστιάζει στην κατάργηση των περιοριστικών μέτρων καθήλωσης. Όταν αυτά όμως είναι αναγκαία θα πρέπει να τηρούνται αυστηρά πρωτόκολλα ως προς τον περιορισμό, το χρονικό όριο που θα εφαρμόζονται και φυσικά την αδιάλειπτη παρακολούθηση του ασθενή. Δεν θα πρέπει να υποεκτιμά ο διενεργών τον σωματικό περιορισμό τον κλονισμό της εμπιστοσύνης της σχέσης θεραπευτή – θεραπευόμενου που διαταράσσεται πολλές φορές ανεπανόρθωτα. Έτσι το νοσηλευτικό προσωπικό που ως επί το πλείστον λαμβάνει μέρος στον σωματικό περιορισμό θα πρέπει να λειτουργεί με ευγένεια και επαγγελματισμό σε όλη τη διαδικασία του περιορισμού με αναγκαία προϋπόθεση να αφιερώνει επιπλέον χρόνο εξηγώντας τους λόγους αυτής της κατάστασης και καθισχάζοντας τον ασθενή.

Λέξεις κλειδιά: Καθήλωση ασθενών, εκούσια νοσηλεία, νοσηλεύτες, οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, επικοινωνία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932877742

E-mail: patsatzis_stratos@yahoo.gr

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Μαρία Καρυτινού

Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ., Ψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η ομιλία θα αναφερθεί στις διαταραχές που χαρακτηρίζονται από την αλληλεπίδραση Σωματικών και Ψυχικών Εκδηλώσεων και θα εστιάσει στο πεδίο ενασχόλησης της «ψυχοσωματικής» Ιατρικής που διερευνά την αλληλεπίδραση αυτή, καθώς και την πιθανότητα κοινών αιτιοπαθογενετικών μηχανισμών και την κοινή τους θεραπευτική αντιμετώπιση.

Θα γίνει μια σύντομη ιστορική αναδρομή στην ενασχόληση του ανθρώπου με την αλληλεπίδραση «ψυχής-σώματος», την έννοια του δυϊσμού «νού-σώματος» καθώς και στις διάφορες ψυχοσωματικές θεωρίες που έχουν διατυπωθεί.

Θα αναλυθούν οι κυριότερες και συχνότερες ψυχοσωματικές διαταραχές που απαντώνται στην καθημερινή κλινική πράξη, τόσο εντός Γενικού νοσοκομείου όσο και

στην κοινότητα και την πρωτοβάθμια περίθαλψη, καθώς και οι θεραπευτικές τους προσεγγίσεις.

Τέλος, θα δοθεί έμφαση στην σημαντικότητα της διάγνωσης των ψυχοσωματικών διαταραχών και των αναφερόμενων «ανεξήγητων ιατρικών συμπτωμάτων» τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση τους.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχοσωματικές διαταραχές στην καθημερινή κλινική πράξη, διάγνωση, πρόληψη, αντιμετώπιση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6975852685

E-mail: maria_krtn@yahoo.com

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Άννα Χρηστάκου, MSc, PhD

Φυσικοθεραπεύτρια, Γραφείο Φυσικοθεραπευτών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»,
Εκλεγμένη Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Φυσικοθεραπείας Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου,
Ακαδημαϊκός Υπότροφος Τμήματος Φυσικοθεραπείας ΠΑΔΑ

Είναι γνωστή η αλληλένδετη σχέση σώματος και πνεύματος στη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Η δύναμη της σχέσης αυτής διατυπώνεται από την αρχή της ομοιόστασης «η διαδικασία αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο νου και το σώμα οδηγεί σε εσωτερική ισορροπία». Η ψυχοφυσιολογική αρχή αναφέρει ότι για κάθε αλλαγή που συμβαίνει στο νοητικό-συναισθηματικό κόσμο του ατόμου, πραγματοποιείται μια κατάλληλη και συγκεκριμένη φυσιολογική αλλαγή στο σώμα, και αντίθετα. Συνεπώς, σωματικές και νοητικές διαταραχές πιθανόν προκαλούνται εξαιτίας κάποιας δυσλειτουργίας ενός τμήματος του ομοιοστατικού μηχανισμού ανατροφοδότησης.

Η ψυχοσωματική ιατρική είναι ένας ιατρικός κλάδος που μελετά τη σχέση των κοινωνικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών παραγόντων στις σωματικές διαδικασίες και στη γενική υγεία των ατόμων. Στα ψυχοσωματικά σύνδρομα ή διαταραχές, οι ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν αιτία των διαφόρων σωματικών συμπτωμάτων συγκεκριμένων οργανικών συστημάτων, κυρίως, του γαστρεντερολογικού και καρδιαναπνευστικού συστήματος. Μερικά τέτοια σύνδρομα ή διαταραχές είναι η ημικρανία-κεφαλαλγία, το σύνδρομο μυοπεριτονιακού πόνου, η ινομυαλγία, το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, το πεπτικό και δωδεκαδακτυλικό έλκος, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, η μη-πεπτική δυσπεψία, ο μη καρδιακός θωρακικός πόνος, το άσθμα, το σύνδρομο υπεραερισμού, οι δερματικές διαταραχές (λ.χ., δερματίτιδα), οι διαταραχές αιθουσαίου συστήματος (λ.χ., προβλήματα ακοής εξαιτίας επίμονου θορύβου, προβλήματα ισορροπίας).

Η θεραπεία αυτών περιλαμβάνει διάφορες φυσικοθεραπευτικές τεχνικές, όπως οι τεχνικές χαλάρωσης και ρύθμισης της ενέργειας (προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, απλή τεχνική χαλάρωσης, αυτογενής εξάσκηση), η βιοανάδραση, η μάλαξη, οι ειδικές τεχνικές κινητοποίησης, η γιόγκα, το τάι-τσι, η ύπνωση, η νοερή εξάσκηση κ.τ.λ. Οι

τεχνικές χαλάρωσης προκαλούν μείωση της διέγερσης του αυτόνομου και κεντρικού νευρικού συστήματος. Η μάλαξη: (α) συμβάλλει στη χαλάρωση μέσω της μείωσης της μυϊκής τάσης και της μείωσης των επιπέδων στρεσογόνων ορμονών, (β) μειώνει τα επίπεδα του άγχους μέσω της μείωσης της ηλεκτροεγκεφαλογραφικής ασυμμετρίας στον εγκέφαλο που συσχετίζεται με την κατάθλιψη και το άγχος και (γ) αυξάνει τη λειτουργικότητα. Μάλαξη μέτριας πίεσης χρησιμοποιείται θετικά στη θεραπεία του πεπτικού έλκους. Η μάλαξη συμβάλλει στην αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του λεπτού εντέρου και του τοιχώματος του στομάχου, με αποτέλεσμα την καλύτερη πέψη των τροφών. Η βιοανάδραση αποτελεί μια μέθοδο επαναφοράς της ισορροπίας του αυτόνομου συστήματος και της μείωσης της συμπαθητικής δραστηριότητας. Η βιοανάδραση συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, της ινομυαλγίας /σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, του μυοπεριτονιακού πόνου, του άγχους με σωματικά χαρακτηριστικά και του μη καρδιακού θωρακικού πόνου. Μάλαξη και θερμική βιοανάδραση συνέβαλαν στη μείωση του στρες σε άτομα με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Η αυτογενής εξάσκηση και η βιοανάδραση προκάλεσε μείωση συμπτωματολογίας της έντονης κεφαλαλγίας. Τέλος, άλλες μορφές άσκησης, όπως βάδιση, κολύμπι, ποδηλασία, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής ατόμων με ψυχοσωματικές διαταραχές επιφέροντας αύξηση αυτοπεποίθησης και αυτό-αποτελεσματικότητας με συνακόλουθη μείωση στο στρες.

Λέξεις κλειδιά: Φυσικοθεραπεία, ψυχοσωματικές διαταραχές, μάλαξη, βιοανάδραση, γιόγκα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977370284

E-mail: achristakou@phed.uoa.gr

ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Ηλίας Σαμιώτης¹, Νικόλαος Σχίζας², Παναγιώτης Δεδεηλίας³

¹Χειρουργός Θώρακος, Επικουρικός Ιατρός, ²Ιατρός, Ειδικευόμενος, ³Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η επιδιόρθωση της αορτικής βαλβίδας αποτελεί πλέον μια αξιόπιστη εναλλακτική σε επιλεγμένους ασθενείς με ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας ή/και ανεύρυσμα της αορτικής ρίζας/ανιούσας αορτής. Στις τεχνικές επιδιόρθωσης τα αποτελέσματα επάρκειας της βαλβίδας ακόμη και μετά την 20ετία είναι πολύ καλά. Το μεγάλο πλεονέκτημα της επιδιόρθωσης της αορτικής βαλβίδας αποτελεί η αποφυγή λήψης αντιπηκτικών φαρμάκων. Η δομική μορφή αποτελεί την πιο συχνή αιτιολογία αορτικής ανεπάρκειας και χαρακτηρίζεται από διάταση του αορτικού δακτυλίου, των κόλπων του Valsalva και/ή της κολποσωληνώδους συμβολής. Ανάλογα με το σημείο της διάτασης κατηγοριοποιείται σε i) μεμονωμένη αορτική ανεπάρκεια (διάμετρος αορτής $\leq 40-45\text{mm}$), ii) διάταση της αορτικής ρίζας (κόλποι του Valsalva $\geq 45\text{mm}$), iii) διάταση της ανιούσας αορτής (ανιούσα αορτή $\geq 40-45\text{mm}$ με φυσιολογική αορτική ρίζα). Η διάταση του αορτικού δακτυλίου $\geq 25\text{mm}$ και της κολποσωληνώδους συμβολής $\geq 30\text{mm}$ υπάρχουν συνήθως ανεξάρτητα του φαινότυπου αορτικής ανεπάρκειας. Μόλις το 2% αυτών λαμβάνουν επιδιόρθωση της βαλβίδας τους και οι υπόλοιποι υποβάλλονται σε αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας. Οι πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες για τις βαλβιδοπάθειες της Ευρωπαϊκής Καρδιοχειρουργικής Εταιρείας (EACTS) σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρία (ESC) συστήνουν με ισχυρή ένδειξη την επιδιόρθωση της αορτικής βαλβίδας με τεχνική επανεμφύτευσης (re-implantation) ή αναδιαμόρφωσης (remodeling) με πλαστική του δακτυλίου σε νέους ασθενείς με διάταση αορτικής ρίζας και τρίπτυχες βαλβίδες. Οι τεχνικές Yacoub και David επιτυγχάνουν την διόρθωση της διάτασης της αορτικής ρίζας με διατήρηση της αορτικής βαλβίδας του ασθενούς. Η πρώτη επιδιόρθωση της αορτικής βαλβίδας πραγματοποιήθηκε το 1958 από τον Taylor με την τοποθέτηση ραμμάτων περιφερικά κάτω από το επίπεδο των στομιών των στεφανιαίων

αρτηριών. Ωστόσο η τεχνική γρήγορα εγκαταλείφθηκε λόγω της εμφάνισης της αντικατάστασης της αορτικής βαλβίδας 2 χρόνια αργότερα. Έκτοτε έχουν περιγραφεί αρκετοί τύποι επιδιόρθωσης με διαφορετικά αποτελέσματα. Αξιοσημείωτη είναι η τεχνική που αναπτύχθηκε από τον Lansac και συνεργάτες με την τοποθέτηση 2 εξωτερικών δακτυλίων υπο- και υπερβαλβιδικά. Σε κάθε περίπτωση επιδιόρθωσης της αορτικής βαλβίδας πρέπει πάντα να εξασφαλίζεται η φυσιολογική κινητικότητα των γλωχίνων και η επαρκής επιφάνεια συμπλησίας αυτών. Η νεότερη συσκευή HAART, που αποτελείται από έναν εσωτερικό γεωμετρικό δακτύλιο, στοχεύει στη μείωση της διαμέτρου του αορτικού δακτυλίου και στην επαναφορά της ελλειπτικής γεωμετρίας, μετρίζοντας τον κίνδυνο νέας διάτασης του δακτυλίου ως μηχανισμό υποτροπιάζουσας αορτικής ανεπάρκειας. Η αορτική βαλβίδα δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μία ανεξάρτητη διαταραχή αλλά πάντα ως ένα μέρος του συνόλου που περιλαμβάνει επίσης τους κόλπους του Valsalva, την αορτική ρίζα και την κολποσωληνώδη συμβολή. Η βελτιστοποίηση των τεχνικών επιδιόρθωσης της Αορτικής βαλβίδας την καθιστούν μια χρήσιμη εναλλακτική επιλογή στο οπλοστάσιο των Καρδιοχειρουργών, με εφαρμογή σε συγκεκριμένους τύπους βαλβίδων και πληθυσμούς ασθενών. Τα αποτελέσματα των μελετών έχουν τεκμηριώσει την ασφάλεια και τη σταθερότητα των τεχνικών, με άριστη μακροχρόνια επιβίωση και χαμηλό ποσοστό ανεπιθύμητων επιπλοκών.

Λέξεις κλειδιά: Επιδιόρθωση, ανεπάρκεια, αορτικής.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Η. Σαμιώτης

Τηλ.: 6973648238

E-mail: samiotisilias@gmail.com

Η ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΣΤΟΥΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥΣ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΤΥΠΟΥ Α

Βασίλειος Πάτρης¹, Νικόλαος Σχίζας², Μιχάλης Αργυρίου³

¹Επικουρικός Ιατρός, ²Ιατρός Ειδικευόμενος, ³Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Διάφορες προσπελάσεις και τεχνικές αιμάτωσης που κυμαίνονται από ορθόδρομη και παλίνδρομη αιμάτωση με ή χωρίς κυκλοφορική παύση έχουν υποστηριχθεί και ειπωθεί για τους ασθενείς με ανευρύσματα ανιούσας αορτής, τόξου και οξέα αορτικά σύνδρομα. Η υποθερμία κατά τη διάρκεια της κυκλοφοριακής παύσης είναι το κύριο στοιχείο στην εγκεφαλική προστασία, αλλά δεν είναι αρκετή από μόνη της. Χρειάζονται πρόσθετες τεχνικές και μέτρα που περιλαμβάνουν ορθόδρομη ή ανάδρομη εγκεφαλική αιμάτωση, εξωτερική κρανιακή ψύξη και φαρμακευτική ισχαιμική εγκεφαλική προετοιμασία. Αν και καμία από αυτές τις τεχνικές για την εγκεφαλική προστασία δεν έχει αποδειχθεί σαφώς ανώτερη από τις άλλες, ορθόδρομη εγκεφαλική αιμάτωση σε συνδυασμό με υποθερμία είναι η πιο ευρέως αποδεκτή και διαδεδομένη. Στο πλαίσιο της προετοιμασίας για την ορθόδρομη αιμάτωση, η δεξιά μασχαλιαία αρτηρία, η ανώνυμος αρτηρία, και η μηριαία αρτηρία είναι οι προσπελάσεις που διαθέτουμε. Εναλλακτικά, η μία ή και οι δύο καρωτίδες είναι άλλη μια αρτηριακή προσπέλαση που χρησιμοποιείται.

Η πιο κοινή ένδειξη για την προσπέλαση της ανωνύμου αρτηρίας είναι οι πολύπλοκες επεμβάσεις για τον διαχωρισμό τύπου Α, με αντικατάσταση ανιούσας αορτής, η αντικατάσταση ημι-τόξου και η ολική αντικατάσταση τόξου. Η τεχνική για αυτή την αρτηριακή προσπέλαση είναι με την χρήση συνθετικού μοσχεύματος 8 ή 10 mm ή με την απευθείας τοποθέτηση της αρτηριακής κάνουλας 20 French στην ανώνυμο αρτηρία.

Πλεονέκτημα της προσπέλασης της ανωνύμου αρτηρίας

είναι ότι δεν χρήζει πρόσθετη τομή για την εισαγωγή στην εξωσωματική κυκλοφορία. Αυτό βοηθά στη μείωση του συνολικού χρόνου της επέμβασης, ενώ πλεονέκτημα αποτελεί ότι η θέση της αρτηριακής κάνουλας είναι κάτω από την άμεση όραση του χειρουργού με αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση της απώλειας αίματος. Αυτή η προσέγγιση αποφεύγει επίσης τον κίνδυνο τραυματισμού βραχιονίου πλέγματος και την ισχαιμία του άνω άκρου όπως μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις προσπέλασης της δεξιάς μασχαλιαίας αρτηρίας.

Η χρήση επίσης της αριστερής καρωτίδας είναι μια απλή και ασφαλής διαδικασία για την εισαγωγή του ασθενούς στην εξωσωματική κυκλοφορία. Και σε αυτήν την περίπτωση η πιο κοινή ένδειξη για αυτήν την προσπέλαση είναι σε περιπτώσεις διαχωρισμού τύπου Α, με αντικατάσταση ανιούσας αορτής, ημιτόξου, και τόξου αντίστοιχα. Τεχνική για αυτήν την αρτηριακή προσπέλαση είναι με τη χρήση συνθετικού μοσχεύματος 8 ή 10 mm μετά τον ηπαρινισμό του ασθενούς. Κατά τη γνώμη μας η καρωτιδική προσπέλαση είναι απλή, ασφαλής, αποτελεσματική και γρήγορη. Για τον λόγο αυτό είναι κατάλληλη σε επείγουσες καταστάσεις καθώς και σε παχύσαρκους ασθενείς.

Λέξεις κλειδιά: Οξέα αορτικά σύνδρομα, ανευρύσματα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Β. Πάτρης

Τηλ.: 6972831268

E-mail: vaspatri@gmail.com

ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΟΡΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΓΙΑ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΑΟΡΤΗΣ ΤΥΠΟΥ Α

Κωνσταντίνος Αντωνόπουλος¹, Βασίλειος Ζυμβραγουδάκης²

¹Αγγειοχειρουργός, Επικουρικός Ιατρός, Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Αγγειοχειρουργός, Department of Vascular Surgery, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

Ο οξύς διαχωρισμός αποτελεί μια δυνητικά θανατηφόρα πάθηση της αορτής. Σύμφωνα με τη διεθνή βάση δεδομένων καταγραφής των αορτικών διαχωρισμών IRAD (International Registry of Aortic Dissection), 86% των ασθενών με διαχωρισμό De Bakey υποβάλλονται σε ανοιχτή χειρουργική αποκατάσταση με ποσοστά επιβίωσης 80% και 65% στα 5 και 10 χρόνια, αντίστοιχα. Η ανοιχτή επέμβαση περιλαμβάνει την αντικατάσταση της ανιούσης με συνθετικό μόσχευμα, την αντικατάσταση του τόξου με συνθετικό μόσχευμα και επανεμφύτευση των αγγείων του σε μορφή νησίδας (island) ή τη χρήση συνθετικού μοσχεύματος με κλάδους για τα αγγεία του τόξου. Στις νεότερες τεχνικές περιλαμβάνεται η τεχνική FET (frozen elephant trunk), στην οποία χρησιμοποιείται συνθετικό μόσχευμα για το τόξο και τα αγγεία του, το οποίο περιφερικά καταλήγει σε ενδομόσχευμα που καλύπτει τον περιφερικό διαχωρισμό στην κατιούσα θωρακική αορτή.

Από τους ασθενείς που επιβιώνουν μετά από χειρουργείο για οξύ διαχωρισμό που περιλαμβάνει την ανιούσα αορτή, σε ποσοστό 70% υπάρχει υπολειπόμενος χρόνιος διαχωρισμός περιφερικότερα που τροφοδοτεί τον ψευδή αυλό της θωρακικής αορτής. Ενδείξεις για την αντιμετώπιση του αποτελούν η διάμετρος της αορτής >55χιλ ή αύξησή της >10 χιλ/έτος και η εμφάνιση σπλαγχνικής ή νεφρικής υποάρδευσης. Η αντιμετώπιση όμως στις περιπτώσεις αυτές είναι συχνά δυσχερής και η ανοιχτή επανεπέμβαση αυξάνει σημαντικά το ποσοστό θνητότητας και νοσηρότητας.

Η εξέλιξη των σύγχρονων ενδαγγειακών τεχνικών έχει επιτρέψει τη χρήση ενδομοσχευμάτων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν μετά από ανοιχτή αποκατάσταση για διαχωρισμό που περιλαμβάνει την ανιούσα αορτή. Με τη χρήση ενδομοσχευμάτων για το τόξο με πλάγιους κλάδους (branched) και θυρίδες (fenestrated) ή τη χρήση παράλληλων ενδομοσχευμάτων (chimneys, sandwiches, snorkels) είναι πλέον εφικτή η αντιμετώπιση ασθενών με σοβαρές συννοσηρότητες, προχωρημένη ηλικία, ή όπου κρίνεται ότι ο ασθενής είναι υψηλού κινδύνου για ανοιχτή επανεπέμβαση.

Η σημαντικότερη παράμετρος για την επιτυχή έκβαση των ενδαγγειακών τεχνικών στις περιπτώσεις των ενδομοσχευμάτων του τόξου είναι η σωστή επιλογή των ασθενών με βάση ανατομικά κριτήρια. Είναι απαραίτητο η κεντρική ζώνη πρόσφυσης, συνήθως η περιοχή της χει-

ρουργηθείσας ανιούσης αορτής, να έχει διάμετρο ≤ 38 χιλ, με μήκος >40χιλ και να είναι ελεύθερη γωνιώσεων, ενώ τα αγγεία του τόξου να έχουν διάμετρο ≤ 20 χιλ με μήκος πρόσφυσης >20χιλ. Τα πρόσφατα αποτελέσματα της μεγαλύτερης πολυκεντρικής μελέτης είναι ενθαρρυντικά, με τεχνική επιτυχία 94% και ποσοστό θανάτου/αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου 4%.

Εκτός από τις τεχνικές για την αντιμετώπιση των παθήσεων του τόξου μετά από χειρουργείο για διαχωρισμό της ανιούσης αορτής, συχνά στόχος της αντιμετώπισης μπορεί να είναι η κατιούσα θωρακική ή/και η κοιλιακή αορτή. Στις τεχνικές αυτές αντιμετώπισης του υπολειπόμενου περιφερικού διαχωρισμού της κατιούσης θωρακικής αορτής, συμπεριλαμβάνεται η συμπληρωματική θωρακική ή θωρακοκοιλιακή ενδοπρόθεση (TEVAR, fEVAR, bEVAR) με κάλυψη άλλων περιφερικών ρηγμάτων (entry tear) στην κατιούσα θωρακική αορτή, η θυριδοποίηση (fenestration), η τεχνική «Petticoat», που περιλαμβάνει την τοποθέτηση ακάλυπτου ενδονάρθηκα στον αληθή αυλό περιφερικά, η τεχνική «Stabilise» (Stent assisted balloon induced intimal disruption and relamination in aortic dissection repair) στην οποία πραγματοποιείται ιατρογενής ρήξη του διαχωριστικού πετάλου μετά από επιθετική διαστολή του ακάλυπτου ενδονάρθηκα με μπαλόνι, η τεχνική «Knickerbocker», κατά την οποία η διαστολή γίνεται στο μέσον καλυμμένου ενδομοσχεύματος και η τοποθέτηση υλικών στον ψευδή αυλό που προάγουν τη θρόμβωσή του, όπως είναι το «Candy-plug», κόλλα ή άλλων θρομβωτικών υλικών.

Συμπερασματικά, η ανοιχτή επέμβαση αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση των παθήσεων της αορτής μετά από ανοιχτή αποκατάσταση για διαχωρισμό που περιλαμβάνει την ανιούσα αορτή. Οι νεότερες ενδαγγειακές τεχνικές φαίνεται να αποτελούν μια ικανοποιητική εναλλακτική επιλογή, ιδίως για τους ασθενείς υψηλού κινδύνου και έχουν διευρύνει σημαντικά τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές.

Λέξεις κλειδιά: Ενδαγγειακή αντιμετώπιση, αορτή, διαχωρισμός.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Κ. Αντωνόπουλος

Τηλ.: 6977121868

E-mail: kostas.antonomopoulos@gmail.com

ΕΠΕΜΒΑΣΗ DAVID

Φίλιππος-Πασχάλης Ρόρρης

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

Οι επεμβάσεις αντικατάστασης της αορτικής ρίζας ξεκίνησαν της δεκαετίας του '70 με την τότε πρωτοποριακή τεχνική του Hugh Bentall ο οποίος πρότεινε μία σχετικά ασφαλή και άκρως αποτελεσματική επέμβαση για παθήσεις της αορτικής ρίζας όπως τα ανευρύσματα. Η τεχνική Bentall περιγράφει την αντικατάσταση της αορτικής ρίζας και της αορτικής βαλβίδας με ένα βαλβιδοφόρο μόσχευμα το οποίο φέρει μία μηχανική προσθετική βαλβίδα. Ένα εμφανές μειονέκτημα αυτής της τεχνικής είναι η εφ'όρου ζωής ανάγκη για αντιπηκτική αγωγή. Η εξέλιξη της αορτικής χειρουργικής και της καρδιοχειρουργικής ως σύνολο, είχε ως συνέπεια την εμφάνιση επεμβάσεων αντικατάστασης αορτικής ρίζας με διατήρηση της βαλβίδας (valves sparing aortic root replacement). Οι επεμβάσεις αυτές περιγράφονται αρχικά από τους Tiron David και Sir Magdi Yacoub. Οι τεχνικές David και Yacoub περιγράφουν μια εναλλακτική προσέγγιση της αορτικής ρίζας, αυτήν της διατήρησης της γηγενούς βαλβίδας, μετά την εκτομή του ανευρύσματος της αορτικής ρίζας. Αυτές οι επεμβάσεις, προσφέρουν μια σαφώς καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς, για πολλούς λόγους. Τα οφέλη είναι πολλά, κυριότερο των οποίων είναι ότι διατηρώντας την γηγενή αορτική βαλβίδα, δεν υπάρχει ανάγκη για χορήγηση αντιπηκτικών. Τα αποτελέσματα αυτών των τεχνικών είναι συγκρίσιμα ή και καλύτερα από την εναλλακτική επέμβαση, δηλαδή

την επέμβαση Bentall. Και οι δύο αυτές επεμβάσεις έχουν άριστα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από πλευράς ενδοκαρδίτιδας και επανεπέμβασης λόγω ανεπάρκειας της βαλβίδας, ενώ επιπλέον προσφέρουν ελάχιστη εμφάνιση αιμορραγικών επιπλοκών, λόγω της απουσίας αντιπηκτικής αγωγής. Παρότι η επέμβαση Bentall είναι μία ευρέως διαδεδομένη επέμβαση, οι επεμβάσεις αντικατάστασης της αορτικής ρίζας με διατήρηση της βαλβίδας παραμένουν άγνωστες στην καρδιολογική κοινότητα, και σπάνιες στην καρδιοχειρουργική πράξη. Η τεχνικά απαιτητική επέμβαση David την καθιστά μία όχι συνηθισμένη επέμβαση η οποία εκτελείται από λίγους καρδιοχειρουργούς, περισσότεροι εκ των οποίων σε κέντρα με μεγάλη εμπειρία. Ωστόσο, οι επεμβάσεις αντικατάστασης αορτικής ρίζας με διατήρηση της γηγενούς βαλβίδας παραμένουν μία ανώτερη προσέγγιση των παθήσεων της αορτικής ρίζας, ειδικά σε νέους ασθενείς.

Λέξεις κλειδιά: Αντικατάσταση αορτικής ρίζας, επέμβαση David.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6947592622

E-mail: prorris@gmail.com

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

**Νικόλαος Σχίζας¹, MD, MSc, Ηλίας Σαμιώτης², MD, MSc, PhD,
Βασίλειος Πάτρης³, MD, MSc, PhD**

¹Ιατρός, Ειδικευόμενος, ²Χειρουργός Θώρακος, ³Καρδιοχειρουργός, Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί την πιο συχνή χρόνια καρδιακή αρρυθμία καθώς εκατομμύρια ασθενείς ανά τον κόσμο χρήζουν φαρμακευτικής ή χειρουργικής θεραπείας. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της κολπικής μαρμαρυγής στοχεύουν στον περιορισμό των θρομβοεμβολικών επεισοδίων, όπως το έμφραγμα ή εγκεφαλικά επεισόδια, στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και την πρόληψη της αναδιαμόρφωσης μυοκαρδίου σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα. Παρόλο που η φαρμακευτική αντιαρρυθμική θεραπεία έχει εξελιχθεί σε σημαντικό βαθμό, πολλές φορές η χρήση επεμβατικών τεχνικών είναι επιβεβλημένη και αποτελεί ένα πεδίο με ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον. Εδώ και 4 δεκαετίες έχουν εφευρεθεί και εφαρμοσθεί διάφορες χειρουργικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι οι διακαθετηριακές ενδοαγγειακές τεχνικές για την αντιμετώπιση της κολπικής μαρμαρυγής εξελίσσονταν με βάση την εμπειρία και τα ευρήματα των κλασικών χειρουργικών παρεμβάσεων. Η πιο διαδεδομένη χειρουργική προσέγγιση είναι η επέμβαση Cox-Maze με αποτελεσματικότητα που φτάνει το 90% κάτι το οποίο την καθιστά την πιο ενδεδειγμένη για την αντιμετώπιση της κολπικής μαρμαρυγής. Η παραδοσιακή τεχνική “cut and sew technique” (τεχνική κοψίματος και συρραφής) αν και πολύ αποτελεσματική, υποκαθίσταται σταδιακά από τη χρήση ενεργειακών συσκευών που δημιουργούν ζώνες που αποκόπτουν τα αρρυθμογόνα κέντρα. Επιπλέον η περαιτέρω ανάπτυξη συσκευών και τεχνικών για την καταστροφή ή τη δημιουργία ουλής

στο μυοκάρδιο (ablation techniques) έχει ευνοήσει σε σημαντικό βαθμό την ανάπτυξη ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών. Μάλιστα, την τελευταία δεκαετία αναπτύσσονται ταχύτατα υβριδικές μέθοδοι, οι οποίες περιλαμβάνουν ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές τεχνικές σε συνδυασμό με διαδερμικές τεχνικές, στις οποίες η αποτελεσματικότητα είναι πολύ ικανοποιητική και βελτιούμενη με την απόκτηση μεγαλύτερης εμπειρίας. Ολοένα και περισσότερες μελέτες αναδεικνύουν τα οφέλη που προκύπτουν από τη χρήση της χειρουργικής θεραπείας ως οριστική λύση για αυτή την κατηγορία ασθενών με πολλαπλά οφέλη τόσο για τον περιορισμό των σχετιζόμενων με την κολπική μαρμαρυγή επιπλοκών όσο και των επιπλοκών που σχετίζονται με την ανάγκη χορήγησης αντιπηκτικής αγωγής. Όλα τα παραπάνω παρουσιάζονται και αναλύονται διεξοδικά με σκοπό να τονιστεί η χρησιμότητα και η αξία της χειρουργικής θεραπείας της κολπικής μαρμαρυγής, ενώ παράλληλα παρατίθενται τα νεώτερα δεδομένα που έχουν προκύψει από ερευνητικές μελέτες.

Λέξεις κλειδιά: Κολπική μαρμαρυγή, χειρουργική θεραπεία κολπικής μαρμαρυγής, MazeprocEDURE, κατάλυση μυοκαρδίου.

Στοιχεία επικοινωνίας:

N. Σχίζας

Τηλ.: 6936820715

E-mail: nikschi@zaz.com

“STEROIDOLOMICS”: ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ

Δήμητρα-Αργυρώ Βασιλειάδη

Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο φλοιός των επινεφριδίων, οι γονάδες και ο πλακούντας αποτελούν τα όργανα που επιτελούν de novo στεροειδογένεση από τη χοληστερόλη. Τα ποικίλα παραγόμενα στεροειδή είτε είναι απευθείας δραστικά είτε απαιτούν ενεργοποίηση στους περιφερικούς ιστούς, όπου επίσης κάποια μπορεί να απενεργοποιηθούν ή να μεταβολισθούν σε άλλα στεροειδή. Αυτό το πολύπλοκο σύστημα έχει ονομαστεί «intracrinology» και εξηγεί γιατί οι κυκλοφορούσες συγκεντρώσεις στεροειδών συχνά δεν είναι αντιπροσωπευτικές της παρατηρούμενης βιολογικής δραστηριότητας. Για χρόνια η κύρια εφαρμογή της μέτρησης των πρόδρομων ή των μεταβολιτών των στεροειδών ήταν η διάγνωση των συγγενών ενζυματικών διαταραχών των επινεφριδίων (συγγενής υπερπλασία επινεφριδίων). Πλέον, η δυνατότητα μέτρησης των στεροειδών με ευαίσθητες και ειδικές μεθόδους που έχουν ως βάση τη φασματομετρία μάζας, επέτρεψε την ανάλυση της βιοσύνθεσης των στεροειδών και του μεταβολισμού τους (στεροειδικό μεταβόλωμα) και τον χαρακτηρισμό μοναδικών συνδυασμών στεροειδών («υπογραφών») που σχετίζονται με διαταραχές της βιοσύνθεσης και του μεταβολισμού των στεροειδών, όχι μόνο στα συγγενή αλλά και σε επίκτητα νοσήματα των επινεφριδίων, επιτρέποντας εξατομικευμένες προσεγγίσεις στη διάγνωση, τη διαφορική διάγνωση αλλά και τη πρόγνωση τους. Επιπλέον έχει οδηγήσει στην αναγνώριση νέων διαταραχών των επινεφριδίων, αλλά και την ανακάλυψη νέων μεταβολικών μονοπατιών, με αποτέλεσμα καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας των επινεφριδικών νοσημάτων.

Καθώς η επινεφριδική στεροειδογένεση εμφανίζει ημερήσιο ρυθμό, οι μεμονωμένες μετρήσεις στεροειδών στον ορό παρέχουν μόνο στιγμιότυπα. Αντίθετα πιο αντιπροσωπευτική και πιο αξιόπιστη στη διάγνωση υποκείμενων νοσημάτων που μεταβάλλουν την παραγωγή στεροειδών είναι η ανάλυση συλλογών ούρων 24ωρου ή πολλαπλών μέσα στο 24ωρο δειγμάτων πλάσματος/ορού ή η μέσω του Ultradian συχνή και συνεχής καταγραφή των ιστικών επιπέδων των επινεφριδικών στεροειδών.

Ο συνδυασμός της μέτρησης των στεροειδών με βάση τη φασματομετρία μάζας με την ανάλυση δεδομένων με βάση τη μηχανική μάθηση, δημιούργησε ένα ισχυρό εργαλείο τη μεταβολική στεροειδών (steroid metabolomics), που προσφέρει την προοπτική εξατομικευμένων προσεγγίσεων στη διάγνωση, την προγνωστική πρόβλεψη και τη θεραπεία συγγενών και επίκτητων νοσημάτων των επινεφριδίων, όπως το σύνδρομο Cushing, η αυτόνομη έκκριση κορτιζόλης στα τυχαία υγρά των επινεφριδίων, ο πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός, ο καρκίνος του φλοιού των επινεφριδίων.

Λέξεις κλειδιά: Στεροειδή, φασματομετρία μάζας, σύνδρομο Cushing, πρωτοπαθής υπεραλδοστερμηρονισμός, συγγενής υπερπλασία επινεφριδίων.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6932623560

E-mail: d.a.vassiliadi@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ - Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ε. Μυλωνά¹, Β. Σκαρλάτου², Ε. Περιβολιώτη³

¹Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Ε' Παθολογικό Τμήμα-ΜΕΛ, ²Νευρολόγος, Επικουρικός Ιατρός, Νευρολογικό Τμήμα, ³Βιοπαθολόγος, Κλινικός Μικροβιολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι λοιμώξεις του ΚΝΣ περιλαμβάνουν τη μηνιγγίτιδα, την εγκεφαλίτιδα και τα αποστήματα (εγκεφαλικό, επισκληρίδιο, υποσκληρίδιο). Πρόκειται για σπάνιες σχετικά οντότητες στις οποίες όμως η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση των ασθενών.

Οι ασθενείς με λοίμωξη του ΚΝΣ μπορεί να εμφανιστούν με μη ειδικά συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, πυρετό, διαταραχή επιπέδου συνείδησης ή συμπεριφοράς. Στη μηνιγγίτιδα η κλασική τριάδα του πυρετού, της αυχενικής δυσκαμψίας και της διαταραχής του επιπέδου συνείδησης απαντώνται σε ένα μικρό ποσοστό των ασθενών. Τα δε σημεία Kerning's και Brudzinski's κατά την κλινική εξέταση, διαθέτουν μικρή ευαισθησία για τη διάγνωση της νόσου, αλλά θεωρούνται ειδικά στην πρόβλεψη της πλειοκυττάρωσης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ). Οι ασθενείς με προσβολή του παρεγχύματος, όπως επί εγκεφαλίτιδας και εγκεφαλικών αποστημάτων, μπορεί να παρουσιάζουν και εστιακά νευρολογικά σημεία ή σπασμούς. Η οσφυονωτιαία (ΟΝΠ) παρακέντηση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στη διάγνωση των λοιμώξεων του ΚΝΣ. Ωστόσο δυνατόν να είναι σχεδόν φυσιολογική στα πολύ πρώιμα στάδια της λοίμωξης, γεγονός που μπορεί να καθυστερήσει τον κλινικό γιατρό. Η καθυστέρηση στην έναρξη της αγωγής, ειδικά στην βακτηριακή μηνιγγίτιδα και ερπητική εγκεφαλίτιδα, επηρεάζει δυσμενώς της πρόγνωση του ασθενούς.

Η συστηματική πλέον χρήση των μοριακών διαγνωστικών τεχνικών (multiplex NATs/film array) που ανιχνεύουν ταυτόχρονα πολλούς μικροοργανισμούς που δυνατόν να εμπλέκονται στη λοίμωξη του ΚΝΣ, επιταχύνει τη διάγνωση και βελτιώνει τα ποσοστά διάγνωσης των λοιμώξεων του ΚΝΣ, ειδικά στους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, συμβάλλοντας στην καλύτερη πρόγνωση. Ωστόσο, η μέθοδος των ταυτόχρονων πολλαπλών μοριακών τεχνικών ανίχνευσης μπορεί αφενός μεν να έχει μικρότερη ευαισθησία από τις συμβατικές μεθόδους για ορισμένα παθογόνα και αφετέρου απαιτεί την προσεκτική αξιολόγηση του όποιου

θετικού αποτελέσματος, σε συνάρτηση πάντοτε με την κλινική εικόνα του αρρώστου, ενώ δεν μπορεί σε καμιά περίπτωση να υποκαταστήσει την καλλιέργεια του ΕΝΥ, η οποία και θα μας εξασφαλίσει την απομόνωση του ίδιου του μικροβίου και το αντιβιογράμμα αυτού.

Η θεραπεία περιλαμβάνει την εμπειρική αγωγή που οφείλει να καλύπτει τα συνηθέστερα απαντώμενα παθογόνα ανάλογα με την ηλικία και την ανοσολογική κατάσταση του αρρώστου και τη στοχευμένη, που οφείλει να είναι η βέλτιστη για το συγκεκριμένο παθογόνο που απομονώθηκε από το ΕΝΥ λαμβάνοντας υπόψιν και το αντιβιογράμμα αυτού. Η πρώιμη χορήγηση κορτικοειδών (δεξαμεθαζόνης) ως επικουρική της εμπειρικής αγωγής αλλά και της αγωγής έναντι του *S. pneumoniae*, θεωρείται ότι προφυλάσσει από την εμφάνιση επιπλοκών όπως η κώφωση και μειώνει τη θνητότητα.

Στις λοιμώξεις του ΚΝΣ η απεικόνιση είναι σημαντική, όχι όμως απαραίτητη σε όλες τις περιπτώσεις. Η CT εγκεφάλου προ της ΟΝΠ οφείλει να γίνεται επί ενδείξεως παρουσίας εγκεφαλικού οιδήματος (διαταραχή επιπέδου συνείδησης, οίδημα οπτικών θηλών), εστιακής βλάβης (εστιακά νευρολογικά σημεία ή ιστορικό πρόσφατης έναρξης σπασμών), καθώς και όταν ο ασθενής είναι ανοσοκατασταλμένος. Ωστόσο ακόμα κι όταν η απεικόνιση κρίνεται αναγκαία, η εμπειρική αντιβιοτική αγωγή οφείλει να χορηγείται εγκαίρως και όχι να καθυστερεί εν αναμονή των CT και ΟΝΠ.

Λέξεις κλειδιά: Λοίμωξη ΚΝΣ, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Ε. Μυλωνά

Τηλ.: 6946003103

E-mail: emylon@med.uoa.gr

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΤΟΥ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΗ

Ελένη Λαζαρίδου

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

Η Λιστέρια είναι ένα gram (+) μικρόβιο που σπανίως προσβάλλει τους ανθρώπους. Στους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς με λέμφωμα, λευχαιμία, HIV, με λήψη κορτικοστεροειδών κ.α., προκαλεί ευκαιριακές λοιμώξεις, που όταν εκδηλώνονται με απόστημα σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα περίπου στο 40%, έναντι του 17% ασθενών που προσβάλλονται από άλλους λοιμογόνους παράγοντες.

Στο ΚΝΣ, το οποίο προσβάλλεται κυρίως διά της αιματογενούς οδού, εκδηλώνεται συχνότερα ως μηνιγγίτιδα, λόγω της προσβολής του επιθηλίου των χοριοειδών πλεγμάτων και προσβάλλει ασθενείς που δεν παρουσιάζουν απαραίτητα ανοσοκαταστολή. Επίσης, εκδηλώνεται ως εγκεφαλίτιδα ή μηνιγγοεγκεφαλίτιδα. Η Ρομβοεγκεφαλίτιδα αποτελεί ειδική κατηγορία λοίμωξης, που προσβάλλει το στέλεχος, την παρεγκεφαλίδα και τα κρανιακά νεύρα.

Ο σχηματισμός αποστήματος απαντάται σπανιότερα, στο 1–10% του συνόλου των ασθενών με προσβολή του ΚΝΣ. Η είσοδος των μικροβίων στην κυκλοφορία διά του ενδοθηλίου της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας έχει ως συνέπεια την ανάπτυξη αρχικά εγκεφαλίτιδας και τελικά τον σχηματισμό αποστήματος. Στο 38% των περιστατικών μπορεί να συνυπάρχει μηνιγγίτιδα. Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι στους ασθενείς με προσβολή του ΚΝΣ από λιστέρια οι συχνότερες εντοπίσεις αποστημάτων, σε ποσοστό 21%, είναι στην υποφλοιώδη φαιά ουσία, στο θάλαμο, στα βασικά γάγγλια, κατανομή που σπανιότερα απεικονίζεται σε άλλα λοιμογόνα αίτια.

Τα απεικονιστικά ευρήματα των αποστημάτων που σχετίζονται με την λιστέρια δεν είναι παθογνωμονικά. Η συνδυαστική εκτίμηση προηγμένων τεχνικών απεικόνισης μπορεί να βοηθήσει στη διάκριση του αποστήματος από άλλες παθολογίες. Στη Διαφορική Διάγνωση συμπεριλαμβάνονται λοιμώξεις από άλλα λοιμογόνα αίτια, οι ισχαιμικές βλάβες, η Ογκόμορφη Σκλήρυνση και οι νεκρωτικοί όγκοι-μεταστάσεις.

Στην Αξονική Τομογραφία το απόστημα μπορεί να απεικονιστεί ως παχυτοίχωματική, δακτυλιοειδής σκιαγραφούμενη κυστικού τύπου βλάβη ή ως κυστική αλλοίωση με διπλό τοίχωμα (*double rim sign*) και επιχώριο αγγειογενές οίδημα. Μπορεί να συνυπάρχει επενδυματίτιδα ή αποφρακτικός υδροκέφαλος.

Η Μαγνητική Τομογραφία έχει συγκριτικά μεγαλύτερη ευαισθησία. Η T1 ακολουθία παρουσιάζει κεντρικά ενδιάμεση και η T2 και FLAIR υψηλή ένταση σήματος. Η κάψα έχει ενδιάμεση ή χαμηλή ένταση σήματος στις T2 ακολουθίες και χαμηλή στην SWI. Η δακτυλιοειδής σκιαγραφική ενίσχυση δεν αποτελεί ειδικό εύρημα. Αντίθετα, ο περιορισμός στην ακολουθία διάχυσης που συνοδεύεται από χαμηλό σήμα στον χάρτη ADC είναι συνηγορητικός αποστήματος, αποκλείοντας νεκρωτικούς όγκους ή μεταστάσεις. Ωστόσο, μεταστάσεις με υψηλή κυτταροβρίθεια ή αιμορραγικές βλάβες σε υπεροξεία φάση μπορεί να συνοδεύονται επίσης από περιορισμό στη διάχυση. Η παρουσία των αιμορραγικών στοιχείων συχνά επιπλέκει τη διάγνωση και ο συγκριτικός επανέλεγχος κρίνεται σκόπιμος.

Η Μαγνητική Τομογραφία με τεχνική αιμάτωσης δίνει πληροφορίες βασισμένη στην αγγειοβρίθεια της βλάβης. Η κάψα του αποστήματος παρουσιάζει υψηλό εγκεφαλικό όγκο αίματος (rCBV) στα πρώιμα στάδια και χαμηλό rCBV στα προχωρημένα στάδια λόγω διαφορετικής σύστασης του τοιχώματος. Υψηλό rCBV παρουσιάζουν οι νεκρωτικές εξεργασίες, λόγω αυξημένης κυτταροβρίθειας και οι ψευδοογκομόρφες απομυελινωτικές βλάβες.

Η Μαγνητική φασματοσκοπία βοηθά στη διάκριση του αποστήματος από νεκρωτικούς όγκους. Ειδικότερα, η χολίνη (δείκτης δραστηριότητας της κυτταρικής μεμβράνης) μειώνεται στα αποστήματα και αυξάνεται στους όγκους και στη γλοιώση, το γαλακτικό (δείκτης αναερόβιας γλυκόλυσης) ανιχνεύεται σε όλες τις προαναφερόμενες παθολογίες και το NAA (δείκτης λειτουργίας των νευρώνων) και η κρεατίνη (δείκτης των ενεργειακών αποθεμάτων) μειώνονται στα έμφρακτα, τους όγκους και τις λοιμώξεις. Αύξηση των μεταβολιτών παρατηρείται στην Ογκόμορφη Σκλήρυνση, με πιο παθογνωμονικό το δείκτη γλουταμινικού/γλουταμίνης (νευροδιαβιβαστές).

Λέξεις κλειδιά: Λιστέρια, απόστημα, μαγνητική τομογραφία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6972881510

E-mail: helenlaz@yahoo.gr

ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στέφανος Ι. Κορφιάς¹, Δημήτρης Σκαρμούτσος², Αλέξανδρος Τσιμογιάννης²

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

Οι νευροχειρουργικές λοιμώξεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), δηλαδή του εγκεφάλου, του νωτιαίου μυελού, και των περιβλημάτων τους (μήνιγγα, κρανίο, σπονδυλική στήλη) διακρίνονται σε μη ιατρογενείς, και σε ιατρογενείς. Οι μη ιατρογενείς αφορούν ασθενείς, χωρίς προηγηθέν νευροχειρουργικό ιστορικό, που προσέρχονται με οξεία συμπτώματα, και απαιτούν νοσηλεία σε Νευροχειρουργική Κλινική για συντηρητική, ή χειρουργική αντιμετώπιση. Οι ιατρογενείς αφορούν ασθενείς, που έχουν υποβληθεί σε νευροχειρουργική επέμβαση, και έχουν υποστεί μετεγχειρητική λοίμωξη. Συχνότερες είναι οι συστηματικές λοιμώξεις, που αφορούν νευροχειρουργικούς ασθενείς νοσηλευόμενους σε Κλινική και ΜΕΘ, συνήθως σε περιεγχειρητική περίοδο, μη σχετιζόμενες με το ΚΝΣ, όπως αναπνευστικές λοιμώξεις, ουρολοιμώξεις, σηψαιμίες κ.ά. Προδιαθεσικοί παράγοντες λοιμώξεων είναι το επιβαρυνόμενο κλινικό ιστορικό, η παρατεταμένη νοσηλεία, η αναστοκατολή, η παρατεταμένη διάρκεια επέμβασης, η χαλαρή τήρηση των κανόνων αντισηψίας, και η χρήση εμφυτευμάτων. Συνεπεία αυτών προκαλείται περαιτέρω αύξηση της νοσηρότητας των νευροχειρουργικών ασθενών, με περαιτέρω ανάγκη για επεμβάσεις, αύξηση του χρόνου, και του κόστους νοσηλείας, του βαθμού αναπηρίας, και της θνησιμότητας.

Οι μη ιατρογενείς λοιμώξεις περιλαμβάνουν: α) τα αποστήματα, τα εμπύματα του εγκεφάλου, και του νωτιαίου μυελού σε ασθενείς με ωτίτιδα, παρωτίτιδα, οδοντικό απόστημα, παραρινοκολπίτιδα κ.ά. β) οι μηνιγγίτιδες σε ασθενείς με μετατραυματική ή αυτόματη διαφυγή ΕΝΥ, γ) οι σπονδυλοδισκίτιδες σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή, ή άλλη συστηματική λοίμωξη, δ) η οστεομυελίτιδα κρανίου/σπονδυλικής στήλης (ΣΣ) σε ασθενείς με κάκωση/φλεγμονή κεφαλής, ε) λοιπές παρασιτικές(σπανίως), μυκοβακτηριακές (φυματίωση), μυκητιασικές, πρωτοζωικές, και ιογενείς λοιμώξεις του ΚΝΣ.

Οι ιατρογενείς λοιμώξεις περιλαμβάνουν: α) τα αποστήματα, τα εμπύματα εγκεφάλου, και του νωτιαίου μυελού σε ασθενείς μετά από επεμβάσεις ΚΝΣ, με εμφύτευση υλικών, και δυσκολία επούλωσης του χειρουργικού τραύματος, β) οι επιμολύνσεις νευροχειρουργικού τραύματος σε ασθενείς, που έχουν υποστεί ανεπαρκή τεχνική συρραφής, δυσκολία επούλωσης, διαφυγή ΕΝΥ, γ) οι μηνιγγίτιδες μετά από επέμβαση βαλβίδας υδροκεφάλου, εξωτερική

παροχέτευση ΕΝΥ, εκροή ΕΝΥ από το χειρουργικό τραύμα, μετεγχειρητική ρινόρροια, ή ωτόρροια, δ) οι σπονδυλοδισκίτιδες μετά επέμβαση στη ΣΣ, ε) οστεομυελίτιδα κρανίου/ΣΣ σε ασθενείς μετά από επέμβαση κρανίου/ΣΣ.

Η κλινική συμπτωματολογία των νευροχειρουργικών λοιμώξεων περιλαμβάνει γενικά λοιμώδη συμπτώματα (πυρετός, πόνος κ.ά.), και νευρολογική εικόνα ανάλογα με την εντόπισή τους. Η εργαστηριακή εικόνα προκύπτει από τις απεικονιστικές, και αιματολογικές εξετάσεις, τις καλλιέργειες του ΕΝΥ, της πυώδους συλλογής, ή της φλεγμονώδους εκροής.

Η νευροχειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει κρανιοτομία, αποσυμπίεστική κρανιεκτομή, κρανιοανάτρηση, στερεοτακτική παροχέτευση αποστήματος εγκεφάλου, σπονδυλική αποσυμπίεση/σπονδυλοδεσία, κοιλιοπεριτοναϊκή παροχέτευση για μεταφλεγμονώδη υδροκέφαλο, κρανιοπλαστική αποκατάσταση, και εξωτερική κοιλιακή, ή οσφυϊκή παροχέτευση για παραμέτρηση της μολυσματικότητας ΕΝΥ, έγχυση αντιβιοτικών, αποφρακτικό υδροκέφαλο, και επούλωση του χειρουργικού τραύματος. Η χειρουργική αντιμετώπιση συνοδεύεται από συντηρητική αντιμετώπιση με χορήγηση αντιβιοτικών, αρχικά εμπειρικά, και στη συνέχεια βάσει αντιβιογραμματος. Στεροειδή, αντιεπιληπτικά, αναλγητικά, και αντιπηκτικά έχουν θέση αναλόγως της περιπτώσεως.

Η έκβαση καθορίζεται από τη νευρολογική βαρύτητα του ασθενούς, την έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική παρέμβαση, την επιτυχία της αρχικής επέμβασης, την ταυτοποίηση του παθογόνου μικροοργανισμού, την εντόπιση της πρωτοπαθούς φλεγμονώδους εστίας, το χρόνο νοσηλείας σε ΜΕΘ, και τμήμα, και την ηλικία, όπως και γενική νοσηρότητα του ασθενούς. Η θνησιμότητα μπορεί να προσεγγίσει το 33% των περιπτώσεων.

Μελέτη λοιμώξεων στην Α' Νευροχειρουργική Κλινική του ΕΚΠΑ στο ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» κατά το διάστημα 1/1/2015 έως και 31/12/2016 (2 έτη) έδειξε σύνολο εισαγωγών 2086 ασθενείς (1038 ασθενείς το 2015, και 1048 ασθενείς το 2016). Από αυτούς: 1) 12 ασθενείς είχαν διάγνωση εισόδου «μη ιατρογενή νευροχειρουργική λοίμωξη» (απόστημα εγκεφάλου/ενδοκράνιο εμπύημα/επισκληρίδιο εμπύημα ΣΣ) με έκβαση «θάνατος» σε 4 (33%) ασθενείς, 2) 26 ασθενείς με διάγνωση εισόδου

«ιατρογενή/μετεγχειρητική νευροχειρουργική λοίμωξη» (μετεγχειρητική μηνιγγίτιδα/εμπύημα/οστεομυελίτιδα/λοίμωξη χειρουργικού τραύματος) με έκβαση «θάνατος» σε 9 (35%) νοσηλευόμενους, και 3) 67 νευροχειρουργικοί ασθενείς με διάγνωση εισόδου «συστηματική λοίμωξη» (αναπνευστική λοίμωξη/ουρολοίμωξη/σηψαιμία/εντερική λοίμωξη) με έκβαση «θάνατος» σε 21 (32%) άτομα. Συνολικά 105 ασθενείς (>5% του συνόλου των εισαγωγών) εισήχθησαν με λοίμωξη στη Νευροχειρουργική Κλινική, ή η νοσηλεία τους επιπλέχθηκε με λοίμωξη, και ποσοστό 33% από αυτούς τελικά απεβίωσε.

Λέξεις κλειδιά: Νευροχειρουργική λοίμωξη, απόστημα εγκεφάλου, εμπύημα εγκεφάλου, σπονδυλικής στήλης.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Σ. Κορφιάς

Τηλ.: 6932458361

E-mail: skorfias@otenet.gr

Η ΕΝΔΗΜΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΤΟΥ *ACINETOBACTER BAUMANNII* ΣΤΗΝ ΚΟΛΙΜΥΚΙΝΗ: ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ, ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ, ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΣ

Ευσταθία Περιβολιώτη

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

Αναδυόμενο και συνεχώς αυξανόμενο πρόβλημα τόσο στην Ευρώπη όσο και στη χώρα μας, αποτελεί η απομόνωση των πολυ- και παν-ανθεκτικών στελεχών *Acinetobacter baumannii* ιδίως σε ασθενείς στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Αυξημένης Φροντίδας, τα οποία παρουσιάζουν αντοχή σε όλους τους διαθέσιμους αντιμικροβιακούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της κολιμυκίνης, αντιμικροβιακού παράγοντα που αποτελεί δραστικό όπλο στην θεραπευτική φαρέτρα του κλινικού γιατρού. Έτσι, παράλληλα με την εποχή του Covid-19 που βιώνουμε όλοι με δέος, αναμονή και υπομονή, βιώνουμε και την Εποχή του «Τέλους των Αντιβιοτικών» ως συνέπεια της συνεχώς αυξανόμενης αντοχής των μικροβίων (όπως το *Acinetobacter baumannii*) σε αυτά, με αποτέλεσμα συχνά να μην υπάρχει δόκιμη θεραπεία. Αυτό το γεγονός αποτελεί ανησυχητική εξέλιξη στον τομέα των νοσοκομειακών λοιμώξεων, με σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία.

Το *Acinetobacter baumannii* ανήκει στη μεγάλη οικογένεια των *Acinetobacter*, (προέρχεται από την ελληνική λέξη ακίνητος, ακινητοβακτηρίδιο) και είναι αρνητικό κατά Gram, αζυμωτικό, ευκαιριακό προϊόν απομόνωσης, που αναγνωρίζεται ως ένα σημαντικό νοσοκομειακό παθογόνο. Μπορεί να προκαλέσει λοιμώξεις σε διάφορες ανατομικές τοποθεσίες: βακτηριαιμία, πνευμονία, μηνιγγίτιδα, ουρολοίμωξη συχνότερα σε ανοσοκατεσταλμένους και βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Η ικανότητα επιβίωσης του σε ξηρές επιφάνειες και η σχετική αντοχή του στα απολυμαντικά, επιτρέπουν στο ακινητοβακτηρίδιο να επιβιώνει καλά στο νοσοκομείο περιβάλλον. Απομονώνεται συχνά από τις τραχειοβρογχικές εκκρίσεις των μηχανικά αεριζόμενων ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Ένα σημαντικό ποσοστό αυτών των ασθενών απλώς αποικίζονται, ενώ το υπόλοιπο μπορεί να αναπτύξει κλινικά σημαντική λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών αναφέρεται αυξανόμενος αριθμός ασθενών με νοσοκομειακές λοιμώξεις από *Acinetobacter baumannii* εκτός περιβάλλοντος ΜΕΘ. Αυτή είναι μια ανησυχητική εξέλιξη, καθώς αποδεικνύει τη δυναμική αυτού του παθογόνου να γίνει η κύρια αιτία λοιμώξεων που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη εκτός

περιβάλλοντος ΜΕΘ, επεκτείνοντας έτσι σημαντικά τον πληθυσμό των ασθενών σε κίνδυνο.

Παράλληλα, πολλές αναφορές παγκοσμίως τεκμηριώνουν την αύξηση της αντιμικροβιακής αντοχής μεταξύ των κλινικών στελεχών *Acinetobacter baumannii*. Λόγω της εγγενούς αντιμικροβιακής αντοχής και της ικανότητάς τους να αποκτούν εύκολα νέους μηχανισμούς αντοχής, περιγράφονται MDR, XDR ακόμη και παν-ανθεκτικά στελέχη (PDR), που έχουν προφανή κλινική σημασία και τεράστιες επιπτώσεις στη δημόσια υγεία.

Έτσι, σύμφωνα με δεδομένα από το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Επιτήρησης της Αντιμικροβιακής Αντοχής (EARS-Net) για την επιδημιολογική κατάσταση του ανθεκτικού στις καρβαπενέμες *Acinetobacter baumannii* σε 37 ευρωπαϊκές χώρες κατά την χρονική περίοδο 2013-2019, φαίνεται η χώρα μας να βρίσκεται σταθερά σε ενδημική κατάσταση, ή αλλιώς η πλειονότητα των νοσοκομείων της χώρας βλέπουν επανειλημμένες περιπτώσεις λοιμώξεων από πολυανθεκτικό ακινητοβακτηρίδιο που εισάγονται από αυτόχθονες πηγές.

Δεδομένα από την κλινική μελέτη Magic Bullet για τη διερεύνηση της μοριακής επιδημιολογίας, της αντιμικροβιακής ευαισθησίας και των παραγόντων ανθεκτικότητας στις καρβαπενέμες στελεχών *Acinetobacter baumannii* από δείγματα αναπνευστικού ασθενών με διάγνωση πνευμονία που σχετίζεται με αναπνευστήρα (VAP) από την Ελλάδα, Ιταλία και Ισπανία, έδειξαν αντοχή στην κολιμυκίνη στο 47,7%.

Οι αναφορές από το Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων και Μικροβιακής Αντοχής του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) από τα αποτελέσματα των δεικτών υποχρεωτικής επιτήρησης για την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων και της μικροβιακής αντοχής στα ελληνικά νοσοκομεία για τα έτη 2015-2017, δείχνουν να υπερτερούν σε απόλυτο αριθμό τα στελέχη *Acinetobacter baumannii* στη μηνιαία επίπτωση βακτηριαιμιών από πολυανθεκτικά παθογόνα και υψηλά επίπεδα αντοχής των στελεχών αυτών στις καρβαπενέμες (97% και 92%) και στην κολιμυκίνη (23% και 22%) στις ΜΕΘ και στα κλινικά

τμήματα αντίστοιχα το έτος 2017.

Παρόμοια είναι τα δεδομένα αντοχής των στελεχών *Acinetobacter baumannii* στην κολιμυκίνη: 42.1% από την μελέτη των Φαλάγγα και συνεργατών, στη διερεύνηση της *in vitro* αντιμικροβιακής δράσης του νέου αντιμικροβιακού παράγοντα cefiderocol, μιας σιδηροφόρου κεφαλοσπορίνης, έναντι ανθεκτικών στην καρβαπενέμη βακτηρίων αρνητικών κατά Gram από ασθενείς σε διάφορα ελληνικά νοσοκομεία.

Αναζητήσαμε στο εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» την *in vitro* ευαισθησία στην κολιμυκίνη 95, 139 και 171 πολυανθεκτικών στελεχών *Acinetobacter baumannii*, τα διαστήματα: 1/1/-31/12/2018, 1/1/-31/12/2019 και 1/1/-31/12/2020 αντίστοιχα, από ασθενείς με βακτηριαιμία. Παρατηρήθηκε αντοχή σε 49% των στελεχών το 2018, 46% το 2019 και 70% το 2020. Η αύξηση του ποσοστού αντοχής στην κολιμυκίνη που παρατηρείται το 2020 οφείλεται στην εφαρμογή

της μικρομεθόδου αραίωσης σε ζωμό ως αποκλειστικής μεθόδου προσδιορισμού MIC της κολιστίνης.

Συμπερασματικά, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι το *A. baumannii* είναι ένα σημαντικό νοσοκομειακό παθογόνο και απειλή για τη δημόσια υγεία. Απαιτούνται επείγοντως περισσότερες επιστημονικές προσπάθειες και πόροι για να διευκρινιστεί περαιτέρω η επιδημιολογία, ζητήματα ελέγχου λοιμώξεων που σχετίζονται με *A. Baumannii* αλλά και για τη διερεύνηση θεραπευτικών επιλογών.

Λέξεις κλειδιά: *Acinetobacter baumannii*, επιδημιολογία, μονάδες εντατικής θεραπείας, νοσοκομειακή λοίμωξη, παν-ανθεκτικοί μικροοργανισμοί, κολιμυκίνη.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 6945864782

E-mail: perivolioti@yahoo.gr

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Βασιλική Πίκουλα¹, RN, MSc, Ευσταθία Καμπισιούλη², RN, MSc, PhD,
Δημήτριος Πιστόλας³, RN, MSc, PhD

¹Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Προϊσταμένη Γραφείου Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Υπεύθυνη του Α' Χειρουργικού Τομέα,
²Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Υπεύθυνη Διατομεακού Τομέα Μονάδων, ³Προϊστάμενος Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εποχή COVID-19. Ο κορονοϊός SARS-CoV-2 είναι ένας νέος ιός που με την παρουσία του άλλαξε δραματικά την ζωή όλων σε παγκόσμιο επίπεδο. Η πανδημία COVID-19 θα καταγραφεί στην ιστορία ως μία κρίση μοναδική στο είδος της κυρίως λόγω της κλίμακας και της ταχύτητας εξάπλωσής της, αλλά και της έλλειψης προϋπαρχόντων επιστημονικών δεδομένων για την αντιμετώπιση της. Παράλληλα αποτελεί τη μεγαλύτερη ίσως υγειονομική πρόκληση για τα συστήματα Υγείας.

Το ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» είναι το μεγαλύτερο νοσοκομείο του ΕΣΥ στη χώρα μας και κέντρο αναφοράς για περιστατικά με υποψία ή επιβεβαιωμένη λοίμωξη COVID-19. Από τις αρχές Μαρτίου 2020 μέχρι και σήμερα έχει διαχειριστεί περισσότερα από 1.000 περιστατικά με επιβεβαιωμένη λοίμωξη COVID-19.

Η Νοσηλευτική υπηρεσία, κλήθηκε να αναδείξει την προσαρμοστικότητα της και να αναπτύξει τη συλλογική της στρατηγική υπό το βάρος της επέλασης μιας πανδημίας που εξελίσσεται με ραγδαίους ρυθμούς και απαιτεί ορθή, άμεση και αποτελεσματική διαχείριση.

Η αρχική αντιμετώπιση στηρίχθηκε στα επιστημονικά δεδομένα που δημοσιεύθηκαν από άλλες χώρες καθώς και στην εμπειρία μας από τη διαχείριση προηγούμενων σχετικών κρίσεων (SARS κ.τ.λ.).

Οι πυλώνες της στρατηγικής αντιμετώπισης μας ήταν:

- Δημιουργία ομάδας διαχείρισης κρίσης, κατανομή ρόλων, ανάπτυξη σχεδίου διαχείρισης, συντονισμός δράσεων – τακτικές συναντήσεις μελών, υπηρεσιών και φορέων υγείας.
- Άμεση αναδιαμόρφωση χώρων, δημιουργία νέων κλινικών και ΜΕΘ, ανάπτυξη και λειτουργία νέων κλινών νοσηλείας ασθενών με λοίμωξη COVID-19.
- Δημιουργία ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος:
 - Χρήση εθνικών και διεθνών πρωτοκόλλων στη διαχείριση των ασθενών (φροντίδα, ενδονοσοκομειακές μετακινήσεις).

- Άμεση προμήθεια υλικών, εξοπλισμού βιοϊατρικής τεχνολογίας, Μέτρων Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ).
- Εκπαίδευση εργαζομένων πρώτης γραμμής στην προσαρμογή σε έναν νέο μικροοργανισμό, στη σωστή εφαρμογή των ΜΑΠ και στην διατήρηση των δραστηριοτήτων φροντίδας για την αποφυγή διασποράς της λοίμωξης.
- Βασική εκπαίδευση και κατάρτιση πλήθους νεοδιοριζόμενου αλλά και μετακινούμενου προσωπικού στα τμήματα πρώτης γραμμής.
- Επικοινωνιακός χειρισμός της κρίσης – προαγωγή της ψηφιακής επικοινωνίας, συντονισμός διαδικασιών με εμπλεκόμενους φορείς και υπηρεσίες.
- Φροντίδα των εργαζομένων – διαχείριση άγχους και φόβου λόγω της υψηλής μολυσματικότητας (ψυχολογική υποστήριξη, συστηματική παρακολούθηση νοσούντων εργαζομένων).

Συμπεράσματα: Η πανδημία COVID-19 παραμένει μια πρόκληση δοκιμάζοντας καθημερινά τα υγειονομικά συστήματα. Είναι μια πρωτόγνωρη κρίση που απαιτεί πολυεπίπεδη προσέγγιση και στρατηγική αντιμετώπισης. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία ως η «ραχοκοκαλιά» του συστήματος υγείας, καλείται να αναδείξει την προσαρμοστικότητά της στις νέες υγειονομικές συνθήκες, αναθεωρώντας ή βελτιώνοντας στόχους και διαδικασίες με γνώμονα την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα.

Λέξεις κλειδιά: Πανδημία COVID-19, συστήματα υγείας, διαχείριση κρίσεων, Νοσηλευτική Υπηρεσία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Β. Πίκουλα
Τηλ.: 6976465433
E-mail: pikoulavicky@yahoo.com

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19 ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΩΣ ΤΟ ΕΞΙΤΗΡΙΟ

Χρυσούλα Κολοκοτρώνη, MSc

Νοσηλεύτρια Π.Ε., Νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων, Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

“...τόσο η γρίπη των χοίρων του 1976, όσο και η επιδημία H1N1 του 2009 προκάλεσαν πολύ λιγότερα από όσα είχαν προβλέψει οι ειδικοί της υγείας. Όλα αυτά μπορεί να δημιουργήσουν συνδυαστικά μια γενική αδιαφορία απέναντι στο ενδεχόμενο να ξεσπάσει μια φονική πανδημία. Και αυτό είναι λάθος” έγραψε (προφητικά;) το 2016 ο Christian McMillen στο βιβλίο του “Πανδημίες-μία σύντομη εισαγωγή”. Και λίγα χρόνια αργότερα ξέσπασε μια φονική πανδημία. Ξεκίνησε από μία πόλη της Κίνας και μέσα σε λίγους μήνες επεκτάθηκε σε όλο τον κόσμο. Μετά τις γιορτές των Χριστουγέννων και της Πρωτοχρονιάς του 2020 σήμανε συναγεμρός σε παγκόσμιο και τοπικό επίπεδο, καθώς αυξάνονται τα κρούσματα και οι θάνατοι. Έρχεται κάτι ανησυχητικά άγνωστο και επικίνδυνο, μήπως να αρχίσουμε τις προετοιμασίες και εμείς εδώ; Σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα και στηριζόμενοι στις οδηγίες των αρμόδιων οργανισμών και του Υπουργείου Υγείας ξεκίνησε η ενημέρωση και η εκπαίδευση όλων των υπαλλήλων του νοσοκομείου, καθώς και η διαρρύθμιση των χώρων που θα υποδεχθούν, θα εξετάσουν, θα διαγνώσουν και θα νοσηλεύσουν ασθενείς με νόσο Covid-19. Καταστρώθηκε σχέδιο δράσης, αλγόριθμος διαχείρισης ύποπτου περιστατικού και όλοι σε ετοιμότητα περιμέναμε να γίνει η αρχή.

Η πανδημία της νόσου του κορονοϊού 2019 (Covid-19) προκλήθηκε από τον κορονοϊό SARS-CoV-2 και αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά στην πόλη Ουχάν της Κίνας τον Δεκέμβριο του 2019. Έως και τον Ιανουάριο του 2021 έχουν επιβεβαιωθεί πάνω από 94.000.000 κρούσματα και πάνω από 2.000.000 θάνατοι παγκοσμίως σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Στην Ελλάδα έχουμε για το αντίστοιχο χρονικό διάστημα πάνω από 149.000 κρούσματα και πάνω από 5.000 θανάτους. Ο ιός μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο μέσω σταγονιδίων. Ο χρόνος

μεταξύ της έκθεσης και της εμφάνισης συμπτωμάτων είναι συνήθως από 2 έως 14 ημέρες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, βήχα, πονοκέφαλο, μυαλγίες, δύσπνοια, πονόλαιμο, διάρροια, ναυτία, έμετο, απώλεια γεύσης και όσφρησης, κοιλιακό άλγος και ρινόρροια. Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα (σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας, μυοκαρδιοπάθεια, θρομβοεμβολικά επεισόδια) καθώς και οι δευτερογενείς λοιμώξεις και οι συννοσηρότητες καθιστούν τη διαχείριση των ασθενών ιδιαίτερα δύσκολη, ενώ το πρωτοφανές και υπό διερεύνηση ακόμη νόσημα απαιτεί τη διαρκή εγρήγορση, επαγρύπνηση και συνεχή εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας.

Η υψηλή μεταδοτικότητα της νόσου με σταγονίδια οδήγησε στην υιοθέτηση της χρήσης απλής χειρουργικής μάσκας στον γενικό πληθυσμό, της εφαρμογής υγιεινής των χεριών και τη διατήρηση αποστάσεων μεταξύ των ατόμων, ως βασικά και απαραίτητα μέτρα προστασίας. Η αντιμετώπιση των ασθενών με λοίμωξη Covid-19 απαιτεί την προστασία τόσο του ασθενούς όσο και του επαγγελματία υγείας, καθώς και όλων των εργαζομένων που ενέχονται στην νοσηλεία του. Για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητη η σωστή ενημέρωση, η παροχή όλων των μέσων προστασίας, η κατανόηση και ο σεβασμός. Κατανόηση και σεβασμός στον άνθρωπο, στον ιό, στην επιστήμη.

Λέξεις κλειδιά: Λοίμωξη, Covid-19, πανδημία, νοσοκομείο, αντιμετώπιση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6947022211

E-mail: chrisakolokotroni@gmail.com

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αγγελική Σαρρή

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

Εδώ και ένα χρόνο περίπου κληθήκαμε απρόσμενα να διαχειριστούμε μια πρωτόγνωρη κατάσταση, μια πανδημία. Γίναμε όλοι θεατές αλλά και πρωταγωνιστές του ίδιου δράματος. Ιδιαίτερα το υγειονομικό προσωπικό ήταν και είναι αντιμέτωπο με αυτή την κατάσταση. Εκτός από τη φροντίδα των ασθενών, πρέπει να διαχειριστούν και προσωπικά θέματα που προκύπτουν από τη διαχείριση μιας κρίσιμης και απειλητικής για τη ζωή κατάστασης. Οι ψυχολογικές συνέπειες είναι αρκετές και μπορεί να είναι μακροχρόνιες. Τα κυριότερα συναισθήματα που επικρατούν είναι το άγχος, ο φόβος και μάλιστα ο φόβος του αγνώστου οδηγεί σε μεγαλύτερα επίπεδα άγχους ακόμα και σε καταστάσεις που δεν είναι τόσο πιεστικές ή σε άτομα που δεν παρουσιάζουν ψυχικά συμπτώματα. Στην πανδημία το άγχος επιδεινώνεται λόγω των αυξημένων απαιτήσεων στην εργασία, τήρηση αυστηρών μέτρων, μειωμένη αυτοφροντίδα, μειωμένη κοινωνική στήριξη, στιγματισμός, ηθικά διλήμματα. Το κυριότερο όμως είναι μήπως μολυνθούν οι ίδιοι και μεταδώσουν τον ιό στις οικογένειες τους, ιδίως αν υπάρχουν ευαίσθητες ομάδες. Έρευνες καταδεικνύουν αυξημένα ποσοστά άγχους, αϋπνία, κούραση, θυμό, επιθετικότητα, καταθλιπτικά συμπτώματα, ανάπτυξη μετατραυματικού στρες, ανάπτυξη μη βοηθητικών συμπεριφορών, μειωμένη αυτοπεποίθηση, προσωπική και επαγγελματική ανεπάρκεια, απογοήτευση, αυτοενοχή και μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα που επι-

δρούν στην ατομική και οικογενειακή ζωή, αλλά κυρίως στην ψυχική ισορροπία του προσωπικού υγείας. Σημαντικό ρόλο παίζουν επίσης η προσωπικότητα του καθενός, το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η πρότερη ικανοποιητική διαχείριση δύσκολων επαγγελματικών και προσωπικών καταστάσεων. Μια κατάσταση όμως δεν εμπεριέχει μόνο αρνητικά χαρακτηριστικά. Κάποιοι, μέσα από μια θετική διάσταση θα αποκομίσουν θετικές εμπειρίες, όπως την αυτάρκεια, την υπερηφάνεια που αντιμετωπίζουν αυτή τη δύσκολη κατάσταση που συμβάλλει στην απόκτηση ψυχικής δύναμης, ανθεκτικότητας και αντοχής. Οι επαγγελματίες υγείας αξίζουν ιδιαίτερου ενδιαφέροντος και προσοχής από τους συναδέλφους, διευθυντές και από το ευρύ κοινωνικό σύνολο. Η αναγνώριση και η απλή έκφραση ευγνωμοσύνης είναι το ελάχιστο που θα μπορούσε να τους ενισχύσει, ώστε να ξεπεράσουν τις δυσκολίες και να συνεχίσουν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους κάτω από αυτές τις ιδιαίτερα δύσκολες εργασιακές συνθήκες.

Λέξεις κλειδιά: Covid-19, ψυχολογικές συνέπειες, επαγγελματίες υγείας.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 6932439743

E-mail: aggelikisarri@yahoo.gr

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ

Μαρία Μπαρμπαρούση, MSc

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Τμήμα COVID-19, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Απόφοιτος Νομικής

Οι επαγγελματίες υγείας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους είναι σε θέση να γνωρίσουν πληροφορίες για την υγεία αλλά και την προσωπική ζωή των ασθενών οι οποίες συνδέονται άμεσα με τον πυρήνα της αυτονομίας και της ιδιωτικότητάς τους. Οι κίνδυνοι που εγκυμονεί η τυχόν αποκάλυψη των πληροφοριών αυτών για τη ζωή του ασθενή δικαιολογεί την εξαιρετική προστασία που απολαμβάνουν από το νομοθέτη, ο οποίος έχει προβεί σε θέσπιση ειδικής νομοθεσίας (Νόμος 4624/2019) στην οποία τα δεδομένα υγείας ορίζονται ως «ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα». Επιπλέον, η διασφάλιση τους επιτυγχάνεται με το ιατρικό και νοσηλευτικό απόρρητο που καθιερώνει ο Κώδικας Ιατρικής και ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας αντίστοιχα, καθώς και με τον καθορισμό ως εγκλήματος στον Ποινικό Κώδικα της παραβίασης της επαγγελματικής εχεμύθειας.

Εξαιρετική, βέβαια, σημασία για τα προσωπικά δεδομένα έχει η διείσδυση της τεχνολογικής επανάστασης στο χώρο της υγείας, e-health - ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, καθώς επήλθε μετάβαση της αρχειοθέτησης των δεδομένων από την κλασική έντυπη μορφή στην ψηφιακή και κατ' επέκταση συγκέντρωση όγκου δεδομένων (big data). Η έλλειψη, όμως, μέτρων ασφαλείας αύξησε τα περιστατικά παραβίασης και οδήγησε στην εμπορευματοποίηση των δεδομένων υγείας. Η αλυσίδα αυτών των φαινομένων οδήγησαν στην αυστηροποίηση του νομικού πλαισίου πανευρωπαϊκά και στη θέσπιση του νέου Γενικού Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων - GDPR (Κανονισμός ΕΕ 2016/6793). Με την έναρξη εφαρμογής του - 25η Μαΐου 2018 - ο Κανονισμός έρχεται να θωρακίσει τα προσωπικά δεδομένα εισάγοντας πολλές καινοτομίες, οι οποίες αφενός ενισχύουν τα δικαιώματα των υποκειμένων των δεδομένων

και αφετέρου μεταθέτουν την ευθύνη της προστασίας στον οργανισμό προβλέποντας υψηλές κυρώσεις για όσους δε συμμορφωθούν με τις απαιτήσεις του.

Η ορθή εφαρμογή του Κανονισμού στο χώρο της υγείας, αν και θεωρείται επίπονη διαδικασία, επιφέρει οφέλη. Η μεταχείριση του ασθενή γίνεται με γνώμονα τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του αλλάζοντας την κουλτούρα στο ΕΣΥ και ενισχύοντας κατ' επέκταση τη σχέση εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες υγείας. Αυτό συνεισφέρει στην αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Υγείας.

Συνοψίζοντας, υποστηρίζουμε ότι τα προαναφερόμενα οφέλη σε συνδυασμό με τους κινδύνους που συνεπάγεται για τη ζωή των ασθενών η υποτίμηση της προστασίας των προσωπικών τους δεδομένων καταδεικνύουν την αναγκαιότητα για τη μέγιστη διασφάλισή τους, η οποία επιτυγχάνεται μέσω της τήρησης του απορρήτου και του Κανονισμού. Η πανδημία του covid19 ανέδειξε ακόμη περισσότερο την αναγκαιότητα αυτή, αφού γίνεται πολύ μεγαλύτερη χρήση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων για λόγους δημόσιας υγείας. Τέλος, οι υγειονομικοί πρέπει να έχουν επίγνωση ότι η ουσιαστική προστασία των δεδομένων υγείας δεν συνιστά μόνο δεοντολογική δέσμευση αλλά σαφή νομική υποχρέωση, η παράβαση της οποίας επισύρει κυρώσεις (πειθαρχικές, ποινικές, αστικές).

Λέξεις κλειδιά: Ευαίσθητα δεδομένα, ιδιωτικότητα, γενικός κανονισμός, απόρρητο, παραβίαση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6978018432

E-mail: mariabarb888@gmail.com

ΥΠΕΡΒΟΛΗ

Παύλος Κουτσουμπός*Νοσηλεύτης Τ.Ε., Μονάδα Εμφραγμάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

Είναι γεγονός ότι τις τελευταίες δεκαετίες οι εξελίξεις που έχουν συντελεστεί στο τομέα της επιστήμης και της τεχνολογίας έχουν διαμορφώσει ένα ριζικά διαφορετικό οικονομικό και κοινωνικοπολιτικό τοπίο επηρεάζοντας, όπως είναι φυσικό, και τους κανόνες για την προστασία των προσωπικών δεδομένων. Η ραγδαία εξέλιξη των σύγχρονων τεχνολογιών και ο επακόλουθος τεράστιος όγκος δεδομένων που διακινούνται καθημερινώς εγκυμονούν αυξημένους κινδύνους για τα δεδομένα υγείας, καθώς η εφαρμογή τους εκτείνεται σε όλο το φάσμα των λειτουργιών που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας, καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη ανάληψης πρωτοβουλιών για την προστασία τους.

Ο Γενικός Κανονισμός για την προστασία προσωπικών δεδομένων (GDPR) είναι πολύ σημαντικός στο χώρο της υγείας καθώς ασχολείται με την διαχείριση ευαίσθητων δεδομένων. Ωστόσο, από τότε που τέθηκε σε ισχύ ο GDPR η προστασία των προσωπικών δεδομένων έχει γίνει πιο δύσκολη για τον τομέα της υγείας. Τα νέα δεδομένα του νόμου προσθέτουν στους Υπεύθυνους επεξεργασίας (νοσοκομεία, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές) αυξημένες υποχρεώσεις και στα υποκείμενα των δεδομένων (ασθενείς, εξεταζόμενοι, εργαζόμενοι) αυξημένα δικαιώματα, τα οποία οδήγησαν σε μια σειρά παρεξηγήσεων, αντιδράσεων και λανθασμένων εφαρμογών του νόμου καθώς κανένας ιδιωτικός και δημόσιος φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας δεν ήταν έτοιμος να αντιμετωπίσει τις νέες αυτές απαιτήσεις του GDPR.

Ένα σημαντικό μειονεκτήματα του GDPR είναι το υψηλό κόστος για την εφαρμογή όλων αυτών των οργανωτικών και τεχνικών μέτρων που απαιτείται. Επιπρόσθετα έχει αποδεχθεί ότι η συμμόρφωση με τον κανονισμό είναι μία τρομερά επίπονη και χρονοβόρος διαδικασία, λόγω του ότι ο όγκος των δεδομένων που χειρίζονται οι φορείς παροχής υγείας είναι τεράστιος και δύσκολα διαχειρίσιμος σε μία εποχή όπου ο φόρτος εργασίας είναι ήδη βεβαρημένος.

Επιπλέον, ένας άλλος λόγος που καθιστά τον κανονισμό περίπλοκο είναι η έλλειψη συνεχούς εκπαίδευσης του προσωπικού. Μπορεί το μεγαλύτερο μέρος των μονάδων υγείας να έχει προβεί σε διοργανώσεις εκπαιδευτικών σεμιναρίων για τους υπαλλήλους της σε σχέση με το GDPR όμως το θέμα συμμόρφωσης με τον κανονισμό δεν δύναται να μένει σε επιφανειακή γνώση της θεωρίας της νομοθεσίας.

Τέλος για την εφαρμογή των GDPR για τη σωστή διασφάλιση των δεδομένων των δικτύων του κλάδου υγείας απαιτείται η χρήση συστημάτων τελευταίας τεχνολογίας, όπως συστήματα ασφαλείας που εντοπίζουν και αποτρέπουν επιθέσεις δικτύου και τεχνολογίες κρυπτογράφησης. Οι συσκευές που χρησιμοποιούν οι μονάδες υγείας μπορεί να στηρίζονται σε παλιές εκδόσεις λογισμικού, να μην ενημερώνονται και να μην έχουν ενεργοποιημένο το κατάλληλο επίπεδο ασφαλείας.

Είναι γεγονός ότι η προστασία των προσωπικών δεδομένων αποτελεί κρίσιμο στοιχείο, αφού επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής των προσώπων. Ειδικά τα προσωπικά δεδομένα που αφορούν την υγεία θεωρούνται και εξακολουθούν να θεωρούνται και μετά την ισχύ του Κανονισμού μια ειδική κατηγορία δεδομένων, ιδιαίτερα ευαίσθητων και ευάλωτων σε απειλές και κινδύνους παραβίασης. Ο δρόμος του GDPR είναι ένα ταξίδι δύσκολο και χωρίς διακοπή, που όμως προσφέρει στους οργανισμούς την ευκαιρία να εξελιχθούν και να αποδείξουν ότι αντιμετωπίζουν σοβαρά και με συνέπεια τους ασθενείς και τους συνεργάτες τους.

Λέξεις κλειδιά: Γενικός Κανονισμός, προστασία προσωπικών δεδομένων, ευαίσθητα δεδομένα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6942067836

E-mail: paulkouts82@gmail.com

ΑΝΤΙ-ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΠΟΤΕ;

Θεοδώρα Στρατηγού

Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Β' Ε.Σ.Υ., Ενδοκρινολογικό Τμήμα- Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η Οστεοπόρωση είναι μία συστηματική σκελετική νόσος, που χαρακτηρίζεται από ελαττωμένη οστική μάζα και διαταραχή της μικροαρχιτεκτονικής των οστών, με συνέπεια την αυξημένη ευθραυστότητα των οστών και την πιθανότητα κατάγματος. Χαρακτηρίζεται και ως σιωπηλή νόσος ή βουβή επιδημία. Στόχος της αντι-οστεοπορωτικής αγωγής είναι η πρόληψη καταγμάτων χαμηλής βίας (του πρώτου κατάγματος ή/και η αποφυγή νέων καταγμάτων στους ασθενείς με προϋπάρχοντα κατάγματα). Επομένως καθοριστική σημασία έχει η αναγνώριση των ασθενών με αυξημένο κίνδυνο κατάγματος.

Με τον αλγόριθμο FRAX (www.sheffield.ac.uk.FRAX/tool.jsp) είναι δυνατόν να υπολογιστεί ο δεκαετής απόλυτος κίνδυνος κατάγματος σε άνδρες και γυναίκες ≥ 40 ετών που δεν έχουν λάβει ποτέ αντι-οστεοπορωτική αγωγή, με κριτήρια αφενός μεν την οστική τους πυκνότητα, αφετέρου δε τους συνυπάρχοντες παράγοντες κινδύνου. Με αυτή τη μέθοδο εκτιμάται η πιθανότητα που έχει ένα άτομο, να υποστεί οστεοπορωτικό κάταγμα στα επόμενα 10 έτη. Η αναγκαιότητα θεραπείας της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αλλά και σε άνδρες άνω των 50 ετών, προκύπτει από συνδυασμό πληροφοριών (όχι απαραίτητως όλων): τα στοιχεία του ιστορικού (προηγούμενα κατάγματα), το δεκαετή κίνδυνο κατάγματος χαμηλής βίας, όπως αυτός προκύπτει από την εφαρμογή του FRAX και τη μέτρηση οστικής πυκνότητας με μέθοδο DXA. Οι ασθενείς που πρέπει να θεραπευθούν είναι όσοι έχουν υποστεί σπονδυλικό κάταγμα ή κάταγμα ισχίου χαμηλής βίας ή περισσότερα από ένα έτερα κατάγματα χαμηλής βίας (π.χ. κάταγμα κερκίδας). Επίσης, όσοι σε μέτρηση οστικής πυκνότητας ισχίου (ολικό ισχίο ή αυχένιας

μηριαίου) ή/και Ο.Μ.Σ.Σ. έχουν T score $\leq -2,5$ ή T score μεταξύ $-1,0$ και $-2,5$ (οστεοπενία) αλλά με 10ετή καταγματικό κίνδυνο (FRAX) $\geq 10\%$ για μείζον οστεοπορωτικό κάταγμα ή/και $\geq 2,5\%$ για κάταγμα ισχίου, με ηλικία 50-75 ετών, ενώ άνω των 75 ετών αν έχουν T score μεταξύ $-1,0$ και $-2,5$ (οστεοπενία) αλλά με 10ετή καταγματικό κίνδυνο (FRAX) $\geq 15\%$ για μείζον οστεοπορωτικό κάταγμα ή/και $\geq 5\%$ για κάταγμα ισχίου. Σε όλες τις περιπτώσεις θεραπείας της οστεοπόρωσης (άνδρες και γυναίκες) κρίνεται σκόπιμη η συγχορήγηση 400-800 IU βιταμίνης D3 αλλά και η πρόσληψη (διαιτητική ή/και φαρμακευτική) 1200 mg ασβεστίου ημερησίως. Σκόπιμη επίσης κρίνεται και η συνεχής σύσταση για σωματική άσκηση, αποφυγή καπνίσματος και κατάχρησης οινόπνευματος, καθώς και η προφύλαξη από τον κίνδυνο πτώσεων. Ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπεία αποτελεί η κατηγορία των φαρμάκων που στοχεύουν στη μείωση της οστικής ανακατασκευής (αντικαταβολικά) δηλαδή τα διφωσφονικά, η δενοσουνάμπη, οι εκλεκτικοί τροποποιητές οιστρογονικών υποδοχέων αλλά και φάρμακα με αναβολική δράση όπως η τεριπαρατίδη. Νεότερα φάρμακα είναι η ρομοσοσουμάμπη (αντίσωμα έναντι της σκληροστίνης) και η αμπαλοπαράτιδη (ανάλογο παραθορμόνης).

Λέξεις κλειδιά: Οστεοπόρωση, κατάγματα, καταγματικός κίνδυνος, πρόληψη.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041258

E-mail: theodorastratigou@yahoo.gr

ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΛΑΘΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ

Παναγιώτης Μασούρος

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

Παρά τις σημαντικές εξελίξεις στην ορθοπαιδική επιστήμη, τα οστεοπορωτικά κατάγματα συνεχίζουν να συνδέονται με αυξημένο ποσοστό επιπλοκών, γεγονός που μεταφράζεται σε έκπτωση του επιπέδου λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των συγκεκριμένων ασθενών, παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας και τέλος αυξημένα ποσοστά θνητότητας. Η αντιμετώπισή τους (είτε συντηρητική είτε χειρουργική) παρουσιάζει αρκετές ιδιομορφίες λόγω αφενός της κακής ποιότητας οστού και αφετέρου των διαφόρων συννοσηροτήτων των συγκεκριμένων πληθυσμών. Για το λόγο αυτό παραμένει μια πρόκληση ακόμα και για τους πιο έμπειρους χειρουργούς. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εστιάσει στις ιδιαιτερότητες αυτές και να εντοπίσει τα συχνότερα λάθη που συμβαίνουν κατά την αντιμετώπισή τους.

Καταρχήν δεν είναι λίγες οι φορές εκείνες, κατά τις οποίες δεν συνεκτιμάται το συνολικό προφίλ του ασθενούς, βάσει του οποίου πρέπει να επιλέγεται η ενδεικνυόμενη θεραπεία. Έτσι, οι λειτουργικές απαιτήσεις και οι συννοσηρότητες του ασθενούς πρέπει πάντα να λαμβάνονται σημαντικά υπόψη προκειμένου να γίνεται η σωστή αξιολόγηση οφέλους-κινδύνου και να εξατομικεύεται η θεραπεία για τον συγκεκριμένο ασθενή. Επιπλέον, η αποθεραπεία και οι δυσκολίες στη συνεργασία των ηλικιωμένων ασθενών πρέπει επίσης να συναξιολογούνται, προκειμένου να επιλέγεται εκείνη η μέθοδος θεραπείας που εξασφαλίζει την ταχύτερη αποκατάσταση και τον ελάχιστο δυνατό χρόνο νοσηλείας. Η δεύτερη κατηγορία λαθών σχετίζεται με την ανεπαρκή σταθεροποίηση των καταγμάτων, καθώς δεν εκτιμάται σωστά η ελαττωμένη οστική ποιότητα.

Ως εκ τούτου, υλικά και μέθοδοι οστεοσύνθεσης που κρίνονται επαρκείς για νέους ασθενείς αποτελούν λόγο αποτυχίας στα οστεοπορωτικά κατάγματα. Ταυτόχρονα, η παρουσία προηγούμενων υλικών οστεοσύνθεσης ή προθέσεων αρθροπλαστικής, καθιστούν αδύνατη τη συμβατική αντιμετώπιση των καταγμάτων αυτών. Από την άλλη πλευρά, πολλές φορές το κάταγμα αντιμετωπίζεται με τέτοιο τρόπο ο οποίος είναι απαγορευτικός για ένα άλλο μελλοντικό χειρουργείο, που πιθανότατα πρόκειται να χρειαστεί ο ηλικιωμένος ασθενής. Τέλος, δεν είναι λίγες οι φορές κατά τις οποίες παραβλέπεται τελείως το «αίτιο» του κατάγματος, δηλαδή η μειωμένη οστική πυκνότητα, με αποτέλεσμα να μην παρέχεται η απαραίτητη συμβουλευτική στους ασθενείς σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης.

Συμπερασματικά, η αντιμετώπιση των οστεοπορωτικών καταγμάτων πρέπει να εξατομικεύεται ανά ασθενή, να λαμβάνονται υπόψη οι λειτουργικές απαιτήσεις και οι συννοσηρότητες και να επιλέγεται η μέθοδος εκείνη η οποία επιτρέπει την ταχύτερη αποκατάσταση, ενώ παρέχει ταυτόχρονα τη μέγιστη σταθερότητα.

Λέξεις κλειδιά: Οστεοπορωτικά κατάγματα, κατάγματα ευθραυστότητας, οστεοπόρωση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974503019

E-mail: pmasouros@gmail.com

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Χαράλαμπος Ζήσης

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

Ο καρκίνος του οισοφάγου (ΚΟ) αποτελεί την 6^η αιτία θανάτου από καρκίνο και τον 8^ο συνηθέστερο καρκίνο διεθνώς. Η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται μεταξύ 15-25%. Υπάρχουν σαφείς διαφορές μεταξύ των παραγόντων κινδύνου στους δύο διαφορετικούς ιστολογικούς τύπους του ΚΟ, που επηρεάζουν την επίπτωση και κατανομή τους ανά τον κόσμο. Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ επικρατεί το αδενοκαρκίνωμα, ενώ σε ορισμένες περιοχές της Κίνας παρατηρείται εξαιρετικά υψηλή επίπτωση πλακώδους καρκίνου. Οι παράγοντες κινδύνου στο αδενοκαρκίνωμα είναι η χρόνια γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η παχυσαρκία και το κάπνισμα, ενώ στο πλακώδες καρκίνωμα, που απαντά σε μη βιομηχανοποιημένες περιοχές, είναι το κάπνισμα, η κατάχρηση οινοπνεύματος και η αχαλασία.

Δυσφαγία με ή χωρίς απώλεια βάρους είναι το συνηθέστερο σύμπτωμα, μολονότι ο ΚΟ είναι ασυμπτωματικός στα πρώιμα στάδια.

Πέραν της πρόληψης, σημαίνοντα ρόλο διαδραματίζει η έγκαιρη διάγνωση σε πρώιμο στάδιο, ώστε να διαμορφώνονται προϋποθέσεις αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης, με κύριους στόχους τη ριζικότητα και τη διατήρηση της λειτουργικότητας του οργάνου. Χαρακτηριστική του ΚΟ είναι η λεμφαγγειακή του επέκταση σε μεγάλη έκταση προς διαφορετικές λεμφαδενικές ομάδες τραχήλου, θώρακος και κοιλιάς. Αξονική τομογραφία, ποζιτρονική τομογραφία και ενδοσκοπική υπερηχογραφία είναι οι απαραίτητες εξετάσεις στη διερεύνηση του ΚΟ. Ως προς την επιτυχή αντιμετώπιση του ΚΟ υπογραμμίζεται η σημασία της καλής θρέψης και της διαθεματικής πολυτομεακής προσέγγισης με σωστό προγραμματισμό χημειοακτινοθεραπείας και χειρουργικής εξαίρεσης (όταν αυτές ενδείκνυνται) στο σωστό χρονισμό και συνδυαστικά προς επίτευξη του βέλτιστου θεραπευτικού αποτελέσματος. Μοριακές μελέτες κατέδειξαν διακριτό προφίλ του

πλακώδους καρκινώματος σε σχέση με το αδενοκαρκίνωμα, γεγονός που δημιουργεί προσδοκίες ως προς την ανάπτυξη στοχευμένων θεραπειών όχι μόνο ως προς την έκφραση του PD-L1, αλλά και πλήθους άλλων παραγόντων. Γενετικοί βιοδείκτες σχετίζονται με την απόκριση των ασθενών με ΚΟ στην εισαγωγική χημειοακτινοθεραπεία. Η τάση που διαμορφώνεται κατευθύνεται προς εξατομικευμένες λύσεις και προσωποποιημένες προσεγγίσεις. Συνδυασμός ανοσοθεραπείας και χημειοακτινοθεραπείας έχει επίσης δοκιμαστεί ως νεοεπικουρική θεραπεία για τοπικά προχωρημένο ΚΟ.

Από πλευράς χειρουργικής αντιμετώπισης του ΚΟ οι τεχνικές καθίστανται λιγότερο επεμβατικές, με αυστηρότερη επιλογή ασθενών, ενδοσκοπική θεραπεία με εκτομή βλεννογόνου για πρώιμο στάδιο (Tis και T1N0) και συνδυασμένη λαπαροσκοπική και θωρακοσκοπική προσπέλαση για μεγαλύτερο στάδιο, αφού όμως έχει εξασφαλιστεί υποσταδιοποίηση και διατήρηση ικανοποιητικής θρέψης. Η υποστήριξη της θρέψης, η φυσικοθεραπεία και η διαχείριση του πόνου συνιστούν τις σημαντικότερες παραμέτρους για την επίσπευση της ανάνηψης μετεγχειρητικά. Σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες αναδεικνύονται οι: ΚΟ σταδίου 0 ή I, η πλήρης ύφεση μετά από χημειοακτινοθεραπεία σε τοπικά προχωρημένο νεόπλασμα, η απουσία λεμφαδενικής (μικρο)μετάστασης, η πλήρης εξαίρεση, τα αρνητικά όρια εκτομής και το εξειδικευμένο κέντρο αντιμετώπισης.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος οισοφάγου, μοριακοί παράγοντες, ανοσοθεραπεία, ελάχιστα επεμβατική χειρουργική, χημειοακτινοθεραπεία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132045537

E-mail: chzisis67@icloud.com

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΡΔΙΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ

Σεραφείμ Κλημόπουλος

Χειρουργός, τ. Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος του Β' Χειρουργικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τα τελευταία 50 χρόνια, υπάρχει μία διαρκής και σταθερή αύξηση του καρκίνου γαστροοισοφαγικής συμβολής (ΚΟΣ). Υπολογίζεται ότι είναι ο ταχύτερα αναπτυσσόμενος καρκίνος του ανθρώπινου σώματος, όσον αφορά τη συχνότητα. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι αυξάνεται με ρυθμό 4-10% ετησίως. Πρόκειται για ετερογενή νεοπλάσματα με επιθετικότερη βιολογική συμπεριφορά, από ότι τα πρωτογενή νεοπλάσματα του οισοφάγου και του στομάχου, χαρακτηριζόμενα από ταχεία τοπική διήθηση των πέριξ ιστών και οργάνων και συστηματική διασπορά.

Η ΓΟΣ βρίσκεται ανάμεσα σε δύο κοιλότητες, τη θωρακική και την περιτοναϊκή. Περιβάλλεται από σημαντικό αριθμό οργάνων και λεμφαδένων, ενώ η διασπορά του νεοπλάσματος γίνεται και προς τις δύο αυτές περιοχές. Στη ΓΟΣ γίνεται η μετάπτωση του βλεννογόνου του οισοφάγου στον βλεννογόνο του στομάχου (γραμμή Z των Γαστρεντερολόγων). Τα νεοπλάσματα της ΓΟΣ δημιουργούνται είτε στον βλεννογόνο του οισοφάγου είτε του στομάχου. Η διάκριση αυτή σε συνδυασμό με το βάθος διήθησης του τοιχώματος της ΓΟΣ, τον βαθμό διαφοροποίησης του νεοπλάσματος, την προσβολή των λεμφαδένων και την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων, καθορίζουν τη θεραπευτική στρατηγική για την αντιμετώπισή τους.

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η παχυσαρκία, η κατανάλωση οινοπνεύματος, το κάπνισμα και η μη κατανάλωση νωπών φρούτων και λαχανικών, συμβάλλουν στη δημιουργία καρκίνου ΓΟΣ. Η ενδοσκοπική, το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία και το PET-CT, είναι οι βασικές εξετάσεις για τη διάγνωση και σταδιοποίηση των νεοπλασμάτων ΓΟΣ. Για την ταξινόμησή τους χρησιμοποιούνται τα κριτήρια του Siewert (1998), ή το σύστημα της AJCC (American Joint Committee of Cancer) (8η έκδοση 2017).

Η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας. Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της αντιμετώπισης των νεοπλασμάτων αυτών, υπό προϋποθέσεις.

Λέξεις κλειδιά: Γαστροοισοφαγική συμβολή, καρκίνος, αντιμετώπιση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977871552

E-mail: serklimopoulos@gmail.com

ΚΑΝΟΝΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΕΝ ΟΨΕΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

Μαρία Μικροβασίλη

Αναισθησιολόγος, Επικουρικός Ιατρός, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Για την περιεγχειρητική διαχείριση των ασθενών υπό αντιθρομβωτική αγωγή κρίνεται αναγκαία η συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων ιατρών με τη συνεκτίμηση του αιμορραγικού και του θρομβωτικού κινδύνου του ασθενούς, αλλά και της συγκεκριμένης επεμβατικής πράξης.

Γενικότερα ισχύει, ότι ασθενής που θα υποβληθεί σε επέμβαση μικρού αιμορραγικού κινδύνου μπορεί με ασφάλεια να συνεχίσει την αντιθρομβωτική αγωγή, ειδικά αν είναι υψηλού κινδύνου για θρομβωτικό επεισόδιο. Αντίθετα, ασθενής που θα υποβληθεί σε επέμβαση υψηλού αιμορραγικού κινδύνου μπορεί με ασφάλεια να διακόψει προσωρινά την αγωγή όταν είναι χαμηλού κινδύνου για θρόμβωση. Η απόφαση όμως για θεραπεία γεφύρωσης σε ασθενή που θα υποβληθεί σε αιμορραγική επέμβαση και έχει μέτριο ή υψηλό θρομβοεμβολικό κίνδυνο πρέπει να είναι εξατομικευμένη. Η διαχείριση διαφέρει για τον ίδιο ασθενή, αναλόγως αν θα υποβληθεί σε προγραμματισμένη ή επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

Σε ασθενείς υπό θεραπεία με ασπιρίνη ή με αναστολείς της P_Y12, το φάρμακο διακόπτεται, εάν ο αιμορραγικός κίνδυνος της επέμβασης είναι μεγαλύτερος από το θρομβωτικό. Η ασπιρίνη και η πρασουγρέλη διακόπτονται για τουλάχιστον 7 ημέρες, ενώ η κλοπιδογρέλη και η τικαγρελόρη για τουλάχιστον 5 ημέρες. Σε ασθενείς με διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, η χειρουργική επέμβαση πρέπει να αναβάλλεται για 4-6 εβδομάδες μετά από την εισαγωγή ενός BMS (bare metal stent) και 3-12 μήνες μετά από ένα DES (drug eluting stent). Στην περίπτωση επέμβασης μεγάλου αιμορραγικού κινδύνου κατά τα ανωτέρω χρονικά διαστήματα, διακόπτεται η κλοπιδογρέλη 5 ημέρες πριν και χορηγείται θεραπεία γεφύρωσης με αναστολείς της GP IIb/IIIa (GP I: tirofiban, eptifibatide). Η διακοπή της ασπιρίνης πρέπει να αποφεύγεται. Η χορήγηση Μικρού Μοριακού Βάρους Ηπαρίνης (LMWH) δεν αντικαθιστά τα αντιαιμοπεταλιακά. Μετά τη χειρουργική επέμβαση η χορήγηση της κλοπιδογρέλης ξεκινά όσο το δυνατόν συντομότερα.

Σε ασθενείς υπό θεραπεία με ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ (VKAs), δεν απαιτείται διακοπή του φαρμάκου για την πραγματοποίηση μικρών χειρουργικών επεμβάσεων. Σε επεμβάσεις με αιμορραγικό κίνδυνο διακόπτεται το φάρμακο 3-5 ημέρες πριν, ενώ όταν συνυπάρχει υψηλός θρομβοεμβολικός κίνδυνος χορηγείται ενδιάμεσα θερα-

πεία γεφύρωσης με θεραπευτική LMWH. Μετεγχειρητικά, σε ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις υψηλού αιμορραγικού κινδύνου, η ηπαρίνη ξεκινά 48 ώρες μετά.

Στη θεραπεία με κλασική ηπαρίνη (UFH) συστήνεται η διακοπή της 4-6 ώρες πριν τη χειρουργική επέμβαση. Η ηπαρίνη ξεκινά 1-2 ώρες μετεγχειρητικά.

Για τη διαχείριση ασθενών που λαμβάνουν άμεσους αναστολείς των παραγόντων πήξης, DOACs, λαμβάνονται υπόψη ο αιμορραγικός κίνδυνος της επέμβασης, ο θρομβωτικός κίνδυνος του ασθενούς και η νεφρική λειτουργία. Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επέμβαση με μικρό αιμορραγικό κίνδυνο και έχουν φυσιολογική νεφρική λειτουργία το φάρμακο διακόπτεται τουλάχιστον 24 ώρες πριν και η χορήγηση ξεκινά 24 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση, ενώ με μεγάλο αιμορραγικό κίνδυνο και φυσιολογική νεφρική λειτουργία το φάρμακο διακόπτεται τουλάχιστον 48-72 ώρες πριν.

Για την περιοχική αναισθησία:

Ο χρόνος διακοπής του κάθε κουμαρινικού αντιπηκτικού εξαρτάται από το χρόνο ημίσειας ζωής του. Όσο χρονικό διάστημα υπάρχει καθετήρας, το INR δεν θα πρέπει να ξεπερνάει το 3. Οι τεχνικές νευραξονικής αναισθησίας δεν αντενδείκνυνται σε ασθενείς που λαμβάνουν προφύλαξη με υποδόρια χορήγηση UFH σε δόσεις όχι μεγαλύτερες των 5000 IU δις ημερησίως. Για LMWH s.c. προφύλαξη, ο χρόνος αναμονής είναι 12 ώρες ενώ σε περίπτωση θεραπευτικής δόσης είναι 24 ώρες. Για τα νεώτερα από του στόματος χορηγούμενα αντιπηκτικά (Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban), για τα διαστήματα αναμονής στηρίζομαστε στους χρόνους ημίσειας ζωής των φαρμάκων. Η ασπιρίνη δεν αντενδείκνυνται στην τέλεση περιοχικής αναισθησίας. Οι GP IIb/IIIa ανταγωνιστές προκαλούν αναστρέψιμη αναστολή των αιμοπεταλίων, για το λόγο αυτό και συστήνεται πριν επιχειρηθεί οποιοσδήποτε χειρισμός να προσδιοριστεί ο αριθμός των αιμοπεταλίων.

Λέξεις κλειδιά: Αντιπηκτική αγωγή, χειρουργική επέμβαση, περιοχική αναισθησία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6970116200

E-mail: maria.microvassili@gmail.com

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΕ ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Στυλιανή Γιανναράκη¹, Χρυσάνθη Μπάρμπα²

¹Αναισθησιολόγος, Επικουρικός Ιατρός, ²Ιατρός, Ειδικευόμενη, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Αναφορικά με τις συγγενείς διαταραχές των ερυθρών αιμοσφαιρίων, η περιεγχειρητική αντιμετώπιση οφείλει να συσχετιστεί όχι μόνο την υπάρχουσα αναιμία και την ανάγκη ή μη για μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών, σύμφωνα με τα διεθνή πρωτόκολλα, αλλά και την πιθανή βλάβη ή ανεπάρκεια τελικών οργάνων και τον επακόλουθο διεγχειρητικό και αναισθησιολογικό κίνδυνο επιπλοκών.

Ένα ποσοστό των αιματολογικών ασθενών με διαταραχές πήξης και αιμόστασης συχνά υποδιαγνώσκονται, λόγω των ήπιων κλινικών εκδηλώσεών τους, μέχρι να συμβεί ένα αποκαλυπτικό γεγονός, όπως ένα επείγον χειρουργείο. Η άμεση και αποτελεσματική διάγνωση της αιτίας της αιμορραγίας είναι κρίσιμη για την άμεση θεραπεία και επιβίωση των ασθενών. Κατά τη διάρκεια των επειγόντων χειρουργείων, η μετάγγιση αιμοπεταλίων και φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος χορηγείται αρχικά εμπειρικά και στη συνέχεια εξατομικεύεται. Η κλινική υποψία και οι διεγχειρητικές διαγνωστικές προσεγγίσεις, όπως η χρήση του θρομβοελαστογράφου, συμβάλουν στον εντοπισμό αυτής της ομάδας των ασθενών. Σε αντιδιαστολή, στα τακτικά χειρουργεία, η πρόληψη στη διαχείριση των ασθενών με αιματολογικά νοσήματα αποτελεί κύριο άξονα ολοκλήρωσης της χειρουργικής θεραπείας και της μείωσης των επιπλοκών. Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που ακολουθούνται διεγχειρητικά καθορίζονται ανάλογα με την αιτία, τη σοβαρότητα της κάθε νόσου, καθώς και τη χειρουργική επέμβαση που διενεργείται.

Οι διαταραχές των αιμοπεταλίων μπορούν να διαχωριστούν σε τρεις σαφώς προσδιορισμένες ομάδες ανάλογα με την αιτιολογία τους. Οι αλλοιώσεις αυτές μπορεί να είναι συστηματικές επίκτητες, φαρμακοεπαγόμενες ή κληρονομικές, με τις κληρονομικές να ενοχοποιούνται για το μικρότερο ποσοστό.

Η θρομβοκυτταροπενία αποτελεί σχετική αντένδειξη για χειρουργείο, με την προεγχειρητική διόρθωση του αιτιολογικού παράγοντα να παραμένει ο κύριος στόχος για τα τακτικά χειρουργεία. Υπό επείγουσες συνθήκες, ο στόχος είναι να διατηρηθεί το ιδανικό επίπεδο αιμοπεταλίων (>100.000/uL). Η προφυλακτική χορήγηση αιμοπεταλίων είναι αναποτελεσματική και σπάνια ενδείκνυται, ενώ έχει συσχετιστεί και με αυξημένο κίνδυνο παρενεργειών, όπως λοιμώξεις, αιμοδυναμική αστάθεια, αγγειακά εγκε-

φαλικά επεισόδια και θάνατο. Οι εναλλακτικές λύσεις στη μετάγγιση αιμοπεταλίων προσομοιάζουν τις επιδράσεις αιμοπεταλίων (υποκατάστατα αιμοπεταλίων), διεγείρουν το σχηματισμό ινώδους (cryosupernatant, rFVIIa, ινωδογόνο), προάγουν την απελευθέρωση παράγοντα von-Willebrand και τη λειτουργία των αιμοπεταλίων (δεσμοπρεσίνη), αυξάνουν την παραγωγή των αιμοπεταλίων (TPO-μίμηση), τη δομή του τελικού θρόμβου (FXIII) ή μειώνουν τον κατακερματισμό του τελικού θρόμβου (αντι-ινωδολιτικά: τρανεξαμικό, απροτινίνη, έψιλον-αμινοκαπροϊκό οξύ). Αυτοί οι παράγοντες προωθούν την αιμόσταση, χωρίς τις παρενέργειες που σχετίζονται με τις μεταγγίσεις αιμοπεταλίων. Η διόρθωση της οξέωσης και της υποθερμίας, που πιθανώς συνυπάρχουν στην περιεγχειρητική περίοδο, αποτελούν σημεία υψίστης σημασίας για τη λειτουργικότητα των ήδη υπάρχοντων αιμοπεταλίων.

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Αιμορροφιλίας των ΗΠΑ η επίπτωση των ασθενών με διαταραχές πήξης φτάνει έως και 1:10.000 ασθενείς. Η αιμορροφιλία Α (έλλειψη FVIII), η αιμορροφιλία Β (έλλειψη FIX) και η έλλειψη του παράγοντα von-Willebrand αποτελούν τις πιο συχνές συγγενείς διαταραχές αυτής της κατηγορίας. Σε μικρές χειρουργικές επεμβάσεις ρουτίνας, ήπιες περιπτώσεις έλλειψης παραγόντων πήξης αντιμετωπίζονται με συνδυασμό τοπικών παραγόντων που διεγείρουν τον πρώιμο σχηματισμό θρόμβου, (επίδεσμο κολλαγόνου, τοπική θρομβίνη, οξειδωμένη κυτταρίνη), που ακολουθείται από συστηματική χορήγηση αντι-ινωδολυτικού. Σε ασθενείς που έχουν ήπια έως μέτρια επίπεδα των διαταραχών, μπορεί να χρησιμοποιηθεί βαζοπρεσίνη (DDAVP) με κυριότερο πλεονέκτημα αυτής της τεχνικής τα μειωμένα ποσοστά παρενεργειών, που σχετίζονται με τη χορήγηση του πλάσματος. Σε ασθενείς με σοβαρή έλλειψη απαιτείται αντικατάσταση των παραγόντων πριν από οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση. Η θεραπεία αντικατάστασης ανάλογα με την περίπτωση συνίσταται στη χορήγηση του παράγοντα VIII, FFP ή συμπυκνωμένων συμπλόκων προθρομβίνης (παράγοντες II, VII, IX, X). Διαθέσιμα συμπυκνώματα παραγόντων πήξης αποτελούνται κυρίως από ανασυνδυασμένα προϊόντα (Recombinate, Bioclate, και Helixate) και παράγωγα πλάσματος (Hemophil-M, Hyate C και Koate DVI). Τα κύρια μειονεκτήματα αυτής

της θεραπείας περιλαμβάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης ιογενών ασθενειών, ανάπτυξης αντι-VIII αντισωμάτων και το κόστος. Η χορήγηση των παραγόντων συνεχίζεται τουλάχιστον έως και την 10η μετεγχειρητική ημέρα για τα μείζοντα χειρουργεία και έως την 5η-7η μετεγχειρητική για μικρότερες επεμβάσεις.

Λέξεις κλειδιά: Αναιμία, θρομβοπενία, διαταραχές πήξης.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Σ. Γιανναράκη

Τηλ.: 6976624707

E-mail: giannaraki.stella@gmail.com

ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗ ΕΝΑΝΤΙ ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΗΣ, ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Σοφία Βοντίτσου¹, Κυριάκος Κυριάζος²

¹Αναισθησιολόγος, Επικουρικός Ιατρός, ²Ιατρός, Ειδικευόμενος, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ως δείκτης μετάγγισης συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων καθορίζεται συνήθως η τιμή της αιμοσφαιρίνης, του αιματοκρίτη ή των ερυθρών αιμοσφαιρίων, κάτω από την οποία απαιτείται μετάγγιση αυτών. Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις ως προς το ύψος της τιμής αυτής, χωρίς όμως να μπορεί να οριστεί με ακρίβεια, λόγω των ατομικών αναγκών και του ιστορικού του κάθε ασθενή. Μεταξύ της λεγόμενης περιοριστικής και της φιλελεύθερης πολιτικής μετάγγισης, έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες συγκριτικές μελέτες.

Συγκεκριμένα στην TRICS 3, έρευνα των Mazer και των συνεργατών του, ορίστηκε ως περιοριστική προσέγγιση, η μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών σε τιμή αιμοσφαιρίνης <7.5 g/dl διεγχειρητικά, κατά την παραμονή του ασθενούς στη ΜΕΘ και στην κλινική, ενώ φιλελεύθερη προσέγγιση η μετάγγιση σε τιμή Hb <9.5 g/dl διεγχειρητικά και στη ΜΕΘ και <8.5 g/dl στην κλινική. Ως κύρια αξιολογήσιμα αποτελέσματα ορίστηκαν ο θάνατος από οποιαδήποτε αιτία, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το εγκεφαλικό επεισόδιο ή η έναρξη νεφρικής ανεπάρκειας με ανάγκη αιμοκάθαρσης έως το εξιτήριο του ασθενή ή έως την 28η μετεγχειρητική μέρα.

Η διεθνής, τυχαιοποιημένη αυτή μελέτη περιελάμβανε ασθενείς σε 74 κέντρα και 19 χώρες και δεν ανέδειξε καμία διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων, 6 μήνες μετά το χειρουργείο.

Παρά τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα και οι 2 προσεγγίσεις δημιουργούν κάποιες ανησυχίες αναφορικά με τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, τόσο της αναιμίας με την επακόλουθη ιστική βλάβη, όσο και της μετάγγισης,

με τις πιθανές ανοσοεπαγόμενες μελλοντικές συνέπειες.

Ένα επιπλέον συμπέρασμα της μελέτης, το οποίο λαμβάνει υπόψιν όλα τα παραπάνω, αποτελεί το γεγονός ότι η φιλελεύθερη προσέγγιση έχει μειωμένο ρίσκο εμφάνισης των κύριων αξιολογήσιμων αποτελεσμάτων σε ασθενείς κάτω των 75 ετών, ενώ η περιοριστική προσέγγιση σε ασθενείς άνω των 75 ετών.

Παρόμοια αποτελέσματα και δεδομένα, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, προέκυψαν και από τις μελέτες των Kashani, Murphy, Hajjar και Shehata και των συνεργατών τους. Οι παραπάνω μελέτες διερεύνησαν τόσο τη θνητότητα και τις επιπλοκές, όσο και το κόστος για το σύστημα υγείας, χωρίς ωστόσο να προκύψει προβάδισμα κάποιας από τις 2 προσεγγίσεις.

Συμπερασματικά, η διεθνής βιβλιογραφία καταλήγει ότι η απόφαση της μετάγγισης δεν θα έπρεπε να βασίζεται αποκλειστικά σε δείκτες αιμοσφαιρίνης, αλλά να εξεταστεί λαμβάνοντας υπόψιν το ιστορικό και τις ανάγκες κάθε ασθενή. Ο κλινικός ιατρός οφείλει να βασίζεται στους κανόνες του οφέλους/κινδύνου και η απόφαση της μετάγγισης πολλές φορές βρίσκεται στην γκριζα ζώνη αυτών των 2 και αποτελεί μέρος της εξατομικευμένης προσέγγισης του ασθενή.

Λέξεις κλειδιά: Μετάγγιση, καρδιοχειρουργική, δείκτες.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Κ. Κυριάζος

Τηλ.: 6980645488

E-mail: kyriakos.kyriazos5@gmail.com

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Βασίλειος Πάτρης

Χειρουργός Θώρακος, Επικουρικός Ιατρός, Καρδιοθωρακοχειρουργικό - Θωρακοχειρουργικό - Αγγειοχειρουργικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις σχετίζονται με περιεγχειρητική απώλεια αίματος, και υψηλό ποσοστό μετάγγισης αίματος. Η διαχείριση του αίματος των ασθενών στις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις συμβάλλει στη διατήρηση της περιεγχειρητικής αιμόστασης, στην ελαχιστοποίηση της αιμορραγίας, οι οποίες μειώνουν τις απαιτήσεις της μετάγγισης αίματος. Η διαχείριση του αίματος των ασθενών στη καρδιοχειρουργική περιλαμβάνει μια αλληλεπίδραση μεταξύ του καρδιοχειρουργού, του αναισθησιολόγου, και του εξωσωματιστή. Η καρδιοχειρουργική επέμβαση είναι γνωστό ότι σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο περιεγχειρητικής απώλειας αίματος, και αλλογενών μεταγγίσεων αίματος, λόγω της επεμβατικότητας των διαδικασιών, της ανάγκης για υψηλές δόσεις αντιπηκτικών, και της έκθεσης σε καρδιοπνευμονική παράκαμψη (CPB). Τόσο οι υψηλές απαιτήσεις μετάγγισης προϊόντων αίματος, όσο και η επενέμβαση για αιμορραγία έχουν συσχετιστεί με δυσμενή κλινικά αποτελέσματα. Η εφαρμογή ενός διεπιστημονικού προγράμματος διαχείρισης αίματος ασθενών, στόχος του οποίου είναι η σχολαστική χειρουργική, και περιεγχειρητική αιμόσταση, καθώς και η ελαχιστοποίηση της απώλειας αίματος, μπορεί, ως εκ τούτου, να συμβάλει στη μείωση των απαιτήσεων για μετάγγιση, καθώς και στη μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών.

Ακόμη και η μετάγγιση 1 ή 2 μονάδων ερυθρών αιμοσφαιρίων (PRBCs) έχει συσχετιστεί με μια δραματική αύξηση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας, και του κόστους σε ασθενείς, που υποβάλλονται σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG). Ωστόσο, παραμένει ασαφές αν αυτές οι επιπλοκές είναι ανεξάρτητοι παράγοντες της έκβασης, ή δείκτες της χειρουργικής πολυπλοκότητας, και των επιπλοκών. Αντίθετα, η επενέμβαση για αιμορραγία και επιπωματισμό φαίνεται να αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για αύξηση της άμεσης μετεγχειρητικής θνησι-

μότητας, και νοσηρότητας. Ωστόσο, δεν υπάρχει γενική συναίνεση σχετικά με το πότε ενδείκνυται η διερεύνηση για μετεγχειρητική αιμορραγία, και η χειρουργική πρακτική ποικίλλει σημαντικά από αυτή την άποψη. Το πρώτο βήμα προς τη δημιουργία αλγορίθμων για τη μείωση της απώλειας αίματος, και των μεταγγίσεων είναι ο εντοπισμός των ασθενών υψηλού κινδύνου για αιμορραγία, και απαιτήσεων μετάγγισης καθώς, και επενεμέμβασης για αιμορραγία.

Αρκετοί παράγοντες έχουν βρεθεί να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας, μετάγγισης, και επανενέμβασης για αιμορραγία, συμπεριλαμβανομένης της προχωρημένης ηλικίας, της προεγχειρητικής διπλής αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας (DAPT), της κακής λειτουργίας των αιμοπεταλίων, της προεγχειρητικής αναιμίας, της μικρής επιφάνειας σώματος, του γυναικείου φύλου, της επείγουσας χειρουργικής επέμβασης, όχι όμως της μονής χειρουργικής επέμβασης, της μη-CABG χειρουργικής επέμβασης, και της redo χειρουργικής επέμβασης. Σε μια προσπάθεια να διευκολυνθεί η προεγχειρητική πρόβλεψη της ανάγκης για μετάγγιση, έχουν αναπτυχθεί διάφορες μέθοδοι βαθμολόγησης. Ωστόσο, τα περισσότερα από αυτά τα μοντέλα κινδύνου είναι αβέβαιης σημασίας, επειδή δεν έχουν αξιολογηθεί εξωτερικά. Ως εκ τούτου, οι αλγόριθμοι πρόβλεψης κινδύνου χρησιμοποιούνται κυρίως για τη διαστρωμάτωση των αποτελεσμάτων, και τη δυνατότητα προσαρμοσμένης στον κίνδυνο συγκριτικής αξιολόγησης, στο πλαίσιο της παρακολούθησης της ποιότητας, και των αποτελεσμάτων.

Λέξεις κλειδιά: Μετεγχειρητική αιμορραγία, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6972831268

E-mail: vaspatri@gmail.com

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΘΡΟΜΒΟΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Άννα Παναγιώτου¹, Ιωάννα Βαρβαρίδη², Κωνσταντίνα Ρωμανά³

¹Αναισθησιολόγος, Επικουρικός Ιατρός, ²Ιατρός, Ειδικευόμενη, ³Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τα τελευταία χρόνια η τεχνολογία παρακολούθησης της αιμόστασης έχει εξελιχθεί αλματωδώς. Με τις σύγχρονες τεχνικές έχει καταστεί δυνατή η εκτίμηση της αιμόστασης σε ασθενείς με προϋπάρχουσες διαταραχές πηκτικότητας, ή σε αιμορραγικούς ασθενείς με ταχέως μεταβαλλόμενο αιμοστατικό προφίλ κατά την περιεγχειρητική περίοδο, αλλά και σε επείγουσες καταστάσεις. Ο πιο συχνός έλεγχος πήξης του αίματος περιλαμβάνει το χρόνο προθρομβίνης (PT, INR), και το μερικό χρόνο θρομβοπλαστίνης (aPTT), που μετρούν τη λειτουργία της πήξης. Η θρομβοελαστογραφία (TEG) είναι τεχνολογία αιχμής για την παρακολούθηση της αιμόστασης, καθώς μπορεί επιπλέον να αξιολογήσει τη λειτουργία των αιμοπεταλίων, τη δύναμη θρόμβου, και την ινωδόλυση, που δεν μπορούν οι προαναφερόμενες δοκιμές.

Χωρίς TEG, τα παράγωγα και τα υποκατάστατα αίματος χορηγούνται συχνά εμπειρικά σε επείγουσες καταστάσεις, λόγω της χρονοβόρας διαδικασίας, που απαιτείται για την εργαστηριακή ανάλυση των χρόνων πήξης. Όμως, η εμπειρική μετάγγιση προϊόντων αίματος είναι συχνά ακατάλληλη, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη νοσηρότητα, και θνησιμότητα των ασθενών, αλλά και σε σημαντική αύξηση του νοσοκομειακού κόστους. Αντιθέτως, μέσω του TEG ο αναισθησιολόγος, και ο εντατικολόγος μπορούν να συλλέξουν γρήγορα ακριβείς πληροφορίες για την πηκτικότητα του ασθενούς. Η περιεγχειρητική παρακολούθηση της πήξης είναι σημαντική για τη διάγνωση της πιθανής αιτίας της αιμορραγίας, για τη διαχείριση της,

και την καθοδήγηση της θεραπείας με προϊόντα αίματος σε ασθενείς, που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, σε επεμβάσεις ήπατος, πολυτραυματίες, και σε ασθενείς με διαταραχές του μηχανισμού πηκτικότητας στη ΜΕΘ, ενδεικτικά, καθώς η λίστα των ενδείξεων χρήσης του TEG αυξάνεται προοδευτικά.

Με τη θρομβοελαστογραφία, που μετρά τις ιξωδο-ελαστικές, και τις μηχανικές ιδιότητες του αναπτυσσόμενου θρόμβου, σε λίγα λεπτά μπορούμε να αξιολογήσουμε όλες τις φάσεις της αιμοστατικής δραστηριότητας από ένα μόνο δείγμα αίματος ταχύτατα. Αυτό την καθιστά μια εξέταση ιδανική για χρήση κατά τη διεγχειρητική, αλλά και τη μετεγχειρητική περίοδο για τον έλεγχο του αιμορραγικού προφίλ των προαναφερθέντων ασθενών.

Αρκετές μελέτες αποδεικνύουν, πως η θρομβοελαστογραφία μπορεί να προβλέψει καλύτερα, και με μεγαλύτερη ακρίβεια την απώλεια αίματος από τους συμβατικούς χρόνους πήξης μετεγχειρητικά.

Λέξεις κλειδιά: Θρομβοελαστογραφία, πηκτικότητα, χρόνοι πήξης.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Α. Παναγιώτου

Τηλ.: : 6944859630

E-mail: annapanagiotoumd@hotmail.com

ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Δημήτριος Μαγγανάς

Χειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος του Δ' Χειρουργικού Τμήματος,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Περίπου 15-25% με καρκίνο του ορθού θα ανταποκριθούν πλήρως στη νεοεπικουρική αντινοσημιοθεραπεία. Η ανταπόκριση αυτή σχετίζεται με ελάττωση στων ποσοστών τοπικής υποτροπής και βελτίωση της επιβίωσης και της επιβίωσης χωρίς νόσο. Αν και υπάρχουν δυσκολίες στην αξιόπιστη εκτίμηση της πλήρους ανταποκρίσεως με κλινικά και ακτινολογικά κριτήρια, φαίνεται πως η κλασσική θεραπευτική προσέγγιση της χαμηλής πρόσθιας εκτομής του ορθού με εκτομή του μεσο-ορθού, μπορεί σε ορισμένους από τους ασθενείς αυτούς να αντικατασταθεί με ασφάλεια με τοπικές εκτομές στην περιοχή του όγκου (TEMs, TEO ή TAMIS) ή ακόμα και χωρίς εκτομή αλλά με εντατική παρακολούθηση ("watch and wait"), έτσι ώστε να αποφευχθεί η νοσηρότητα που σχετίζεται με τις ριζικότερες επεμβάσεις και να επιτευχθεί η διατήρηση του οργάνου.

Με τη στρατηγική της εντατικής παρακολούθησης χωρίς παρέμβαση στο σημείο που υπήρχε αρχικά ο όγκος είναι γενικά αποδεκτό ότι σε ένα ποσοστό 10-30% θα υπάρχουν τοπικές υποτροπές ή όπως αναφέρονται πλέον «επαναπτύξεις» του όγκου. Δυστυχώς αυτές σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο λεμφαδενικών ή απομακρυσμένων μεταστάσεων, ή ακόμα και αδυναμία εκτελέσεως επεμβάσεων «διασώσεως» ή αναγκαιότητα εκτελέσεως κοιλιοπερινεϊκής εκτομής σε ασθενείς στους οποίους θα

αρκούσε αρχικά μία επέμβαση που θα διατηρούσε το σφιγκτηριακό σύστημα.

Η ενδοσκοπική παρακολούθηση δεν εξασφαλίζει πάντα με ακρίβεια την εκτίμηση των βλαβών, τόσο γιατί η ενδοσκοπική εικόνα δεν είναι πάντοτε τυπική, όσο και εξαιτίας σφαλμάτων στη δειγματοληψία.

Επιπλέον, μετά από τοπική εκτομή μίας ουλής ypT1 η πιθανότητα επανεμφάνισης του όγκου είναι ελάχιστη, ενώ ο κίνδυνος αυτός εκτοξεύεται σε πλέον του 20% σε ουλές ypT2. Η τοπική εκτομή της ουλής προσφέρει τόσο την απόδειξη της πλήρους ανταποκρίσεως στη θεραπεία, όσο και απαλλάσσει την περιοχή από μικροσκοπικά νεοπλασματικά υπολείμματα. Σχετίζεται ωστόσο με κακή επούλωση της περιοχής λόγω της ακτινοθεραπείας που έχει προηγηθεί και αυξημένη νοσηρότητα.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος του ορθού, νέο επικουρική θεραπεία, πλήρης ανταπόκριση, διατήρηση οργάνου.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977212784

E-mail: dmanganas@gmail.com

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΟΥ ΙΟΥ SARS-COV-2 ΣΤΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΥΓΡΑ-ΑΕΡΟΛΥΜΑ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΑΠΝΟ: ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Γεώργιος Σάμπαλης

Γενικός Χειρουργός, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, Γενικός Γραμματέας του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοσκοπικής Χειρουργικής (Ε.Ε.Ε.Χ.)

Είναι γνωστό ότι η μετάδοση του σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου κοροναϊού (SARS-CoV) πραγματοποιείται κυρίως μέσω σταγονιδίων και επαφής. Ωστόσο, αερολύματα μπορούν να δημιουργηθούν σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως στοματοτραχειακή διασωλήνωση, εξαερισμός και η χρήση ηλεκτρικών ή λαβίδων υπερήχων, και συνεπώς μπορεί ενδεχομένως να μολύνουν την ομάδα φροντίδας εάν δεν χρησιμοποιηθεί επαρκής προστασία.

Η κύρια οδός μετάδοσης SARS-CoV-2 είναι η εισπνοή μολυσματικών αερολυμάτων. Τα μολυσματικά αερολύματα αποτελούνται από μεγάλα αναπνευστικά σταγονίδια και πυρήνες σταγονιδίων. Τα μεγάλα αναπνευστικά σταγονίδια έχουν διάμετρο >5-10 μm και εμπλέκονται στη μετάδοση μικρής εμβέλειας. Οι πυρήνες σταγονιδίων είναι <5 μm και είναι υπεύθυνοι για μετάδοση σε μεγαλύτερες αποστάσεις.

Κατά τη διάρκεια της περιεγχειρητικής αναισθησιολογικής διαχείρισης, η διασωλήνωση, η αποσωλήνωση και οι σχετικές διαδικασίες όπως ο χειροκίνητος αερισμός θεωρούνται διαδικασίες δημιουργίας αερολύματος.

Αυτό που γνωρίζουμε για την ιολογία του SARS-CoV-2 και την ασθένεια, το COVID-19, είναι ότι ο ιός RNA έχει εύρος μεγέθους 0,06-0,14 μικρά και είναι ευαίσθητος στην υπεριώδη ακτινοβολία και τη θερμότητα.

Στη λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σε διάφορα στάδια της διαδικασίας, όπως η στοματοτραχειακή διασωλήνωση, ο εξαερισμός, η εγκατάσταση και η συντήρηση του πνευμοπεριτόναιου, η χρήση ηλεκτροδιαθερμιών και λαβίδων υπερήχων, η εκκένωση καπνού, η αφαίρεση δειγμάτων, η απορροή του πνευμοπεριτονίου, η αφαίρεση των τροκάρ, και κλείσιμο τομών.

Για τον αποτελεσματικό έλεγχο του χειρουργικού καπνού κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικών διαδικασιών, πρέπει να χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός επαρκών αλλαγών του αέρα στο χειρουργείο και του τοπικού εξαερισμού (λαπαροσκοπικές συσκευές φιλτραρίσματος καπνού που απομακρύνουν τον χειρουργικό καπνό από την περιτο-

ναϊκή κοιλότητα) για την προστασία των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών από την έκθεση.

Για τον έλεγχο του τεχνητού πνευμοπεριτοναίου, η ενδοεγχειρητική πίεση του πνευμοπεριτοναίου και ο αερισμός με CO₂ πρέπει να διατηρούνται στα χαμηλότερα δυνατά επίπεδα, χωρίς να διακυβεύεται η έκθεση του χειρουργικού πεδίου.

Η χρήση λαπαροσκόπησης σε ασθενείς με COVID-19 μπορεί να μειώσει τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και τη διαμονή στο νοσοκομείο, με επακόλουθο μειωμένο κίνδυνο έκθεσης στον ιό από τον ασθενή και τη χειρουργική ομάδα. Ένα άλλο πλεονέκτημα είναι ότι η λαπαροσκόπηση σχετίζεται με λιγότερη περιεγχειρητική ανοσοκαταστολή σε σύγκριση με την ανοιχτή χειρουργική επέμβαση, που μειώνει την πιθανότητα μετεγχειρητικής επιδείνωσης της νόσου μετά από χειρουργική επέμβαση. Αυτό το πλεονέκτημα είναι ιδιαίτερα σημαντικό δεδομένου ότι οι περισσότεροι ασθενείς με COVID-19 είναι ασυμπτωματικοί ή δεν έχουν συγκεκριμένα συμπτώματα πριν από τη χειρουργική επέμβαση και διαγιγνώσκονται στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο.

Πολλοί από αυτούς τους ασθενείς είναι πιθανό να έχουν προεγχειρητική υπο-κλινική λοίμωξη. Δεδομένης της χρήσης εμπορικά διαθέσιμων ή πρόσφατα επινοημένων συσκευών υπερδιήθησης χαμηλού κόστους, η λαπαροσκόπηση θα μπορούσε να είναι πολύτιμη για τη βελτίωση των μετεγχειρητικών αποτελεσμάτων ασθενών με COVID-19 που χρειάζονται κοιλιακή χειρουργική επέμβαση, ιδιαίτερα ασθενών ηλικίας 70 ετών και άνω και εκείνων με συννοσηρότητες. Η λαπαροσκόπηση μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο δευτερογενούς μετάδοσης στο νοσοκομείο.

Λέξεις κλειδιά: Λαπαροσκόπηση, αερόλυμα, sars-cov-2.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977359925

E-mail: sambalis@yahoo.com

ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Γεώργιος Δ. Αγιομαμίτης*Χειρουργός, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - Λαπαροσκοπική Μονάδα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»*

Η σημερινή πανδημία του COVID-19 έχει επηρεάσει πολλές ζωές και επηρεάζει ολόκληρα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Εκτός από τις σημαντικές προκλήσεις του φόρτου εργασίας, οι χειρουργοί αντιμετωπίζουν μια σειρά αβεβαιοτήτων σχετικά με τη δική τους ασφάλεια, την πρακτική και τη συνολική φροντίδα των ασθενών. Θα προσπαθήσουμε να παρέχουμε τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με συγκεκριμένα ζητήματα που σχετίζονται με την παροχή χειρουργικών υπηρεσιών και την ασφάλεια της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID.

Δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα επιστημονικά στοιχεία για τη μετάδοση του COVID-19 με λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση μέσω αερολύματος. Η λαπαροσκόπηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί με προφυλάξεις λόγω των ωφελειών της σε σύγκριση με την ανοιχτή χειρουργική επέμβαση. Εάν είναι ασφαλής, η συντηρητική διαχείριση είναι η κύρια εναλλακτική λύση κατά την πανδημία. Η τελική απόφαση για την προσέγγιση πρέπει να ληφθεί αφού ληφθούν υπόψη τα αποδεδειγμένα οφέλη των λαπαροσκοπικών τεχνικών έναντι των πιθανών θεωρητικών κινδύνων του αερολύματος.

Η ελάχιστη επεμβατική χειρουργική οδηγεί σε καλύτερα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, όπως λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, λοιμώξεις τραύματος, θωρακικές λοιμώξεις και μικρότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Καθώς η ανοιχτή χειρουργική επέμβαση σχετίζεται με αυξημένο τραύμα, στρες - ανοσοκαταστολή και αυξημένη παραμονή στο νοσοκομείο, μπορεί να αυξήσει την έκθεση σε νοσοκομειακή μετάδοση COVID, με πρόσθετη πίεση στους υγειονομικούς πόρους και τις μονάδες εντατικής θεραπείας.

Με την κατάλληλη εξέταση των ασθενών και την προστασία του προσωπικού στο χειρουργείο με μάσκες, προσωπίδες και στολές, η λαπαροσκοπική χειρουργική είναι ασφαλής και εφικτή. Με τα βελτιωμένα COVID PCR tests και το μικρότερο χρόνο διάγνωσης, η εξέταση των ασθενών παρέχει ένα επιπλέον επίπεδο ασφάλειας για

την εκτέλεση τακτικών λαπαροσκοπικών χειρουργικών επεμβάσεων.

Ο κίνδυνος θεωρητικής μετάδοσης από αερόλυμα μπορεί να ελαχιστοποιηθεί στη λαπαροσκοπική χειρουργική χρησιμοποιώντας θύρες με μπαλόνια, μικρότερες τομές δέρματος και αποφεύγοντας εργαλεία 5mm μέσα από τροκάρ 10mm. Συνίσταται επιπλέον η χρήση ενός κλειστού κυκλώματος εκκένωσης του καπνού CO₂ (Airseal). Πιστεύουμε ότι ο κίνδυνος εξάπλωσης ιών μέσω λαπαροσκόπησης έχει υπερεκτιμηθεί και με κατάλληλα μέτρα ασφαλείας μπορεί να εκτελεστεί με ασφάλεια, με οφέλη τόσο για τον ασθενή όσο και για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

Στο τέλος της λαπαροσκοπικής διαδικασίας, η προσεκτική εκκένωση του CO₂ από συγκεκριμένο τροκάρ χρησιμοποιώντας ένα σύστημα υπερδιήθησης σωματιδιακού φίλτραρίσματος αέρα (ULPA) όχι μόνο θα μειώσει τη διαρροή CO₂, αλλά θα την ελέγξει πλήρως, συγκριτικά με την ανεξέλεγκτη διασπορά αερολύματος στην ανοιχτή χειρουργική κοιλία.

Όλες οι επείγουσες Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις που εκτελούνται κατά τη διάρκεια της πανδημίας πρέπει να θεωρούνται υψηλού κινδύνου και όλος ο προστατευτικός εξοπλισμός θα πρέπει να χρησιμοποιείται από όλο το προσωπικό της χειρουργικής αίθουσας.

Οι ασθενείς δεν πρέπει να στερούνται τα σαφή πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής σε σχέση με την ανοιχτή χειρουργική επέμβαση κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας COVID-19.

Λέξεις κλειδιά: Λαπαροσκοπική χειρουργική, ελάχιστα επεμβατική χειρουργική, COVID, πανδημία, συστάσεις, κατευθυντήριες οδηγίες.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944690607

E-mail: agiogeo@gmail.com

ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΛΑΠΑΡΑΣΚΟΠΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

Βασίλειος Δρακόπουλος

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

Ο ιός Covid-19 αποτελεί πρόκληση για τη σύγχρονη λαπαροσκοπική χειρουργική, καθώς έχει επηρεάσει πολυποίκιλα τον τρόπο που πραγματοποιούνται οι χειρουργικές επεμβάσεις. Πιο συγκεκριμένα, ο χειρουργός καλείται να ακολουθήσει καινούργια πρωτόκολλα στις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις για την αποφυγή μετάδοσης του μέσω του χειρουργικού καπνού. Ο χειρουργικός καπνός αποτελείται κατά 95% από ατμό νερού και κατά 5% από οργανικές και ανόργανες ενώσεις, σωματίδια και μικροοργανισμούς. Οι μικροοργανισμοί μπορεί να είναι βακτήρια, μυκοβακτηρίδια, μύκητες και ιοί ή στην προκειμένη περίπτωση ο Covid-19. Η χημική σύνθεση του χειρουργικού καπνού μπορεί να αποτελείται από τις εξής χημικές ουσίες: Φορμαλδεΰδη-καρκινογόνο, Βενζόλιο-καρκινογόνο, Μονοξείδιο του άνθρακα και Hydrogen Cyanide. Ο χειρουργικός καπνός υπάρχει πιθανότητα να περιέχει εξαιρετικά μικρά σωματίδια (<100 nm) και αδιάλυτα λεπτά σωματίδια με διάμετρο μικρότερη από 2,5 μm (ΑΣ 2,5) τα οποία εισέρχονται στον πνεύμονα και εγκαθίστανται στις κυψελίδες. Επίσης, ο καπνός μπορεί να περιέχει βιοαερολύματα, συμπεριλαμβανομένων νεκρών και ζωντανών κυτταρικών υλικών, θραυσμάτων αίματος και ιών.

Σημαντικό ρόλο στην διαφυγή χειρουργικού καπνού κατά την διάρκεια της επέμβασης διαδραματίζει η επιλογή των τροκάρ. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το κατάλληλο μήκος τομής του δέρματος, ανάλογα με τη διάμετρο του trocar. Επιπροσθέτως, η βαλβίδα trocar πρέπει να είναι κλειστή όταν εισάγεται αέρας στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Τα χειρουργικά εργαλεία συνίσταται να τοποθετούνται όσο το δυνατόν πιο κάθετα και να ελαχιστοποιείται η ανταλλαγή τους με άλλα εργαλεία κατά την διάρκεια της επέμβασης. Είναι σημαντικό η περιτοναϊκή κοιλότητα να εκκενώνεται από τον αέρα πριν αφαιρεθούν τα τροκάρ.

Ακόμα κι αν η παρουσία του SARS-CoV-2 στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι υπό συζήτηση, καθώς και η παρουσία του στον χειρουργικό καπνό, εγείρονται ανησυχίες σχετικά με την πιθανή απελευθέρωση του Covid-19 σε υψηλή πίεση CO₂. Έχουν παρατηρηθεί διαρροές γύρω, από ή μέσω των τροκάρ λόγω του ότι ο κοροναϊός, καθώς και άλλα ιικά σωματίδια και μικροοργανισμοί θα μπορούσαν να αερολυθούν στο πνευμοπεριτόναιο και να διαφύγουν μέσω ενός τροκάρ είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης είτε κατά την αλλαγή εργαλείου ή κατά την εξαγωγή ενός παρασκευάσματος.

Ωστόσο, υπάρχουν νέες κατευθυντήριες οι οποίες συμβάλλουν στην αποτροπή μετάδοσης του ιού μέσω των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων.

Συγκεκριμένα, προτείνεται η τομή να έχει την ελάχιστη δυνατή έκταση και να γίνεται χρήση τροκάρ με βαλβίδα έτσι ώστε να μην υπάρξει διαρροή καπνού. Η πίεση που ασκείται στο πνευμοπεριτόναιο θα πρέπει να διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται κατά την επέμβαση συνιστάται να μην εναλλάσσονται. Είναι απαραίτητο ο αέρας να εκκενώνεται μέσω εκκενωτή καπνού (ULPA grade filtration) και ειδικής σωλήνωσης εκκένωσης καπνού και να γίνεται ρύθμιση της ταχύτητας ροής εκκένωσης του έτσι ώστε να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Λέξεις κλειδιά: Χειρουργικός καπνός, Covid-19, λαπαροσκοπική χειρουργική, Trocar.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973217959

E-mail: vasiliosdrakopoulos@gmail.com

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΙΝΔΟΚΥΑΝΙΝΗΣ (NEAR-INFRARED FLUORESCENCE IMAGING)

Αγγελική Κολινιώτη¹, Μαρία Σωτηροπούλου², Στυλιανός Καπίρης³

¹Χειρουργός, ²Επικουρικός Ιατρός, ³Ιατρός, Ειδικεύομενη, ³Χειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος, Γ' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η λαπαροσκοπική χειρουργική έχει πλέον καθιερωθεί ως η μέθοδος εκλογής για την πλειοψηφία των επεμβάσεων, ογκολογικών ή μη, λόγω των αδιαμφισβήτητων πλεονεκτημάτων της. Κατά την εξέλιξη της συνεπικουρείται συνεχώς από τεχνολογίες οι οποίες προσφέρουν λεπτομερέστερη απεικόνιση των διάφορων ανατομικών δομών διεγχειρητικά.

Το πράσινο της ινδοκυανίνης (ICG) είναι ένα υδατοδιαλυτό ανιόν το οποίο, μετά την ενδοφλέβια χορήγησή του, δεσμεύεται και μεταφέρεται από τις λιποπρωτεΐνες του πλάσματος. Εκπέμπει φθορίζουσα ακτινοβολία όταν διεγείρεται με φως συγκεκριμένου μήκους κοντά στο φάσμα του υπέρυθρου (περίπου 820nm) ή με ακτίνα laser. Διανέμεται στο κυκλοφορικό σύστημα και απεκκρίνεται αναλλοίωτο από το ήπαρ. Μπορεί να ανιχνευθεί με τη χρήση ειδικής κάμερας και να απεικονιστεί, επιτρέποντας την αναγνώριση των ανατομικών δομών που εμπεριέχουν το σκιαγραφικό όπως αγγεία, λεμφαδένες. Η ένταση του φθορισμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την άμεση εκτίμηση της αιμάτωσης των ιστών.

Τα τελευταία χρόνια το πράσινο της ινδοκυανίνης (ICG) χρησιμοποιείται στη λαπαροσκοπική χειρουργική του παχέος εντέρου στη διεγχειρητική εκτίμηση της αιμάτωσης των προς αναστόμωση ιστών με σκοπό τη μείωση του ποσοστού διαφυγής. Επιπρόσθετα, μπορεί να διευκολύνει την ογκολογική επάρκεια της επέμβασης απεικονίζοντας την ακριβή αγγείωση του όγκου και να διευκρινίσει τη θέση του ουρητήρα σε μία δύσκολη ανατομικά παρασκευή. Υπάρχουν μελέτες – τόσο στη λαπαροσκοπική χειρουργική του ανώτερου πεπτικού όσο και του παχέος εντέρου – όπου έχει χρησιμοποιηθεί για την αναγνώριση της λεμφικής απορροής του όγκου.

Υπάρχει επίσης ικανός αριθμός μελετών που χρησιμοποιούν τον φθορισμό με πράσινο της ινδοκυανίνης (ICG)

για τη διεγχειρητική αναγνώριση της ανατομίας του εξω-ηπατικού χοληφόρου δέντρου κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής. Σε μικρότερες μελέτες, έχει χρησιμοποιηθεί στη λαπαροσκοπική χειρουργική των επινεφριδίων για την αναγνώριση της ανατομίας καθώς και στις μερικές επινεφριδεκτομές. Σε πειραματικά πρωτόκολλα βρίσκει εφαρμογή και στη διεγχειρητική αναγνώριση νευροενδοκρινικών όγκων.

Καθώς αποτελεί μία σχετικά νέα τεχνολογία όσον αφορά τη χρησιμοποίησή της στη λαπαροσκοπική χειρουργική, στην κλινική μας βρίσκονται σε εξέλιξη τρία πειραματικά πρωτόκολλα τα οποία έχουν σαν σκοπό να τεκμηριώσουν τόσο τη χρησιμότητα όσο και την εφαρμοσιμότητα του ICG στις λαπαροσκοπικές κολεκτομές (28 περιστατικά έως σήμερα), τις λαπαροσκοπικές χολοκυστεκτομές (42 περιστατικά έως σήμερα) και λαπαροσκοπικές επινεφριδεκτομές (19 περιστατικά έως σήμερα). Συνολικά, η τεχνική του διεγχειρητικού φθορισμού με τη χρήση πράσινου της ινδοκυανίνης (ICG) έχει εφαρμοστεί σε 89 λαπαροσκοπικές επεμβάσεις.

Τα μέχρι τώρα δεδομένα συγκλίνουν στο ότι το ICG είναι ένα ασφαλές και αποτελεσματικό εργαλείο το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο εύρος λαπαροσκοπικών επεμβάσεων για την άμεση απεικόνιση τόσο ανατομικών όσο και λειτουργικών δομών.

Λέξεις κλειδιά: ICG, φθορίζουσα ακτινοβολία, λαπαροσκοπική χειρουργική.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Α. Κολινιώτη

Τηλ.: 6974331779

E-mail: akolinioti@gmail.com

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Αλκέτα-Αγγελική Μπότση, MSc(c)

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Μονάδα Εμφραγμάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (ΟΕΜ) αποτελεί την πιο επικίνδυνη εκδήλωση της Στεφανιαίας Νόσου (ΣΝ) καθώς και τη κύρια αιτία θανάτου από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Το ΟΕΜ σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα και ετησίως προσβάλλει περίπου 785.000 άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες, 20.000 άτομα στην Ελλάδα ενώ περίπου 1,5 εκατομμύριο άνθρωποι πεθαίνουν από αυτό κάθε χρόνο, δηλαδή περίπου 1 άνθρωπος κάθε 30 δευτερόλεπτα.

Το ΟΕΜ είναι μια αγχωτική, απειλητική για τη ζωή εμπειρία που έχει αναγνωριστεί ως ένα τραυματικό γεγονός και μπορεί να προκαλέσει σύνδρομο μετατραυματικού στρες στον ασθενή. Γι' αυτό το λόγο μπορούμε να αναλογιστούμε τις δύσκολες συνθήκες με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος ο ασθενής και να αντιληφθούμε τις ατομικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις που επιφέρει στη ζωή των πασχόντων, όπως επίσης και τις συνέπειες στο Σύστημα Υγείας της κάθε χώρας.

Λύση στα παραπάνω ζητήματα που δημιουργούνται μετά το πέρας της οξείας φάσης του εμφράγματος έρχεται να δώσει η αποκατάσταση που έχει ως κύριο σκοπό της τόσο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ανθρώπων, όσο και τη προώθηση της δευτερογενούς πρόληψης με επιπλέον στόχους που αφορούν τη φύση της νόσου, την ψυχολογία και τη συμπεριφορά του ασθενούς, την κοινωνική διάσταση που μπορεί να πάρει αυτό το θέμα στη ζωή του πάσχοντα καθώς και στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με την Irish Association of Cardiac Rehabilitation

(IACR) ένα πρόγραμμα αποκατάστασης πρέπει να είναι διαθέσιμο για όλους τους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Λαμβάνοντας υπόψιν την ασφάλεια των ασθενών έχουν θεσπιστεί κάποια κριτήρια εισόδου για να μπορέσει να συμπεριληφθεί ένας ασθενής και κάποια κριτήρια αποκλεισμού.

Έρευνες έχουν δείξει πως ασθενείς που έχουν συμμετάσχει σε προγράμματα αποκατάστασης μετά από έμφραγμα στην Αμερική αλλά και σε χώρες τις Ευρώπης παρουσίασαν οφέλη που αφορούν τον ασθενή, όπως χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, οφέλη που αφορούν την κοινωνία, όπως πολύ ταχύτερη κοινωνική επανένταξη και οφέλη που αφορούν το σύστημα υγείας, όπως μείωση των επανεισαγωγών τους στο νοσοκομείο.

Η Αποκατάσταση πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας του ΟΕΜ και πρέπει να συμπεριλαμβάνεται για την καλύτερη εξέλιξη της νόσου. Ωστόσο, όσο αναγκαία και αν έχει κριθεί η εφαρμογή ενός προγράμματος αποκατάστασης, η υλοποίηση του σε κάποιες χώρες δεν είναι τόσο εύκολη και αυτό μπορεί να οφείλεται σε ανεπαρκή νομοθεσία, ανεπαρκή χρηματοδότηση καθώς και έλλειψη υποδομών.

Λέξεις κλειδιά: Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αποκατάσταση, σκοπός, οφέλη.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 6973165056

E-mail: botsalketa72@gmail.com

ΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ. Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δημήτριος Σφαλτός, MSc

Νοσηλεύτης Π.Ε, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Τα τελευταία χρόνια το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) απειλεί περισσότερους νέους κάτω των 40 ετών, αλλά ολοένα και περισσότερο τις γυναίκες, γεγονός που αποδίδεται στον ανθυγιεινό τρόπο διαβίωσης, στο κάπνισμα, στην καθιστική ζωή, και στο καθημερινό άγχος.

Ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου δρα καταλυτικά στην καθημερινότητα, στη ζωή του ασθενούς και στην οικογένειά του, ενώ εγείρει ερωτήματα και φόβους για το τι θα ακολουθήσει την επόμενη ημέρα. Εφόσον ξεπεραστεί η οξεία φάση ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου, ακολουθεί η ανάρρωση και η αποκατάσταση από τη νόσο, η οποία ξεκινάει εντός του νοσοκομείου από τις πρώτες κιόλας ημέρες νοσηλείας. Οι φάσεις της αποκατάστασης είναι η ενδονοσοκομειακή, η ανάρρωση και η μετέπειτα συντήρηση. Όσο ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο και πριν την έξοδό του, επεξηγούνται αναλυτικά οι παράγοντες κινδύνου, η ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής, η εφαρμογή ειδικής διαίτας και η άσκηση που θα ακολουθήσει. Το ιατρικό, αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό εξηγεί στον ασθενή τις αλλαγές που θα πρέπει να γίνουν στον τρόπο ζωής του, προκειμένου να επανέλθει προοδευτικά στις συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες και παράλληλα να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες επανεμφάνισης της νόσου.

Στο εξωτερικό υπάρχουν εκτεταμένα συνταγογραφημένα προγράμματα αποκατάστασης ασθενών σε νοσοκομεία και κλινικές, μετά την εμφάνιση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και άλλων καρδιακών νόσων. Τα προγράμματα αυτά σκοπό έχουν να βελτιώσουν την καρδιαγγειακή λειτουργία, να μειώσουν τον κίνδυνο για νέο έμφραγμα ή αιφνίδιο θάνατο, να βελτιώσουν τα συμπτώματα των ασθενών, να σταθεροποιήσουν ή και να αναστρέψουν την αθηροσκληρυντική διαδικασία, και να βελτιώσουν την ψυχική και φυσική κατάσταση των ασθενών. Στα ολιστικά αυτά προγράμματα συμμετέχει καρδιολόγος, νοσηλεύτης,

γυμναστής, φυσιοθεραπευτής, κλινικός διαιτολόγος και ψυχολόγος, ώστε η καρδιακή αποκατάσταση να έχει τα καλύτερα δυνατά οφέλη για τον ασθενή.

Παρά την αποκτημένη διεθνή εμπειρία, στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλο κενό γνώσης και κρατικής μέριμνας, σχετικά με τα προγράμματα και τις φάσεις της καρδιακής αποκατάστασης. Δεν υπάρχει συνταγογράφηση που να οδηγεί τους ασθενείς σε προγράμματα αποκατάστασης, ενώ η μελλοντική αποκατάσταση και συμβουλευτική από το ιατρικονοσηλευτικό προσωπικό γίνεται μέσα στο χώρο των νοσοκομείων κατά την διάρκεια της νοσηλείας. Έτσι, εξαρτάται μόνο από τον ίδιο τον ασθενή εάν θα συμμορφωθεί με την μετέπειτα θεραπεία και εάν θα ακολουθήσει τις ενδονοσοκομειακές συμβουλές, χωρίς να μπορεί να έχει πρόσβαση σε εξειδικευμένα προγράμματα αποκατάστασης.

Είναι επιτακτική λοιπόν ανάγκη, η κατάρτιση στην Ελλάδα προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης μετά από ΟΕΜ, και η στήριξη της πολιτείας σε αυτόν τον ευαίσθητο τομέα. Η συνταγογράφηση των προγραμμάτων, η ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών για αυτά, και η προώθηση των ασθενών σε αυτές τις δομές με την υλική βοήθεια της πολιτείας, είναι βασικοί άξονες για την ολοκληρωμένη αποκατάσταση των ασθενών μετά από ΟΕΜ και την επανένταξή τους στην κοινωνία με τις ελάχιστες επιπλοκές.

Λέξεις κλειδιά: Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ΟΕΜ, αποκατάσταση ασθενούς, φάση αποκατάστασης ΟΕΜ, προγράμματα αποκατάστασης ΟΕΜ.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973303410, 2132043445

E-mail: dsfaltos@gmail.com

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ελένη Αναγνωστοπούλου, MSc, Δήμητρα Κόκκιου

Νοσηλεύτριες Τ.Ε., Μονάδα Εμφραγμάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η καρδιακή αποκατάσταση αποτελεί μια μεγάλη ενότητα στα πλαίσια της διαχείρισης της νόσου. Οι ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι άτομα, που μπορούν να συμμετάσχουν σε προγράμματα αποκατάστασης, εφόσον πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια. Διαχρονικά, και ιδιαιτέρως από τη δεκαετία του '60 μέχρι σήμερα, έχει αλλάξει τελείως ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζεται η νόσος από την επιστημονική ομάδα.

Σκοπός: Η διερεύνηση και παρουσίαση της σημαντικότητας του ρόλου του Νοσηλευτή στη διεπιστημονική ομάδα, στα πλαίσια της καρδιακής αποκατάστασης.

Μέθοδος - Υλικό: Χρησιμοποιήθηκαν οι μηχανές αναζήτησης: Pubmed/Medline, Cochrane Library, και Google Scholar. Στην ανασκόπηση συμπεριελήφθησαν άρθρα τα οποία ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η καρδιακή αποκατάσταση των ασθενών χωρίζεται σε τέσσερις (4) φάσεις οι οποίες ξεκινούν από το στάδιο της νοσηλείας εντός του νοσοκομείου, και συνεχίζονται αμέσως μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, στο στάδιο της άσκησης, και τέλος της συντήρησης. Σε όλα αυτά τα στάδια υπάρχει μια πληθώρα ειδικά εκπαιδευμένων επαγγελματιών, που έχουν ως σκοπό τη βέλτιστη ολιστική ποιότητα φροντίδας του ασθενούς. Σε αυτή τη διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών σημαντικό ρόλο έχει, και ο Νοσηλευτής. Ειδικότερα, έχει ενεργό ρόλο σε όλα τα στάδια της αποκατάστασης με συγκεκριμένες ευθύνες, όπου πάντα σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, προσπαθεί για τη διασφάλιση της μέγιστης δυνατής διαχείρισης της νόσου. Στις νοσηλευτικές ευθύνες συμπεριλαμβάνονται: η εκτίμηση των ασθενών, τόσο για το καρδιολογικό πρόβλημα, όσο και για τη συννοσηρότητα, η εκτίμηση της συμπεριφοράς, της αυτοφροντίδας,

και της αυτοδιαχείρισης του ασθενούς, ο καθορισμός των παραμέτρων της φυσικής δραστηριότητας, και η εκπαίδευση του ασθενούς, και του περιβάλλοντος του σε θέματα, που αφορούν την υγεία του. Στο χώρο του νοσοκομείου οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών είναι βάση τηρούμενων πρωτοκόλλων. Εκτός του χώρου του νοσοκομείου στα nurse-led clinics, όπου πραγματοποιούνται τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης, σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών είναι αυξημένες. Στον Ελλαδικό χώρο είναι σε πρώιμο στάδιο η αποκατάσταση των καρδιολογικών ασθενών, και η βιβλιογραφία είναι πολύ περιορισμένη στις φάσεις της άσκησης, και της συντήρησης.

Συμπεράσματα: Η πολυδύναμη διεπιστημονική προσέγγιση από τους επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητη σε ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ο νοσηλευτικός ρόλος στην αποκατάσταση των καρδιολογικών ασθενών με τα σύγχρονα διεθνή δεδομένα είναι υπεύθυνος και διευρυμένος, τόσο ενδονοσοκομειακά, προσφέροντας ολοκληρωμένη ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη σε πρωτόκολλα, όσο και εξωνοσοκομειακά στα nurse-led clinics, αλλά και στην κατ'οίκον νοσηλεία με μεγαλύτερη αυτονομία της νοσηλευτικής πρακτικής, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Καρδιακή αποκατάσταση, νοσηλευτική, διεπιστημονική φροντίδα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Ε. Αναγνωστοπούλου

Τηλ.: 6940994012

E-mail: anele293@yahoo.com

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥΣ

Πολυξένη Μαγγούλια, MSc, PhD

*Νοσηλεύτρια Π.Ε., Αναπληρώτρια Συντονίστρια Ειδικότητας Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

Εισαγωγή: Το ανθρώπινο δυναμικό στον Τομέα της Υγείας, εκτός του ότι είναι η κύρια πηγή δαπανών, επηρεάζει τη σωστή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και φυσικά το τελικό αποτέλεσμα που είναι η στάθμη υγείας του πληθυσμού. Επομένως, είναι επιτακτική η ανάγκη αξιολόγησης των παραγόντων που επηρεάζουν την παραγωγικότητα του ανθρώπινου κεφαλαίου.

Σκοπός: Η διερεύνηση των προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία και η επίδραση τους στην παραγωγικότητα.

Μεθοδολογία: Στη μελέτη συμμετείχαν 509 νοσηλευτές (404 γυναίκες και 105 άνδρες), όλων των κατηγοριών εκπαίδευσης, ηλικίας 38.84 ± 7.24 ετών, που εργάζονται σε ΜΕΘ (n=335) και Ψυχιατρικές Κλινικές (n=174) σε 27 δημόσια νοσοκομεία, στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας (ProQOL-CSF-R-IV), το Ερωτηματολόγιο Υγείας και Παραγωγικότητας στην Εργασία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (HPQ) και ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής των δημογραφικών, ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη.

Αποτελέσματα: Από τις είκοσι κατηγορίες προβλημάτων υγείας που καταγράφηκαν, τα συχνότερα είναι ο χρόνιος πόνος σε μέση ή αυχένα (47%), οι ημικρανίες (34.4%),

οι εποχιακές αλλεργίες ή αλλεργική καταρροή (31.1%), οι συχνοί ή σοβαροί πονοκέφαλοι (27.3%) και η χρόνια κόπωση ή χαμηλή ενεργητικότητα (23.6%). Το δευτερογενές τραυματικό στρες βρέθηκε να επιδράει αρνητικά στην απουσία από την εργασία τις προηγούμενες 7 ημέρες ($B=-0.046$, $p<0.05$) και στην απόδοση στην εργασία ($B=-0.050$, $p<0.05$), ενώ η απουσία από την εργασία τις προηγούμενες 4 εβδομάδες βρέθηκε να συσχετίζεται κυρίως με παράγοντες που αφορούσαν προβλήματα με την ψυχική ή σωματική υγεία των ατόμων που συχνά οδηγούσαν σε χρήση αναρρωτικών αδειών και με εργασιακούς παράγοντες, όπως η αναλογία ασθενών ανά νοσηλεύτη ($B=3.156$, $p<0.05$).

Συμπεράσματα: η σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών, εκτός από τις επιπτώσεις που έχει για τους ίδιους, επηρεάζει την παραγωγικότητα στην εργασία και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Θα πρέπει επομένως να συγκεντρώνει το ενδιαφέρον της Διοίκησης του Νοσοκομείου και της Πολιτείας.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτές, παραγωγικότητα, προβλήματα υγείας, υγεία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 2132041987

E-mail: pmangoulia@gmail.com

ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ

Πέτρος Σταύρου

Πυρηνικός Ιατρός, Επικουρικός Ιατρός, Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και PET/CT, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η πυρηνική ιατρική, μέσω του σπινθηρογραφήματος με γ-κάμερα, επιτρέπει την απεικόνιση συγκεκριμένων φυσιοπαθολογικών μηχανισμών με τη χρήση κατάλληλων ραδιοφαρμάκων. Τέσσερις τεχνικές της κλασικής Πυρηνικής Ιατρικής βρίσκουν εφαρμογή στην Πυρηνική Καρδιολογία.

Σπινθηρογράφημα Αιμάτωσης Μυοκαρδίου: Είναι μια μη επεμβατική μέθοδος η οποία επιτρέπει την ανίχνευση περιοχών ισχαιμίας του μυοκαρδίου. Πραγματοποιείται είτε με φυσική είτε με φαρμακευτική κόπωση επιτυγχάνοντας ευαισθησία 73-92% και 90-91% και ειδικότητα 63-87% και 75-84% αντίστοιχα. Οι κύριες ενδείξεις της τεχνικής είναι οι εξής:

- Ασθενείς με υποψία Στεφανιαίας Νόσου (ΣΝ) με πιθανότητα πριν τη δοκιμασία για ΣΝ 15-65% (pre-test probability), κλάσμα εξώθησης >50% και αδυναμία πραγματοποίησης τεστ κοπώσεως ή τεστ κοπώσεως μη διαγνωστικό
- Ασθενείς με υποψία ΣΝ με πιθανότητα πριν την δοκιμασία για ΣΝ 66-85% ή ασθενείς με κλάσμα εξώθησης <50% χωρίς τυπική στηθάγχη
- Προεγχειρητικός έλεγχος σε μη καρδιακές επεμβάσεις ενδιάμεσου-μέσου κινδύνου με τουλάχιστον 1 παράγοντα κινδύνου και αδυναμία άσκησης (<4 MET)
- Συμπτωματικοί ασθενείς μετά από επεμβάσεις επαναγγείωσης
- Ασθενείς με Agaston Calcium Score >400
- Ασθενείς με γνωστή ΣΝ στους οποίους απαιτείται εκτίμηση της λειτουργικής σημασίας ενδιάμεσων στενώσεων
- Μελέτη βιωσιμότητας μυοκαρδίου
- Αποκλεισμός ισχαιμίας ως μηχανισμός πυροδότησης αρρυθμιών.

Σπινθηρογράφημα Οστών για την Ανίχνευση Καρδιακής Αμυλοείδωσης: Η καρδιακή αμυλοείδωση είναι ένα είδος περιοριστικής μυοκαρδιοπάθειας η οποία οφείλεται στην αντικατάσταση του καρδιακού μυ από παθολογικά αναδιπλωμένες πρωτεΐνες, τα αμυλοειδή. Η πλειονότητα των ασθενών με καρδιακή αμυλοείδωση εμφανίζουν συσσώρευση αμυλοειδών που αποτελούνται είτε από ελαφρές αλυσίδες (AL αμυλοείδωση) είτε από τρανσθυρετίνη (ATTR). Η διαφοροδιάγνωση μεταξύ των 2 υποτύπων καρδιακής αμυλοείδωσης είναι σημαντική για την πρόγνωση και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας με το goldstan-

dard της διάγνωσης να παραμένει η βιοψία καρδιάς. Το σπινθηρογράφημα οστών είναι η μόνη εναλλακτική μη επεμβατική μελέτη, η οποία επιτρέπει με ευαισθησία που αγγίζει το 100% τη διάγνωση της καρδιακής αμυλοείδωσης από τρανσθυρετίνη (ATTR) όταν υπάρχει κλινική υποψία καρδιακής αμυλοείδωσης και έχει αποκλειστεί η AL αμυλοείδωση μέσω ανοσοκαθήλωσης ορού και ούρων και ηλεκτροφόρησης ορού.

Ραδιοϊσοτοπική Κοιλιογραφία: Είναι ένα είδος σπινθηρογραφήματος το οποίο επιτρέπει με ακρίβεια και επαληθευσιμότητα των αποτελεσμάτων τον υπολογισμό του κλάσματος εξώθησης. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο η κύρια ένδειξη της εξέτασης στις μέρες μας παραμένει η εκτίμηση της καρδιοτοξικότητας της χημειοθεραπείας των καρκινοπαθών ασθενών. Το σύνηθες ραδιοφάρμακο που χρησιμοποιείται κατά την τεχνική είναι τα επισημασμένα ερυθρά αιμοσφαίρια με ^{99m}Tc , με μεθόδους *in vivo*, μεικτής *In vivo* ή *In vitro* επισήμανσης.

Σπινθηρογράφημα Συμπαθητικής Νεύρωσης Καρδιάς με MIBG: Το σπινθηρογράφημα με MIBG έχει ένδειξη κυρίως στην πρόγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας και την επιλογή ασθενών για τοποθέτηση εμφυτεύσιμου απινιδωτή, ενώ μελετάται η εφαρμογή του και στην καρδιακή αμυλοείδωση. Δυστυχώς μετά από δεκαετίες κλινικών μελετών, η μέθοδος δεν έχει επιτύχει ευρεία αποδοχή στην καρδιολογία.

Το μέλλον της Πυρηνικής Καρδιολογίας εγγυάται η Υβριδική Απεικόνιση, η οποία με τη βοήθεια των καμερών SPECT/CT και PET/CT και των εξελιγμένων λογισμικών επεξεργασίας, επιτυγχάνει τη συνδυαστική απεικόνιση των ανατομικών βλαβών στα στεφανιαία αγγεία μέσω της CT αγγειογραφίας και του φυσιοπαθολογικού αποτελέσματος μέσω του Σπινθηρογραφήματος Αιμάτωσης Μυοκαρδίου.

Λέξεις κλειδιά: Σπινθηρογράφημα αιμάτωσης, αμυλοείδωση, καρδιακή ανεπάρκεια, υβριδική απεικόνιση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6946644220

E-mail: pstavrou@outlook.com

ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Δημήτριος Ν. Έξαρχος

Επεμβατικός Ακτινολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ. Διαγνωστικής και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Τμήματα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου και Ποζιτρονικής Υπολογιστικής Τομογραφίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η αξονική τομογραφία καρδιάς και η αξονική στεφανιογραφία είναι εξετάσεις ρουτίνας οι οποίες εκτελούνται για να λάβουμε πληροφορίες που αφορούν στην ανατομία και λειτουργικότητα της καρδιάς, την απεικόνιση και αξιολόγηση των στεφανιαίων αρτηριών, των αορτοστεφανιαίων παρακάμψεων, των ενδοαυλικών stent και για τη δυναμική μελέτη, ογκομετρική ή λειτουργική, των καρδιακών κοιλοτήτων.

Νεότερα πρωτόκολλα επιτρέπουν την ελάχιστη δυνατή δόση ακτινοβολίας που λαμβάνει ο εξεταζόμενος και τα δεδομένα είναι σε χιλιοστομετρικό επίπεδο για καλύτερη ανάλυση. Ωστόσο, η κάθε εξέταση πρέπει να σχεδιάζεται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ασθενή και το κλινικό ερώτημα.

Α. Έλεγχος Αποτιτανώσεων

Με λήψεις άνευ ιωδιούχου σκιαγραφικού και ειδικό λογισμικό καταγράφονται και εκτιμούνται οι ενδοαυλικές αποτιτανωμένες - αθηρωματικές πλάκες (πλάκες ασβεστίου). Η κλίμακα Agatston βαθμονομεί τις αποτιτανώσεις και εκτιμά ποιοι εξεταζόμενοι έχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου.

Β. Αξονική Στεφανιογραφία

Αφορά την αξιολόγηση της βατότητας των στεφανιαίων αρτηριών μετά από τη χορήγηση ενδοφλέβιου ιωδιούχου σκιαγραφικού. Το πρωτόκολλο συνιστά σε μεγάλη ροή σκιαγραφικού από φλέβα του αντιβραχίου (4-5mL/sec) με ταυτόχρονη χορήγηση β-αναστολέα ή νιτρώδους ώστε να ελαττωθεί ο καρδιακός ρυθμός και να γίνει αγγειοδιαστολή. Η ταυτόχρονη ΗΚΓ-καταγραφή είναι χρήσιμη διότι επιτρέπει την σύγχρονη λήψη εικόνων με τον καρδιακό ρυθμό ή αναδρομική μελέτη των εικόνων βάσει του καρδιακού ρυθμού, (ECG-gating or triggering)

Οι ενδείξεις της μεθόδου είναι οι εξής:

1. Μελέτη συγγενών ανωμαλιών των στεφανιαίων αρτηριών
2. Σε συμπτωματικούς ασθενείς με χαμηλή πιθανότητα

στεφανιαίας νόσου όταν:

- Φυσιολογικό ή μη-διαγνωστικό ΗΚΓ
- Φυσιολογικούς ή παθολογικούς καρδιακούς δείκτες (biomarkers)
- Πιθανότητα μέσου βαθμού σε συμπτωματικούς ασθενείς χωρίς γνωστό καρδιακό νόσημα σε μη-οξεία φάση
- Χαμηλή πιθανότητα σε συμπτωματικούς ασθενείς χωρίς γνωστό καρδιακό πρόβλημα σε μη-οξεία φάση
- Για έλεγχο βατότητας αορτοστεφανιαίων παρακάμψεων (by-pass grafts)
- Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια χωρίς ιστορικό στεφανιαίας νόσου
- Προ-εγχειρητική εκτίμηση των στεφανιαίων αρτηριών σε μη-καρδιακές επεμβάσεις σε ασθενείς με ισχυρή υποψία καρδιακής νόσου
- Αναντιστοιχία μεταξύ ΗΚΓ και απεικονιστικών ευρημάτων μετά από κόπωση
- Επιδεινούμενα συμπτώματα ή νέα με ιστορικό φυσιολογικού απεικονιστικού ελέγχου κόπωσης.

3. Σε περιπτώσεις οξέος θωρακικού άλγους η μέθοδος δεν συνιστάται, είναι αβέβαιη.

Οι αντενδείξεις της μεθόδου είναι οι εξής:

- α. Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου
- β. Έλεγχος ασυμπτωματικών ασθενών με χαμηλή-μέση πιθανότητα στεφανιαίας νόσου
- γ. Αξιολόγηση βατότητας ενδοαυλικών ναρθήκων <3χιλ.
- δ. Εκτίμηση ασυμπτωματικών ασθενών με ιστορικό αορτοστεφανιαίας παράκαμψης <5 έτη και μετά από τοποθέτηση νάρθηκα <2 έτη.

Λεξεις Κλειδιά: Αξονική καρδιάς, στεφανιογραφία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6949723107

E-mail: jimexarhos@yahoo.com

PET-CT

Φοίβη Ροντογιάννη

Πυρηνικός Ιατρός, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Παρά το γεγονός ότι -ήδη από τη δεκαετία του 1980- οι πρώτες ενδείξεις της ^{18}F FDG PET αφορούσαν στη μελέτη του καρδιακού μεταβολισμού και πιο συγκεκριμένα της βιωσιμότητας του μυοκαρδίου, στη συνέχεια η μέθοδος βρήκε ευρεία εφαρμογή στη μελέτη των κακοήθων όγκων που εξακολουθούν να αποτελούν και την κύρια ένδειξη της. Η συνεχώς αυξανόμενη ωστόσο, διαθεσιμότητα της μεθόδου σε συνδυασμό με τη βελτίωση των τεχνικών χαρακτηριστικών των μηχανημάτων και των λογισμικών επεξεργασίας έχει στρέψει εκ νέου το ενδιαφέρον προς τις καρδιολογικές εφαρμογές της. Αυτές αφορούν τόσο στη μελέτη της στεφανιαίας νόσου με ραδιοφάρμακα που απεικονίζουν την καρδιακή αιμάτωση, όσο και στη μελέτη φλεγμονών και λοιμώξεων όπως η καρδιακή σαρκοείδωση, η ενδοκαρδίτιδα, οι φλεγμονές και οι λοιμώξεις εμφυτευμένων συσκευών (απινιδωτές, βηματοδότες, μοσχεύματα) αλλά και της βιωσιμότητας του μυοκαρδίου με ραδιοφάρμακα που απεικονίζουν τον καρδιακό μεταβολισμό.

Για τη μελέτη της αιμάτωσης του μυοκαρδίου χρησιμοποιούνται η ^{13}N -αμμωνία ($^{13}\text{NH}_3$), το ^{15}O -ύδωρ (H_2^{15}O) και το ^{82}Rb (ρουβίδιο). Βασικά πλεονεκτήματα της PET έναντι της SPECT είναι η δυνατότητα εκτέλεσης μελετών υψηλής ποιότητας, ευκρίνειας και ακρίβειας σε πολύ συντομότερο χρόνο και χρησιμοποιώντας σημαντικά χαμηλότερες ενεργότητες, επιτυγχάνοντας έτσι χαμηλότερη ακτινοβολήση του ασθενούς. Τα πλεονεκτήματα αυτά προκύπτουν κυρίως από τις φυσικές ιδιότητες των χρησιμοποιούμενων ραδιοφαρμάκων (βραχύς χρόνος ημισείας ζωής- $T_{1/2}$ και υψηλή ενέργεια των εκπεμπομένων φωτονίων: 511 KeV έναντι 70-140 KeV των ραδιοφαρμάκων της SPECT) καθώς και από τα τεχνικά χαρακτηριστικά των PET/CT συστημάτων. Άλλα πλεονεκτήματα είναι η δυνατότητα εκτίμησης της αιματικής ροής στα στεφανιαία αγγεία (Myocardial Blood flow), της στεφανιαίας εφεδρείας (CFR) και της κλασματικής στεφανιαίας εφεδρείας (FFR) μέσω της δυνατότητας εκτέλεσης δυναμικών μελετών και χάρη στο υψηλό κλάσμα πρόσληψης κατά την πρώτη δίοδο των χρησιμοποιούμενων ραδιοφαρμάκων από το μυοκάρδιο σε συνδυασμό

με την σχεδόν γραμμική συσχέτιση τους με τη στεφανιαία ροή, η παράλληλη μέτρηση του κλάσματος εξώθησης της αριστεράς κοιλίας στην κόπωση και την ηρεμία καθώς και η εκτίμηση του φορτίου του ασβεστίου στα στεφανιαία αγγεία (Coronary Artery Calcium Score).

Στη μελέτη της βιωσιμότητας του μυοκαρδίου καθώς και για τη διάγνωση και παρακολούθηση της σαρκοείδωσης και των λοιπών καρδιακών φλεγμονών και όγκων χρησιμοποιείται η ^{18}F -φθοριοδεσοξυγλυκόζη (^{18}F FDG). Η αντίχνευση και η απεικόνιση φλεγμονών και λοιμώξεων απαιτεί ειδική προετοιμασία ούτως ώστε να στραφεί ο καρδιακός μεταβολισμός από τη γλυκόζη προς τα λιπαρά οξέα.

Στη διάγνωση της ενεργού σαρκοείδωσης ο συνδυασμός της με MRI έχει διαγνωστική ακρίβεια σε 80% ενώ χρήσιμη είναι και στην παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Λόγω του συνεχώς αυξανόμενου πληθυσμού των ασθενών που φέρουν εμφυτευμένες καρδιακές συσκευές και προσθετικές βαλβίδες η μέθοδος χρησιμοποιείται με όλο αυξανόμενη συχνότητα και στη διάγνωση της ενδοκαρδίτιδας. Η προσθήκη της μεθόδου στα τροποποιημένα κατά Duke κριτήρια αυξάνει την ευαισθησία έως 97% στη διάγνωση ενδοκαρδίτιδας σε προσθετικές βαλβίδες και λιγότερο στην ενδοκαρδίτιδα των φυσικών βαλβίδων ή των εμφυτευμένων συσκευών. Κύρια μειονέκτημα είναι η χαμηλή ειδικότητα οφειλόμενη σε κακή προετοιμασία, συνυπάρχουσα θρόμβωση και μετεγχειρητική φλεγμονή όταν η επέμβαση είναι σχετικά πρόσφατη.

Τέλος χρήσιμη μπορεί να αποβεί η μέθοδος και στη διαφοροδιάγνωση των καρδιακών όγκων σε συνδυασμό με την MRI.

Λέξεις κλειδιά: PET/CT, cardiac.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974780863

E-mail: phrontog@yahoo.gr

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ I-131 ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΛΗΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗΣ

Μαρινέλλα Τζανέλα

Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η δημοσίευση των τελευταίων κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση του καλώς διαφοροποιημένου καρκίνου του θυρεοειδούς έχει διαμορφώσει νέα δεδομένα στην χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου στη νόσο αυτή. Σύμφωνα λοιπόν με τις οδηγίες αυτές τα νεοπλάσματα με διάμετρο < 4 cm που περιορίζονται στον θυρεοειδή (T1 και T2 N0M0 κατά AJCC/TNM 8th edition) θεωρούνται χαμηλού κινδύνου για υποτροπή. Σημειώνεται ότι επίσης χαμηλό κίνδυνο υποτροπής (<5%) εμφανίζουν και ασθενείς με λιγότερες από 4 εστίες διήθησης σε αγγεία (ελάχιστα διηθητικό θηλώδες ca θυρεοειδούς) καθώς και με λιγότερες από 5 μικροσκοπικές μεταστατικές εστίες σε επιχώριους λεμφαδένες. Κατά συνέπεια οι όγκοι αυτοί αντιμετωπίζονται με χειρουργική αφαίρεση και δεν χρειάζονται επικουρική/συμπληρωματική αντιμετώπιση με ραδιενεργό ιώδιο εκτός από τις περιπτώσεις που εμφανίζουν επιθετικό ιστολογικό υπότυπο του θηλώδους Ca.

Οι επιθετικοί υπότυποι του θηλώδους καρκινώματος που λαμβάνονται υπόψιν για τον προσδιορισμό του κινδύνου υποτροπής στους ασθενείς σταδίου T1 ή T2 είναι:

- Ο από υψηλά κύτταρα (tall cell variant) που συχνά σχετίζεται με ύπαρξη της μετάλλαξης V600E του γονιδίου.
- Ο διάχυτος σκληρυντικός (diffuse sclerosing variant) που χαρακτηρίζεται από ίνωση του στρώματος και εκτεταμένη λεμφοκυτταρική διήθηση.
- Ο hobnail, ο οποίος εμφανίζει συχνά μεταλλάξεις του BRAF V600E.

Ιδιαίτερη μνεία αξίζει στα μη διηθητικά εγκαψωμένα θηλώδη καρκινώματα τα οποία συνήθως είναι 2-4 cm και τα οποία λόγω του πολύ χαμηλού κακοήθους δυναμικού αντιμετωπίζονται σήμερα ως νεοπλάσματα και όχι ως κακοήθειες τόσο σύμφωνα με την ATA (American Thyroid Association) όσο και σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και πλέον χαρακτηρίζονται ως μη διηθητικά θυλακίωδη θυρεοειδικά νεοπλάσματα με θηλώδη πυρηνι-

κή μορφολογία (noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features, NIFTP).

Είναι εξαιρετικής σημασίας ο ασφαλής καθορισμός των ασθενών με χαμηλό κίνδυνο υποτροπής από την χειρουργική ομάδα, το παθολογοανατομικό εργαστήριο και από τον ενδοκρινολόγο.

Για την περαιτέρω παρακολούθηση του χαμηλού κινδύνου υποτροπής ασθενούς ο οποίος δεν έλαβε I-131 έχει μεγάλη σημασία η γνώση ότι η θυρεοσφαιρίνη (μετρημένη μάλιστα χωρίς διακοπή της αγωγής με θυροξίνη) εμφανίζει σταδιακή μείωση σε 2-4 χρόνια μετεγχειρητικά. Επιπλέον, έχειδειχθεί ότι αύξηση των επιπέδων της θυρεοσφαιρίνης (πάντα υπό αγωγή) στην πορεία παρακολούθησης των ασθενών αυτών υποδηλώνει υποτροπή της νόσου, εύρημα που δείχνει ότι η θυρεοσφαιρίνη παραμένει δείκτης παρακολούθησης με εξαιρετική ευαισθησία και ειδικότητα (6, 7). Το υπερηχογράφημα τραχήλου επιβάλλεται σε επίμονη αύξηση της θυρεοσφαιρίνης. Έχει εξαιρετική σημασία να αποφεύγεται υπερεκτίμηση των υπερηχογραφικών ευρημάτων καθώς και το γεγονός ότι η μηδενική θυρεοσφαιρίνη και το αρνητικό υπερηχογράφημα δεν είναι αυτοσκοπός και επιπλέον σταθερή/ελάχιστη νόσος δεν επηρεάζει την νοσηρότητα και βεβαίως την θνητότητα. Αντίθετα, επίμονοι και επίπονοι έλεγχοι για εντοπισμό της εστίας παραγωγής των σταθερά μετρήσιμων επιπέδων θυρεοσφαιρίνης της τάξεως που προαναφέρθηκε, ταλαιπωρούν τους ασθενείς και το Σύστημα Υγείας με συνήθως μηδενικό όφελος.

Λέξεις κλειδιά: Θυρεοσφαιρίνη, θηλώδες Ca, BRAF, ραδιενεργό ιώδιο.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 6944284637

E-mail: mtzanel@med.uoa.gr

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ BARRETT

Αγγελική Χρηστίδου

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

Ο οισοφάγος ή μεταπλασία Barrett είναι βλάβη, που προδίδεται σε δυσπλασία και αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου. Το αδενοκαρκίνωμα διαγιγνώσκεται συνήθως σε προχωρημένο στάδιο, και η πενταετής επιβίωση είναι μικρή, ενώ η χειρουργική θεραπεία αφορά μικρό αριθμό ασθενών, και έχει υψηλή νοσηρότητα. Για τους λόγους αυτούς, παρότι η πιθανότητα εξέλιξης του οισοφάγου Barrett σε καρκίνο είναι μικρή, συνιστάται επιτήρηση των ασθενών, και ενδοσκοπική θεραπεία όταν υπάρχει νεοπλασία (δυσπλασία ή ενδοβλεννογόγιος – T1a καρκίνος).

Η διάγνωση του οισοφάγου Barrett τίθεται με την ενδοσκόπηση, και την ιστολογική εξέταση. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες σημειώθηκαν σημαντικές εξελίξεις στη διάγνωση της νόσου με ενδοσκοπικές (ρινοενδοσκόπηση, κάψουλα), και μη ενδοσκοπικές (cytosponge) μεθόδους. Η ενδοσκόπηση σε ασθενείς με οισοφάγο Barrett πρέπει να είναι ενδελεχής, για την ανεύρεση εστιών δυσπλασίας ή πρώιμου καρκίνου, και να γίνεται με μεγεθυντικά/υψηλής ευκρίνειας ενδοσκόπια, κατά προτίμηση σε συνδυασμό με χρωμοενδοσκόπηση (κλασική ή εικονική με narrow-band imaging), και με λήψη βιοψιών σύμφωνα με το πρωτόκολλο του Seattle. Νέες μέθοδοι για την ανίχνευση, και το χαρακτηρισμό δυσπλαστικών βλαβών είναι η ευρείας έκτασης διεπιθηλιακή δειγματοληψία (wide-area transepithelial sampling with 3D imaging), η απεικόνιση μπλε-φωτός (blue-light imaging), η ογκομετρική laser ενδομικροσκόπηση (volume tricolor endomicroscopy), και η τομογραφία οπτικής συνοχής (optical

coherence tomography).

Ασθενείς με οισοφάγο Barrett χωρίς δυσπλασία δε χρειάζονται ενδοσκοπική θεραπεία, αλλά πρέπει να επιτηρούνται ενδοσκοπικά ανά 3-5 έτη. Ασθενείς με υψηλόβαθμη δυσπλασία, ή ενδοβλεννογονικό καρκίνο, πρέπει να υποβάλλονται σε ενδοσκοπική θεραπεία εξάλειψης του δυσπλαστικού, και του μεταπλαστικού επιθηλίου. Ασθενείς με χαμηλόβαθμη δυσπλασία μπορούν να υποβάλλονται σε ενδοσκοπική θεραπεία, ή εναλλακτικά να επιτηρούνται με ενδοσκόπηση, και βιοψίες ανά 6-12 μήνες. Η σύγχρονη θεραπεία του νεοπλασματικού Barrett περιλαμβάνει την ενδοσκοπική αφαίρεση μακροσκοπικά ορατών βλαβών με βλεννογονική, ή υποβλεννογονία εκτομή, και την καταστροφή του υπόλοιπου μεταπλαστικού/δυσπλαστικού επιθηλίου με ραδιοσυχνότητες (RFA), θερμικές μεθόδους (APC), κρυοθεραπεία, ή φωτοθεραπεία. Η επιτήρηση των ασθενών αυτών πρέπει να συνεχίζεται, και μετά τη θεραπεία για την ανίχνευση υποτροπής της μεταπλασίας, ή της δυσπλασίας.

Λέξεις κλειδιά: Οισοφάγος Barrett, χρωμοενδοσκόπηση, δυσπλασία, ραδιοσυχνότητες, βλεννογονεκτομή.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6944274277

E-mail: achristidou@hotmail.gr

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΧΑΛΑΣΙΑΣ

Αναστάσιος Μανωλάκης

Γαστρεντερολόγος-Επεμβατικός Ενδοσκόπος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Στο φάσμα των μείζονων διαταραχών κινητικότητας του οισοφάγου εξέχουσα θέση κατέχει η αχαλασία, μια νόσος, που χαρακτηρίζεται πρωτίστως από παθολογική χάλαση του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ), αλλά συχνά και επηρεασμένη περισταλτική ικανότητα του «σώματος» του οισοφάγου.

Παρά την ύπαρξη διαφορετικών θεραπειών, π.χ. φαρμακευτικών, ενδοσκοπικών, και χειρουργικών, για την αντιμετώπιση της, η αποτελεσματικότητά τους ως προς τη βελτίωση των συμπτωμάτων των ασθενών, κυρίως της δυσφαγίας με ή χωρίς οπισθοστερνικό άλγος, διαφέρει εξίσου. Τα φτωχότερα αποτελέσματα προκύπτουν από τη χρήση φαρμάκων, ενώ τα βέλτιστα από τη χρήση, είτε χειρουργικών, είτε ενδοσκοπικών παρεμβάσεων.

Οι διαθέσιμες ενδοσκοπικές τεχνικές αντιμετώπισης της αχαλασίας του οισοφάγου είναι: η ενδοσκοπική έγχυση αλαντοτοξίνης (Botox) στον ΚΟΣ, η αεροδιαστολή του ΚΟΣ με χρήση ειδικών μπαλονιών (Pneumatic Dilatation, PD), καθώς, και η από του στόματος ενδοσκοπική μυοτομή του (per-oral endoscopic myotomy, POEM). Τόσο το Botox, όσο και η PD αποτελούν πιο κλασικές μεθόδους αντιμετώπισης, ενώ η POEM αποτελεί το νεότερο τέκνο μιας σειράς παρεμβάσεων, που καλύπτονται με τον όρο «ομπρέλα»: natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES). Από την άλλη, η POEM αποτελεί μια τεχνικά απαιτητική, πλην ελάχιστα επεμβατική, ενδοσκοπική πράξη, που χρησιμοποιεί τον υποβλεννογόνιο χώρο (τον άλλως επονομαζόμενο «τρίτο» χώρο). Αυτό την καθιστά

τον πιο χαρακτηριστικό εκπρόσωπο του νεότερου κλάδου στην επεμβατική ενδοσκόπηση, εκείνον της ενδοσκόπησης στον τρίτο χώρο (third-space endoscopy). Η POEM εμφανίζει αξιοσημείωτη αποτελεσματικότητα, καθώς και διάρκεια αποτελέσματος, υψηλότερη των κλασικών, και εφάμιλλη των πιο χρονοβόρων χειρουργικών τεχνικών, ενώ παράλληλα είναι μια ασφαλής και συνεχώς εξελισσόμενη τεχνική. Ωστόσο, παρά την υψηλή αποτελεσματικότητά της, το «success-story» της POEM μετριάστηκε προ ετών, λόγω της επακόλουθης εμφάνισης γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου (ΓΟΠΝ). Σήμερα, μέσα από την υιοθέτηση νέων αντιπαλινδρομικών παραλλαγών της, η ΓΟΠΝ μετά την POEM φαίνεται ότι μπορεί να προληφθεί. Με τις τελευταίες εξελισσόμενες τεχνικές της, όπως η τροποποιημένη εκλεκτική οπίσθια POEM, και η POEM με ενδοσκοπική θολοπλαστική (POEM+F), καθίσταται πλέον εμφανές ότι, μέσα από τη συνεχή εξέλιξή της, την καθολική αποδοχή της, και τη συνεχή βελτίωσή της, η POEM θα πρωταγωνιστήσει στη θεραπευτική αντιμετώπιση της αχαλασίας του οισοφάγου.

Λέξεις κλειδιά: Αχαλασία οισοφάγου, ενδοσκοπικές θεραπείες, από του στόματος ενδοσκοπική μυοτομή (per-oral endoscopic myotomy).

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ: 6977041123

E-mail: amanwl@yahoo.com

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΨΟΥΛΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Νικόλαος Βιάζης

Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η ενδοσκοπική κάψουλα για τον έλεγχο του λεπτού εντέρου είναι μια απλή, ασφαλής και μη επεμβατική εξέταση, η οποία παράλληλα έχει αποδειχθεί πολύ αξιόπιστη, και καλά ανεκτή για τον ασθενή. Η ανακάλυψη και η κυκλοφορία της το 2000 άλλαξε τα δεδομένα για τη διάγνωση, και αντιμετώπιση πολλών παθήσεων του λεπτού εντέρου, δεδομένου ότι μέχρι τότε δεν υπήρχε άλλος τρόπος απεικόνισης του βλεννογόνου του οργάνου αυτού. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, που εξέδωσε η Ευρωπαϊκή Ενδοσκοπική Εταιρεία η εξέταση με την ενδοσκοπική κάψουλα του λεπτού εντέρου ενδείκνυται για τη διερεύνηση ασθενών με αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (απώλεια αίματος, ή σιδηροπενική αναιμία της οποίας η αιτία δεν έχει διευκρινισθεί μετά από έλεγχο με γαστροσκόπηση, και κολονοσκόπηση), για τη διερεύνηση ασθενών με υποψία, ή διαγνωσμένη νόσο Crohn, προκειμένου να εκτιμηθεί η έκταση, και η βαρύτητα της προσβολής του λεπτού εντέρου από τη νόσο, σε ασθενείς, που λαμβάνουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, σε ασθενείς με κοιλιοκάκη, σε ασθενείς με οικογενή πολυποδίαση, ή άλλα σύνδρομα πολυποδίασης, και τέλος σε ασθενείς με υποψία όγκου λεπτού εντέρου. Όσον αφορά στις επιπλοκές, που σχετίζονται με την ενδοσκοπική κάψουλα, το πιο συχνό πρόβλημα είναι η κατακράτηση της κάψουλας, που συμβαίνει όταν αυτή παραμένει στο λεπτό έντερο για διάστημα μεγαλύτερο των 2 εβδομάδων, σε ασθενείς με νόσο Crohn, ή εντερική απόφραξη. Ένας ακόμα περιορισμός της κάψουλας είναι ότι επί του παρόντος δεν επιτρέπει τη λήψη βιοψιών, ενώ επίσης δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί ακριβώς σε ποιο σημείο της νήστιδας, ή του ειλεού εντοπίζεται η απεικονιζόμενη βλάβη. Τέλος στο 10-15% περίπου των περιπτώσεων η κάψουλα δεν απεικονίζει ολόκληρο το λεπτό έντερο δεδομένου ότι η

ζωή της μπαταρίας της (8-10 ώρες) τελειώνει πριν η κάψουλα φτάσει στο τυφλό. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει η δυνατότητα ελέγχου και του παχέος εντέρου, με μια νέα ενδοσκοπική κάψουλα, η οποία διαθέτει κάμερα και στα δύο άκρα της, ο χρόνος ζωής της μπαταρίας της είναι 10 ώρες, και ενεργοποιείται 2 ώρες μετά την κατάποση της προκειμένου να μπορέσει να δει όλο το παχύ έντερο. Η ενδοσκόπηση με κάψουλα του παχέος εντέρου ενδείκνυται, αυτή τη στιγμή, για ασθενείς στους οποίους δεν ολοκληρώθηκε η κολονοσκόπηση, ή για εκείνους, που δεν μπορούν να υποβληθούν σε κολονοσκόπηση, η οποία παραμένει και η εξέταση εκλογής για τον έλεγχο του παχέος εντέρου. Επίσης, μόλις τον τελευταίο χρόνο κυκλοφόρησε μια νέα κάψουλα παν-ενδοσκόπησης με δυνατότητα απεικόνισης τόσο του λεπτού όσο, και του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα χρήσιμη για ασθενείς με νόσο Crohn. Όσον αφορά στο μέλλον της ενδοσκόπησης με κάψουλα, γίνονται προσπάθειες κατασκευής κάψουλας χωρίς μπαταρία, η οποία θα φορτίζεται με ηλεκτρομαγνητικά κύματα, και θα μπορεί να λαμβάνει τρισδιάστατες εικόνες. Υπάρχουν ακόμα σκέψεις για την ενσωμάτωση της χρωμοενδοσκόπησης στις νέες κάψουλες, ενώ εξακολουθεί η προσπάθεια δημιουργίας κάψουλας με δυνατότητα λήψης βιοψίας.

Λέξεις κλειδιά: Ενδοσκοπική κάψουλα λεπτού εντέρου, ενδοσκοπική κάψουλα παχέος εντέρου, αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας, νόσος Crohn.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977617000

E-mail: nikos.viazis@gmail.com

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ευάγγελος Βουδούκης

Γαστρεντερολόγος, Επικουρικός Ιατρός, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτέλεσε για το 2020 τον τέταρτο (4^ο) συχνότερα διαγνωσμένο καρκίνο στις ΗΠΑ. Ο ορθοκολικός καρκίνος συνηθέστερα αναπτύσσεται σε έδαφος καλοηθών δυσπλαστικών πολύποδων του παχέος εντέρου, και γι' αυτό η αφαίρεση τους θεωρείται ότι προλαμβάνει την ανάπτυξη καρκίνου. Οι πολυποειδείς βλάβες του παχέος εντέρου διαχωρίζονται σε δυο κατηγορίες, τους επιθηλιακούς πολύποδες, και τα υποεπιθηλιακά μορφώματα. Οι επιθηλιακοί πολύποδες διαιρούνται στους νεοπλασματικούς (ΝΕΠ), και στους μη νεοπλασματικούς (ΜΝΕΠ), με ή χωρίς δυνατότητα εξέλιξης σε κακοήθεια, αντίστοιχα. Οι ΝΕΠ χωρίζονται ιστολογικά, είτε σε αδενωμάτωδεις (σωληνώδη, σωληνολαχνωτά, λαχνωτά αδενώματα), είτε σε οδοντωτά αδενώματα (traditional serrated adenoma, και sessile serrated adenoma). Στους ΜΝΕΠ ανήκουν οι υπερπλαστικοί, οι νεανικοί, οι αμαρτωματώδεις, οι φλεγμονώδεις, και κάποιοι πολύποδες κληρονομικών συνδρόμων πολυποδιάσεως. Τα συχνότερα υποεπιθηλιακά μορφώματα, που απαντώνται στο παχύ έντερο είναι το λίπωμα, οι νευροενδοκρινείς όγκοι, το λειομύωμα, το GIST, το νευρίνωμα/σβάνωμα, και οι κυστικές υποεπιθηλιακές αλλοιώσεις, όπως το λεμφαγγείωμα, και το pneumatosis intestinalis, κάποια εκ των οποίων εμφανίζουν σε διαφορετικό βαθμό συχνότητας τη δυνατότητα εξέλιξης σε κακοήθεια.

Η πολυπεκτομή διενεργείται συνήθως με τη χρήση βρόχων πολυπεκτομής, με ή χωρίς τη χρήση διαθερμίας (hot-cold-snare polypectomy), και με ή χωρίς τη χρήση υποβλεννογονίου διαλύματος ανύψωσης της βάσης

του πολύποδα. Πρόσθετα μπορεί να χρησιμοποιηθούν εργαλεία, όπως το cap (cap assisted polypectomy), οι δακτύλιοι (band ligation polypectomy), οι λαβίδες (grasp and snare polypectomy). Όταν ο πολύποδας αφαιρείται σε ένα κομμάτι, η πολυπεκτομή ονομάζεται en bloc, ενώ σε ΝΕΠ μεγαλύτερου μεγέθους (συνήθως > 1 εκ.), η αφαίρεση γίνεται τμηματικά (piecemeal endoscopic mucosal resection-EMR). Σε ειδικές περιπτώσεις, που απαιτείται η en bloc πολυπεκτομή, τότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια πιο σύνθετη ενδοσκοπική μέθοδος, που ονομάζεται endoscopic submucosal dissection (ESD), και η οποία περιλαμβάνει την αφαίρεση ενός σημαντικού τμήματος του υποβλεννογονίου χιτώνα χρησιμοποιώντας ειδικά ενδοσκοπικά μαχαίριδια. Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί μια νέα συσκευή με την οποία επιτυγχάνουμε την ολικού πάχους εκτομή του σημείου του παχέος εντέρου, που εντοπίζεται η βλάβη (full thickness resection device-FTRD). Νεότερες ενδοσκοπικές συσκευές, που χρησιμοποιούν εργαλεία όπως το Endorotor Endoscopic Resection System είναι ακόμη σε πειραματικό στάδιο, και μένει μέσα από τις κλινικές μελέτες να αποδείξουν την κλινική τους αξία.

Λέξεις κλειδιά: Πολύποδες, υποεπιθηλιακά μορφώματα, πολυπεκτομή.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6974065119

E-mail: v.voudoukis@hotmail.com

Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΛΟΓΟΥ

Βασίλειος Α. Σεβαστιανός

Παθολόγος - Ηπατολόγος, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος του Γ' Παθολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Όπως είναι γνωστό το ήπαρ συμμετέχει στο μεταβολισμό των λιποπρωτεϊνών και των λιπιδίων. Η λίπωση (στεατώση) 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 παράλληλη παρουσία φλεγμονής σε ιστολογικό επίπεδο επιβεβαιώνει 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 κρυσταλλική 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, τη συχνότερη αιτία αύξησης των αμινοτρασφερασών που παρατηρείται σε αιμοδότες.

Η παθογένεια της νόσου συσχετίζεται με την αντίσταση στην ινσουλίνη και το οξειδωτικό stress (με βάση γενετικούς παράγοντες που θα επηρεάσουν το εύρος του). Οι ασθενείς με ΜΑΛΝΗ/ΜΑΣΗ είναι παχύσαρκοι στο 70-100%, εμφανίζουν ΣΔ-2 στο 35-75% και στο 20-80% δυσλιπιδαιμία. Μπορεί δε να ανιχνευθεί και σε λεπτόσωμα άτομα, με αντίσταση στην ινσουλίνη. Η ΜΑΛΝΗ/ΜΑΣΗ, μέσω της

διαταραχής του μεταβολισμού των υδατανθράκων και των λιπιδίων, θεωρείται ως η ηπατική συνιστώσα/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 κλινική 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 πιогλιταζόνη) είναι τα πλέον ελκυστικά. Επίσης, σε κλινικές μελέτες μελετώνται αντιοξειδωτικές ουσίες (βιταμίνη Ε, προβουχόλη) και τα αναφερόμενα ως «ηπατοπροστατευτικά» (αρκτο-δεοξυχολικό οξύ) φάρμακα.

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

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6973795493

E-mail: vsevastianos@gmail.com

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΥ - ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΥ

Κωνσταντίνος Μανωλόπουλος

Ενδοκρινολόγος-Διαβητολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης του Ενδοκρινολογικού Τμήματος - Διαβητολογικού Κέντρου, Κέντρου Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) χαρακτηρίζεται από την υπερβολική συσσώρευση ηπατικού λίπους, που σχετίζεται με την ινσουλινοαντίσταση και ορίζεται από την παρουσία στεάτωσης σε > 5% των ηπατοκυττάρων σε ιστολογική ανάλυση. Η NAFLD είναι η πιο κοινή διαταραχή του ήπατος στις δυτικές χώρες, επηρεάζοντας το 17-46% των ενηλίκων και περιλαμβάνει δύο παθολογικά διακριτές φάσεις: τη μη αλκοολική ηπατική λιπώδη διήθηση (non-alcoholic fatty liver, NAFL) και τη μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα (non-alcoholic steatohepatitis, NASH). Η ηπατική λιπώδης διήθηση είναι αναστρέψιμη με κατάλληλη θεραπεία, ενώ η στεατοηπατίτιδα είναι μια χρόνια προοδευτική νόσος που περιλαμβάνει την ίνωση, την κίρρωση και το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Η NAFLD συνδέεται στενά με την ινσουλινοαντίσταση όχι μόνο στο ήπαρ, αλλά και στους μυϊκούς και λιπώδεις ιστούς, καθώς και με το Μεταβολικό Σύνδρομο. Καθώς όλοι οι παράγοντες του Μεταβολικού Συνδρόμου συσχετίζονται με τη λιπώδη διήθηση του ήπατος, ανεξάρτητα από τον Δείκτη Μάζας Σώματος του ασθενή, η παρουσία Μεταβολικού Συνδρόμου σε κάθε ασθενή θα πρέπει να οδηγήσει σε αξιολόγηση του κινδύνου για NAFLD και αντιστρόφως, η παρουσία NAFLD θα πρέπει να οδηγήσει σε αξιολόγηση όλων των παραγόντων του Μεταβολικού Συνδρόμου. Ως αποτέλεσμα, ο ρόλος του ενδοκρινολόγου - διαβητολόγου είναι καθοριστικής και κομβικής σημασίας, καθώς είναι συχνά ο πρώτος επαγγελματίας υγείας που θα παραπέμψει έναν ασθενή με υποψία NAFLD στο κατάλληλο διαγνω-

στικό μονοπάτι. Δεδομένου ότι η απώλεια βάρους και η επιθετική θεραπεία των μεταβολικών παθήσεων αποτελεί βασική θεραπευτική προσέγγιση για τη NAFLD, ο ρόλος του ενδοκρινολόγου - διαβητολόγου επεκτείνεται και στη θεραπεία της NAFLD. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα της εντατικοποιημένης θεραπείας της παχυσαρκίας αλλά και ειδικότερα της χρήσης GLP-1 ανάλογων που έχουν δείξει θετική επίδραση στη μείωση της λιπώδους διήθησης του ήπατος. Επίσης, ο ενδοκρινολόγος - διαβητολόγος αξιολογεί και εντάσσει τον ασθενή σε θεραπευτικά πρωτόκολλα σε σχέση με το σακχαρώδη διαβήτη, την υπερλιπιδαιμία και τους άλλους παράγοντες κινδύνου του Μεταβολικού Συνδρόμου και κατευθύνει τη μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών με NAFLD, με έγκαιρη εντατικοποίηση της θεραπείας και παραπομπή για περαιτέρω παρακολούθηση και θεραπεία, όταν υπάρχει υποψία προόδου της νόσου. Η στενή συνεργασία του ενδοκρινολόγου - διαβητολόγου με ηπατολόγους, καρδιολόγους, χειρουργούς, διατροφολόγους και ψυχολόγους μέσω της διεπιστημονικής ομάδας διαχείρισης διασφαλίζει τη βέλτιστη ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς με NAFLD.

Λέξεις κλειδιά: Μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος, NAFLD, Μεταβολικό Σύνδρομο, Παχυσαρκία.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 6977809508

E-mail: km@endokrinologia.gr

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ

Παντελής Γουνόπουλος

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD) είναι η πιο συχνή ηπατική πάθηση στις χώρες του δυτικού κόσμου και επηρεάζει το 25% περίπου των ενηλίκων. Η NAFLD συχνά συσχετίζεται με άλλες μεταβολικές συννοσηρότητες όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η δυσλιπιδαιμία και γενικά θεωρείται ως η εκδήλωση του μεταβολικού συνδρόμου στο ήπαρ. Εκτός από την αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα που σχετίζονται με το ήπαρ, η NAFLD συσχετίζεται με υποκλινική και κλινική καρδιαγγειακή νόσο και με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο ανεξάρτητα από τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου. Οι ασθενείς με NAFLD ακόμα και στα αρχικά στάδια της νόσου είναι σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν υπέρταση, στεφανιαία νόσο, καρδιομυοπάθειες και καρδιακές αρρυθμίες, που οδηγούν σε αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Η πορεία της NAFLD ποικίλει και η πλειοψηφία των αρρώστων δεν θα εξελιχθεί σε τελικού σταδίου ηπατοπάθεια. Παρόλα αυτά όμως οι ασθενείς με προχωρημένα στάδια της νόσου όπως μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα (NASH) και προχωρημένη ίνωση καθώς και οι ασθενείς με NAFLD και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II βρίσκονται σε υψηλότερο ρίσκο για καρδιαγγειακά συμβάματα. Παθοφυσιολογικά η NAFLD χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή, αυξημένο οξειδωτικό stress, υπερπηκτικότητα και ενδοθηλιακή δυσλειτουργία

που συνολικά δρουν και επάγουν την αθηροσκλήρωση και την καρδιαγγειακή νοσηρότητα. Καθώς δεν υπάρχει κάποια ειδική φαρμακευτική θεραπεία για τη NAFLD, η βελτιστοποίηση στη διαχείριση των μεταβολικών παραγόντων κινδύνου είναι ουσιώδης για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Μη φαρμακευτικά μέτρα αντιμετώπισης αποτελούν η απώλεια βάρους, η άσκηση και τα διαιτητικά μέτρα, ενώ ιδιαίτερο ρόλο φαίνεται να παίζουν ο ύπνος και η ανταπόκριση στο stress. Φαρμακευτικά μέτρα θα μπορούσαν να θεωρηθούν η αγωγή με GLP-1 ανάλογα, μετφορμίνη και SGLT2 αναστολείς σε παρουσία διαβήτη, οι στατίνες στην υπερλιπιδαιμία και οι ACE-I στην υπέρταση ενώ τελούν υπό δοκιμή σε πολλές μελέτες νεώτεροι και παλιοί παράγοντες. Μεγαλύτερη προσοχή τέλος θα πρέπει να δοθεί σε προγράμματα εκπαίδευσης νέων.

Λέξεις κλειδιά: Μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD), καρδιαγγειακή νόσος, μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα (NASH), μεταβολικό σύνδρομο.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ.: 2132041468

E-mail: gounopoulos@yahoo.gr

ΒΡΑΒΕΥΘΕΙΣΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΑΡΙΣΤΕΙΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ

ACUTE POSTOPERATIVE CHANGES IN BODY COMPOSITION AND MUSCLE FUNCTION AMONG PATIENTS WITH PANCREATIC CANCER UNDERGOING PANCREATODUODENECTOMY

D. Karayiannis¹, Z. Bouloubasi¹, A. Almperti¹, M. Toilou¹, P. Katralis², G. Stylianidis²

¹Department of Clinical Nutrition, ²2nd Department of Surgery, Evangelismos General Hospital, Athens, Greece

Aim: To observe changes in the nutritional status of patients during the acute postoperative days following pancreaticoduodenectomy and to evaluate their influence on postoperative complications.

Methods: Nutritional status was assessed in 72 patients on the preoperative day before surgery and postoperative days (PD) 3 and 8, included measurements of body composition by bioimpedance impedance analysis, biochemical values and muscle function by maximum handgrip strength (HGS). The presence of postoperative complications was collected over 30 post operative days. Changes at PD were calculated for all variables. Non-parametric statistics were used and results are given as median (25th – 75th quartiles).

Results: Significant changes occurred on PD 3 in body weight +2.3 (0.8-3.6) kg, total body water +2.8 (1.1- 5.9) l, extracellular water +2.5 (1.2-3.7) l, intracellular water +1.1 (-0.4-1.9) l, phase angle -1.0 (-1.2 to -0.7)°, C-reactive protein +58.0 (36.0-100.8) mg/l, serum albumin -12 (-16.5 to -10.0) g/l, and HGS -4.8 (-7.3 to -3.0) kg. Higher but no significant changes were observed at PD 3 in patients with

postoperative complications (n=28) compared to those without (n=44). The hospital stay was longer in patients with complications (12.5 days, p=0.005).

Conclusion: Changes in body composition, biochemical values and muscle function were observed during the first 8 PDs. Changes at PD 3 did not influence significantly the outcomes, but trends in body fluids and phase angle were found among patients with postoperative complications.

Key words: Pancreatic cancer, pancreaticoduodenectomy, nutrition, muscle mass.

Correspondence:

Dimitrios Karayiannis, MSc, PhD

Department of Clinical Nutrition, Evangelismos General Hospital of Athens, 45-47 Ipsilantou street, 10676, Athens, Greece

Tel.: +30-213-2045035

E-mail: jimkar_d@yahoo.com

ACUTE KIDNEY INJURY IN PATIENTS WITH COVID-19 INFECTION: THE EXPERIENCE OF OUR CENTER

C. Skondra¹, D. Kozikopoulou¹, T. Oikonomaki¹, M. Giannopoulou¹, G. Tsouka¹,
E. Magira², E. Siempos², S. Kokkoris², S. Zakynthinos², C. Christodoulidou¹

¹Department of Nephrology, «Antonios G. Mpilis», ²Department of Intensive Care Medicine, Evangelismos General Hospital, Athens, Greece

The emersion of the new coronavirus SARS COV 2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) was rapidly characterized as a pandemic by WHO. The major manifestation of the virus is respiratory distress; however, the involvement of other organs should not be overlooked. The kidney is one of the most important target organs of the specific virus with AKI described in 5-36% of COVID positive patients and an average 25% within the severely ill.

Purpose: The purpose of this study was to consider AKI as an outcome of COVID-19 and its correlation with risk factors.

Methods: Patients admitted to Evagellismos General Hospital with confirmed COVID-19 infection from 11th March until 22th May were investigated. Patients 18 years old as well as transplanted patients were excluded from this study. AKI was defined according to the AKI criteria.

Results: A number of 99 patients with COVID-19 infection were included (66.7% men) with an average age

63.57±15.3 years old, 44 of them admitted in the ICU (79.5 % men, mean age 65.6±10.2 y.o.). AKI has been noticed in 41 patients (41.4%), with 31.3% in severely ill ICU patients (31 patients). Renal replacement therapy was required in 16 patients (16.2% of COVID-19). A statistically significant correlation between AKI and age, hyperlipidemia, diabetes mellitus and the clinical severity (septic shock, respiratory failure) has been established.

Key words: COVID 19, Acute Kidney Injury, renal replacement therapy.

Correspondence:

Dr. Christina-Danai Skondra
Department of Nephrology, Evangelismos General Hospital,
45-47 Ipsilantou street, 10676, Athens, Greece
Mob.: 6974426545
e-mail: christinadsc@hotmail.com

OPEN LOBECTOMIES AND CARDIAC BIOMARKERS

A. Panagiotou¹, A. Tsaroucha², A. Chalkias³, S. Giannaraki¹, C. Romana¹

¹Department of Anesthesiology, Evangelismos General Hospital of Athens, ²Aretaieion University Hospital of Athens,

³Larissa University Hospital, Greece

Objective: Troponin is a sensitive biomarker for cardiovascular injury. In lobectomies, perioperative analgesia can be performed with either a combination of thoracic epidural anesthesia and general anesthesia or general anesthesia alone. We wish to demonstrate that patients who receive the former tend to have lower levels of troponin.

Method: In this prospective observational study, we included patients who underwent open lobectomy. Cardiovascular markers were recorded postoperatively, in order to correlate the fluctuation of these markers with the application or not of thoracic epidural anesthesia.

Results: Forty-eight (48) patients were enrolled, 15 (31.3%) received a combination of thoracic epidural anesthesia with general anesthesia, while 33 (68.7%) received general anesthesia alone. Patients with epidural anesthesia were found to have significantly lower levels of troponin 12-24 hours after surgery (8.9 ± 4.1 versus 16.8 ± 10.5 , $p < 0.05$), while 48 to 72 hours postoperatively, the troponin values of the two groups did not appear to differ (10.7 ± 6.9 vs.

14.8 ± 8.3 , $p 0.103$). Age, sex and body mass index were not found to be significantly associated with the fluctuation of troponin values in this setting.

Conclusion: Patients who undergo open lobectomy receiving a combination of general and thoracic epidural anesthesia appear to maintain lower troponin levels in the immediate postoperative period than patients receiving general anesthesia alone.

Key words: Combined thoracic epidural anesthesia, thoracotomy, troponin, lobectomy.

Correspondence:

Panagiotou Anna, MD, MSc,
Department of Anesthesiology, Evangelismos General
Hospital of Athens, Greece
Mob.: 6944859630
E-mail: annapanagiotoumd@hotmail.com

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

e-POSTERS

ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΛΟΓΩ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΜΑΝΔΥΑ

Ν.-Ε. Λουτσίδη, Ν. Ελ Γκότμι, Ε.-Κ. Δημητράκη, Α. Ρουμελιώτη, Κ. Σακελλαρίου, Μ. Μπακίρη, Μ. Παγώνη, Μ. Μπουζάνη, Σ. Δελημπαση, Θ. Καρμίρης

Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Γ. Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η μεταβολική οξέωση οφείλεται στη συσσώρευση οποιουδήποτε οξέος εκτός του ανθρακικού οξέος και σε αυτήν υπάρχει μια πρωταρχική μείωση στο πλάσμα. Η γαλακτική οξέωση (LA) παρατηρείται συνήθως σε καταστάσεις όπως σοκ και σήψη. Είναι μία ιατρική επείγουσα κατάσταση, η οποία πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα. Αρχικά πρέπει να προσδιοριστεί εάν η οξέωση οφείλεται σε κατακράτηση H^+Cl^- ή σε άλλο οξύ. Αυτό επιτυγχάνεται με τον υπολογισμό του χάσματος ανιόντων. Ο τύπος A LA είναι πιο συνηθισμένος από τον τύπο B και στις περισσότερες περιπτώσεις αντικατοπτρίζει ιστική υποξία. Παρουσιάζουμε περίπτωση άνδρα 76 ετών, Καυκάσιου ασθενούς, με υποτροπή λεμφώματος Μανδύα (MCL), 13 χρόνια μετά από την αρχική χημειοθεραπεία, ο οποίος προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με σοβαρή γαλακτική οξέωση. Η παθογένεση της γαλακτικής οξέωσης που προκαλείται από κακοήθεια δεν είναι καλά κατανοητή. Η γαλακτική οξέωση είναι ένα κακό προγνωστικό σημάδι σε ασθενείς με λέμφωμα/λευχαιμία. Η άμεση διάγνωση και θεραπεία της υποκείμενης κακοήθειας παραμένει ο μόνος τρόπος για να επιτευχθεί πλήρης εξάλειψη της γαλακτικής οξέωσης.

Υλικό-Μέθοδος: Άντρας 76 ετών, με ατομικό αναμνηστικό MCL, σταδίου ΙΑ, χαμηλού κινδύνου, διαγνωσθέν το 2007, προσήλθε στο ΤΕΠ αναφέροντας αδυναμία, 13 χρόνια μετά από την αρχική χημειοθεραπεία. Κατά την αρχική διάγνωσή του, ο ασθενής έλαβε 6 κύκλους R/CHOP και πέτυχε πλήρη ύφεση. Στο ΤΕΠ κατά τη φυσική εξέταση παρατηρήθηκαν τα εξής: Καχεξία, ψηλαφητοί τραχηλικοί και βουβωνικοί λεμφαδένες και μάζα στον αριστερό οφθαλμικό κόγχο. Από τα εργαστηριακά ευρήματα προέκυψαν τα παρακάτω: Ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία (Hb: 6,5gr/dl), νεφρική βλάβη (Cr=3,1 mg/dl). Τα αέρια αρτηριακού αίματος ανέδειξαν σοβαρή μεταβολική οξέωση

με αυξημένο χάσμα ανιόντων και αυξημένο γαλακτικό οξύ: $pH=7.24$, $pCO_2=30$, $pO_2=100$, $sO_2=98\%$, $Lac=12$, $HCO_3^- =13.6$. Δεν υπήρχαν ενδείξεις ιστικής υποάρδευσης ή σήψης για να εξηγηθεί η μεταβολική οξέωση. Υπεβλήθη σε μια συνεδρία αιμοκάθαρσης και παρατηρήθηκε ήπια βελτίωση της γαλακτικής οξέωσης. Ο ασθενής λάμβανε από του στόματος διττανθρακική σόδα, αντιβιοτικά ευρέου φάσματος, αν και δεν εντοπίστηκε εστία λοίμωξης. Το επίχρισμα περιφερικού αίματος δεν αποκάλυψε βλαστικά ή λεμφωματικά κύτταρα. Η αξονική τομογραφία (CT) της κοιλιάς αποκάλυψε οιδηματώδεις νεφρούς και μικρούς (<10 mm) υπογαστρικούς, παρααορτικούς λεμφαδένες (LMNs). Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου, σπλαγχνικού κρανίου, τραχήλου και θώρακα αποκάλυψε μάζα στην αριστερή κόγχη καθώς και τραχηλικούς LMNs > 1 cm. Τονίζουμε πως παρατηρήθηκε εμμένουσα γαλακτική οξέωση τις επόμενες ημέρες νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Στο πλαίσιο της διερεύνησης, πραγματοποιήθηκε βιοψία τραχηλικού λεμφαδένα και βιοψία της μάζας στον αριστερό οφθαλμικό κόγχο, οι οποίες ανέδειξαν πλήρης διήθηση κλασικού λεμφώματος μανδύα στα πλαίσια υποτροπής της αρχικής νόσου. Ο ασθενής αρνήθηκε να υποβληθεί σε βιοψία μυελού των οστών και βιοψία σπληνός. Έλαβε 6 κύκλους Rituximab/ Bendamustine και πέτυχε άμεση υποχώρηση της γαλακτικής οξέωσης καθώς και πλήρη ύφεση.

Συμπεράσματα: Ο τύπος B LA είναι πολύ σπάνιος στους αιματολογικούς καρκίνους. Συνδέεται με υψηλό φορτίο κακοήθειας καθώς και με κακή πρόγνωση. Η περίπτωση αποκαλύπτει ένα παράδειγμα γαλακτικής οξέωσης λόγω υποτροπιάζοντος MCL και τονίζει ότι η άμεση έναρξη του κατάλληλου χημειοθεραπευτικού σχήματος μπορεί να οδηγήσει σε υποχώρηση της γαλακτικής οξέωσης σε ορισμένους ασθενείς.

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥ ΜΥΕΛΩΜΑΤΟΣ (ΠΜ) ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

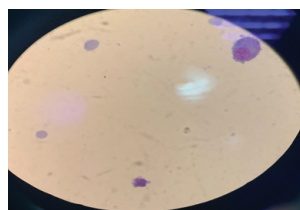
Ν.-Ε. Λουτσίδη, Ν. Ελ Γκότμι, Ζ. Αραπίδου, Π. Κοσμάς, Μ. Παγώνη, Μ. Μπουζάνη, Θ. Καρμίρης, Σ. Δελήμπαση

Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

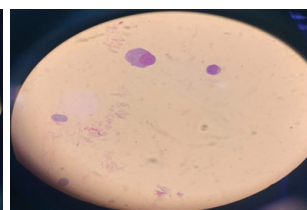
Σκοπός: Η προσβολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) σε ασθενείς με ΠΜ είναι εξαιρετικά σπάνια και σχετίζεται με πολύ κακή πρόγνωση. Έως και 5% των ασθενών με ΠΜ, εμφανίζουν εξωμυελική νόσο, που προκύπτει από επινέμεση των γειτονικών ιστών του οστικού φλοιού ή με αιματογενή διασπορά. Το ΠΜ με συμμετοχή του ΚΝΣ αποτελεί σπάνια μορφή εξωμυελικής νόσου (EMD). Χαρακτηριστικό της είναι η ανεύρεση διήθησης από πλασματοκύτταρα στο ΚΝΣ, τις μήνιγγες ή το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ). Η διάγνωση της προσβολής του ΚΝΣ αποτελεί πρόκληση και είναι δύσκολη, καθώς εκδηλώνεται με νευρολογικά συμπτώματα, που μπορεί να ερμηνευθούν ως τυπικές εκδηλώσεις του μυελώματος ή παρενέργειες της θεραπείας. Παρουσιάζουμε την περίπτωση Καυκάσιου άνδρα ασθενούς, 60 ετών, με διεγνωσθέν ΠΜ το 2017 και δεύτερη υποτροπή της νόσου στο ΚΝΣ.

Υλικό-Μέθοδος: Άνδρας 60 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, διαγνώσθηκε τον 10/2017 με ΠΜ, σταδίου Ι κατά ISS. Αντιμετωπίστηκε με το σχήμα VCD (Velcade, Cyclophosphamide, Dexamethasone) και πέτυχε πλήρη αιματολογική ύφεση. Υποτροπίασε 1 χρόνο αργότερα με πλασματοκυττώματα στη ΘΜΣΣ (EMD). Αρνήθηκε να υποβληθεί σε Αυτόλογη Μεταμόσχευση Αρχέγονων Αιμοποιητικών Κυττάρων και έλαβε 17 κύκλους KRD (Kyprolis, Revlimid, Dexamethasone). Ο ασθενής μπήκε σε ύφεση, με υποχώρηση των πλασματοκυττωμάτων, τέθηκε σε θεραπεία συντήρησης με λεναλιδομίδη (Revlimid) από τον 7/2020 και τακτική παρακολούθηση στο Εξωτερικό Ιατρείο. Τον Οκτώβριο του 2020 παρουσίασε αιμωδίες αριστερού άνω και κάτω άκρου, αστάθεια βάδισης και ουροκυστικές διαταραχές. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική εγκεφάλου ήταν φυσιολογικός. Η MRI ΟΜΣΣ ανέδειξε οζόμορφες παχύνσεις των ινών της ιππουρίδας. Στη διαφορική διάγνωση, εκτός των άλλων, υπήρχε και η λεπτομηνιγγική διήθηση από ΠΜ. Ο εργαστηριακός έλεγχος με γενική αίματος και βιοχημικό ήταν φυσιολογικός. Αξίζει να σημειωθούν η απουσία μονοκλωνικής παραπρωτεΐνης από την ανοσοκαθήλωση πρωτεϊνών ορού καθώς και η απουσία διήθησης του μυελού από πλασματοκύτταρα. Πραγματοποιήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση (ΟΝΠ). Η μελέτη του ΕΝΥ με κυτταρομετρία ροής δεν ανίχνευσε

κροσκόπηση κυτταροφυγοκεντρημάτων ΕΝΥ (Εικόνα 1,2).



Εικόνα 1.



Εικόνα 2.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με συνδυασμό ενδορραχιαίων εγχύσεων χημειοθεραπείας (μεθοτρεξάτη, αρασιτίνη, δεξαμεθαζόνη), 2 φορές εβδομαδιαίως έως μη ανίχνευσης πλασματοκυττάρων και συστηματικής χορήγησης Daratumumab ανά 15 ημέρες. Παρουσίασε θεαματική βελτίωση των συμπτωμάτων, με πλήρη ύφεση της νευρολογικής σημειολογίας.

Συμπεράσματα: Η υποτροπή του ΠΜ στο ΚΝΣ, αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τον κλινικό ιατρό. Η βέλτιστη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΚΝΣ-ΠΜ δεν είναι γνωστή. Η τρέχουσα προσέγγιση περιλαμβάνει τη χορήγηση συστηματικής θεραπείας, ενδορραχιαίων εγχύσεων, ακτινοθεραπείας, συχνά σε συνδυασμό, πρακτική που ακολουθείται για την αντιμετώπιση της προσβολής του ΚΝΣ στα λεμφοϋπερπλαστικά νοσήματα. Οι κλινικές εκδηλώσεις παρουσιάζουν ποικιλία και ετερογένεια, μοιάζουν με άλλες κοινές νευρολογικές παθήσεις ή παρενέργειες σχετιζόμενες με τη χημειοθεραπεία, καθιστώντας τη διαφορική διάγνωση δύσκολη. Η gold-standard μέθοδος για την ανίχνευση του ΚΝΣ-ΠΜ είναι η MRI, αν και η ευαισθησία της είναι χαμηλότερη για τις αιματολογικές κακοήθειες (20-37%) συγκριτικά με τους συμπαγείς όγκους (85%). Απαιτείται αξιολόγηση του ΕΝΥ με μικροσκόπηση, κυτταρομετρία ροής, προσδιορισμό μονοκλωνικής πρωτεΐνης και ελαφρών αλυσίδων, ταυτόχρονα με ιστοπαθολογική επιβεβαίωση, όποτε αυτό είναι δυνατό. Ακόμη και στην εποχή των νέων θεραπειών, η πρόγνωση του ΚΝΣ-ΠΜ παραμένει δυσμενής, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για μελέτη της διεξόδου στο ΚΝΣ των υπάρχοντων φαρμάκων, αλλά και την ανάπτυξη νέων με επαρκή διεξόδυση στο ΚΝΣ. Η καλύτερη κατανόηση της βιολογίας του νοσήματος θα μπορούσε να βοηθήσει στην αναγνώριση high risk ασθενών που μπορεί να ωφεληθούν από τη χορήγηση θεραπείας προφύλαξης.

ΟΤΑΝ ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ Η ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΘΟΔΗΓΕΙ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ - ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΜΛ

Ν. Λουτσίδα, Ι. Τσώνης, Μ. Γαροφαλάκη, Ε. Τζιότζιου, Χ. Γιατρά, Ι. Δαρμάνη, Α. Σουραβλά, Ν. Χαρχαλάκης, Θ. Καρμύρης, Μ. Παγώνη

Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η εισαγωγή των αναστολέων τυροσινικής κινάσης (TKIs) στην αντιμετώπιση της Χρόνιας Μυελογενούς Λευχαιμίας (ΧΜΛ), άλλαξε δραματικά την έκβαση των ασθενών. Η πλειοψηφία των ασθενών έχει φυσιολογικό προσδόκιμο επιβίωσης και οι αιτίες θανάτου σχετίζονται με τις συννοσηρότητες, μάλλον, παρά με το νόσημα. Σήμερα, υπάρχουν 4 εγκεκριμένοι TKIs για τη θεραπεία πρώτης γραμμής. Για τη θεραπευτική απόφαση λαμβάνονται υπόψη το προφίλ της νόσου και οι συννοσηρότητες του ασθενούς, καθώς και η αποτελεσματικότητα και οι τοξικότητες του φαρμάκου. Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με ΧΜΛ, η οποία παρουσίασε ασυνήθως σοβαρές τοξικότητες σε όλους τους TKIs, που έλαβε διαδοχικά, ενώ πέτυχε σταθερή βαθιά μοριακή ανταπόκριση.

Παρουσίαση της περίπτωσης: Γυναίκα ηλικίας 52 προσήλθε τον 12/2012, λόγω καταβολής, κεφαλαλγίας και μυϊκών κραμπών. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται ΑΥ. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση (WBCs: 68.800, τύπος: Π=62, Λ=8, Μ=1, Βασ=5, Ραβ=5, Μεταμυελο=8, Μυελο=10, Προμυελο=1) και αναιμία (Hb: 9.5 g/dl). Με την ολοκλήρωση της διερεύνησης τέθηκε η διάγνωση ΧΜΛ, Sokal score χαμηλού και Hasford ενδιάμεσου κινδύνου. Η ασθενής, έλαβε imatinib 400 mg/ημέρα. Πέντε ημέρες αργότερα παρουσίασε πυρετό (>38°C) με ρίγος και μυαλγίες. Έγινε ενδελεχής έλεγχος, ο οποίος απέβη αρνητικός. Ο πυρετός υποχώρησε μετά τη διακοπή του imatinib. Μια εβδομάδα αργότερα επαναχορηγήθηκε το imatinib. Μια εβδομάδα αργότερα, η ασθενής εμφάνισε πυρετό με ρίγος, καταβολή και έντονες μυαλγίες και αρθραλγίες, που δεν υποχωρούσαν με τη λήψη παρακεταμόλης. Έγινε έλεγχος του εμπυρέτου, ο οποίος ήταν αρνητικός, ενώ η ασθενής απυρέτησε με τη διακοπή του imatinib. Κατόπιν αυτών, έλαβε τον αναστολέα 2ης γενιάς dasatinib 100mg/ημέρα, χωρίς σοβαρή τοξικότητα και πέτυχε πλήρη κυτταρογενετική και

μείζονα μοριακή ανταπόκριση (MMR). Μετά από 18 μήνες, παρουσίασε εξιδρωματική πλευριτική συλλογή δεξιά, ως σοβαρή επιπλοκή του dasatinib. Αντιμετωπίστηκε με διουρητικά, κορτικοστεροειδή και αναστολή της θεραπείας και επανέναρξη σε μικρότερη δόση. Λόγω επανεμφάνισης πλευριτικών συλλογών απαιτήθηκε διακοπή του dasatinib και χορήγηση nilotinib 600mg/ημέρα. Μια εβδομάδα μετά, ως σοβαρή επιπλοκή της θεραπείας, εμφάνισε οξεία παγκρεατίτιδα, που οδήγησε σε διακοπή του φαρμάκου. Εν συνεχεία χορηγήθηκε bosutinib 500mg/ημέρα. Αρχικά, παρουσίασε διαρροϊκό σύνδρομο, που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς. Η ασθενής παρέμεινε σε MR4.0. Ένα χρόνο μετά τέθηκε η διάγνωση πνευμονικής υπέρτασης και απαιτήθηκε διακοπή του bosutinib. Σημειώνεται ότι η ασθενής δε διέθετε συμβατό δότη στην οικογένεια. Παρέμεινε χωρίς θεραπεία για 10 μήνες, οπότε διαπιστώθηκε απώλεια της MMR. Δεδομένου ότι δεν υπήρχε άλλη θεραπευτική επιλογή χορηγήθηκε εκ νέου imatinib με σταδιακή αύξηση δόσης, χωρίς κανένα πρόβλημα. Επετεύχθη εκ νέου MR4.0. Η ασθενής 8 έτη μετά τη διάγνωση είναι καλά και διατηρεί τη βαθιά μοριακή ανταπόκριση.

Σχόλια: Η ΧΜΛ είναι ένα νόσημα για το οποίο υπάρχουν πολλές θεραπευτικές επιλογές και πλέον δυνατότητα διακοπής της θεραπείας για σημαντικό ποσοστό των ασθενών. Παρότι οι TKIs γενικά έχουν καλό προφίλ ασφαλείας, χρειάζεται στενή παρακολούθηση των ασθενών, έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών. Η δυσανεξία, αν και σε μικρό ποσοστό ασθενών, επιβάλλει αναστολή ή διακοπή της θεραπείας που μπορεί να έχει δυσμενείς συνέπειες στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στις περιπτώσεις αυτές ο θεραπευτικός σχεδιασμός καθίσταται περίπλοκος και απαιτείται λεπτομερής αξιολόγηση όλων των δεδομένων, προσεκτικοί χειρισμοί και συνεργασία με τον ασθενή.

ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΤΟΥ ΤΙΤΛΟΥ ΤΩΝ IgG ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ SARS-CoV-2 ΣΕ ΟΡΙΖΟΝΤΑ ΕΞΑΜΗΝΟΥ

Χ. Γιατρά¹, Μ. Δέτσικα², Α. Μεντής³, Ε. Jahaj², Σ. Σαριδάκης⁴, Σ. Λαμπροπούλου³, Τ. Μπραγκατούνη⁵, Β. Παππά⁶, Ε. Τέρπος⁵, Γ. Παυλάκης⁷, Μ-Α. Δημόπουλος⁵, Α. Κοτανίδου², Μ. Παγώνη¹

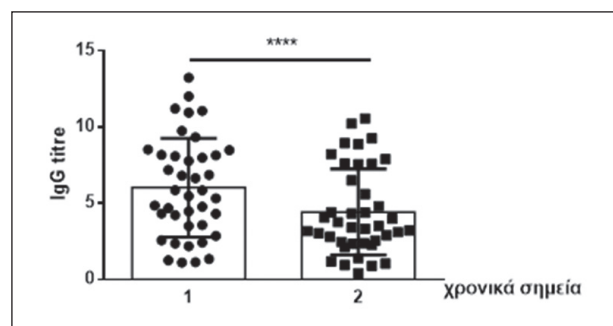
¹ Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, ² Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ³ Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ, Αθήνα, ⁴ Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁵ Θεραπευτική κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», ⁶ Αιματολογικό Τμήμα, Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», ⁷ Human Retrovirus Section, Vaccine Branch Center for Cancer Research, National Cancer Institute, USA

Σκοπός: Καθώς ο ιός SARS-CoV-2 εξαπλώνεται, η λοίμωξη COVID-19 έχει αναδειχθεί σε μείζονα υγειονομική και κοινωνικοοικονομική κρίση. Ο ρόλος της επίτευξης ανοσίας σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού, είτε με παθητική είτε με ενεργητική ανοσοποίηση, έχει κατά κόρον συζητηθεί ως ένας τρόπος εξόδου από την πανδημία. Ωστόσο το κατά πόσο η ενεργητική ανοσία της COVID-19 έχει αξιολογηθεί διάρκεια και είναι ικανή να αποτρέψει μελλοντικές λοιμώξεις, αποτελεί ακόμη αντικείμενο μελέτης και τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας παραμένουν αμφιλεγόμενα.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 36 ασθενείς με COVID-19, οι οποίοι είχαν εμφανίσει ήπια συμπτωματολογία ή είχαν νοσηλευθεί εκτός Μονάδος Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και 4 ασυμπτωματικοί φορείς του ιού. Όλοι είχαν θετική PCR για SARS-CoV-2. Συλλέχθηκαν δείγματα αίματος και πραγματοποιήθηκε μέτρηση επιπέδων αντισωμάτων IgG με μέθοδο ELISA (Euroimmun MLAG, Lubeck, Germany) η οποία ελέγχει αντισώματα έναντι της S1 πρωτεΐνης του ιού, σε συγκεκριμένα χρονικά σημεία μετά την εμφάνιση της νόσου ή μετά την ημερομηνία της πρώτης θετικής PCR.

Αποτελέσματα: Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν τα 50 έτη (εύρος 20-69). Οι ασθενείς δεν παρουσίαζαν μείζονες συννοσηρότητες. Ο διάμεσος χρόνος της πρώτης μέτρησης του τίτλου των αντισωμάτων από την εμφάνιση των συμπτωμάτων ή την ημερομηνία της θετικής PCR για τους ασυμπτωματικούς ήταν 68 μέρες και της δεύτερης μέτρησης 196 μέρες. Η μέση τιμή των επιπέδων των IgG αντισωμάτων κατά την πρώτη μέτρηση ήταν $6,013 \pm 3,242$, δηλαδή μεγαλύτερη κατά 5,4 φορές σε σχέση με το κατώτατο όριο. Στο δεύτερο χρονικό σημείο η μέση τιμή του τίτλου των IgG αντισωμάτων ήταν $4,422 \pm 2,821$. Η διαφορά στη μέση τιμή των δυο μετρήσεων είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0.0001$). Παρόλο που τα επίπεδα των αντισωμάτων IgG μειώθηκαν στο δεύτερο χρονικό σημείο,

στην πλειονότητα των ασθενών παρέμειναν αυξημένα κατά 4,02 φορές σε σχέση με το cut-off της μεθόδου. Συγκεκριμένα, μόνο τέσσερις ασθενείς (10%) εμφάνισαν μη ανιχνεύσιμα επίπεδα IgG αντισωμάτων ενώ οι υπόλοιποι (90%) είχαν ανιχνεύσιμα IgG.



Εικόνα 1.

Συμπεράσματα-Συζήτηση: Από τη μελέτη μας φάνηκε ότι στους ασθενείς με ήπια συμπτωματολογία, στους ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν εκτός ΜΕΘ και στους ασυμπτωματικούς φορείς τα επίπεδα των IgG αντισωμάτων έναντι της S1 πρωτεΐνης του ιού παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική μείωση, αλλά παραμένουν ανιχνεύσιμα στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, μετά από περίπου έξι μήνες. Το κατά πόσο αυτό ισχύει και για τα εξουδετερωτικά αντισώματα, δεν είναι ακόμη γνωστό. Επιπλέον, παραμένει ακόμη υπό διερεύνηση το εάν τα αντισώματα αυτά παρέχουν αναμνηστική ανοσία σε περίπτωση επαναμόλυνσης. Είναι γεγονός πάντως ότι οι αναφορές για επανάνοσηση είναι ως τώρα πολύ περιορισμένες. Σε κάθε περίπτωση τα αποτελέσματα είναι προκαταρκτικά και απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός ασθενών και πιθανώς και παρέλευση μεγαλύτερου χρονικού διαστήματος παρακολούθησης για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΥΠΕΡΑΜΜΩΝΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ

A. Ρουμελιώτη¹, Ε.Κ. Δημητράκη¹, Ν.Ε. Λουτσιδής¹, Ν. Ελ Γκότημ¹, Μ. Μπουζάνη¹, Μ. Δελλατόλα¹, Β. Μαρκάκη², Η. Σιέμπος², Θ. Καρμίρης¹, Σ. Δελήμπαση¹

¹Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, ²Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Το πολλαπλό μυέλωμα (ΠΜ) είναι δηλαδή μια πλασματοκυτταρική κακοήθεια και συνήθως παρουσιάζεται με λυτικές οστικές βλάβες, υπερασβεστιαίμια, αναιμία, νεφρική ανεπάρκεια και σπάνια εξωμυελικές εκδηλώσεις. Χαρακτηρίζεται από διήθηση μυελού των οστών από πλασματοκύτταρα και συσσώρευση μονοκλωνικής πρωτεΐνης στον ορό και στα ούρα. Επιπλοκές του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) εμφανίζονται στο 1% όλων των ασθενών με ΠΜ. Εικόνα εγκεφαλοπάθειας σε ασθενή με ΠΜ οφείλεται σε πλασματοκυτταρική διήθηση του κεντρικού νευρικού, δευτερογενώς σε υπερασβεστιαίμια, υπεργλοιοίτητα ή ουραιμία. Η υπεραμμωνιαιμία είναι μια σπάνια αναφερόμενη αιτία εγκεφαλοπάθειας σε ασθενείς με ΠΜ. Η υπεραμμωνιαιμία βρίσκεται συνήθως σε χρόνιες ηπατικές ασθένειες, όπως η ηπατίτιδα Β, η έκθεση σε ηπατοτοξίνες, η κίρρωση με πυλαιο-συστηματική παράκαμψη και η οξεία φλεγμονώδη ηπατική ανεπάρκεια. Επιπλέον, η υπεραμμωνιαιμία που προκαλείται από φάρμακα μπορεί να εμφανιστεί με υπερδοσολογία βαλπροϊκού οξέος και οφείλεται σε ανεπάρκεια καρνιτίνης. Η σοβαρή αφυδάτωση και η βακτηριακή υπερανάπτυξη του λεπτού εντέρου μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε επίκτητη υπεραμμωνιαιμία. Έχει επίσης περιγραφεί σε αιματολογικές κακοήθειες όπως οξεία λευχαιμία και μετά από μεταμόσχευση μυελού των οστών. Αναφέρουμε μια σπάνια περίπτωση εγκεφαλοπάθειας από υπεραμμωνιαιμία σε έναν 72χρονο άνδρα ελληνικής καταγωγής με ανθεκτικό/υποτροπιάζον IgG κ ΠΜ.

Υλικό και Μέθοδος: Έλληνας άνδρας 72 ετών με ανθεκτικό/υποτροπιάζον IgG κ ΠΜ και performance status κατά ECOG 0-1, παρουσιάζει επεισόδιο σύγχυσης με εμπύρετο και κολλική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση και νοσηλεύεται σε επείγουσα βάση μία εβδομάδα μετά την έναρξη τρίτης γραμμής θεραπείας με Daratumumab. Κατά την άφιξη στο νοσοκομείο τα ζωτικά σημεία του ήταν τα εξής: Αρτηριακή πίεση 170/100 mm Hg, καρδιακός ρυθμός 100/min, θερμοκρασία 37°C και κορεσμός οξυγόνου 96%. Προεξάρχον σύμπτωμα ήταν η νευρολογική σημειολογία με σοβαρή διαταραχή της συνείδησης, αποπροσανατολισμό, σύγχυση και διαταραχή στην εκτέλεση εντολών. Δυσοκαμψία στον αυχένα ή σημάδια μηνιγγισμού δεν υπήρχαν. Οι εργαστηριακές εξετάσεις ανέδειξαν αναιμία, θρομβοπε-

νία, χαμηλό επίπεδο ασβεστίου, φυσιολογική νεφρική και ηπατική λειτουργία. Η μέτρηση της ανοσοσφαιρίνης έδειξε αύξηση της IgG (60% κύτταρα πλάσματος στο μυελό των οστών, IgG 5120 mg/dl, αναλογία κ/λ 46,1). Η μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου και η οσφυονωτιαία παρακέντηση δεν ήταν παθολογικά (δεν υπήρχε διήθηση από τη νόσο, δεν υπήρχε εικόνα αιμορραγίας ή ισχαιμίας). Έγινε έναρξη ενυδάτωσης και εμπειρικής αντιμικροβιακής θεραπείας με Meropenem, Vancomycin και Zovirax. Οι καλλιέργειες αίματος παρέμειναν στείρες, CMV-PCR και του EBV-PCR ήταν αρνητικά. Ωστόσο ο ασθενής παρουσίαζε ραγδαία επιδείνωση με κλίμακα Γλασκώβης 5/15 και χρειάστηκε να διασωληνωθεί.

Σε περαιτέρω διερεύνηση όπου εστιάσαμε σε μεταβολικά αίτια για διερεύνηση της εγκεφαλοπάθειας, στάλθηκαν επίπεδα αμμωνίας, όπου ανευρέθηκαν εξαιρετικά αυξημένα (127 umol/L). Έτσι η εικόνα εγκεφαλοπάθειας αποδόθηκε στην υπεραμμωνιαιμία που προκλήθηκε από εξελισσόμενη νόσο παρόλο την έναρξη θεραπείας με daratumumab. Παρά την κλασσική θεραπεία της υπεραμμωνιαιμίας με λακτουλόζη και ριφαξιμίνη, ο ασθενής, που πλέον ήταν διασωληνωμένος δεν αφυπνιζόταν και το επίπεδο αμμωνίας παρέμεινε πολύ υψηλό (103 umol/L). Υποβλήθηκε σε τέταρτης γραμμής θεραπεία με carfilzomib 56 mg/m², ημέρα D1, 8, 15 και dexamethason. Το επίπεδο της αμμωνίας μειώθηκε σημαντικά (23,2 umol/L). Παράλληλα ανταποκρίθηκε το νόσημα καθώς μειώθηκε η τιμή της IgG (1980 mg/dl). Μετά τη δεύτερη δόση carfilzomib (D8), ο ασθενής αποσωληνώθηκε.

Συμπέρασμα: Η υπεραμμωνιαιμία στο ΠΜ είναι μια σπάνια μεταβολική διαταραχή. Μετά από ανασκόπηση στη βιβλιογραφία υπάρχουν λίγες περιπτώσεις ασθενών με ΠΜ που αναζητήθηκαν τα επίπεδα αμμωνίας σε μια ανεξήγητη εγκεφαλοπάθεια και τελικά βρέθηκαν αυξημένα. Έγιναν προσπάθειες να εξηγηθεί αυτό το φαινόμενο και σε μελέτη μετά από καλλιέργεια πλάσματος ασθενών με αυτή την εκδήλωση του ΠΜ συμπεραίνουμε ότι μετά από άγνωστο μεταβολισμό αμινοξέων σε συγκεκριμένα μυελωματικά κύτταρα (για παράδειγμα ΚΗΜ-4), προκύπτει η αύξηση των επιπέδων της αμμωνίας. Τελικά μόνο η χημειοθεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου θα μείωση τα επίπεδα αμμωνίας στο αίμα.

ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Β. Μπαμπαλή¹, Μ. Μπουζάνη¹, Δ. Οικονομοπούλου¹, Χ. Γιατρά¹, Γ. Κανέλλης²,
Δ. Ροντογιάννη³, Θ. Καρμίρης¹, Μ. Μπακίρη¹**

¹Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, ²Αιμοπαθολογοανατομικό Τμήμα,

³Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Το Πρωτοπαθές Λέμφωμα του Μαστού είναι ένας τύπος εξωλεμφαδενικού λεμφώματος που προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες και διηθεί το μαστό με ή χωρίς τους σύστοιχους λεμφαδένες. Πρόκειται για ένα σπάνιο νόσημα που αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 2% των εξωλεμφαδενικών λεμφωμάτων και θεωρείται υψηλού κινδύνου για υποτροπή στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ). Λόγω της σπανιότητας και της ετερογένειας των ιστοπαθολογικών του εκδηλώσεων δεν υπάρχουν συγκεκριμένες συστάσεις για τη θεραπεία του. Συγκεντρώσαμε δεδομένα από 11 διαδοχικούς ασθενείς που διαγνώστηκαν στο τμήμα μας με Πρωτοπαθές Λέμφωμα του Μαστού από το 2009 ως το 2020 και παρουσιάζουμε εδώ την εμπειρία του κέντρου μας αναφορικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την έκβαση αυτού του σπάνιου εξωλεμφαδενικού λεμφώματος.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς ήταν γυναίκες με διάμεση ηλικία τα 58 έτη (εύρος 31-78) και χαμηλό σκορ International Prognostic Index (IPI). Σε όλες τις περιπτώσεις το Πρωτοπαθές Λέμφωμα του Μαστού ήταν μονόπλευρο με παρόμοια κατανομή στις δύο πλευρές. Σε δύο ασθενείς υπήρχε συμμετοχή ενός τοπικού λεμφαδένα (Στάδιο IIE κατά Ann Arbor). Καμία ασθενής δεν παρουσιάστηκε με Β συμπτωματολογία στη διάγνωση. Στο 63% των περιπτώσεων η γαλακτική δεϋδρογενάση (LDH) ήταν φυσιολογική. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίαζε το γεγονός ότι η β2-μικροσφαιρίνη (β2μ) ήταν αυξημένη σε 7 από τις 11 ασθενείς. Οκτώ ασθενείς είχαν επιθετικό Μη-Hodgkin Λέμφωμα. Απ' αυτές οι 6 είχαν Διάχυτο Λέμφωμα από Μεγάλα Β Κύτταρα (DLBCL) και οι 2 είχαν Σχετιζόμενο με Εμφυτεύματα Αναπλαστικό Λέμφωμα από Μεγάλα Κύτταρα. Οι υπόλοιπες 3 ασθενείς είχαν χαμηλής κακοήθειας μη -Hodgkin λέμφωμα της οριακής ζώνης (MALT). Όλες οι ασθενείς με επιθετικό λέμφωμα υπεβλήθησαν σε οσφυονωτιαία παρακέντηση για αξιολόγηση της συμμετοχής του ΚΝΣ και ήταν όλες αρνητικές για διήθηση του ΚΝΣ. Δύο ασθενείς υπέστησαν αφαίρεση ενθέματος και αντικατάστασή του και 6 άλλες ογκεκτομή. Όλες οι ασθενείς με επιθετικά λεμφώματα έλαβαν χημειοθεραπευτικά σχήματα βασισμένα στο CHOP και rituximab για τα DLBCL.

Δύο ασθενείς με χαμηλής κακοήθειας λέμφωμα ετέθησαν σε παρακολούθηση μετά την ογκεκτομή χωρίς περαιτέρω θεραπεία και μία ασθενής με MALT έλαβε 4 κύκλους Rituximab χωρίς να κάνει χειρουργείο. Όλες οι ασθενείς με επιθετικό λέμφωμα έλαβαν θεραπεία για προφύλαξη ΚΝΣ. Καμία δεν υπεβλήθη σε ακτινοθεραπεία. Όλες οι ασθενείς πέτυχαν πλήρη ύφεση. Μία μόνο ασθενής με MALT που είχε αντιμετωπιστεί μόνο με χειρουργείο υποτροπίασε 15 μήνες αργότερα και πέτυχε δεύτερη πλήρη ύφεση μετά από έφοδο 4 κύκλων Rituximab και συντήρηση με Rituximab για 2 έτη. Μετά από διάμεση παρακολούθηση 54.7 μηνών (εύρος 2 - 131), όλοι οι ασθενείς είναι εν ζωή. Η διάμεση επιβίωση ελεύθερη νόσου (disease-free survival (DFS)) για το ίδιο διάστημα παρακολούθησης είναι 48.3 μήνες (εύρος 2 - 131).

Συμπέρασμα: Το Πρωτοπαθές Λέμφωμα του Μαστού εφόσον υποβληθεί σε συνδυασμένη θεραπεία (χειρουργείο και ανοσοχημειοθεραπεία) παρουσιάζει πολύ καλή έκβαση. Η β2-μικροσφαιρίνη θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης της δραστηριότητας της νόσου.

Βιβλιογραφία:

1. Vitolo U, Seymour JF, Martelli M et al. Extranodal diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) and primary mediastinal B-cell lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2016 Sep;27:v91-102.
2. Franco Pérez F, Lavernia J, Aguiar-Bujanda D et al. Primary Breast Lymphoma: Analysis of 55 Cases of the Spanish Lymphoma Oncology Group. Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2017 Mar;17(3):186-91.
3. Luo H, Yi P, Wang W et al. Clinicopathological Features, Treatment, and Prognosis in Primary Diffuse Large B Cell Lymphoma of the Breast: A Retrospective Study of 46 Patients. Med Sci Monit. 2019 Nov 17;25:8671-82.
4. Orlandi A, Sanchez AM, Calegari MA et al. Diagnosis and management of breast lymphoma: a single-institution retrospective analysis. Transl Cancer Res. 2018 Apr;7(53):S272-80.
5. Jia Y, Sun C, Liu Z et al. Primary breast diffuse large B-cell lymphoma: a population-based study from 1975 to 2014. Oncotarget. 2018 Jan 9;9(3):3956-67.

ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΧΙΜΑΙΡΙΣΜΟΥ ΜΕΤΑ ΑΛΛΟΓΕΝΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ: ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΛΟΓΩ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΕΤΕΡΟΖΥΓΩΤΙΑΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗΣ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ

Ε. Γρίσπου, Ε. Τζιότζιου, Ε. Νικολού, Ι. Μπαλταδάκης, Σ. Γιγάντες, Δ. Καρακάσης, Μ. Γαροφαλάκη, Θ. Καρμίρης

Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας, Αιματολογική - Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

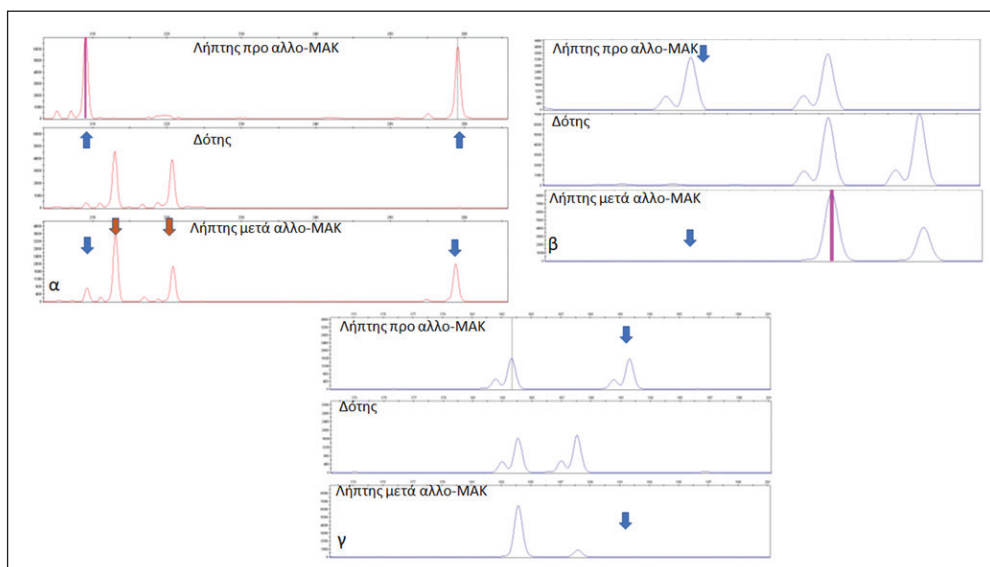
Εισαγωγή: Η αλλογενής μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων (αλλο-ΜΑΚ) δημιουργεί χιμαιρική κατάσταση στον λήπτη. Η εκτίμηση του ποσοστού της χίμαιρας επιτυγχάνεται με τη μελέτη των έντονα πολυμορφικών περιοχών (Short Tandem Repeats, STRs). Γεγονότα όπως η μικροδορυφορική αστάθεια (Microsatellite Instability, MSI), η απώλεια ετεροζυγωτίας (Loss of Heterozygosity, LOH) και ποικίλες μικροελλείψεις δυσχεραίνουν την ορθότητα του αποτελέσματος.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η αντιπροσωπευτική παρουσίαση περιπτώσεων μελέτης χιμαιρισμού, στις οποίες παρατηρήθηκαν μεταβολές στο προφίλ των STRs που μελετήθηκαν, δυσχεραίνοντας τον υπολογισμό του.

Μέθοδοι: Χρησιμοποιείται μέθοδος ενίσχυσης με PCR περιοχών STRs με εκκινητές για 11 αυτοσωμικές θέσεις (SE33, vWA, THO1, D11S554, F13A1, D12S391, D9S1118, FES, D7S1517, D17S1290, MYCL1), καθώς και για το γονίδιο της αμελογενίνης για το διαχωρισμό του φύλου. Τα προϊόντα της PCR αναλύονται με τριχοειδική ηλεκτροφόρηση

στο ABI3130. Το ποσοστό του χιμαιρισμού υπολογίζεται με τον καθορισμό της επί τις εκατό συμμετοχής του αλληλομόρφου του λήπτη στο ολικό εμβαδόν της κατανομής του φθορισμού του αλληλομόρφου του δότη που διαφέρει από αυτό του λήπτη.

Αποτελέσματα: Περίπτωση 1: Ασθενής 57 ετών με Β-ΧΛΛ μεταμοσχεύθηκε από ιστοσυμβατό αδελφό το 2016. Οι θέσεις F13A1, THO1 και D11S554 χρησιμοποιήθηκαν στην παρακολούθηση του χιμαιρισμού. Το 2020 διαγνώστηκε με σύνδρομο Richter. Σε δείγμα μυελού στην D11S554 παρατηρήθηκε μείωση στο ύψος της κορυφής 209bp του λήπτη σε σχέση με την 259bp και αύξηση της 213bp σε σχέση με την 221bp του δότη, πιθανά λόγω MSI, κατά την οποία σε νεοπλασματικούς κλώνους προστίθεται ή αφαιρείται μια επανάληψη-κορμού. Εδώ προστέθηκε μία επανάληψη(4bp) στο αλλήλιο 209bp του λήπτη και ταυτίστηκε με το αλλήλιο 213bp του δότη. (εικ. α) Στον υπολογισμό χρησιμοποιήθηκαν τα αλλήλια που δεν επηρεάστηκαν.



Περίπτωση 2: Ασθενείς 62 και 54 ετών με ΟΜΛ και ΜΔΣ αντίστοιχα, υποβλήθηκαν σε απλοταυτόσημη μεταμόσχευση το 2017. Τον Ιούλιο και Αύγουστο του 2019 αντίστοιχα υποτροπίασαν, στον έλεγχο του χιμαιρισμού παρατηρήθηκε ασυμφωνία μεταξύ των τριών τόπων που ελέγχονταν. Συγκεκριμένα με τον F13A1 το ποσοστό του δότη υπολογίζονταν και στους δύο, πολύ υψηλότερο απ' ότι με τους άλλους. Παρατηρήθηκε ότι ένα αλληλίο του λήπτη είχε χαθεί (177bp και 192bp αντίστοιχα) και αυτό αποδίδεται σε LOH. (εικ. β,γ) Αξίζει να αναφερθεί ότι ο F13A1 εδράζεται στο χρωμόσωμα 6 δίπλα στα γονίδια

του ΜΗC. Στην 1η περίπτωση ο τόπος απορρίφθηκε, στη 2η χρησιμοποιήθηκε με τροποποίηση του υπολογισμού.

Συμπεράσματα: Κυτταρογενετικές ανωμαλίες όπως οι αναφερόμενες, δυσχεραίνουν τη μελέτη του χιμαιρισμού και μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένα συμπεράσματα. Συμβαίνουν σπάνια κατά τις υποτροπές και μπορεί να επηρεάσουν το αποτέλεσμα του χιμαιρισμού, αν δεν αναγνωρισθούν.

Χρειάζεται υψηλός δείκτης υποψίας ώστε να γίνει αλλαγή στον τρόπο υπολογισμού του χιμαιρισμού ανάλογα με την περίπτωση.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ HLA ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Χ. Γιατρά¹, Β. Κίτσιου², Μ. Δέτσικα³, Θ. Αθανασιάδης², Ε. Jahaj³, Δ. Κουνιάκη², Ι. Δημοπούλου³, Σ. Ορφανός^{3,4}, Α. Τάραση², Μ. Παγώνη¹, Α. Τσιρογιάννη², Α. Κοτανίδου¹

¹Αιματολογική – Λεμφωμάτων Κλινική και Μονάδα Μ.Μ.Ο., ²Τμήμα Ανοσολογίας και Ιστοσυμβατότητας, ³Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁴Β' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Εισαγωγή: Η λοίμωξη COVID-19, η οποία προκαλείται από τον ιό SARS-CoV-2 είναι μια από τις πιο απειλητικές πανδημίες της ανθρωπότητας. Το φάσμα της νόσου είναι ευρύ, από την ασυμπτωματική φορεία έως τη βαρύτατη νόσο, που συχνά απαιτεί διασωλήνωση και εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Μολονότι η ηλικία, το φύλο και τα συνυπάρχοντα νοσήματα είναι γνωστό ότι συμβάλλουν, άγνωστος παραμένει ο ρόλος γενετικών παραγόντων στην εξέλιξη της νόσου. Μεταξύ των γενετικών παραγόντων, σημαντικά είναι τα HLA (Human Leukocyte Antigens) αντιγόνα, τα οποία καθορίζουν την ειδική ανοσιακή απάντηση του ξενιστή μέσω της παρουσίασης ιικών αντιγόνων στα Τ κύτταρα (και επομένως καθορίζουν προδιάθεση ή προστασία από τη νόσο). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συσχέτιση των HLA αντιγόνων με τη βαρύτητα της COVID-19 σε Έλληνες ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν α) 95 Έλληνες ασθενείς, 39 γυναίκες και 56 άνδρες, με COVID-19, οι οποίοι διαχωρίστηκαν σε 3 ομάδες με: ήπια νόσο (N=57), σοβαρή νόσο που χρειάστηκαν νοσηλεία (N=16) και βαρεία νόσο, που εισήχθησαν στη ΜΕΘ και οι περισσότεροι διασωληνώθηκαν (N=22) και β) 316 υγιείς Έλληνες ως μάρτυρες. Σε ασθενείς και μάρτυρες έγινε τυποποίηση των HLA τάξης I (-A*, -B*, -C*) και II (-DRB1*, -DQB1*, DPB1*) αλληλίων με μοριακές τεχνικές (PCR-SSOP ή/και PCR-SSP). Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό λογισμικό SPSS. Ως κριτήριο συσχέτισης χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Χ² κατά Pearson και οι σχετικοί λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων (Odds Ratio-OR), τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95% Confidence Interval-CI) και το p-value (p) που υπολογίστηκε με τη δοκιμασία Fisher's exact test. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε διόρθωση της τιμής του p (pc) για πολλαπλές δοκιμασίες (Bonferroni correction for multiple testing).

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματά μας παρουσιάζονται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα:

HLA αλληλίο	Μάρτυρες (I) Af%*	Ήπια νόσος (II) Af%*	Σοβαρή νόσος (III) Af%*	Βαριά νόσος (IV) Af%*	
C*04	28,48	17.54	31.25	45.45	IV vs II: p=0.019, OR=3.9, pc=NS
C*06	15.82	7.02	31.25	13.64	III vs II: p=0.020, OR=6.0, pc=NS
DRB1*01	10.76	24.56	31.25	13.64	III vs I: p=0.029, OR=3.8, pc=NS
DRB1*09	0.32	0.0	6.25	9.09	IV vs I: p=0.012, OR=31.5, pc=NS IV+III vs I: p=0.004, OR=27.0, pc=0.044

*εκατοστιαία συχνότητα (Af%)

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αυξημένη συχνότητα του HLA-DRB1*09 αλληλίου στους νοσηλευόμενους ασθενείς, ένα αλληλίο σπάνιο στον υγιή Ελληνικό πληθυσμό και το οποίο δεν ανευρέθηκε στην ομάδα των ασθενών με ήπια νόσο που δεν χρειάστηκαν νοσηλεία. Συγκεκριμένα, στους ασθενείς με βαριά νόσο (IV) παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα του HLA-DRB1*09 σε σχέση με τους μάρτυρες (I) (9,09% vs 0.32%, OR=31.5, CI=2.7-362.3, p=0.012, pc=NS) ενώ στατιστικά σημαντική καταγράφηκε η συχνότητα του HLA-DRB1*09 στο σύνολο των ασθενών με βαριά και σοβαρή νόσο (IV+III) σε σχέση με τους μάρτυρες (I) (7,89% vs 0.32%, OR=27.0, CI=2.7-266.6, p=0.004, pc=0.044). Τέλος, σημειώνεται ότι τα HLA-DRB1*09 αλληλίου βρέθηκαν σε συσχέτιση με το HLA-DQB1*03:03 (-DQ9) αλληλίο.

Συμπεράσματα: Στην COVID-19 λοίμωξη, η HLA τυποποίηση με ανεύρεση συγκεκριμένων HLA αλληλίων πιθανά συμβάλει στον έγκαιρο εντοπισμό ασθενών με υψηλό κίνδυνο σοβαρής νόσου και κατ'έπекταση στην άμεση θεραπευτική παρέμβαση.

ΜΕΛΕΤΗ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΕΙΔΙΚΩΝ ΑΝΤΙΓΟΝΙΚΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΤΙΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΕΣ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

Ε. Κόντου¹, Κ. Αμπελακιώτου¹, Α. Μπλέτσα¹, Ν. Κόκλα², Κ. Σουφλερός¹, Α. Μαλούχου², Σ. Πομώνη¹, Α. Λεμονή¹, Γ. Αναστασιάδης², Α. Τσιρογιάννη¹

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

Εισαγωγή: Οι αυτοάνοσες πομφολυγώδεις δερματοπάθειες (ΑΠΔ) συνιστούν μια ομάδα δερματικών νοσημάτων που προσβάλλουν και τους βλεννογόνους, περιλαμβάνουν δε συχνότερα την κοινή πέμφιγα (ΚΠ) και το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές (ΠΠ). Για την διαγνωστική προσέγγιση αυτών χρησιμοποιείται ο άμεσος ανοσοφθορισμός (DIF), ο έμμεσος ανοσοφθορισμός (IIF) ενώ με ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA) ανιχνεύονται τα αυτοαντισώματα (Abs) έναντι ειδικών αντιγονικών επιτόπων όπως δεσμογλεΐνη 1 (Dsg1), δεσμογλεΐνη 3 (Dsg3), πομφολυγώδες πεμφιγοειδές 180 & 230 (BP180 & BP230), ενβοπλακίνη (EVPL) και κολλαγόνο τύπου VII (COLVII).

Σκοπός: Η αναζήτηση και μελέτη των έναντι Dsg1, Dsg3, BP180/230, EVPL και COLVII Abs με ELISA, η σύγκριση με τον τύπο φθορισμού στον IIF και η συσχέτιση τους με την κλινική εικόνα των ΑΠΔ.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν δείγματα ορού 20 ασθενών (9 γυναίκες/11 άνδρες) που προσήλθαν στο Τμήμα μας τους τελευταίους 8 μήνες, με διάγνωση ΑΠΔ. Ο DIF ανέδειξε σε 15/20 εικόνα ΚΠ και σε 5 ΠΠ. Προσδιορίστηκε ο τίτλος των Abs με IIF (INOVA), σε υπόστρωμα οισοφάγου πιθήκου και παράλληλα μελετήθηκε πάνελ ειδικών Abs με ELISA (EUROIMMUNE).

Αποτελέσματα:

Πίνακας 1. Παρουσία ειδικών Abs σε ασθενείς με ΚΠ και ΠΠ

Διάγνωση	Αριθμός ασθενών	IIF	Ειδικά αυτοαντισώματα				
			Dsg1	Dsg3	Dsg1/Dsg3	BP180	Χωρίς Abs
Πέμφιγα	15	14	3	6	4	1	1
Πεμφιγοειδές	5	3				3	2

Από την κλινική συσχέτιση προέκυψε ότι τρεις ασθενείς με ΚΠ και Dsg1 Abs είχαν μόνο δερματικές βλάβες, 5/6 με Dsg3 είχαν μόνο προσβολή βλεννογόνων, ενώ ένας είχε δερμοβλεννογονία εντόπιση. Δερμοβλεννογονία εντόπιση παρατηρήθηκε και στους 4 ασθενείς με Dsg1/Dsg3.

Σε τρεις ασθενείς με ΠΠ που ανιχνεύθηκαν BP180 Abs, οι δύο εμφάνιζαν μόνο δερματικές βλάβες ενώ ο τρίτος δερμοβλεννογονίες.

Συμπεράσματα: Η μελέτη των ειδικών Abs φαίνεται να συμβάλει στη διαγνωστική προσέγγιση, στην κλινική συσχέτιση και πιθανά στην παρακολούθηση και θεραπεία των ΑΠΔ. Μερικές αποκλίσεις είναι πιθανόν να εξηγούνται από την παρουσία γενετικών διαφοροποιήσεων ή και την ύπαρξη άλλων αντιγόνων στην αιτιοπαθογένεια των ΑΠΔ.

ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΜΥΟΠΑΘΕΙΕΣ

Ε. Κόντου¹, Σ. Πομώνη¹, Μ. Καραμπέτσου², Κ. Σουφλερός¹, Α. Μπλέτσα¹, Κ. Αμπελακιώτου¹, Α. Εμμανουήλ², Α. Λεμονή¹, Χ. Σφοντούρης², Α. Τσιρογιάννη¹

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

Εισαγωγή: Ειδικά (Myositis specific autoantibodies/MSAs) και σχετιζόμενα με μυοσίτιδα (Myositis associated autoantibodies/MAAs) αυτοαντισώματα αποτελούν σημαντικούς βιοδείκτες στη διαγνωστική προσέγγιση της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Μυοπάθειας (ΙΦΜ). Σήμερα η αναζήτηση αντισωμάτων (Abs) έναντι συνθετάσης Jo1 (ιστιδυλ-tRNA) και άλλων συνθετασών ενισχύεται με τον προσδιορισμό Abs έναντι πολλαπλών αντιγονικών στόχων, δίνοντας τη δυνατότητα τόσο στην περαιτέρω διαγνωστική και προγνωστική διερεύνηση όσο και στην κλινική συσχέτιση της νόσου.

Σκοπός: Η μελέτη και αξιολόγηση φάσματος Abs (ειδικών/σχετιζόμενων) έναντι πολλαπλών αντιγονικών επιτόπων, η σύγκριση μεθόδων ανίχνευσης τους καθώς και συσχέτισή τους με τις κλινικές εκδηλώσεις της ΙΦΜ.

Υλικό και Μέθοδοι: Σε 30 προσκομισθέντα δείγματα ορών ασθενών με ΙΦΜ αναζητήθηκαν τα anti-Jo1 Abs με ELISA (INOVA) ενώ με ανοσοαποτύπωση (IB-Euroimmun) τα έναντι άλλων αντιγονικών επιτόπων (anti-Jo1, PL-7, PL12, EJ, OJ, Mi-2, SRP, PM/Scl, Ku, TIF1g, MDA5, NXP2, SAE1 και Ro52).

Αποτελέσματα: Πίνακας 1. Αν και στα 15/30 δείγματα anti-Jo1 Abs ήταν αρνητικά με ELISA και IB, σε 8 από αυτά ανιχνεύθηκε τουλάχιστον ένα αυτοαντίσωμα έναντι άλλων αντιγονικών επιτόπων. Τα θετικά δείγματα Jo1 με ELISA επιβεβαιώθηκαν και με IB στα 13/15 δείγματα, στα 10 από τα οποία παρατηρήθηκε η ταυτόχρονη παρού-

σία και άλλων ειδικών/σχετιζόμενων Abs, με υπεροχή των anti-Ro52. Από την κλινική συσχέτιση φαίνεται ότι η παρουσία των Mi-2 σχετίζεται με δερματομυοσίτιδα, ενώ των PL-7/PL-12/Ku με πολυμυοσίτιδα και πνευμονική προσβολή.

Συμπεράσματα: Η αναζήτηση μόνο των anti-Jo1 Abs στη διερεύνηση της ΙΦΜ φαίνεται να μην καλύπτει όλο το φάσμα των κλινικών μορφών της νόσου. Έτσι, επί έντονης κλινικής υποψίας ο προσδιορισμός Abs έναντι πολλαπλών αντιγονικών επιτόπων με ανοσοαποτύπωση έρχεται να συμβάλει στη διαγνωστική προσπάθεια και πιθανά στη διάκριση των κλινικών εκδηλώσεων της ΙΦΜ.

Πίνακας 1. Φάσμα Abs και συχνότητα ανίχνευσης στην ΙΦΜ.

anti-Jo1 ELISA	anti-Jo1 IB	Ειδικά Abs IB	
anti-Jo1(-) 15/30	anti-Jo1(-) 15/15	PL-7	1/15
		PL-12	1/15
		Mi2	1/15
		Ku	2/15
		Ro	2/15
anti-Jo1(+) 15/30	anti-Jo1(-) 2/15	Ku	1/2
	anti-Jo1(+) 13/15	Μόνο Jo1	3/13
		PM-Scl/Ro52	2/13
		EJ/Ro52	1/13
		Mi-2/SAE1/Ro52	1/13
		TIF1g/Ro52	1/13
		Μόνο Ro52	5/13

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΣΠΑΝΙΟ ΠΑΘΟΓΟΝΟ

Δ. Γαζή, Μ. Νέпка, Ε. Μπελεσιώτου, Ε. Περιβολιώτη, Ζ. Ψαρουδάκη,
Π. Ανδρικογιαννόπουλος, Γ. Οικονομίδης, Α. Ζουριδάκη, Ε. Παπαδοπούλου,
Π. Καραγεώργου, Κ. Χάρου, Α. Αργυροπούλου

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η μηνιγγίτιδα που προκαλείται από τον *Streptococcus agalactiae* κυριαρχεί σε παιδιά ηλικίας κάτω των 3 ετών ως αποτέλεσμα της μετάδοσης από τη μητέρα κατά τον τοκετό ενώ είναι ιδιαίτερα σπάνια σε ενήλικες ασθενείς, κυρίως σε ανοσοκατασταλμένους.

Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης μηνιγγίτιδας σε 77χρονη γυναίκα με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 υπό αγωγή με μετφορμίνη.

Υλικό και Μέθοδοι: Η ασθενής προσήλθε στο τμήμα επειγόντων με διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας από 2ημέρου με συνοδό κεφαλαλγία από 10ημέρου και εμπύρετο.

Αποτελέσματα: Η επείγουσα αξονική τομογραφία εγκεφάλου ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Υποβλήθηκε σε οσφυονωτιαία παρακέντηση η οποία ανέδειξε 5.550 κύτταρα κ.κ.χ. με πολυμορφοπυρηνικό τύπο. Στην άμεση χρώση κατά Gram παρατηρήθηκαν gram(+) κόκκοι σε αλυσίδες οπότε και χορηγήθηκαν 2gr κεφτριαξόνης. Από την καλλιέργεια απομονώθηκε *Streptococcus agalactiae*. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος των MICs στα αντιμικροβιακά διενεργήθηκαν με το αυτοματοποιημένο σύστημα Vitek

2 (Biomerieux). Από τον έλεγχο ευαισθησίας το στέλεχος βρέθηκε ευαίσθητο σε πενικιλίνη G, κεφτριαξόνη, αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη και βανκομυκίνη ενώ παρουσίασε αντοχή σε κλινταμυκίνη και ερυθρομυκίνη. Πιθανή πύλη εισόδου θεωρήθηκε η ακουστική κοιλότητα, καθώς αναφέρθηκε ωταλγία από 10ημέρου με συνοδό ρινική καταρροή. Πραγματοποιήθηκε ΩΡΛ εξέταση, στην οποία δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα από το έσω ους και έγινε σύσταση για αξονική τομογραφία σπλαχνικού κρανίου κατά την οποία παρατηρήθηκαν συλλογές στις μαστοειδείς κυψέλες αριστερά. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη, βανκομυκίνη και κεφτριαξόνη επί 10ημέρου με άριστη κλινικο-εργαστηριακή ανταπόκριση, οπότε και εξήλθε μετά το πέρας της θεραπείας με οδηγίες.

Συμπεράσματα: Παρότι η μηνιγγίτιδα από τον *Streptococcus agalactiae* κυριαρχεί σε παιδιά μικρής ηλικίας πρέπει να μπαίνει στην διαφορική διάγνωση μηνιγγίτιδας σε ασθενείς με υποκείμενα νοσήματα και πρωτοπαθή εστία λοίμωξης σε άλλο σημείο του σώματος.

ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΩΣΗ

Δ. Γαζή, Μ. Νέпка, Ε. Μπελεσιώτου, Ε. Περιβολιώτη, Ζ. Ψαρουδάκη, Μ. Πρατικάκη, Π. Ανδρικογιαννόπουλος, Γ. Οικονομίδης, Ε. Παπαδοπούλου, Α. Ζουριδάκη, Χ. Χατζηαθανασίου, Α. Αργυροπούλου

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η μη τυφική σαλμονέλλωση είναι ηπιότερη από τον τυφοειδή πυρετό και κατά κανόνα εντοπίζεται στο έντερο προκαλώντας αυτοπεριοριζόμενη γαστρεντερίτιδα. Σε ασθενείς με ανοσοανεπάρκεια, ιδιαίτερα σε HIV οροθετικούς, μπορεί να εξαπλωθεί στην κυκλοφορία του αίματος και να προκαλέσει επιθετική και απειλητική για τη ζωή συστηματική λοίμωξη.

Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με λοίμωξη αναπνευστικού και βακτηριαιμία από *Salmonella enterica enterica group 8*.

Υλικό και Μέθοδος: Άρρεν ασθενής, 24 ετών, με καταγωγή από το Μπαγκλαντές, προσήλθε στα επείγοντα με αναφερόμενο ξυλοδαρμό και χτυπήματα σε όλο το σώμα, κεφάλι, θώρακα και άκρα χωρίς εμφανείς εκχυμώσεις. Αναφέρει αίσθημα δύσπνοιας λόγω προκάρδιου και κοιλιακού άλγους. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται χρήση κάνναβης, ανορεξία και καταβολή από διαιτίας. Από την ακτινογραφία θώρακος παρατηρήθηκαν διάσπαρτα διηθήματα αμφοτερόπλευρα και αυξημένη τιμή ηπατικών ενζύμων. Έγινε παραπομπή για πνευμονολογική εκτίμηση και λήφθηκε ρινοφαρυγγικό επίχρισμα για SARS-CoV-2.

Αποτελέσματα: Το αποτέλεσμα του ρινοφαρυγγικού επιχρίσματος για SARS-CoV-2 ήταν αρνητικό. Κατά την εισαγωγή του είχε όψη πάσχοντος και αναπνευστική δυσχέρεια με pH=7.52, pCO₂=26.5mmHg, pO₂=44.8mmHg, HCO₃=24mmol/L και τέθηκε σε οξυγονοθεραπεία. Ο ασθενής παρουσίασε αιμοδυναμική αστάθεια ενώ εμφάνισε δύο εμπύρετα επεισόδια έως 39,4°C και 38°C αντίστοιχα όπου και λήφθηκαν αιμοκαλλιέργειες. Ετέθη σε εμπειρικό αντιμικροβιακό σχήμα με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, μοξιφλοξασίνη, σουλφαμεθοξαζόνη/τριμεθοπρίμη και βανκομυκίνη. Από τις αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκε *Salmonella* είδος και οροτυπία με ευαισθησία σε μεγάλο φάσμα αντιμικροβιακών φαρμάκων (αμπικιλίνη, αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό, κεφοταξίμη, κεφτριαξόνη, πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, σιπροφλοξασίνη και χλωραμφαινικόλη) οπότε και μπήκε η υποψία HIV λοίμωξης, η οποία επιβεβαιώθηκε με Western blot δοκιμασία. Ακολούθησε περαιτέρω ορολογικός έλεγχος για ηπατίτιδα Β και C που απέβη θετικός.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με μικροβιαίμία από μη τυφική σαλμονέλλωση πρέπει να τίθεται ισχυρή υποψία HIV λοίμωξης.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Δ. Γαζή, Μ. Νέπκα, Ε. Μπελεσιώτου, Ε. Περιβολιώτη, Ζ. Ψαρουδάκη, Μ. Πρατικάκη, Π. Ανδρικογιαννόπουλος, Γ. Οικονομίδης, Ε. Παπαδοπούλου, Α. Ζουριδάκη, Χ. Χατζηαθανασίου, Α. Αργυροπούλου

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η επίπτωση της λοίμωξης CDI (CDI: Clostridium difficile infection) στο νοσοκομείο μας κατά την τελευταία διετία.

Υλικό και Μέθοδοι: Αρχικά έγινε ανίχνευση αντιγόνου GDH (Glutamate Dehydrogenase *C. difficile*) σε διαρροϊκά κόπρανα (5–7 κλίμακας Bristol) και εν συνεχεία στα θετικά ανίχνευση τοξίνης *C. difficile*.

Αποτελέσματα: Σε 1002 δείγματα ανιχνεύθηκε τοξίνη, από 5600 που ελέγχθηκαν σε ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας τα 72 έτη. Δέκα ασθενείς εκδήλωσαν >1 (2–3) επεισόδια CDI. Περίπου 20% των ασθενών με ένα επεισόδιο λοίμωξης από *C. difficile* εμφανίζει τουλάχιστον και δεύτερο, ενώ το 60% των ασθενών με τουλάχιστον 2 υποτροπές εμφανίζει περισσότερες, συνήθως 1–3 εβδομάδες από το πρώτο επεισόδιο της λοίμωξης (εναπομείναντες σπόροι κλωστηριδίου στο έντερο). Στο ίδιο επεισόδιο (<14 ημέρες) εστάλησαν 104 δείγματα. Με νοσηλεία στο νοσοκομείο μας σχετίζονται >80% και 20% των λοιμώξεων είτε προέρχονται από την κοινότητα είτε από άλλους χώρους παροχής φροντίδων υγείας. Στο 95% των περιπτώσεων η έναρξη του επεισοδίου

έγινε μετά την 3η ημέρα νοσηλείας και στο 5% η CDI είχε προηγηθεί. Η συνολική CDI επίπτωση στο νοσοκομείο μας, είναι ίση με 6.4 /10.000 ασθενο-ημέρες.

Συμπεράσματα: Η λοίμωξη από *Clostridium difficile* ευνοείται από την παραμονή στο νοσοκομείο αλλά και άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες (όπως λήψη αντιβιοτικών που διαταράσσουν την χλωρίδα του εντέρου και προχωρημένη ηλικία). Είναι σημαντική για τη διάγνωση και την άμεση έναρξη θεραπευτικής αγωγής (βανκομυκίνη, μετρονιδαζόλη, φινταξομυκίνη) η γρήγορη αξιολόγηση των ασθενών με έναρξη της διάρροιας νωρίτερα από την 3ης ημέρα νοσηλείας στο νοσοκομείο ώστε να αποσταλλεί δείγμα για έλεγχο τοξίνης για *Clostridium difficile*, όχι μόνο έγκαιρα αλλά και με ορθή αποστολή στο εργαστήριο για την αποφυγή των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων. Στις ήδη επιβεβαιωμένες λοιμώξεις, κατά την διάρκεια του ίδιου επεισοδίου (<14 ημέρες) η νέα αποστολή και άλλου δείγματος δεν χρειάζεται διότι η ανεύρεση τοξίνης δυνατόν να συνεχίζεται για πολλές ημέρες έως εβδομάδες και δεν αποτελεί δείκτη ανταπόκρισης στην θεραπευτική αγωγή.

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ IN VITRO ΣΥΝΕΡΓΕΙΑΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ACINETOBACTER BAUMANNII

Α. Καλλιμάνη, Ε. Περιβολιώτη, Κ. Τάγκα, Ν. Κουδουνάκης, Ε. Κρανιωτάκη, Κ. Ρανέλλου, Α. Ζουριδάκη, Π. Ανδρικογιαννόπουλος, Δ. Γαζή, Ε. Παπαδοπούλου, Κ. Ρουζίνου, Ε. Αργυροπούλου, Μ. Νέγκα, Ζ. Ψαρουδάκη, Ε. Μπελεσιώτου, Α. Αργυροπούλου

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η εμφάνιση λοιμώξεων που σχετίζονται με την παρουσία πολυανθεκτικών παθογόνων μικροοργανισμών σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, είναι σημαντική αιτία θνησιμότητας και θέτει θεραπευτικές προκλήσεις. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει το δυναμικό συνδυασμού αντιβιοτικών έναντι πολυανθεκτικών κλινικών στελεχών *Acinetobacter baumannii*, από βαρέως πάσχοντες ασθενείς στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός».

Υλικό και Μέθοδοι: Εξετάσαμε για δοκιμασία συνέργειας αντιβιοτικών 50 κλινικά στελέχη *A. baumannii*, από ασθενείς με βακτηριαιμία ή/και συμπτώματα και σημεία αναπνευστικής νόσου, το έτος 2020. Όλα τα στελέχη ήταν ανθεκτικά στις καρβαπενέμες και εμφάνισαν μειωμένη ευαισθησία ή αντίσταση σε τιγκεκυκλίνη ή/και κολιστίνη. Αξιολογήσαμε τους συνδυασμούς δύο αντιβιοτικών: Καρβαπενέμης (CRB) / κολιστίνης (COL), ριφαμπικίνης (RIF) / COL, τιγκεκυκλίνης (TG) / COL, COL / μινοκυκλίνη (MN), COL / αμπικιλλίνη/σουλμπακτάμης (AMS). Η δοκιμασία συνέργειας πραγματοποιήθηκε με ταινίες διαβαθμισμέ-

νης συγκέντρωσης των αντιβιοτικών. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων έγινε σύμφωνα με τον Δείκτη Κλασματικής Ανασταλτικής Συγκέντρωσης (Fractional Inhibitory Concentration, FIC): όπου ως συνέργεια ορίζεται: $FIC \leq 0.5$, ως αθροιστικό αποτέλεσμα $FIC \leq 0.51$ έως ≤ 0.99 , ως αδιάφορο ή ανταγωνιστικό αποτέλεσμα $FIC > 2$ (ορισμός Lorian).

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Ο πλέον αποτελεσματικός συνδυασμός αντιβιοτικών ήταν ο συνδυασμός ριφαμπικίνης (RIF) / κολιστίνης (COL) και ακολούθως αμπικιλλίνης/σουλμπακτάμης (AMS) / κολιστίνης (COL). Υπάρχουν προκλήσεις και προβληματισμοί για τις δοκιμασίες συνέργειας των αντιβιοτικών στα εργαστήρια μικροβιολογίας των νοσοκομείων, κυρίως λόγω της έλλειψης αποδεκτών προτύπων. Η διενέργεια των δοκιμασιών αυτών είναι επίπονη και απαιτεί εξειδίκευση στις συγκεκριμένες διαδικασίες. Η ικανότητα των in vitro δοκιμασιών συνέργειας των αντιβιοτικών να προβλέψουν την θεραπευτική επιτυχία είναι άγνωστη και απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τον συσχετισμό τους με την κλινική αποτελεσματικότητα.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΕΦΤΑΖΙΔΙΜΗΣ/ΑΒΙΜΠΑΚΤΑΜΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΣΤΕΛΕΧΩΝ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* ΠΟΥ ΠΑΡΑΓΟΥΝ ΚΑΡΒΑΠΕΝΕΜΑΣΕΣ ΣΕ ΤΕΤΑΡΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Π. Ανδρικογιαννόπουλος, Ε. Περιβολιώτη, Α. Καλλιμάνη, Κ. Τάγκα, Κ. Ρανέλλου, Ν. Κουδουμνάκης, Κ. Ρουζίνου, Ε. Αργυροπούλου, Α. Ζουριδάκη, Δ. Γαζή, Ε. Κρανιωτάκη, Μ. Νέпка, Ζ. Ψαρουδάκη, Ε. Μπελεσιώτου, Α. Αργυροπούλου

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η θεραπευτική αντιμετώπιση λοιμώξεων που οφείλονται σε στελέχη *Klebsiella pneumoniae* που παράγουν καρβαπενεμάσες είναι εξαιρετικά δυσχερής. Αναζητήσαμε την *in vitro* ευαισθησία 217, 225 και 199 πολυανθεκτικών στελεχών *Klebsiella pneumoniae*, τα διαστήματα: 1/1/-31/12/2018, 1/1/-31/12/2019 και 1/1/-25/10/2020 αντίστοιχα, από ασθενείς με βακτηριαιμία, που νοσηλεύονταν στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» στην κεφταζιδίμη/αβιμπακτάμη, μια νέα θεραπευτική επιλογή για πολυανθεκτικά νοσοκομειακά παθογόνα.

Υλικό και Μέθοδοι: Η ταυτοποίηση και ο προσδιορισμός της ελάχιστης ανασταλτικής πυκνότητας (MIC) των κλινικών στελεχών πραγματοποιήθηκε με το αυτόματο σύστημα Vitek 2 (bioMérieux). Ο προσδιορισμός της MIC της κεφταζιδίμης/αβιμπακτάμης έγινε με ταινίες διαβαθμισμένης συγκέντρωσης του αντιβιοτικού (MIC test strips, Liofichem). Ο έλεγχος παραγωγής καρβαπενεμάσης έγινε με ταχείες ποιοτικές ανοσοενζυμικές μεθόδους για την ανίχνευση των KPC, OXA, NDM, VIM, IMP (NG-Test CARBA 5, Resist-4-O.K.N.V. Coris)

Αποτελέσματα: Τα κλινικά στελέχη *Klebsiella pneumoniae*, από θετικές καλλιέργειες αίματος, που ελέγχθηκαν για ευαισθησία στην κεφταζιδίμη/αβιμπακτάμη, παρουσίαζαν υψηλή αντοχή στα ευρέως χορηγούμενα αντιβιοτικά. Η ευαισθησία στην κεφταζιδίμη/αβιμπακτάμη προσδιορίστηκε ως MIC $\leq$ 8μg/ml, σύμφωνα με τις οδηγίες και τα κλινικά όρια των CLSI (2018) και EUCAST (2019, 2020). Παρατηρήθηκε τιμή MIC $\geq$ 256μg/ml σε 14% των στελεχών το 2018, 18% το 2019 και 26% το 2020. Οι ταχείες ποιοτικές δοκιμασίες ανίχνευσης παραγωγής καρβαπενεμάσης ανέδειξαν την ταυτόχρονη παρουσία γονιδίων KPC και VIM στα ανθεκτικά στελέχη *Klebsiella pneumoniae*, και σποραδική παρουσία NDM-μεταλλο-β-λακταμάσης. Οι μεταλλο-β-λακταμάσες δεν συμπεριλαμβάνονται στο φάσμα του συγκεκριμένου αντιμικροβιακού συνδυασμού.

Συμπεράσματα: Η κεφταζιδίμη/αβιμπακτάμη είναι επιτυχής θεραπευτική επιλογή όταν έχει προσδιορισθεί και επιβεβαιωθεί η ευαισθησία σε αυτήν του μικροβιακού στελέχους *in vitro*. Η γνώση της τοπικής επιδημιολογίας, ειδικότερα στις ΜΕΘ, είναι απαραίτητη για την εμπειρική και την στοχευμένη θεραπευτική αγωγή.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19

Μ. Κουλέντη³, Δ.-Α. Βασιλειάδη³, Ι. Ηλίας¹, Μ. Πατρικάκη², Ε. Jahaj², Α.Γ. Βασιλείου⁴, Μ. Δέτσικα⁴, Κ. Αμπελακιώτου⁵, Σ. Τσιπιλής², Ε. Γαβριελάτου², Σ. Ορφανός⁶, Α. Κοτανίδου², Σ. Τσαγκαράκης³, Ι. Δημοπούλου²

¹Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού, Γ.Ν.Α. «Έλενα Βενιζέλου», ²Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ³Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού, Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για Σπάνια Ενδοκρινολογικά Νοσήματα, ⁴Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Εργαστήρια Γ.Π. Λιβανός και Μ. Σίμου, ⁵Τμήμα Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁶Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Π.Α. «Αττικόν»

Σκοπός: Η COVID-19 αποτελεί πολυσυστηματική νόσο. Η κυτταρική είσοδος του ιού που την προκαλεί (SARS-CoV-2) επιτελείται μέσω των υποδοχέων ACE2, θέτοντας έτσι τους ιστούς που εκφράζουν το συγκεκριμένο υποδοχέα σε υψηλό κίνδυνο για προσβολή. Ένας τέτοιος ιστός είναι και ο θυρεοειδής αδένας. Σε πρόσφατες περιγραφές αναφέρονται περιπτώσεις θυρεοτοξίκωσης λόγω θυρεοειδίτιδας στα πλαίσια προσβολής του θυρεοειδούς αδένος. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η αποσαφήνιση της συχνότητας εμφάνισης θυρεοειδίτιδας και τυχόν ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτής σε νοσηλευόμενους ασθενείς με COVID-19, δεδομένης και της αρνητικής επίδρασης της θυρεοτοξίκωσης στο ήδη επιβαρυνόμενο καρδιαγγειακό σύστημα των ασθενών αυτών.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 196 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» από τον Απρίλιο έως και το Σεπτέμβριο του 2020. Οι ασθενείς που ήταν θετικοί για COVID-19 κατανεμήθηκαν στις παρακάτω ομάδες: Οι 102 ήταν σε μηχανικό αερισμό (MV C+), οι 46 όχι (NMV C+), και 15 που ήταν oligo/ασυμπτωματικοί και αντιμετωπίστηκαν ως εξωτερικοί ασθενείς (outpatient C+). Αντίστοιχες ομάδες ελέγχου αποτέλεσαν 94 COVID-19 αρνητικοί ασθενείς, εκ των οποίων 39 ήταν σε μηχανικό αερισμό (MV NC) και 55 όχι (NMV NC), λόγω λοιμώξεων μη σχετιζόμενων με τον ιό SARS-CoV-2. Κριτήριο αποκλεισμού αποτέλεσε το ατομικό αναμνηστικό θυρεοειδοπάθειας και η λήψη φαρμάκων που προκαλούν διαταραχές του θυρεοειδούς αδένος όπως τα γλυκοκορτικοειδή και η αμιωδαρόνη. Τα δείγματα για τη μέτρηση θυρεοειδικών ορμονών ελήφθησαν στο πρώτο 24ωρο της νοσηλείας και πριν την

έναρξη φαρμάκων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την διαδικασία μέτρησης ή τη θυρεοειδική λειτουργία, όπως είναι η ηπαρίνη- ΧΜΒ και τα γλυκοκορτικοειδή.

Αποτελέσματα: Το συχνότερο εύρημα ήταν το σύνδρομο της μη θυρεοειδικής νόσου που αφορούσε το 70% των διασωληνωμένων και περίπου το 1/3 των μη διασωληνωμένων χωρίς σημαντικές διαφορές στην επίπτωσή του μεταξύ θετικών και αρνητικών στον SARS-CoV-2, υποδεικνύοντας την βαρύτητα της λοίμωξης και όχι την αιτία σαν το βασικό παράγοντα εμφάνισης του συνδρόμου. Όσον αφορά τη θυρεοτοξίκωση διαπιστώθηκε στο 8.2% του συνόλου των ασθενών. Συχνότερα αφορούσε ασθενείς διασωληνωμένους (14.4% αυτών με COVID-19 έναντι 7.7% των COVID-19 αρνητικών). Η εμφάνιση αληθούς υποθυρεοειδισμού ήταν σπάνια.

Συμπεράσματα: Η συγκεκριμένη μελέτη προσπάθησε με τον κατάλληλο σχεδιασμό των ομάδων μελέτης και των ομάδων ελέγχου να ελαχιστοποιήσει την ύπαρξη παραγόντων που θα οδηγούσαν σε ψευδή αποτελέσματα για τη θυρεοειδική λειτουργία στο έδαφος λοίμωξης από τον SARS-CoV-2. Το σύνδρομο της μη θυρεοειδικής νόσου είναι συχνό σε νοσηλευόμενους ασθενείς και ο έλεγχος ρουτίνας των θυρεοειδικών ορμονών δε συστήνεται, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε αχρείαστη περαιτέρω διερεύνηση ή ακόμα και θεραπεία. Η εμφάνιση θυρεοτοξίκωσης στα πλαίσια της COVID-19 παρατηρείται πράγματι σε ένα ποσοστό ασθενών που όμως δεν διαφέρει από αυτό των ασθενών χωρίς COVID-19 καθιστώντας σημαντική την κλινική αξιολόγηση για τη διάκριση αυτών των ασθενών που θα ωφεληθούν από περαιτέρω εργαστηριακό έλεγχο.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΟΒΑΡΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ CUSHING ΜΕ ΗΠΙΟΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Π. Μουρελάτος, Β.Ι. Μητραβέλα, Μ. Μπαλωμενάκη, Δ. Μαργαριτόπουλος,
Α. Διαμαντόπουλος, Σ. Κανελλοπούλου, Δ.Α. Βασιλειάδη, Σ. Τσαγκαράκης

Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού, Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για Σπάνια Ενδοκρινολογικά Νοσήματα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η νόσος Cushing (CD) είναι μια σπάνια, αλλά συχνά σοβαρή ενδοκρινική διαταραχή, η οποία σχετίζεται με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας, κυρίως λόγω εγκεφαλικών, καρδιαγγειακών, θρομβωτικών ή μολυσματικών επιπλοκών. Η κλινική εκδήλωση της νόσου εμφανίζει σημαντική ετερογένεια που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα από ήπιες μορφές που παραμένουν για μακρύ χρονικό διάστημα χωρίς διάγνωση έως βαριές και απειλητικές για τη ζωή μορφές που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης.

Σκοπός: Η περιγραφή ασθενών με σοβαρή νόσο Cushing (CD) συγκριτικά με πιο ήπιες μορφές, όσον αφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά και το αποτέλεσμα.

Ασθενείς και Μεθόδοι: 171 ασθενείς με CD (144 γυναίκες), μέση ηλικία 45 ± 14 ετών νοσηλεύτηκαν στο Τμήμα μας, οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν σε 4 ομάδες με βάση βιοχημικά και κλινικά χαρακτηριστικά.

Αναλυτικά: (1) Βιοχημικά σοβαρή CD (BCD, N = 19): ασθενείς που παρουσίαζαν κορτιζόλη ορού περισσότερο από $36 \mu\text{g/dL}$ ανά πάσα στιγμή ή ελεύθερη κορτιζόλη ούρων 24ώρου $>4 \times \text{ULN}$ και/ή σοβαρή υποκαλιαιμία ($<3,0 \text{ mmol/L}$). (2) Κλινικά σοβαρή CD (CCD, N=15) η οποία ορίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων από τα ακόλουθα: Σήψη, ευκαιριακή λοίμωξη, ανεξέλεγκτη υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, οξεία ψύχωση, προοδευτική επιδεινούμενη μυοπάθεια, θρομβοεμβολισμός ή ανεξέλεγκτη υπεργλυκαιμία. (3) Οι ασθενείς που πληρούσαν και τα δύο κριτήρια ορίστηκαν στην κατηγορία της σοβαρής CD (SCD, N=21). (4) Οι υπόλοιποι ασθενείς ορίστηκαν ως μη σοβαρή CD (NSCD, N=116).

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την ηλικία και το μέσο μέγεθος αδενώματος μεταξύ των ομάδων. Ο επιπολασμός των μακροαδενωμάτων ήταν 27% σε ασθενείς με NSCD, 16% σε BCD, 27% σε CCD και 14% σε SCD. Τα βασικά επίπεδα ACTH ήταν υψηλότερα στις ομάδες BCD και SCD σε σύγκριση με τις ομάδες CCD και NSCD και η αναλογία ACTH προς κορτιζόλη ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων. Πρώιμη θνησιμότητα (<90 ημέρες από τη διάγνωση) από σηψαιμία/ευκαιριακές λοιμώξεις παρατηρήθηκε, παρά την επιθετική αντιμετώπιση με κετοκοναζόλη και μετυραρόνη, σε: 3 (20%) ασθενείς με CCD και 2 (9,5%) ασθενείς με SCD. Σε ασθενείς με δεδομένα μακροχρόνιας παρακολούθησης (>2 έτη, μέσος χρόνος παρακολούθησης $4,7 \pm 2,8$ έτη) (N=120), πραγματοποιήθηκε αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή για τον έλεγχο της υπερκορτιζολαιμίας στο 27% του BCD, στο 38% της CCD και το 31% των SCD, συγκριτικά με το 8,6% των ασθενών με NSCD. Η μακροχρόνια θνησιμότητα (μέσος χρόνος έως θάνατο μετά τη διάγνωση $10,9 \pm 5,8$ έτη) ήταν υψηλότερη στο SCD (19%) και στο BCD (13%) έναντι 2,5% στο NSCD.

Συμπεράσματα: Η ν. Cushing παραμένει μια πολύ σοβαρή ασθένεια. Ειδικά οι ασθενείς που παρουσιάζουν σοβαρή υπερκορτιζολαιμία αναμένεται να έχουν συγκριτικά με ασθενείς με ηπιότερη υπερκορτιζολαιμία: 1) χειρότερη κλινική έκβαση, 2) υψηλότερα ποσοστά ανεπιτυχούς θεραπείας ή / και ανάγκη για αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή, 3) αύξηση τόσο της πρώιμης όσο και της μακροπρόθεσμης θνησιμότητας.

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ-ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Ε. Καρδαλάς, Θ. Στρατηγού, Σ. Κανελλοπούλου, Δ.-Α. Βασιλειάδη, Σ. Τσαγκαράκης

Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού, Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για Σπάνια Ενδοκρινολογικά Νοσήματα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Στόχος: Στα πλαίσια της ραγδαίας τεχνολογικής εξέλιξης στο χώρο του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) έχουν αναπτυχθεί τις τελευταίες δεκαετίες τα συστήματα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης (CGMS) με τεχνολογία flash. Τα εν λόγω συστήματα καταγράφουν ανώδυνα σε 24ώρη βάση την γλυκόζη στο διάμεσο υγρό με απλή σάρωση του αισθητήρα, εκτιμούν την τάση εξέλιξης των τιμών της γλυκόζης και το χρόνο παραμονής τους (TIR) σε φυσιολογικά πλαίσια (70-180 mg/dl), ιδεατά σε ποσοστό >70%. Ακόμη καταγράφεται ο χρόνος άνωθεν ή κάτωθεν των ανωτέρω τιμών, ιδεατά <12% και <4% αντιστοίχως. Επιπλέον δύναται να εκτιμηθούν η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), ο χρόνος ενεργού αισθητήρα και ο δείκτης μεταβλητότητας γλυκόζης (CV%), ιδεατά <36%. Όλα τα δεδομένα του GCMS-Free Style Libre (FSL) δύναται να «ανεβαίνουν» σε πραγματικό χρόνο σε διαδικτυακή εφαρμογή, επιτρέποντας άμεση και συνεχή ενημέρωση και παρέμβαση του ιατρού προς τον ασθενή. Σημείο αμφιβολίας παραμένει η πιθανή απόκλιση των τιμών γλυκόζης του GCMS, συγκριτικά με εκείνες του τριχοειδικού αίματος, ειδικά σε περιπτώσεις υπογλυκαιμίας. Στόχος λοιπόν της μελέτης είναι η καταγραφή των δεδομένων του συστήματος CGMS - FSL σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 1 (ΣΔ1), που παρακολουθούνται στο Διαβητολογικό μας κέντρο.

Μέθοδοι: Διεξήχθη μελέτη 29 ασθενών που παρακολουθούνταν στο Ιατρείο ΣΔ1 του Νοσοκομείου μας. Οι ασθενείς ήταν ενήλικες, με επιβεβαιωμένη διάγνωση ΣΔ1, που έφεραν το CGMS - FSL για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Μελετήθηκαν βασικά δημογραφικά και βιοχημικά δεδομένα καθώς και έγινε ανάλυση των εκτιμώμενων παραμέτρων του CGMS - FSL και εκτίμηση της συσχέτισης της εκτιμώμενης με την μετρούμενη στο αίμα, HbA1c.

Ευρήματα: Οι 29 ασθενείς είχαν μέση ηλικία 43,5 έτη, ήταν κατά πλειονότητα άνδρες (18/29), με μέση ηλικία διάγνωσης του ΣΔ 1 τα 16,9 έτη και μέσο BMI 25,1 kg/m². 79% των ασθενών είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό για ΣΔ ενώ 75,8 % των ασθενών εμφάνιζαν επιπλοκές από το ΣΔ 1 με μέση χρονική διάρκεια επιπλοκών τα 15,7 έτη.

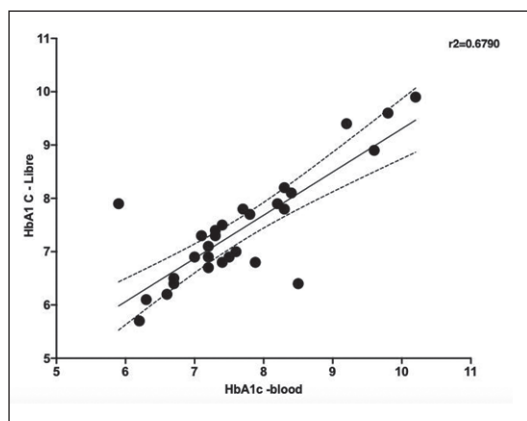
Τα μέσα επίπεδα λευκώματος ούρων 24ώρου ήταν 0,31 g/24hr και η μέση τιμή eGFR 82,7 mL/min/1.73m². Ο μέσος χρόνος χρήσης του CGMS-FSL ήταν 19 μήνες με 12,3 σαρώσεις αισθητήρα και 4,3 μετρήσεις τριχοειδικού αίματος κατά μέσο όρο ημερησίως. 16 ασθενείς εμφάνιζαν νυχτερινές υπογλυκαιμίες. Ο μέσος χρόνος ενεργού αισθητήρα ήταν 91,2 % ενώ η μέση μεταβλητότητα (CV%) ήταν 37,7%, οριακά μη φυσιολογική. Το TIR εντός στόχου ήταν 61,7% με τα αντίστοιχα ποσοστά για τις υψηλές και τις χαμηλές τιμές να είναι 29,4 % και 8,9%.

Η μέση τιμή γλυκόζης με βάση το CGMS - FSL ήταν 165 mg/dl με αντίστοιχη εκτιμώμενη τιμή HbA1c 7,41%. Αντίστοιχα η μέση τιμή HbA1c στο αίμα ήταν 7,61%. Η συσχέτιση μεταξύ των μεθόδων είναι πολύ καλή (Σχήμα 1) ενώ σε ανάλυση Bland-Altman (Σχήμα 2) διαπιστώθηκε απόκλιση μεταξύ των τιμών HbA1c από -0,9 έως +1,5%, με το επίπεδο σφάλματος να ανέρχεται σε 0,2. Ειδικά στο εύρος τιμών 7-8%, το GCMS - FSL φάνηκε να υποεκτιμά τη HbA1c.

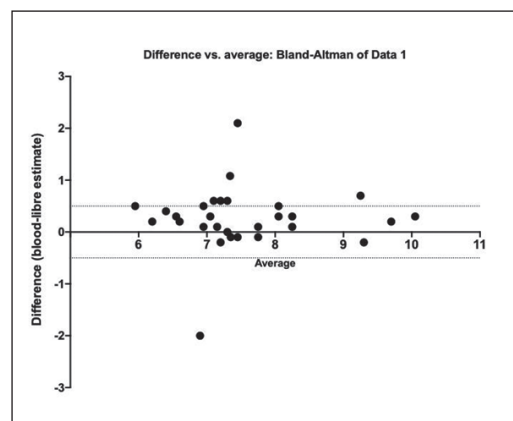
Συμπέρασμα: Το CGMS-FSL σε ασθενείς με ΣΔ 1 είναι μια σχετικά πρόσφατη τεχνολογική εξέλιξη, που παρέχει ανώδυνη, εύκολη, συνεχή καταγραφή τιμών γλυκόζης. Στην περίπτωση του δικού μας κέντρου, οι ασθενείς που φέρουν το σύστημα αυτό είναι κυρίως μεσήλικες άνδρες με χρονική διάρκεια ΣΔ >10 ετών, που εμφάνιζαν ικανοποιητική συμμόρφωση με τη σωστή χρήση του συστήματος. Με τη χρήση του συστήματος διαπιστώθηκαν ανεπίγνωστες νυχτερινές υπογλυκαιμίες ενώ το TIR ήταν χαμηλότερο του επιθυμητού. Η δυνατότητα καταγραφής και κατά συνέπεια αντιμετώπισης των νυχτερινών υπογλυκαιμιών, που μπορούν δυνητικά να αποβούν επικίνδυνες είναι σημαντικό πλεονέκτημα της μεθόδου. Ακόμη μπορούν να εκτιμηθούν επιπλέον παράγοντες αυξημένου κινδύνου επιπλοκών όπως η υψηλή μεταβλητότητα συγκριτικά με τη μέση τιμή γλυκόζης. Φαίνεται ότι οι τιμές HbA1c εκ του CGMS - FSL έχουν καλή συσχέτιση με τις προσδιοριζόμενες στο αίμα, αν και πιθανώς υποεκτιμώνται ιδίως σε τιμές που κυμαίνονται στο όριο ρύθμισης του ΣΔ1 (HbA1c ~ 7%), με τη διαφορά εντούτοις να είναι οριακή για ιατρική παρέμβαση. Τέλος αξιοσημείωτη η σπουδαι-

ότητα του ελέγχου των τιμών γλυκόζης εξ' αποστάσεως σε πραγματικό χρόνο μέσω του CGMS - FSL στην εποχή της πανδημίας του SARS-CoV-2 (COVID-19) (που επιβάλλει

τη κοινωνική αποστασιοποίηση), μέσω της συνεργασίας ιατρού ασθενούς, χωρίς την δια ζώσης επίσκεψη στο ιατρείο/νοσοκομείο.



Σχήμα 1. Συσχέτιση τιμών HbA1C σε CGMS-FSL και στο αίμα



Σχήμα 2. Bland-Altman ανάλυση τιμών HbA1C σε CGMS-FSL και στο αίμα

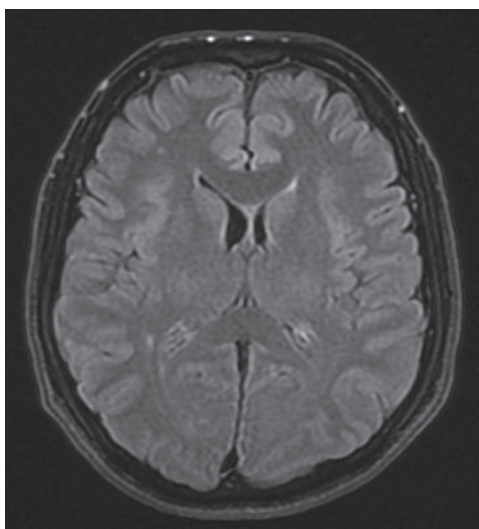
ΑΝΔΡΑΣ 49 ΕΤΩΝ ΜΕ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΚΑΙ ΡΟΔΟΧΡΟΥ ΠΙΤΥΡΙΑΣΗ ΑΠΟ 3ΜΗΝΟΥ

Ε. Κόσουφα, Α. Αθανασάκη, Ο. Αγαπάκη, Γ. Κολοβός, Δ. Καρακάλος

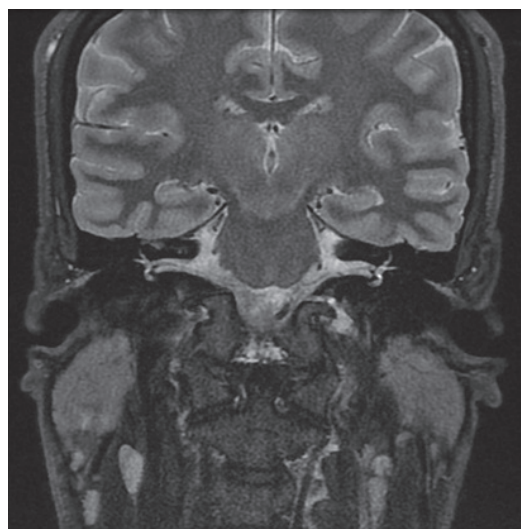
Νευρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ασθενής 49 ετών προσήλθε στη νευρολογική κλινική προς διερεύνηση αναφερόμενων δυσαισθησιών κάτω άκρων με συνοδό γενικευμένη καταβολή από τριμήνου. Σταδιακά, αναφέρεται ότι προστέθηκαν στη συμπτωματολογία του εμβοές και βαρηκοΐα αμφοτερόπλευρα, λόγω των οποίων επισκέφθηκε ιδιώτη ωτορινολαρυγγολόγο. Έγινε σύσταση για συμπτωματική αντιμετώπιση με κορτιζόνη από του στόματος για 10 ημέρες, με αποτέλεσμα μερική ύφεση των προαναφερθέντων. Επιπρόσθετα, επισημαίνονται η ακούσια απώλεια βάρους, μυοψίες αμφοτερόπλευρα καθώς και ταυτόχρονη έκθυση κηλιδοβλατιδωδών βλαβών προσώπου, ράχης και κοιλιακής χώρας για τα οποία ελάμβανε θεραπεία ως επί ροδόχρου πιτυρίασης από μηνός κατόπιν δερματολογικής εκτίμησης. Το ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς περιλαμβάνει χειρουργικές επεμβάσεις προ ετών όπως σκληροκοιδοεκτομή και αποκατάσταση σκολίωσης ρινικού διαφράγματος. Κατά τη νευρολογική του εξέταση, αναδείχθηκε μόνο η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα άμφω χωρίς λοιπή συνοδό εστιακή σημειολογία. Ακολούθως διενεργήθηκε απεικονιστικός

έλεγχος ο οποίος περιλάμβανε MRI εγκεφάλου, ΑΜΣΣ, και έσω ακουστικών πόρων. Αναδείχθηκαν ολιγάριθμες, αυξημένης έντασης σήματος, εστίες υποφλοιωδώς μετωπιαία και παρά του ινιακού κέρατος της δεξιάς πλάγιας κοιλίας χωρίς ειδικά απεικονιστικά χαρακτηριστικά. Ο βιοχημικός έλεγχος δεν παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα. Τα ANA ήταν 1:160 με λοιπό ανοσολογικό έλεγχο αρνητικό. Η ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων και ο ποσοτικός προσδιορισμός πρωτεϊνών δεν παρουσίασε παθολογικά ευρήματα. Ακολούθως διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση η οποία ανέδειξε λεμφοκυτταρική πλειοκυττάρωση, δυσλειτούργια αιματοεγκεφαλικού φραγμού, αυξημένο λεύκωμα, ολιγοκλωνικές ζώνες τύπου II και FTA θετικό. Η τελευταία εξέταση στο ENY έθεσε τη διάγνωση της νευροσίφυλης παίζοντας καθοριστικό ρόλο στην έκβαση του ασθενούς. Κατόπιν συνεκτίμησης με το λοιμωξιολογικό τμήμα του νοσοκομείου μας, τέθηκε σε ενδοφλέβια αγωγή με κρυσταλλική πενικιλίνη για 14 ημέρες. Έγινε σύσταση για δερματολογική παρακολούθηση και νευρολογική επανεκτίμηση σε έξι μήνες.



Εικόνα 1.



Εικόνα 2.

ΑΦΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΕΞΙΑ ΠΥΡΑΜΙΔΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΒΟΛΑΙΜΙΑ

Ι. Αλεξανδράτου, Κ. Μελάνης, Χ. Πούρλου, Β. Σκαρλάτου, Β. Γκουρμπαλή, Δ. Καρακάλος

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

Εισαγωγή: Η εγκεφαλική φλεβική θρόμβωση είναι μια σημαντική αιτία εγκεφαλικού επεισοδίου σε νεότερες ηλικίες του γενικού πληθυσμού. Η κλινική της εικόνα συχνά μιμείται άλλα οξεία νευρολογικά συμβάματα. Παρακάτω παρουσιάζουμε μια κλινική περίπτωση φλεβοθρόμβωσης εγκεφάλου σε έδαφος οξείας αιμορραγίας του γαστρεντερικού συστήματος.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής 61 ετών, διακομίζεται λόγω αναφερόμενης αιφνίδιας εγκατάστασης διαταραχών λόγου προ ωρών. Περιγράφεται από ημερών γενικευμένη αδυναμία για την οποία και νοσηλεύτηκε σε έτερο νοσοκομείο όπου διαπιστώθηκε ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία. Από το ατομικό αναμνηστικό σημειώνεται χειρουργείο βαριατρικής προ ετών. Από την αντικειμενική νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκε αφασία μικτού τύπου και δεξιά πυραμидική συνδρομή. Η αξονική εγκεφάλου απεικόνισε εκτεταμένη περιοχή ασαφών ορίων, αριστερά μετωποβρεγματικά που καταλάμβανε τη φλοιώδη, την υποφλοιώδη και την εν τω βάθει λευκή ουσία. Η αξονική φλεβογραφία εγκεφάλου ανέδειξε νηματοιειδή ροή με ευρήματα που συνηγορούν υπέρ θρόμβωσης του αριστερού εγκεφαλικού κόλπου θέτοντας τη διάγνωση της οξείας εγκεφαλικής φλεβικής θρόμβωσης. Η ασθενής εντός ωρών της νοσηλείας της παρουσίασε αυτόματη μέλαινα κένωση και κατέστη αιμοδυναμικά ασταθής. Από τον παρακλινικό έλεγχο, ανευρέθηκε οξεία

πτώση της αιμοσφαιρίνης. Κατόπιν γαστρεντερολογικής εκτίμησης, διενεργήθη επείγουσα ενδοσκόπηση που ανέδειξε παρουσία αίματος εντός του αυλού και εικόνα ισχαιμίας στομάχου και εγκλωβισμό εγγύς τμήματος δίκην εγκολεασμού. Ως εκ τούτου, υποβλήθηκε σε χειρουργείο υφολικής γαστρεκτομής λόγω αιμορραγικής καταπληξίας σε έδαφος εγκολεασμού στομάχου με συνοδό έλκος. Η ασθενής κατόπιν χειρουργείου, παρέμεινε στη Νευρολογική κλινική προς συνέχισης νοσηλείας και έλαβε αντιπηκτική αγωγή σε θεραπευτική δόση τρεις ημέρες μετά τη χειρουργική αντιμετώπιση. Παρουσίασε σταδιακή βελτίωση με σημαντική αποκατάσταση των διαταραχών λόγου. Ένα εξάμηνο μετά, συνεχίζει να λαμβάνει αντιπηκτική αγωγή και παρουσιάζει πλήρη αποκατάσταση. Πρόκειται για ασθενή με φλεβοθρόμβωση εγκεφάλου σε έδαφος οξείας απώλειας αιμοσφαιρίνης και υποβολαιμίας, χωρίς την ανεύρεση άλλων παραγόντων κινδύνου. Σημειώνεται ως σπάνιο περιστατικό στη διεθνή βιβλιογραφία, εγκεφαλικής φλεβοθρόμβωσης απότοκου οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού.

Συμπεράσματα: Η εγκεφαλική φλεβική θρόμβωση αποτελεί σπάνιο αίτιο των αγγειακών εγκεφαλικών εμφράκτων. Παρουσιάζοντας ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων και αιτιοπαθογένειας, αποτελεί πάντα πρόκληση στον κλινικό ιατρό, ώστε να τεθεί έγκαιρη διάγνωση με στόχο την αμεσότερη αντιμετώπιση.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΜΕ COVID-19

Κ. Ελευθερίου^{1,2}, Ζ. Μπαρμπαρέσου¹, Ι. Καλομενίδης^{1,2}

¹Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ²COVID Μονάδα Νοσηλείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Υπάρχει αυξανόμενο ιατρικό ενδιαφέρον σε σχέση με την κατάσταση των ασθενών μετά από λοίμωξη COVID-19 και ιδιαίτερα μετά από νοσηλεία για αυτήν.

Σκοπός: Η παρακολούθηση των ασθενών που νοσηλεύτηκαν με COVID-19 λοίμωξη σε εξωτερικό πνευμονολογικό ιατρείο, όπου θα γίνει εκτίμηση της κλινικής εικόνας, του λειτουργικού ελέγχου της αναπνοής και των απεικονιστικών ευρημάτων.

Μέθοδος: Ο πληθυσμός μελέτης περιελάμβανε 46 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην COVID κλινική του νοσοκομείου μας και εν συνεχεία εξετάστηκαν σε εξωτερικό ιατρείο κατά το χρονικό διάστημα 08/05-31/07/2020. Πραγματοποιήθηκαν 1-2 επισκέψεις και καταγράφηκαν τα αποτελέσματα της κλινικής εξέτασης (φυσική εξέταση, συμπτώματα), του λειτουργικού ελέγχου της αναπνοής (σπιρομέτρηση, στατικοί όγκοι, διαχυτική ικανότητα) και του απεικονιστικού ελέγχου (ακτινογραφία θώρακος, αξονική τομογραφία θώρακος).

Αποτελέσματα: Στον Πίνακα 1 παρατίθενται αναλυτικά τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που συμπεριελήφθησαν στην μελέτη.

Επισημαίνεται ότι το 30% του συνολικού πληθυσμού (n=14) χρειάστηκε να νοσηλευτεί για κάποιο χρονικό διάστημα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ/ΜΑΦ) του νοσοκομείου μας, ενώ το 24% του συνολικού πληθυσμού (n=11) χρειάστηκε διασωλήνωση.

Το σύνολο των ασθενών (n=46) εκτιμήθηκε κλινικά την πρώτη φορά 66±18.5 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων και 43.5±16.8 ημέρες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Το 72% αυτών (33/46) ανέφεραν τουλάχιστον ένα σύμπτωμα συσχετιζόμενο με την COVID-19 λοίμωξη. Η πλειοψηφία του αρχικού πληθυσμού (n=32, δηλαδή το 70% από το αρχικό σύνολο) εκτιμήθηκε κλινικά και δεύτερη φορά 94.3±18.4 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων και 71.4±16.8 ημέρες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Το 52% αυτών (17/32) ανέφεραν τουλάχιστον ένα σύμπτωμα. Στον Πίνακα 2 παρατίθενται αναλυτικά τα συμπτώματα κατά την πρώτη και δεύτερη επίσκεψη.

Ο λειτουργικός έλεγχος της αναπνοής διενεργήθηκε σε 26 άτομα, 89.7±20.4 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων και 63.5±18.5 ημέρες μετά το εξιτήριο από

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά πληθυσμού (n=46).

ΗΛΙΚΙΑ	58.2±14.9 έτη
Άνδρες	60.8 έτη
Γυναίκες	55.0 έτη
ΦΥΛΟ	
Άνδρες	54% (n=25)
Γυναίκες	21% (n=21)
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	
Καπνιστές	15% (n=7)
Πρώην καπνιστές	33% (n=15)
Ποτέ Καπνιστές	52% (n=24)
ΝΟΣΟΙ	Τουλάχιστον μια νόσος: 85% (n=39)
Παχυσαρκία (BMI>30)	35% (n=16)
ΑΥ	35% (n=16)
ΔΛΑ	28% (n=13)
Άσθμα	22% (n=10)
Θυρεοειδοπάθεια	20% (n=9)
ΣΔ	15% (n=7)
Κακοήθεια	13% (n=6)
Καρδιακή νόσος	11% (n=5)
Ψυχιατρική νόσος	9% (n=4)
Ανοσοκαταστολή	7% (n=3)
ΧΑΠ	4% (n=2)
Αναπνευστική νόσος	2% (n=1)
Άλλο	28% (n=13)
ΒΑΡΥΤΗΤΑ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗΣ (κατά WHO)	
Ήπια νόσος	9% (n=4)
Μέτρια νόσος	33% (n=15)
Σοβαρή νόσος	35% (n=16)
Κρίσιμη νόσος	24% (n=11)

το νοσοκομείο με απαραίτητη προϋπόθεση αρνητικό δείγμα για SARS-CoV-2. Μειωμένος FVC(<80% pred) διαπιστώθηκε στο 6% των ατόμων (2/26), ενώ μειωμένος TLC(<80% pred) σε κανέναν (0/26). Ήπια μειωμένη διάχυση (DLCO<80% pred, αλλά >60% pred) διαπιστώθηκε στο 23% των ατόμων (6/26).

Ακτινογραφία θώρακος διενεργήθηκε σε 31 άτομα, 62.1±23.6 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων και 36.1±22.3 ημέρες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Το 62% (19/31) είχε φυσιολογική απεικόνιση όσον αφορά την πνευμονία, ενώ το 38% (12/31) μη φυσιολογική με

Πίνακας 2. Συμπτώματα.

Σύμπτωμα	1 ^η Επίσκεψη (n=46)		Τελευταία Επίσκεψη (n=32)	
	Ποσοστό (%)	n	Ποσοστό (%)	n
Δύσπνοια	46	21	22	7
Κόπωση	41	19	22	7
Μ.αδυναμία	24	11	9	3
Απώλεια >10kg	22	10	25	8
Πόνος αρθρώσεων	20	9	13	4
Καταρροή	13	6	0	0
Βήχας	11	5	6	2
Ταχυκαρδία	11	5	3	1
Τριχόπτωση	6.5	3	22	7
Αυξημένη ΑΠ	6.5	3	0	0
Ζάλη	4	2	0	0
Διάρροιες	4	2	0	0
Κεφαλαλγία	2	1	3	1
Έρπης ζωστήρας	2	1	3	1
Ίλιγγος	2	1	3	1

υπολείμματα πνευμονίας. Αξονική τομογραφία θώρακος διενεργήθηκε σε 32 άτομα, 76.9 ± 25.1 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων και 53.3 ± 22.7 ημέρες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Το 28% (9/32) είχε φυσιολογική απεικόνιση όσον αφορά την πνευμονία, ενώ το 72% (23/32) μη φυσιολογική με υπολείμματα πνευμονίας (ήπια διηθήματα κύρια του τύπου ggo, ινωδοατελεκτατικές αλλοιώσεις).

Συμπέρασμα: Διαπιστώνουμε ότι παρόλο που η πλειοψηφία των ασθενών έχει εμμένοντα συμπτώματα, αυτά δείχνουν τάση βελτίωσης με την πάροδο του χρόνου. Επίσης, σε ένα ποσοστό ανευρίσκονται υπολείμματα πνευμονίας απεικονιστικά αλλά αυτά αφορούν σε ήπιες αλλοιώσεις. Τέλος, υπάρχει ένα ποσοστό ασθενών με ήπια επηρεασμένη διαχυτική ικανότητα που θα πρέπει όμως να μελετηθεί προοπτικά σε βάθος χρόνου προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣ

Χ. Σκόνδρα¹, Δ. Κοζικοπούλου¹, Θ. Οικονομάκη¹, Μ. Γιαννοπούλου¹, Γ. Τσούκα¹,
Ε. Μάγειρα², Η. Σιέμπος², Σ. Κόκκορης², Σ. Ζακυνθινός², Χ. Χριστοδουλίδου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα «Αντώνιος Γ. Μπίλλης», ²Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Η COVID-19 λοίμωξη έλαβε ταχέως διαστάσεις πανδημίας. Ενώ η κύρια βλάβη που προκαλεί ο ιός SARS-COV2 είναι η αναπνευστική ανεπάρκεια, δεν πρέπει να αγνοούνται βλάβες σε άλλα όργανα στόχους. Η οξεία νεφρική βλάβη (ONB) είναι από τις σημαντικότερες επιπλοκές της λοίμωξης και παρατηρείται σε ένα ποσοστό 5-36% των κρουσμάτων, ενώ ανέρχεται σε 25% μεταξύ των βαρέως πασχόντων. (1, 2)

Σκοπός: Η μελέτη της οξείας νεφρικής βλάβης ως απότοκος της COVID-19 λοίμωξης και η συσχέτιση της με παράγοντες κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με επιβεβαιωμένη COVID-19 λοίμωξη που εισήχθησαν στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» μεταξύ 11ης Μαρτίου και 22ης Μαΐου 2020. Έγινε επίσης συγκριτική μελέτη με 41 ασθενείς που το ίδιο χρονικό διάστημα νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αλλά ήταν αρνητικοί για COVID-19. Ασθενείς νεότεροι των 18 ετών καθώς και μεταμοσχευμένοι εξαιρέθηκαν από τη μελέτη. Η ONB ορίστηκε σύμφωνα με τα AKI κριτήρια.

Αποτελέσματα: Νοσηλεύτηκαν 99 ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη (66.7% άντρες) με μέσο όρο ηλικίας 63.57 ± 15.3 έτη. Από αυτούς νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ 44 (79.5% άντρες, μέση ηλικία 65.6 ± 10.2 έτη). Το 41.4% του συνόλου των ασθενών (41 ασθενείς) παρουσίασε ONB εκ των οποίων το 31.3% του συνόλου (31 ασθενείς) νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ. Θεραπεία υποκατάστασης χρειάστηκαν 16 ασθενείς (16.2% του συνόλου των COVID+). Απεβίωσαν 14 (45.2% των νοσηλευόμενων σε ΜΕΘ, 34.1% των AKI COVID+, εκ των οποίων ένας δεν νοσηλεύόταν στη ΜΕΘ). Η ηλικία, η

δυσλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η βαρύτητα της νόσου (σηπτική καταπληξία και αναπνευστική ανεπάρκεια) φάνηκε να συνδέονται στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση ONB.

Οι ασθενείς αρνητικοί σε COVID-19 λοίμωξη που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ το ίδιο χρονικό διάστημα, παρουσίασαν μεγαλύτερο ποσοστό ONB (92.7%), 51.2% χρειάστηκαν θεραπεία υποκατάστασης ενώ 19 απεβίωσαν (46.3%). Δεν αναδείχθηκε κάποια συσχέτιση της ONB σε αυτό τον πληθυσμό με κάποιο από τους παράγοντες κινδύνου που μελετήσαμε.

	COVID +	
	ICU	non ICU
Sex (male,%)	35 (79.5)	31 (56.4)
Age (y) (sd)	66.6 (10.2)	61.15 (18.14)
BMI (sd)	28.3 (4.2)	
DM (%)	8 (18.2)	9 (17)
Dislipidemia (%)	16 (38)	18 (33)
CAD (%)	9 (21.4)	5 (9)
COPD (%)	5 (11.9)	5 (9)
HF (%)	11 (25)	4 (7.3)
Smoke (%)	11 (25)	10 (21.7)
CKD-EPI ml/min (sd)	75 (27.3)	82.17 (27.5)
Hb g/dl (sd)	11.6 (2.5)	13.02 (1.58)
Ferritin ng/ml (sd)	901.4 (962)	362.6 (411.9)
adm.CRP (sd)	14.8 (11.4)	8.47 (10.1)

Βιβλιογραφία:

1. Acute kidney injury in patients hospitalized with COVID 19. Hirsch, Jamie S. 209-218, s.l. : Kidney International, 2020, 98.
2. A novel coronavirus from patients with coronavirus in China. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. 2020, NEJM, pp. ;382:727-733.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΟΖΩΝ ΚΑΙ ΜΑΖΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ (RADIAL PROBE-EBUS): ΟΤΑΝ Η ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΚΑΜΠΤΗ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΡΚΕΤΗ

N. Αθανασίου¹, Κ. Κότσιφας¹, Σ. Τσιπιλής¹, Α. Συκαράς², Χ. Βουρλάκου², Ε. Καμμένου³, N. Γιοσδέκου¹, Γ. Γιαννίκος¹, Ε. Μπαλής¹

¹Πνευμονολογικό Τμήμα, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, ³Κυτταρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η εύκαμπτη βρογχοσκόπηση χρησιμοποιείται μεταξύ άλλων για την διάγνωση πνευμονικών όζων ($\leq 3\text{cm}$) και πνευμονικών μαζών ($> 3\text{cm}$) με κεντρική συνηθέστερα εντόπιση. Ωστόσο, παρουσιάζει διαγνωστικούς περιορισμούς στην διάγνωση περιφερικών ή και κεντρικών βλαβών που δεν είναι ορατές ενδοβρογχικά. [1,2] Το radial-EBUS είναι ένας εύκαμπτος καθετήρας που εισάγεται μέσω του αυλού εργασίας το εύκαμπτου βρογχοσκοπίου, στο άκρο του οποίου υπάρχει περιστρεφόμενη κεφαλή υπερήχων η οποία παράγει πλήρη περιμετρική υπερηχογραφική εικόνα 360° [3] (εικόνα 1). Η χρήση του αυξάνει την διαγνωστική απόδοση, ιδίως σε περιφερικές βλάβες [2–4] ενώ χρησιμοποιείται από την κλινική μας για τον εντοπισμό και κεντρικότερων βλαβών, μη ορατών ενδοβρογχικά.

Υλικό και Μέθοδος: Στην αναδρομική αυτή μελέτη καταγράφηκαν οι ασθενείς με όζο ή μάζα πνεύμονα όπως είχε αναδειχθεί σε CT θώρακος, χωρίς ωστόσο ορατή ενδοβρογχική βλάβη, στους οποίους χρησιμοποιήθηκε radial-EBUS για να τεθεί η διάγνωση, στο χρονικό διάστημα Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου 2020. Συνολικά σε 17 ασθενείς έγινε εντόπιση της βλάβης με το radial EBUS κατά τη διάρκεια εύκαμπτης βρογχοσκόπησης υπό ενσυνείδητη καταστολή. Ακολούθως πραγματοποιήθηκαν βιοψίες ή έγινε χρήση ψήκτρας (brushing) προς ιστολογική ή κυτταρολογική αντίστοιχα εξέταση.

Αποτελέσματα: Οι 12/17 ήταν άνδρες. Μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 69 έτη (εύρος 36–87).

11 από τις πνευμονικές βλάβες είχαν περιφερική εντόπιση, ενώ 6 εξ αυτών είχαν κεντρική εντόπιση [5] (για την διάκριση βλέπε εικόνα 2). Ως προς το μέγεθος των βλαβών η διάμεσος τιμή ήταν 36mm (εύρος 16–75mm). Σε 15 ασθενείς πραγματοποιήθηκε βιοψία με λαβίδα, ενώ σε 2 ασθενείς έγινε brushing προς κυτταρολογική εξέταση, καθώς η βιοψία κρίθηκε επισφαλής λόγω μικρού μεγέθους ή περιφερικής εντόπισης της βλάβης και αυξημένου κινδύνου για επιπλοκές, ιδιαίτερα πνευμοθώρακα.

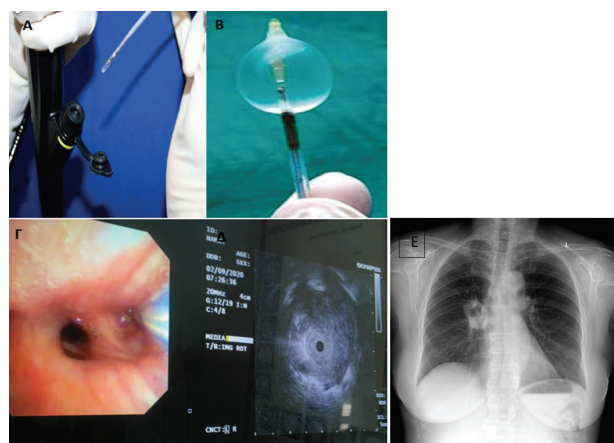
3 από τους ασθενείς εμφάνισαν αιμορραγία κατά την διάρκεια της βιοψίας που αντιμετωπίστηκε με συνη-

ρητικά μέσα, ενώ σε κανέναν ασθενή δεν διαπιστώθηκε πνευμοθώρακας.

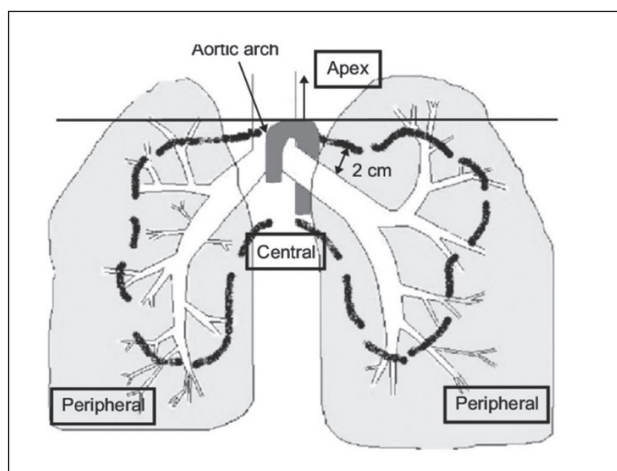
Σε 12/17 (70%) ασθενείς επιτεύχθηκε διάγνωση (11 με βιοψία και 1 με brushing). Οι 7 εξ αυτών των βλαβών είχαν περιφερική εντόπιση. Διαπιστώθηκαν 9 NSCLC, 1 SCLC ενώ 2 ήταν αληθώς αρνητικά για κακοήθεια.

Από τους 5 ασθενείς που δεν τέθηκε διάγνωση, σε 3 τέθηκε με βιοψία υπό αξονικό, σε 1 θωρακοχειρουργικά και σε 1 με επαναληπτική βρογχοσκόπηση. Διαπιστώθηκαν 4 NSCLC και 1 μεταστατικό αδενοκαρκίνωμα.

Συμπέρασμα: Η χρήση του radial EBUS επιτρέπει την εντόπιση και αποτελεσματική λήψη υλικού από πνευμονικές βλάβες μη ορατές ενδοβρογχικά σε σημαντικό ποσοστό ασθενών. Η διαδικασία είναι εφικτή και ασφαλής υπό εύκαμπτη βρογχοσκόπηση με ενσυνείδητη καταστολή και αποτελεί ένα πρόσθετο εργαλείο στα χέρια των πνευμονολόγων για την επίτευξη ιστολογικής ή κυτταρολογικής διάγνωσης.



Εικόνα 1. Radial-probe EBUS: A. Το άνω άκρο του radial probe προς εισαγωγή στον αυλό εργασίας του εύκαμπτου βρογχοσκοπίου B. Το άνω άκρο του radial probe με φουσκωμένο μπαλόνι για καλύτερη επαφή με τα βρογχικά τοιχώματα Γ. Βρογχοσκοπική εικόνα με το probe μέσα σε υποτμηματικό βρόγχο Δ. Ταυτόχρονη – Παράλληλη Radial-probe EBUS εικόνα Ε. Α/Α θώρακος. Κεντρική μάζα δεξιά παραφυλαία. Αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα.



Εικόνα 2. διάκριση κεντρικής και περιφερικής εντόπισης πνευμονικών βλαβών

Ενδεικτική Βιβλιογραφία:

1. Rivera M P and Mehta A C 2007 Initial diagnosis of lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition) Chest 132 131S-148S
2. Steinfurt D P, Khor Y H, Manser R L and Irving L B 2011 Radial probe endobronchial ultrasound for the diagnosis of peripheral lung cancer: Systematic review and meta-analysis Eur. Respir. J. 37 902–10
3. Herth F J F, Ernst A and Becker H D 2002 Endobronchial ultrasound-guided transbronchial lung biopsy in solitary pulmonary nodules and peripheral lesions Eur. Respir. J. 20 972–4
4. Jacomelli M, Demarzo S E, Cardoso P F G, Palomino A L M and Figueiredo V R 2016 Radial-probe EBUS for the diagnosis of peripheral pulmonary lesions J. Bras. Pneumol. 42 248–53
5. Faurschou P, Milman N, Dirksen A, Garsdal P, Jarnvig I L and Nissen F 1996 Classification of pulmonary lesions into central and peripheral with a template applied on chest X-ray Respir. Med. 90 349–52

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ 377 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Ε. Δασκαλάκη¹, Ν. Ρουκουνάκης¹, Μ.Χ. Παπαδοπούλου¹, Σ. Πέτσα-Πουτούρη¹, Ν. Μόρφης¹,
Χ. Βουρλάκου², Γ. Κυριακόπουλος², Θ. Αργυράκος², Π. Τρακοσάρη¹, Κ. Ρεκούνα¹,
Μ. Χρήστου¹, Μ. Μις³, Β. Βουγάς¹**

¹Α' Χειρουργικό Τμήμα - Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, ²Παθολογοανατομικό Τμήμα, ³Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η ανασκόπηση των παθολογοανατομικών ευρημάτων σε 377 ασθενείς με διαφοροποιημένο καρκίνο θυρεοειδούς (ΔΚΘ) σε διάστημα έξι ετών.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι ολικές και σχεδόν-ολικές θυρεοειδεκτομές που πραγματοποιήθηκαν από το 2010 έως το 2018 στο κέντρο μας. Ανατρέξαμε στους ιατρικούς φακέλους προκειμένου να συλλέξουμε δημογραφικά στοιχεία και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Οι ασθενείς με ιστολογική διάγνωση ΔΚΘ εντάχθηκαν σε δύο ομάδες: Σε αυτούς που το ΔΚΘ ήταν τυχαίο εύρημα (ομάδα 1) και σε αυτούς με προεγχειρητικά διαπιστωμένο ΔΚΘ (ομάδα 2). Χρησιμοποιήσαμε το σύστημα ταξινόμησης TNM.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 1465 ασθενών, 377 (26%) είχαν ιστολογική διάγνωση ΔΚΘ. Από αυτούς, 298 (79%) εντάχθηκαν στην ομάδα 1 και μόλις 79 (21%) στην ομάδα 2. Από την ομάδα 1, 35 ασθενείς (11.7%) είχαν νόσο σταδίου T1_a και 266 (88.3%) είχαν νόσο σταδίου T1_b και

άνω. Αντίστοιχα, στην ομάδα 2, 29 ασθενείς (36%) ήταν σταδίου T1_a και 50 (64%) σταδίου T1_b και άνω. Δεκαέξι ασθενείς της ομάδας 2 (20%) είχαν μονοεστιακό θηλώδες καρκίνο, κάτω του 1εκ. Το στάδιο T1_b και άνω είχε σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά διήθησης της κάψας, εξωθυρεοειδικής εντόπισης και αγγειακής διήθησης σε σχέση με το στάδιο T1_a, που είχε σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά μη επιθετικών υποτύπων θηλώδους καρκίνου.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με τυχαία ανεύρεση ΔΚΘ εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά νόσου σταδίου T1_b και άνω. Από τους ασθενείς με προεγχειρητική διάγνωση ΔΚΘ, ποσοστό 20% εμφάνισε μονοεστιακό θηλώδες, κάτω του 1εκ. Σε αυτές τις περιπτώσεις, μόνο η λοβεκτομή θα ήταν επαρκής, βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών του ASCC 2017. Ωστόσο σε προχωρημένο στάδιο νόσου (T1_b και άνω) η επιλογή του ιδανικού χειρουργείου αποτελεί αντικείμενο ομαδικής συζήτησης.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΥΧΑΙΑ ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ 1369 ΟΛΙΚΕΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΕΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΤΑ 2015

Ε. Δασκαλάκη¹, Ν. Ρουκουνάκης¹, Ι. Χριστάκης³, Μ.Χ. Παπαδοπούλου¹, Σ. Πέτσα-Πουτούρη¹, Ν. Μόρφης¹, Θ. Στρατηγού², Μ. Τζανέλα², Κ. Ρεκούνα¹, Π. Τρακοσάρη¹, Κ. Παυλόπουλος¹, Α. Πολύμερου¹, Χ. Κοντοβαζαϊνίτης¹, Β. Βουγάς¹

¹Α' Χειρουργικό Τμήμα - Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, ²Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ³Χειρουργική Ενδοκρινών Αδένων, Nottingham

Εισαγωγή: Η τυχαία ανεύρεση διαφοροποιημένου καρκίνου θυρεοειδούς (ΔΚΘ) σε θυρεοειδεκτομή για καλοήγη πάθηση αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για τον ασθενή, αλλά και το χειρουργό, καθώς αλλάζει το θεραπευτικό πλάνο.

Σκοπός: Να μελετήσουμε τη συχνότητα τυχαίου ΔΚΘ σε επεμβάσεις με καλοήγη προεγχειρητική διάγνωση, να αναγνωρίσουμε τους παράγοντες κινδύνου και να ταξινομήσουμε τους ασθενείς με βάση τα κριτήρια ΑΤΑ 2015.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι θυρεοειδεκτομές που πραγματοποιήθηκαν τη χρονική περίοδο 2010-2018. Αποκλείστηκαν οι ασθενείς με διαγνωσμένη κακοήθεια.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 1369 θυρεοειδεκτομών, 282 ασθενείς (21%) διαγνώστηκαν με ΔΚΘ. Από αυτούς, 19% ήταν άνδρες, με τις γυναίκες να αντιπροσωπεύουν το 14%

($p=0.03$), ενώ 35% εμφάνιζε ιστολογικά ευρήματα θυρεοειδίτιδας έναντι 25% χωρίς ($p=0.004$). Ποσοστό 96% (270 ασθενείς) ανήκαν στην ομάδα χαμηλού κινδύνου κατά ΑΤΑ, ενώ μόλις 4% στην ενδιαμέσου κινδύνου. Οι ενδιαμέσου κινδύνου είχαν σημαντικά αυξημένη διήθηση της κάψας, εξωθυρεοειδική εντόπιση και αγγειακή διήθηση. Συνολικά, 22% των ασθενών με τυχαία ανεύρεση ΔΚΘ θα χρειαστούν θεραπεία με ραδιενεργό I131, καθώς και 15% των ασθενών με νόσο σταδίου I.

Συμπεράσματα: Οι άνδρες καθώς και οι ασθενείς με θυρεοειδίτιδα παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για ΔΚΘ. Ένας στους πέντε ασθενείς θα χρειαστεί θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο, ακόμη και αν εμφανίζεται με πρώιμο στάδιο νόσου.

ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΔΥΟ ΧΡΟΝΟΥΣ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Ε. Δασκαλάκη¹, Ν. Ρουκουνάκης¹, Β. Δρακόπουλος¹, Σ. Μποτσάκης², Μ.Χ. Παπαδοπούλου¹, Σ. Πέτσα-Πουτούρη¹, Ν. Μόρφης¹, Π. Τρακοσάρη¹, Κ. Ρεκούνα¹, Α. Κόβατς², Ν. Δριμάλας², Κ. Ρωμανά³, Κ. Σωτηρίου³, Μ. Χρήστου¹, Κ. Παυλόπουλος¹, Α. Πολύμερου¹, Χ. Κοντοβαζαϊνίτης¹, Β. Βουγάς¹

¹Α' Χειρουργικό Τμήμα - Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, ²Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα, ³Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η χρήση διεγχειρητικής νευροπαρακολούθησης επιτρέπει τη συνεχή καταγραφή της σωστής λειτουργίας των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων (ΠΛΝ) σε πραγματικό χρόνο, παρέχοντας τη δυνατότητα στο χειρουργό να μετατρέψει την ολική εκτομή σε εκτομή σε δύο χρόνους, σε περίπτωση απώλειας σήματος (ΑΣ) από την πρώτη πλευρά, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο αμφοτερόπλευρου τραυματισμού των ΠΛΝ.

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της χρήσης συνεχούς νευροπαρακολούθησης καθώς και την τροποποίηση της έκτασης της εκτομής αναλόγως των ευρημάτων.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική θυρεοειδεκτομή από τον Ιανουάριο του 2013 μέχρι τον Αύγουστο του 2018. Αποκλείστηκαν όσοι είχαν προηγούμενο χειρουργείο στον τράχηλο, παρθυρεοειδεκτομή, προϋπάρχουσα πάρεση φωνητικών χορδών (ΠΦΧ) ή λοβεκτομή. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε λαρυγγοσκόπηση προ- και μετεγχειρητικά.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 854 ασθενών, 70 (8.2%) εμφάνισαν ΠΦΧ μετεγχειρητικά. Δύο (0.23%) είχαν μόνιμη ΠΦΧ, ενώ οι υπόλοιποι 68 (7.97%) παροδική. Εικοσιτρείς (2.7%) ασθενείς ήταν υποψήφιοι για θυρεοειδεκτομή σε δύο χρόνους, μετά από ΑΣ κατά την εκτομή του πρώτου λοβού, εκ των οποίων δέκα με θηλώδες ή θυλακιώδες καρκίνωμα και ένας με τοξική πολυοζώδη βρογχοκήλη. Σε 22 από τους 23 ασθενείς (95.7%), η ΠΦΧ υποχώρησε εντός δύο μηνών από το χειρουργείο, ενώ μόνιμη ΠΦΧ (άνω των 6 μηνών) εμφάνισε ένας ασθενής. Με τη θυρεοειδεκτομή σε δύο χρόνους, δεν είχαμε καμία περίπτωση αμφοτερόπλευρης κάκωσης ΠΛΝ.

Συμπεράσματα: Η θυρεοειδεκτομή σε δύο χρόνους αποτελεί πολλά υποσχόμενη μέθοδο, καθώς πρακτικά εξαλείφει μία από τις χειρότερες επιπλοκές στη χειρουργική του θυρεοειδούς. Την προτείνουμε σε όλες τις περιπτώσεις απώλειας σήματος κατά την εκτομή του πρώτου λοβού, ακόμη και σε κακοήθειες, δεδομένου ότι τα πλεονεκτήματα της υπερτερούν των κινδύνων για τον ασθενή.

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ICG

Μ. Σωτηροπούλου, Π. Αλεξάκου, Ν. Νταργάκης, Μ. Ψαρολόγος, Π. Μεταξάς, Χ. Κυζερίδης, Δ. Στέργιου, Ε. Μαυροδημητράκη, Μ. Καζαντζή, Ε. Κεφάλου, Α. Κολινιώτη, Σ. Καπίρης

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

Εισαγωγή: Η αναστομωτική διαφυγή μετά από χειρουργικές επεμβάσεις του παχέος εντέρου είναι μια σοβαρή επιπλοκή, με αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα. Η αναφερόμενη επίπτωση είναι 3-20%. Τα τελευταία χρόνια, η διεγχειρητική απεικόνιση με πράσινο της ινδοκυανίνης κερδίζει έδαφος ως μια μέθοδος για την αξιολόγηση της αιματικής ροής. Σκοπός της μελέτης μας είναι να συμβάλλουμε επιστημονικά στοιχεία στο χειρουργικό τομέα.

Υλικό-Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε 19 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κολεκτομή (12 λαπαροσκοπική και 7 ανοικτή) στις οποίες έγινε χρήση διεγχειρητικά της χρωστικής ουσίας πράσινο της ινδοκυανίνης (ICG). Το πρωτόκολλο που εφαρμόζεται ξεκίνησε τον Ιούνιο 2020 (5 μήνες) και περιλαμβάνει τη χορήγηση 0,3mg/kg ινδοκυανίνης ενδοφλεβίως από τον αναισθησιολόγο, αμέσως μετά την απολίνωση των αγγείων του εντέρου και την εξαίρεση του πάσχοντος τμήματος, αλλά πριν την ολοκλήρωση της

αναστόμωσης. Μετά το πέρας 2-3 λεπτών και τη χρήση λαπαροσκοπικού πύργου και IR κάμερας, εκτιμάται η διεγχειρητική ροή αίματος στο εγγύς και στο άπω τμήμα του εντέρου, με τη χρήση υπέρυθρου φωτός. Σε όλες τις περιπτώσεις ως τώρα ο φθορισμός έχει διαρκέσει τουλάχιστον 60 δευτερόλεπτα, η αιμάτωση έχει οριστεί ως επαρκής και δεν έχει πραγματοποιηθεί περαιτέρω διατομή των άκρων του εντέρου. Σε όλες τις περιπτώσεις έχει ακολουθήσει αναστόμωση και οι ασθενείς έχουν καλή μετεγχειρητική πορεία χωρίς επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Η αγγειογραφία με ινδοκυανίνη φαίνεται από τα πρώτα αποτελέσματά μας να είναι μια ασφαλής και χρήσιμη τεχνική με σκοπό τη μείωση των αναστομωτικών διαφυγών στη χειρουργική του εντέρου ώστε να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνητότητα αυτών των ασθενών. Η εφαρμογή του πρωτοκόλλου συνεχίζεται στην κλινική μας, ώστε με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών να προσκομίσουμε νέα δεδομένα.

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΗΣ ΙΝΔΟΚΥΑΝΙΝΗΣ (ICG) ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ: ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ 20 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Κολινιώτη, Μ. Καζαντζή, Π. Αλεξάκου, Μ. Σωτηροπούλου, Ν. Νταργάκης, Μ. Ψαρολόγος, Π. Μεταξάς, Χ. Κυζερίδης, Δ. Στέργιου, Ε. Μαυροδημητράκη, Ε. Κεφάλου, Σ. Καπίρης

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

Εισαγωγή: Η κάκωση του κοινού χοληδόχου πόρου κατά τη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή αποτελεί μία σοβαρή επιπλοκή η οποία εξακολουθεί να αναφέρεται σε ποσοστό 0.4%. Μία από τις χρήσεις του φθορισμού με πράσινο του Ινδοκυανίου (ICG) στη λαπαροσκοπική χειρουργική αποτελεί διεγχειρητική αναγνώριση της ανατομίας του εξω-ηπατικού χοληφόρου δέντρου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να τεκμηριώσουμε την εφαρμοσιμότητα και το κλινικό αποτέλεσμα της διεγχειρητικής απεικόνισης του χοληφόρου δέντρου με πράσινο της ινδοκυανίνης (ICG).

Υλικό-Μέθοδοι: Συμπεριελήφθησαν 20 ασθενείς με συμπτωματική χολολιθίαση από τον Ιούνιο 2020 (5 μήνες) οι οποίοι είχαν προγραμματιστεί για λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Οι ασθενείς οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε προεγχειρητική ERCP, MRCP ή είχαν προηγηθέν επεισόδιο παγκρεατίτιδας αναγνωρίστηκαν ως ασθενείς με επιπλεγμένη χολολιθίαση (22.2%). Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκαν 5mg ενδοφλέβια 0,5 έως 3 ώρες προεγχειρητικά.

Καταγράφηκαν τα σωματομετρικά στοιχεία των ασθενών και η ηπατική τους βιοχημεία πριν το χειρουργείο. Ελέγχθηκαν διεγχειρητικά συμβάματα, ο χειρουργικός χρόνος και η διάρκεια νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Η απεικόνιση των εξωηπατικών χοληφόρων και η διενέργεια critical view of safety ήταν εφικτή στο σύνολο των περιπτώσεων. Όσον αφορά τη χρονική στιγμή της απεικόνισης, αυτή ήταν εφικτή στο 66.7% πριν την παρασκευή των στοιχείων και στο 77.7% μετά.

Σε μία περίπτωση, η χρήση του ICG οδήγησε σε αποφυγή μετατροπής ενώ σε δύο ακόμη περιπτώσεις κατεύθυνε το χειρουργό σε αλλαγή του χειρουργικού πλάνου παρασκευής. Μέσος όρος χειρουργικού χρόνου ήταν τα 46 λεπτά, ενώ νοσηλείας οι 1,8 ημέρες.

Συμπέρασμα: Η χολαγγειογραφία με ICG στη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι εφικτή και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τη διεγχειρητική απεικόνιση των χοληφόρων και την πρόληψη κακώσεων του χοληδόχου πόρου.

ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΗΣ ΙΝΔΟΚΥΑΝΙΝΗΣ (ICG) ΣΤΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ

Ε. Μαυροδημητράκη, Μ. Ψαρολόγος, Π. Αλεξάκου, Μ. Σωτηροπούλου, Ν. Νταργάκης, Π. Μεταξάς, Χ. Κυζερίδης, Ε. Κεφάλου, Δ. Στεργίου, Μ. Καζαντζή, Α. Κολινιώτη, Ι. Αλεβιζάκης, Σ. Καπίρης

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

Σκοπός: Η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή αποτελεί πλέον τη μέθοδο εκλογής στην χειρουργική των επινεφριδίων, για καλοήθεις αλλά και κακοήθεις όγκους, λόγω των σημαντικών πλεονεκτημάτων της. Η αναγνώριση της ανατομίας των αγγείων των επινεφριδίων και των παραλλαγών αυτών αποτελεί βασικό χρόνο της ασφαλούς λαπαροσκοπικής επινεφριδεκτομής. Το πράσινο της ινδοκυανίνης (ICG), μετά την ενδοφλέβια χορήγησή του, μπορεί να ανιχνευθεί με τη χρήση ειδικής κάμερας και να απεικονιστεί, επιτρέποντας την αναγνώριση των ανατομικών δομών που εμπεριέχουν το σκιαγραφικό όπως αγγεία, λεμφαδένες. Με την παρούσα μελέτη θα προσπαθήσουμε να τεκμηριώσουμε την κλινική χρησιμότητα της χρήσης ICG στις λαπαροσκοπικές επινεφριδεκτομές.

Υλικό-Μέθοδοι: Η εργασία μας είναι μία προοπτική ελεγχόμενη μελέτη. Η ομάδα μελέτης αποτελείται από 15 ασθενείς με επινεφριδιακή νόσο που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή. Το πρωτόκολλο ξεκίνησε τον Ιούνιο 2020 (5 μήνες) και συνίσταται σε χορήγηση 5mg ICG ενδοφλέβια πριν τη παρασκευή του επινεφριδίου και καταγραφή των χρόνων που απεικονίζεται το επινεφρίδιο και τα επινεφριδιακά αγγεία και επανάληψη της χορήγησης μετά την παρασκευή με 2,5 έως 7,5mg.

Έχει γίνει καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων, η ένδειξη και ο χρόνος του χειρουργείου. Επίσης, ελέγχθηκαν τα διεγχειρητικά συμβάματα, οι πιθανές μετατροπές σε ανοιχτή επέμβαση και καταγράφηκε αν η απεικόνιση της επινεφριδιακής φλέβας επηρέασε την παρασκευή και το χρόνο του χειρουργείου.

Αποτελέσματα: Διενεργήθηκαν 15 λαπαροσκοπικές επινεφριδεκτομές με τη χρήση ICG από τις οποίες 6 αριστερές και 9 δεξιές. Η διάρκεια του χειρουργείου κυμάνθηκε από 120 έως 160 λεπτά, με τις αριστερές να κρατούν περισσότερο σε διάρκεια σε σχέση με τις δεξιές. Συνολικά, δόθηκαν από 7,5 έως 12,5 mg ICG και η ευκρινέστερη απεικόνιση της φλέβας σημειώθηκε στα 60-70 sec από την χορήγηση. Όσον αφορά την απεικόνιση των αγγειακών δομών, στη λαπαροσκοπική δεξιά επινεφριδεκτομή, όπου και η θέση της επινεφριδιακής φλέβας είναι σταθερή, το ICG δεν φαίνεται να επηρέασε την ευκολία εύρεσης της δομής αλλά την επιβεβαίωσε στα 2/3 των περιπτώσεων ενώ στις υπόλοιπες δεν την ανέδειξε ισχυρά. Ωστόσο, ανέδειξε εντυπωσιακά την μορφή της κάτω κοίλης φλέβας βοηθώντας στην ασφαλή εκτομή του επινεφριδίου. Αντίθετα, στην αριστερή λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή όπου η εύρεση της φλέβας είναι πιο δύσκολη, το ICG την ανέδειξε στο 75% των περιπτώσεων πριν την παρασκευή της περιτονίας του Gerota ενώ στο 100% μετά την παρασκευή, μειώνοντας αρκετά τον εγχειρητικό χρόνο.

Συμπεράσματα: Το ICG στη λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή φαίνεται να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο με χαμηλό κόστος, μεγάλο εύρος χορήγησης και χωρίς ιδιαίτερες απαιτήσεις στη χρήση του ή παρενέργειες. Στις δεξιές λαπαροσκοπικές επινεφριδεκτομές επιβεβαίωσε την ανατομία και βοήθησε στην ασφαλή εκτομή. Στις αριστερές, στις οποίες συναντάται η μεγαλύτερη δυσκολία, φαίνεται να μπορεί να κατευθύνει την παρασκευή μειώνοντας τον διεγχειρητικό χρόνο, τις επιπλοκές και τη νοσηρότητα.

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΩΡΛ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΤΕΠ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Ν. Φούρλα, Α. Μπιλάλη, Π. Πυργάκης, Ν. Δριμάλας, Σ. Μποτσάκης

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ΩΡΛ κλινική του Νοσοκομείου μας ετησίως καλείται να αντιμετωπίσει στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών τουλάχιστον 6000 περιστατικά. Το χρονικό διάστημα 26/12/2018 έως 14/03/2020 στο ΤΕΠ ΩΡΛ προσήλθαν 6870 ασθενείς με προβλήματα που αφορούσαν το σύνολο του επιστημονικού πεδίου της ΩΡΛ, από το βύσμα κυψελίδας μέχρι το πλαγιότραχηλικό απόστημα, τον επείγοντα αεραγωγό και τους όγκους γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η ανασκόπηση των ΩΡΛ περιστατικών στα ΤΕΠ του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», η στατιστική ανάλυση και η περιγραφή τους, καθώς επίσης και η ανάδειξη της συμμετοχής και συνεργασίας της ειδικότητάς μας με άλλες ειδικότητες στην ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών.

Υλικά-Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική καταγραφή των ΩΡΛ επειγόντων περιστατικών που αντιμετώπισε η κλινική μας, σε διάστημα ενός έτους και τριών μηνών, όπως καταγράφηκαν στα βιβλία των επειγόντων.

Αποτελέσματα: Στο αναφερθέν διάστημα, καταγράφηκαν 113 γενικές εφημερίες 17ώρες και 24ώρες. Συνολικά, στο ΩΡΛ ΤΕΠ, προσήλθαν 6.870 ασθενείς, ηλικίας από 16 ετών και άνω, εκ των οποίων οι 221 εισήχθησαν στην ΩΡΛ κλινική για άμεση αντιμετώπιση ή παρακολούθηση. Παρατίθενται οι πιο συχνές διαγνώσεις.

Με συμπτωματολογία που αφορούσε το έξω ή μέσο ους, οι τρεις πιο συχνές αιτίες προσέλευσης αφορούσαν σε: Βύσμα κυψελίδας (n: 490), εξωτερική ωτίτιδα (n: 489) και εκκριτική ωτίτιδα (n: 273). Μια ακόμη μεγάλη κατηγορία αφορά σε ασθενείς με αναφερόμενη ζάλη ή ίλιγγο, οι οποίοι χρήζουν εξέτασης από πολλές ειδικότητες, συνηθέστερα ΩΡΛ και νευρολόγο. Το έτος 2019 από τους 673 ασθενείς με ζάλη ή ίλιγγο στο ΩΡΛ ΤΕΠ, μόνο 211 διαγνώστηκαν με ζάλη περιφερικής αιτιολογίας.

Εκ του συστήματος της ρινός προσήλθαν 834 περιστατικά με συμπτώματα ρινίτιδας/ρινοφαρυγγίτιδας, 258 με παραρρινοκολπίτιδα και 449 με ρινορραγία αυτόματης ή τραυματικής αιτιολογίας. Πλήθος ασθενών με κακώσεις κεφαλής-προσώπου-τραχήλου εξετάζονται από το ΩΡΛ τμήμα στο Χειρουργικό ΤΕΠ, για διερεύνηση κακώσεων ρινός, σπλαγχνικού κρανίου και τραχήλου σε συνεργασία με τις χειρουργικές ειδικότητες σε κάθε εφημερία.

Από την ανατομική περιοχή του λάρυγγα και του φάρυγγα οι κυριότερες διαγνώσεις που τέθηκαν ήταν: Φαρυγγίτιδα (n: 504), αμυγδαλίτιδα (n: 458) και κατάποση ξένου σώματος (n: 244), ενώ οδηγήθηκαν σε επείγον χειρουργείο 30 ασθενείς: 11 με πλαγιοφαρυγγικό απόστημα, 4 με πλαγιότραχηλικό απόστημα, 10 με επαπειλούμενο αεραγωγό και αδυναμία διασωλήνωσης, 1 με ξένο σώμα λάρυγγος με μικρολαρυγγοσκόπηση και 4 με ξένο σώμα οισοφάγου με οισοφαγοσκόπηση.

Συμπεράσματα: Η κλινική μας καλείται να αντιμετωπίσει έναν μεγάλο όγκο περιστατικών με μέσο όρο 83,3 περιστατικά ανά εφημερία, με ποικίλη βαρύτητα. Αδιαμφισβήτητο ένα σημαντικό ποσοστό αυτών (≈65-70%) αφορά σε διαγνώσεις, που θα έπρεπε να απασχολούν το σύστημα της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και όχι ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο, όπως «Ο Ευαγγελισμός». Ωστόσο, σε σύγκριση με άλλα νοσοκομεία της χώρας, η ΩΡΛ κλινική του Ευαγγελισμού παραμένει μάχιμη σε όλο το φάσμα της ειδικότητας. Αντιμετωπίζει έναν μεγάλο αριθμό, αν όχι το μεγαλύτερο σε ετήσια βάση, ασθενών με εν τω βάθει τραχηλικές λοιμώξεις, καταστάσεις με υψηλότερη θνητότητα και επείγοντότητα, καθώς επίσης και ασθενών με ανάγκη επείγουσας τραχειοτομής, καθώς είμαστε το κέντρο με τις περισσότερες επείγουσες τραχειοτομές στην χώρα.

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΤΡΑΧΗΛΙΚΩΝ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ

A. Κόβατς, K. Χρας, A. Mohannad, A. Τουργέλη, N. Δριμάλας, Σ. Μποτσάκης

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

Εισαγωγή: Τα εν τω βάθει τραχηλικά αποστήματα είναι μια ταχύτατα εξελισσόμενη κατάσταση που απαντάται συχνότερα σε ανοσοκατασταλμένους και άτομα με κακή στοματική υγιεινή. Επεκτείνονται ταχύτατα στα διάφορα διαστήματα του τραχήλου και μπορούν να επιπλακούν με μεσοθωρακίτιδα, μια δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση. Το πλαγιοφαρυγγικό απόστημα είναι το συχνότερο εν τω βάθει τραχηλικό απόστημα στους ενήλικες.

Υλικό-Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη 69 μηνών από τον Ιανουάριο 2015 έως και τον Σεπτέμβριο 2020 για ασθενείς με εν τω βάθει τραχηλικά αποστήματα που αντιμετωπίστηκαν στην ΩΡΛ Κλινική του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός». Συνολικά νοσηλεύτηκαν 68 ασθενείς με αποστήματα τραχήλου. Όλοι είχαν υποβληθεί σε Αξονική Τομογραφία τραχήλου που επιβεβαίωνε την αποστηματική κοιλότητα σε διάφορα διαμερίσματα του τραχήλου και όλοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά, είτε με ενδοστοματική διάνοιξη είτε με εξωτερική προσπέλαση. Στάλθηκε σε όλους καλλιέργεια πύου για καλλιέργεια και ετέθη αντιβίωτική αγωγή βάσει αντιβιογράμματος. Αναλυτικότερα, νοσηλεύτηκαν 36 ασθενείς με πλαγιοφαρυγγικά και παραφαρυγγικά αποστήματα, από τους οποίους 7 χρειάστηκαν προφυλακτική τραχειοστομία και 7 επείγουσα αμυγδαλεκτομή.

3 ασθενείς χειρουργήθηκαν με απόστημα βάσης γλώσσας και προφυλακτική τραχειοστομία. Τέλος υπήρχαν 29 ασθενείς με πλαγιοτραχηλικά αποστήματα, εκ των οποίων 13 υπεβλήθησαν σε επείγουσα τραχειοστομία και σε 8 διαπιστώθηκε από την αξονική τομογραφία εικόνα κατιούσας νεκρωτικής μεσοθωρακίτιδας. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις περιπτώσεις των ασθενών με μεσοθωρακίτιδα χρειάστηκε η χειρουργική παρέμβαση θωρακοχειρουργών, καθώς και επανεπεμβάσεις για τα εξαλειφθούν υπολειπόμενες αποστηματικές συλλογές στον τράχηλο ή/και το θώρακα.

Αποτελέσματα: 67 ασθενείς εξήλθαν του νοσοκομείου σε καλή κλινική κατάσταση με μέσο χρόνο νοσηλείας 14 ημερών. Ένας ασθενής με πλαγιοτραχηλικό απόστημα και κατιούσα νεκρωτική μεσοθωρακίτιδα κατέληξε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μετά από μακρά νοσηλεία. Τα πιο κοινά αερόβια μικρόβια ανήκαν στην ομάδα του *Streptococcus* ενώ από τα αναερόβια ήταν πιο συχνά *Prevotella* Sp.

Συμπέρασμα: Τα εν τω βάθει τραχηλικά αποστήματα αποτελούν μια επικίνδυνη κλινική οντότητα για τους ενήλικες και απαιτούν άμεση χειρουργική επέμβαση λόγω των δυνητικά επικίνδυνων επιπλοκών τους.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΠΑΡΑΡΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ, Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Α. Μπιλάλη, Ν. Φούρλα, Π. Πυργάκης, Α. Κόβατς, Κ. Χρας, Μ. Αλμομανί, Ν. Κιούσης, Α. Μιχαηλίδου, Α. Τουργέλη, Μ. Χρόνη, Κ. Χαψή, Ν. Δριμάλας, Σ. Μποτσάκης

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ενδοκράνιες επιπλοκές της παραρρινοκολπίτιδας αποτελούν σπάνια οντότητα με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Οι κυριότερες είναι η μηνιγγίτιδα, το εγκεφαλικό απόστημα και η θρόμβωση φλεβωδών κόλπων. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας στη διαχείριση ασθενών με παραρρινοκολπίτιδα και ενδοκράνιες επιπλοκές αυτής.

Υλικά-Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη 5 ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω ενδοκράνιων επιπλοκών σε έδαφος οξείας ή χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας τη χρονική περίοδο Ιούλιος 2017 - Αύγουστος 2020. Περιγράφονται η συμπτωματολογία, οι ενδείξεις ενδοσκοπικής και ανοιχτής χειρουργικής επέμβασης και η μετεγχειρητική πορεία.

Αποτελέσματα: Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 5 περιστατικά, 3 γυναίκες και 2 άνδρες με μέση ηλικία τα 34 έτη. Όλοι προσήλθαν με εμπύρετο άνω των 7 ημερών, συμπτώματα παραρρινοκολπίτιδας και νευρολογική σημειολογία. Υπεβλήθησαν σε ενδοσκόπηση ρινός, αξονική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και σπλαγχνικού

κρανίου και ευρέθησαν με πλήρη κατάληψη παραρρινίων κοιλοτήτων και ενδοκράνιες επιπλοκές. Ειδικότερα, 3 διεγνώσθησαν με πλήρη μονόπλευρη κατάληψη μετωπιαίων κόλπων και απόστημα μετωπιαίου λοβού, 1 διεγνώσθη με πανκολπίτιδα και διάχυτο επισκληρίδιο εμπύημα και 1 με σφηνοειδίτιδα και μηνιγγίτιδα. Η ενδοσκόπηση ανέδειξε σε όλους πυώδεις εκκρίσεις στις ρινικές κοιλότητες. Όλοι υπερβλήθησαν σε επείγουσα ενδοσκοπική διάνοιξη παραρρινίων κοιλοτήτων, ενώ 4 εξ αυτών χρειάστηκαν και νευροχειρουργική αντιμετώπιση με ανοιχτή κρανιοτομή και παροχέτευση των εγκεφαλικών αποστημάτων. Μετεγχειρητικά, όλοι έλαβαν διπλό αντιβιοτικό σχήμα και παρέμειναν στη ΜΕΘ άνω των 15 ημερών, με τακτικούς ενδοσκοπικούς καθαρισμούς των διανοιγμένων κοιλοτήτων. Τέσσερις εξήλθαν με καλό νευρολογικό επίπεδο και 1 απεβίωσε λόγω επιδείνωσης μηνιγγίτιδας σε θρόμβωση σηραγγώδους κόλπου.

Συμπεράσματα: Εμμένουσες πυώδεις παραρρινοκολπίτιδες με ενδοκράνιες επιπλοκές χρήζουν άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης προκειμένου να αποφευχθούν δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές.

ΜΟΝΟΠΛΕΥΡΗ ΣΦΗΝΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ν. Φούρλα, Μ. Χρόνη

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

Η μονόπλευρη μυκητιασική σφηνοειδίτιδα συχνά αποτελεί διαγνωστικό πρόβλημα καθώς τα συμπτώματα που προκαλεί είναι ασαφή. Πρόκειται για σπάνια νόσο που μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα από τους οφθαλμούς. Οι επιπλοκές της σφηνοειδίτιδας μπορεί να είναι σοβαρές καθώς ο σφηνοειδής γειτνιάζει ανατομικά με κρανιακά νεύρα και το σφραγγώδη κόλπο.

Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση 3 περιστατικών με μυκήτωμα σφηνοειδούς που προσήλθαν λόγω κεφαλαλγίας και συμπτωμάτων από τους οφθαλμούς.

Περιστατικό 1: Άνδρας 55 ετών προσήλθε λόγω κεφαλαλγίας, διάρκειας μηνών και πρόσφατη εγκατάσταση θολής όρασης. Είχε λάβει επανειλημμένες αγωγές με αντιβίωση για παραρρινοκολπίτιδα και είχε υποβληθεί σε αξονική τομογραφία σπλαχνικού κρανίου η οποία ανέδειξε πλήρη μονόπλευρη κατάληψη του σφηνοειδούς με αποτιτανώσεις. Κλινικά εμφάνιζε πάρεση του σύστοιχου απαγωγού νεύρου. Υπεβλήθη σε ενδοσκοπική διάνοιξη του σφηνοειδούς και παροχέτευση του περιεχομένου με τη χαρακτηριστική υφή που οδήγησε σε ύφεση των συμπτωμάτων.

Περιστατικό 2: Γυναίκα 45 ετών προσήλθε λόγω έντονης κεφαλαλγίας, αίσθημα βάρους στη περιοχή του οφθαλμού, χωρίς προβλήματα από τους οφθαλμοκινητικούς μυς. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε μονόπλευρη κατάληψη σφηνοειδούς με αποτιτανώσεις.

Περιστατικό 3: Άνδρας 32 ετών προσήλθε λόγω έντονης κεφαλαλγίας με ινιακή εντόπιση. Η ενδοσκοπική της ρινός ήταν φυσιολογική και η αξονική τομογραφία του σπλαχνικού κρανίου εμφάνιζε μονόπλευρη κατάληψη του σφηνοειδούς.

Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ενδοσκοπική διάνοιξη και παροχέτευση του σφηνοειδούς που είχε ως αποτέλεσμα την ύφεση της κεφαλαλγίας.

Συμπέρασμα: Η χρόνια κεφαλαλγία μπορεί να οφείλεται σε μυκήτωμα του σφηνοειδούς που δεν συνοδεύεται από άλλα εργαστηριακά ευρήματα και η διάγνωση του οποίου προϋποθέτει τον απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία. Η αντιμετώπιση του μυκητώματος του σφηνοειδούς είναι χειρουργική.

Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΥΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ

Ε. Πατσάκη¹, Μ. Σαντική², Β. Βασιλείου², Ε. Παπαδόπουλος¹, Χ. Γαρνάβος³, Δ. Μακρυγιάννη², Β. Σακελλάρη², Γ. Γιοφτσος²

¹Γραφείο Φυσικοθεραπευτών, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Τμήμα Φυσικοθεραπείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής,

³Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η γήρανση του πληθυσμού έχει οδηγήσει στην αύξηση του επιπολασμού συνδρόμων και διαταραχών που συνδέονται με το γήρας. Δύο από τις πιο χαρακτηριστικές διαταραχές αποτελούν οι πτώσεις και η ευπάθεια. Η τελευταία αποτελεί ένα πολυδιάστατο γηριατρικό σύνδρομο που χαρακτηρίζει υπερήλικες που παρουσιάζουν έκπτωση των σωματικών ικανοτήτων τους και μείωση των λειτουργικών εφεδρειών τους, ενώ φαίνεται να συνδέεται με υψηλά ποσοστά συνοσηρότητας και θνησιμότητας.

Σκοπός: Η μελέτη μας στοχεύει στην διερεύνηση της ύπαρξης του συνδρόμου ευπάθειας σε ηλικιωμένους ασθενείς με κάταγμα στο ισχίο προκαλούμενο από πτώση και τον έλεγχο της δύναμης και της λειτουργικότητας των ασθενών αυτών.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 76 ασθενείς (♂23, ♀53) άνω των 65 ετών της Ορθοπαιδικής κλινικής του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», οι οποίοι είχαν υποστεί κάταγμα στην περιοχή του ισχίου από πτώση. Οι ασθενείς έπρεπε να διαθέτουν επαρκές επίπεδο επικοινωνίας και να μην πάσχουν από κάποιο νευρομυϊκό νόσημα. Η ευπάθεια αξιολογήθηκε με την κλίμακα Clinical Frailty Scale (CFS), ο φόβος για πτώση με την Falls Efficacy Scale (FES) ενώ η μέτρηση της μυϊκής ισχύς έγινε μέσω δυναμομέτρου χειρός και της λειτουργικότητας μέσω της κλίμακας Barthel. Όλα τα εργαλεία παρουσιάζουν υψηλή αξιοπιστία και στο γηριατρικό πληθυσμό.

Αποτελέσματα: Το σύνδρομο ευπάθειας εμφανίζεται στο 29% του δείγματος, ενώ και οι ηλικιωμένοι που βρίσκονται

σε κατάσταση προ-ευπάθειας αντιπροσωπεύουν το 30%. Το ποσοστό είναι ιδιαίτερα υψηλό στο γυναικείο πληθυσμό, ο οποίος αντιπροσωπεύει και το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος. Η δύναμη χειρός ήταν 15 ± 5 kg (mean $\pm$ SD), μειωμένη έναντι του γηριατρικού πληθυσμού της κοινότητας. Ενώ διαπιστώθηκε και σημαντικά μειωμένη δύναμη μεταξύ των ευπαθών και μη ασθενών (mean $\pm$ SD: $11.95 \text{ kg} \pm 3.7$ vs $16.8 \text{ kg} \pm 10$, $p < 0.05$). Και η λειτουργικότητα βρέθηκε μειωμένη μεταξύ των δύο προαναφερθέντων ομάδων [median (IQR): 50(20-80) vs 100(85-100), $p < 0.05$]. Οι γυναίκες ανέφεραν σημαντικά μειωμένη λειτουργικότητα έναντι των ανδρών ($p < 0.05$). Ενώ διαπιστώθηκε ότι το 18,5 των γυναικών παρουσίασαν πρωτογενή φόβο πτώσης. Σημαντικοί περιορισμοί αποτέλεσαν το μικρό δείγμα της μελέτης αλλά και η έλλειψη μιας ομάδας ελέγχου γηριατρικού πληθυσμού. Επιπρόσθετα, τόσο η αξιολόγηση του φόβου πτώσης όσο και της λειτουργικότητας πραγματοποιήθηκε με ανάκληση μνήμης.

Συμπεράσματα: Διαπιστώθηκε σημαντικό ποσοστό επιπολασμού του συνδρόμου ευπάθειας. Η μυϊκή ισχύς και η λειτουργικότητα των ευπαθών ηλικιωμένων είναι σημαντικά μειωμένη, γεγονός που συνάδει με την κλινική εικόνα του συνδρόμου. Είναι αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση του συνδρόμου γενικότερα στο γηριατρικό πληθυσμό με στόχο την πρόληψη αναγνώριση εκείνων που κινδυνεύουν από τις επιπλοκές του συνδρόμου, μεταξύ των οποίων και οι πτώσεις. Χρειάζεται η οριοθέτηση ενός θεραπευτικής παρέμβασης ιδιαίτερα για εκείνους που χαρακτηρίζονται ως προ-ευπαθείς.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Α. Αλιμπέρτη¹, Μ. Τσιρώνη², Π. Ρόχας Χιλ Ανδρέ², Σ. Ζυγά²

¹Τμήμα Καταγραφής Νεοπλασιών, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού σήμερα αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με αποτέλεσμα τη μείωση της θνησιμότητας. Παρά όλα αυτά, στις μέρες μας δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς, η σχέση του καρκίνου του μαστού με το μεταβολισμό των υδατανθράκων.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της μεταβολής της γλυκόζης σε γυναίκες με Ca μαστού κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 40 γυναίκες με Ca μαστού με μέση ηλικία 60 έτη (SD=9.0) και μέσο δείκτη μάζας σώματος 29.8 (SD=5,8). Στις γυναίκες αυτές πραγματοποιήθηκαν 3 μετρήσεις της γλυκόζης **πριν** την έναρξη της χημειοθεραπείας, **κατά** την έναρξη και κατά την **τελευταία** χημειοθεραπεία του πρώτου σχήματος. Για να ελεγχθούν οι μεταβολές στο χρόνο παρακολούθησης χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς για επαναλαμ-

βανόμενες μετρήσεις για ποσοτικές μετρήσεις και το Mc Nemar test για ποιοτικές μετρήσεις.

Αποτελέσματα: Υπήρξε σημαντική μέση αύξηση της γλυκόζης από την 1η μέτρηση στην 1η επανεκτίμηση ίση με 19 μονάδες ($p=0,001$), ενώ από την 1η στην 2η επανεκτίμηση υπήρξε επιπλέον σημαντική μέση αύξηση των 53 μονάδων ($p<0,001$). Στην πρώτη μέτρηση όλες οι γυναίκες είχαν φυσιολογικές τιμές σακχάρου. Στην πρώτη επανεκτίμηση το 35% είχαν τιμή σακχάρου πάνω από 110, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην 2η επανεκτίμηση αυξήθηκε και ήταν 100% ($p=0.031$).

Συμπεράσματα: Στον καρκίνο του μαστού παρατηρείται μεταβολή του γλυκαιμικού προφίλ κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας. Η γλυκόζη παρουσιάζει αυξητική τάση των τιμών της κατά 35%, ($p=0,001$), μετά την 1η χημειοθεραπεία ενώ, οι τιμές αυτής αυξάνουν κατά 100%, ($p<0,001$), μετά την τελευταία χημειοθεραπεία.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ApoA, ApoB, Lp(a) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Αλιμπέρτη¹, Μ. Τσιρώνη², Π. Ρόχας Χιλ Ανδρέ², Σ. Ζυγά²

¹Τμήμα Καταγραφής Νεοπλασιών, Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Εισαγωγή: Τα λιπίδια αποτελούν το πλέον συμπακνωμένο ενεργειακό απόθεμα του οργανισμού. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν πως οι κακοήθειες σχετίζονται με διαταραχές των επιπέδων των λιπιδίων. Στον καρκίνο του μαστού παραδόξως παρατηρείται αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης ενώ τα επίπεδα της HDL είναι χαμηλότερα, υποδηλώνοντας πως η πρόσληψη χοληστερόλης από νεοπλασματικά κύτταρα είναι σημαντική για την εξέλιξη της νόσου. Παρά όλα αυτά δεν είναι ακόμα πλήρως τεκμηριωμένη η σχέση λιπιδίων και λιποπρωτεϊνών με τον καρκίνο του μαστού.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η παρακολούθηση της μεταβολής της ApoA, ApoB και Lp(a) σε γυναίκες με Ca μαστού κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 40 γυναίκες με καρκίνο μαστού με μέση ηλικία 64 έτη (SD=13) και μέσο δείκτη μάζας σώματος 30,4 (SD=5,6). Πραγματοποιήθηκαν 3 μετρήσεις των ειδικών πρωτεϊνών **πριν**

την έναρξη, κατά την έναρξη και **κατά** την **τελευταία** χημειοθεραπεία του πρώτου σχήματος. Για να ελεγχθούν μεταβολές στο χρόνο παρακολούθησης χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις για ποσοτικές μετρήσεις και το Mc Nemar test για ποιοτικές μετρήσεις.

Αποτελέσματα: Δεν βρέθηκε σημαντική μεταβολή στην ApoA από την 1η μέτρηση στην 1η και 2η επανεκτίμηση ($p>0.05$). Η ApoB είχε σημαντική αύξηση στην 1η επανεκτίμηση ($p=0.020$), η οποία παρέμεινε σημαντική και στην 2η επανεκτίμηση ($p=0.033$). Σχετικά με την Lp(a) από την 1η μέτρηση έως τη 2η επανεκτίμηση υπήρξε στατιστικά σημαντική μέση αύξηση ίση με 16,6 μονάδες ($p=0.025$).

Συμπεράσματα: Στον καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας παρατηρείται μεταβολή των τιμών της ApoB και Lp(a) λιποπρωτεΐνης, οι οποίες παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική αύξηση από την 1η μέτρηση στην 2η επανεκτίμηση.

ΒΙΑΙΗ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ - ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Α. Μπουτζίκας¹, Θ. Πεταλά², Ν. Τσίαμης³, Χ. Μπαρώ⁴

¹Ψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Π.Ν. Αλεξανδρούπολης, ³Γ.Ν. Λαμίας, ⁴Τμήμα Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπουργείου Υγείας

Η βίαιη και επιθετική συμπεριφορά αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στο νοσοκομείο. Κύριο μέλημα του προσωπικού είναι ο άμεσος έλεγχος του ασθενή, η εξακρίβωση των αιτιών που προκαλούν αυτή τη συμπεριφορά και η αντιμετώπισή της.

Σκοπός: Εκμάθηση καταστάσεων που προκαλούν τη βίαιη συμπεριφορά των ασθενών και την σωστή αντιμετώπισή της.

Μέθοδος: Εκτενείς βιβλιογραφική και διαδικτυακή αναζήτηση άρθρων.

Οι αιτίες της επιθετικότητας μπορεί να είναι οργανικές ή ψυχιατρικές. Συμπτώματα όπως αποπροσανατολισμός, οπτικές ψευδαισθήσεις, διαταραχές μνήμης, οξεία έναρξη, και απουσία ανάλογης συμπεριφοράς στο παρελθόν δηλώνουν οργανική αιτιολογία.

Η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού, προηγούμενης βίαιης συμπεριφοράς, ακουστικών ψευδαισθήσεων ή παρανοϊκών ιδεών υποδηλώνουν επιθετικότητα που οφείλεται σε κάποιο από τα παρακάτω ψυχιατρικά νοσήματα.

Το κύριο χαρακτηριστικό του ψυχωτικού ασθενή, είναι η διαταραγμένη επαφή με την πραγματικότητα. Διαταραχές της σκέψης, όπως ιδέες δίωξης, συσχέτισης ή επίδρασης διαταραχές της αντίληψης, ακουστικές ψευδαισθήσεις και διαταραχές της βούλησης. Σε ακραίες καταστάσεις η κατατονική διέγερση μπορεί να προκαλέσει βίαιη και επιθετική συμπεριφορά.

Άτομα με αντικοινωνική, μεταιχμιακή, παρανοειδή διατα-

ραχή προσωπικότητας σε συνθήκες έντονης συναισθηματικής πίεσης, είναι δυνατόν να εκδηλώσουν έντονη επιθετικότητα. Η προσέγγιση του επιθετικού ασθενή πρέπει να γίνεται με σταθερότητα και αποφασιστικότητα, είναι σημαντικό να διαπιστωθεί η αιτία της επιθετικής συμπεριφοράς και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα.

Η επιθετική συμπεριφορά είναι αυτή που χρησιμοποιείται με σκοπό να «πονέσει» τον άλλο, είτε σωματικά είτε ψυχολογικά. Μπορεί να πάρει διάφορες μορφές όπως: Πρέπει να χρησιμοποιούσε ορισμένες στρατηγικές και τεχνικές θετικής υποστήριξης προσπαθώντας να προλλάβουμε και να αποκλείσουμε την επιθετική συμπεριφορά του ατόμου πρώτου εκδηλωθεί ο επικείμενος κινδυνός σωματικής βλάβης τόσο στον ίδιον όσο και τους άλλους.

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να εξασφαλίσουν την ασφαλή διαχείριση της διαταρακτικής ή βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς. Οι στρατηγικές αυτές έχουν σκοπό να συμβάλλουν στην γρήγορη και ουσιαστική αποκλιμάκωση της επιθετικότητας των ασθενών ή των συνοδών αυτών. Η γρήγορη και έγκαιρη αναγνώριση των σημείων της επιθετικότητας (λεκτική και μη λεκτική). Η ασφάλεια, η διάγνωση και η αντιμετώπιση είναι ο βασικός κανόνας στις επείγουσες αυτές περιπτώσεις. Η αντιμετώπισή της χρειάζεται εξειδικευμένο προσωπικό και κατάλληλη υποδομή. Απαιτεί επίσης την συνεργασία πολλών ειδικών.

Λέξεις Κλειδιά: Βία, Επιθετικότητα, Ψυχιατρικά Επείγοντα, Αντιψυχωσικά

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ Μ.Μ.Α.Δ.Ν. ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Α.Ν. Δερίλα¹, Π. Σταύρου², Χ. Καλκανά³, Λ. Ευλιάτη³, Μ. Κατσοχειράκη⁴

¹Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, ²Παθολογικό Ιατρείο, ³Τμήμα Αιμοδοσίας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ⁴Μ.Ε.Θ., Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

Εισαγωγή: Η αιμοσιδήρωση είναι ένα σοβαρό επακόλουθο των μεταγίσεων στα πλαίσια αντιμετώπισης της μείζονος β-θαλασσαιμίας. Η αποσιδήρωση επιβαρύνει τη ψυχολογία των ασθενών και λόγω της πολυπλοκότητας και της μακροχρόνιας διαδικασίας μπορεί να εγκαταληφθεί ως θεραπεία.

Σκοπός: Να μελετηθούν οι αντιλήψεις και οι περιορισμοί που βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αποσιδήρωση, καθώς και οι ψυχολογικές επιπτώσεις.

Μεθοδολογία: Η μελέτη διεξήχθη στη Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας του νοσοκομείου Ευαγγελισμός. Στη μελέτη εντάσσονταν ασθενείς με β-μεσογειακή αναιμία, οι οποίοι ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης και έδιναν ενυπόγραφη συγκατάθεση. Η έρευνα αποτελεί μία ποιοτική μελέτη με ημιδομημένες συνεντεύξεις.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση 70 συνεντεύξεων ασθενών (32 άντρες - 38 γυναίκες), προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ασθενών (54 συμμετέχοντες) είναι τακτικοί με τη θεραπεία αποσιδήρωσης, καθώς αντιλαμβάνονται ότι βελτιώνει το προσδόκιμο επιβίωσης. Έξι συμμετέχοντες

δεν είναι τακτικοί, καθώς νιώθουν ότι τους περιορίζει σημαντικά, ενώ οι υπόλοιποι προσπαθούν να είναι τακτικοί, καθώς αναγνωρίζουν τα οφέλη αυτής. 41 συμμετέχοντες έχουν θετική στάση ως προς τη θεραπεία, εκ των οποίων οι 13 δηλώνουν ότι η θεραπεία βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους, ενώ οι υπόλοιποι 29 έχουν αρνητική στάση απέναντι στη θεραπεία. Σχετικά με την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, 47 συμμετέχοντες δηλώνουν ότι έχουν ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, ενώ 11 συμμετέχοντες δηλώνουν ότι κρύβονται από το οικογενειακό περιβάλλον και 12 συμμετέχοντες βίωσαν ή βιώνουν ακόμη το στίγμα λόγω της νόσου.

Συμπεράσματα: Είναι σημαντική η διευκόλυνση των ασθενών με θεραπείες αποσιδήρωσης, οι οποίες δεν περιορίζουν την καθημερινότητα των ασθενών. Επίσης, η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με θαλασσαιμία, είναι σημαντική, ώστε να ξεπερνούν τα εμπόδια της νόσου και να βιώνουν μια ζωή με λιγότερα εμπόδια.

Λέξεις Κλειδιά: Αποσιδήρωση, Θαλασσαιμία, Ποιότητα ζωής

Η ΕΝΔΗΜΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗ ΣΤΟ *ACINETOBACTER BAUMANNII*, ΣΕ ΤΕΤΑΡΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε. Κρανωτάκη, Ε. Περιβολιώτη, Κ. Τάγκα, Α. Καλλιμάνη, Π. Ανδρικογιαννόπουλος, Κ. Ρανέλλου, Α. Ζουριδάκη, Ν. Κουδουμνάκης, Κ. Ρουζίνου, Ε. Αργυροπούλου, Δ. Γαζή, Μ. Νέпка, Ζ. Ψαρουδάκη, Ε. Μπελεσιώτου, Α. Αργυροπούλου

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Αναδυόμενο και συνεχώς αυξανόμενο πρόβλημα αποτελεί η απομόνωση πολυ και πανανθεκτικών στελεχών *Acinetobacter baumannii* στα ελληνικά νοσοκομεία. Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί τα στελέχη αυτά να εμφανίζονται ως ψευδώς ευαίσθητα στην κολιστίνη με τα αυτοματοποιημένα συστήματα προσδιορισμού της MIC παραπλανώντας έτσι τον θεράποντα ιατρό.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναζητήσαμε την *in vitro* ευαισθησία 95, 139 και 171 πολυανθεκτικών στελεχών *Acinetobacter baumannii*, τα διαστήματα: 1/1/-31/12/2018, 1/1/-31/12/2019 και 1/1/-25/10/2020 αντίστοιχα, από ασθενείς με βακτηριαιμία, που νοσηλεύονταν στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» στην κολιστίνη. Η ταυτοποίηση και ο προσδιορισμός της ελάχιστης ανασταλτικής πυκνότητας (MIC) των κλινικών αυτών στελεχών αρχικά πραγματοποιήθηκε με το αυτόματο σύστημα Vitek 2 (biomerieux). Ταυτόχρονα έγινε ο προσδιορισμός MIC της κολιστίνης με μικρομέθοδο αραίωσης σε ζωμό (broth microdilution), όπως ορίζει η Εθνική Επιτροπή Αντιβιογράμματος και οι Επιτροπές CLSI και EUCAST.

Αποτελέσματα: Τα κλινικά στελέχη *Acinetobacter baumannii*, από θετικές καλλιέργειες αίματος, που ελέγχθηκαν για ευαισθησία στην κολιστίνη παρουσίαζαν υψηλή αντοχή. Η ευαισθησία στην κολιστίνη προσδιορίστηκε ως MIC ≤ 2 μg/ml, σύμφωνα με τις οδηγίες και τα κλινικά όρια των CLSI (2018) και EUCAST (2019, 2020). Παρατηρήθηκε τιμή MIC > 2 μg/ml σε 49% των στελεχών το 2018, 46% το 2019 και 70% το 2020. Προφανώς η αύξηση του ποσοστού αντοχής στην κολιστίνη που παρατηρείται το 2020 οφείλεται στην εφαρμογή της μικρομεθόδου αραίωσης σε ζωμό ως αποκλειστικής μεθόδου προσδιορισμού MIC της κολιστίνης.

Συμπεράσματα: Είναι επιβεβλημένη η εφαρμογή της μικρομεθόδου αραίωσης σε ζωμό ως μεθόδου προσδιορισμού MIC της κολιστίνης η/και επιβεβαίωσης της ευαισθησίας σε αυτήν του μικροβιακού στελέχους *in vitro*. Συγχρόνως, ο καθορισμός της αληθούς κατανομής των MIC στην κολιστίνη των κλινικών στελεχών *Acinetobacter baumannii* σε τοπικό επίπεδο, θα καθορίσει τις οδηγίες για την ορθή επιλογή της αντιμικροβιακής θεραπείας στο νοσοκομείο μας.

ΤΑΧΕΙΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ

Δ. Γαζή, Ε. Μπελεσιώτου, Μ. Νέπκα, Ζ. Ψαρουδάκη, Ε. Περιβολιώτη,
Π. Ανδρικογιαννόπουλος, Γ. Οικονομίδης, Ε. Παπαδοπούλου, Α. Ζουριδάκη, Κ. Λιτσάκης,
Π. Καραγεώργου, Κ. Χάρου, Ε. Κρανιωτάκη, Π.Τσιάμη, Ι. Μπράμος, Α. Αργυροπούλου

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η καθυστερημένη και αναποτελεσματική θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στη θνητότητα της ελονοσίας. Για το σύνολο σχεδόν των θανάτων ευθύνεται το *Plasmodium falciparum* που αποτελεί το κυρίαρχο είδος κυρίως στην Αφρική.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ταχεία επιβεβαίωση της ελονοσίας για την έγκαιρη έναρξη κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής κατά την τελευταία τετραετία σε τεταρτοβάθμιο νοσοκομείο.

Υλικό και Μέθοδοι: Σε προσερχόμενα στα εξωτερικά ιατρεία άτομα με επιδημιολογικό ιστορικό και πυρετό έγινε έλεγχος με test ταχείας διάγνωσης ελονοσίας περιφερικού αίματος, με *in vitro* ποσοτικό ανοσοχρωματογραφικό προσδιορισμό της πρωτεΐνης II: HRP II η οποία είναι πλούσια σε ιστιδίνη του αντιγόνου *P. falciparum* και συγχρόνως έγινε διαφορική διάγνωση από λιγότερο λοιμογόνες μορφές ελονοσίας (*P. Vivax*, *P. ovale*, *P. Malariae*) οι οποίες έχουν κοινό αντιγόνο.

Αποτελέσματα: Συνολικά κατά την τελευταία τετραετία

σε 10 ασθενείς βρέθηκε θετική δοκιμασία εκ των οποίων: α) *P. falciparum* σε 4 αλλοδαπούς ασθενείς, β) σε 4 έλληνες ασθενείς έπειτα από ταξίδι σε Αφρικανική χώρα βρέθηκε μικτή λοίμωξη από τα άλλα τρία είδη πλασμοδίου και γ) *P. Vivax* σε 2 έλληνες από περιοχή όπου διαμένουν αλλοδαποί και υπήρχε επιδημία ελονοσίας από *P. Vivax*.

Συμπεράσματα: Η θεραπευτική αγωγή για *P. falciparum* είναι α) κινίνη και δοξικυκλίνη ή κλινδαμυκίνη ή β) Ατοβακόνη-προγουανίλη, ενώ για *non falciparum* χλωροκίνη ή μεφλοκίνη. Παράγωγα αρτεμισίνης δεν χορηγήθηκαν λόγω μη διαθεσιμότητας στην χώρα μας. Η ορθή και γρήγορη διάγνωση και θεραπεία της ελονοσίας είναι σημαντική διότι με *P. Vivax* και *P. ovale* δημιουργούνται λανθάνουσες μορφές του παρασίτου στο ήπαρ που χωρίς ειδική θεραπεία με πριμακίνη μπορεί να προκαλέσουν υποτροπές της νόσου. Επιπλέον, επειδή στην χώρα μας άλλαξε η επιδημιολογία της νόσου λόγω της μετακίνησης των πληθυσμών πρέπει η ελονοσία να μπαίνει πάντοτε στην διαφορική διάγνωση και να γίνεται το test ταχείας διάγνωσης.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥΡΙΑ

Δ. Γαζή, Ε. Μπελεσιώτου, Μ. Νέпка, Ε. Περιβολιώτη, Ζ. Ψαρουδάκη, Π. Ανδρικογιαννόπουλος, Κ. Ρανέλλου, Α. Καλλιμάνη, Κ. Λιτσάκης, Γ. Οικονομίδης, Ε. Αντωνίου, Ε. Σκόρδα, Ε. Παπαδογιάννη, Π. Καραγεώργου, Κ. Χάρου, Α. Αργυροπούλου

Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Ο πνευμονιόκοκκος αποτελεί το κύριο αίτιο εξωνοσοκομειακής πνευμονίας, αλλά και μηνιγγίτιδας και άλλων σηπτικών λοιμώξεων, χωρίς να προκαλεί λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Η ανεύρεση όμως των μικροβιακών του αντιγόνων στα ούρα αποτελεί εναλλακτική ή συμπληρωματική διάγνωση σε επιλεγμένους ασθενείς με ισχυρή υποψία λοίμωξης από πνευμονιόκοκκο. Κύρια πλεονεκτήματα είναι η καλύτερη ευαισθησία σε σύγκριση με καλλιέργειες, η εύκολη συλλογή ούρων σε σχέση με άλλα υλικά, ο γρήγορος χρόνος απάντησης (15min) και το αξιόπιστο αποτέλεσμα ακόμα και μετά την έναρξη θεραπείας με κύριο μειονέκτημα τη μη ανεύρεση του υπεύθυνου παθογόνου για δοκιμασία ευαισθησίας ή οροτυπία.

Σκοπός: Η ανίχνευση του *Streptococcus pneumoniae* (αντιγόνου πνευμονιόκοκκου) στα ούρα είναι πολύ χρήσιμη σε ασθενείς με κλινική υποψία εξωνοσοκομειακής πνευμονίας και με συγκεκριμένες ενδείξεις όταν η κλασική διαγνωστική προσπέλαση η οποία γίνεται με τις καλλιέργειες είναι δύσκολη και χρονοβόρα.

Υλικό και Μέθοδοι: Κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους έγινε ανίχνευση C-πολυσακχαριδικού αντιγόνου πνευμονιόκοκκου που βρίσκεται σε όλους τους ορότυπους του με τεχνική ανοσοχρωματογραφίας (BionaxNOW *S. pneumoniae* urinary antigen). Πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι η ταχύτητα, η ευκολία εκτέλεσης, η ικανότητα ανίχνευσης του παθογόνου, ακόμη και μετά την έναρξη αντιβιοτικής θεραπείας ακόμα και σε HIV(+) ασθενείς, η ευαισθησία από 66 έως 92% (κυρίως 50-80%), η ειδικότητα >90% και η θετική προγνωστική αξία 79% και αρνητική 92%.

Αποτελέσματα: Ελέγχθηκαν 848 ασθενείς με κλινική συμπτωματολογία πνευμονίας και οι 27 βρέθηκαν με θετικό αντιγόνο πνευμονιόκοκκου στα ούρα (3,2%). Διάγνωση της πνευμονίας της κοινότητας από *S. pneumoniae* αποκλειστικά με αντιγόνο ούρων έγινε σε 12 περιπτώσεις (44%). Σε 52/458 ασθενείς με πνευμονία της κοινότητας

(11%), με το αποτέλεσμα του αντιγόνου στα ούρα οι θεράποντες περιορίσαν το φάσμα των αντιβιοτικών. Η εξέταση ανευρεθηκε θετική στο 78% ασθενών με θετική αιμοκαλλιέργεια. Σε μελέτη ασθενών με γνωστή βακτηριαιμία από πνευμονιόκοκκο, 83% αυτών συνέχιζαν να έχουν θετική δοκιμασία αντιγόνου στα ούρα 3 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Αν και η ευαισθησία της μεθόδου είναι χαμηλότερη στους ασθενείς που δεν έχουν βακτηριαιμία, η εύρεση αντιγόνου στα ούρα στον ασθενή χωρίς βακτηριαιμία μπορεί να είναι υποβοηθητική σχετικά με την τροποποίηση της θεραπείας. Επιπρόσθετα, χωρίς να προτείνεται από τον κατασκευαστή, το τεστ έχει χρησιμοποιηθεί με υψηλή ακρίβεια στην ανίχνευση πνευμονιοκοκκικού αντιγόνου σε δείγματα αναπνευστικού, όπως BAL (Jacobs, 2005) και πλευριτικό υγρό (Andreo, 2006, Porcel, 2007).

Συμπεράσματα: Τα πλεονεκτήματα της ανίχνευσης αντιγόνου *S. pneumoniae* στα ούρα είναι η ταχύτητα, η ευκολία εκτέλεσης και η ικανότητα ανίχνευσης του παθογόνου, ακόμη και μετά την έναρξη αντιβιοτικής θεραπείας. Πρόκειται για ιδιαίτερα ελκυστική εναλλακτική πρακτική, όταν τα δείγματα για καλλιέργεια καθυστερούν στην απομόνωση του μικροοργανισμού ή όταν έχει ήδη δοθεί αντιβιοτική αγωγή. Ψευδώς θετικά αποτελέσματα έχουν αναφερθεί σε παιδιά με χρόνια αναπνευστική νόσο αποικισμένα με *S. pneumoniae* πιθανώς λόγω διασταυρούμενης αντίδρασης με α-αιμολυτικούς στρεπτόκοκκους *S. mitis* και *S. oralis* (αλλά όχι σε αποικισμένους ενήλικες ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια), καθώς και σε ασθενείς με επεισόδιο πνευμονίας της κοινότητας τους προηγούμενους 3 έως και 6 μήνες (σε ασυμπτωκτικά ούρα) και μέχρι ένα χρόνο, σε συμπτωκτικά ούρα. Κύριο μειονέκτημα της ανίχνευσης του αντιγόνου του πνευμονιόκοκκου στα ούρα είναι ότι δεν έχουμε το μικροβιακό στέλεχος για να γίνει δοκιμασία ευαισθησίας ή οροτυπία, όμως είναι χρήσιμο σε μη έγκαιρη λήψη καλλιέργειών και ήδη χορήγησης θεραπείας, πάντα σε συνάρτηση με την κλινική εικόνα.

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΓΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ

Ε. Λύτρα, Α. Τσόκας, Π. Πεταλούδης, Α. Ταβερναράκη, Α. Παυλοπούλου, Σ. Μπενάκης,
Ι. Καλογερόπουλος

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

Σκοπός: Αναδρομική μελέτη και παρουσίαση σπάνιων περιστατικών που προσήλθαν στο νοσοκομείο μας με άλγος κάτω άκρου και συγκεκριμένα περιφερικότερα της άρθρωσης του γόνατος. Εξετάστηκαν από ορθοπαιδικό ιατρό και στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε εξέταση μαγνητικής τομογραφίας στο νοσοκομείο μας.

Υλικό: Έγινε αναδρομική μελέτη των ασθενών που προσήλθαν στο νοσοκομείο μας με άλγος κάτω άκρου περιφερικότερα της άρθρωσης του γόνατος, εξετάστηκαν από ορθοπαιδικό ιατρό και στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε εξέταση μαγνητικής τομογραφίας στο νοσοκομείο μας. Από τα 30 περιστατικά που εξετάστηκαν σε χρονικό διάστημα 3 μηνών (από Σεπτέμβριο του 2019 έως Νοέμβριο του ίδιου έτους) έγινε επιλογή των πιο σπάνιων περιστατικών. Παρουσιάζονται 10 ασθενείς (4 Α, 6 Θ) με φάσμα ηλικιών από 45-75 έτη. Οι εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν σε μαγνητικό τομογράφο 1,5 T με το συνήθη πρωτόκολλο εξέτασης (axial, sagittal, coronal T1, PD FS και STIR). Σε μερικές περιπτώσεις έγινε ενδοφλέβια χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας (γαδολινίου) και ελήφθησαν τομές σε ακολουθίες προσανατολισμού T1 με καταστολή

λίπους (axial, sagittal, coronal). Σε όλους τους ασθενείς προηγήθηκε κλινική εξέταση από ορθοπαιδικό ιατρό και έγινε συσχέτιση των απεικονιστικών ευρημάτων.

Αποτελέσματα: Περιγράφονται τα ακτινολογικά ευρήματα σπάνιων περιστατικών που προσήλθαν στο νοσοκομείο μας με άλγος κάτω άκρου όπως: Αμφοτερόπλευρο ενδοστικό λίπωμα αστραγάλου (n=1), σύνδρομο οπίσθιας πρόσκρουσης (n=1), Ψωριασική αρθρίτιδα αστραγάλου (n=1), σύνδρομο Haglund (n=1), κατάγματα κόπωσης μεταταρσίου (n=1), κάταγμα κόπωσης πτέρνας με Reflex sympathetic dystrophy (n=1), Ίνωμα πελματιαίας περιτονίας (n=1), αιμαγγείωμα κνήμης (n=1), νευρίνωμα Morton (n=1), συμφυτική τενοντοελυτρίτιδα (n=1), ενδοτενόντια μερική ρήξη του τένοντα του βραχέως περονιαίου μυός (n=1).

Συμπέρασμα: Λεπτομερής παρουσίαση και περιγραφή των απεικονιστικών ευρημάτων με μαγνητική τομογραφία σπάνιων περιστατικών ασθενών που παρουσιάζουν άλγος κάτω άκρου έτσι ώστε να γίνουν κατανοητά από τις λοιπές ειδικότητες.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΕΞ ΑΙΤΙΑΣ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΑΜΦΙΚΟΛΠΙΚΟΥ ΜΥΞΩΜΑΤΟΣ

A. Ρουμπάκη¹, A. Παναγόπουλος¹, N. Χατζής², H. Παπαδοπούλου³, X. Χαρίτος⁴, X. Κουβίδου⁵, A. Καζιάνη¹, Σ. Γκολφινόπουλου¹

¹Γ' Παθολογικό Τμήμα, ²B' Καρδιολογικό Τμήμα, ³A' Καρδιολογικό Τμήμα, ⁴Καρδιοθωρακοχειρουργικό-Θωρακοχειρουργικό-Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, ⁵Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Τα μυξώματα αποτελούν τα πιο συχνά πρωτοπαθή νεοπλασμάτα της καρδιάς, ωστόσο είναι πολύ σπάνια. Ποικίλουν σε μέγεθος, ανευρίσκονται στους κόλπους, με συχνότερη εντόπιση τον αριστερό (80%). Η αμφικολπική εντόπιση απαντάται στο 2,5% των περιπτώσεων.

Η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλα συμπτώματα, συστηματικά, καρδιαγγειακά ή εμβολικά. Ειδικότερα, δύναται να εμφανιστεί με γενική συμπτωματολογία όπως πυρετό, κακουχία, απώλεια βάρους, ως εμβολικό επεισόδιο (στη συστηματική ή την πνευμονική κυκλοφορία, ανάλογα με την εντόπιση του όγκου), ενώ μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση ποικίλων καρδιαγγειακών επιπλοκών, όπως δυσλειτουργία βαλβίδων, πνευμονικό οίδημα, αποφρακτικό shock, αρρυθμίες ή διαταραχές αγωγιμότητας, περικαρδιακή συλλογή.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 72 ετών διακομίζεται λόγω αισθήματος ζάλης και δυσαρθρία από ωρών. Πρόκειται για ασθενή που βρίσκεται από 4μηνου υπό διερεύνηση λόγω ήπιας έκπτωσης των γνωσιακών λειτουργιών. Προσκομίζει παλαιότερη απεικόνιση με MRI εγκεφάλου όπου διαπιστώνεται μικρό χρόνιο γραμμοειδές εγκεφαλικό έμφρακτο στο αριστερό παρεγκεφαλικό ημισφαίριο.

Κατά την άφιξή της στο νοσοκομείο, υποβάλλεται σε CT εγκεφάλου, η οποία αναδεικνύει υπόπυκνη περιοχή στο δεξί παρεγκεφαλικό ημισφαίριο, συμβατή με πρόσφατη ισχαιμικού τύπου βλάβη. Εισάγεται στην κλινική και αντιμετωπίζεται ως ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο με αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.

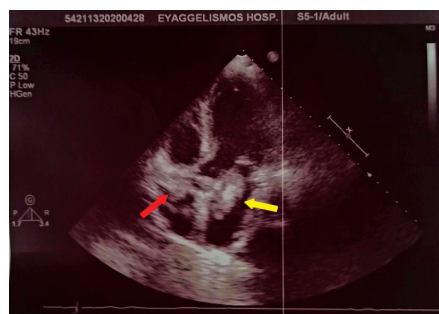
Στο πλαίσιο της αιτιολογικής διερεύνησης των δύο διαπιστωμένων ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων υποβάλλεται σε triplex αγγείων τραχήλου, χωρίς ουσιώδη ευρήματα. Δεδομένου ότι η ασθενής δεν εμφανίζει κλασσικούς παράγοντες κινδύνου και έχει πρόσφατα υποστεί δύο ισχαιμικά επεισόδια οπίσθιας κυκλοφορίας σε αμφότερα τα ημισφαίρια καθιστούν τον καρδιοεμβολισμό ως πιθανό υποκείμενο αιτιοπαθογενετικό μηχανισμό. Η ασθενής υποβάλλεται σε υπερηχογραφική μελέτη καρδιάς. Αρχικά, η διαθωρακική μελέτη και στη συνέχεια η διαοισοφάγεια, αναδεικνύουν ευκίνητο ευμεγέθες μόρφωμα που εξορμάται

έμμεσα από το μεσοκολπικό διάφραγμα στην κοιλότητα του αριστερού κόλπου καθώς και παρουσία ετέρου μορφώματος μικρότερου μεγέθους στο δεξί κόλπο που προσφύεται επίσης στο μεσοκολπικό διάφραγμα. Η ασθενής παραπέμπεται στην Καρδιοχειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου μας και υποβάλλεται σε χειρουργική εξαίρεση του όγκου. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαιώνει την διάγνωση.

Συμπεράσματα: Η καθυστερημένη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση σοβαρών νευρολογικών επιπλοκών. Αξίζει να τονισθεί η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της εμβολής σε πολυποειδείς όγκους συγκριτικά με τους συμπαγείς, ενώ το μέγεθος του όγκου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο.

Τα καρδιαγγειακά συμβάματα είναι παρόντα στο 67% των περιπτώσεων με παρουσία ποικίλων συμπτωμάτων ή/και ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων με στοιχεία υπερτροφίας αριστερού κόλπου. Η κληρονομική μορφή του όγκου, στο πλαίσιο συνδρόμου Carney, είναι μια αυτοσωμική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από εμφάνιση πολλών όγκων (συμπεριλαμβανομένων και εξωκαρδιακών), δερματικών αλλοιώσεων και ενδοκρινικών νεοπλασιών. Η θεραπεία του μυξώματος είναι χειρουργική και δεν πρέπει να αναβάλλεται ακόμη και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς λόγω του υψηλού εμβολικού κινδύνου.

Η χειρουργική εκτομή είναι συνήθως θεραπευτική, αν και συνιστάται η τακτική υπερηχοκαρδιογραφική παρακολούθηση, λόγω πιθανότητας υποτροπής.



Εικόνα 1. Ευμεγέθες μόρφωμα που εξορμάται από το μεσοκολπικό διάφραγμα στον αριστερό κόλπο (7,31 cm x 4,07 cm) ↑, και έτερο μικρότε-

ρο (1,32cm x 2,45cm) στον δεξί κόλπο που προσφύεται επίσης στο μεσοκολπικό διάφραγμα.

ΔΙΑΣΩΣΗ ΣΚΕΛΩΝ ΜΕ ΕΝΔΕΙΞΗ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ. ΟΚΤΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Α.Λ. Χαλιάσου, Α. Χιώτη, Ε. Αντιόχου, Ι. Μπαλή, Γ. Μαρακομιχελάκης

Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Ο όρος «μη βιώσιμο» πόδι αποδίδεται σε επιμολυσμένα άκρα με εκτεταμένη ιστική νέκρωση που προκαλούν απειλητική για τη ζωή σηπτική αντίδραση. Η συνύπαρξη βαριάς μακροαγγειοπάθειας καθιστά συνήθως αναπόφευκτο το μείζονα ακρωτηριασμό. Η ανάπτυξη των βλαβών σε αμιγώς νευροπαθητικά άκρα ή σε νευροϊσχαιμικά με ανατασσομένη όμως ισχαιμία μετά τον περιορισμό της λοίμωξης ή την επέμβαση επαναιμάτωσης, είναι δυνατό να έχει οδηγήσει σε εσφαλμένη εντύπωση μη αντιμετωπίσιμης κατάστασης.

Υλικό-Μέθοδοι: Κατά τη διάρκεια της τελευταίας οκταετίας προσήλθαν στο Ιατρείο μας από όλη την επικράτεια 42 ασθενείς (33 άνδρες και 9 γυναίκες), μέσης ηλικίας 58,3 έτη, με ένδειξη μείζονος ακρωτηριασμού. Από αυτούς το 90% έπασχαν από Σακχαρώδη Διαβήτη, αλλά μόνο οι 7 (17,5%) παρουσίαζαν βαριά μη επιδεχόμενη παρέμβασης διαβητική μακροαγγειοπάθεια. Σε επεμβατική επαναιμάτωση διάσωσης υποβλήθηκαν τελικά μόνο 3 (7,5%) ασθενείς.

Αποτελέσματα: Άμεση ένδειξη ακρωτηριασμού και παραπομπή σε αγγειοχειρουργό έλαβαν μόνο 5 (11,9%) ασθενείς. Στην πορεία διενεργήθηκαν άλλοι 8 μείζονες

ακρωτηριασμοί σε χρονικό διάστημα ακόμα και δύο ετών μετά την αρχική εξέταση. Όλα τα ακρωτηριασθέντα μέλη παρουσίαζαν βαριά μη αντιμετωπίσιμη ισχαιμία. Μετά από μακροχρόνια νοσηλεία (μέση διάρκεια 45 ημέρες, όρια έως και 6 μήνες) που περιελάμβανε τη χορήγηση ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής, συνεχείς καθαρισμούς των νεκρωμάτων και ανάπλαση με χρήση συσκευών κενού διασώθηκαν τελικά 29 σκέλη (69%). Για την οριστική επούλωση των ελκών απαιτήθηκαν μέθοδοι PRP, αυτόλογες μεταμοσχεύσεις δέρματος και εφαρμογή επιθεμάτων, με αποτέλεσμα το 50% των ασθενών να έχουν πλήρως λειτουργικό σκέλος χωρίς ανοικτό έλκος και το 19% να παρουσιάζει χρόνιο έλκος χωρίς όμως άμεσο κίνδυνο ακρωτηριασμού.

Συμπέρασμα: Η ένδειξη «μη βιώσιμο πόδι» πρέπει να δίδεται από εξειδικευμένα κέντρα αντιμετώπισης διαβητικού ποδιού, αφότου έχει προηγηθεί προσπάθεια αφαίρεσης των νεκρωμένων ιστών και έχει αποκλειστεί η πιθανότητα επαναιμάτωσης επί ισχαιμικών άκρων. Η άμεση και εντατική αντιμετώπιση μπορεί να επιτύχει πολύ υψηλά ποσοστά διάσωσης, ιδίως σε αμιγώς νευροπαθητικά έλκη ή έλκη μικτής αιτιολογίας με ανατάξιμη ισχαιμία.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΣΤΟ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΚΥΜΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Ε. Μυλωνά¹, Ε. Μαργέλλου², Ε. Κρανιδιώτη³, Β. Βλαχάκος⁴, Α. Κορκοτζέλου⁴, Σ. Δασκαλοπούλου¹, Η. Μόνιμ¹, Ε. Παπαγεωργίου², Α.Λ. Χαλιάσου⁵, Α. Παναγόπουλος³, Δ. Τσιλιβαράκης⁵, Ε. Βαβουράκη⁶, Σ. Πλαβούκου⁶, Γ. Ζακυνθινός⁴, Σ. Παπαλαμπίδου⁴, Γ. Καραμπέκος⁷, Α. Λαυρεντάκη⁸, Σ. Κανελλοπούλου⁸, Π. Ράπτη⁸, Π. Μουχτούρης⁸, Ι. Σταματάκης⁹, Κ. Μελάνης⁹, Μ. Παπαντωνίου⁹, Α. Μεγαρισιώτου¹⁰, Χ. Κοσσυβάκης³, Α.-Μ. Κάκκου⁴, Ν. Γιαννιού⁴, Κ. Ελευθερίου⁴, Β. Σύψα¹¹, Β. Σακκά¹², Ε. Μπαλής¹³, Ι. Καλομενίδης⁴

¹Ε' Παθολογικό Τμήμα-Μονάδα Λοιμώξεων, ²Α' Παθολογικό Τμήμα, ³Γ' Παθολογικό Τμήμα, ⁴Πνευμονολογικό Τμήμα Α' Κλινικής Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ⁵Δ' Παθολογικό Τμήμα, ⁶Νεφρολογικό Τμήμα, ⁷Γαστρεντερολογικό Τμήμα, ⁸Ενδοκρινολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, ⁹Νευρολογικό Τμήμα, ¹⁰Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ¹¹Εργαστήριο Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής ΕΚΠΑ, ¹²3η Παθολογική Κλινική και Τμήμα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «Ερυθρός Σταυρός», ¹³Πνευμονολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Η Ελλάδα ήταν μία από τις χώρες με το χαμηλότερο φορτίο νόσου από τον ιό SARS-CoV2 κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, την Άνοιξη. Έναν μήνα μετά την αναφορά του πρώτου SARS-CoV2 περιστατικού, εφαρμόστηκε γενικευμένη απαγόρευση της κυκλοφορίας (lockdown), όταν η διασπορά του ιού στην κοινότητα ήταν ακόμα χαμηλή, γεγονός που ανέστειλε την επιδημία προστατεύοντας το Εθνικό Σύστημα Υγείας από υπερβολική πίεση.

Μέθοδος: Παρουσιάζεται μία αναδρομική μελέτη ασθενών, πασχόντων από COVID-19 που νοσηλεύθηκαν στο ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» στο πρώτο κύμα της πανδημίας. Μελετήθηκαν οι φάκελλοι των ασθενών και καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά, εργαστηριακά, απεικονιστικά και θεραπευτικά δεδομένα. Ακολούθησε μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση για την εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου που πιθανά σχετίζονται με την εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και την επιβίωση των ασθενών.

Αποτελέσματα: Η μελέτη περιλαμβάνει 85 ασθενείς εκ των οποίων οι 49 (57.7%) είναι άνδρες. Η διάμεση ηλικία των ασθενών είναι 60 (49-72) έτη. Εξήντα ένας (72%) είχαν

τουλάχιστον μια συννοσηρότητα, η συχνότερη εκ των οποίων ήταν η υπέρταση (45,6%). Περισσότεροι από τους μισούς (56%) έπασχαν από σοβαρή ή κρίσιμη νόσο, το 20% χρειάστηκε νοσηλεία σε ΜΕΘ (14% διασωληνώθηκε) και το 10.7% απεβίωσε. Ο συμπαγής όγκος ($p=0.021$), το NEWS score ($p=0.048$), η θρομβοπενία ($p=0.036$) καθώς και η παρουσία διηθημάτων και στα 4 πνευμονικά πεδία στην ακτινογραφία θώρακος εισαγωγής ($p=0.002$) αναδείχθηκαν ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για εισαγωγή στη ΜΕΘ. Η ανοσοκαταστολή ($p=0.032$) και η θρομβοπενία ($p=0.049$) αναδείχθηκαν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες επιβίωσης.

Συμπέρασμα: Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με COVID-19 στην Ελλάδα όπου η επίπτωση της νόσου ήταν χαμηλή και η επάρκεια του Συστήματος Υγείας δεν εξαντλήθηκε, παρόλο που είχαν παρόμοια κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά, επέδειξαν χαμηλότερη θνητότητα σε σχέση με τους ασθενείς άλλων χωρών με υψηλότερη επίπτωση της νόσου.

Λέξεις Κλειδιά: SARS-CoV2, COVID-19, πνευμονία, αναπνευστική ανεπάρκεια, θνητότητα

Πίνακας 1. Κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά των ασθενών κατά την εισαγωγή τους (N=85 ασθενείς εισάχθηκαν κατά το διάστημα 11 Μαρτίου-18 Μαΐου 2020).

Symptoms and Signs		Laboratory findings	
Αριθμός αναπνοών (/min)	18 (15, 24)	Λεμφοκύτταρα (/μL)	1045 (705-1370)
Αναπνοές >24/min	38 (44.7%)	Αιμοπετάλια (x10 ³ /μL)	193 (151-249)
Καρδιακός ρυθμός (/min)	90 (80, 100)	C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (mg/dL)	5.6 (2.5-10.6)
Συστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	120 (110, 125)	TKE (mm)	45 (29-77)
Πυρετός	76 (89.4%)	Φερριτίνη (ng/mL)	248 (126-555)
Θερμοκρασία (°C)	37.5 (36.8, 38.2)	Ινωδογόνο (mg/dL)	521 (431-627)
Δύσπνοια	41 (48.2%)	d-dimers (μg/mL)	0.35 (0-1.11)
Βήχας	51 (60.0%)	LDH (IU/L)	322 (237-379)
Θωρακαλγία	13 (15.5%)	Γλυκόζη (mg/dL)	110 (96-128)
Φαρυγγαλγία/ρινική συμφόρηση	4 (4.8%)	ALT (IU/L)	24 (16-38)
Διάρροια/έμετοι	20 (23.5%)	AST (IU/L)	29 (24-40)
Ανοσμία/Αγευσία	8 (9.4%)	ALP (IU/L)	60 (49-66)
Μυαλγία	10 (11.9%)	GGT (IU/L)	23 (15-51)
Καταβολή	20 (23.8%)	Na ⁺ (mEq/L)	137 (134-140)
Κεφαλαλγία	7 (8.2%)	K ⁺ (mEq/L)	4.2 (4.0-4.5)
NEWS score	3 (2, 6%)	Ca ⁺⁺ (mg/dL)	8.9 (8.4-9.1)
NEWS score >5	31 (37.4%)	CPK (μg/L)	85 (63-198)
		Troponin (pg/mL)	7 (3-15.5)
		Κρεατινίνη (mg/dL)	0.9 (0.7-1.1)
		PO ₂ /FiO ₂	343 (276-429)

Αναγράφεται η διάμεση τιμή των δεδομένων (25th-75th percentile) ή ο αριθμός (%)

Πίνακας 2. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών κατά την εισαγωγή τους που σχετίστηκαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την εισαγωγή στην ΜΕΘ και/ή την επιβίωση.

	Εισαγωγή σε ΜΕΘ		p	Θάνατος		p
	Όχι (N=68)	Ναι (N=17)		Όχι (N=76)	Ναι (N=9)	
Ανδρικό φύλο	35 (51.5)	14 (82.4)	0.021	44 (57.9)	5 (55.6)	0.893
Ηλικία (σε έτη)	62 (44-73)	60 (53-68)	0.9	60 (47-72)	69 (60-84)	0.041
Συμπαγής όγκος	8 (11.8)	7 (41.2)	0.004	11 (14.5)	4 (44.4)	0.026
Ανοσοκαταστολή	4 (6.1)	3 (18.8)	0.103	3 (4.1)	4 (44.4)	<0.001
NEWS score	2 (2, 5)	6 (4, 7)	<0.001	3 (2, 5)	6.5 (4, 8.75)	0.007
NEWS score >5	21 (30.9)	10 (66.7)	0.010	25 (33.3)	6 (75.0)	0.021
Αριθμός αναπνοών (/min)	18 (15, 22)	25 (20, 30)	<0.001	18 (15, 24)	25 (17, 25)	0.057
Αναπνοές >24/min	23 (33.8)	15 (88.2)	<0.001	31 (40.8)	7 (77.8)	0.035
Αναπνευστική ανεπάρκεια	17 (25.0)	12 (70.6)	0.010	22 (28.9)	7 (77.8)	0.003
Θερμοκρασία (°C)	37.5 (36.8-38.0)	38.4 (37.2-38.9)	0.023	37.5 (36.8-38.2)	37.3 (36.3-39.0)	0.9
PO ₂ /FiO ₂	357 (295-430)	262 (196-371)	0.009	350 (276-430)	276 (127-362)	0.068
Δύσπνοια	29 (42.7)	12 (70.6)	0.039	32 (42.1)	9 (100.0)	0.001
Θωρακαλγία	13 (19.4)	0 (0.0)	0.048	12 (16.0)	1 (11.1)	0.702
C-αντιδρώσα πρωτεΐνη(mg/dL)	4.55 (1.22-9.65)	9.3 (5.5-21.2)	0.002	5.25 (1.5-9.45)	14.9 (7.7-25.8)	0.009
Λεμφοκύτταρα (/μL)	1115 (722.5-1472.5)	995 (337, 1220)	0.052	1145 (752-1417)	250 (105-510)	<0.001
Αιμοπετάλια (x10 ³ /μL)	211.5 (162.5-255.75)	130 (102-196)	<0.001	199.5 (159.75-253.25)	105 (77-182)	<0.002
Φερριτίνη(ng/mL)	195 (106-365)	855 (230-2740)	<0.001	230 (119-506)	437 (149-2965)	0.173
LDH (IU/L)	295 (224-370)	355 (325-493)	0.006	315 (226-375)	339 (304-450)	0.191
Γλυκόζη (mg/dL)	108 (95-124)	128 (101-214)	0.023	110 (96-129)	106 (96-181)	0.721
ALT (IU/L)	23 (14-31)	34 (20-51)	0.012	23 (15-37)	28 (14-45)	0.602
AST (IU/L)	27 (22-38)	37 (28-74)	0.020	28 (24-39.5)	34 (20-65)	0.475
GGT (IU/L)	22 (15-37)	51 (18-118)	0.010	23 (15-49)	41 (13.5-135)	0.290
Troponin (pg/mL)	7 (3-16)	10 (6.5-13.5)	0.273	7 (3-13)	30 (10-87)	0.002
Ινωδογόνο (mg/dL)	495 (403-593)	577 (543-778)	0.001	521 (423-631)	548 (469-571)	0.446
d-dimers (μg/mL)	0.365 (0-1.07)	0.195 (0-2.17)	0.706	0.0 (0-1.0)	2.17 (0.5-3.5)	0.005

Πίνακας 2. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών κατά την εισαγωγή τους που σχετίστηκαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την εισαγωγή στην ΜΕΘ και/ή την επιβίωση (συνέχεια).

	Εισαγωγή σε ΜΕΘ		p	Θάνατος		p
	Όχι (N=68)	Ναι (N=17)		Όχι (N=76)	Ναι (N=9)	
Αριθμ. προσβαλόμενων πνευμονικών πεδίων						
0	20 (29.9)	0	<0.001	20 (26.3)	0	0.350
1	9 (13.4)	0		8 (10.5)	1 (12.5)	
2	20 (29.9)	5 (29.4)		23 (30.3)	2 (25.0)	
3	8 (11.9)	1 (5.9)		8 (10.5)	1 (12.5)	
4	10 (14.9)	11 (64.7)		17 (22.4)	4 (50.5)	

Αναγράφεται η διάμεση τιμή των δεδομένων (25th-75th percentile) ή ο αριθμός (%)

Πίνακας 3. Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου κατά την εισαγωγή του ασθενούς για εισαγωγή στη ΜΕΘ και την επιβίωση (Ανάλυση πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης).

	Εισαγωγή στη ΜΕΘ		
	Adjusted Odds Ratio	95% CI	p-value
NEWS2 score (κάθε 1 μονάδα)	1.4	1-1.96	0.048
Συμπαγής όγκος (Ναι ή όχι)	10.88	1.43-82.85	0.021
Αιμοπετάλια (per 10.000/μL)	0.84	0.71-0.99	0.036
Προσβολή πνευμονικών πεδίων (4 έναντι <4)	20.88	3.07-141.1	0.002
	Νοσοκομειακή θνητότητα (προσαρμοσμένη στην ηλικία)		
	Adjusted Odds Ratio	95% CI	p-value
Ανοσοκαταστολή	896.8	2.58-311432	0.032
Αιμοπετάλια (per 10.000/μL)	0.69	0.48-1	0.049

CI: Διάστημα εμπιστοσύνης

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΩΔΕΙΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΕΣ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ - ΜΙΑ ΠΟΛΥΤΟΜΕΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

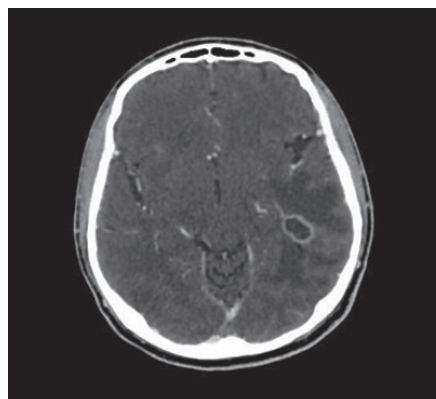
Δ. Εξαρχοπούλου¹, Μ. Ράμμου¹, Ε. Λαζαρίδου², Α. Παυλοπούλου², Θ. Κρατημμένος³, Α. Ζαχαρούλης⁴, Ι. Αλεξανιάν⁴, Γ. Στράντζαλης⁵, Ε. Μυλωνά⁶, Α. Καζιάνη¹, Σ. Γκολφινόπουλου¹

¹Γ' Παθολογικό Τμήμα, ²Τμήμα Αξονικού - Μαγνητικού Τομογράφου, ³Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, ⁴Β' Καρδιολογικό Τμήμα, ⁵Νευροχειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ⁶Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Οι πνευμονικές αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες (PAVMs) αφορούν ανώμαλες επικοινωνίες μεταξύ των πνευμονικών αρτηριών και των πνευμονικών φλεβών με αποτέλεσμα τη διαφυγή αίματος από τα δεξιά προς τα αριστερά. Η παρουσία τους σχετίζεται συχνά με νευρολογικές επιπλοκές όπως ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή εγκεφαλικά αποστήματα, ενώ μπορεί να οδηγήσουν σε καρδιακή ανεπάρκεια λόγω υπερδυναμικής κυκλοφορίας.

Περιστατικό ασθενή: Άντρας 33 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας λόγω έκπτωσης επιπέδου συνείδησης, με συνοδό πυρετό, κεφαλαλγία και εμέτους. Αναφερόταν ιστορικό συχνών ρινικών επιστάξεων και επιδεινούμενης δύσπνοιας προσπάθειας σχετιζόμενη με γνωστές PAVMs και καρδιακή ανεπάρκεια με επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης, χωρίς σαφές ιστορικό θεραπευτικών παρεμβάσεων. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν βυθιότητα και σύγχυση, χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία ή σημεία μηνιγγισμού, ευκρινείς καρδιακοί τόνοι με αυξημένη ένταση του δεύτερου τόνου, πληκτροδακτυλία και ακροκυάνωση. Ο εργαστηριακός έλεγχος εισαγωγής ανέδειξε λευκοκυττάρωση με αυξημένους δείκτες φλεγμονής.

Αποτελέσματα: Από τον απεικονιστικό έλεγχο του εγκεφάλου αναδείχθηκε εστιακή βλάβη αριστερά κροταφικά, πλέον συμβατή με εγκεφαλικό απόστημα. Ενώ από την αξονική αγγειογραφία θώρακος επιβεβαιώθηκαν πολλές PAVMs. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με συνδυασμό κεφαλοσπορίνης γ' γενεάς και μετρονιδαζόλης με σημαντική κλινικοεργαστηριακή και απεικονιστική βελτίωση της εγκεφαλικής βλάβης, συμπληρώνοντας 10 εβδομάδες θεραπείας. Η νοσηλεία του επιπλέχθηκε με NSTEMI, για το οποίο υποβλήθηκε σε στεφανιογραφία, αρνητική για αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις. Ετέθη σε αγωγή με επλερενόνη/αΜΕΑ/καρβεδιλόλη. Τέλος, υποβλήθηκε σε επιτυχή εμβολισμό των PAVMs σε αμφοτέρους τους πνεύμονες με άμεση βελτίωση τόσο της υποξαιμίας του όσο και της ανοχής του στην κόπωση.



Εικόνα 1. Εγκάρσια τομή ΥΤ εγκεφάλου μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού: Παχυτοιχωματική κυστικού τύπου αλλοίωση, με δακτυλιοειδή σκιαγραφική ενίσχυση και συνοδό περιεσσιακό οίδημα αναγνωρίζεται αριστερά κροταφικά σε επαφή με το επένδυμα του αριστερού κοιλιακού συστήματος, συμβατή με απόστημα.



Εικόνα 2. Εγκάρσια τομή ΥΤ στο επίπεδο των κάτω λοβών, σε πρώιμη αρτηριακή αγγειογραφική φάση: Αναγνωρίζονται αμφοτερόπλευρα, τουλάχιστον τρεις ανευρυσματικές αλλοιώσεις, οι οποίες αρδεύονται από κίρσοειδείς διευρυσμένους τροφοφόρους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας και απαγωγούς κλάδους των πνευμονικών φλεβών, συμβατές με αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες. Ο μεγαλύτερος εξ' αυτών απεικονίζεται αριστερά με εικόνα μερικής θρόμβωσης.

Συζήτηση: Στο 47-80% οι PAVMs σχετίζονται με το σύνδρομο κληρονομικής τηλεαγγειεκτασίας, στην οποία είναι συνήθως πολλαπλές και αμφοτερόπλευρες. Ο ασθενής μας πληρούσε δύο κριτήρια Curacao και είχε συμβατά απεικονιστικά ευρήματα. Η χαρακτηριστική κλινική τριάδα των PAVMs αποτελείται από δύσπνοια προσπαθείας, κυάνωση και πληκτροδακτυλία. Ασθενείς με πιθανό ή επιβεβαιωμένο σύνδρομο πρέπει να ελέγχονται για PAVMs και επί διαπίστωσής τους να αντιμετωπίζονται όσο το δυνατό νωρίτερα με εμβολισμό, για την πρόληψη επιπλοκών. Οι ασθενείς πρέπει να τίθενται σε μακροχρόνια παρακολούθηση για την ανίχνευση τυχόν νέων ή επαναιμάτωση των

ήδη εμβολισμένων. Το εγκεφαλικό απόστημα επιπλέκει το 5-10% των ασθενών και ενδέχεται να χρήζει συνδυασμό νευροχειρουργικής με αντιμικροβιακή αντιμετώπιση. Η εμπειρική αντιμικροβιακή θεραπεία 1ης εκλογής συνίσταται σε συνδυασμό κεφαλοσπορίνης γ' γενιάς με μετρονιδαζόλη για τουλάχιστον 6-8 εβδομάδες. Η διάρκεια της θεραπείας μπορεί να παραταθεί σε μη παροχτευμένα αποστήματα. Η καρδιακή ανεπάρκεια που μπορεί να επιπλέκει το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από αυξημένη καρδιακή παροχή και μειωμένες περιφερικές αντιστάσεις, στα τελικά στάδια της οποίας επηρεάζεται και η συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Α. Γεωργιάδου, Σ. Παναγιωτοπούλου, Α. Ιωαννίδου, Α. Ζάχου, Ε. Αδάμου, Γ.Ι. Μάντζαρης

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

Σκοπός: Η παράθεση των μέτρων για την ασφαλή χορήγηση βιολογικών θεραπειών στους ασθενείς του Γαστρεντερολογικού Τμήματος στην εποχή της πανδημίας.

Μέθοδος: Ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και νόσο του Crohn που λαμβάνουν βιολογική θεραπεία (ΒΘ) μόνη ή συνδυασμένη με ανοσοκατασταλτικά θεωρούνται ως μέσου ή μεγάλου κινδύνου για COVID-19. Η χορήγηση ΒΘ σε Νοσοκομείο COVID-19 εκθέτει δυνητικά σε κίνδυνο τους ασθενείς. Τα μέτρα που λάβαμε για την ασφάλεια χωρίς διακοπή της ΒΘ ήταν: 1) Μεταφορά των εγχύσεων στο Εξ Ιατρείο (κλειστό για εξωτερικούς ασθενείς). 2) Οι νοσηλεύτριες ΙΦΝΕ του Γαστρ/κου Τμήματος παρασκεύαζαν τις ΒΘ που χορηγούντο από τις Νοσηλεύτριες του Ε.Ι. 3) Η εισαγωγή γινόταν από τους ιατρούς του Τμήματος. 4) Οι ασθενείς προσέρχονταν ασυνόδευτοι, με μάσκα, γάντια και 10ήμερο θερμομετρικό διάγραμμα ενώ θερμομετρούνταν πριν την είσοδό τους στο χώρο και καθόταν σε 3 διαφορετικά δωμάτια καλά αεριζόμενα και σε απόσταση μεταξύ τους. 5) Η ΒΘ χορηγούνταν με επιταχυνμένο ρυθμό. 6) Οργανώθηκαν 3 συνεδρίες εγχύσεων για να αποφευχθεί ο συνωστισμός. 7) Δημιουργήθηκε ηλεκτρονική διεύθυνση (gastroevangelismos@gmail.com) όπου οι ασθενείς έστελναν πληροφορίες για την κατάστασή τους

(ερωτηματολόγια δραστηριότητας νόσου). 8) Η προμήθεια άλλων φαρμάκων γινόταν με ηλεκτρονική συνταγή και εξετάσεις για αιμοληψία στέλνονταν με ηλεκτρονική αλληλογραφία. 9) Ενεργοποιήθηκε τηλεφωνική επαφή βοήθειας (help-line) για επείγουσα επικοινωνία με τους ιατρούς και τις Νοσηλεύτριες ΙΦΝΕ για να αποφευχθεί η άσκοπη προσέλευση των ασθενών στο Νοσοκομείο. 10) Καταγράφηκε κάθε επιβεβαιωμένη περίπτωση COVID-19 στους ασθενείς και ενημερωνόταν η διεθνής καταγραφή ΙΦΝΕ/COVID-19 (www.secure-ibd.org). 11) Οργανώθηκαν διαδικτυακές ομιλίες για ενημέρωση των ασθενών, τα μέτρα προστασίας, και τις αλλαγές που προαναφέρθηκαν.

Αποτελέσματα: Οι αλλαγές έγιναν δεκτές με απόλυτα επιτυχημένο τρόπο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους ασθενείς. Ουδείς ασθενής υπό ΒΘ εμφάνισε λοίμωξη. Το Τμήμα έλαβε τα εύσημα από το Σύλλογο των ασθενών. Μέχρι σήμερα 2 ασθενείς του Τμήματος που δεν λαμβάνουν ΒΘ ενδοноσοκομειακά είχαν τεκμηριωμένη COVID-19 και ανέρρωσαν πλήρως.

Συμπέρασμα: Δραστικές αλλαγές στη διαδικασία χορήγησης ΒΘ λόγω της πανδημίας επιβλήθηκαν, έγιναν ασμένως αποδεκτές και απέδωσαν πλήρως στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ i-CARE

Ν. Βιάζης, Γ. Καραμπέκος, Κ. Κουστένης, Α. Μουντάκη, Α. Τρίκολα, Μ. Βράκα, Φ. Αλμπάνη, Ε. Μπέκα, Χ. Βερετάνος, Κ. Αρβανίτης, Τ. Γεωργιάδη, Ε. Αρχαύλης, Α. Χρηστίδου, Μ. Μελά, Λ. Βασιλίου, Α. Μανωλάκης, Α. Γεωργιάδου, Σ. Παναγιωτοπούλου, Γ. Μάντζαρης

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης εντερικής ή/και εξωεντερικής κακοήθειας, για διάφορους λόγους. Ειδικότερα, ασθενείς που λαμβάνουν βιολογικές θεραπείες, πιθανώς εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης δυσπλασίας στο παχύ έντερο λόγω καλύτερου ελέγχου της φλεγμονής αλλά μπορεί να εμφανίσουν συχνότερα εξωεντερικές καοήθειες λόγω συστηματικής ανοσοκαταστολής (ιδίως με τους αντιTNFα). Σκοπός της μελέτης είναι να καταγράψει το ποσοστό των ασθενών με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν τρεχόντως βιολογικούς παράγοντες στο Τμήμα μας, έχουν ενταχθεί στην i-Care και εμφάνισαν κακοήθεια στο πεπτικό ή εξωεντερικά.

Μέθοδος: Προοπτική καταγραφή δεδομένων ασθενών με ΙΦΝΕ ενταγμένων στην i-CARE από το Τμήμα μας. Η γενική κατάσταση των ασθενών, η πορεία τους, η διατήρηση κλινικής και ορολογικής ύφεσης, το είδος και η συμμόρφωση με τη βιολογική θεραπεία που λαμβάνουν και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας ελέγχονται μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος καταγραφής των ασθενών στο Τμήμα και των ηλεκτρονικών συνταγογραφήσεων. Τα ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα σε ασθενείς με διάρκεια νόσου που προσβάλλει το παχύ έντερο καταγράφονται διαχρονικά ανάλογα με την έκταση της νόσου με 1η ένδοσκόπηση στα 6 έτη από τη διάγνωση.

Περιπτώσεις υψηλόβαθμης δυσπλασίας επιβεβαιώθηκαν πριν ο ασθενής χειρουργηθεί. Η εμφάνιση οποιασδήποτε μορφής εξωεντερικής κακοήθειας καταγράφηκε επίσης προοπτικά.

Αποτελέσματα: Τρεχόντως στο Τμήμα μας λαμβάνουν βιολογικό παράγοντα ενταγμένοι στην i-CARE 78 ασθενείς με ΙΦΝΕ (νόσος Crohn = 54, ελκώδης κολίτιδα = 24) και συγκεκριμένα infliximab=47, adalimumab=21, vedolizumab=8, golimumab=2. Από τους ασθενείς αυτούς οι 57 λαμβάνουν το βιολογικό παράγοντα ως μονοθεραπεία (73.08%) και οι υπόλοιποι 21 σε συνδυασμό με ανοσοκατασταλτικά (26.92%). Τα ποσοστά συμμόρφωσης με την κλινική παρακολούθηση, τη θεραπεία και τις κολονοσκοπήσεις επιτήρησης είναι 74.36%, 91.02% και 69.23%, αντίστοιχα. Σε μια περίοδο παρακολούθησης που περιλαμβάνει τα τελευταία 4 έτη, μόνο 1 ασθενής (ο οποίος ελάμβανε μονοθεραπεία με βιολογικό παράγοντα) εμφάνισε κακοήθεια και συγκεκριμένα λέμφωμα (non Hodgkin), ενώ κανείς ασθενής δεν εμφάνισε δυσπλασία στο παχύ έντερο, κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης με κολονοσκόπηση.

Συμπέρασμα: Το ποσοστό των ασθενών με ΙΦΝΕ που λαμβάνει βιολογικό παράγοντα και εμφανίζει κακοήθεια είναι μικρό.

ΜΠΟΡΕΙ Η ΚΑΨΟΥΛΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΝΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ COVID-19;

Ν. Βιάζης, Κ. Μουντάκη, Κ. Κουστένης, Γ. Καραμπέκος, Μ. Βράκα, Α. Τρίκολα, Φ. Αλμπάνη, Ε. Μπέκα, Χ. Βερετάνος, Κ. Αρβανίτης, Τ. Γεωργιάδη, Ε. Αρχαύλης, Α. Χρηστίδου, Μ. Μελά, Λ. Βασιλίεβα, Α. Μανωλάκης, Ε. Βιέννα, Α. Ιωαννίδου, Γ. Μάντζαρης

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Η κολονοσκόπηση αποτελεί την εξέταση αναφοράς για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Με βάση τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα η κάψουλα του παχέος εντέρου χρησιμοποιείται εναλλακτικά σε ασθενείς που δεν μπορούν να υποβληθούν σε κολονοσκόπηση ή η κολονοσκόπηση δεν μπόρεσε να ολοκληρωθεί. Δεδομένου ότι στο Τμήμα μας ακυρώθηκαν όλες οι προγραμματισμένες προληπτικές κολονοσκοπήσεις κατά τη διάρκεια των περιοριστικών μέτρων που ίσχυσαν λόγω της πανδημίας του COVID-19, σκοπός της μελέτης μας ήταν να διερευνήσουμε κατά πόσο είναι εφικτή και αποτελεσματική η αντικατάσταση κάποιων από αυτές με την κάψουλα του παχέος εντέρου.

Μέθοδοι: Από τον Μάρτιο έως τον Μάιο του 2020, όσοι ασθενείς ήταν προγραμματισμένοι να υποβληθούν σε προληπτική κολονοσκόπηση στα εξωτερικά ιατρεία του Τμήματος και η εξέτάσή τους ακυρώθηκε λόγω της πανδημίας, ήταν υποψήφιοι να συμπεριληφθούν στη μελέτη. Στους ασθενείς προτάθηκε η διενέργεια κάψουλας του παχέος εντέρου, μετά από τηλεφωνική επικοινωνία, όπου έγινε εκ νέου ανασκόπηση του ιστορικού τους. Μόνο ασθενείς συνήθους κινδύνου για καρκίνο του παχέος εντέρου που επρόκειτο να υποβληθούν σε προληπτική κολονοσκόπηση και επιθυμούσαν να υποβληθούν σε κάψουλα συμπεριελήφθησαν τελικά στη μελέτη. Οι ασθενείς έλαβαν 4 λίτρα PEG την προηγούμενη ημέρα και 60 ml sodium phosphate, υπόθετα Dulcolax και δισκία cilroton

την ημέρα της εξέτασης. Στη συνέχεια καταγράψαμε το ποσοστό των ασθενών στους οποίους η κάψουλα ολοκλήρωσε τον έλεγχο του παχέος εντέρου, καθώς και τα ευρήματα που αναδείχθηκαν.

Αποτελέσματα: Συνολικά υποβλήθηκαν σε κάψουλα παχέος εντέρου 25 ασθενείς με τα παραπάνω κριτήρια, [γυναίκες=14, άντρες=11, μέση ηλικία 62.72 έτη (SD=8.52)]. Η κάψουλα ολοκλήρωσε τον έλεγχο του παχέος εντέρου σε 18 ασθενείς (72%), ενώ στους υπόλοιπους έφτασε στο σιγμοειδές σε 5 (20%) και στο κατίον σε 2 (8%) ασθενείς. Τα ευρήματα της εξέτασης με την κάψουλα συνοψίζονται στον πίνακα 1. Οι 3 ασθενείς με πολύποδα > 1cm υποβλήθηκαν ήδη σε κολονοσκόπηση και οι πολύποδες αφαιρέθηκαν ενδοσκοπικά.

Συμπέρασμα: Η κάψουλα του παχέος εντέρου θα μπορούσε να αποτελέσει μια εναλλακτική επιλογή έναντι της προληπτικής κολονοσκόπησης την εποχή της πανδημίας του COVID-19, ιδίως στην παρούσα φάση του 2ου κύματος της πανδημίας.

Πίνακας 1. Ευρήματα της κάψουλας του παχέος εντέρου.

Ευρήματα	Αριθμός ασθενών (n,%)
Πολύποδες > 1cm	3 (12%)
Πολύποδες < 1cm	8 (32%)
Εκκολπώματα	9 (36%)
Αγγειοδυσπλασίες	3 (12%)
Χωρίς ευρήματα	11 (44%)

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΑΓΓΕΙΟΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΠΟΥ ΑΝΕΥΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΜΕ ΚΑΨΟΥΛΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Ν. Βιάζης, Γ. Καραμπέκος, Α. Τρίκολα, Μ. Βράκα, Κ. Μουντάκη, Κ. Κουστένης, Φ. Αλμπάνη, Ε. Μπέκα, Χ. Βερετάνος, Κ. Αρβανίτης, Τ. Γεωργιάδη, Ε. Αρχαύλης, Α. Χρηστίδου, Μ. Μελά, Λ. Βασιλιεβα, Α. Μανωλάκης, Ε. Βιέννα, Ε. Αδάμου, Γ. Μάντζαρης

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

Σκοπός: Οι αγγειοδυσπλασίες είναι το συχνότερο εύρημα σε ασθενείς με αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας που υποβάλλονται σε εντεροσκόπηση με κάψουλα λεπτού εντέρου (ΚΛΕ). Παρότι οι αγγειοδυσπλασίες που αιμορραγούν ενεργά θα πρέπει να αντιμετωπίζονται είτε ενδοσκοπικά είτε χειρουργικά, δεν είναι ξεκάθαρο το τι θα πρέπει να γίνεται σε μη ενεργά αιμορραγούσες αγγειοδυσπλασίες. Σκοπός της μελέτης ήταν να αναδείξει τον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι αγγειοδυσπλασίες που ανευρίσκονται κατά τη διάρκεια της ΚΛΕ σε ασθενείς που υποβάλλονται στην εξέταση για διερεύνηση αιμορραγίας πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας.

Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση σε προοπτικά συλλεγμέν αρχειακό υλικό [Μάρτιος 2003 - Ιούλιος 2020] από 7012 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΚΛΕ στο Τμήμα μας, το οποίο θεωρείται τριτοβάθμιο κέντρο αναφοράς για τη συγκεκριμένη εξέταση. Από τους ασθενείς αυτούς, οι 4521 υποβλήθηκαν στην εξέταση για τη διερεύνηση αιμορραγίας πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας, μετά από αρνητική γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση.

Αποτελέσματα: Από τις 4521 εξετάσεις αναδείχθηκαν

αγγειοδυσπλασίες σε 2135 (47.22%), από τις οποίες οι 271 παρουσίαζαν ενεργό αιμορραγία (12,7%). Από τις αγγειοδυσπλασίες που αιμορραγούσαν ενεργά, θεραπευτική παρέμβαση ενδοσκοπικά (καυτηριασμός με APC) κατέστη δυνατή σε 102 ασθενείς (37.6%) με τη βοήθεια προωθητικού εντεροσκοπίου, γαστροσκοπίου ή κολονοσκοπίου, δεδομένου ότι στους υπόλοιπους ασθενείς οι αγγειοδυσπλασίες είτε δεν ανευρέθηκαν κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης είτε δεν ήταν προσπελάσιμες με τα συγκεκριμένα ενδοσκόπια. Από τους υπόλοιπους 1864 ασθενείς (87.3%) με αγγειοδυσπλασίες που δεν αιμορραγούσαν ενεργά και μετά από μια μέση παρακολούθηση 23 (SD=13.2) μηνών, παρουσιάστηκε ενεργός αιμορραγία (μέλαινες κενώσεις ή πτώση αιματοκρίτη) σε 135 ασθενείς (7.24%) και ενδοσκοπική αντιμετώπιση ήταν εφικτή σε 38 από αυτούς (28.1%).

Συμπεράσματα: Αγγειοδυσπλασίες ανευρίσκονται στη μεγάλη πλειοψηφία ασθενών με αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας που υποβάλλονται σε ΚΛΕ, όμως η θεραπευτική παρέμβαση είναι δύσκολη για τους περισσότερους από αυτούς, αν δεν υπάρχει δυνατότητα παρέμβασης με ενδοσκόπιο με διπλό μπαλόνι.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ΠΡΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

Η ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΟΞΕΟΣ Ή ΧΡΟΝΙΟΥ ΑΛΓΟΥΣ ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΟΥ - ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Π. Πεταλούδης, Ε. Λύτρα, Α. Παρλαμένη, Χ.Σιέρρου, Ι.Β. Καλογερόπουλος

Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική»

Εισαγωγή: Η συστροφή στομάχου είναι σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική κατάσταση για τη ζωή, λόγω του αυξημένου κινδύνου ισχαιμίας. Χαρακτηρίζεται από ανώμαλη περιστροφή κατά τον επιμήκη άξονα (οργανοαξονική 60% των περιπτώσεων), τον εγκάρσιο (μεσεντεριοαξονική 29%) ή μικτού τύπου. Η απόφραξη επί περιστροφής άνω των 180ο είναι πλήρης και χαρακτηρίζεται από υψηλή θνητότητα (30-50%) σε περίπτωση μη έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας.

Η συστροφή παρατηρείται συνήθως σε ενήλικες άνω των 50 ετών και σε παιδιά μικρότερα του ενός έτους σε ποσοστό (10-20%) στα οποία και εκδηλώνεται με κλινική εικόνα οξείας συστροφής.

Ταξινομείται ως δευτεροπαθής, η πιο συχνή, η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ανατομικών ανωμαλιών του διαφράγματος, να συνοδεύει διαφραγματοκήλη, ή πρωτοπαθής οφειλόμενη κυρίως σε ανωμαλίες των γαστρικών συνδέσμων.

Η συστροφή εκδηλώνεται με οξεία (40%) ή χρόνια συμπτωματολογία και εμφανίζει κλινική εικόνα απόφραξης ανώτερου πεπτικού. Χαρακτηριστική είναι η τριάδα του Borchartt σε ποσοστό 70% επί οξείας συστροφής η οποία και περιλαμβάνει έντονο επιγαστρικό άλγος, ανεπιτυχής

προσπάθεια προς έμεση και αδυναμία τοποθέτησης ρινογαστρικού καθετήρα Levin.

Σκοπός: Η αποσαφήνιση των τύπων της συστροφής του στομάχου, η περιγραφή των απεικονιστικών τους ευρημάτων σε α/α θώρακος ή κοιλίας, βαριούχο γεύμα και υπολογιστική τομογραφία.

Υλικό και Μέθοδος: Η διάγνωση της συστροφής του στομάχου αποτελεί πρόκληση για τους κλινικούς. Επιτυγχάνεται κυρίως ακτινολογικά. Η απλή ακτινογραφία θέτει την υποψία της νόσου, ενώ η διάγνωση τίθεται με το βαριούχο γεύμα το οποίο διενεργείται για την εκτίμηση του τύπου της συστροφής καθώς και την ανάδειξη της θέσης του στομάχου.

Η υπολογιστική τομογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής για την εκτίμηση των επιπλοκών της συστροφής οι οποίες είναι απόφραξη ή/και ισχαιμία.

Συμπεράσματα: Η οξεία συστροφή στομάχου αποτελεί επείγον χειρουργικό σύμβαμα λόγω του αυξημένου κινδύνου της ισχαιμικής νέκρωσης αυτού και απαιτεί άμεση ακτινολογική διάγνωση καθώς η έγκαιρη αντιμετώπισή της σχετίζεται με καλή πρόγνωση.

ΕΚΚΟΛΠΩΜΑ ΜΕΣΚΕΛ

Ε. Λύτρα, Π. Πεταλούδης, Α. Παρλαμέντη, Χ.Σιέρρου, Ι.Β. Καλογερόπουλος

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

Εισαγωγή: Η παραμονή ενός μικρού τμήματος του ομφαλομεσεντερικού πόρου είναι το γενεσιουργό αίτιο σχηματισμού του εκκολπώματος Meckel. Ανευρίσκεται στο 3% περίπου, του γενικού πληθυσμού και η επίπτωση είναι ίδια και στα δύο φύλα. Συνηθέστερα διαγιγνώσκεται στην παιδική ηλικία (4% έως 20 ετών), λιγότερο συχνά κατά την ενήλικη ζωή (2% έως 40 ετών). Εντός του εκκολπώματος Meckel, δύναται να ανευρεθεί έκτοπος βλεννογόνος, συνηθέστερα γαστρικός (σε ποσοστό έως 62%). Εξαιτίας της παρουσίας του γαστρικού βλεννογόνου, ενδέχεται να δημιουργηθούν έλκη, λόγω έκκρισης γαστρικού υγρού, με επακόλουθο την αιμορραγία ή/και τη διάτρηση. Λιγότερο συχνά, εντός αυτού ανευρίσκεται έκτοπος παγκρεατικός βλεννογόνος (σε ποσοστό έως 16%). Έτερη επιπλοκή των εκκολπωμάτων Meckel είναι η μηχανική απόφραξη του εντέρου, λόγω εγκολεασμού ή συστροφής.

Σκοπός: Η ανάδειξη των απεικονιστικών ευρημάτων του εκκολπώματος Meckel.

Υλικά-Μέθοδος: Η εντερόκλυση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην ανάδειξη - αναγνώριση του εκκολπώματος. Πιο συγκεκριμένα, απεικονίζεται ο σάκκος του εκκολπώματος (με

τυφλό άκρο), ο οποίος προσφύεται στο αντιμεσεντέριο χείλος του τελικού ειλεού, σε απόσταση περίπου 60 εκ. έως 1 μέτρο από την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Το μήκος αυτού είναι συνήθως 2 έως 8 εκ. και η διάμετρός του έως 2 εκ. Σπανίως, μπορεί να συνδέεται με τον ομφαλό, με ένα υπόλειμμα του λεκιθεντερικού πόρου. Διαγνωστική είναι η ανάδειξη ενός συγκεκριμένου προτύπου πτυχών εντός του εκκολπώματος. Πιο συγκεκριμένα, το σημείο συμβολής του εκκολπώματος με τον ειλέο απεικονίζεται ως τριγωνικό βλεννογόνιο πλατώ ή ως τριακτινωτή πτυχή. Οζόμορφη απεικόνιση του βλεννογόνου παριστά έκτοπο ιστό, φλεγμονή ή σπανιότερα νεοπλασία. Έλλειμμα πλήρωσης ενδέχεται να οφείλεται σε παρουσία κοπρόλιθου, ξένου σώματος ή μάζας. Στην αναγνώριση επιπλοκών, όπως εντερική απόφραξη, είναι χρήσιμες η ακτινογραφία κοιλίας και η εγκάρσια απεικόνιση.

Συμπέρασμα: Η εντερόκλυση αποτελεί εξέταση εκλογής στην ανάδειξη του εκκολπώματος Meckel, η αναγνώριση του οποίου αποτελεί πρόκληση για τον ακτινολόγο καθώς είναι συνήθης η αλληλοεπικάλυψη των κλινικών και απεικονιστικών ευρημάτων με πολλές φλεγμονώδεις καταστάσεις του πεπτικού σωλήνα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΩΜΟΥ

Α. Λέτσος, Γ. Υφαντή, Π. Αμπατζής, Α. Ταβερναράκη, Α. Παυλοπούλου, Α. Σκουλά, Ι. Καλογερόπουλος

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

Εκπαιδευτικοί στόχοι: Παρουσίαση μεγάλου αριθμού ασθενών που υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία στην άρθρωση του ώμου. Περιγράφονται τα ακτινολογικά ευρήματα με την εξέταση της μαγνητικής τομογραφίας που καλύπτουν ευρύ φάσμα παθολογίας της άρθρωσης όπως είναι οι διάφοροι τύποι ρήξεων τενόντων του στροφικού πετάλου (μερικού τύπου, πλήρεις), ρήξεις υποπλατίου και του συστήματος «pulley» με παρεκτόπιση του τένοντα του δικεφάλου εκτός της αύλακας του δικεφάλου του βραχιονίου οστού, ασβεστοποιός τενοντοπάθεια υπερακανθίου, ασβεστοποιός θυλακίτιδα, ασβεστοποιός οστείτιδα λόγω μετανάστευσης αλάτων ασβεστίου εντός του οστού, διάφοροι τύποι κακώσεων του επιχείλιου χόνδρου όπως ALPSA, SLAP, BANKART, κάκωση βραχιονίου τύπου Hill Sachs, λίπωμα υπερακανθίου μυός, οστεονέκρωση βραχιονίου, συμφυτική θυλακίτιδα, θυλακίτιδα υπακρωμιακού- υποδελτοειδή θυλάκου. Παράλληλα παρουσιάζουμε σύντομο εκπαιδευτικό υλικό από την βιβλιογραφία ώστε να γίνει κατανοητή η παθολογία που εξετάζεται κάθε φορά.

Υλικό: Εξετάστηκαν 22 ασθενείς (12 Α, 10 Θ) μέσου όρου ηλικίας τα 50 έτη. Η κλινική εικόνα των ασθενών καλύπτει

ευρύ φάσμα παθήσεων όπως είναι ρήξεις μυοτενόντιου στροφικού πετάλου όπως υπερακανθίου, υπακανθίου, υποπλατίου μυός, συμφυτικής θυλακίτιδας, τεντοπάθειας υπερακανθίου, υπακανθίου και υποπλατίου μυός, διερεύνηση ψηλαφητού μορφώματος, οστεονέκρωση βραχιονίου οστού σε ασθενή που λαμβάνει κορτιζόνη, εκτεταμένη μυϊκή ατροφία υπερακανθίου μυός, υπακανθίου μυός, υποπλατίου μυός και δελτοειδούς λόγω chronic denervation injury, ινοελάστωμα θωρακικού τοιχώματος. Ένας ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία θώρακος (16 τομών) στην οποία απεικονίστηκε ινοελάστωμα θώρακος ως τυχαίο εύρημα.

Οι εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν στο μαγνητικό τομογράφο 1,5 T του νοσοκομείου μας με το συνήθη πρωτόκολλο εξέτασης ώμου (axial, coronal, sagittal T1, PD FS, STIR). Σε ορισμένες περιπτώσεις ελήφθησαν τομές T1 με καταστολή του λίπους σε axial, sagittal, coronal plane. Σε όλους τους ασθενείς προηγήθηκε κλινική εξέταση από ορθοπαιδικό ιατρό και έγινε συσχέτιση της κλινικής εικόνας, της εξέτασης και των απεικονιστικών ευρημάτων της μαγνητικής τομογραφίας.

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ - ΕΥΘΥΝΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Α. Μπουτζίκας¹, MSc, Χ. Μπαρώ², MSc, PhD(c), Μ. Νικολάου³, MSc

¹Ψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», ²Τμήμα Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπουργείου Υγείας, ³Τμήμα Επισ/των Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπουργείου Υγείας

Τα επείγοντα ψυχιατρικά προβλήματα περιλαμβάνουν διαταραχές στη σκέψη, στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά οι οποίες απαιτούν άμεση θεραπευτική παρέμβαση. Ανάλογα με τη βαρύτητά τους, τα επείγοντα ψυχιατρικά προβλήματα διακρίνονται σε μείζονα και σε ελάσσονα.

Σκοπός: Η σωστή αντιμετώπιση, διαχείριση και υποστήριξη της ασφαλούς και επαγγελματικής νοσηλευτικής πρακτικής στη χρήση μηχανικής καθήλωσης.

Μέθοδος: Εκτενείς βιβλιογραφική και ηλεκτρονική μελέτη. Μείζονα χαρακτηρίζονται τα περιστατικά, τα οποία ,ενέχουν κινδύνους για τη ζωή του ασθενούς, του άμεσου περιβάλλοντός και του προσωπικού που εμπλέκεται στη αντιμετώπισή τους. Ελάσσονα είναι τα περιστατικά εκείνα που δεν είναι απειλητικά για τη ζωή του ασθενούς και την

ασφάλεια του περιβάλλοντός του.

Η εφαρμογή του μηχανικού περιορισμού στη νοσηλευτική είναι η μείωση της ελευθερίας του ασθενούς. Η παρέμβαση θα μπορούσε να θεωρηθεί από τους ασθενείς ως μια μορφή επίθεσης ή στέρηση της ελευθερίας του. Ωστόσο, αναγνωρίζεται ότι μερικές φορές η μηχανική καθήλωση είναι αναγκαία ως έσχατη λύση για την πρόληψη επικείμενου κινδύνου σωματικής βλάβης

Συμπέρασμα: Το προσωπικό τμήματος επειγόντων περιστατικών και των κλινικών είναι αυτό που καλείται να αντιμετωπίσει το επείγον ψυχιατρικό πρόβλημα, για το λόγο αυτό είναι σημαντική η γνώση βασικών ψυχιατρικών εννοιών που θα συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση και στην αποτελεσματική διαχείριση του περιστατικού.